

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«СЕВЕРО-КАВКАЗСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

# **ПСИХОЛОГИЯ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ И ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СОСТОЯНИЙ**

## **УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ**

Специальность 37.05.02 – Психология служебной деятельности  
Специализации: «Психологическое обеспечение служебной  
деятельности в экстремальных условиях», «Морально-  
психологическое обеспечение служебной деятельности»

Квалификация выпускника – специалист

Ставрополь  
2016

УДК 159.9:614.8.084 (075.8)  
ББК 88.4 я73  
Б 43

Печатается по решению  
редакционно-издательского отдела  
Северо-Кавказского федерального  
университета

**Рецензенты:**

д-р психол. наук, профессор **О. В. Соловьева**,  
д-р психол. наук, профессор **М. И. Плугина**  
(Ставропольский государственный медицинский университет)

**Белашева И.В.**

Б 43 **Психология экстремальных и чрезвычайных состояний:**  
учебное пособие / Белашева И.В., Суворова А.В., Польшакова  
И.Н., Осипова Н.В., Ершова Д.А. – Ставрополь: Изд-во  
СКФУ, 2015. – 262 с.

Пособие представляет курс лекций, составленный в соответствии с требованиями ФГОС ВО.

Предназначено для студентов, обучающихся по специальности 37.05.02 – Психология служебной деятельности.

УДК 159.9:614.8.084 (075.8)  
ББК 88.4 я73

**Авторы:**

канд. психол. наук, доцент **И. В. Белашева**,  
канд. психол. наук, доцент **А. В. Суворова**,  
канд. психол. наук, доцент **И. Н. Польшакова**,  
канд. психол. наук, доцент **Н. В. Осипова**,  
канд. психол. наук, доцент **Д. А. Ершова**

© ФГАОУ ВО «Северо-Кавказский  
федеральный университет», 2016

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Психология экстремальных и чрезвычайных состояний является обязательной дисциплиной учебного плана в подготовке специалистов-психологов для различных структур и ведомств, где сотрудники работают в кризисных и экстремальных ситуациях, в условиях повышенного риска и опасности, а также для организаций и центров, оказывающих психологическую помощь различным категориям населения по преодолению тяжелых жизненных ситуаций и выходу из критических психических состояний. В настоящее время изучение курса «Психология экстремальных и чрезвычайных состояний» является особенно актуальным в связи с ростом градуса социального стрессирования во всём мире, имеющего место вследствие как социально-политического, так и морально-психологического кризисов. Психологические основы состояния и поведения людей в чрезвычайных ситуациях, условия работы в чрезвычайных ситуациях, проблемы, связанные с психологией чрезвычайных ситуаций или психологией катастроф – основные вопросы, которые раскрываются в курсе лекций. Представленный в пособии материал посвящен теоретическим и прикладным проблемам психологии экстремальных состояний, стресса, оказания экстренной психологической помощи, а также вопросам профессионального здоровья специалистов, работающих в экстремальных условиях.

**Цель пособия** – формирование набора профессиональных компетенций (ПК) в области психологического сопровождения профессий экстремального профиля у студентов, обучающихся по направлению подготовки 37.05.02 – Психология служебной деятельности (специализации: «Психологическое обеспечение служебной деятельности в экстремальных условиях», «Морально-психологическое обеспечение служебной деятельности»):

ПК-16 – способность эффективно взаимодействовать с сотрудниками правоохранительных органов, военными и иными специалистами по вопросам организации психологического обеспечения оперативно-служебной деятельности, в том числе в условиях террористических актов, массовых беспорядков, чрезвычайных ситуаций, стихийных бедствий, катастроф и боевой деятельности;

ПК-26 – способность осуществлять пропаганду психологических знаний среди сотрудников, военнослужащих и иных лиц.

**Компонентный состав формируемых компетенций включает знание:**

- задач, функций и структуры психологической службы МЧС России;

- теоретических основ оказания экстренной психологической помощи пострадавшим в результате чрезвычайных ситуаций и специалистам, участвующим в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций;

- структурной схемы работы психолога в зоне чрезвычайных ситуаций;

- форм и методов психологической работы с различными группами пострадавших при чрезвычайных ситуациях;

- теоретических основ психологии горя, специфики оказания психологической помощи людям, перенесшим потерю близких;

- теоретических подходов к проблеме стресса, возможных реакций на стрессовую ситуацию и методов работы с различными реакциями на стрессовую ситуацию;

**умение:**

- применять полученные знания и навыки в практической деятельности;

- применять на практике приемы и техники экстренной психологической помощи;

- использовать на практике приемы саморегуляции;

- работать с ситуацией потери близкого;

- оказывать психологическую помощь при различных реакциях на стресс (острые реакции на стресс, отсроченные реакции на стресс);

**владение:**

- навыками тренинговой, индивидуальной и групповой психокоррекционной работы;

- навыками оказания экстренной психологической помощи в зоне чрезвычайных ситуаций.

**Задачи дисциплины:**

- формирование представлений о теоретико-методологических основах психологии экстремальных ситуаций и состояний;

- ознакомление с основными направлениях исследований и психологических категориях психологии экстремальных ситуаций;
- ознакомление с закономерностями развития психогенных реакций и расстройств в экстремальных ситуациях;
- формирование представлений об основных направлениях и содержании психологической помощи в экстремальных ситуациях;
- формирование установок, направленных на продуктивное преодоление проблем профессионального здоровья специалистов, работающих в экстремальных условиях.

Дисциплина «Психология экстремальных и чрезвычайных состояний» (Б1.В.ОД.5) относится к обязательным дисциплинам вариативной части учебного плана образовательной программы специальности 37.05.02 Психология служебной деятельности.

Для освоения данной дисциплины необходимы знания и умения обучающихся, приобретенные в результате изучения дисциплин: «Безопасность жизнедеятельности», «Психиатрия катастроф», «Биотерроризм в современных условиях», «Психология стресса и стрессоустойчивого поведения», «Психологическое обеспечение служебной деятельности», «Психология безопасности», «Психология общения и переговоров», «Психология личности», «Гендерные особенности поведения в экстремальных ситуациях», «Проблемы адаптации личности в кризисных ситуациях», «Психологическое сопровождение в профессиях экстремального профиля».

Знания и умения обучающихся, приобретенные в результате изучения дисциплины «Психология экстремальных и чрезвычайных состояний», необходимы для освоения последующих дисциплин учебного плана, таких как «Психология толпы и массовых беспорядков», «Психология девиантного поведения», «Психология здоровья», «Стратегии совладающего поведения в экстремальных ситуациях», «Деятельность психолога при работе с кризисными состояниями», «Культурные и этнические особенности переживания в экстремальных ситуациях», «Психология терроризма», Специальная подготовка.

Курс лекций построен по системному принципу и состоит из трёх разделов. В первом разделе «Понятие экстремальности. Психологические аспекты изучения экстремальных ситуаций и состояний» даны общее представление о предмете психологии экстремальных и

чрезвычайных состояний; определения основных понятий: экстремальная ситуация и экстремальное состояние, чрезвычайная ситуация; характеристики реакций на экстремальную ситуацию.

Во втором разделе «Дезадаптивные психические состояния. Травматический стресс» раскрываются механизмы адаптации в экстремальной ситуации, описана физиологическая динамика стрессовой реакции, динамика адаптации организма к стрессовой ситуации, поведенческие паттерны реагирования.

В третьем разделе «Психологическое сопровождение в экстремальных ситуациях» описаны психологические аспекты работы в чрезвычайных ситуациях и последствия воздействия профессионального стресса при работе специалистов в чрезвычайных ситуациях, а также технологии и приемы оказания экстренной психологической помощи.

**Раздел 1**  
**ПОНЯТИЕ ЭКСТРЕМАЛЬНОСТИ.**  
**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ**  
**ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ И СОСТОЯНИЙ**

---

**1. Общее представление о предмете психологии  
экстремальных ситуаций и состояний**

**План**

1. Понятие «ситуация».
2. Теоретический и практический аспекты психологии экстремальных ситуаций.
3. Категориальный аппарат психологии экстремальных ситуаций.

**1. Понятие «ситуация»**

Для освещения этого вопроса обратимся к учебному пособию Осуховой Н.Г., в котором представлен детальный анализ данной проблемы.

В науках о человеке все более утверждается мысль о том, что между человеком и условиями его жизни существует неразрывная связь и, чтобы адекватно понять поведение человека и/или оказать ему социально-психологическую помощь, необходимо учитывать особенности той жизненной (а значит, социальной) ситуации, в которой осуществляется его бытие и развитие (Осухова, 2012).

В рамках различных научных направлений накоплены многочисленные эмпирические и экспериментальные данные, касающиеся ситуационной детерминации поведения личности (Осухова, 2012).

Понятие «ситуация» (от лат. *situs* – позиция, положение) прочно вошло в науки, предметом которых являются человек и его поведение, но, несмотря на широту употребления, понятие «ситуация» не всегда трактуется однозначно и четко. Нередко используют понятие «ситуация» как синоним понятию «среда». Чтобы избежать многозначности этих понятий, охарактеризуем каждое из них. Среда – это комплекс неких внешних по отношению к человеку условий, а ситуация всегда включает в себя самого человека. Виды ситуаций не совпадают с видами среды (географической, социальной и др.). Среда характеризуется стабильностью и длительностью воздействия, в то время как ситуация кратковременна. Среда всегда внесубъектна,

а ситуация субъектна, она всегда «чья-то ситуация». Все это свидетельствует о том, что данные понятия не тождественны, и недопустимо использовать их как синонимы (Осухова, 2012).

В зарубежной психологии наиболее распространено определение ситуации как пространственно-временного конструкта и ситуация представляет собой совокупность элементов среды или фрагмент среды на конкретном этапе жизнедеятельности индивида (Магнуссон, Фернхем, Аргайл, Мишел, 1983).

Д. Магнуссон предлагает различать пять уровней ситуаций (Магнуссон, Фернхем, Аргайл, Мишел, 1983):

1. Стимулы, т. е. определенные объекты и действия внешней среды.

2. Эпизоды, т. е. особые, значимые события, имеющие причину и следствие.

3. Физические, временные, и психологические параметры ситуации, определяемые внешними условиями. Восприятие и интерпретация ситуации придает значение стимулам и эпизодам.

4. Окружение (сеттинг) – обобщающее понятие, характеризующее типы ситуаций.

5. Среда – совокупность физических и социальных переменных внешнего мира.

Существует и другая позиция, так в работах Я. Дж. Мида, П. Бергера и Т. Лукмана показано, что человек – активная «составляющая» любой из жизненных ситуаций: даже само определение характера ситуации для человека возникает в процессе его собственного осмысления или в процессе общения с другими людьми. Ситуации здесь не пассивны – они активно воспринимаются и обсуждаются, они динамичны; один человек определяет ситуацию для другого и наоборот. С этой точки зрения, ситуация – это система объективных и субъективных элементов, объединяющихся в жизнедеятельности субъекта в определенный временной период.

Закономерно выделяются объективные и субъективные элементы ситуации по преобладающей роли внешних обстоятельств или самой личности (Осухова, 2012). Объективные элементы ситуации – это ее временные и пространственные параметры, те «действующие лица», которые находятся в этом пространстве и в это время, осуществляемая ими деятельность. К субъективным элементам ситуации относятся межличностные отношения, социально-психологический



климат в малой группе, групповые нормы, ценности, стереотипы сознания, личностные особенности человека.

Четкое определение смыслового значения термина «ситуация» дает ключ к пониманию и прогнозированию поведения человека в процессе его взаимодействия со средой в данный отрезок времени (Осухова, 2012). Что в большей степени влияет на поведение в той или иной ситуации – субъективные (личностные, персонологические) или объективные (ситуационные) факторы? Исследователи – «персонологи» и «ситуационисты» – по-разному отвечают на этот вопрос.

В персонологических (или личностных) подходах приоритет отдается устойчивым чертам личности и считается, что именно устойчивые черты личности определяют особенности поведения человека, а ситуация – это лишь внешние условия, дающие импульс к действию. Они могут актуализировать те или иные особенности личности.

В ситуационных подходах детерминанты поведения выводятся непосредственно из внешних, объективных особенностей самой ситуации (Осухова, 2012). Исследователи, придерживающиеся такого подхода, утверждают, что поведение ситуационно-специфично, т.е. в большей мере определяется не устойчивыми свойствами личности, а особенностями тех внешних условий, в которых находится человек. Кто же прав? В какой степени объективный аспект ситуации влияет на поведение человека? Для того чтобы получить ответ на этот вопрос, необходимо совершить краткий исторический экскурс.

Начало исследований ситуации можно отнести к 1917 году, когда Курт Левин делал первые шаги в разработке теории поля. На ранних этапах исследования он понимал «психологическое поле» как наличную ситуацию «здесь и сейчас» и считал, что «действие порождается тем окружением, в котором человек находится, – реальной окружающей его ситуацией». Позднее он заменил понятие «поле» более емким понятием «жизненное пространство» и сформулировал положение о единстве человека и окружающего его мира: индивид и воспринимаемый им окружающий мир представляют собой единое векторное поле, специфика которого определяется потребностной значимостью для человека всего того, что он воспринимает и осознает. Жизненное пространство человека – это личность и среда в их

взаимоотношениях. К. Левин утверждал, что всякое психическое явление (событие), в том числе и намеренное, волевое, должно рассматриваться как единство конкретного субъекта и конкретного окружения. Поведение человека, по К. Левину, определяется не особенностями среды, которые влияют на личность, а той конкретной целостностью, в состав которой входят и личность, и ее психологическое окружение. Среда в его теории – это «внешнее поле конкретных сил и воздействий», а личность – это «внутреннее поле» систем напряжений. Человек и среда – это два полюса, два момента одной и той же поведенческой целостности, которая в его концепции получила название «жизненное пространство».

Описание ситуации, писал К. Левин, должно быть скорее субъективным, чем объективным, т. е. ситуация должна описываться скорее с позиций индивида, поведение которого исследуется, чем с позиции наблюдателя. Однако при этом он признавал важность социального контекста ситуации, его влияние на поведение человека (Осухова, 2012).

Исследования К. Левина и его учеников заложили традиции экспериментального изучения поведения человека в различных жизненных ситуациях. При этом основное внимание они уделяли тому влиянию, которое оказывает ситуация на поведение. Широкую известность приобрел эксперимент, целью которого было изучение влияния стиля лидерства на формирование авторитарного и демократического группового климата. Данная переменная оказалась достаточно эффективной для того, чтобы породить существенные различия в отношениях молодых людей – участников эксперимента как друг к другу, так и к тем, кто наделен властью. Оказалось, что даже кратковременное изменение стиля руководства, может подавлять или поощрять комплекс авторитарной личности, который принято считать одним из наиболее устойчивых личностных образований (Осухова, 2012).

В результате этого и других исследований был сформулирован основной тезис К. Левина о том, что социальный контекст ситуации пробуждает к жизни мощные силы, стимулирующие или ограничивающие поведение человека.

Не менее важной частью ситуационизма К. Левина стал интерес к внешне незначительным деталям ситуации – он называл их «канальными факторами», которые либо открывают канал, фаси-

лителируют поведение, либо перекрывают канал и блокируют поведение. К примеру, таким «канальным фактором» может стать публичное одобрение или порицание той или иной последовательности действий (особенно ярко действие этого канала каждый из студентов испытывает во время ответа на экзамене или при выступлении перед большой аудиторией). Работы К. Левина положили начало многочисленным лабораторным и прикладным исследованиям влияния ситуации на человеческое поведение.

Впечатляет цикл исследований, цель которого – выяснить, какие особенности ситуации побуждают людей к оказанию помощи, а какие – нет (Осухова, 2012). Исследователей интересовало, что в большей мере влияет на решение человека оказать или нет помощь тому, кто в ней нуждается: черты личности и ее ценности или объективные особенности ситуации (место, время, число очевидцев и их поведение, внешний вид нуждающегося в помощи и т.п.).

В одном из исследований этого цикла (Дарли Бэтсон, 1973) рассматривалась ситуация оказания помощи упавшему на улице человеку. Испытуемыми стали студенты духовной семинарии, направляющиеся к месту произнесения своей первой проповеди. Исследователи обнаружили, что на поведение будущих священнослужителей в наибольшей мере повлияли вовсе не их ценности, а такой фактор, как время. Если участники эксперимента находились в ситуации дефицита времени (спешили, боясь опоздать на проповедь), то помощь оказывали лишь 10 % из них; если же будущие священники имели достаточно времени и не спешили, то число приходивших на помощь увеличивалось до 63 %.

Многочисленные эмпирические исследования «ситуационистов» продемонстрировали, что изменение внешних параметров ситуации порой может оказать гораздо более значимое влияние на поведение личности, чем индивидуальные различия в личностных чертах и диспозициях, о которых большинство людей думают как о наиболее важных детерминантах социального поведения (Осухова, 2012).

Особенно наглядно и шокирующе влияние внешних особенностей ситуации на поведение личности проявилось в экспериментах А. Милграма и Ф. Зимбардо. Участники «тюремного эксперимента» Ф. Зимбардо знали, что ситуация, в которой они согласились участвовать, не реальна, а искусственна. Но постепенно они настолько вошли в предложенные им в соответствии с условиями

экспериментальной ситуации роли надзирателей и заключенных, что начали вести себя так, как если бы ситуация была реальной: полностью изменилось их отношение к себе и другим участникам эксперимента. В своих действиях и переживаниях они превратились в надзирателей и заключенных со всеми вытекающими отсюда последствиями. Оказалось, что непосредственное влияние искусственно созданной ситуации может стать для человека более значимым, чем личностные установки и убеждения (Осухова, 2012).

К настоящему времени социальная психология накопила множество эмпирических данных, которые свидетельствуют о большом влиянии «внешнего аспекта ситуации» на поведение личности. Порой создается впечатление, что люди не до конца осознают ту силу влияния, которое оказывают на них конкретные жизненные ситуации или их отдельные аспекты. Дело дошло до того, что представители ситуационного подхода все настойчивее стали говорить о власти ситуации – сильном (и далеко не всегда очевидном и осознаваемом) влиянии непосредственной социальной ситуации на поведение человека (Осухова, 2012).

Несомненно, такое увлечение исследователей объективным аспектом ситуации при игнорировании ее субъективного аспекта методологически неверно (Осухова, 2012). Оно искажает теоретические позиции К. Левина, на которого любят ссылаться ситуационисты, и не учитывает еще один, чрезвычайно важный для понимания поведения человека методологический концепт «определение ситуации».

Методологический концепт «определение ситуации» был введен в науки о человеке американским социологом У. Томасом. Этот исследователь не ограничивался констатацией значительной роли ситуации и ситуационной обусловленности в поведении человека. Он доказал, что адекватно объяснить поведение можно лишь с помощью понимания субъективного значения ситуации для данного индивида. Всякой деятельности, считал исследователь, предшествует стадия рассмотрения, обдумывания, которую можно назвать «определением ситуации».

Определение социальной ситуации (у Томаса – «ситуации социальных отношений») детерминирует не просто действия индивида в конкретной социальной ситуации. Весь его образ жизни и сама личность формируются в цепи таких определений. По мнению У. Тома-

са, индивидуальные восприятия и представления индивида об окружающей социальной реальности важнее, чем объективно измеряемые социальные факты, описывающие эту реальность. Соответственно, для того чтобы понять поведение человека в той или иной жизненной ситуации, мы должны поставить себя в позицию субъекта, который пытается найти свой путь в этом мире; и мы должны помнить, что среда, которая влияет на него и к которой он пытается адаптироваться, – это не объективный мир науки. Это его мир, природа и общество, как он видит их, а не как их рассматривает ученый».

Дальнейшее развитие идея «субъективного определения ситуации» получила в рамках символического интеракционизма. В этом направлении психологии центральным стало изучение того, как происходит взаимодействие человека и ситуации, а также описание, систематизация и анализ многочисленных социальных ситуаций. Интеракционисты убедительно доказали, что поведение человека зависит не столько от объективного, сколько от субъективного аспекта ситуации, – от того, как сам человек определяет данную ситуацию. Каждый человек действует, исходя из своего собственного определения ситуации (Осухова, 2012).

Как происходит определение ситуации? По мнению интеракционистов, – посредством придания объективной ситуации субъективного значения. Соответственно, поведение человека не является реакцией на стимулы среды, но составляет ряд приспособлений к тому, как он интерпретирует происходящее. Интерпретация ситуации рассматривается ими на различных уровнях (начиная от когнитивных и заканчивая слабо осознаваемыми эмоциональными состояниями людей). На интерпретацию ситуации влияют культурные и групповые нормы, которые обуславливают представление человека о стандартных ситуациях и о нормах поведения в них (вплоть до принятых в той или иной культуре и/или социальной группе «правил» проявления эмоций и чувств).

Но не только социальные и культурные нормы оказывают влияние на определение ситуации. Определение ситуации зависит от сформировавшейся у человека картины мира – упорядоченного взгляда на окружающий мир. Ведь человек воспринимает жизнь, окружающие его различные физические объекты, людей, их отношения, события как «само собой разумеющееся». Мир, в котором живут и действуют люди, включает их прошлое, настоящее и будущее: в него входят вос-

поминания и ожидания. Определение ситуации предстает как реконструкция чувственного опыта; оно возникает путем отбора из того, что существует в настоящее время, и того, что извлекается из воспоминаний о других соответствующих (Осухова, 2012).

Таким образом, интеракционисты приняли в качестве основополагающего положение о том, что влияние среды на индивидуальное развитие и актуальное поведение всегда опосредуется актуальными ситуациями. Оценивая вклад этого подхода в развитие социальной психологии, один из ведущих современных исследователей ситуации Д. Магнуссон отмечал, что они принципиально изменили взгляд на ситуацию, доказали, что ситуация в той же степени является функцией личности, в какой поведение личности является функцией ситуации (Осухова, 2012).

Современные исследователи, как правило, отказываются от жесткого противопоставления человека и мира, внешнего и внутреннего, личностного и ситуационного факторов. Пожалуй, синтетическая позиция наиболее четко выражена Д. Магнуссоном и Н. Эндлером: поведение есть результат непрерывного взаимодействия между индивидом и теми ситуациями, в которые он включен. С личностной стороны существенными являются когнитивные и мотивационные факторы, со стороны ситуации – то психологическое значение, которое эта ситуация имеет для индивида.

Эти идеи кратко можно сформулировать как влияние субъективной интерпретации ситуации на поведение человека (Осухова, 2012). Они служат уточнением и, в определенном смысле, ограничением рассмотренной нами ранее идеи о власти ситуации. При исследовании поведения человека в различных жизненных ситуациях необходимо принимать во внимание субъективную природу ситуационного влияния, т.е. с одной стороны, выявлять объективные характеристики ситуации, а с другой – выяснять, как человек переживает и определяет (интерпретирует) ситуацию, до какой степени он реагирует на свои собственные определения и интерпретации ситуаций, которые создают контекст и стимулируют поведение (Осухова, 2012).

Автор одного из наиболее популярных учебников социальной психологии Д. Майерс иронично замечает, что истина о силе воздействий социальных ситуаций не более чем половина правды, если эта истина берется в отрыве от дополняющего ее утвержде-

ния о силе личности. Взаимосвязь личности и ситуации можно рассматривать, по меньшей мере, в трех аспектах:

разные личности по-разному воспринимают одну и ту же ситуацию и по-разному реагируют на нее;

люди способны сами избирать влияющие на них ситуации;

люди сами участвуют в создании своей социальной ситуации.

Таким образом, определенные возможности есть как у личности, так и у ситуации. Человек одновременно и творение, и творец своей жизненной ситуации.

Со времени классических работ Г. Гамильтон целостный теоретический конструкт «личность в ситуации» служит основой и диагностики, и оказания помощи человеку в трудных жизненных ситуациях. Понятие «личность в ситуации» рассматривается как трехкратный образ: личность, ее жизненная ситуация и (главное) взаимодействие между личностью и ситуацией (Осухова, 2012).

## **2. Теоретический и практический аспекты психологии экстремальных ситуаций**

Для того чтобы проанализировать различные аспекты психологии экстремальных ситуаций, обратимся к учебному пособию И. А. Семеновой «Психология экстремальных ситуаций».

Психология экстремальных ситуаций является к настоящему времени одним из важнейших разделов прикладной психологии и охватывает круг проблем, связанных с оценкой, предвидением и оптимизацией психических состояний и поведением человека в стрессовых ситуациях (Семенова, 2012).

Психология экстремальных ситуаций имеет как теоретический аспект, связанный с изучением особенностей психического функционирования в кризисе, диагностикой психических состояний человека, переживающего или пережившего чрезвычайные обстоятельства, так и практическое приложение, которое определяет направления, методы, техники, приемы психологической помощи: психологической коррекции, консультирования и психотерапии (Семенова, 2012).

В теоретическом аспекте психологии экстремальных ситуаций значительное внимание уделяется выявлению, анализу и классификации разнообразных психических феноменов, возникающих у жертв, ликвидаторов последствий и иных участников экстремаль-

ных происшествий. В частности, психологические феномены, возникающие в условиях воздействия чрезвычайных факторов, описываются в литературе под названием посттравматического стрессового синдрома, или посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Исследуются разнообразные негативные психические состояния, возникающие вследствие воздействия экстремальных факторов: стресс, фрустрация (переживание неудачи), кризис, депривация (дефицит впечатлений), конфликт. Эти состояния характеризуются доминированием острых или хронических негативных эмоциональных переживаний: тревоги, страха, депрессии, агрессии, раздражительности, дисфории. Возникающие в этих состояниях аффекты могут достигать такой степени интенсивности, при которой они оказывают дезорганизирующее воздействие на интеллектуально-мнестическую деятельность человека, затрудняя процесс адаптации к происходящим в обыденной «мирной» жизни событиям (Семенова, 2012).

Интенсивные эмоциональные переживания (страх, паника, ужас, отчаяние) могут затруднять адекватное восприятие действительности, правильную оценку ситуации, мешая принятию решений и нахождению адекватного выхода из стрессовой ситуации. Эти явления, отражающие феноменологию психического функционирования человека в кризисе, оказываются в центре внимания практически-ориентированной области психологии экстремальных ситуаций. Психологическая помощь необходима нормализацию психического состояния с нивелированием негативных переживаний, предотвращения нарушений поведения и профилактики психосоматических расстройств. Основной задачей психологической помощи является мобилизация психологического потенциала для преодоления негативных последствий чрезвычайных обстоятельств, актуализация адаптивных и компенсаторных ресурсов личности. Следствием эффективной психологической помощи пострадавшим является совладание со страхом и оптимизация психического состояния и поведения человека в экстремальных ситуациях (Семенова, 2012).

В значительной части случаев последствиями травматического стресса, связанного с переживанием экстремальных жизненных ситуаций, являются такие формы аддиктивного (связанного с пагубными привычками) поведения, как алкоголизм, наркомания, токсикомания, злоупотребление лекарственными препаратами и



пр. Наркотики, алкоголь могут использоваться в качестве средств снижающих тревогу, напряжение, страх. В некоторых случаях пострадавший допускает в сознание мысли о невыносимости либо бессмысленности собственной жизни. Чрезмерный стресс может влиять и на витальные (жизненные) функции – сон, питание и сексуальное поведение. Последствиями травматического стресса являются длительные или острые негативные эмоциональные состояния, а также нарушения поведения. Эти нарушения поведения имеют психологические причины, связанные с недостаточностью личностных ресурсов, с избыточностью дезадаптирующих воздействий в чрезвычайных обстоятельствах (Семенова, 2012).

Среди психотравмирующих ситуаций – жизненные ситуации, знакомые каждому, ситуация смерти, потери близкого человека, разрыва отношений – когда личностных ресурсов может оказаться недостаточно. Такие соматические страдания, как язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, неспецифический язвенный колит, заболевания кожи (нейродермит), гипертония или ишемическая болезнь сердца, часто возникают вследствие чрезвычайных обстоятельств на фоне длительных и интенсивных состояний гнева, ярости, злости или страха, отчаяния, депрессии и печали (Семенова, 2012).

### **3. Категориальный аппарат психологии экстремальных ситуаций**

Одной из особенностей психологии экстремальных ситуаций можно констатировать слабую согласованность содержания ее основных категорий (Семенова, 2012).

Понятия экстремальных, кризисных и чрезвычайных ситуаций еще не получили исчерпывающего определения. Представляется, что недостаточно рассматривать их лишь с точки зрения объективных особенностей, не принимая во внимание психологические составляющие, такие, как, например, восприятие, понимание, реагирование и поведение людей в таких ситуациях. Человек, имеющий представление о чрезвычайной ситуации, так или иначе, психологически оказывается, вовлечен в эту ситуацию: как ее инициатор, жертва, или очевидец.

Исходя из соотношения субъективных (особенностей переживания человеком происходящего, его поведения, последствий для жиз-

ни и некоторых других психологических параметров) и объективных обстоятельств, а также стихийно сложившейся практикой, можно выделить следующие основные, наиболее общие категории, которые использует психология экстремальных ситуаций (Семенова, 2012):

- экстремальная ситуация (ЭС);
- чрезвычайная ситуация (ЧС);
- стрессовая ситуация (стресс);
- кризис (кризисная ситуация);
- нормативные кризисы развития человека.

Понятия «экстремальная ситуация» и «чрезвычайная ситуация» часто используются как синонимы. Но, не вдаваясь в теоретический анализ понятий, интуитивно люди используют их избирательно. Если обратиться к Большой советской энциклопедии, то можно зафиксировать некоторые нюансы в сущности понятий:

Экстремальный – (математический смысл) – связанный с экстремумом некоторой величины; крайний, предельный (наибольший или наименьший). Чрезвычайный – превосходящий, исключительный, специально не предусмотренный обычным ходом дел (Семенова, 2012).

Одну и ту же ситуацию, возможно, охарактеризовать и как экстремальную, когда необходимо подчеркнуть уникальность переживания ее отдельным субъектом, личностью, и как чрезвычайную, когда речь идет о каких-либо объективных параметрах, «специально не предусмотренных обычным ходом дел», когда указывается на несоответствие привычным, внешним обстоятельствам.

Слово «кризис» (критическая ситуация) – имеет вполне ясное для любого человека бытовое значение – поворотный пункт, решение; резкий, крутой перелом, тяжелое переходное состояние. Кризис – понятие общенаучное. С медицинской стороны, кризис – перелом в течении болезни, ведущий к выздоровлению, с экономической – перепроизводство, не находящее сбыта. В психологии выделяют (среди прочих разновидностей кризисов) нормативные (или возрастные) и ситуативные кризисы, привязанные к ситуации, которую сложно предугадать и подготовиться заранее. Возрастные кризисы логично и подробно анализируются как отечественными (Д. Б. Эльконин), так и зарубежными (Э. Эриксон) психологами. Своевременное и полноценное переживание нормативного возрастного кризиса дает личности специалиста, выполняю-

щего профессиональные обязанности в экстремальных условиях, возможность проявить стрессоустойчивость и свою профессиональную надежность с большой вероятностью. Этот тезис важен при рассмотрении факторов психологической устойчивости и профилактики ПТСР специалиста (Семенова, 2012).

Для описания психологических состояний людей, испытывающих на себе действие экстремальных факторов, используют термины «стресс» и «кризис». Термин «стресс» используется для обозначения широкого круга состояний и действий человека, возникающих в ответ на разнообразные экстремальные воздействия (стрессоры). Стрессоры делятся на физиологические (боль, голод, жажда, чрезмерная физическая нагрузка, слишком высокая или низкая температура и т. д.) и психологические (факторы, действующие своим сигнальным значением: опасность, обман, обида, информационная перегрузка и т. д.). В зависимости от вида стрессора и характера его воздействия выделяют различные виды стрессов, например, физиологические и психологические. Физическая наука подтверждает бытовые наблюдения: стресс связан с внутренним напряжением. Г. Селье определил это состояние следующим образом: «неспецифическая ответная реакция организма (обширный круг состояний организма, сводящихся преимущественно к состоянию психофизиологического истощения) на экстремальные воздействия – стрессоры» (Селье, 1992).

Понятие «стресс» описывает особенности психофизиологии человека, находящегося в экстремальной ситуации, «кризис» – подчеркивает нормативность, общепринятость ситуации либо ее ситуативность (критическая ситуация), нестандартность, непредвиденность в жизни отдельной личности (Семенова, 2012).

### **Контрольные вопросы для самопроверки**

1. Раскройте особенности психологии экстремальных ситуаций как отрасли психологической науки.

2. Перечислите основные проблемы исследований в области психологии экстремальных ситуаций.

3. Дайте определения понятиям «кризисная ситуация», «нормативный кризис развития», «стресс».

4. Определите различия в понимании терминов «экстремальная ситуация» и «чрезвычайная ситуация».

## Литература

1. Д. Магнуссон, А.Фернхем, М.Аргайл, В.Мишел и др. Ситуационный анализ: Эмпирические исследования соотношения выходов и ситуаций // Психологический журнал. 1983. № 2.

2. Н. Г. Осухова. Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях: учеб. пособие для студ. высш. учеб. Заведений/. 5-е изд., испр. – М.: Издат. центр «Академия», 2012. 320 с.

3. Малкина-Пых И. Г.) Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с. (Справочник практического психолога).

4. Селье, Г. Когда стресс не приносит горя. М.: РЭНАР, 1992. 160 с.

5. И. А. Семенова . Психология экстремальных ситуаций: учеб. пособие. – Ульяновск: УВАУ ГА(И), 2012. 138 с.

## 2. Виды и типологии экстремальных ситуаций

### План

1. Понятие экстремальная ситуация.
2. Классификация экстремальных ситуаций.
3. Влияние экстремальных ситуаций на человека.
4. Субъекты экстремальных ситуаций.

### 1. Понятие экстремальная ситуация

Близкими к понятию экстремальная ситуация являются понятия кризисная ситуация и чрезвычайная ситуация. Дадим определения этим понятиям.

Кризисная ситуация (от греч. *krisis* – решение, поворотный пункт, исход) – это ситуация, требующая от человека значительного изменения представлений о мире и о себе за короткий промежуток времени. Эти изменения могут носить как позитивный, так и негативный характер (Шойгу, 2007).

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

Экстремальная ситуация (от лат. *extremus* – крайний, критический) – внезапно возникшая ситуация, угрожающая или субъективно воспринимаемая человеком как угрожающая жизни, здоровью, личностной целостности, благополучию (Шойгу, 2007)

Под экстремальными подразумевают такие ситуации, которые выходят за пределы обычного, «нормального» человеческого опыта. Человека в столкнувшись с экстремальной ситуацией еще к ней не адаптирован, он не знает, как действовать. Степень экстремальности ситуации определяется силой, продолжительностью, новизной, непривычностью проявления этих факторов (Шойгу, 2007)

Однако экстремальной ситуацией делает не только реальная, объективно существующая угроза жизни для самого себя или значимых близких, но и наше отношение к происходящему. Восприятие одной и той же ситуации каждым конкретным человеком индивидуально, в связи, с чем критерий «экстремальности» находится, скорее, во внутреннем, психологическом плане личности (Шойгу, 2007)

В качестве факторов, определяющих экстремальность, могут рассматриваться следующие (Шойгу, 2007):

1. Различные эмоциогенные воздействия в связи с опасностью, трудностью, новизной, ответственностью ситуации.
2. Дефицит необходимой информации или явный избыток противоречивой информации.
3. Чрезмерное психическое, физическое, эмоциональное напряжение.
4. Воздействие неблагоприятных климатических условий: жары, холода, кислородной недостаточности и т.д.
5. Наличие голода, жажды.

Экстремальные ситуации (угроза потери здоровья или жизни) существенно нарушают базовое чувство безопасности человека, веры в то, что жизнь организована в соответствии с определенным порядком и поддается контролю, и могут приводить к развитию болезненных состояний – травматического и посттравматического стресса, других невротических и психических расстройств (Шойгу, 2007).

Следует также остановиться на содержании понятий экстремальные условия и факторы. Под экстремальными условиями жизнедеятельности понимают измененные, непривычные условия суще-

ствования человека, характеризующиеся воздействием ряда психогенных факторов и риском для жизни (Лебедев, Понякина, 1991)

В.Д. Небылицын писал, что «экстремальными или чрезвычайными условиями называются предельные, крайние значения тех элементов ситуации, которые в своих средних значениях создают оптимальный «фон» или, по крайней мере, не ощущаются как источник дискомфорта» (Небылицын В.Д., 1990)

Экстремальными являются условия, вызывающие реакции организма и личности, находящиеся на грани патологических нарушений. Экстремальными называются условия жизни человека, характеризующиеся непредсказуемостью, неупорядоченностью будущего при несформированности, неясности для субъекта способов достижения цели (Базылевич, Асеев, Бодунов, 1993)

В.П. Казначеев в качестве критерия экстремальности условий существования предлагает использовать степень незавершенности адаптационного процесса, т.е. признаки частичной или полной дезадаптации. На основании этого критерия воздействующие фактор делятся на сильные, очень сильные и сверхсильные, последние два являются экстремальными (Казначеев, 1980).

Л.А. Китаев-Смык под экстремальными факторами понимает факторы, «...небезразличные для организма, более того, вызывающие в нем предельно допустимые изменения» (Китаев-Смык, 1983). Перечислим условия, делающие стрессоры экстремальными:

1) субъективная оценка опасности стрессора (физической целостности, целостности социального статуса и т. п.);

2) субъективная чувствительность к стрессору (значимость стрессора);

3) степень неожиданности стрессора;

4) близость действия стрессора к крайним точкам шкалы «приятно – неприятно»;

5) неопределенность сроков действия стрессора.

Экстремальными являются такие факторы и условия, возникновение которых приводит к состоянию динамического рассогласования, характеризующегося нарушением адекватности физиологических и поведенческих реакций и приводящего к ухудшению качества деятельности (Гримах, 1989)

Ц.П. Короленко указывает, что понятие «экстремальные условия» охватывает «чрезвычайно сильные воздействия внешней сре-

ды», которые находятся на грани переносимости и могут вызывать нарушения адаптации (Короленко, 1978)

## **2. Классификация экстремальных (чрезвычайных) ситуаций**

В «Справочнике практического психолога» Малкиной-Пых (Малкина-Пых, 2005) мы находим следующую классификацию чрезвычайных ситуаций.

ЧС могут классифицироваться по следующим признакам:

- по степени внезапности: внезапные (непрогнозируемые) и ожидаемые (прогнозируемые). Легче прогнозировать социальную, политическую, экономическую ситуации, сложнее – стихийные бедствия. Своевременное прогнозирование ЧС и правильные действия позволяют избежать значительных потерь и в отдельных случаях предотвратить ЧС;

- по скорости распространения: ЧС может носить взрывной, стремительный, быстро распространяющийся или умеренный, плавный характер. К стремительным ситуациям чаще всего относятся большинство военных конфликтов, техногенных аварий, стихийных бедствий. Относительно плавно развиваются ситуации экологического характера;

- по масштабу распространения: локальные, местные, территориальные, региональные, федеральные, трансграничные. К локальным, местным и территориальным относят ЧС, не выходящие за пределы одного функционального подразделения, производства, населенного пункта. Региональные, федеральные и трансграничные ЧС охватывают целые регионы, государства или несколько государств;

- по продолжительности действия: могут носить кратковременный характер или иметь затяжное течение. Все ЧС, в результате которых происходит загрязнение окружающей среды, относятся к затяжным;

- по характеру: преднамеренные (умышленные) и непреднамеренные (неумышленные). К первым следует отнести большинство национальных, социальных и военных конфликтов, террористические акты и другие. Стихийные бедствия по характеру своего происхождения являются непреднамеренными, к этой группе относятся также большинство техногенных аварий и катастроф.

По источнику происхождения чрезвычайные (экстремальные) ситуации подразделяются на:

- ЧС техногенного характера;
- ЧС природного происхождения;
- ЧС биолого-социального характера.

Типы ЧС техногенного характера: транспортные аварии и катастрофы, пожары и взрывы, аварии с выбросом аварийно-химических отравляющих веществ (АХОВ) и отравляющих веществ (ОВ), аварии и катастрофы с выбросом радиоактивных веществ (РВ) или сильнодействующих ядовитых веществ (СДЯВ), внезапное обрушение сооружений, аварии на электро- и энергетических системах (ЭЭС) или коммунальных системах жизнеобеспечения, аварии на промышленных очистных сооружениях, гидродинамические аварии.

Типы ЧС природного происхождения: геофизические, геологические, метеорологические, агрометеорологические, опасные морские гидрологические явления, природные пожары.

Типы ЧС биолого-социального характера: голод, терроризм, общественные беспорядки, алкоголизм, наркомания, токсикомания, различные акты насилия.

ЧС, связанные с изменением состояния литосферы – суши (почвы, недр, ландшафта); состава и свойств атмосферы (воздушной среды); состояния гидросферы (водной среды); состояния биосферы; инфекционные заболевания людей, животных и растений.

Для практических целей и установления единого подхода к оценке ЧС природного и техногенного характера, определения границ зон ЧС и адекватного реагирования на них введена классификация ЧС:

- в зависимости от количества людей, пострадавших в этих ЧС;
- людей, у которых нарушены условия жизнедеятельности;
- размера материального ущерба, а также границы зоны распространения поражающих факторов ЧС.

Источник ЧС определяется как опасное природное явление, авария или техногенное происшествие, инфекционная болезнь людей, животных и растений, а также применение современных средств поражения (ССП), в результате чего может возникнуть ЧС.

Поражающий фактор источника ЧС определяется как составляющая опасного явления или процесса, вызванная источником ЧС и характеризующаяся физическими, химическими и биологиче-



скими действиями или явлениями, которые определяются соответствующими параметрами

Зона ЧС определяется как территория или акватория, на которой в результате возникновения источника ЧС или распространения его последствий из других районов возникла ЧС.

Зона заражения – это территория, в пределах которой распространены опасные химические вещества либо биологические (бактериологические) средства.

Очаг поражения – ограниченная территория, в пределах которой в результате воздействия ССП произошли массовая гибель или поражение людей, сельскохозяйственных животных и растений, разрушены и повреждены здания и сооружения, а также элементы окружающей природной среды (ОПС).

Оценка ущерба вследствие ЧС проводится по 5 основным параметрам:

- прямые потери вследствие ЧС;
- затраты на проведение аварийно-спасательных и других неотложных работ;
- объем эвакуационных мероприятий и затраты на их проведение;
- затраты на ликвидацию ЧС;
- косвенные потери.

### **3. Влияние экстремальных ситуаций на человека**

Какие чрезвычайные ситуации оказывают наиболее негативное воздействие на человека неизвестно точно. Замечено, что чрезвычайные ситуации природного происхождения переносятся легче, чем антропогенные. Люди пытаются объяснить их появление «божьей карой» или природной силой. А ситуации антропогенного характера более негативно воздействуют на психику человека, меняя восприятие мира, жизненные ценности и поведение.

Среди ситуаций природного происхождения самое разрушительное действие принадлежит землетрясениям. Именно землетрясения разрушают дома, приводят к обвалам, пожарам и угрожают жизни большого количества людей.

К специфическим последствиям землетрясения, связанным с психическим состоянием людей, можно отнести развитие реакций дезадаптации, возникновение фобических расстройств, связанных

со страхом находиться в зданиях (например, девочка 9 лет, пережившая землетрясение в Корякино весной 2006 г., отказывалась заходить в здание школы, где была временно размещена ее семья, плакала, вырывалась, убегала на улицу); страхом повторных подземных толчков (у людей, переживших землетрясение, часто бывает нарушен сон, так как их состояние характеризуется тревогой и ожиданием повторных толчков); опасениями за жизнь своих близких (Шойгу, 2007). Степень тяжести последствий стихийных бедствий в каждом случае необходимо оценивать индивидуально: для одного человека – землетрясение, разрушение дома, эвакуация, смена места жительства может стать крахом всего, вызвать острые переживания и тяжелые отсроченные последствия, для другого – лишь стать возможностью начать новую жизнь (Шойгу, 2007) .

Из антропогенных ЧС, по мнению ряда исследователей, максимально психотравматичной является ситуация заложничества (Шойгу, 2007). Это обусловлено существованием реальной перспективы смерти для заложников, переживаниями чувства парализующего страха, невозможностью противодействовать террористам в сложившихся обстоятельствах, отрицанием самооценности жизни и личности заложника. Такие ситуации порождают, как у самих пострадавших, так и в социуме вообще, большое количество агрессивных реакций, тревожных, фобических расстройств (Шойгу, 2007)

В.И. Лебедев, Короленко Ц.П. утверждают, что длительная экстремальная ситуация оказывает крайне неблагоприятное влияние на человека, вызывая нарушения поведения, конфликтность, социальные девиации (от позднелат. *deviatio* – отклонение). По наблюдениям В.И. Лебедева (Лебедев, Понякина, 1991), у подводников, летчиков и космонавтов вследствие сознания угрозы для жизни присутствует постоянная готовность к действиям, которая, однако, не всегда ими осознается. Такая готовность, сопровождаемая соответствующей психической напряженностью в адекватной форме, является закономерной реакцией на опасность. Устойчивые индивидуально-психологические особенности личности (тип высшей нервной системы) и временные функциональные психофизиологические особенности способствуют развитию аффективных реакций в условиях аварийной ситуации. При неблагоприятных обстоятельствах кратковременные аффективные реакции могут

приводить к глубоким психическим нарушениям, что означает переход в новое качество – болезнь (Мосягин, 2005).

Каждым человеком экстремальная ситуация переживается по-разному. Ключевую роль при этом играют особенности личности, ресурсы и компенсаторные возможности.

Субъекты экстремальных ситуаций (Шойгу, 2007)

Обратимся к книге «Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных» под редакцией Ю.С. Шойгу, в которой находим детальное раскрытие этого вопроса.

Большое значение для оценки и прогнозирования психических последствий имеет факт того, был ли человек непосредственно участником ЧС, оказался ли ее свидетелем или в результате ЧС пережил потерю близкого или родственника. В соответствии с характером воздействия негативных факторов чрезвычайной ситуации все люди, подвергшиеся воздействию этих факторов, условно подразделяются на следующие группы.

Первая группа – это специалисты. Люди, оказывающие помощь пострадавшим, принимающие участие в ликвидации последствий ЧС. В ситуации выполнения профессиональных обязанностей, связанных с помощью другим людям, эмоциональные переживания ощущаются как приглушенные, специалист в первую очередь ориентирован на выполнение задачи. Часто это беспокоит специалистов. Один спасатель рассказывал: «Как же так? Я совсем ничего не чувствую. Я вижу ужасные картины, смерть, горе людей, и меня это не трогает. Все ли со мной в порядке?» В основе этого явления лежит механизм психологической защиты – диссоциация (взгляд на ситуацию извне, со стороны, без личной эмоциональной вовлеченности), часто проявляющийся в том случае, если человек по роду своей профессиональной деятельности постоянно сталкивается с болью и страданиями других людей. Такая реакция считается нормой. Однако не всегда работа в экстремальных условиях проходит для специалистов бесследно. На отсроченных последствиях работы в условиях чрезвычайных ситуациях мы более подробно остановимся в следующих главах.

Вторая группа – жертвы. Люди, пострадавшие, изолированные в очаге чрезвычайной ситуации (заложники, люди под завалами, на крышах затопленных домов и т. д.). Как правило, люди, пережившие чрезвычайную ситуацию, потратили много сил на борьбу

бу за жизнь и уже сам факт того, что они остались живы, является для них огромным ресурсом для дальнейшего преодоления ситуации и возвращения к нормальной жизни.

Психические реакции этой категории людей после катастрофы можно разделить на четыре стадии:

первая стадия – героизм (альтруизм, героическое поведение, желание помочь другим людям и выжить самому);

вторая стадия – «медовый месяц» (чувство гордости за то, что выжил и преодолел все опасности);

третья стадия – разочарование (гнев, разочарование: «мне казалось в моей жизни все должно измениться, а все осталось по-прежнему, о моем подвиге все забыли, только я помню о нем», крушение надежд);

четвертая стадия – восстановление (осознание, что необходимо налаживать быт, возвращаться к своим обязанностям).

Застревание на какой-либо из стадий приводит к возникновению или «синдрома героя», который можно описать следующими словами: «Я пережил то, что никто из вас не переживал, вы меня никогда не поймете, вы все дети» и т. п., в результате возможны проявления асоциального поведения (вспышки агрессии, угроза жизни других), алкоголизация, суициды, или возникновение «синдрома жертвы»: «Меня никто не понимает, я одинок в своих страданиях». Хотя большая часть людей в итоге самостоятельно или с помощью специалистов возвращаются к нормальной жизни.

Третья группа – пострадавшие (материально или физически). Люди, потерявшие своих близких или не имеющие информации об их судьбе, лишившиеся своих домов, имущества и т. д. В этой группе наблюдаются наиболее тяжелые эмоциональные реакции, длительные негативные переживания. Пострадавшим особенно трудно смириться с постигшим их горем, адаптироваться к изменившимся условиям жизни. В этой группе выявляется наибольшее количество отсроченных психических последствий, о которых мы будем говорить в последующих главах.

Четвертая группа – очевидцы или свидетели. Люди, проживающие или оказавшиеся в непосредственной близости к зоне ЧС.

Пятая группа – наблюдатели (или зеваки). Люди, получившие информацию о происходящем и прибывшие на место.

Степень травматизации людей в этих двух группах во многом зависит от их личностных особенностей и наличия травматических ситуаций в прошлом. Для одних тушение пожара в жилом доме станет лишь любопытным, захватывающим зрелищем, у других может вызвать психические (страхи, неврозы) и соматические (обострение хронических заболеваний, бессонница, головные боли) нарушения.

Шестая группа – телезрители. Люди, получающие информацию о ЧС и следящие за развитием ситуации с помощью средств массовой информации (СМИ). Неоспорим тот факт, что люди должны получать информацию о событиях. Однако специалистам известно немало случаев негативных психологических последствий освещения СМИ чрезвычайных ситуаций. Часто эмоциональная окраска репортажей носит чрезмерно негативный, трагичный, подчеркнута пессимистичный характер.

Как пример можно привести освещение СМИ террористического акта, совершенного в октябре 2002 г. в здании, где шло представление мюзикла «Норд-Ост». Миллионы людей были эмоционально включены в ситуацию практически круглосуточной трансляцией с места событий. Особенность этой ситуации состояла и в ее длительности (несколько суток). Мало кого события тех дней оставили равнодушными. Впоследствии люди обращались за помощью к специалистам с жалобами на страхи, тревогу за себя и за своих близких, нарушение чувства безопасности, подавленное состояние, плохое физическое самочувствие, актуализацию травматического опыта, полученного ранее.

### **Контрольные вопросы для самопроверки**

1. Дайте определение и раскройте содержание понятий «экстремальная ситуация», «кризисная ситуация».
2. Перечислите факторы, определяющие экстремальность ситуации.
3. По каким признакам классифицируются экстремальные (чрезвычайные) ситуации.
4. Перечислите субъектов экстремальных ситуаций.

## Литература

1. Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных / под общей ред. Ю.С. Шойгу. М.: Смысл, 2007. 319 с.
2. Лебедев К.А., Понякина И.Д. Принципы работы систем организма человека и их приложение в практической медицине. Сообщение 1 // Физиология человека. 1991. Т.17. № 4.
3. Небылицын В.Д. Избранные психологические труды. – М.: Наука, 1990. 308 с.
4. Базылевич Т.Ф., Асеев В.Г., Бодунов М.В. О целостности индивидуальности и влиянии радиации на активированность мозга // Психол. журн. 1993. Т. 14. № 2.
5. Казначеев В.П. Современные аспекты адаптации. Новосибирск: Наука, 1980.
6. Китаев–Смык Л.А. Психология стресса. М.: Наука, 1983. 480 с.
7. Гримах Л.П. Резервы человеческой психики. М.: Политиздат, 1989.
8. Короленко Ц.П. Психофизиология человека в экстремальных условиях. Л.: Медицина, 1978. 210 с.
9. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации: справочник практического психолога. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. 960 с.
10. Мосягин И.Г. Влияние психологических факторов на формирование адаптивных способностей у военнослужащих по призыву / И.Г. Мосягин, П.И. Сидоров, С.В. Маруняк // Естествензнание и гуманизм: Сборник научных трудов. Томск, 2005. Т. 2. № 1.

### 3. Характеристика деятельности в особых и экстремальных условиях

#### План

1. Закономерности деятельности в экстремальных условиях.
2. Изменения в поведении и функциональном состоянии в экстремальных условиях.
3. Переносимость экстремальных условий.
4. Нервно-психическая неустойчивость.
5. Психологическая концепция условий деятельности.

#### 1. Закономерности деятельности в экстремальных условиях

Экстремальные условия создаются различными факторами, обусловленными конкретными особенностями внешней среды, характером выполняемой деятельности, свойствами поступающей

к человеку информации. Каждый из этих факторов оказывает свое, специфическое воздействие на деятельность и поведение человека. Однако есть и общие закономерности, характерные для деятельности, проходящей в экстремальных условиях (Зарудная, 1970)

При работе в экстремальных условиях отмечаются три вида психической напряженности: эмоциональная, неэмоциональная, смешанная (Смирнов, Долгополова, 2007).

Операционная напряженность возникает тогда, когда предъявляются повышенные требования к умственным ресурсам и двигательному аппарату человека и нет опасности, которая заставила бы человека заранее волноваться. Операционная напряженность постепенно возрастает (Смирнов, Долгополова, 2007).

Эмоциональная напряженность возникает под действием факторов, вызывающих тревогу, страх, и другие отрицательные эмоции. Эмоциональная напряженность связана с рассогласованием между значимостью ситуации и ее субъективной оценкой, при этом большой удельный вес занимают реакции защиты организма (Смирнов, Долгополова, 2007).

Деление видов напряженности является условным, так как любой вид деятельности всегда связан с эмоциями и при определенных условиях операционная напряженность может перерасти в эмоциональную, поэтому наиболее характерной является смешанная напряженность (Смирнов, Долгополова, 2007).

При сильной эмоциональной напряженности в экстремальных условиях возникают колебания работоспособности (замедляется темп работы, нарушается последовательность операций, увеличивается количество ошибок и т. п.). Понижение работоспособности чаще всего наблюдается при низком уровне тренированности.

На изменения работоспособности оказывают значительное влияние свойства нервной системы человека. Так, лица с сильной, уравновешенной нервной системой более выносливы, чем лица, обладающие слабой и неуравновешенной нервной системой, которые более подвержены влиянию сверхсильных воздействий. У них часто наблюдается растерянность, иногда доходящая до шока, снижается общая надежность выполнения работы (Ильин, 2001).

Также оказывает влияние подвижность нервных процессов. Так люди с малой подвижностью нервных процессов чаще допускают ошибки, что нередко чревато серьезными последствиями.

Работоспособность людей повышается, если они заранее изучили обстановку, в которой будет проходить деятельность, особенности деятельности, орудия и средства труда. Так известно, что незнание обстановки вызывает, как правило, значительно большее психическое напряжение, чем определенный сигнал об опасности (Ломов, 1983).

На работоспособность человека в экстремальных условиях также оказывает влияние предварительная подготовка и тренированность. Считается, что к экстремальным условиям в некоторой мере можно привыкнуть. Это хорошо известно альпинистам, парашютистам, водителям автотранспорта и др.

Нельзя не упомянуть значение моральных, волевых и других качеств личности.

Для деятельности человека в экстремальных условиях характерна и нелинейная и немонокотная зависимость качества деятельности от интенсивности и продолжительности экстремальных воздействий. Незначительные по интенсивности и продолжительности воздействия оказывают, как правило, мобилизующее действие (эустресс, оптимальный стресс, параэкстремальные условия). Зависимость качества деятельности от уровня активации организма определяется законом Йеркса-Додсона, в соответствии с которым качество выполнения легких задач с увеличением активации монотонно повышается, тогда, как наивысшая эффективность выполнения сложных задач достигается при среднем уровне активации.

Экстремальные ситуации вызывают у человека изменения на функциональном и поведенческом уровнях.

## **2. Изменения в поведении и функциональном состоянии в экстремальных условиях**

Потеря гибкости, особенно в выполнении сложных, координированных движений, является отличительной особенностью поведения в экстремальных условиях. В то же время шаблонные, стереотипные движения могут протекать лучше и даже приобретать тенденцию к автоматизму.

Разброс данных является одним из типичных показателей изменчивости поведения человека в таких экстремальных условиях. Этот факт имеет большую диагностическую ценность для разграничения



состояний утомления и напряженности. Для напряженности характерным является вариативность, а для утомления увеличение среднего значения времени реакции. В этом случае имеют место как сверхбыстрые, импульсивные реакции, так и сильно заторможенные. В этих условиях уменьшается точность оценки временных интервалов. Нарушение структуры сложной деятельности является общей характеристикой поведения в экстремальных условиях.

На психологическом уровне отрицательные явления, наблюдаемые в экстремальных условиях, выражаются в общей дезорганизации поведения неадекватных реакциях на резкие неожиданные раздражители, торможении прежних навыков (тем сильнее, чем сложнее действие), снижении работоспособности, затруднениях в распределении и переключении внимания, сужении его объема, ошибках восприятия, провалах памяти, появлении лишних, неоправданных и импульсивных действий, легкой отвлекаемости, в чувстве растерянности и невозможности сосредоточиться на выполняемой деятельности и т. п. (Смирнов, Долгополова, 2007).

Предрасположенность к напряженности экстремальных в условиях определяется уровнем эмоциональной устойчивости, являющейся личностной характеристикой.

Изменения в мышечно-двигательной системе человека происходят в экстремальных условиях, которые проявляются в нарушениях моторики, выражающихся в общей мышечной скованности, треморе, нарушенной координации движений. Мышечное напряжение проявляется в скованности поз и движений, в некоторых случаях в мышечной слабости. Другим показателем мышечного напряжения является увеличение электрической активности мышц, которое фиксируется с помощью электромиограммы (ЭМГ), обнаруживающую большую активность при высокой напряженности человека (Овчинникова, 1970).

В экстремальных условиях происходят изменения показателей частоты сердечных сокращений (ЧСС), определяемых по частоте пульса. При ярко выраженной напряженности ЧСС достигает 150–180 ударов в минуту, увеличивается вариативность.

Индикатором уровня напряженности являются также характеристики дыхания. Так в напряженных ситуациях частота дыхания увеличивается с 20 до 50-60 колебаний в минуту и сопровождается

уменьшением глубины, увеличением фазы выдоха относительно фазы вдоха.

Наглядно отражает динамику напряженности состояний кровяное давление, которое повышается с 90 до 180-190 мм рт. ст. Проявлением вегетативных сдвигов, вызванных состоянием напряженности (особенно эмоциональной), является кожно-гальваническая реакция (КГР). Она представляет отличительный показатель состояния ВНД, так или иначе связанный с процессами внимания, настороженности и высокой активности любого происхождения. В этих ситуациях наблюдается увеличение числа спонтанных колебаний и уменьшение электрического сопротивления кожи. Рассмотренные вегетативные сдвиги часто наблюдаются не только во время действия экстремальных факторов, но и в период ожидания критических событий, при возникновении чувства тревоги и т. п.

При оценке состояния напряженности большое значение имеют также и электроэнцефалографические (ЭЭГ) показатели. При их изучении обнаружена активация в этом состоянии медленных ритмов (бета-ритма или ритма напряжения) в сочетании с увеличением высокочастотной активности ЭЭГ (бета-ритма). Именно их одновременная активация является наиболее характерным ЭЭГ показателем стресса.

При стрессе происходят и определенные биохимические сдвиги в организме, например, увеличение лейкоцитов в крови, аскорбиновой кислоты и 17-кортикостероидов в моче. Однако эти показатели в наибольшей степени применимы для характеристики длительных стрессовых состояний (Леонова, Медведев, 1981).

### **3. Переносимость экстремальных условий**

Разные люди по-разному переносят экстремальные условия. Переносимость экстремальных условий зависит от многих переменных (Смирнов, Долгополова, 2007):

- от вида экстремального воздействия, его интенсивности и продолжительности;
- от предыдущего опыта человека (специфической адаптации);
- характера деятельности;
- индивидуальных качеств человека.

Влияние на качество деятельности силы экстремального воздействия и сложности деятельности в общем плане характеризуется за-

коном Йеркса-Додсона, смысл которого сводится к тому, что каждой задаче с определенной степенью трудности объективно или субъективно соответствует свой оптимум активации. Легкие задачи имеют более высокий уровень активации, сложные – менее высокий. Под влиянием стресса затрудняются, прежде всего, сложные или новые действия, а простые или хорошо знакомые действия выполняются без изменений. Тренированность является хорошей профилактической мерой против стресса, особенно при выполнении сложных действий.

Большое влияние на переносимость экстремальных условий оказывает специфика деятельности. В задачах, где при выполнении весьма простых операций определяющим моментом является скорость, стресс, как правило, улучшает результаты. Но там, где необходима четкость и сохранение структуры деятельности, следует ожидать падения эффективности деятельности в условиях стресса.

Переносимость экстремальных условий зависит также от характера деятельности – одиночной или групповой. При групповой деятельности в экстремальных условиях характеристика адаптации индивида к стрессу раскрывается в сработанности группы, психологической совместимости, коммуникативных способностях, отсутствии конфликтогенности и т. п.

#### **4. Нервно-психическая неустойчивость личности.**

На переносимость экстремальных условий влияет такое качество личности, как нервно-психическая неустойчивость, понимаемая как склонность к функциональным срывам нервной системы при значительном психическом и физическом напряжении. Понятие нервно-психической неустойчивости объединяет патологические и предпатологические особенности личности, снижающие возможность адаптации человека стрессовым условиям. Наиболее часто нервно-психическая неустойчивость наблюдается при акцентуациях характера, пограничных состояниях, легких степенях умственного недоразвития, алкоголизме, наркомании и некоторых психических заболеваниях.

Акцентуации характера проявляются в наличии ярко выраженных черт определенного типа характера, таких особенностей личности, которые при определенных условиях могут препятствовать удовлетворительной адаптации человека к деятельности. Акцентуации не относятся к болезненным состояниям, они соответ-

ствуют лишь крайним вариантам психологической нормы. Выраженность черт характера при акцентуациях обычно не препятствует Удовлетворительному приспособлению к деятельности в обычных условиях, но нарушает самооценку личности. Однако под действием неблагоприятных условий, затрагивающих «место наименьшего сопротивления» в характере данного типа, легко возникают неадекватные, в том числе и аффективные реакции, ситуативно обусловленные нарушения поведения, психогенные заболевания и другие психические расстройства. Установление наличия акцентуации и ее типа проводится с помощью опросника И. Шмишека или патохарактерологического диагностического опросника А. Е. Личко (Ильин, 2001)

Выявление акцентуации личности само по себе не говорит о нервно-психической неустойчивости человека. О ней свидетельствует лишь крайняя степень заострения черт данного типа, приводящая к дезадаптации личности. Нервно-психическая неустойчивость наблюдается также и при некоторых пограничных состояниях человека.

Реактивные состояния (психогении) – это обратимые психические расстройства, возникающие вследствие переживаний, травмирующих психику, и вызываемые нарушениями особо значимых переживаний личности, например, профессиональных, служебных, семейных. В основе психогений лежит нарушение, конфликт отношений личности с действительностью. Ее источником может стать противоречие потребности, цели и возможности ее достижения. Большую роль выделяют в возникновении психогений играют некоторые особенности личности, в частности, они, могут развиваться на фоне акцентуаций характера. Реактивные состояния разделяют на невротические реакции сознания (неврозы), реактивные психозы и аффективно-шоковые реакции

Нервно-психическая неустойчивость является фактором, препятствующим осуществлению деятельности в экстремальных условиях. В ее основе обычно лежит нарушение адаптационных возможностей организма. Поэтому в основе диагностики нервно-психической устойчивости и неустойчивости лежат методики, направленные на выявление именно таких возможностей (Тимченко, 1999).

## **5. Психологическая концепция условий деятельности**

Экстремальные условия деятельности могут создаваться качественно различными факторами. Они в самом общем виде делятся на факторы, обусловленные внешней средой, и факторы, обусловленные характером самой деятельности. Среди последних отдельно выделяют факторы информационного характера. Однако, несмотря на качественное разнообразие этих факторов, их влияние на функциональное состояние и эффективность деятельности может быть объяснено с единых позиций, в основе которых лежит психологическая концепция условий деятельности (Хаккер, 1985)

Психологическое изучение условий деятельности, их влияние на работающего человека и результаты его деятельности заключаются в том, что нельзя понять сущность выполняемой деятельности только лишь из ее специфики (Смирнов, Долгополова, 2007). Важным здесь является также анализ воздействий на человека условий деятельности. Исходной точкой такого анализа является признание того, что внешняя среда (включая и характер самой деятельности) оказывает влияние на человеческое поведение в соответствии с его внутренней организацией. По этому поводу С. Л. Рубинштейн писал, что «поведение человека детерминировано внешними условиями опосредованно, через его психическую деятельность» (Рубинштейн, 2001)

Влияние внешних условий зависит от того, какую роль человек приписывает этим условиям. Воздействие внешних условий проявляется в:

- структуре самой деятельности;
- конечном результате деятельности;
- характере противоречий между выполняемой задачей и условиями ее выполнения состоянии и самочувствии работающих.

Воздействие внешних условий зависит от психической переработки конкретным человеком в конкретных условиях.

### **Контрольные вопросы для самопроверки**

1. Перечислите виды психической напряженности при работе в экстремальных условиях.

2. Раскройте влияние различных факторов на работоспособность в экстремальных условиях.

3. Перечислите изменения в поведении и функциональном состоянии в экстремальных условиях.

4. Раскройте влияние нервно-психической неустойчивости личности на переносимость экстремальных условий.

### Литература

1. Психология: учебник / под ред. А. А. Зарудной. – Минск: Высшейш. шк., 1970. 472 с.

2. Ильин Е. П. Дифференциальная психофизиология. СПб.: Питер, 2001. 464 с.

3. Инженерная психология в военном деле / под ред. Б. Ф. Ломова. М.: Воениздат, 1983. 224 с.

4. Космолинский Ф. П. Эмоциональный стресс при работе в экстремальных условиях. М.: Медицина, 1976. 186 с.

5. Методология исследований по инженерной психологии и психологии труда / под ред. А. А. Крылова. Л.: Изд-во ЛГУ, 1974. 148 с.

6. Овчинникова О.В. Эмоциональное состояние и работоспособность // Эргономика: принципы и рекомендации. М.: ВНИИТЭ, 1970. Вып. 1. С. 161–174.

7. Леонова А. Б., Медведев В.И. Функциональные состояния человека в трудовой деятельности. М.: Изд-во МГУ, 1981. 112 с.

8. Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности / под ред. Г. С. Никифорова, М. А. Дмитриевой, В.М. Снеткова. СПб.: Речь, 2001. 448 с.

9. Тимченко А. В. Психология в экстремальных условиях. Боевая психическая травма методы её коррекции. Харьков: Изд-во ХВУ, 1995. 112 с.

10. Хаккер В. Инженерная психология и психология труда. М.: Машиностроение, 1985. 376 с.

11. Рубинштейн Л. С. Основы общей психологии. СПб.: Питер, 2001. 720 с.

12. Смирнов Б.А., Долгополова Е.В. . Психология деятельности в экстремальных ситуациях. Харьков: Изд-во Гуманитарный Центр, 2007.– 276 с.

## 4. Понятие кризиса. Типы переживаний в кризисной ситуации

### План

1. Кризис как психологическое последствие трудных и экстремальных ситуаций. Критерии кризисного состояния.
2. Понятие о поражающих факторах в кризисной (психотравмирующей) ситуации. Виды факторов.
3. Типы и виды кризисных состояний.
4. Стадии развития кризисного состояния.
5. Переживание как преодоление критической ситуации. Типы переживаний в кризисной ситуации.
6. Клиническая и психологическая теории кризиса и кризисного состояния.

### 1. Кризис как психологическое последствие трудных и экстремальных ситуаций. Критерии кризисного состояния

*Критическая ситуация, или кризис* определяется как «перелом, переворот, решительная пора переходного состояния» (Даль, 1989).

Несмотря на нехватку четких дефиниций понятий «кризис» и «кризисное состояние», необходимо дифференцировать психологический и клинический подходы к объяснению этих феноменов. С позиции психологического подхода кризис рассматривается как острое эмоциональное состояние, возникающее при блокировании целенаправленной жизнедеятельности человека. Согласно клиническому подходу, кризис представляет собой реакцию на опасные события, которая переживается как болезненное состояние.

Е.И. Крукович и В.Г. Ромек (2003) под кризисом понимают «состояние экстремального напряжения сил для преодоления принципиально новых препятствий».

С точки зрения А.Г. Амбрумовой (1985), психологический кризис – это внутреннее нарушение эмоционального баланса, наступающее под влиянием угрозы (человеческой психике), создаваемой внешними обстоятельствами. Кризис может выступать в виде тревоги, страха, растерянности, чувства одиночества, тоскливости, подавленности.

Главный смысл кризиса заключается в том, что именно в этот период решается, каким путем пойдет дальнейшее развитие личности. Вариантами выхода из кризиса может быть либо понижение

возможностей развития личности (вплоть до крушения и потери жизненных перспектив), либо повышение этих возможностей, рождение новой целостности (Ф.Е. Василюк, В.С. Мухина, А.В. Толстых).

Существенной особенностью кризиса является невозможность, затрудненность для человека жить как прежде и незнание как жить дальше. «Личность, находящаяся в состоянии кризиса, не может оставаться прежней; ей не удастся осмыслить свой актуальный психотравмирующий опыт, оперируя знакомыми, шаблонными категориями или используя привычные модели приспособления» (Пергаменщик, 2004).

Кризисное состояние личности, по своему внутреннему содержанию, является сложным новообразованием, объединяющим различные психические состояния, возникающие в результате переживания личностью кризиса. Появление этого новообразования детерминировано истощением психических ресурсов, позволяющих эффективно и гармонично решать возникающие личностные проблемы в процессе реализации жизненного замысла, смысла жизни.

Кризис противоречив. С одной стороны, это болезненные переживания своего несоответствия, своей «несостоятельности». С другой стороны, кризис – это возможность для личностного роста. В итоге возникает более глубокое и полное осознание себя и окружающего мира.

Объединяет все кризисы то, что люди становятся восприимчивы к новым линиям действия. Поскольку не существует иного способа удовлетворительно разрешить критическую ситуацию, человеку остается лишь обратиться к своим собственным ресурсам. Следовательно, критическая ситуация представляет благоприятные возможности для индивидуального выражения. Но для одних это может означать рост, а для других – падение. Кто-то воспринимает кризис как учителя на сложном жизненном пути, а кто-то – как событие трагическое в своей основе, разрушившее прежний внутренний мир.

Можно сказать, что период кризиса представляет собой решающий поворотный момент в жизни человека, когда в результате страданий рождается нечто новое, позволяющее подняться на очередную ступень. Любой кризис – это выбор: или защищать внутреннюю картину мира от каких-либо внешних доказательств ее неправильности, или попытаться сформировать новую картину



окружающего нас мира. В содержательном отношении второй путь требует перестройки смысловых структур сознания, переориентирования на новые жизненные задачи, ведущие к смене характера деятельности.

Анализ определений понятия «кризис», представленных в словарях и научных исследованиях по проблеме кризисов, позволяет сформулировать следующее определение данного понятия: *кризис – это сложное переходное состояние, вызванное личностно–значимыми событиями, создающими невозможность (или затрудненность) реализации жизненного замысла и сопровождающееся мучительным осмыслением произошедших изменений в окружающем мире или в себе и переживанием рождения нового образа «Я»* (Василюк, 1984).

Образно говоря, кризис – это столкновение двух реальностей: жизненного мира личности и объективной действительности, которая радикально противоречит всему ее предшествующему жизненному опыту. Процесс адаптации личности к такой действительности называют кризисным переживанием. Последователи социально-психологической ориентации считают кризис функцией взаимодействия вызывающего события и специфической личностной предрасположенности, которая заключается в особенностях эмоционального реагирования, самооценки и самовосприятия, системы ценностей, структуры социализации и межличностных контактов.

## **2. Понятие о поражающих факторах в кризисной (психотравмирующей) ситуации. Виды факторов**

Детерминантой любого кризиса выступает событие, которое приобрело для личности кризисный характер. Не всякое жизненное затруднение способно привести к кризису, для этого в событии должен присутствовать «потрясающий основы существования человека вызов его представлениям о себе и своем месте в мире» (Перри, 1995).

В качестве основных «кризис–факторов» (эмпирических событий), способных привести к кризису, выделяют:

1) *смерть родственников, близких и друзей.* Это событие может вызвать травматический кризис, если смерть неожиданна. Однако, поскольку каждый человек неизбежно сталкивается с угасанием и смертью близких людей, мы можем говорить и о жизненном кризисе,

как, например, в случае смерти близкого очень старого человека. И даже если это событие естественно и закономерно, оно заставляет страдать и горевать об умершем, по другому посмотреть на свою собственную жизнь и изменить систему ценностей;

2) *тяжелое заболевание*, в результате которого человек становится частично или полностью нетрудоспособным, остро ощущает беспомощность и зависимость от значимых других. С началом заболевания для некоторых людей заканчивается жизнь, к которой они привыкли. Больному необходимо смириться с инвалидизацией, а его близким – с необходимостью приспособить свою жизнь к произошедшим изменениям и заботиться о нем;

3) *обособление детей от родителей, семьи, друзей*. При уходе повзрослевших детей из родительского дома родители могут переживать стресс, чувствовать себя ненужными, что может привести к кризису. Кризис становится еще серьезней, если дети не хотят поддерживать близкий контакт с родителями. Тогда изоляция, которой так боялись родители, становится реальностью. С другой стороны, при резком отделении от родителей (например, при поступлении в учебное заведение, находящееся в другом городе, призыве в Вооруженные Силы и т.п.) человек вынужден адаптироваться к незнакомой и поначалу чуждой ему социальной среде. При этом вероятны кризисные переживания, связанные с осознанием того непреложного факта, что над тобой уже нет родительского «зонтика», способного защитить от невзгод такого непростого окружающего мира;

4) *половое созревание*. Период физиологического и психологического взросления может быть кризисным периодом, поскольку подросткам трудно контролировать свои эмоции и сексуальное влечение. Свойственное возрасту стремление эмансипироваться от родителей порождает множество конфликтов. С этим периодом часто связана первая любовь, которая также может привести к кризису, особенно если чувства безответны. Хотя первая влюбленность далеко не всегда надолго сохраняет свою интенсивность, многие ее «жертвы» знают, что ощущение потери при разрыве может быть таким же сильным и оставлять не менее болезненный след, как и при расставании с близким человеком, с которым проведена большая часть жизни.

В этот сложный период у человека может проявиться неспособность идентифицировать себя со своим телом. Причиной являются при этом «не новые физиологические функции как таковые, а неспособность вписать действия, необходимые для удовлетворения новых потребностей, в выработанную человеком систему ценностей»;

5) *физические изъяны и последующее изменение внешности.* Внешний вид человека и особенно его лицо – это одно из оснований для самооценки и самоидентификации. Люди с явными физическими изъянами нередко считают себя уродами, они постоянно ожидают негативных реакций – удивления, сожаления, смеха, отвержения и т. п. Желая изменить отношение к себе окружающих они прибегают к услугам пластической хирургии. Первое, что после пластической операции отмечают пациенты, – это изменение реакции окружающих, которые больше не останавливаются в испуге. Скоро излечившиеся перестают бояться встречных. Они узнают новые радости, начинают наряжаться и иногда становятся совершенно другими людьми.

Но бывают и другие случаи, когда человек после изменения внешности испытывает горечь утраты частицы «Я», потери мира трудных, но привычных реалий. Адаптация некоторых из таких пациентов сопряжена с кризисными переживаниями. Вероятно, успешная пластическая операция не ведет к изменению шаблонов поведения до тех пор, пока не наступит соответствующее изменение в Я–концепции (Т. Шибутани);

б) *ряд предсемейных и семейных событий (женитьба и начало супружеской жизни, отцовство и материнство, самопроизвольное или искусственное прерывание беременности, менопауза, измена любимого (любимой), вынужденная разлука с любимым (любимой), развод и др.).* Процесс адаптации партнеров к нуждам и потребностям друг друга сопровождается напряжением, которое может привести к кризису отношений. Часто кризис в начале совместной жизни означает не утрату взаимных чувств, а необходимость научиться жить вместе.

Беременность, рождение ребенка требует осознания разницы между состояниями «только мы вдвоем» и «мы – семья, нас уже трое», ответственности и заботы о ребенке. Этот период также

связан с сильным напряжением, которое может привести к серьезному кризису у обоих супругов, кризису семьи.

Выкидыш, который обычно происходит в течение первых трех месяцев беременности, может быть серьезным ударом. Проблема усложняется, если у женщины и раньше были выкидыши или трудности, связанные с беременностью. Искусственное прерывание беременности на ранних стадиях также может привести к кризису, так как женщина может испытывать сильное чувство вины, даже если она решила или добровольно согласилась сделать аборт. Решение сделать аборт уже само по себе может быть причиной многочисленных серьезных проблем в зависимости от того, было ли это решение принято самой женщиной, либо под давлением мужа (других людей).

Менопауза может привести к многостороннему кризису у женщины, ее мужа, их отношений. Многие женщины воспринимают потерю способности к деторождению как однозначный признак того, что определенная фаза жизни заканчивается. Они могут переживать депрессивные состояния;

7) *резкие изменения социального статуса (вынужденная смена места жительства, начало трудовой деятельности, повышение и понижение по служебной лестнице, потеря работы, выход на пенсию, старение и т. п.);*

8) *травматические события (изнасилование, дорожная катастрофа, потеря собственности, крупных сумм денег в результате стихийного бедствия или ограбления, публичное унижение, участие в боевых действиях и др.)*

Таким образом, к основным причинам, вызывающим возникновение кризиса можно отнести следующие:

1) возникают весьма значительные (зачастую, травматические) нарушения привычного хода событий (катастрофы, бедствия и др.);

2) значимый «другой» ведет себя не так, как мы ожидаем;

3) наше тело повергает нас в состояние болезни или травмы (Г. Перри).

Процесс переживания кризиса усугубляется действием ряда факторов, к которым можно отнести следующие:

*Когнитивная ригидность*, т.е. нежелание человека изменить собственные представления. Каждый должен определенным обра-

зом реагировать на возможные изменения в окружающем мире, уметь приспособиться к этим изменениям, искать альтернативные варианты действий.

2. *Категоричность в восприятии альтернатив.* Чем их меньше, тем меньше пространства для маневра. Человек ограничен рамками имеющихся подходов и не может вырваться на простор творческой инициативы.

3. *Наличие неверных представлений и установок* («относительно безвредные в обычных обстоятельствах, они могут создавать проблемы на фоне сильного стресса»). Что обычно понимается под такими представлениями и установками? Во-первых, представление о том, страдание есть залог добродетели. Во-вторых, неверное представление о том, что страх можно преодолеть, избегая контакта с его источником. Наконец, в-третьих, установка, гласящая, что стыдно быть счастливым, когда вокруг так много несчастья. Особенно это характерно для восточнославянской ментальности. У людей может возникать чувство психологического дискомфорта из-за того, что многие люди страдают и несчастны, в то время как тебе хорошо, и ты чувствуешь себя счастливым. Возникает трудно объяснимое состояние, когда человек несчастлив своим счастьем.

4. *Инерция мышления.* После кризисного события разум продолжает использовать старые схемы, былые представления и пытается заставить реальность соответствовать им. Это неизбежно, таковы особенности человеческого восприятия. В этих условиях создать новую картину мира непросто по ряду причин. Во-первых, наличие какой-нибудь картины, плана всегда лучше, чем их отсутствие. Любая картина, план придают смысл окружающим событиям. Бессмысленность же переносится человеком с трудом. Во-вторых, мы не можем мгновенно поверить во что-то новое. Нужны не малозначимые корректировки картины мира или образа «я», а коренное переосмысление всего существующего. Это не достигается сразу и безболезненно.

5. *Стремление избежать болезненных эмоциональных переживаний.* Радикальное несоответствие между внутренней картиной мира и сигналами, которые поступают извне вызывают эмоции. Эмоции – это сигналы о необходимости уделить чему-то больше внимания, пока оно не переросло в большую проблему.

Когда кризис поражает нас, то, изначально проявившийся как опасение, досада, печаль, перерастает в панику, ярость и отчаяние, то есть переживание, в значительно меньшей степени поддающееся управлению (Урбанович, 2003).

### 3. Типы и виды кризисных состояний

**Кризисные состояния** – это особые выходящие за рамки повседневной жизни состояния, бывающие в жизни каждого человека, возникающие как реакция на какие-либо внешние или внутренние причины и обстоятельства, психические травмы (Психологическое консультирование кризисных состояний, 2004).

В связи с возрастающим интересом и практической значимостью исследований в области кризисных состояний возникает четкое концептуальное выделение различных видов кризисных состояний. Эта необходимость обусловлена:

1) субъективным переживанием тяжести протекания через различные виды кризисов;

2) специфической симптоматикой, дающей возможность диагностировать то или иное кризисное состояние;

3) спецификой возможной терапевтической (в частности, медикаментозной) и психотерапевтической, психологической помощи.

Существует несколько подходов к типологии кризисов. Обычно выделяют невротические кризисы, кризисы развития или возрастные кризисы и травматические кризисы.

Предпосылки *невротических кризисов* складываются, как правило, в детстве. Наибольший вклад в исследование этого типа кризисов внесли представители психоанализа (З. Фрейд, А. Фрейд, К. Хорни, А. Адлер и др.). Невротические кризисы могут прогрессировать даже без изменения внешних условий. Типичным проявлением невротических кризисов является образование порочного круга внутренних защитных конфликтов, производных от основного конфликта. Каскад конфликтов создает субъективное ощущение безвыходности и тупика, а объективно приводит к дезадаптации личности.

*Кризисы развития* или *возрастные кризисы* возникают при переходе от одной возрастной ступени к другой и связаны с системными преобразованиями в сфере социальных отношений, деятельности и сознания. К настоящему времени сложились две точки

зрения на происхождение возрастных кризисов. Сторонники первой точки зрения – З. Фрейд, Э. Эриксон, Л.С. Выготский, Л.И. Божович, считают возрастные кризисы нормативным процессом, обусловленным логикой личностного развития и необходимостью разрешения основного возрастного противоречия. С точки зрения С.Л. Рубинштейна, А.В. Запорожца возрастные кризисы представляют собой девиантное, злокачественное проявление в ходе возрастного развития.

Длительность и острота возрастных кризисов зависит от индивидуально-типологических особенностей человека и микросоциальных условий. Наиболее изучены детские и подростковые кризисы, менее изучены кризисы зрелых периодов жизни и старости.

Третий тип кризисов – *травматические кризисы*, возникающие в ответ на психотравмирующую ситуацию и зависящие от личностной оценки и степени субъективной значимости этой ситуации. Могут проявляться в форме острой реакции на непредвиденное несчастье, трагическую потерю или невозполнимый ущерб, горечь. При травматическом кризисе личность и событие взаимно преломляются. Травматические кризисы вызываются экстремальными ситуациями, приводящими к серьезным негативным последствиям, то есть ситуациями угрозы потери здоровья или жизни (природные и техногенные катастрофы, дорожные аварии, нападения, несчастные случаи и т.п.). Подобные события, независимо от их результатов, существенно нарушают базовое чувство безопасности человека и могут приводить к развитию болезненных состояний – травматического и посттравматического стресса, других невротических и психических расстройств.

Крукович Е.И. и Ромек В.Г. (2003) выделяют следующие разновидности травматических кризисов: кризис целостности, кризис «пересадки корней», кризис лишения и ситуационный кризис.

*Кризис целостности* спровоцирован угрозой целям или системе ценностей, «перекрытием» источников жизненного смысла (блокада жизненных целей, представление о невозможности самоактуализации, разрыв между «должным» и «сущим», между собственной жизнью и жизнью окружающих). Результирующая всех этих воздействий выражается в утрате жизненного смысла, интереса к жизни, перспективы, а следовательно, и стимулов к деятельности. Возникают феномены отчуждения и безнадежности.

Появляется отрицательное эмоциональное отношение к жизни: от ощущения ее тягостности, мучительности до отвращения. Подобные состояния могут возникать как в итоге длительного ряда жизненных трудностей, так и под действием острых, одномоментных тяжелых психотравм. Любое изменение в жизни означает потерю некоторых аспектов привычных представлений о собственном «Я» и объекте, неизбежно влекущую за собой их постоянное тестирование и ревизию. Такой кризис трудно выявить. Обычно при таком кризисе чаще обращаются к друзьям или родственникам, а не к профессиональным психотерапевтам.

*Кризис «пересадки корней»* – это ситуация, когда человек как бы переходит в иную культурную, информационную и коммуникативную среду. Для многих людей этот кризис связан со вступлением в брак. Многое зависит от качества «почвы», на которую они попадают.

*Кризис лишения* представляет собой наиболее частый тип, он связан с утратой близкого человека. Реакция на утрату особенно тяжела, когда отношения с утраченным человеком были сложными и ничего уже не исправить. Это событие может вызвать травматический кризис, если оно неожиданно, если смерть безвременна и трагична. Но даже если это событие естественно и закономерно, оно заставляет страдать и горевать об умершем, по-другому увидеть свою собственную жизнь и изменить систему ценностей.

*Ситуационный кризис* – это утрата, не связанная с потерей близкого человека. Эмоционально значимой утратой, вызывающей переживания, могут оказаться события, не столь трагичные на первый взгляд: кража, особенно кража из личного жилища, утрата невинности, измена, гибель домашнего животного.

На основе работ Э. Эриксона выделено два типа кризисов: нормативные (закономерные) и ненормативные.

*Нормативные, или закономерные, кризисы* – это возрастные кризисы развития, которые связаны с прохождением личности через определенные этапы жизненного пути (кризис трех лет, подростковый кризис и др.).

*Ненормативные, или внешние, кризисы* взрослый человек переживает в период резкого изменения условий существования. Такие кризисы приводят к «разрывам» в логике его жизни и могут быть спровоцированы разными событиями, порой получая от них



свои имена: «кризис отказа от материнства» (М.С. Радионова), «кризис самоопределения личности» (Е.Ю. Литвинова), «культурный шок» (П. Адлер) и др.

В работах, выполненных в русле психосинтеза (Р. Ассаджиоли, Т. Йоманс), выделены «глобальные кризисы» как вид ненормативных кризисов. Они возникают, «когда тьма сгущается куда больше, чем в жизни любого индивида, – больше, чем на любом личном переломном этапе» (Йоманс, 1997). Их могут вызывать существующая сегодня в мире «угроза накопленного человечеством ядерного потенциала», экологическая ситуация, рост преступности, насилие, голод. Перед лицом такой угрозы человек начинает думать, что на глобальном уровне его окружает мировая тьма, воздействующая на каждого человека без исключения. Кризисы личностного уровня, по мнению Т. Йоманса, разворачиваются в жизненном контексте кризисов глобального уровня, которые усиливают их разрушительное влияние на человека. В практике оказания психологической помощи можно наблюдать, как известие о тех или иных террористических актах, совершаемых в стране, усиливает негативное течение личностных кризисов.

Ненормативные кризисы, вызванные внешними условиями, можно считать кризисами адаптации к жизни.

*Кризис адаптации к жизни* – это нарушение относительно устойчивого динамического равновесия внешних и внутренних условий бытия человека при резких изменениях внешних условий жизни, которое создает угрозу существованию человека и удовлетворению его основных жизненных потребностей, приводит к «разрывам логики жизни».

Кризис адаптации к жизни вызывается резким нарушением жизненной ситуации человека, которое делает продолжение жизни на прежних основаниях невозможным («разрыв логики жизни»). Его отличительной чертой является несоответствие прежнего образа мира (миф о себе и мире) реальности, когда ранее выработанные привычные способы адаптации утрачивают свою эффективность. Кризис адаптации к жизни субъективно ощущается как «невозможность жить», сопровождается тревогой, напряжением, отчуждением от себя, других, мира в целом. В таком состоянии у человека возникает необходимость изменения себя в мире и мира в себе, выстраивания нового образа мира и «другой жизни».

Человек, оказавшийся в кризисе адаптации, объективно не может продолжать прежнюю деятельность, прежние отношения, прежний образ жизни. Он не может ни преодолеть «внешние условия», ни обойти, ни разрушить преграду, воздвигнутую этими условиями, не разрушив при этом себя и свою жизнь (Фенько, 1993). Это заставляет его, с одной стороны, страдать и переживать, а с другой – искать новые основания жизни и, исходя из них, перестраивать отношения с собой, другими, миром в целом (Василюк, 1984).

Среди кризисов адаптации к жизни выделяют два основных типа: 1) вызванные трудными жизненными ситуациями, неизбежными в нормальном цикле человеческой жизни (смерть близкого человека, развод, выход на пенсию и др.) и 2) вызванные чрезвычайными и экстремальными ситуациями – «травматические кризисы».

В психологии выделяют *биографические кризисы личности* (Ахмеров, 1994) под которыми понимают особенность внутреннего мира человека, которая проявляется в различных формах переживания человеком непродуктивности своего жизненного пути. Источником возникновения подобного кризиса является неоптимальная жизненная программа, которая проявляется в таких явлениях, как излишняя категоричность в оценке вероятности событий, отсутствие конфликтности, т. е. игнорирование меж событийных связей.

Риск кризиса тем выше, чем меньше человек рационален и стратегичен, чем больше он уверен в вероятности высокозначимых событий. Р.А. Ахмеров (1994) показал, что при биографических кризисах снижается оценка человеком продуктивности своей жизни, существенно усиливается переживание своей истощенности, опустошенности, бесперспективности, снижается переживание своей реализованности. Как правило, такие кризисы сопровождаются ухудшением здоровья, занижается ожидаемая продолжительность жизни. Источником биографического кризиса является неоптимальная жизненная программа личности, автором которой личность сама и является.

В науке известно три типа биографических кризисов:

*Кризис нереализованности* возникает, когда по тем или иным причинам человек слабо представляет связи событий своей жизни. Возникают такие переживания, как: «моя жизненная программа не выполнена», «жизнь не удалась», «не повезло». Человек не видит

или недооценивает свои достижения или успехи, в своем прошлом не видит достаточно существенных событий, полезных с точки зрения настоящего и будущего.

Одной из причин такого рода кризиса, может быть новая социальная среда, в которую человека «забросило», с которой он должен считаться, но в которой его прежний опыт не является ценностью.

*Кризис опустошенности* возникает в ситуациях, когда в субъективной картине жизненного пути слабо представлены связи, ведущие от прошлого в настоящее и будущее. Несмотря на осознание, человеком наличия у себя к данному времени важных, значимых достижений, у него доминирует переживание, что он уже «прочитанная книга», что у него нет сил и нет заметных привлекательных целей в будущем. Одной из причин такого состояния может быть некоторая усталость после длительного периода упорной работы, штурма высот в жизни и профессии. В этом случае оправданы передышка, отдых от утомившего образа жизни и бурной деятельности.

Другой вариант наблюдается при резкой смене социальной или жизненной ситуации, когда у человека возникает ощущение неопределенности, непредсказуемости будущего, когда «не знаешь, за что ухватиться».

*Кризис бесперспективности* возникает в ситуациях, когда по тем или иным причинам в сознании слабо представлены проекты, планы, мечты о будущем. Речь идет не о самой неопределенности будущего, а о переживаниях, обозначаемых словами типа «впереди ничего не светит». У человека есть и достижения, и ценные личные качества, но он затрудняется в построении новых жизненных программ, не видит путей самореализации в новых возможных ролях. Реальным показателем наличия такого кризиса является то, что затянувшееся переживание закономерно вызывает отклонения в телесном здоровье.

#### **4. Стадии развития кризисного состояния**

Кризис имеет определенную длительность, которую почти невозможно спрогнозировать, и может продолжаться от часов до нескольких месяцев. Можно выделить три стадии развития кризисного состояния.

1. *Нормальная реакция на фрустрацию.* При столкновении с проблемной ситуацией человек сначала использует прошлый опыт для того, чтобы справиться с ней. На этой стадии используются привычные для человека способы решения и механизмы защиты. Подключаются знакомые, привычные и отработанные ресурсы, сохраняется гибкость в подходе к проблеме; напряжение и релаксация сбалансированы. Но если привычные способы не работают, то наступает вторая стадия.

2. *Тревога,* при которой начинают возникать и нарастать ощущения неуверенности, страха, растерянности. На этой стадии пробуются новые способы решения проблемы, уменьшается гибкость, напряжение преобладает над релаксацией. Именно в этот период человек нуждается в помощи со стороны, он готов к восприятию новых идей. Если по тем или иным причинам он не может получить помощи, наступает новая стадия.

3. *Кризис* характеризуется эмоциональной и интеллектуальной дезорганизацией, ощущением хаоса, человеку начинает казаться в этот период, что все ресурсы исчерпаны, и он не видит выхода из создавшейся ситуации. Здесь может возникнуть возможность неблагоприятного исхода – это злоупотребление алкоголем, наркотиками, психические нарушения, криминальное поведение, суицид. На этой стадии консультант может помочь человеку обрести контроль над ситуацией, обратиться к своим ресурсам, и если не решить проблемы, так как не все проблемы в принципе решаемы, то все же увидеть возможности выбора.

Динамика переживания травматической ситуации включает в себя четыре этапа.

1. *Фаза отрицания или шока* наступает сразу после действия травмирующего фактора, когда человек отказывается воспринимать случившееся. Он не верит в то, что картина мира изменилась, что никогда она не будет прежней. Человек как будто бы говорит миру: «не верю», пробует строить жизнь по старым принципам. Это значит, что у человека недостаточно ресурсов для того, чтобы пережить расставание с погибшим и организовать на психическом уровне жизнь заново. Ему страшно рискнуть признать, что его жизнь разрушена, и что надо рискнуть и принять новую реальность. Он надеется на «чудесное восстановление» прежней жизни,

и мало видит перспективы построить в будущем новую жизнь, отказавшись от старой.

2. *Фазы агрессии и вины.* Постепенно начиная переживать о случившемся, человек начинает обвинять в происшедшем тех, кто прямо или косвенно имел отношение к травматическому событию. Часто после этого человек обращает агрессию на самого себя и испытывает чувство вины («если бы я поступил иначе, этого бы не случилось»). Человек пытается таким образом найти справедливость в «несправедливом мире».

3. После того, как человек осознает, что обстоятельства сильнее его, наступает *фаза депрессии*. Она сопровождается чувствами беспомощности, одиночества, собственной бесполезности. Человек не видит выхода из создавшегося положения, ему кажется, что боль будет усиливаться день ото дня. В этот момент теряется ощущение цели, и жизнь становится бессмысленной. Часто бывает так, что в попытках обрести смысл человек начинает заниматься благотворительностью («моя жизнь кончилась, буду жить для других»), становится религиозным до фанатичности человеком. Эти решения позволяют смягчить боль, но не избавляют от депрессии, которая становится хронической.

На этой стадии очень важна ненавязчивая поддержка близких. Однако человек, переживающий травму, редко ее получает, поскольку окружающие бессознательно боятся «заразиться» его состоянием. Кроме того, человек в депрессивном настроении быстро теряет интерес к общению («никто меня не понимает»), собеседник начинает его утомлять, и общение прерывается. Люди не знают как себя вести, и избегают общения, что усиливает чувство одиночества. Человек проходит через контакт с пустотой, признавая свою беспомощность, бессилие что-то изменить.

4. *Фаза исцеления*, для которой характерно полное (сознательное и эмоциональное) принятие своего прошлого и обретение нового смысла жизни. «То, что случилось, действительно было, я не могу этого изменить; я могу измениться сам и продолжать жизнь, несмотря на травму». Человек оказывается способен извлечь из произошедшего полезный жизненный опыт. Происходит построение плана на будущее и новой картины мира.

Другая классификация последовательных фаз или стадий в динамике состояния людей после психотравмирующих ситуаций предложена в работе Решетникова и др. (1989):

1. *«Острый эмоциональный шок»* развивается вслед за состоянием оцепенения и длится от 3 до 5 часов. На этой стадии у человека отмечается общее психическое напряжение, предельная мобилизация психофизиологических резервов, обострение восприятия и увеличение скорости мыслительных процессов, проявления безрассудной смелости (особенно при спасении близких) при одновременном снижении критической оценки ситуации, но сохранении способности к целесообразной деятельности. В эмоциональном состоянии в этот период преобладает чувство отчаяния, сопровождающееся ощущениями головокружения и головной боли, сердцебиением, сухостью во рту, жаждой и затрудненным дыханием.

2. Если состояние продолжается до трех суток наступает *«психофизиологическая демобилизация»*. Наступление этой стадии связано с первыми контактами с теми, кто получил травмы, и с телами погибших, с пониманием масштабов трагедии («стресс осознания»). На этой стадии у человека отмечаются резкое ухудшение самочувствия и психоэмоционального состояния с преобладанием чувства растерянности, панические реакции (нередко иррациональной направленности), понижение моральной нормативности поведения, снижение уровня эффективности деятельности и мотивации к ней, депрессивные тенденции, некоторые изменения функций внимания и памяти. К этому же периоду относятся первые отказы от выполнения спасательных и «расчистных» работ (особенно связанных с извлечением тел погибших), значительное увеличение количества ошибочных действий при управлении транспортом и специальной техникой, вплоть до создания аварийных ситуаций.

3. На 3-12 сутки после стихийного бедствия наступает *«стадия разрешения»*, когда сохраняется пониженный эмоциональный фон, ограничение контактов с окружающими, гипомимия (маскообразность лица), снижение интонационной окраски речи, замедленность движений. К концу этого периода появляется желание «выговориться», реализуемое избирательно, направленное преимущественно на лиц, которые не были очевидцами стихийного бедствия, и сопровождающееся некоторой ажитацией. Одновременно появляются сны, отсутствовавшие в двух предшествующих

фазах, в том числе тревожные и кошмарные сновидения, в различных вариантах отражающие впечатления трагических событий.

4. Приблизительно с 12-го дня после катастрофы начинается «стадия восстановления», которая отчетливо проявляется в поведенческих реакциях: активизируется межличностное общение, начинает нормализоваться эмоциональная окраска речи и мимических реакций, впервые после катастрофы могут быть отмечены шутки, вызывавшие эмоциональный отклик у окружающих, восстанавливаются нормальные сновидения.

Александровский Ю.А. (1991) выделяет три фазы:

1. *Предвоздействие*, включающее в себя ощущение угрозы и беспокойства. Эта фаза обычно существует в сейсмо-опасных районах и зонах, где часты ураганы, наводнения; нередко угроза игнорируется либо не осознается.

2. *Фаза воздействия* длится от начала стихийного бедствия до того момента, когда организуются спасательные работы. В этот период страх является доминирующей эмоцией. Повышение активности, проявление само- и взаимопомощи сразу же после завершения воздействия нередко обозначается как «героическая фаза». Паническое поведение почти не встречается – оно возможно, если пути спасения заблокированы.

3. *Фаза послевоздействия*, начинающаяся через несколько дней после стихийного бедствия, характеризуется продолжением спасательных работ и оценкой возникших проблем. Новые проблемы, возникающие в связи с социальной дезорганизацией, эвакуацией, разделением семей и т.п., позволяют ряду авторов считать этот период «вторым стихийным бедствием».

Е.И. Крукович и В.Г. Ромек (2003) условно выделяют следующие стадии в динамике кризисов:

*Развитие кризисной проблематики* может протекать в двух вариантах. В первом случае накопление нерешенных, второстепенных проблем в конце концов достигает кризисной точки. При этом незначительная последняя проблема обычно является той каплей, которая переполняет чашу терпения; Во втором варианте человек ожидает важное событие, которое невозможно избежать на самом деле. В процессе приближения этого события развивается кризис. В качестве примеров можно привести приближение важного экзамена, который необходимо сдать, чтобы продолжить

обучение, тяжелую болезнь с предполагаемым смертельным исходом; наступление менопаузы; период, когда дети покидают родительский дом, выход на пенсию.

На стадии развития кризиса человек постоянно думает о том, что проблема усугубляется, он вспоминает о ней часто и непроизвольно; как следствие, могут возникать тревожные симптомы: ощущение, что «сердце ушло в пятки», сильное сердцебиение, расстройство сна. Приближающееся событие принимает неясное очертание в виде непреодолимого барьера или неотвратимой угрозы.

*Пик проблемы.* Страх перед тяжестью проблемы может быть настолько сильным, что, когда она достигнет своего пика, у человека не остается психологических ресурсов. Решающая ситуация – экзамен, смерть, развод, побег из дома, потеря работы и т.д. – оказывает громадное давление на человека, который уже исчерпал большую часть психологических сил.

*Кризис (после события).* Поскольку для кризиса характерно субъективное ощущение невыносимости происходящего, человек напрягает все свои силы, чтобы изменить ситуацию и разрешить проблему всеми известными способами. Если же кризисная ситуация приобрела травмирующий характер, последующий кризис похож на травматический. Кризис – «поворотный пункт», может привести или к разрешению проблемы, приобретению нового опыта, развитию личности, или к развитию болезни, регрессии, стагнации.

В ситуации психологического кризиса возможно шесть типов ситуационных реакций (Абрумова, 1985):

1. *Реакция эмоционального дисбаланса*, для которой характерно доминирование отрицательных эмоций. У человека снижается общий фон настроения, присутствует чувство дискомфорта в той или иной степени, повышается тревожность, сокращается круг общения, оно становится более поверхностным и формальным. Длительность такого рода реакций обычно длится до двух месяцев. У человека резко повышается уровень утомляемости. Но именно в этот момент человек наиболее открыт для психологического воздействия, и психологическая помощь при такой реакции наиболее эффективна.

2. *Пессимистическая ситуационная реакция* выражается изменением мироощущения, установлением мрачной окраски мировоззрений, суждений, оценок, изменением и переструктурированием



системы ценностей. Стойко снижается уровень оптимизма, соответственно снижается продуктивность планирования деятельности в будущем. Доминируют мрачные прогнозы, события и их динамика окрашены в черные тона. Эмоциональные нагрузки воспринимаются как удары судьбы, которые можно только принимать, но им нельзя противодействовать. События представляются неконтролируемыми, а собственная воля ничтожной. Активность человека при таком типе реакции падает до нуля, человек даже не пытается что-то изменить в своей жизни. При этом оценка своих возможностей может быть завышена. Создается как бы ситуация искусственно преувеличенного стресса. Этот тип реакции продолжается в среднем три месяца, но может быть до полугода. Психологическая помощь при такой форме реакции крайне затруднена и сложна.

3. *Реакция отрицательного баланса.* Это реакция, для которой характерным является рациональное подведение жизненных итогов, оценка пройденного пути, определение реальных перспектив существования, сравнение положительных и отрицательных моментов продолжения жизни. При наличии преимущественно внутренних конфликтов в личности выводится отрицательный жизненный баланс. Подобные механизмы наблюдаются у лиц с тяжелыми заболеваниями (рак, лейкоз), знающих о неизбежности углубления страданий и печального исхода, у одиноких лиц старшего возраста, критически оценивающих свое прогрессирующее физическое одряхление. Подведение отрицательного баланса предполагает высокий уровень критичности, четкость и реалистичность суждений. Эта реакция длится в среднем до месяца.

4. *Ситуационная реакция демобилизаций* отличается резкими изменениями в сфере контактов (отказ от привычных контактов или их значительное ограничение), что вызывает устойчивое переживание одиночества, беспомощности, безнадежности. Также наблюдается частичный отказ от деятельности. Практически человек избегает какой-либо деятельности, кроме самых необходимых, жизненно важных сфер деятельности. Продолжительность этого типа реакции в среднем составляет один месяц. Если человеку созданы условия для отдыха и он освобождается от тяжелых забот и ответственности, то эта ситуация разрешается.

5. *Ситуационная реакция оппозиции.* Для нее характерна внешне обвинительная позиция, человек становится агрессивным,

резко отрицательно оценивает окружающих, их деятельность. Эта реакция обычно постепенно угасает сама по себе. Но в случае глубокой и высокой интенсивности, требует принятия защитных мер, иначе резко нарушается адаптация человека.

6. *Реакция дезорганизации.* В этом случае наблюдаются наиболее выраженные изменения на уровне организма – гипертонические и сосудисто-вегетативные кризы, нарушения сна. Продолжительность данного типа реакции обычно не превышает, в среднем, двух недель. Эта реакция не несет защитной функции, тогда как предыдущие типы в известном смысле могут быть признаны реакциями психологической защиты, поскольку они экономят психическую энергию, тем или иным способом реально ограничивая практическую деятельность человека без нарушения системы адаптации.

На формирование определенных ситуационных реакций оказывают влияние такие факторы, как активность или пассивность человека. В зависимости от них реакция будет более длительной или менее длительной. Активный, энергичный человек включает всю систему защиты, в результате чего срабатывает функция приспособления, приравнивания к ситуации, и интенсивные отрицательные эмоции быстро изживаются.

## **5. Переживание как преодоление критической ситуации. Типы переживаний в кризисной ситуации**

В современной литературе термин «переживание» связывают с эмоциями, отражающими отношение человека к вызвавшему их фактору. Ф.Е. Василюк (1995) наполнил феномен переживания новым смыслом. Он рассматривает *переживание* как внутреннюю работу по восстановлению душевного равновесия, наполнение новым смыслом человеческой деятельности после преодоления критической ситуации. «Переживание в предельно абстрактном понимании – это борьба против невозможности жить, это в каком-то смысле борьба против смерти внутри жизни» (Василюк, 1995).

В каком бы виде переживание не рассматривалось в различных концепциях, – в виде ли психологической защиты, компенсации или совладания, – оно считается всеми авторами процессом, в том или ином виде подчиняющимся целевой детерминации. Целевые детерминанты, приписываемые процессам переживания, совпадают с основ-

ными «внутренними необходимостями» жизнедеятельности: «здесь-и-теперь удовлетворение», «реализация мотива» (удовлетворение потребности), «упорядочение внутреннего мира», «самоактуализация».

Для классификации и анализа существующих взглядов на целевую детерминацию переживания необходимо ввести представление, согласно которому этот процесс в общем случае подчиняется сразу нескольким из четырех названных детерминант, одна из которых выступает в качестве его конечной цели, или мотива, а другие – в качестве непосредственных или промежуточных целей. Если общую целевую формулу переживания изобразить как отношение непосредственных (и промежуточных) целей к конечной, мы получим довольно большое число комбинаторных возможностей.

Одно из самых глобальных различий, которое проводится при анализе процессов переживания, носит выраженный оценочный характер и делит их на «удачные» и «неудачные». Исследователи, для которых центральными категориями являются «совладание» или «компенсаторика», для обозначения «неудачных» процессов используют понятия «защиты», оставляя за «удачными» процессами родовую термин. Авторы же, рассматривающие понятие психологической защиты как общую для всех процессов переживания категорию, либо говорят об «успешных» и «неуспешных» защитах, либо настаивают на необходимости расширения традиционного понятия защиты, связанного только с «неудачными», негативными или патологическими процессами, так чтобы оно включило в себя и процессы более эффективные, положительные, здоровые, либо, они предлагают объединить «удачные» защиты под заголовком сублимации.

В психологической литературе более или менее подробно проанализированы два типа переживаний, глобально оцениваемых как негативные и позитивные, «удачные» и «неудачные». Их основные характеристики в сопоставлении с видами психологической защиты и совладанием, приведены в таблице 1.

Таблица 1

Характеристики «удачных» и «неудачных» процессов  
в переживании

<i>Характеристики</i>	<i>Защита</i>	<i>Совладание</i>
Основные цели	Устранение, предотвращение или смягчение неудовольствия	Приспособление к действительности, позволяющее удовлетворять потребности

Характер протекания: произвольность, сознательность	Вынужденные, автоматические, большей частью неосознаваемые и ригидные процессы	Целенаправленные, во многом осознаваемые и гибкие процессы
Отношение к внешней и внутренней реальности	Отрицание, искажение, сокрытие от себя реальности, бегство от нее, самообман	Ориентация на признание и принятие реальности, активное исследование реальной ситуации
Дифференцированность	Формы поведения, не учитывающие целостной ситуации, действующие "напролом"	Реалистический учет целостной ситуации, умение пожертвовать частным и сиюминутным. Способность разбивать всю проблему на мелкие потенциально разрешимые задачи
Отношение к помощи в ходе переживания	Либо отсутствие поиска помощи и отвержение предлагаемой, либо стремление все возложить на помогающего, самоустранившись от решения собственных проблем	Активный поиск и принятие помощи
Результаты, следствия и функции	Иногда невроз. Частное улучшение (например, локальное снижение напряжения, субъективная интеграция поведения, устранение неприятных или болезненных ощущений) ценой ухудшения всей ситуации, регресса, объективной дезинтеграции поведения. Спасают от потрясения, предоставляя субъекту время для подготовки других, более эффективных способов переживания	Обеспечивают упорядоченное, контролируемое удовлетворение потребностей и импульсов. Удерживают субъекта от регресса, ведут к накоплению индивидуального опыта совладания с жизненными проблемами

Ф.Е. Василюк (1995) рассматривает следующие *типы переживаний*.

*Гедонистическое переживание* игнорирует свершившийся факт и отрицает его – «ничего страшного не случилось», «ну уволили и уволили, найду новую работу», формирует и поддерживает иллюзию благополучия и сохранности нарушенного содержания жизни. Если можно так выразиться, это нарушенная защитная реакция инфантильного сознания.

*Реалистическое переживание* подчиняется принципу реальности. Человек трезво относится к тому, что происходит, принимает случившееся, приспособляя свои интересы к новому образу и смыслу жизни. При этом ранее содержавшееся в его жизни отношение к определенным вещам уже невозможно, человек бесспоротно отбрасывает прошлое и полностью находится в настоящем и будущем.

*Ценностное переживание* полностью признает наличие критической ситуации, но отвергает пассивное принятие ударов судьбы. Ставшее невозможным жизненное отношение не сохраняется и не изгоняется. Ценностное переживание формирует новое содержание жизни с учетом понесенной утраты. Например, человек, потерявший близких, строит свою жизнь так, чтобы заменить оставшимся близким того, кого он потерял, стараясь сохранить, поддержать или продолжить семейное дело.

*Творческое переживание* характерно для сложившихся волевых личностей. Поскольку такая личность имеет опыт волевого поведения, то в критических ситуациях он сохраняет способность сознательно искать выход из сложившегося критического положения (Василюк, 1995).

Таким образом, переживание как механизм преодоления кризисной ситуации можно представить в виде континуума, на одном полюсе которого располагаются высшие, продуктивные переживания, возникающие в результате переживания-деятельности и ведущие к развитию, личностному росту, а на другом – защитные переживания, ведущие к адаптации к психотравмирующей критической ситуации. Выбираемая личностью стратегия переживания фактически обуславливает дальнейший жизненный путь: станут ли разрушительные события точками личностного роста и совершенствования или нет.

## **6. Клиническая и психологическая теории кризиса и кризисного состояния**

Начало исследования кризисов в психологической науке начинается на рубеже 70–80-х годов XX века, когда взаимодействие человека и общества со всей очевидностью показало усиление напряженности, противоречивости, а зачастую и травматичности этого взаимодействия для человека. Произошло усиление катастрофичности человеческого существования. В полную силу заявили о себе негативные плоды цивилизации – техногенные катастрофы, масштабные военные действия, серьезные аварии и происшествия. Социальная атмосфера конца XX века показала востребованность нового знания.

В истории исследования кризисов в психологической науке можно выделить влияние нескольких научных подходов и теорий: теории эволюции в ее приложении к процессам общей и индивидуальной адаптации; теории достижения и роста мотивации деятельности и общения; учение о цикличности психического развития; учение о механизмах и формах совладающего поведения в ситуации воздействия экстремальных стрессоров. Следует отметить влияние на развитие теории кризисов эго-психологии как одного из направлений психоаналитической школы исследований в психологии. В рамках этого направления были введены понятия: «психическое равновесие», связанное с функционированием первичных и вторичных процессов, перемещением психической энергии из одной системы в другую, предотвращением накопления возбуждений, понижением и поддержанием их на постоянном уровне; «психологическая защита», как неосознаваемый психический процесс, направленный на минимизацию отрицательных переживаний (А. Фрейд), а так же разработана эпигенетическая теория развития личности Э. Эриксона, который акцентировал внимание на биосоциальной природе и адаптивном характере поведения личности, интегративным качеством которой выступает психосоциальная идентичность. Изменение социокультурных условий жизни приводит к утрате прежней и необходимости формирования новой идентичности. Возникающие на этом пути личностные затруднения могут стать причиной тяжелого невроза. (Эриксон, 1996). Заметное влияние на теорию кризисов оказали теоретические и прикладные работы в области психотерапевтических техно-

логий: клиент-центрированная терапия К. Роджерса, ориентированная на актуализацию собственных возможностей человека по изменению своей личности при условии самопринятия и адекватной самооценки; экзистенциальная психотерапия И. Ялома, фокусирующаяся на базисных проблемах существования индивидуума; теория и методика психосинтеза Р. Ассаджиоли, основная цель которого заключается в достижении гармоничной внутренней интеграции, постижении истинного «Я» и формировании правильных взаимоотношений с другими людьми; разработанная в психодраме теория ролей Я. Морено, измерительным инструментарием которой является социометрия.

Одним из первых использовал и раскрыл сущность понятия «кризис» в отечественной психологии Л.С. Выготский, который в ходе исследования онтогенетического развития личности выделил *стабильные* и *переломные* (критические) периоды жизни. Эти критические периоды являются поворотными пунктами развития, когда на протяжении относительно короткого промежутка времени происходят значительные для дальнейшего развития сдвиги. Именно эти переломные периоды Л.С. Выготский обозначил словом «кризис». Кризис вызывается изменением потребностей и побуждений, переоценкой ценностей. Это изменение проявляется и выявляется в соответствующем переживании – единице, позволяющей изучить взаимоотношения личности и среды. Переживание есть внутреннее отношение «человека к тому или иному моменту действительности», показатель того, «чем данный момент среды является для личности».

Анализируя содержательную сторону кризиса, Л.С. Выготский отмечал единство негативного и позитивного начал. При возникновении кризиса развитие как бы меняет свое позитивное, созидательное значение. На первый план выдвигаются процессы редукции психологических образований, утративших свое значение для дальнейшего развития личности. Однако, в любом кризисе присутствует не только разрушение старого, но и созидание нового. «Разрушительная работа совершается в указанные периоды в меру того, в меру чего это вызывается необходимостью развития свойств и черт личности». Позитивные изменения личности составляют «главный и основной смысл» кризиса. В период кризиса происходит конструктивная работа, накапливаются позитивные изменения (Р. Ассаджиоли, В.В. Давыдов, Т. Йоманс, А.В. Толстых и др.), которые лягут в основу обра-

зований, оптимизирующих деятельность и общение личности в условиях кризиса и последующего посткризисного существования, комплементарных как требованиям среды, так и внутренним психическим состояниям.

### **Контрольные вопросы для самопроверки**

1. Раскройте сущность понятий: «кризис», «кризисные состояния», «кризисная ситуация», «переживание».
2. Охарактеризуйте поражающие факторы в кризисной (психотравмирующей) ситуации. Перечислите виды факторов.
3. Опишите типы и виды кризисных состояний.
4. Перечислите стадии развития кризисного состояния и раскройте их основные характеристики.
5. Раскройте сущность понятия «переживание» с позиции теории Ф.Е. Василюка.
6. Проведите анализ клинических и психологических теорий кризиса и кризисного состояния.

### **Литература**

1. Александровский Ю.А., Лобастов О.С. Психогении в экстремальных условиях. М.: Медицина, 1991. – 95 с.
2. Амбрумова А.Г. Анализ состояний психологического кризиса и их динамика // Психологический журнал, 1985. Т. 6. № 6. С. 107–115.
3. Ахмеров Р.А. Биографические кризисы личности: Дис. ... канд. психол. наук. М., ИП РАН, 1994.
4. Безопасность жизнедеятельности: учебник для вузов. / Михайлов Л.А., Соломин В. П., Михайлов А. Л., Старостенко А. В. и др. – СПб.: Питер, 2006. – 302 с.
5. Василюк Ф.Е. Проблема критической ситуации // Психология экстремальных ситуаций: хрестоматия / сост. А.Е. Тарас, К.В. Сельченко. – М.: АСТ, Минск: Харвест, 2001. – 408 с.
6. Василюк Ф.Е. Психология переживания: анализ преодоления критических ситуаций. – М., 1984. – 200 с.
7. Василюк Ф.Е. Типология переживания различных критических ситуаций // Психологический журнал. 1995. № 5. С. 104-114.
8. Гулина М.А. Психология социальной работы – СПб.: Питер, 2009. – 384 с.
9. Даль В.И. Толковый словарь живого великорусского языка. М.: Просвещение, 1989. – Т. 2. 699 с.



10. Йоманс Т. Самопомощь в мрачные периоды // Психосинтез и другие интенсивные техники психотерапии. – М., 1997. С. 110.
11. Каплет Г.Я., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. – М.: Медицина, 1994. – С. 68.
12. Кризисная интервенция // Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 1998. – С. 226.
13. Крукович Е.И., Ромек В.Г. Кризисное вмешательство. – Минск: ЕГУ, 2003. – 92 с.
14. Медицина катастроф. Курс лекций / И.П. Левчук, Н.В. Третьяков, 2011. -240 с.
15. Осухова Н.Г. Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях. – М.: Академия, 2007. – 288 с.
16. Пергаменщик Л.А. Кризисная психология. – Минск: Вышэйшая школа, 2004. – 240 с.
17. Психологическое консультирование кризисных состояний. Методические рекомендации. – Пермь: ОЦППН, 2004. – 38 с.
18. Решетников М.М. Психофизиологические аспекты состояния, поведения и деятельности пострадавших в очаге стихийного бедствия // Психологический журнал. 1989. Т. 10. № 4.
19. Урбанович А. А. Психология управления. – Минск: Харвест, 2003. – 640 с
20. Юрьева Л.Н. Кризисные состояния. – Днепропетровск: Арт-Пресс, 1998. – 156 с.
21. Caplan G. Emotional crises. – 111: The encyclopedia of mental health. N.Y., 1963, vol. 2, p. 521-532.
22. Jacobson Q. F. Programs and techniques of crisis intervention. – In: American handbook of psychiatry. / Ed. by S. Arieti – N.Y., 1974, p. 810-825.
23. Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. – American journal of psychiatry, 1944, vol. 101, №2, p. 141-148.
24. Moos R. H., Tsu V. D. The crisis of physical illness: an overview. – In: Coping with physical illness. N.Y., 1977, p. 7.

## 5. Экстремальные состояния

### План

1. Общее представление об экстремальных состояниях.
2. Основные характеристики экстремальных состояний.
3. Динамика экстремальных состояний.
4. Специфические виды экстремальных состояний.

### 1. Общее представление об экстремальных состояниях

*Экстремальные состояния* – состояния организма, развивающиеся под действием чрезвычайных факторов внешней или внутренней среды, характеризующиеся максимальным напряжением или истощением приспособительных механизмов, приводящие к критическим расстройствам жизнедеятельности человека (Патофизиология экстремальных состояний / Е.В. Маркелова, В.Е. Красников, В.Н. Степанюк, О.А. Мисюра, 2010).

Понятие экстремальных состояний обобщает широкий класс функциональных состояний человека, которые протекают по типу динамического рассогласования. Оно может характеризоваться нарушением адекватности физиологических реакций (такая ситуация возникает прежде всего при действии экстремальных факторов физического или химического характера) или нарушением психологических и поведенческих реакций (это наиболее характерно при действии экстремальных факторов информационно-семантического характера). Наиболее частым является смешанный тип реакции, когда первичное изменение физиологических функций служит поводом к динамике поведенческих реакций или, наоборот, изменение психологических характеристик приводит к появлению физиологических сдвигов.

Реакции организма на экстремальные ситуации могут быть двух типов: адекватные формы реакции и реакции тревоги. Отличительным признаком, позволяющим отнести реакцию к тому или иному типу, является направленность этой реакции (Леонова, Медведев, 1981).

Основным содержанием адекватных форм ответа являются специфические реакции организма, направленные на устранение или преодоление экстремальных факторов и на решение поставленных поведенческих задач. При этом особенностью ответа на

поведенческом уровне является осознанный, целенаправленный характер. Это предполагает формирование у человека определенного плана действий, основанного на анализе качественных, а иногда и количественных характеристик экстремальных условий и всей существующей ситуации в целом.

Форма ответа, связанная с реакцией тревоги, характеризуется относительно малой связью со спецификой экстремального фактора. Она направлена, прежде всего, на сохранение функционирования организма и в значительно меньшей степени на сохранность структуры осуществляемой деятельности. Сознательный контроль за поведенческими реакциями ослаблен, в крайних случаях наблюдаются бессознательные поведенческие акты, например, паника. Если при адекватной форме ответа мотивация деятельности, которая существовала до начала воздействия экстремального фактора, остается почти без изменений, то во втором случае наблюдается снижение субъективной важности этих мотивов и смена типа мотивации. Реакция тревоги появляется, как правило, в сверхэкстремальных (субъективно или объективно воспринимаемых) ситуациях (Смирнов, Долгополова, 2007).

Экстремальность различных воздействий на человека определяется не только их силой, продолжительностью, но также и новизной, неожиданностью, непривычностью проявления. Иначе говоря, это факторы, к которым человек еще не адаптирован и не готов действовать в их условиях.

В качестве факторов, определяющих экстремальность, могут рассматриваться следующие условия (физические, биологические, социально-психологические):

1. Различные эмоциогенные воздействия в связи с опасностью, трудностью, новизной, ответственностью выполняемой работы, ограниченной дефицитом необходимой информации.
2. Угроза массового поражения стихийными бедствиями;
3. Действия ночью, при сенсорной депривации, а также при явном избытке противоречивой информации.
4. Развитие состояния паники в условиях войны.
5. Чрезмерные психические напряжения в очень ответственной мысли-тельной, психомоторной деятельности при значительных нагрузках на познавательные психические процессы: внимание, восприятие, память.

6. Чрезмерные нагрузки на речевые функции, особенно в условиях сильных эмоций.

7. Высокие физические нагрузки при чрезмерных напряжениях силы, выносливости, быстроты в статических положениях.

8. Высокие физические и эмоциональные напряжения при воздействии ускорений, вестибулярных нагрузок, резких перепадов барометрического давления, дыхания под избыточным давлением.

9. Условия режима длительной гипокинезии (обездвиженности, ограничения двигательной активности), гиподинамии (дефицита естественного приложения сил).

10. Воздействия неблагоприятных климатических, микроклиматических условий обитания: жары, холода, высокой влажности, кислородной недостаточности, повышенного состава углекислоты во вдыхаемом воздухе.

11. Неблагоприятное воздействие различных радиочастот, шумов, вибрации.

12. Наличие во вдыхаемом воздухе, окружающей среде разных вредоносных элементов (в том числе в гидросфере).

13. Наличие голода, жажды.

В качестве экстремальных условий жизнедеятельности и труда рассматриваются также различные патологические состояния организма, выраженные неблагоприятные функциональные и психические состояния, развившиеся в итоге внешних экстремальных воздействий (в том числе инфекций) или же глубоких переживаний, которые затем сами по себе превратились в соответствующие неблагоприятные для человека воздействия (Соловьева, 2003).

## **2. Основные характеристики экстремальных состояний**

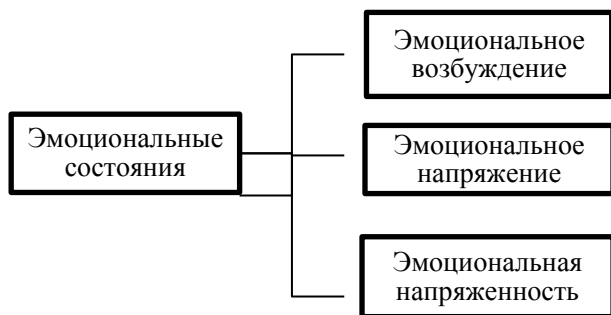
Обязательным признаком экстремальных психических состояний является напряжение (П.И. Сидоров). В экстремальных условиях и в условиях эмоционально окрашенных ситуаций различают три эмоциональных состояния (рис. 1).

*Эмоциональное возбуждение* расценивается как сигнальная реакция нервной системы на различные психогенные воздействия.

*Эмоциональное напряжение* – это эмоционально окрашенное волевое усилие, направленное на решение мыслительной или двигательной задачи.

*Эмоциональная напряженность* характеризуется временным понижением устойчивости психических и психомоторных процес-

сов, а также падением работоспособности, вызванным негативными или чрезмерными психогенными воздействиями.



*Рис. 1. Виды эмоциональных состояний*

В ситуации бурных эмоциональных реакций и эмоциональной напряженности участок нервной ткани, в котором локализован очаг возбуждения, становится доминантным. Вследствие этого другие влияния временно не реализуются, поскольку господствующая доминанта их гасит. Это продолжается до тех пор, пока не иссякнет эмоциональное подключение временно господствующего доминантного очага. С прекращением эмоциональной напряженности способность к объективной оценке информации восстанавливается.

Достаточно информативным показателем эмоциональной напряженности служит проявление выраженной мышечной скованности (непроизвольного напряжения многих групп мышц). Основной вегетативной реакцией на эмоциональную напряженность является высокая частота сердечных сокращений без физических нагрузок. Иногда отмечается обильный профузный пот, вызываемый эмоциональными воздействиями, а не температурными. На лице могут появиться выраженные вазомоторные реакции, заметные изменения диаметра зрачка. В ряде исследований при значительном эмоциональном напряжении наблюдалось повышение позывов на диурез, резкое усиление работы кишечника и др.

В числе причин нарастания психической напряженности прослеживается информационная неопределенность, предвидение возможных аварийных ситуаций и умственное проигрывание соответствующих действий при их возникновении.

Эмоциональная напряженность характеризуется также падением уровня психических познавательных процессов и ухудшением психомоторики. Причиной этого становятся избыточная мотивация, излишне нагнетаемое чувство ответственности за порученное дело, выраженное ощущение серьезной опасности, высокой тревожности и др. Развитию такого негативного психического состояния способствуют низкая эмоционально-волевая устойчивость, выраженная личностная тревожность, неуверенность в своих силах. При этом проявляется психологическая закономерность, получившая отражение в кривых Йеркса-Додсона и В.Л. Марищука (рис. 2). Горизонтальная и нисходящая линии трапецевидной кривой отражают состояние негативной эмоциональной напряженности (эмоциональный стресс).

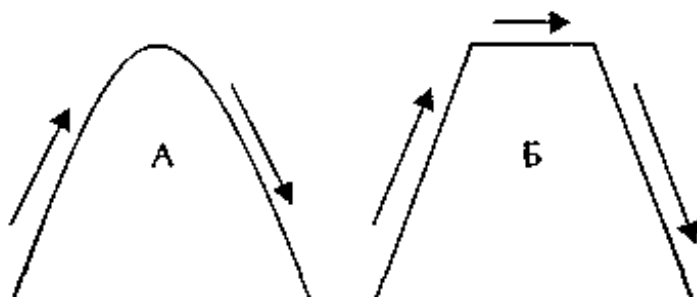


Рис. 2. Инвертированная кривая Йеркса-Додсона (А) и трапецевидная кривая В.Л. Марищука (Б)

Данные кривые отражают физиологические закономерности высшей нервной деятельности: вначале задействуются функциональные резервы, затем возникает безразличие к дальнейшему мотивированию («мне все равно», «все надоело») и, наконец, начинаются реверсивные действия (действия, противоположные стимулам) (рис 3).

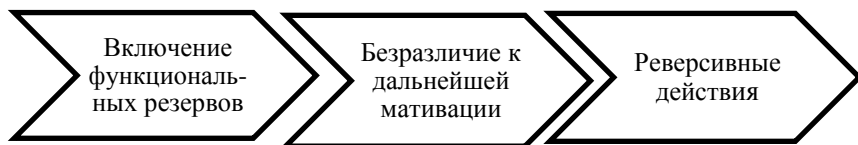


Рис. 3. Физиологические закономерности высшей нервной деятельности

Среди внешних проявлений эмоциональной напряженности особое место отводится мимике, пантомимике, заиканию и тремору (рук, ног, щек, губ, подбородка). Характерно появление желваков на щеках, затем в связи с утомлением лицевых мышц начинает отвисать нижняя челюсть. Глубокий эмоциональный стресс мониторируется асимметрично открытым («перекошенным») ртом. Среди мимических реакций, характеризующих состояние напряженности, одной из самых информативных является оживление хоботкового, сосательного и ладонно-подбородочного рефлексов.

Кроме внешних проявлений эмоциональной напряженности выделяют проявления эмоциональной напряженности в деятельности (рис. 4).



Рис. 4. Проявления эмоциональной напряженности в деятельности

*Эмоционально-сенсорные нарушения* включают изменения процессов ощущений и восприятия. *Эмоционально-моторные нарушения* характеризуются падением согласованности и точности движений. *Эмоционально-ассоциативные* (эмоционально-мыслительные) *нарушения* определяют ошибочные умозаключения, принятие неправильных решений.

В отношении влияния на деятельность человека эмоциональные психические состояния подразделяются на *стенические*, стимулирующие деятельность, увеличивающие напряжение и энергию (паника, агрессия, бегство), и *астенические*, формирующие скованность и пассивность (оцепенение, слабость). Одна эмоция способна проявляться в этих двух вариантах: например, стенический страх позволяет мобилизоваться и противостоять ситуации, а

астенический встречается при упадке сил и неспособности сопротивляться обстоятельствам.

Любое эмоциональное состояние по своей природе является феноменом сознания. Оно всегда сознательно, но не всегда распознаваемо, в отличие от возбуждения, которое неосознаваемо и недифференцировано. Информационная специфичность эмоционального состояния делает его исключительно важным для эффективности поведения и адаптации индивидуума к новым условиям жизнедеятельности.

### **3. Динамика экстремальных состояний**

Экстремальность ситуации приводит к развитию различного рода психических состояний, динамика которых в общем виде имеет такой вид: адекватная форма ответа – реакция тревоги – психическая или эмоциональная напряженность – стресс – дистресс.

*Реакция тревоги* (особенно ее крайние формы) сопровождается, как правило, повышением психической в частности эмоциональной напряженности, которая при определенных условиях переходит в стресс.

*Психическая напряженность* может возникнуть в деятельности человека, когда имеют место специфические факторы, предъявляющие к человеку и его знаниям возможностям и ресурсам повышенные требования, или когда на пути поставленной перед ним цели возникает преграда. Психическая напряженность проявляется обычно как раздражительность, усталость, повышенная эмоциональная возбужденность, негативные переживания. В физиологическом состоянии наблюдается гиперфункция некоторых процессов: учащенный пульс, повышенное давление, потоотделение и т.п. Вместе с тем может уменьшаться время реакции, растет вариативность временных показателей, увеличивается число ошибок, ложных тревог и др.

Усугубление действий этих факторов приводит к возникновению *стресса*, причины которого кроются в несоответствии адапционных возможностей человека характеру обстановки и условиям деятельности. Однако не каждый стресс является деструктивным. Он может быть и конструктивным, если стрессовая ситуация является положительной мотивирующей силой. Такой стресс называют *эустрессом*, а ослабляющий, чрезмерный стресс – *дистрессом*.



В профессиональной деятельности выделяют такие виды стресса, как эмоциональный и информационный. При этом различные его формы (импульсная, тормозная, генерализованная) приводят к изменениям в протекании психических процессов, эмоциональным сдвигам, трансформации мотивационной структуры деятельности, нарушениям двигательного и речевого поведения.

В реакциях на стрессовые ситуации наблюдаются большие индивидуальные различия. Одни люди восприимчивы к стрессам, другие не столь к ним предрасположены. Однако в любом случае постоянное напряжение не может не сказываться на состоянии здоровья, чаще приводит к инфекционным и простудным заболеваниям. Если множество позитивных и негативных стрессов часто сменяют друг друга, напряженность постоянно растет; и вследствие резкого ослабления иммунной системы страдает здоровье. Поэтому при отборе лиц на специальности, связанные со стрессогенными ситуациями, нужна тщательная проверка на стрессоустойчивость (Смирнов, Долгополова, 2007).

В динамике состояния, поведения и деятельности людей в экстремальных ситуациях с витальной угрозой (стихийные бедствия, техногенные катастрофы, теракты) наблюдаются общие закономерности в виде 6 последовательных стадий:

1. «*Стадия витальных реакций*» длится от нескольких секунд до 5–15 минут. На этой стадии поведение практически полностью подчинено императиву сохранения собственной жизни с характерными сужением сознания, редуkcией моральных норм и ограничений, нарушениями восприятия временных интервалов и силы внешних и внутренних раздражителей (включая явления психогенной гипо- и аналгезии даже при травмах, сопровождавшихся переломами костей, ранениях и ожогах 1–2-й степени до 40 % поверхности тела). В этот период характерна реализация преимущественно инстинктивных форм поведения, в последующем переходящих в кратковременное (тем не менее – с очень широкой вариативностью) состояние оцепенения. Длительность и выраженность витальных реакций в существенной степени зависит от внезапности воздействия экстремального фактора. Например, при внезапных мощных подземных толчках, как при землетрясении в Армении, или крушении поезда под Уфой в ночное время, когда большинство пассажиров спали, имели место случаи, когда, реализуя

инстинкт самосохранения, люди выпрыгивали из окон шатающихся домов или горящих вагонов, на некоторые секунды «забывая» о своих близких. Но, если при этом они не получали существенных повреждений, уже через несколько секунд социальная регуляция восстанавливалась, и они вновь бросались в обрушивающиеся здания или пылающие вагоны. Если спасти близких не удавалось, это определяло течение всех последующих стадий, специфику состояния и прогноз психопатологии на весьма протяженный период.

2. *«Стадия острого психоэмоционального шока с явлениями сверхмобилизации»* длится от 3 до 5 часов и развивается вслед за кратковременным состоянием оцепенения. На этой стадии отмечается общее психическое напряжение, предельная мобилизация психофизиологических резервов, обострение восприятия и увеличение скорости мыслительных процессов, проявления безрассудной смелости (особенно при спасении близких) при одновременном снижении критической оценки ситуации, но сохранении способности к целесообразной деятельности. В эмоциональном состоянии в этот период преобладает чувство отчаяния, сопровождавшееся ощущениями головокружения и головной боли, а также сердцебиением, сухостью во рту, жаждой и затрудненным дыханием. Поведение в этот период подчинено почти исключительно императиву спасения близких с последующей реализацией представлений о морали, профессиональном и служебном долге. Несмотря на присутствие рациональных компонентов, именно в этот период наиболее вероятны проявления панических реакций и заражение ими окружающих, что может существенно осложнять проведение спасательных операций. Окончание этой стадии может быть как пролонгированным, с постепенным появлением чувства истощения, так и наступать внезапно, мгновенно, когда только что активно действующие люди оказывались в состоянии близком к ступору или обмороку, вне зависимости от ситуации.

3. *«Стадия психофизиологической демобилизации»* длится до трех суток. В абсолютном большинстве случаев наступление этой стадии связывается с пониманием масштабов трагедии («стресс осознания») и контактами с получившими тяжелые травмы и телами погибших, а также прибытием спасательных и врачебных бригад. Наиболее характерно для этого периода резкое ухудшение самочувствия и психоэмоционального состояния с преобладанием

чувства растерянности (вплоть до состояния своеобразной про­страции), отдельные панические реакции (нередко – иррациональ­ной направленности, но реализуемых без какого-либо энергетиче­ского потенциала), понижение моральной нормативности поведе­ния, отказ от какой-либо деятельности и мотивации к ней. Одно­временно наблюдаются выраженные депрессивные тенденции, нарушения функции внимания и памяти, тошнота, «тяжесть» в го­лове, ощущения дискомфорта со стороны желудочно-кишечного тракта, отсутствие аппетита, резкая слабость, замедление и за­труднение дыхания, тремор конечностей.

4. Последующая динамика состояния и самочувствия постра­давших во многом определяется спецификой воздействия экстре­мальных факторов, полученными поражениями и морально-психологической ситуацией после трагических событий. Вслед за «психофизиологической демобилизацией» (при относительно высо­кой индивидуальной вариативности сроков) с достаточным постоян­ством наблюдалось развитие «стадии разрешения» (от 3 до 12 суток). В этот период постепенно стабилизируется настроение и самочу­вствие. К концу этого периода у большинства пострадавших появляет­ся желание «выговориться», реализуемое избирательно, направлен­ное преимущественно на лиц, не являвшихся очевидцами трагиче­ских событий, и сопровождавшееся некоторой ажитацией. Этот фе­номен, входящий в систему естественных механизмов психологиче­ской защиты («отторжение воспоминаний путем их вербализации»), в ряде случаев приносит пострадавшим существенное облегчение. Одновременно восстанавливается сон, в том числе исчезают сны тре­вожного и кошмарного содержания, в различных вариантах транс­формировавшие впечатления трагических событий.

На фоне субъективных признаков некоторого улучшения состо­яния отмечается дальнейшее снижение психофизиологических резер­вов (по типу гиперактивации), нарастание переутомления, снижение показателей физической и умственной работоспособности.

К наиболее важным компонентам профилактики психопато­логии и успешности последующей реабилитации относится *де­брифинг* – одноразовая слабоструктурированная психологическая беседа с человеком, пережившим экстремальную ситуацию или психологическую травму. Дебрифинг наиболее эффективен, если он проводится до назначения транквилизаторов и до того, как по-

страдавшим предоставлена возможность сна (то есть в первые сутки). В случаях, когда дебрифинг оказывается по тем или иным причинам отложенным, происходит консолидация следов памяти, сопровождаемая рядом психопатологических феноменов. Однако это не снижает самостоятельной значимости методически обоснованного дебрифинга на последующих этапах. Один специалист может квалифицированно провести в день не более 5–6 (максимум 10) индивидуальных дебрифингов, что определяет расчет сил и средств психологических служб экстренного реагирования.

В подобных ситуациях, как правило, требуется многоуровневый дебрифинг, в том числе для спасателей и психологов, действующих на «первом уровне» (участвующих в непосредственной работе с пострадавшими и членами их семей; при этом специалисты «второго уровня» вообще не контактируют с последними).

5. *«Стадия восстановления» психофизиологического состояния* начинается преимущественно с конца второй недели после воздействия экстремального фактора и первоначально наиболее отчетливо проявляется в поведенческих реакциях: активизации межличностного общения, нормализации эмоциональной окраски речи и мимических реакций, восстановлении сновидений (Решетников, 2004).

Ю.С. Шойгу (2007), ссылаясь на работы Национального института психического здоровья (США), описывает четыре стадии психических реакций жертв:

1. *Героическая фаза* – начинается непосредственно в момент катастрофы и длится несколько часов, для нее характерны альтруизм, героическое поведение, вызванное желанием помочь людям, спастись и выжить. Ложные предположения о возможности преодолеть случившееся возникают именно в этой фазе.

2. *Фаза «медового месяца»* – наступает после катастрофы и длится от недели до 3–6 месяцев. Те, кто выжил, испытывают сильное чувство гордости за то, что преодолели все опасности и остались в живых. В этой фазе пострадавшие надеются и верят, что вскоре все проблемы и трудности будут разрешены.

3. *Фаза разочарования* – обычно длится от 2 месяцев до 1–2 лет. Сильные чувства разочарования, гнева, негодования и горечи возникают вследствие крушения различных надежд.

4. *Фаза восстановления* – начинается, когда выжившие осознают, что им необходимо налаживать быт и решать возникающие

проблемы самим, и берут на себя ответственность за выполнение этих задач.

#### **4. Специфические виды экстремальных состояний**

К числу специфических видов экстремальных состояний, дезорганизующих деятельность человека, относят стресс, аффект, фрустрацию, страх, панику и психологический кризис.

Под *аффектом* понимается сильное и относительно кратковременное эмоциональное состояние взрывного характера, которое может дать неподчиненную сознательному волевому контролю разрядку в действии. По содержанию переживаний можно выделить аффекты радости, страха, гнева, горечи и др. Следует различать физиологический и патологический аффект.

*Физиологический аффект* – это не выходящее за пределы нормы эмоциональное состояние, характеризующееся внезапностью возникновения, большой силой и кратковременностью. Такой аффект возникает, как правило, в конкретной для субъекта ситуации, когда он по необходимости продолжает деятельность и встречается с непреодолимыми препятствиями. Состояние аффекта может развиваться, например, в условиях острого дефицита времени, когда человек должен быстро сориентироваться в сложной эмоционально значимой ситуации, принять решение о характере своих дальнейших действий и практически реализовать это решение. Конфликт между объективной необходимостью действовать и субъективной невозможностью найти адекватный выход из сложившейся ситуации и приводит к возникновению аффекта. Такая ситуация является весьма характерной для деятельности человека в экстремальных условиях (Тимченко, 1997).

Состояние аффекта может возникнуть также в ответ на неожиданный сильный раздражитель при отсутствии у субъекта заранее подготовленной программы поведения. При этом сила воздействия раздражителя определяется в первую очередь личностным смыслом ситуации, в которой действует человек. В результате постепенной аккумуляции аффективных переживаний в условиях травмирующей обстановки даже незначительный сам по себе повод также может вызвать кратковременную дезорганизацию поведения, аффективный «взрыв».

Однако психологическая ситуация уже возникающего аффекта не зависит и не определяется механизмом его возникновения и выражается прежде всего в изменении сознания и деятельности человека. В состоянии аффекта происходит сужение сознания: внимание концентрируется на аффективно окрашенных переживаниях и представлениях, связанных с травмирующей ситуацией, уменьшается полнота отражения ситуации, снижается самоконтроль, действия становятся стереотипными и подчиняются эмоциям, а не логическому мышлению. Протекание аффекта сопровождается обычно и внешними проявлениями: напряженной мимикой, жестикуляцией и другими выразительными движениями.

Одним из проявлений аффекта в экстремальной ситуации является страх. Аффективный страх возникает, например, при неспособности человека преодолеть неожиданно возникшую крайне опасную ситуацию. Страх может захватить человека, подавить его ум и волю, парализовать способность к действию и борьбе. Человек цепенеет, пассивно ждет своей участи и бежит «куда глаза глядят». После аффекта человек не всегда может вспомнить отдельные детали своего поведения и состояния, чувствует себя разбитым и подавленным.

Вспышку аффекта можно подавить усилием воли. Чем более у человека выражены волевые качества, тем менее он подвержен аффекту. Ослабить или предупредить аффект может также отвлечение и переключение внимания. Неслучайно житейская мудрость рекомендует вспыльчивым людям в момент возбуждения сосчитать до ста или немедленно начать что-то делать: пилить, строгать, копать и т.п. При этом сознание освобождается от эмоционального «захвата» и человек начинает отдавать себе отчет о своем состоянии и поведении, управлять ими.

В экстремальных условиях может возникать также и состояние *фрустрации*. Фрустрацией называется психическое состояние нарастающего внутреннего психического напряжения, психологическая реакция, связанная с разочарованием, неудачей в попытке достичь какой-либо цели. Оно возникает при наличии двух условий (Еремеева, Киришбаум, 1990):

- 1) наличие потребности, мотива как конкретного проявления потребности, цели и первоначального плана действия;
- 2) наличие сопротивления, т. е. препятствия – фрустратора.

Сами же препятствия могут быть нескольких видов:

1) пассивное внешнее сопротивление (физическая преграда, барьер, удаленность объекта потребности во времени и пространстве;

2) активное сопротивление (запреты, угрозы наказания, если субъект совершает или продолжает совершать, то, что ему запрещено);

3) пассивное внутреннее сопротивление (осознанные или неосознанные комплексы неполноценности, неспособность осуществить намеченное, расхождение между высоким уровнем притязаний и возможностями исполнения;

4) активное внутреннее сопротивление (угрызения совести – оправданы ли выбранные средства в достижении цели, моральна ли цель).

Субъективными проявлениями фрустрации являются переживания неудач, разочарование, напряжение. В зависимости от ситуации переживания могут быть различны: от вины и подавленности до раздражения и гнева. Состояние фрустрации имеет многие черты стресса. Глубина фрустрации зависит от силы (величины) фрустратора, привычных форм реагирования на препятствия, опыта и умений преодоления жизненных трудностей, от фрустрационной толерантности (устойчивости к фрустраторам).

Обычно выделяют следующие виды фрустрационного поведения:

а) двигательное возбуждение, выражающееся в бесцельных и неупорядоченных реакциях;

б) апатия;

в) агрессия и деструкция, аутоагрессия (в отношении самого себя);

г) стереотипия, т. е. тенденция к слепому повторению фиксированного поведения;

д) регрессия, которая понимается как обращение к поведению, доминирующему в более ранних аналогичных ситуациях, или примитивизация поведения, снижение его конструктивности.

Перевод ситуации затрудненности в ситуацию фрустрации осуществляется в двух направлениях – по линии утраты контроля со стороны сознания, т. е. дезорганизации поведения, и (или) по линии контроля со стороны сознания» т. е. утраты «мотивосообразности» поведения.

Фрустрация обычно рассматривается как явление, вредное для человека. Меньший акцент, как правило, делается на том факте, что вызванное фрустрацией напряжение может служить достижению цели, фокусируя внимание на конкретном мотиве, действующем в данный момент. Если конструктивные пути выхода из фрустрирующей ситуации не приводят к достижению цели, напряжение продолжает усиливаться. В конце концов оно достигает уровня, при котором его эффект не способствует успешной деятельности, направленной на достижение цели, а носит разрушительный характер. Все это хорошо согласуется с законом Йеркса-Додсона.

Последствия фрустрации могут быть кратковременными и длительными. Ее преодоление предполагает применение приемов аутогенной тренировки для снятия эмоционально-волевого напряжения, ослабление конфликтности ситуации, дружеское общение, отвлечение от причины фрустрации, переключение внимания на что-либо приятное. Подверженность фрустрации в значительной мере зависит от типа нервной системы. У лиц с сильной нервной системой это состояние развивается, как правило, лишь после длительного периода неудач и чаще всего выражается в стенических реакциях, т. е. в желании доказать, что преследующие человека неудачи случайны. У лиц со слабой нервной системой состояние фрустрации возникает и при небольших, не очень частых неудачах и проявляется в форме астении и желании прекратить работу. Поэтому такие лица нуждаются в подбадривании, в обстоятельном обсуждении причин неудач и способов их устранения, в постановке конкретных и вполне достижимых в данных обстоятельствах целей (Ильин, 2001).

Весьма характерными экстремальными состояниями являются также страх и паника. *Страх* – это психическое состояние, появляющееся при получении субъектом информации о возможной угрозе его жизненному благополучию, о реальной или воображаемой опасности.

Страх ощущается и воспринимается людьми как угроза личной безопасности. Эмоция страха сама по себе вызывает страх, а переживание страха еще больше его усиливает, доводя до экстремальной стадии ужаса. Ужас – это максимальная степень переживания страха, усиливающего самого себя за счет повторяющейся циркуляции этого переживания в психике. Страх выполняет



функцию мотивации специфических когнитивных и поведенческих актов, способствующих укреплению безопасности и чувству уверенности. Предчувствие страха может стать импульсом для укрепления «Я», может побуждать индивида к самосовершенствованию с целью снижения собственной уязвимости. Страх имеет двойственную природу реагирования (С. Кьеркегор, Н. Балл). Корни двойственной природы лежат во взаимодействии мотива к бегству, обусловленного страхом, и мотива к приближению, исследованию, обусловленного интересом. Поведение индивида в ситуации страха зависит от того, какая из этих двух эмоций выражена сильнее, и от их взаимодействия с другими эмоциями. Страх может быть результатом когнитивной оценки ситуации как потенциально опасной. Мыслительные процессы составляют самый обширный, самый распространенный класс активаторов страха. Его источником становится человек, предмет или ситуация.

П.И. Сидоров (2008) с соавторами описывают четыре вида страха:

1) *Биологический страх* вызывается ситуацией, угрожающей непосредственно жизни. Угроза может исходить извне или изнутри организма. Как выражение нарушения внутреннего равновесия, страх возникает, когда нарушается метаболический обмен организма со средой. Главным элементом этого обмена является кислород. Кислородная недостаточность, сильнее всего отражающаяся на нервной системе, возбуждает состояние страха при инфаркте миокарда, острой недостаточности кровообращения, бронхиальной астме, потере крови и т. п., а его усиление зависит от степени уменьшения доступа кислорода. Кроме недостатка кислорода страх вызывает жажда и голод. Нарастание страха зависит от длины периода: чем короче период, тем быстрее нарастает страх.

2) *Социальный страх*. Человек не может жить и развиваться без других людей, а исключение его из социального мира (социальная смерть) равняется биологической смерти.

3) *Моральный страх*. Интеракция с окружением, исполнение определенных ролей и норм поведения, оценка самого себя соответственно реакции окружения влияют стабилизирующим образом на эмоциональное отношение к самому себе. Внезапное появление чего-либо вызывает страх, который будет возрастать прямо пропорционально исключительности ситуации.

4) *Дезинтеграционный страх*. Переживание страха сопровождается чувством неуверенности, незащищенности, невозможности контролировать ситуацию.

Перечень индикаторов страха включает в себя: мгновенное прекращение или постепенное угасание совершаемых действий, продолжительное оцепенение, настороженность, реакция избегания или отстранения от раздражителя, серьезное или испуганное выражение лица и т. п.

Длительные переживания страха вызывает изменения во всем организме: сердцебиение, учащенный пульс, приступы тахикардии. Возникает чувство сдавления в грудной клетке, удушье, боли в животе, кишечные спазмы, метеоризм, диспепсические расстройства, мышечные подергивания, дрожание и др.

По своим проявлениям, механизму возникновения и протекания близкой к страху является *паника*. С.Л. Соловьева (2003) определяет панику как временное переживание гипертрофированного страха, определяющее неуправляемое, нерегулируемое поведение людей (утрата критики и контроля), иногда с полной потерей самообладания, неспособностью к реагированию на призывы и изменения чувства долга и чести.

В основе паники лежит переживание беспомощности перед реальной или воображаемой опасностью, стремление любым путем уйти от нее, вместо того чтобы бороться с ней. Человек мечется, не понимая, что он делает, либо цепенеет, столбенеет, происходит потеря ориентации, нарушение соотношения между основными и второстепенными действиями, распад структуры действий и операций, обострение оборонительной реакции, отказ от деятельности и пр. Паника выражается в поспешности, неадекватности поступков, принятии ошибочных решений с выраженным стремлением избежать мнимой опасности, защитных мер в ситуациях реальной опасности

Классификация видов паники может осуществляться по нескольким основаниям. В работах С.Л. Соловьевой, П.И. Сидорова описываются следующие виды паники.

1. По масштабности (количеству людей, охваченных данным эмоциональным состоянием): индивидуальная, групповая, массовая.

2. По степени панического сознания:

1) *легкая паника* – испытывается, когда задерживается транспорт, при спешке, внезапно, но не очень сильном сигнале (звук, вспышке и пр.). Человек способен сохранить полное самообладание и критичность. Внешне данная паника выражается легкой озабоченностью и напряжением мышц;

2) *средняя паника* – характеризуется значительной деформацией сознательных оценок происходящего, снижением критичности, увеличением страха и легкой подверженностью внешним воздействиям. Проявляется при небольших транспортных авариях, различных стихийных бедствиях, пожарах, если чрезвычайное происшествие находится близко, но не угрожает;

3) *полная паника* – выражается отключением сознания и невменяемостью. Наступает при чувстве большой явной или мнимой смертельной опасности. Человек полностью теряет сознательный контроль над своим поведением, бессмысленно мечется, совершает самые разнообразные хаотические действия, поступки, абсолютно исключающие критическую оценку и рациональность.

3. По времени возникновения:

1) паника, возникающая сразу после экстремального воздействия катастрофы, воспринимаемой как смертельная опасность;

2) паника вследствие длительного пребывания в состоянии тревоги, напряжения, приводящего к нервному истощению и фиксации внимания на предмете тревоги.

Основными причинами развития паники являются:

1) состояние людей с гиперболизируемым страхом и ужасом;

2) внезапность появления угрозы для жизни, здоровья, безопасности (при пожаре, взрыве, аварии и т.п.);

3) длительные переживания, опасения, накопление тревоги, неопределенность ситуации, предполагаемые опасности, невзгоды;

4) полная психологическая неготовность к произошедшему событию.

5) отсутствие критичности при оценке ситуаций.

Психофизиологический механизм паники заключается в индукционном торможении больших участков коры головного мозга, предопределяющее понижение сознательной активности. В результате возникают неадекватность мышления, повышенная эмоциональность восприятия, гиперболизация опасности и резкое повышение внушаемости.

Заканчивая рассмотрение вопроса, нельзя не остановиться на понятии психологического кризиса.

Кризис вообще понимается чаще всего как критический момент и поворотный пункт жизненного пути. *Психологический кризис* – это состояние, при котором проявляется невозможность осуществить цикл воплощения себя, свой замысел. При этом нет нарушений функций мозга, человек практически здоров. Внешние обстоятельства дают возможности, при которых человек может действовать, как и раньше. Но развивать прежнюю активность он уже не может по внутренним психологическим причинам, он как бы утратил понимание и чувство того, что ему это нужно. Такое состояние сопровождается интенсивными, часто отрицательными по окраске эмоциями.

Но возможны и прямо противоположные последствия психологических кризисов, когда человек может стать более зрелым, собранным, добрым, человечным, сильным, смелым и мудрым, подняться на новую ступень в своем развитии.

Кризисы являются неотъемлемым компонентом жизни и деятельности человека. В психологии они рассматриваются как необходимый фактор развития личности. Например, один из основателей гуманистической психологии Р. Мэй считает, что предельная целостность человеческой личности не только невозможна, но и нежелательна. Поэтому человек внутренне должен быть готов к преодолению неизбежных кризисов в своей жизни, выработать у себя соответствующую установку. Многое здесь зависит от индивидуальных качеств человека, его подготовленности к преодолению разнообразных экстремальных ситуаций.

### **Контрольные вопросы для самопроверки**

1. Раскройте содержание понятий: «экстремальные состояния», «аффект», «фрустрация», «страх», «психологический кризис».

2. Опишите признаки экстремальных состояний.

3. Охарактеризуйте стадии в динамике экстремальных состояний.

4. Опишите состояние аффекта, его виды, признаки и особенности протекания.

5. Охарактеризуйте виды фрустрационного поведения и их признаки.

6. Проведите анализ состояний страха и паники в ситуации экстремального воздействия.

### Литература

1. Ильин Е.П. Дифференциальная психофизиология. – СПб.: Питер, 2001. – 464 с.
2. Киришбаум Э.И. Психические состояния / Э.И. Киришбаум, А.И. Еремеева. Владивосток: Изд-во Дальневосточ. ун-та, 1990. 86 с.
3. Леонова А.Б., Медведев В.И. Функциональные состояния человека в трудовой деятельности. – М.: Изд-во МГУ, 1981. – 112 с.
4. Патопсихология экстремальных состояний / Е.В. Маркелова, В.Е. Красников, В.Н. Степанюк, О.А. Мисюра. – Владивосток: Медицина ДВ, 2010. – 116 с.
5. Психология / под ред. В.Н. Дружинина. – СПб.: Питер, 2000. 608с.
6. Психология / под ред. А. А. Крылова. М.: Проспект, 1999. – 584 с.
7. Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных / Под общ. ред. Ю.С. Шойгу – М.: Смысл, 2007. – 319 с.
8. Решетников М.М. Общие закономерности в динамике состояния, поведения и деятельности людей в экстремальных ситуациях с витальной угрозой. Отдаленные последствия и реабилитация пострадавших // Методическое пособие для врачей, психологов и педагогов. – СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2004. – 26 с.
9. Сидоров П.И., Мосягин И.Г., Маруняк С.В. Психология катастроф. – М.: Аспект Пресс, 2008. – 414 с.
10. Смирнов Б.А., Долгополова Е.В. Психология деятельности в экстремальных ситуациях. – Х.: Изд-во Гуманитарный Центр, 2007. – 276 с.
11. Соловьева С. Л. Психология экстремальных состояний. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2003. – 128 с.
12. Тимченко А.В. Психологические аспекты состояния, поведения и деятельности людей в экстремальных условиях и методы их коррекции. – Х.: Изд-во ХВУ, 1997. – 168 с.

## 6. Информационно-адаптационный аспект реагирования на экстремальные ситуации

### План

1. Предстартовое состояние, реакции входа, реакции разрешения, реакции выхода.
2. Виды предстартовых состояний и их физиологические механизмы.
3. Вегетативные, моторные и поведенческие реакции на экстремальные ситуации.
4. Особенности дыхания человека в экстремальных ситуациях.
5. Рефлексы орального автоматизма.
6. Ажитация и ступор.

### 1. Предстартовое состояние, реакции входа, реакции разрешения, реакции выхода

Личностная адаптация человека к экстремальным ситуациям является важнейшей индивидуальной и социальной характеристикой. В качестве одного из признаков адаптации выступает то, что регуляторные процессы, обеспечивающие равновесие организма как целого во внешней среде протекают плавно и слаженно. Адаптивное регулирование обуславливается длительным приспособлением к окружающей среде, т. е. не требует от человека особого напряжения для поддержания жизненно важных соматических и психических процессов (Социальная психология / Р.И. Мокшанцев, А.В. Мокшанцева, 2001).

Выделяют положительные и отрицательные реакции на экстремальную ситуацию. *Положительные реакции* представляют конструктивные разрешения, преодоление препятствий, мешающих достижению стимула. Эффект достигается путем усиления стремления, направленного на разрешение проблемы. Очевидно, многие научные открытия, успехи в развитии техники, культуры были стимулированы фрустрирующими событиями в жизни людей. В другой ситуации фрустрация способна направить энергию индивида по иному, но также конструктивному каналу активности. *Отрицательные реакции* могут вызвать различные формы неконструктивного поведения, такие как агрессия, регрессия, фиксация, отказ, негативизм, репрессия (Короленко, 2001).

При адаптации человек проходит несколько этапов.

Особым информационно-адаптационным аспектом реагирования в экстремальных ситуациях является *предстартовое состояние* как рефлекторная эмоциональная реакция, наступающая перед ответственными стартами. В физиологических условиях она характеризуется усилением и мобилизацией всех функций организма. Видами предстартовых состояний являются боевая готовность, стартовая лихорадка, стартовая апатия и болезненные (патологические) состояния.

*Подготовительный этап.* Каждый человек, впервые собирающийся попасть в необычные условия существования, воспринимает их как нечто неизвестное и пытается как можно больше узнать об этих условиях, понять задачи, которые ему предстоит решать, овладеть необходимыми навыками. Подготовительный этап может иметь различную временную длительность.

*Этап предстартового психического напряжения.* В моменты предстартового психического напряжения при наличии фактора риска люди вдруг начинают сомневаться в надежности технических средств, мысленно проигрывают возможные аварийные ситуации и свои ответные действия. Чем ближе к старту, тем интенсивнее эта форма психической деятельности, что приводит к дальнейшему нарастанию эмоциональной напряженности. Многократное пребывание в необычных условиях существования не освобождает человека от подобной интенсивной деятельности, сопровождающейся специфическими эмоциональными реакциями.

При преодолении барьера, отделяющего обычные условия жизни от экстремальных, этап предстартового напряжения сменяется *этапом острых психических реакций входа в ситуацию*. Во время преодоления психологического барьера при различных видах деятельности, сопряженных с угрозой для жизни, человек проживает сложные, противоречивые психические состояния – от эмоционального напряжения, вызванного чувством ответственности, тревогой и страхом на этапе старта, до радостного ликования и двигательного возбуждения после успешного завершения дела.

*Этап переадаптации.* Критерием переадаптации служит устойчивая работоспособность, глубокий и освежающий сон, гармоничные взаимоотношения с людьми, если в экстремальных условиях находится изолированная группа. Одна из характерных особенностей этого этапа – формирование новых функциональных

систем, позволяющих верно отражать реальную действительность в изменившихся условиях жизни.

При длительном и интенсивном воздействии психогенных факторов и отсутствии мер профилактики, при психологической неподготовленности, слабом типе высшей нервной деятельности и других неблагоприятных обстоятельствах этап устойчивой адаптации может смениться *этапом неустойчивой психической деятельности*. Для этого этапа характерными являются необычные психические состояния и явления, которые еще не обособились в четко очерченные формы нервно-психических нарушений. К таким явлениям можно отнести, например, господствующие (доминантные) идеи, возникающие в условиях изменений информационной структуры. Почвой для возникновения подобных идей служит изоляция, приводящая к ограничению круга интересов. При отсутствии собственного плана действий и поведения случайные, незначительные обстоятельства могут принять для отдельных лиц доминирующее значение, отодвигая на второй план действительно необходимую деятельность.

Необычные психические состояния, возникающие на этапе острых психических реакций и на этапе реадаптации, по своей феноменальной картине выходят за рамки реагирования в обычных условиях. Несмотря на это, необычные психические реакции можно рассматривать как компенсаторные, обеспечивающие реадаптацию личности к изменившимся условиям.

Эмоциональная напряженность свойственна и *этапам завершения психического напряжения и острых психических реакций выхода* из экстремальных условий. Они также характеризуются повышенной нервозностью, тягостными эмоциональными переживаниями и замедлением течения времени в восприятии.

Большое значение имеет этап возвращения в обычные условия жизни, *этап реадаптации*. При длительном пребывании в измененных условиях жизни ряд автоматизмов, выработанных ранее, утрачивается, забывается. В то же время продолжают действовать автоматизмы, характерные для экстремальной ситуации. Полное восстановление психических функций как раз и происходит на этапе реадаптации (Социальная психология / Р.И. Мокшанцев, А.В. Мокшанцева, 2001).

Хотя каждый из рассмотренных этапов имеет свою мотивационную обусловленность, он подчинен общей «стратегической»



цели конкретной деятельности. Это соответствует как психологическим теориям (временная перспектива К. Левина; перспективное устремление личности А.С. Макаренко; сверхзадача и сквозное действие К.С. Станиславского), так и психофизиологическим представлениям (рефлекс цели И. П. Павлова; учение об акцепторе действия П. К. Анохина).

При жестком и длительном воздействии психогенных факторов, а также при отсутствии мер профилактики этап психической переадаптации сменяется *этапом неустойчивой психической деятельности*. На этом этапе появляется ряд необычных психических состояний, характеризующихся эмоциональной лабильностью и нарушениями ритма сна и бодрствования (Лебедев, 1989).

## **2. Виды предстартовых состояний и их физиологические механизмы**

*Предстартовое состояние* – рефлекторная эмоциональная реакция, наступающая перед ответственными событиями. С позиции физиологии она характеризуется усилением и мобилизацией всех функций организма. Видами предстартовых состояний являются боевая готовность, стартовая лихорадка, стартовая апатия и болезненные (патологические) состояния.

Оптимальный уровень предстартового возбуждения называется состоянием *боевой готовности*. В этот период могут наблюдаться нарушение сна, некоторое учащение частоты сердечных сокращений, умеренное повышение артериального давления, содержания адреналина и сахара в крови, укорочение скрытого периода двигательной реакции и т.д.

*Стартовая лихорадка* сопровождается преобладанием процессов возбуждения в центральной нервной системе. Обращают на себя внимание особые черты лица: заостренный нос, бледные кожные покровы или, наоборот, пятнисто-красный румянец. Человек становится раздражительным, капризным, упрямым и даже грубым. Ухудшается аппетит, появляется бессонница, резко учащается частота сердечных сокращений и повышается артериальное давление. Отмечаются дрожание пальцев рук и повышенная влажность ладоней. При выраженной стартовой лихорадке наблюдается недостаточное расслабление мышц при максимально скоростных усилиях, а при выполнении больших нагрузок раньше

наступает утомление. Тоническое напряжение мышц-антагонистов снижает величину усилия при предельных силовых напряжениях. перевозбуждение нервной системы может смениться тормозными процессами – стартовой апатией.

*Стартовая апатия* в большинстве случаев приводит к снижению результатов, но это не является основанием для обвинения в трусости и слабости морально-волевой подготовки. Человек жалуется на вялость, сонливость в дневные часы, ухудшается координация привычных технических действий, замедляется двигательная реакция и т.п.

### **3. Вегетативные, моторные и поведенческие реакции на экстремальные ситуации**

Индикаторами стресса могут быть такие черты поведения, как появившаяся раздражительность, сниженное настроение, растущая напряженность. Если незначительное событие или происшествие вызывает избыточную эмоциональную реакцию, раздражительность, не соответствующую этому событию, это означает, что человек подвергается какому-то стрессу. Например, разбитый телефонный аппарат в ответ на нежелательный звонок, или желание пнуть автомобиль, который не заводится и т.д. Возможны изменения аппетита, вплоть до отказа пищи или приступов обжорства, что в свою очередь, приводит к изменению массы тела. Курящие начинают курить еще больше, иногда возобновляя эту привычку после нескольких лет воздержания; увеличивается потребление алкоголя. Отмечаются инсомнические расстройства, такие как нарушение количества, качества или времени сна, что в свою очередь может приводить к сонливости в дневное время, трудностям в концентрации внимания, нарушениям памяти и состоянию тревожности (ухудшению дневного психофизиологического функционирования).

Биологические реакции на стресс связаны с нашим эволюционным прошлым, когда можно было «убежать» от стресса или грозившей опасности. Физическими реакциями на стресс являются: мышечное напряжение; ускоренное сердцебиение; учащенное прерывистое дыхание; потливость; расширение зрачков; перевозбуждение; мышечная слабость или дрожание; боль в желудке; нарушение сна; головная боль; слабость в конечностях; изжога; учащенные позывы на мочеиспускание или императивные позывы; дискомфорт в груди; новые бо-

левые ощущения; запоры или поносы; усталость, утомляемость; усугубление существовавшего ранее дискомфорта или болевого синдрома; боль в спине; покалывания и ощущения «мурашек» в кистях или стопах; сухость, ощущение «кома» в горле или в ротовой полости; вздутие живота.

В качестве эмоциональных реакций могут выступать следующие: ощущение напряжения, психической опустошенности, постоянной борьбы; нарастающие раздражительность и недовольство; фрустрация и агрессия; плаксивость, слезливость; подозрительность, недоверчивость; излишняя осторожность, невозможность принять решение; паническая потребность убежать или спрятаться; невозможность ощутить радость или удовольствие.

Поведенческие стереотипные реакции могут изменяться в ответ на воздействие стрессоров. Чаще всего эти изменения касаются сексуальных привычек, агрессивности физического или вербального характера, поиска поддержки. Иногда люди становятся навязчивыми, ригидными, с ними становится трудно общаться, так как они постоянно недовольны и жалуются. Такие действия, как неоднократные проверки, заперта ли дверь или повторяющиеся уборки в комнате являются стремлением упорядочить события, внести регулярность и определенность в жизнь, вышедшую из-под контроля. Нередко люди, изменившие поведение и привычки под влиянием стресса, всячески отвергают эти поведенческие изменения, хотя для окружающих они заметны и ясны.

### ***Управляемые и неуправляемые стрессоры***

*Стрессоры* – факторы, которые вызывают стрессовую реакцию. Ключом к адекватному преодолению стресса является способность отличать стрессоры, которые мы можем контролировать (управляемые стрессоры), от стрессоров, контроль над которыми не в нашей власти (неуправляемые стрессоры). Для разных стрессовых факторов существуют специальные способы преодоления.

Очень важно научиться самому справляться со своими стрессами, при этом ключевой момент – определить, с какого рода стрессором вы встретились, а уж только после этого принимать определенные меры.

Здесь важно помнить, что сам по себе стрессор – лишь повод для начала стресса, а причиной нервно-психического переживания мы делаем его сами. Например «тройка» для студента, который ни

разу за весь семестр не раскрыл учебника, – счастье, для студента, привыкшего работать в пол силы, удовлетворительная отметка – норма жизни, а для отличника случайно полученная тройка может стать настоящей трагедией. Другими словами, стрессор один, а реакция на него варьирует от отчаяния до восторга, поэтому очень важно научиться контролировать свое отношение к неприятностям и подбирать адекватные методы борьбы с ними.

#### **4. Особенности дыхания человека в экстремальных ситуациях**

В нашей жизни, иногда, нам приходится оказываться в экстремальных ситуациях (в высокогорье, под водой, в замкнутом пространстве и т.д.). Газообмен в таких ситуациях происходит особым образом, и вести себя в таких ситуациях необходимо особым образом.

##### ***Гипоксия и ее действие на организм***

*Гипоксия* (от греч. *huro* – мало и лат. *oxigenium* – кислород) – состояние, возникающее при недостаточном поступлении кислорода в ткани или при нарушении его использования клетками в процессе биологического окисления. Гипоксия является важнейшим патогенетическим фактором, играющим ведущую роль в развитии многих заболеваний. Этиология гипоксии отличается большим разнообразием, вместе с тем ее проявления при различных формах патологии и компенсаторные реакции, возникающие при этом, имеют много общего. На этом основании гипоксию можно считать типическим патологическим процессом (Патофизиология / под ред. В.В. Новицкого, Е.Д. Гольдберга, О.И. Уразовой, 2009).

##### ***Виды гипоксии.***

1. При недостаточном насыщении крови кислородом наступает *дыхательная (гипоксемическая) гипоксия*. Такое состояние возникает:

- при низком парциальном давлении кислорода в воздухе;
- при недостаточной вентиляции легких (непроходимость дыхательных путей, слабость дыхательных мышц, недостаточность дыхательного центра, пневмоторакс). При этом в крови отмечается гиперкапния, повышенная концентрация углекислого газа.
- при ухудшении диффузии газов через легочную мембрану (спазм бронхов, заполнение альвеол жидкостью при отеках, пневмонии, утоплении), которое тоже сопровождается гиперкапнией;

- при некоторых видах порока сердца (не заросший боталлов проток и т.п.).

2. *Анемическая гипоксия* обусловлена понижением способности крови связывать кислород, т.е. снижением кислородной емкости крови. Это возникает при потере крови, связывании гемоглобина другими веществами (окисью углерода, ферроцианидами и др.).

3. В случае замедления движения крови в капиллярах при общей недостаточности кровообращения, вследствие недостаточного притока крови к отдельным органам возникает *гипоксия застойная*, или *циркуляторная*. По существу, всякая смерть от остановки сердца является смертью от гипоксии.

4. Когда ткани в силу инактивации окислительных ферментов (например, цианидами) не могут использовать кислород, возникает *гистотоксическая гипоксия*.

За исключением циркуляторной гипоксии, происходящей в случае недостаточного притока крови к отдельным органам, остальные формы гипоксии ведут к недостаточному снабжению кислородом всех тканей. Но так как чувствительность разных тканей к недостатку кислорода различна, то одна и та же степень гипоксии может вызывать серьезные расстройства в деятельности одних органов, почти не затрагивая других, изменения в которых будут в первую очередь вызваны расстройствами, происходящими в наиболее чувствительных к гипоксии органах.

Быстрее и резче всего на недостаток кислорода реагируют высшие отделы ЦНС и высшие рецепторы (сетчатка глаза). Это появляется особенно при быстром развитии и значительной гипоксии. В этом случае потеря сознания может наступать мгновенно, как это бывает, например, при удушении или удушении (прекращении притока крови к мозгу). При более медленном развитии гипоксии смерть также всегда наступает после потери сознания, т.е. после паралича функций высших отделов мозга.

Почки, печень и сердечная мышца менее чувствительны к гипоксии, чем мозг, однако признаки расстройства их функций возникают довольно быстро. Скелетные, а особенно гладкие мышцы сохраняют жизнедеятельность при недостатке кислорода относительно долго, в течение нескольких часов (жгут накладывают на 2 часа, и после этого функции конечности восстанавливаются).

Следствием падения напряжения кислорода в крови сначала всегда является повышение деятельности дыхательного центра, что проявляется в учащении и углублении дыхания и приводит к росту минутного объема дыхания (МОД). Этот эффект зависит главным образом от рефлекторной стимуляции хеморецепторов дуги аорты и каротидного синуса. Усиление легочной вентиляции при гипоксии характерно при ее неглубокой стадии. Оно имеет положительное значение для организма, особенно в случае дыхательной гипоксии. В этом случае рост легочной вентиляции приводит к повышению парциального давления кислорода в крови. При других формах гипоксии, не зависящих от недостатка кислорода в артериальной крови, увеличение дыхательной деятельности не может способствовать устранению гипоксии.

При углублении гипоксии наступает ослабление работоспособности дыхательного центра, сначала проявляющееся в периодическом Чейн-Стоксовом дыхании, которое не обеспечивает достаточной вентиляции легких. Тогда к причинам, вызывающим гипоксию, присоединяется недостаточное дыхание и получается порочный круг: гипоксия приводит к недостаточности дыхания, а недостаточность дыхания еще более усугубляет гипоксию. Разорвать этот круг можно лишь устранением причины гипоксии.

Изменения кровообращения при гипоксии характеризуются тем, что в начальных ее фазах наступает учащение сердцебиений, рост минутного объема сердца, повышение артериального давления. Вследствие опорожнения депо масса циркулирующей крови увеличивается и растет кислородная емкость крови. Однако при длительной и тяжелой гипоксии наступает поражение центров регуляции кровообращения и получается второй порочный круг – гипоксия вызывает расстройство кровообращения, а оно усугубляет гипоксию.

*Особенности дыхания при пониженном атмосферном давлении.* Наиболее изученной формой гипоксии является гипоксемическая гипоксия, особенно ее дыхательная форма. Человек встречается с этой формой гипоксии при подъеме на высоты, при полетах в стратосферу, при космических полетах. Артериальная кровь насыщена кислородом приблизительно на 95–90 % до тех пор, пока барометрическое давление не падает ниже 500–550 мм рт. ст., что соответствует высоте 3–3,5 км над уровнем моря. При дальнейшем падении барометрического давления насыщение артери-

альной крови кислородом быстро снижается, оно доходит до 50% величины кислородной емкости при барометрическом давлении 270–300 мм рт. ст. (7,5–8 км высоты).

У значительного большинства людей до высоты 2,5–3 км над уровнем моря не наступает серьезных расстройств. Это, конечно, не значит, что организм находится в таком же состоянии, что и внизу. Хотя на высоте 1,5–3 км артериальная кровь обычно еще насыщена кислородом не менее 90 % своей кислородной емкости, напряжение кислорода в крови уже снижено и начинают появляться такие рефлекторные реакции, как учащение и углубление дыхания, учащение пульса, выход крови из депо, рост эритропоэза. Все эти изменения у здорового человека как раз и обеспечивают сохранение работоспособности на данной высоте.

С высоты 3–3,5 км у человека начинают обнаруживаться расстройства ряда функций, что зависит главным образом от изменения нормальной деятельности высших центров. На этой высоте падает не только напряжение кислорода в крови, но и количество связанного гемоглобином кислорода. Более или менее тяжелые симптомы дыхательной гипоксии начинаются обычно тогда, когда насыщение артериальной крови кислородом падает ниже 85–80 % КЕК (количество мл кислорода, способное связаться с гемоглобином в 100 мл крови). Если же насыщение крови падает ниже 45 % КЕК, то наступает смерть.

При подъеме на значительные высоты вследствие расстройства регуляции отмечаются усталость, апатия, сонливость, дрожание пальцев, головная боль, одышка и сердцебиение, тошнота, т. е. развивается высотная или горная болезнь. В зависимости от индивидуальных особенностей и тренированности человека высота, на которой наступают тяжелые расстройства, может быть различной, но они наступают у всех. Высота 8,5–9 км является пределом, выше которого человек без дыхательного аппарата не может подняться без риска для жизни.

*Особенности дыхания при повышенном атмосферном давлении.*

В то время как низкое атмосферное давление ведет к химическим сдвигам в организме, обусловленным недостатком кислорода, повышенное атмосферное давление, с которым человек сталкивается при водолазных работах, действует, прежде всего, как физический фактор.

Погружение на каждые 10 м под поверхность воды означает повышение действующего на организм давления на 1 атмосферу, так что на глубине, скажем, 90 м на человека действует уже 10 атмосфер. Хотя само пребывание под таким давлением, если оно продолжается не больше 2 часов, не опасно, но подъем с этой глубины при несоблюдении необходимых мер может привести к смерти.

Дело в том, что когда человек подвергается повышенному давлению, то он может дышать только при подаче ему воздуха под таким же давлением. Растворение же газов в жидкости прямо пропорционально их парциальному давлению над жидкостью, и если 1 мл крови при дыхании на уровне моря растворяет 0,011 мл азота, но при давлении в 5 атмосфер – в 5 раз больше. Азот растворяется также во всех тканях, особенно в жировой и богатой жиром нервной ткани. При быстром переходе от давления в 5 атмосфер к обычному давлению ткани тела могут удержать в растворенном состоянии лишь 0,011 мл газа на 1 мл крови. Остальной азот переходит в газообразное состояние и образует пузырьки в тканях и крови. Такой пузырек может закупорить коронарную или мозговую артерию, что вызывает мгновенную смерть. Мелкие пузырьки азота, освобождающиеся в нервной ткани, суставах, мышцах и т.п., смерти не вызывают, но причиняют тяжелые боли.

Чтобы избежать этих осложнений, нужно поднимать водолазов только с такой скоростью, чтобы газы из крови успевали выделяться легкими. Если же пришлось по жизненным показаниям срочно поднять человека с большой глубины, то его следует поместить в специальную декомпрессионную барокамеру, в которой можно восстановить большое давление, добиться повторного растворения пузырьков и затем снова под наблюдением врача медленно «поднимать» его на «поверхность».

В настоящее время при погружении водолаза на большую глубину ему дают газовую смесь, где азот заменен гелием, который почти не растворяется в крови. Так как кислород под большим давлением токсичен, его добавляют к гелию в такой концентрации, чтобы парциальное давление его на глубине было равно тому давлению, которое имеется в обычных условиях (Завьялов А.В., Смирнов В.М., 2009).



## 5. Рефлексы орального автоматизма

Рефлексами орального автоматизма называют группу рефлексов, при которых в ответ на раздражение оральной части лица возникает вытягивание вперед губ – сосательное или поцелуйное их движение. Большинство рефлексов орального автоматизма в норме вызываются у детей в возрасте до 2–3 лет. Наличие их у взрослых указывает на нарушение корково-подкорковых связей. Положительными они бывают, в частности, при псевдобульбарном синдроме

Выделяют следующие оральные рефлексы:

*Хоботковый рефлекс* (оральный рефлекс Бехтерева) – произвольное выпячивание губ в ответ на легкое постукивание молоточком по верхней губе или по положенному на губы пальцу обследуемого.

*Сосательный рефлекс* (сосательный рефлекс Оппенгейма) – появление сосательных движений в ответ на штриховое раздражение губ.

*Рефлекс Вюрна-Тулуза (губной рефлекс Вюрна)* – произвольное вытягивание губ, напоминающее сосательное движение, возникающее в ответ на штриховое раздражение верхней губы или ее перкуссию.

*Рефлекс Эшериха* – резкое вытягивание губ и застывание их в этом положении с формированием «морды козла» в ответ на раздражение слизистой оболочки губ или полости рта.

*Рефлекс «бульдога» (рефлекс Янишевского)* – тоническое смыкание челюстей в ответ на раздражение шпателем губ, твердого неба, десен. Обычно проявляется при поражении лобных долей мозга.

*Назо-лабиальный рефлекс (носогубной рефлекс Аствацатурова)* – сокращение круговой мышцы рта и выпячивание губ в ответ на постукивание молоточком по спинке или кончику носа.

*Оральный рефлекс Геннеберга* – сокращение круговой мышцы рта в ответ на раздражение шпателем твердого неба.

*Дистантно-оральный рефлекс Карчикяна-Растворова* – выпячивание губ при приближении к губам молоточка или какого-либо другого предмета.

*Дистантно-оральный рефлекс Боголепова.* После вызывания хоботкового рефлекса приближение молоточка ко рту ведет к то-

му, что он открывается и застывает в положении «готовности к приему пищи».

*Дистантно-подбородочный рефлекс Бабкина* – сокращение мышц подбородка при приближении к лицу молоточка (Общая неврология / А.С. Никифоров, Е.И. Гусев, 2007).

## **6. Ажитация и ступор**

*Ажитация* – это сильное эмоциональное возбуждение, которое сопровождается чувством страха и тревоги, переходящее в двигательное или речевое беспокойство. У человека возникает потребность в движениях, которые могут быть однотипными, часто не осознаваемыми. Человек в состоянии ажитации становится чрезвычайно суетливым, способным выполнить лишь простые автоматизированные действия (Головин С.Ю., 1998).

*Причины возникновения заболевания.*

Ажитация наблюдается во время напряжения, вызванного сильным стрессом. Также она может проявляться при многих психических заболеваниях, например, таких как тревожный невроз, ажитированная депрессия, кататоническая шизофрения, болезнь Альцгеймера. Состояние алкогольного или наркотического опьянения также способно вызвать ажитацию. В некоторых случаях ажитация является симптомом инфекционного заболевания.

Следует отметить, что в некоторых профессиях, связанных с повышенным риском для жизни, в аварийных ситуациях, ажитацию часто путают с растерянностью.

У человека при проявлении ажитации можно наблюдать следующие *симптомы*: двигательное или речевое беспокойство, дрожание рук, потливость, повышенное сердцебиение, учащенное дыхание, бледность. В состоянии ажитации у человека появляется ощущение отсутствия мыслей и пустоты, он теряет возможность рассуждать, устанавливать сложные причинные связи.

*Лечение ажитации.* Большинство причин ажитации можно устранить или вылечить, именно поэтому наличие врачебной диагностики обязательно. Оставлять данный процесс на самотек нельзя ни в коем случае. Находясь в состоянии ажитации, больной может не намеренно причинить вред другим людям или себе самому. Если причиной ажитации является психическая болезнь, то ее лечение проводится не только при помощи лекарственных препара-

тов. В таких случаях очень важную роль играет также и психотерапия. Именно она располагает несложными поведенческими техниками, которые помогут больному справиться с состоянием ажитации, а со временем помогут пациенту увеличить его стрессоустойчивость.

По большому счету ажитация относят к предпаталогическому состоянию, которое находится в границах психологической нормы. Однако, не смотря на это, в целях ее лечения больному прописывают следующие медицинские препараты:

1. Антипсихотические препараты (антипсихотики, нейролептики) – психотропные препараты, предназначенные в основном для лечения психотических расстройств. Побочные эффекты проявляются на фоне большей или меньшей индивидуальной чувствительности к лекарствам, в виде сонливости, ригидности, необычных движений.

2. Антидепрессанты – психотропные лекарственные средства, применяемые, прежде всего для лечения депрессии. К возможным побочным эффектам относятся сонливость, сухость во рту, запор, чувство страха.

С целью *профилактики* рецидивов состояния ажитации больному рекомендуется прохождение курсов психотерапии, которые смогут сделать его более устойчивым к различным стрессовым ситуациям, провоцирующим новые приступы заболевания. Если причиной ажитации является какое-либо психическое заболевание, то упор нужно делать на его лечение и обязательно принимать все назначенные лечащим врачом медицинские препараты.

**Ступор** – двигательное расстройство, представляющее полную обездвиженность с мутизмом и ослабленными реакциями на раздражение, в том числе болевое. В зависимости от природы или причины заболевания может нарушаться сознание. Ступорозные состояния развиваются при органических заболеваниях головного мозга, шизофрении (особенно при кататонической форме), депрессивной болезни, истерическом психозе и острых реакциях на стресс (Головин, 1998).

*Вариантами ступорозных состояний являются:*

*Кататонический ступор* встречается чаще всего, он развивается как проявление кататонического синдрома и характеризуется пассивным негативизмом или восковой гибкостью или (в наиболее

тяжелой форме) резкой мышечной гипертонией с оцепенением больного в позе с согнутыми конечностями.

Находясь в ступоре, больные не вступают в контакт с окружающими, не реагируют на происходящие события, различные неудобства, шум, мокрую и грязную постель. Они могут не пошевелиться, если случаются пожар, землетрясение или какие-то другие экстремальные события. Больные обычно лежат в одной позе, мышцы напряжены, напряжение чаще начинается с жевательной мускулатуры, затем спускается на шею, позднее распространяется на спину, руки и ноги. В этом состоянии отсутствует эмоциональная и зрачковая реакция на боль. Симптом Бумке – расширение зрачков на боль – отсутствует.

При *ступоре с восковой гибкостью* больной длительное время сохраняет приданную позу, застывает с поднятой ногой или рукой в неудобной позе. Часто наблюдается симптом Павлова, при котором больной не реагирует на вопросы, заданные обычным голосом, но отвечает на вопросы, заданные шепотом. По ночам такие больные могут вставать, ходить, приводить себя в порядок, иногда есть, и отвечать на вопросы.

*Негативистический ступор* характеризуется тем, что при полной обездвиженности и мутизме любая попытка изменить позу больного, поднять его или перевернуть вызывает сопротивление или противодействие. Такого больного трудно поднять с постели, но, подняв, невозможно снова уложить. При попытке ввести в кабинет больной оказывает сопротивление, не садится на стул, но усаженный не встает, активно сопротивляется. Иногда к пассивному негативизму присоединяется активный. Если врач протягивает ему руку, он прячет свою за спину, хватается пищу, когда ее собираются унести, зажмуривает глаза на просьбу открыть, отворачивается от врача при обращении к нему с вопросом, поворачивается и пытается говорить, когда врач уходит и т. д.

*Ступор с мышечным оцепенением* характеризуется тем, что больные лежат во внутриутробной позе, мышцы напряжены, глаза закрыты, губы вытянуты вперед (симптом хоботка). Больные обычно отказываются от еды и их приходится кормить через зонд или проводить амиталкофеиновое растормаживание и кормить в то время, когда проявления мышечного оцепенения уменьшатся или исчезнут.

При *депрессивном ступоре* при почти полной обездвиженности для больных характерно депрессивное, страдальческое выражение лица. С ними удаётся вступить в контакт, получить односложный ответ. Такой ступор может внезапно смениться острым состоянием возбуждения – меланхолическим раптусом, при котором больные вскакивают и наносят себе повреждения, могут разорвать рот, вырвать глаз, разбить голову, разорвать белье, могут с воем кататься по полу. Депрессивный ступор наблюдается при тяжелых эндогенных депрессиях (Психиатрия / Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е., Сергеев И.И., 2006).

### **Контрольные вопросы для самопроверки**

1. Раскройте содержание понятий: «предстартовое состояние», «реакции входа», «реакции разрешения», «реакции выхода».
2. Охарактеризуйте основные виды предстартовых состояний и их физиологические механизмы.
3. Опишите реакции человека на экстремальную ситуацию (вегетативные, моторные и поведенческие) и выделите их диагностически значимые признаки.
4. Опишите виды гипоксии и их проявления.
5. Охарактеризуйте рефлекс орального автоматизма.
6. Проведите анализ проявлений ажитации и ступора в экстремальной ситуации. Опишите варианты ступорозных состояний.

### **Литература**

1. Головин С.Ю. Словарь практического психолога. – Минск: Харвест, 1998. – 800 с.
2. Завьялов А.В., Смирнов В.М. Нормальная физиология. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 816 с.
3. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 576 с.
4. Короленко Ц.П. Психофизиологическая адаптация к экстремальным условиям // Психология экстремальных ситуаций: Хрестоматия / сост. А.Е. Тарас, К.В. Сельченюк. – М.: АСТ, Минск: Харвест, 2001. – 408 с.
5. Коц Я.М. Спортивная физиология: учебник для институтов физической культуры. – М.: Физкультура и спорт, 1998. – 200 с.
6. Лебедев В.И. Личность в экстремальных условиях. – М.: Политиздат, 1989. – 303 с.

7. Никифоров А.С., Гусев Е.И. Общая неврология. – М.: Изд-во: «ГЭОТАР-Медиа», 2007. – 720 с.

8. Патопфизиология: в 2 т. / под ред. В.В. Новицкого, Е.Д. Гольдберга, О.И. Уразовой. – Томск: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т. 1. – 848 с.

9. Мокшанцев Р.И., Мокшанцева А.В. Социальная психология. – Новосибирск: Сибирское соглашение; – М.: ИНФРА-М, 2001. – 408 с.

## Раздел 2

# ДЕЗАДАПТИВНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ. ТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС

---

### 7. Деадаптивные психические состояния как последствия профессионального стресса

#### План

1. Деадаптивные психические состояния.
2. Общая характеристика профессионального стресса.
3. Последствия профессионального стресса.
4. Состояние утомления и переутомления.
5. Эмоциональный стресс.
6. Дезорганизация деятельности и нарушение психической адаптации.

#### 1. Деадаптивные психические состояния

Стрессоры испытывают возможности адаптивных ресурсов человека, включая реакции, ориентированные как на решение задач, так и на защиту (различные копинг-стратегии). Чаще всего бывает, что с помощью этих разнообразных реакций угрозу удается обуздать. В случае, когда стрессоры воздействуют непрерывно или бывают особенно сильными (например, у специалистов экстремальных профессий), человек может оказаться неспособным к адаптации и будет ощущать снижение способности влияния на будущие события. Такое состояние можно обозначить как деадаптация, как переходное состояние, когда никаких оснований для постановки нозологического диагноза не наблюдается, однако процесс взаимодействия человека с окружающей средой нарушен. Итогом снижения адаптивного функционирования является личностная или психологическая декомпенсация, при которой можно выделить следующие реакции:

1. Тревога и мобилизация. Ресурсы копинга первыми приводятся в состояние готовности и мобилизуются на борьбу с травмой. На этой стадии обычно задействованы эмоциональное возбуждение, повышенное напряжение, повышенная сензитивность, большая настороженность (вигильность) и определенные усилия по самоконтролю. В то же время человек, желая выйти из критического положения, предпринимает различные меры противодей-

ствия, которые могут быть ориентированы либо на решение задач, либо на защиту, либо на то и другое. На этой стадии могут возникнуть симптомы плохого приспособления, такие как постоянные тревога и напряжение, желудочно-кишечные расстройства или другие соматические недомогания, а также пониженная эффективность – признаки того, что мобилизация адаптивных ресурсов протекает неадекватно.

2. Сопротивление. Если травма продолжает оказывать свое действие, человек зачастую способен отыскать средства, позволяющие с ней ужиться и остаться в известной степени приспособленным к жизни. Некоторое время сопротивление травме может оказываться при помощи согласованных мер, ориентированных на решение задачи; в этот период также может интенсифицироваться использование механизмов защиты эго. Однако даже на стадии сопротивления могут появиться признаки деформации. Например, на ее позднейших этапах могут возникнуть такие психологические симптомы, как острое расстройство желудка и легкие искажения в восприятии реальности, например гиперчувствительность к звукам. Кроме того, человек может стать ригидным и придерживаться ранее разработанных методов защиты вместо того, чтобы постараться пересмотреть травмирующую ситуацию и выработать более адаптивные паттерны копинга.

3. Истощение. На фоне длительного травматического состояния адаптивные ресурсы человека иссякают, а паттерны копинга, задачей которых становится оказание помощи на стадии сопротивления, перестают действовать. Когда начинается стадия истощения, способность индивида справляться с продолжающимся стрессом значительно ослабевает, и для решения проблем он может прибегнуть к преувеличенным и ошибочным защитным мерам. Последующие реакции отличаются психологической дезинтеграцией и разрывом с реальностью, сопровождающимся бредом и галлюцинациями. Представляется, что эти бредовые построения воплощают в себе все более дезорганизованные мысли и перцепции наряду с отчаянными попытками спасти психологическую целостность и внутреннее единство путем переструктурирования реальности. В бредовом и галлюцинаторном поведении могут участвовать и метаболические изменения, которые нарушают нормальное функционирование мозга. В конце концов, если чрезмер-



ный стресс сохраняется, процесс декомпенсации переходит в стадию тяжелой психологической дезинтеграции, которая может сопровождаться неконтролируемыми актами насилия, апатией, ступором и даже приводить к смерти.

## **2. Общая характеристика профессионального стресса**

На состояние психического и физического здоровья может оказывать достаточно сильное воздействие профессиональный стресс. Термин «стресс» в настоящее время используется для обозначения довольно обширного круга состояний, которые возникают на самые различные воздействия – так называемые стрессоры. Профессиональный стресс рассматривается как многообразный феномен, который выражается как в психических, так и в физических реакциях на эмоционально-напряжённые критические ситуации в профессиональной деятельности человека.

Возможности анализ профессионального стресса в современной науке представлены достаточно широко и зависят от концептуального подхода. Иерархическая модель анализа, предложенная Леоновой А.Б. (Леонова, 2004), позволяет выделять на первом уровне (макроанализа) стресс-факторы, являющиеся потенциальными источниками стресса и включающие такие характеристики, которые лежат в основе субъективной оценки ситуации (мотивационные установки, личностные диспозиции, доступный репертуар копинг-стратегий и др.). Детальный анализ конкретных синдромов острых и хронических стрессовых состояний проводится на уровне микроанализа. Анализ синдромов позволяет отразить специфику изменений в механизмах регуляции деятельности (Леонова, 2004).

Следующий способ, который возможно использовать для анализа профессионального стресса – это классификация, предложенная Н. В. Самоукиной, которая выделяет информационный, эмоциональный и коммуникативный стресс. Информационный стресс возникает в условиях ограниченного времени, эмоциональный – при наличии реальной или предполагаемой опасности, а коммуникативный – в случае, когда имеются проблемы делового общения (Самоукина Н. В., 1999: 186 – 213). Щербатых Ю.В. считает данную классификацию не совсем удачной, потому что «в названии первого и третьего вида стрессов обозначены причины их возник-

новения, а название второго вида стресса обозначает форму его проявления» (Щербатых, 2006). Как считает Щербатых Ю.В., производственный стресс всегда является эмоциональным.

Щербатых Ю.В. выделяет объективные (мало зависят от личности работника) и субъективные (зависят от самого человека) факторы, вызывающие производственный стресс. (Щербатых, 2006).

К объективным факторам, связанным с особенностями производства и вызывающим профессиональный стресс, Щербатых Ю.В. предлагает относить 1) вредные характеристики производственной среды, 2) тяжелые условия работы и 3) чрезвычайные обстоятельства. Наличие вредных факторов в некоторых видах деятельности «заложено» изначально: например, угольная или цементная пыль, действия ядов в химическом производстве, высокий уровень шума в цехе, жара на литейном заводе. Зачастую вредные характеристики действуют комбинированно: тяжёлые условия работы (замкнутое пространство, угольная пыль, высокие температуры) и психологическое ожидания возможной аварии (взрыв метана, обвал горной породы). Первично вредные факторы среды способствуют развитию биологического стресса, который затем с высокой долей вероятности осложняется психологическим стрессом. Радиофобия у многих специалистов, работающих в зоне Чернобыльской катастрофы и приводившая к серьёзному стрессу, возникала на фоне первичного радиационного облучения, но интенсивность его была неизвестна ликвидаторам аварии.

Профессиональный стресс может быть спровоцирован и неблагоприятными условиями работы (например, у спортсменов – это высокий темп деятельности; у врача скорой помощи) – «рванный» темп деятельности; у спасателей – значительные физические и психоэмоциональные нагрузки.

Дополнительными факторами стресса могут выступать различные чрезвычайные и экстремальные ситуации. Они могут принимать различный характер, зависящий от специфики труда (техногенные аварии, обвал акций или неожиданное изменение курса валют, срыв поставок сырья или комплектующих).

К субъективным факторам стресса Щербатых Ю.В. относит межличностные (коммуникационные) и внутриличностные стрессы.

Коммуникационные стрессы возникают в ситуации общения с вышестоящими должностными лицами, подчиненными и коллегам

ми по работе (равностатусными работниками). Как руководители для подчинённых, так и подчинённые для руководителей могут быть источником стресса. У подчинённых может возникать стойкое психологическое напряжение по самым разнообразным причинам (чрезмерный контроль со стороны руководителя, завышенные требования, недооценка труда, отсутствие четкости в указаниях, грубое или пренебрежительное отношение), а у руководителей – из-за пассивности либо излишней инициативности, некомпетентности, воровства, лени и т. д.

Источником стрессов могут стать лица, которые не работают в данной организации, но контактируют с ней. Например, стресс продавцов, которым приходится общаться с большим количеством покупателей, или стресс бухгалтеров, сдающих квартальный или годовой отчет в налоговой инспекции. В то же время для налогового инспектора стрессорным фактором будет бухгалтер, который по отношению к нему является примером внешнего стрессора.

Внутриличностные стрессы Щербатых Ю.В. подразделяет на профессиональные стрессы, стрессы личностного характера и стрессы, связанные с плохим соматическим здоровьем сотрудников. Внутриличностные стрессы, обусловленные нехваткой знаний, умений, навыков (так называемый, стресс новичков) или ощущением несоответствия между трудом и вознаграждением за него может быть вызван профессиональными причинами. Внутриличностные стрессы, причинами которых являются такие личностные характеристики как низкая самооценка, неуверенность в себе, страх неудачи, особенности мотивации, неуверенность в своем будущем, встречаются у работников самых разных профессий и носят неспецифический характер. Субъективным внутриличностным фактором, вызывающим профессиональный стресс, является состояние здоровья человека. В состоянии хронического заболевания человеку требуется повышенные усилия для компенсации болезни, а это снижает эффективность деятельности, отражается на социальном статусе и приводит в конечном итоге к профессиональному стрессу, а в состоянии остро протекающей болезни временная нетрудоспособность влечет за собой финансовые потери, необходимость заново адаптироваться к работе.

Особую категорию лиц, подверженных профессиональному стрессу, составляют специалисты, так называемых, экстремальных

профессий (спасатели, военнослужащие, пожарные, сотрудники правоохранительных структур, журналисты, врачи медицины катастроф и т. д.).

### **3. Последствия профессионального стресса**

Выделяют первичные, вторичные и третичные последствия профессионального стресса.

К первичным последствиям профессионального стресса относятся различные негативные психические состояния, возникающие в процессе и в связи с условиями профессиональной деятельности. Среди них – состояния утомления и переутомления, эмоциональный стресс, дезорганизация деятельности, острые стрессовые расстройства, другие острые формы нарушения психической адаптации. Их особенностью является то, что они возникают непосредственно в ответ на конкретный, хорошо идентифицируемый стресс-фактор (или группу стресс-факторов), непосредственно обусловленный им. При этом определенную роль играет индивидуальная повышенная уязвимость, связанная с наличием ряда специфических личностных особенностей, таких как высокая тревожность, эмоциональная лабильность и прочие. (Кузнецова, Петровская, Рязанцева, 2012).

Вторичные последствия профессионального стресса возникают в результате неуспешных или неадекватных попыток преодоления дезадаптивного состояния, а также несвоевременности (а то и просто отсутствия) необходимых реабилитационно-восстановительных и психокоррекционных мероприятий, недостаточной психологической поддержки со стороны значимого социального окружения (семья, коллеги, руководители). К ним можно отнести состояние «профессионального выгорания», снижение работоспособности, посттравматические стрессовые расстройства, злоупотребление алкоголем, сильнодействующими лекарственными средствами, повышенную агрессивность, депрессивные состояния, явления профессиональной деформации личности, ауто- и гетероагрессивное поведение. (Кузнецова, Петровская, Рязанцева, 2012).

Наконец, третичные последствия профессионального стресса объединяют в себе целую гамму социально-психологических (включая внутрисемейные) и организационных феноменов, отражающих общее снижение качества и эффективности социального

функционирования, как отдельного сотрудника, так и группы в целом. Это – преждевременное увольнение со службы, текучесть кадров, ухудшение морально-психологической атмосферы в коллективе, дисциплинарные нарушения, внутрисемейные проблемы, социальная апатия и пессимизм, снижение удовлетворенности службой, повышенная конфликтность, а также суициды (Кузнецова, Петровская, Рязанцева, 2012).

#### **4. Состояние утомления и переутомления**

Состояние утомления сопровождает все виды деятельности человека. Это нормальная реакция организма на рабочую нагрузку, но в острых и хронических формах вызывает нарушение работоспособности. В широком смысле слова утомление означает временный упадок сил после какой-то деятельности. Обычно оно чувствуется перед обеденным перерывом, в конце рабочего дня. В эти периоды работник ощущает усталость, потребность на время прекратить работу. Если же работа продолжается дальше без отдыха, то утомление прогрессирует и переходит в переутомление. Проявления и последствия утомления и переутомления весьма многообразны, поэтому изучением их причин, механизмов и путей ограничения отрицательных последствий занимаются физиологи и психологи, экономисты, инженеры и социологи (Психология, 2008).

Упадок сил, прежде всего, обусловлен изменениями функционального состояния организма, возникшими в результате выполнения работы (снижение мышечной силы и координации движения, изменение пульса, парабриоз). В этом проявляется физиологическая сторона утомления.

Как только человек начинает осознавать изменения своего состояния, у него появляется чувство усталости, которое, по определению А.А. Ухтомского, является естественным предупредителем начинающегося утомления.

Изменения состояния нервной системы сопровождаются ухудшением внимания, затруднением мышления, снижением интереса к работе, появлением раздражительности, т.е. вызывают разнообразные психологические последствия.

Утомление как функциональное состояние, есть результат интенсивной и/или длительной нагрузки, проявляется во временном нарушении ряда психических и физиологических функций инди-

вида, а также снижении эффективности и качества труда. Если чрезмерные нагрузки продолжают воздействовать, а условия для полноценного восстановления функциональных нарушений отсутствуют, тогда состояние утомления может перейти в переутомление, которое представляет собой предзаболевание и требует лечения (Павлова, 2008).

Дополнительными причинами утомления, которые могут ускорить развитие или усилить выраженность проявлений этого состояния, являются следующие: – воздействие на организм неблагоприятных факторов среды (шум, вибрация, гипоксия и т. д.); – повышенное нервно-психическое напряжение, эмоциональный стресс; – чрезмерную по интенсивности физическую и умственную нагрузку перед основной работой (физкультура и спорт, домашняя работа и т. д.) (Психология, 2008).

Дружинин В.Н., классифицируя утомление по видам, выделяет физическое, умственное, эмоциональное и смешанное; общее и локальное; мышечное, зрительное, слуховое, интеллектуальное (творческое). По формам – компенсируемое, острое, хроническое утомление и переутомление. Современную классификацию утомления Дружинин В.Н. представляет на основе учета трех групп показателей: 1) причины его возникновения; 2) симптомы проявления; 3) способы и продолжительность восстановления работоспособности. (Психология, 2008).

#### Классификация утомления

Показатели	Утомление			Переутомление
	компенсируемое	острое	хроническое	
Причины возникновения (рабочая нагрузка)	Кратковременная, умеренной интенсивности	Кратковременная, интенсивная	Множественная (длительная), интенсивная	Множественная, длительная, чрезмерной интенсивности
Симптомы: 1) профессиональные (эффективность и качество работы)	Без нарушений	Без существенных нарушений	Существенные нарушения	Существенные нарушения, ошибки, отказы

2) функциональные – субъективные	Чувство усталости в конце работы	Чувство усталости после нагрузки	Постоянная усталость, общая слабость, нарушения сна, снижение интереса к работе	Постоянная усталость, апатия, слабость, нарушения сна, бессонница, потеря интереса к работе, снижение бдительности
- объективные	Незначительные вегетативные реакции	Нарушение функций анализаторов и вегетативных систем после нагрузки	Выраженные и стойкие нарушения функций анализаторов и вегетативных систем, ухудшение психических процессов и биохимических показателей	
Мероприятия по восстановлению	Кратковременный отдых		Продолжительный отдых	Лечение и реабилитация

Предрасполагающими к утомлению, являются следующие факторы: нарушение рационального режима труда, отдыха и питания; длительные перерывы между работой (профессиональная дезадаптация); остаточные функциональные нарушения (снижение резервов организма) после болезни; недостаточное физическое развитие; наличие вредных привычек; недостаточный уровень физической подготовленности и т. д. (Психология, 2008).

### 5. Эмоциональный стресс

Благодаря междисциплинарным исследованиям, в которых установлена роль психических факторов в развитии состояния стресса, были сформулированы представления об эмоциональном (психическом) стрессе. Влияние психических стрессоров при эмоциональном стрессе опосредуется сложной работой психических процессов, благодаря которой происходит оценка стимула и сопоставление его с предыдущим опытом. В результате психологической переработки может возникнуть ощущение угрозы, и тогда стимул становится стрессором, когда психологическая оценка показывает явное несоответствие между требованиями среды и потребностями субъекта, его

психическими и физическими ресурсами, которые необходимы для удовлетворения этих потребностей. Нейтральный стимул может стать стрессором: такое субъективное отношение к стимулу зависит от индивидуального опыта человека, его личностных характеристик, особенности когнитивной переработки и психического состояния. (Соколова, Березин, Барлас, 1996).

Психической переработкой сопровождается и формирование стресса, вызванного физическим стимулом, происходит индивидуальная оценка и индивидуальная интерпретация воздействия. Поэтому круг стрессоров, которые играют существенную роль для развития психического (эмоционального) стресса, достаточно широк – это и физические стрессоры, и психические индивидуально значимые стрессоры, и ситуации, в которых ощущение угрозы связано с прогнозированием будущих (иногда, только возможных!) стрессогенных событий. Устанавливать непосредственную зависимость психического стресса от характеристик среды не представляется возможным, прежде всего, потому, что стресс возникает при взаимодействии субъекта с широким кругом стрессоров, индивидуальная значимость которых существенно варьирует и развивается как ответ не только на реальные, но и на гипотетические ситуации. При определённых условиях любой раздражитель может стать психологическим стрессором и, вместе с тем, одинаковые (одни и те же) ситуации не вызывают стресс у всех без исключения индивидов. Однако, если речь идёт о чрезвычайных, экстремальных ситуациях, природных или антропогенных катастрофах, войнах, криминальном насилии, то значение индивидуальной предрасположенности уменьшается, но даже в этих случаях посттравматический стресс возникает далеко не у всех. С другой стороны, повседневные жизненные события в силу их индивидуальной значимости могут стать существенными для развития эмоционального стресса и приводить к расстройствам здоровья. Среди таких жизненных событий выделяются ситуации, непосредственно воспринимаемые как угрожающие (болезни, конфликты, угроза социальному статусу); ситуации потери (смерть близких, разрыв значимых отношений), которые представляют собой угрозу системе социальной поддержки; ситуации напряжения, «испытания», требующие новых усилий или использования новых ресурсов, даже если они выступают как желательные (новая ответственная работа, вступление в брак, поступле-



ние в ВУЗ), угроза будет связана с разрушением сложившихся стереотипов и возможной несостоятельностью в новых условиях (Сokolova, Березин, Барлас, 1996).

Важную роль в формировании стресса играют особенности социализации в детском возрасте, когда в существенной мере определяется индивидуальная значимость жизненных событий и формируются стереотипы реагирования. Вероятность возникновения связанных со стрессом психических (особенно невротических) расстройств зависит от соотношения стрессоров, которые воздействовали на человека в детстве и зрелом возрасте. По данным Ф.Б. Березина, Т.В. Барлас для лиц, у которых в зрелом возрасте под влиянием различных жизненных событий возникали такие расстройства, в детстве были характерны стрессовые ситуации, обусловленные неадекватным поведением матери: ее упрямство, нетерпимость к чужому мнению, завышенные притязания, авторитарность, властность, чрезмерные требования к ребенку, или, напротив, обидчивость, сниженный фон настроения, пессимизм, неуверенность в себе. Выделялся также комплекс негативного воздействия со стороны отца: его поведение, снижающее самооценку ребенка, недостаток внимания и понимания, агрессивность или отчуждение, затрудняющее идентификацию с ним. При этом особенности взаимодействия с матерью не позволяли компенсировать стрессогенные ситуации, связанные с отцом. К числу других стрессовых ситуаций детства следует отнести конфликтность и нестабильность семьи, и положение «обойденного» ребенка (предпочтение ему братьев или сестер). Описанные стрессогенные воздействия могут непосредственно приводить к клинически выраженным расстройствам уже в детстве, но они оказывают влияние и на возникновение стресса в зрелом возрасте, порождая отсутствие чувства базисной безопасности (что расширяет круг индивидуально значимых стрессоров и снижает устойчивость к ним) и формирование неадекватных моделей поведения (что способствует созданию стрессогенных ситуаций и препятствует их эффективному преодолению) (Березин, Барлас, 1994).

Ценность изучения индивидуально значимых жизненных событий обусловлена тем, что такие события увеличивают вероятность стресса и его клинических проявлений, поскольку они изменяют взаимодействие человека и его окружения, предъявляют повышенные требования к адаптационным ресурсам. Однако, центр

тяжести при оценке психического стресса не может переноситься на характеристики среды. Стресс представляет собой не совокупность средовых воздействий, а внутреннее состояние организма, при котором осложняется осуществление его интегративных функций. Как первичное звено в развитии психического стресса выступает фрустрация – психическое состояние, которое возникает при блокаде удовлетворения значимых потребностей и проявляется ощущением неудовлетворенности и психического напряжения, возникающего из-за невозможности реализовать те или иные цели. Клиническая оценка такого состояния нередко сопряжена со значительными трудностями, что связано с рядом обстоятельств. Во-первых, диапазон потребностей, блокада которых вызывает состояние фрустрации, весьма широк и никогда не осознается во всей своей полноте. Это может быть обусловлено недостаточной интроспекцией или сопротивлением осознанию потребностей, которые противоречат представлению человека о себе. Во-вторых, блокада удовлетворения потребностей чаще определяется не видимым внешним препятствием, а существованием конкурирующих и разнонаправленных потребностей. Такие состояния представляют собой интрапсихический конфликт, который также нередко не осознается. Простым примером интрапсихического конфликта может быть поддержание отношений или продолжение деятельности, которые не удовлетворяют человека в силу того, что они вызывают чрезмерное напряжение или нарушают сложившуюся самооценку, но осуществляются, поскольку удовлетворяют симбиотическую тенденцию или потребность в повышении социального статуса. В-третьих, в реальной ситуации мы обычно имеем дело с взаимодействием комплекса потребностей и совокупности фрустрирующих ситуаций. При этом очень сложно выявить значение конкретной потребности, а развитие психического стресса связывается с одновременным или последовательным возникновением ряда фрустраций, с нарастанием суммарной фрустрационной напряженности.

Вероятность развития психического стресса при повышении фрустрационной напряженности зависит от особенностей личности, обуславливающих степень устойчивости к психическому стрессу. Подобные черты обозначались как «чувство когерентности», повышающие ресурсы противостояния стрессогенным ситуациям, «личностная выносливость», понимаемая как потенциальная способность активного преодоления трудностей. Личностные ресурсы в значи-

тельной степени определяются способностью к построению интегрированного поведения, что позволяет даже в условиях фрустрационной напряженности сохранить устойчивость избранной линии поведения, соразмерно учитывать собственные потребности и требования окружения, соотносить немедленные результаты и отставленные последствия тех или иных поступков. При хорошей интегрированности поведения энергия распределяется по различным направлениям поведения в соответствии с важностью реализуемых потребностей. Чем выше способность к интеграции поведения, тем более успешно преодоление стрессогенных ситуаций.

Клинические явления, обусловленные психическим стрессом, можно разделить на острые стрессовые реакции, которые возникают после сильного травматического переживания исключительно угрожающего характера и завершаются в течение дней, а иногда и часов; посттравматические стрессовые расстройства, которые представляют собой затяжную, непосредственную или отставленную реакцию на подобного рода переживание; реакции адаптации, при которых прослеживается четкая связь (в том числе и временная) со стрессовым событием, влекущим за собой более или менее выраженное жизненное изменение; невротические состояния и личностные декомпенсации, при которых обычно обнаруживается зависимость от повторного или хронического воздействия стрессоров («жизненных событий»), трудно разрешимых эмоциональных проблем, интрапсихических конфликтов, длительного нарастания фрустрации и психического напряжения. При невротических состояниях и личностных декомпенсациях роль предшествовавшего опыта и особенностей личности, которые определяют индивидуальную уязвимость, наиболее выражены. Значение эмоционального стресса при этих состояниях очевидно, поскольку стресс не связан с одной конкретной и явной ситуацией, а реализуется в более широком жизненном контексте (Соколова, Березин, Барлас, 1996).

## **6. Дезорганизация деятельности и нарушение психической адаптации**

Дезорганизованность деятельности является одним из психологических признаков, по которым можно определить, что человек находится в состоянии профессионального стресса.

Когда человек находится в стрессовом состоянии, он может с трудом осуществлять целенаправленную деятельность, могут отмечаться трудности переключения и распределения внимания, может наступить даже общее торможение или полная дезорганизация деятельности. Могут остаться без изменения и заменить собой осознанные действия, навыки и привычки; возможны ошибки восприятия (определение численности неожиданно появившегося противника), памяти (забывание хорошо известного), неадекватные реакции на неожиданные раздражители и т.д. Однако, иногда у некоторых людей незначительный стресс может вызвать прилив сил, активизацию деятельности, особую ясность и четкость мысли, сценические эмоции. Но заранее невозможно определить, вызовет ли данная ситуация стрессовое состояние человека или нет. Умение быстро оценить обстановку, наличие навыков мгновенной ориентировки в неожиданных обстоятельствах, волевая собранность, решительность, целесообразность действия и развитие выдержки, имеющийся опыт поведения в подобной ситуации – это личностные особенности, от которых зависит поведение при стрессировании.

Нарушение психической адаптации является ещё одним следствием профессионального стресса.

Наиболее совершенным и вместе с тем наиболее ранимым аппаратом приспособления человека к социальной и экологической среде является психика. В ситуациях, когда на организм человека действуют экстремальные нагрузки, хроническое напряжение, тогда психическая адаптация может нарушаться. Нарушение психической адаптации в условиях хронической стрессогенной ситуации развивается поэтапно, соответственно 4 этапам, рассматриваемым как последовательные стадии психологического кризиса:

1) первичный рост психического напряжения, сопровождающийся различными попытками приспособления к ситуации;

2) дальнейший рост напряжения в условиях, когда эти попытки оказываются безрезультатными;

3) еще большее увеличение психического напряжения;

4) если все оказывается тщетным, наступает стадия срыва, характеризующаяся повышением тревоги и депрессии, чувствами беспомощности и безнадежности, дезорганизацией личности (Сандомирский, 2001).

В форме дезадаптированного отклоняющегося поведения проявляются затруднения и неполнота адаптации к экстремальным условиям. Нарушение отдельных составляющих психической адаптации Ф.Б. Березин, представляет следующим образом (Березин, Барлас, 1994):

1. Нарушение собственно психической адаптации происходит вначале и приводит к снижению адекватного функционирования психической сферы и нарушению эффективности интеллектуальной деятельности. Это происходит из-за того, что при дезадаптации функциональные звенья, которые обеспечивают поиск, восприятие, анализ и синтез, хранение и использование, т.е. переработку информации, могут разрушаться, функционировать искажённо или на сниженном уровне. Снижение устойчивости психических функций приводит к снижению эффективности деятельности, ее дезинтеграции и протекает в следующих формах: тормозной (замедление выполнения интеллектуальных операций), импульсивной (ошибочные действия, суетливость) и генерализованной (срыв деятельности, сопровождаемый чувством безразличия, обреченности и депрессией).

2. Второй этап характеризуется тем, что напряжение психической сферы дополняется ухудшением межличностного взаимодействия. Показано, что, следствием любого пограничного психического расстройства является развитие в той или иной мере выраженной социальной дезадаптации.

3. Далее происходит ухудшение психической адаптации, приводящее к более или менее отчетливым физиологическим сдвигам. Выраженные нарушения психической адаптации проявляются как клинически очерченные расстройства психического и соматического (т.к. изменяются психофизиологических соотношения) здоровья. Характер данных расстройств в основном определяется преимущественным ухудшением того или иного аспекта психической адаптации. Роль психологической помощи (диагностики и коррекции) оказывается первостепенной, т.к. граница между дезадаптивными проявлениями (нормальные реакции личности, акцентированные личностные черты или адаптационные вегетативные реакции) и клинически выраженными психическими или психосоматическими расстройствами представляет собой не четкую ли-

нию, а более или менее широкую полосу с довольно большим числом переходных вариантов.

### **Контрольные вопросы для самопроверки**

1. Дайте определение профессионального стресса.
2. Перечислите факторы, вызывающие производственный стресс.
3. Опишите последствия профессионального стресса.
4. Опишите проявления дезорганизации деятельности и нарушения психической адаптации.
5. Опишите этапы нарушения психической адаптации в условиях хронической стрессогенной ситуации.

### **Литература**

1. Березин, Ф.Б., Барлас, Т.В. Социально-психологическая адаптация при невротических и психосоматических расстройствах. // Журн. Невропат. и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1994. Т. 94. № 6. С. 38-43.
2. Кузнецова, Е.В., Петровская, В.Г., Рязанцева, С.А. Психология стресса и эмоционального выгорания. Учебное пособие для студ. факультета психологии. – Куйбышев, 2012. 96 с.
3. Леонова, А. Б. Комплексная стратегия анализа профессионального стресса: от диагностики к профилактике и коррекции // Психологический журнал. 2004. Т. 25. №2, с. 75-85.
4. Павлова, А.М. Психология труда: учеб. пособие / под ред. Э. Ф. Зеера. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф-пед. ун-т. 2008, 156 с.
5. Психология: учебник для гуманитарных вузов / под общ. ред. В.Н. Дружинина. СПб.: Питер, 2008. 346 с.
6. Самоукина, Н. В. Психология и педагогика профессиональной деятельности. – М., 1999. С. 186–213.
7. Сандомирский М.Е. Психическая адаптация в условиях пенитенциарного стресса и личностно-типологические особенности осужденных. – Уфа: Здравсохранение Башкортостана. 2001, 88 с.
8. Соколова, Е.Д., Березин, Ф.Б., Барлас, Т.В. Эмоциональный стресс: психологические механизмы, клинические проявления, психотерапия. // *MateriaMedica*. 1996. № 1(9). С. 5-25.
9. Щербатых, Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. СПб. : Изд-во «Питер», 2006. 130 с.

## 8. Отсроченные реакции на стрессовую ситуацию. ПТСР

### План

1. История исследования посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).
2. Определение понятия «посттравматическое стрессовое расстройство». Основные клинические симптомы и критерии ПТСР.
3. Методы диагностики, коррекции и профилактики диссоциативных состояний.

### 1. История исследования посттравматического стрессового расстройства (ПТСР)

Исторически исследования в области посттравматического стресса развивались независимо от исследований стресса.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) возникает как отсроченная или затяжная реакция на ситуации, сопряженные с серьезной угрозой здоровью или жизни. ПТСР может развиваться у каждого практически человека при достаточно высокой интенсивности стрессорного воздействия (Ахвердова, 2007).

Сравнительно недавно ПТСР описано. Сделали это американские психиатры, изучавшие во Вьетнаме ветеранов войны.

Первые записи о подобных состояниях появляются в 1666 г. в дневнике Samuel Pepys спустя шесть месяцев после того, как он оказался в Лондоне свидетелем большого пожара, после которого он не мог спокойно уснуть несколько дней, вспоминая ужасы этого случая. Da Costa в 1871 г. описывал подобные переживания у солдат в Америке во время Гражданской войны. Это состояние называл он «солдатским сердцем», наблюдая со стороны сердца вегетативные реакции (Тарабрина, 2001).

Исследования о переживании военного стресса относятся к временам Гражданской войны (1861 – 1865) и первые появились в США. В России специалисты этой проблемой стали заниматься в Первую мировую и Гражданскую войны. У разных авторов военный невроз получал разные имена: «тревожный невроз», «солдатское сердце», «тревожное сердце», «синдром Да Коста», «снарядный шок», «травматический невроз» (Ахвердова, 2007).

Психологическими проблемами участников Гражданской и Первой мировой войн в нашей стране занимались И. Бехтерев,

П. Ганнушкин, Ф. Зарубин, С. Крайц, а после Великой Отечественной войны – Е. Краснушкин, В. Гиляровский, А. Архангельский и другие. После Первой мировой войны осталась обширная документация психологических и неврологических последствий военной травмы. Среди наблюдаемых основных симптомов, у солдат отмечали: навязчивое воспроизведение ситуаций, связанных с пережитыми событиями, трудности концентрации внимания гипестезия, повышенная раздражительность (Соловьев, 2000).

Подобные проявления до Первой мировой войны считалось, что являются:

1. органических нарушений головного мозга;
2. следствием плохой дисциплины и трусости.

Но впоследствии это мнение оказалось ошибочным, а увеличился интерес исследователей к биологической природе военного стресса. Этот интерес остается актуальным и по настоящее время.

Основная информация по этой проблеме была собрана и проанализирована А. Кардинером к 1941 году. Все современные труды базируются на его исследованиях и разработках.

По А. Кардинеру, военный невроз имеет как психологическую природу, так и физиологическую. А. Кардинер впервые дает комплексное описание симптоматики ПТСР:

- 1) повышенная возбудимость и раздражительность;
- 2) внезапное реагирование на различные раздражители, безудержность реакций;
- 3) фиксация на обстоятельствах травмирующей ситуации;
- 4) уход от реальности, погружение в свой собственный «мир»;
- 5) склонность к неуправляемой агрессии (Тарабрина, 2003).

В 1945 году выходит монография Гринкер и Шпигель «Человек в условиях стресса» в которой, они излагают симптомы, характерные для военного невроза у солдат, побывавших в плену:

- повышенная утомляемость;
- депрессия;
- агрессивность;
- ослабление памяти, внимания;
- гиперактивность;
- алкоголизм;
- фобии;
- ночные кошмары.



-подозрительность (Ротштейн, 1999).

Подобные реакции наблюдались у военнопленных и узников концентрационных лагерей, нацистских лагерей: ночные кошмары, страхи, ослабление памяти, приступы сильной раздражительности, депрессии.

ПТСР изучался в основном у лиц, переживших травматический стресс во время участия в военных действиях.

В нашей стране посттравматическое стрессовое расстройство чаще всего называют «чеченским» или «афганским» синдромом.

Особый период в истории исследования ПТСР занимает период после войны во Вьетнаме. Это период наиболее интенсивных и передовых исследований в данной области. Возникло это в связи с тем, что в 1970 – е годы в США столкнулись с дезадаптивным поведением вьетнамских ветеранов: неблагоприятные изменения личности, самоубийства, неблагополучие в семье и насилие, алкоголизм, совершение противоправных деяний. Это потребовало создание особой системы реабилитации.

Специальная система центров социальной помощи ветеранам Вьетнама и исследовательских центров была создана в рамках государственной программы (Veteran Affairs Research Service).

В 1980-х гг. исследования ПТСР-синдрома стали еще более широкими. В США многочисленные исследования были выполнены в целях развития и уточнения различных аспектов ПТСР. Среди них хочется выделить работы Эгендорфа с соавторами и Боуландера с соавторами.

Работы Боуландера были посвящены – изучению особенностей отсроченной реакции на стресс у ветеранов, а работы Эгендорфа изучению и сравнительному анализу особенностей адаптационного процесса у вьетнамских ветеранов и их, не воевавших ровесников. На сегодняшний день результаты этих научных исследований не утратили своей важности. Международные итоги исследований обобщены были в двухтомной монографии «Травма и ее след» (1986), выполненной коллективом сотрудников, где наряду с особенностями развития ПТСР военной этиологии приводятся и результаты исследования последствий стресса у жертв насилия над личностью, геноцида или других трагических событий.

Также были опубликованы в 1988 г. данные общенациональных ретестовых исследований различных аспектов послевоенной

адаптации ветеранов вьетнамской войны. Данные работы позволили уточнить вопросы, связанные с диагностикой и природой ПТСР (Тарабрина, 2003).

Исследования, посвященные изучению посттравматического стрессового расстройства у лиц, переживших природные и техногенные катастрофы начались в 1950-1960 х гг. Национальная Академия наук США утвердила ряд исследований, в которых были сделаны попытки оценить адаптацию индивидов, переживших газовые атаки, землетрясения, крупные пожары и иные подобные катастрофы. По последствиям катастроф, число работ которые выявляют наличие ПТСР, намного меньше, чем количество исследований, проведенных с ветеранами боевых действий. Можно привести данные двух специально организованных исследований, задачей которых было установление представленности ПТСР среди жертв наводнения и урагана (Green B. L., 1985; Green B. L. et al., 1989; Allodi F., 1985) (Соловьев, 2000).

В 1974 году были опубликованы труды, посвященные исследованию ПТСР у лиц, оказавшихся жертвами изнасилования. Эти труды принадлежали таким авторам Барджес и Холмстром и освещали такую важную тему, как симптомы «синдрома травмы изнасилования». Результаты ряда интервью, основаны на проведенных данных, более чем за годичный период, со 146 жертвами изнасилования.

Жертвы изнасилования переживают длительные и острые фазы дистресса, по результатам выводов Барджеса и Холмстрома. Острая фаза характеризовалась:

- в результате насилия общей физической болью;
- сильной головной болью;
- ночными кошмарами и расстройствами сна;
- нарушениями в генитальной области, злобой, страхом и виной, болями в брюшной полости.

Долговременная фаза проявлялась:

- связанными с изнасилованием мыслями, ночными кошмарами;
- избегающим поведением;
- сексуальной дисфункцией и страхами.

Жертвы изнасилования, по мнению авторов, испытывают значительно более сильный страх отдельных, связанных с изнасилованием, стимулов (например, страх незнакомцев, страх находиться

одному, страх обнаженного человека и незнакомых помещений) (Ротштейн, 1999).

Среди важнейших исследований посвященных данной теме следует отметить труды сотрудников Кризисного центра жертв изнасилования, показавшие, что имеются два значимых компонента сексуального насилия. «Внезапный случай изнасилования» – это первый компонент, включает запугивание, которое использует нападающий, сопротивление, которое пытается оказать жертва и физические травмы. «Фактор жертвы» – это второй компонент, является сочетанием уровня социальной поддержки и предшествующих изнасилованию жизненных стрессов (Тарабрина, 2003).

В развитии ПТСР, связанного с изнасилованием, важную роль играют некоторые факты из анамнеза жертвы. Обнаружено, что предшествующие сексуальные оскорбления являются значимым фактором для возникновения ПТСР после изнасилования. Такие жертвы были более тревожны и депрессивны и после изнасилования, чем жертвы, у которых раньше не было таких случаев (Соловьев, 2000).

В 1985 году начались исследования ПТСР у жертв преступлений. Данной проблемой занимался Д. Килпатрик с соавторами. Репрезентативная группа женщин из Чарльстона, Южная Калифорния (391 человек) была обследована с помощью вопросника. Результаты данного обследования показали, что в 295 случаях (75 %) респонденты были в прошлом жертвами преступлений. На основании этих результатов этих исследований было установлено, что из всех жертв различных преступлений 7,5 % соответствовали критерию для актуального состояния ПТСР и что 27,8 % соответствовали критерию ПТСР в разные моменты своей жизни (Тарабрина, 2001).

В 1990 – е годы выходит ряд работ посвященных вопросу возникновения ПТСР у лиц, перенесших стресс радиационной угрозы после аварии на Чернобыльской АЭС (Смирнов Ю.Н., Пескин А.В., Краснов В.Н. и др.). Авторы отмечают, под угрозой радиоактивного заражения люди испытывали сильный стресс, беспокойство за свое здоровье и страх в будущем. Также исследователи отмечают, в дальнейшем увеличение с течением времени жалоб на ухудшающееся самочувствие (Ротштейн, 1999). В зарубежной литературе данному вопросу посвящено немного работ. В обзоре

аналитическом Vineг показано, что у лиц, подвергшихся радиационному облучению возникают проблемы с адаптацией, ощущения «неопределенности», «травматический невроз», повышенная бдительность и радиофобии. Во время аварии на американской АЭС «Three Mile Island, в Гайане, были описаны посттравматические синдромы у жертв радиационного облучения, а также у тех американских ветеранов Второй мировой войны (их еще называют «атомные» ветераны), которые были свидетелями испытаний ядерного оружия (Тарабрина, 2003).

## **2. Определение понятия**

### **«посттравматическое стрессовое расстройство». Основные клинические симптомы и критерии ПТСР**

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) (posttraumatic stress disorder) – это психическое состояние человека, характеризующееся комплексом взаимосвязанных симптомов (признаков), возникающих у человека как следствие экстремального травматического стрессового воздействия (Петровский, 1999).

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) проявляются у людей, испытывающих на себе воздействие события «выходящего за рамки обыденных человеческих переживаний и экстремально стрессогенного для любого человека». Травматические события, которые могут вызвать ПТСР, классифицируют по нескольким категориям. Во-первых, человек может испытать воздействие природного катаклизма, например – землетрясения. Во-вторых, расстройство может быть вызвано несчастными трагическими случаями, например, авто- и авиокатастрофы. В-третьих, стрессором может стать какая-нибудь чрезвычайная ситуация: концлагерь, расстрел, изнасилование, пытки, война, и т. д. (Щербатых, 2008).

К травматическим событиям относятся:

- участие в военных действиях;
- физическое или сексуальное насилие, насильственные нападения на личность, групповое нападение и ограбление;
- киднеппинг;
- пребывание в качестве заложника;
- террористические нападения;
- пытки;

- содержание в качестве военнопленных;
- различного рода катастрофы;
- ситуации, когда человеку ставится диагноз опасной и неизлечимой для жизни болезни (Петровский, 1999).

Особо длительным, затяжным и тяжелым может быть ПТСР в случаях воздействия на человека других людей, как например, в случае захвата в заложники, изнасилования и т.д.

Не все индивиды, перенесшие подобного рода ситуации склонны к возникновению ПТСР. Возникновение ПТСР вероятно детерминируется, с одной стороны, тяжестью травматического события, его неожиданностью, неконтролируемостью, с другой стороны – психологическими и психосоциальными характеристиками лиц, перенесших травматизацию (возраст, преморбидные черты, социальные условия жизни и т.п.) (Ахвердова, 2007).

В самом общем виде симптоматика ПТСР представлена тремя основными проявлениями:

1) повторное переживание травмы (мысли, навязчивые образы, ощущения, ночные кошмары);

2) уход от стимулов, связанных с травмой (попытки избежать ощущений, мыслей, действий, связанных с травмой, частичная или полная амнезия важных аспектов травмы, эмоциональное онемение (numbing), отчужденность от окружающих);

3) нарушения концентрации внимания, расстройства сна, сверхнастороженность, усиленные реакции испуга, раздражительность и устойчивые проявления повышенного возбуждения (Ахвердова, 2007).

Для определения выраженности ПТСР у человека используются специальные диагностические критерии, внесенные в международный классификатор болезней (МКБ-10), а также в американский диагностический психиатрический стандарт (DSM-IV) (Петровский, 1999).

Диагноз ПТСР до недавнего времени как самостоятельная нозологическая форма в группе тревожных расстройств существовал только в США. А в 1995 г. это расстройство и его диагностические критерии из DSM были введены и в десятую редакцию Международного классификатора болезней МКБ-10.

*Критерии ПТСР в МКБ-10:*

А. Больной должен быть подвержен воздействию ситуации или стрессорного события (как краткому, так и длительному) исключительно угрожающего или катастрофического характера, что способно почти у любого индивидуума вызвать общий дистресс.

Б. Стойкие воспоминания или «оживление» стрессора в ярких воспоминаниях, в навязчивых реминисценциях или повторяющихся снах, либо повторное переживание горя при воздействии ситуаций, ассоциирующихся или напоминающих со стрессором.

В. Больной должен обнаруживать фактическое избегание или стремление избежать обстоятельств, ассоциирующихся либо напоминающих со стрессором.

Г. Из двух любое:

1. Психогенная амнезия, либо полная, либо частичная, в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора.

2. Стойкие симптомы повышения возбудимости или психологической чувствительности (не наблюдавшиеся до действия стрессора), представленные любыми двумя из указанных ниже:

а) трудности засыпания или сохранения сна;

б) вспышки гнева или раздражительность;

в) нарушения концентрации внимания;

г) увеличения уровня бодрствования;

д) усиленный рефлекс четверохолмия.

Д. Критерии Б, В и Г возникают в конце периода стресса или в течение шести месяцев после стрессогенной ситуации (для некоторых целей начало расстройства, отставленное более чем на 6 месяцев, может быть включено, но эти случаи должны быть точно определены отдельно).

*Критерии ПТСР в DSM-IV:*

А. Индивид находился под воздействием травмирующего события, причем должны выполняться оба приведенных ниже пункта:

1. Индивид был свидетелем, участником, либо столкнулся с событиями, которые включают смерть или угрозу смерти, угрозу серьезных повреждений, или угрозу физической целостности других людей (либо собственной).

2. Реакция индивида включает интенсивный страх, ужас или беспомощность.

Примечание: у детей реакция может замещаться дезорганизованным или ажитирующим поведением.

В. Травматическое событие настойчиво повторяется в переживании одним или несколькими из следующих способов.

1. Постоянное и навязчивое воспроизведение события, мыслей и восприятий, соответствующих образов, вызывающее тяжелые эмоциональные переживания.

Примечание: у детей маленьких может появиться постоянно повторяющаяся игра, в которой проявляются темы травмы.

2. Повторяющиеся тяжелые сны о событии.

Примечание: у детей ночные кошмары могут возникать, содержание которых не сохраняется.

3. Такие ощущения или действия, как если бы травматическое событие происходило вновь (включает ощущения «оживания» опыта, галлюцинации, иллюзии и диссоциативные эпизоды – «флэшбэк»-эффекты, включая те, которые появляются в состоянии интоксикации или в просоночном состоянии).

Примечание: у детей повторяющееся поведение может появляться специфичное для травмы.

4. Сильные, интенсивные переживания, которые были вызваны внешней или внутренней ситуацией, напоминающей о травматических событиях или символизирующей их.

5. Физиологическая реактивность в ситуациях, которые символизируют аспекты травматического события внутренне или внешне.

С. Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой, оцепенение и numbing – блокировка эмоциональных реакций (не наблюдалось до травмы). Определяется по наличию трех или более из названных ниже особенностей.

1. Усилия по избеганию чувств, мыслей или разговоров, связанных с травмой.

2. Избегание мест, действий или людей, которые пробуждают воспоминания о травме.

3. Нарушение способности вспомнить о важных аспектах травмы (психогенная амнезия).

4. Сниженное участие или интерес в ранее значимых видах деятельности.

5. Чувство отстраненности или отделенности от остальных людей;

6. Сниженная выраженность аффекта (неспособность, например, к чувству любви).

7. Отсутствия чувства перспективы в будущем (например, отсутствие ожиданий по поводу карьеры, женитьбы детей или пожелания долгой жизни).

D. Постоянные симптомы возрастающего возбуждения (которые не наблюдались до травмы). Определяются по наличию, двух, по крайней мере, из нижеперечисленных симптомов.

1. Плохой сон или трудности с засыпанием (ранние пробуждения).

2. Вспышки гнева или раздражительность.

3. Затруднения с сосредоточением внимания.

4. Гипербдительность, состояние постоянного ожидания угрозы, повышенный уровень настороженности.

5. Реакция испуга гипертрофированная.

E. Длительность протекания расстройства (симптомы в критериях B, C и D) более чем 1 месяц.

F. Расстройство вызывает нарушения в социальной, профессиональной или других важных сферах жизнедеятельности, или клинически значимое тяжелое эмоциональное состояние (Тарабина, 2001).

Для посттравматического стрессового расстройства характерен ряд клинических симптомов, который можно рассмотреть на примере проявлений ПТСР у участников боевых действий:

1. Повышенная тревожность как основная составляющая обычного эмоционального фона. Проявляется на физиологическом уровне (повышенное артериальное давление, спазмы желудка, головные боли) так и в психической сфере (беспокойство и озабоченность, «параноидальные» явления, чувство страха, неуверенность в себе, комплекс вины).

2. Повышенная агрессивность, тенденция решать проблемы с помощью грубой силы. Периодические приступы ярости, особенно после приема наркотических веществ или алкоголя.

3. Немотивированная бдительность, переходящая в подозрительность, ожидание нападения и угрозы.

4. Депрессия, пониженное настроение, чувство отчаяния и одиночества. Этим чувствам сопутствует апатия, нервное истощение и негативизм.



5. Нарушения концентрации внимания и памяти, трудности сосредоточения, особенно в социально-значимых ситуациях (экзамен, публичное выступление, и т. д.).

6. Наличие так называемых «непрощеных воспоминаний». Периодически в сознании человека, страдающего ПТСР внезапно всплывают крайне неприятные сцены, связанные с травмирующим событием, которые сопровождаются очень сильными негативными эмоциями. Эти воспоминания могут возникать как во сне, так и во время бодрствования, принимая форму ночных кошмаров. Человек пробуждается от такого сна разбитым, потным, с напряженными мышцами.

7. Притупленность эмоций и агедония (отсутствие чувства удовольствия, радости жизни).

8. Бессонница (прерывистый сон и трудности с засыпанием). Когда, человека посещают ночные кошмары, есть основания считать, что он сам невольно противится засыпанию, и именно в этом причина его бессонницы: человек боится заснуть и вновь увидеть этот сон.

9. Тенденция к злоупотреблению алкоголем, никотином, наркотическими и лекарственными веществами.

10. Чувство вины (Щербатых, 2008).

Таким образом, можно выделить три основных группы симптомов ПТСР:

#### ***Симптомы повторного переживания***

-повторяющиеся навязчивые негативные воспоминания о событии;

-повторяющиеся, связанные с событием негативные сны;

-внезапные чувства и поступки, вызванные «возвратом» (внезапным «провалом») в психотравмирующее событие;

- психологический стресс интенсивный при событиях, символизирующих или напоминающих травму.

#### ***Симптомы избегания***

-избегание чувств, мыслей и деятельности, связанных с событием;

-невозможность воспоминания деталей события;

-снижение интереса к деятельности, вызывавшей ранее у человека большой интерес;

-чувство отчуждения от других людей и отстраненности;

-обеднение чувств, отсутствие планов на будущее, отсутствие положительных эмоций.

***Симптомы повышенной возбудимости***

- бессонница, трудности засыпания;
- раздражительность;
- гипербдительность;
- взрывные реакции;
- трудности при концентрации внимания;
- физиологические реакции на события, напоминающие травму или символизирующие (Тарабрина, 2003).

Единые механизмы возникновения ПТСР не выявлены, мнения авторов на этот вопрос расходятся, в зависимости от их приверженности к определенной теории.

В рамках концепции И.П. Павлова о высшей нервной деятельности ПТСР возникает вследствие возникновения застойного очага возбуждения в коре головного мозга.

Биохимические теории рассматривают причину появления ПТСР в снижении уровня норадреналина, дофамина и серотонина в мозге, что лежит в основе такой реакции на стресс, как оцепенение.

Согласно психоаналитической концепции З. Фрейда ПТСР возникает в результате нарушения процесса символизации и возникновения нарциссического конфликта. С точки зрения психоаналитиков, фиксация на травме – это попытка ее контроля. В качестве механизмов совладания с ПТСР психоаналитики выделяют возвращение на оральную стадию развития и возникновения садомазохистских тенденций.

В рамках когнитивной модели, авторы рассматривают травматические события как потенциальные разрушители базовых представлений о мире и о себе. Патологические реакции на стресс – это попытки воссоздания прежней картины мира в слегка измененном виде, которые не приводят к успеху.

Информационная модель, разработанная М. Ногоwitz является попыткой синтеза когнитивной, психоаналитической и психофизиологической моделей. Согласно этой подходу, сильный стресс приводит к поступлению в сознание поступает информация, которая не может быть согласована с когнитивными схемами. Происходит перезагрузка информационная, и часть информации переводится из сознания в бессознательное, сохраняясь, впрочем, в ак-

тивной форме. Человек стремится сохранить информацию в бессознательной форме в соответствии с принципом избегания моральной боли, но в соответствии с тенденцией к завершению гештальта травматичная информация становится сознательной, как часть процесса информационной обработки (Щербатых, 2008).

### **3. Методы диагностики, коррекции и профилактики диссоциативных состояний**

Для диагностики ПТСР в мировой психологической практике разработан и используется комплекс специально сконструированных психометрических и клинко-психологических методик. Основным клинко-психологическим методом выступает клиническая диагностическая шкала (CAPS – Clinical-administered PTSD Scale) и структурированное клиническое диагностическое интервью – СКИД (SCID – Structured Clinical Interview for DSM). СКИД включает ряд блоков вопросов или диагностических модулей, обеспечивающих диагностику психических расстройств по критериям DSM-IV (тревожных, аффективных, психотических и вызванных употреблением психоактивных веществ). Конструкция интервью позволяет работать отдельно с любым модулем, в том числе и с модулем ПТСР. В каждом из модулей даны четкие инструкции, позволяющие экспериментатору по мере надобности перейти к беседе по другому блоку вопросов. Независимые эксперты могут привлекаться при необходимости для постановки окончательного диагноза. В зависимости от конкретных задач исследования авторами методики предусмотрена возможность ее дальнейших модификаций (Тарабрина, 2001).

К другим наиболее часто используемым в мировой практике методикам диагностики ПТСР относятся: Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций; опросник для оценки выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (шкала Дерогатиса); шкала ПТСР из MMPI; шкала оценки тяжести воздействия травматического события (Impact of Event Scale-Revised, IOES-R); опросник Бека для оценки депрессии; шкала оценки тяжести боевого опыта Т. Кина. Однако, указанная батарея, была разработана на основе критериев DSM-III-R и, несмотря на полученные данные о возможности использования их русскоязычных версий, вопрос о дальнейшей работе над адаптацией или созданием специализированных

психодиагностических методов, направленных на измерение признаков ПТСР, а также других последствий психической травматизации, остается одной из важных задач в этой области психологии. В отечественной психологии разработан первый психодиагностический инструмент для этих целей, успешно зарекомендовавший себя, – Опросник травматического стресса (ОТС) (Пушкарев, 2000).

Психодиагностика ПТСР имеет свою специфику: начальным этапом при ее проведении является установление самого факта переживания им травматического события в анамнезе испытуемого, т. е. уже на этом этапе происходит актуализация индивидуального травматического опыта и сопутствующей ему постстрессовой симптоматики. Процесс обследования травмированных клиентов предъявляет требования к психологу-диагносту, относящиеся не только непосредственно к его компетенции профессионала, но и к умению оказывать «первую психотерапевтическую помощь» (Ениколопов, 1998).

Лечение ПТСР – длительный процесс и может продолжаться несколько лет.

Терапевтические вмешательства при посттравматических расстройствах включают в себя следующее:

- кризисное вмешательство
- психиатрическое образование
- психотерапия
- когнитивно-бихевиоральные методы
- фармакотерапия
- техники релаксации
- семейная психотерапия
- групповая психотерапия
- экспрессивные методы
- реабилитация.

Форма психотерапии для большинства больных, переживших психотравму, является методом собственного выбора. В конечном счете, травматизация разрушает ее взгляд на мир и когнитивные “Я”-схемы жертвы.

Восстановление разрушенного будет болезненным, если необходимо добиться исцеления или восстановления. Психотерапевтические техники и их уровни, могут быть эффективными,

начиная от выслушивания, через консультирование, и заканчивая краткосрочной динамической психотерапией (Пушкарев, 2000).

Основной целью лечения пациентов с ПТСР с помощью психотерапии, является помощь в освобождении от преследующих воспоминаний о прошлом и интерпретации последующих эмоциональных переживаний как напоминаний о травме, а также в том, чтобы пациент смог активно и ответственно включиться в настоящее. Ему необходимо для этого найти происшедшему травматическому событию надлежащее место в общей временной перспективе своей жизни и личной истории. Вновь обрести контроль над эмоциональными реакциями. Важным моментом психотерапии пациента с ПТСР является интеграция того неприемлемого, чуждого, ужасного и непостижимого, что с ним случилось, в его представление о себе (образ «я») (Тарабрина, 2001).

#### *Когнитивно-бихевиоральные методы*

В рамках данных методов систематически проводят десенсибилизацию в отношении психотравмы, при этом клиента подвергают воздействию психотравмы, т. е. он должен многократно воспроизводить психотравмирующее событие, используя воображение.

#### *Релаксационные техники*

Они основаны на прогрессирующей мышечной релаксации. Приемлемые в данной культуре методы могут оказывать лечебное действие на некоторые последствия пережитой психотравмирующей ситуации, а именно состояния возбужденности, тревожности и соматизации (Ахвердова, 2007).

#### *Групповая терапия*

Часто наиболее используемый вид терапии для пациентов, переживших травматический опыт. Проводится чаще всего в сочетании с разными видами индивидуальной терапии. Каких-либо специальных рекомендаций не существует относительно того, какой вид групповой терапии является более значимым. Предлагаются отличные друг от друга направления: 1) группы, нацеленные на выполнение конкретной задачи, имеющие заданную структуру, на выработку навыков совладания с травмой, на работу с интерперсональной динамикой (работа «здесь и теперь»); 2) ориентированные на решение образовательных задач или на структурирование травматических воспоминаний (работа «там и тогда») – это группы открытого типа;

Групповая терапия направлена на достижение значимых целей терапии, каким бы ни был групповой формат:

- уменьшение чувства изоляции и обеспечение чувства принадлежности, общности целей, комфорта, уместности и поддержки; создание поддерживающей атмосферы принятия и безопасности от чувства стыда;

- разделение с терапевтом или группой повторного переживания травмы в безопасном пространстве (при этом терапевту, не форсируя процесс необходимо следовать за пациентом);

- работа с теми в одной группе, кто имеет похожий опыт, что дает возможность почувствовать универсальность собственного опыта;

- устранения чувств отчуждения, изолированности, несмотря на уникальность травматического переживания каждого участника группы;

- умение разделить с другими людьми эмоциональное переживание и социальной поддержки;

- научение методам совладания с последствиями травмы, выявление общих проблем и достижение понимания того, что личная травма требует своего разрешения;

- наблюдение за тем, как другие переживают вспышки интенсивных аффектов, что дает поддерживающий эффект и ободряющий;

- возможность быть в роли того, кто помогает и осуществляет поддержку;

- преодоление чувства собственной неценности – «мне нечего предложить другому»;

- формирование и развитие «чувства локтя», когда общие проблемы разделяются участниками группы друг с другом;

- смещение фокуса, с чувства собственной изолированности и негативных самоуничижительных мыслей;

- уменьшение вины и стыда, развитие доверия, способности разделить потерю и горе;

- умение работы с «секретом» – делиться с кем-то, информацией о себе (например, для жертв инцеста), кроме терапевта;

- укрепление и усиление уверенности в том, что возможен прогресс в терапии; важным основанием для такого оптимизма является атмосфера, оберегающая в группе, которая дает опыт новых взаимоотношений;

- возможность составить собственное представление о реальности изменений, которые происходят с каждым членом группы;
- принятие групповой идеологии, языка, которые дают возможность участникам группы воспринять стрессовое событие иным, более оптимистичным образом.

### *Психофармакотерапия*

Данный вид терапии определяется особенностями клинической картины, ведущими в данный момент психопатологическими симптомами. Психофармакотерапия, устраняя наиболее острые из них, облегчает проведение психотерапии и реабилитационных мероприятий (Тарабрина, 2003).

### **Контрольные вопросы для самопроверки**

1. Раскройте содержание понятия «военный невроз».
2. Охарактеризуйте симптоматику ПТСР по А. Кардинеру.
3. Раскройте содержание понятия «посттравматическое стрессовое расстройство».
4. Назовите критерии ПТСР в МКБ-10 и в DSM-IV.
5. Назовите психологические методы диагностики ПТСР.

### **Литература**

1. Ахвердова, О.А., Козлова, Э.М. Психология стресса. Учебное пособие. Ставрополь, 2007. 373 с.
2. Ениколопов, С.Н. Психотерапия при посттравматических стрессовых расстройствах // Российский психиатрический журнал. 1998. № 3. С. 50-56.
3. Петровский, А.В., Ярошевский, М.Г. Краткий психологический словарь. Ростов н/Дону, 1999. 372 с.
4. Пушкарев, А.Л., Доморацкий, В.А., Гордеева, Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. М.: Изд-во Института психотерапии, 2000. 321 с.
5. Ротштейн, В.Г. Посттравматический стрессовый синдром // Руководство по психиатрии / под ред. А.С. Тиганова. – М., 1999. 284 с.
6. Соловьев, И.В. Посттравматический стрессовый синдром: причины, условия, последствия. Оказание психологической помощи и психореабилитация. М., 2000. 207 с.
7. Тарабрина, Н.В. Основные итоги и перспективные направления исследований посттравматического стресса // Психологический журнал. 2003. N 4. С. 5–18.

8. Тарабрина, Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 240 с.

9. Щербатых, Ю. В. Психология стресса и методы коррекции. СПб.: Питер, 2008. 251 с.

## **9. Диссоциация и посттравматический стресс**

### **План**

1. История исследования феномена диссоциации и посттравматического стресса.

2. Определение понятия «диссоциация». Характеристика диссоциативных феноменов.

3. Методы диагностики, коррекции и профилактики диссоциативных состояний.

### **1. История исследования феномена диссоциации и посттравматического стресса**

Признаки посттравматического стресса и диссоциация, тесно связаны между собой, экстремальным выражением которых, являются симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). В литературе авторы очень часто рассматривают диссоциацию как основной патогенетический механизм развития ПТСР. Если придерживаться данной точки зрения, то можно говорить о том, что все последствия посттравматического стрессового расстройства являются диссоциативными и сторонники этого взгляда предлагают отнести посттравматическое стрессовое расстройства к категории диссоциативных расстройств. Существенной составляющей отсроченной реакции на психическую травму, является диссоциация, она играет существенную роль и в развитии симптомов ПТСР (Тарабрина, 2001).

Исследование диссоциативных феноменов проводилось в рамках разных школ, направлений и подходов. Ученик Мессмера, де Пюисегюра провел первые научные исследования диссоциации, который впервые описал как явления сомнамбулизма. Работая у Шарко в Салпетриере, психоаналитики З. Фрейд и И. Брейер, также уделяли много внимания диссоциативным симптомам у пациентов с истерией. П. Жане был основателем систематических исследований диссоциативных феноменов, он создал концепцию диссоциации.



В изучение диссоциации вклад очень важный внесли Вильям Джеймс, Мортон Принц, Карл Густав Юнг и другие выдающиеся психиатры и психологи конца XIX – начала XX в (Тарабрина, 2001).

В конце 70 – х. начале 80 – х благодаря работам Эрнста Хилгарда годов XX века наблюдался очередной подъем интереса к феномену диссоциации. Это было связано с тем, что в этот период в Соединенных штатах Америки произошел резкий скачок в возникновении диссоциативных феноменов. В то время популярностью пользовалась теория травмы, которая объясняла данный феномен и согласно которой, диссоциативные расстройства, являются следствием стресса, вызванного длительной опасностью (моральное, физическое насилие).

В США с середины 1970-х гг., отмечается большой интерес к проблеме диссоциации, который был обусловлен тремя основными факторами. Во-первых, американское общество столкнулось с проблемой дезадаптивных форм поведения ветеранов войны во Вьетнаме, которые являлись последствиями пережитого ветеранами военного стресса. Во-вторых, к этому времени появляются публикации исследований, посвященных проблеме детского физического и сексуального насилия, согласно которым это явление является достаточно частым в американском обществе, как это считалось раньше. В-третьих, возросло число публикаций, описывающих множественное расстройства личности, характеризующиеся тем, что в одном индивиде могут существовать две или более личностных состояния или личностные структуры, которые могут функционировать с той или иной степенью независимости друг от друга, время от времени беря контроль над поведением индивида. Согласно этим публикациям, пациенты с расстройством множественной личности чаще всего имели историю длительной тяжелой травмы в раннем детстве (Тарабрина, 2000).

Хилгард предложил свою, недиссоцианистскую концепцию, переработав положения Жана о диссоциации, в основу которой легли результаты его экспериментов с автоматическим письмом и гипнотической анальгезией, а также открытия когнитивной психологии. Важным и значимым моментом в концепции Хилгарда является представление о структурах когнитивного контроля, ответственных за переработку потоков информации и их направление.

Для этих структур характерна определенная стабильность и автономность, они построены в иерархических отношениях. Данные системы функционируют согласованно, но при обстоятельствах, они начинают функционировать независимо друг от друга, например, при гипнотическом воздействии или последствиях психической травматизации (Коган, 2010).

Второй аспект концепции заключается в обосновании функции контроля над конкуренцией или взаимодействием между этими структурами. Т.е. появляется центральная когнитивная структура, которую автор назвал «скрытым наблюдателем» (hidden observer) (Журавлев, 2003). Заслугой Хилгарда является то, что ему отчасти удалось реабилитировать теории диссоциации, предложить экспериментальный путь изучения диссоциативных феноменов и связав их с идеями клиницистов XX века и достижениями психологии.

Физиолог И.М. Сеченов (1863) один из первых использовал термин «диссоциация» в отечественной литературе. Подразумевая под диссоциацией процесс разобщения, разделения ощущений. По Сеченову, к ощущениям, вызванным внешними обстоятельствами или предметами, всегда «примешиваются» ощущения, вызванные собственной активностью организма. Первые – отражают внешний мир – они объективны – вторые – отражают состояние тела – это самоощущения – они субъективны (Коган, 2010).

На начальном этапе изучения и описания диссоциация представляла собой описательный конструкт, в который вошли психологические феномены, расположенные на континууме норма—патология и имеющие сходные признаки. В работах, направленных на исследование диссоциативных феноменов, прочно утвердилось представление о так называемом «диссоциативном континууме», согласно которому все диссоциативные феномены расположены вдоль гипотетического континуума, на одном полюсе которого располагаются «нормальные» проявления диссоциации, такие как рассеянность, абсорбция, тогда как на другом полюсе этого континуума находятся очень «тяжелые» формы диссоциативной психопатологии, выраженные в симптомах диссоциативных расстройств (Малкина-Пых, 2010).

## **2. Определение понятия «диссоциация».**

### **Характеристика диссоциативных феноменов**

Термин диссоциация происходит от латинского слова «dissociation» (см.: Лапланш, Понталис, 2006), которое означает разъединение, разделение.

В психологии можно выделить следующие употребления термина «диссоциация»:

1. Описание разделения элементов, которые были изначально объединены в единую систему.

2. Описание резкого противопоставления каких-либо характеристик или отсутствия между ними связей.

В настоящее время в МКБ-10 диссоциация определяется как: «Диссоциация – разъединение, разобщение связей; бессознательный процесс, разделяющий мышление (или психические процессы в целом) на отдельные составляющие, что ведет к нарушению обычных взаимосвязей; нарушение целостности личности вследствие психотравмирующего воздействия. Диссоциация – один из механизмов психологической защиты в психоаналитической концепции; может лежать в основе невротических расстройств» (Дмитриева, 1998).

Диссоциация – механизм психологической защиты, при котором человек воспринимает происходящее с ним, так, будто это происходит с кем-то посторонним. Иногда человек может будто бы «выйти из тела», наблюдать себя со стороны. Люди, пережившие катастрофу или другие опасные ситуации, описывают действие этого механизма так: «будто бы это происходило не со мной». В норме, как адаптивный процесс, этот механизм используется психикой человека для защиты от сильных эмоциональных потрясений, психологической травмы, или же тогда, когда нужна эмоциональная собранность и трезвая оценка своих действий (см.: Агарков, Тарабрина, 2010).

По мнению Людвигу А.М., диссоциация является процессом, посредством которого определенные психические функции, которые чаще интегрированы с другими функциями, действуют в той или иной степени автоматически или обособленно и находятся вне процессов воспроизведения памяти и сферы контроля индивида сознательного.

По Людвигу основными характеристиками диссоциативных состояний являются:

- нарушение чувства времени;
- нарушения мышления, при которых доминируют архаические формы;
- потери чувства контроля над поведением;
- изменения в эмоциональной экспрессии;
- изменения образа тела;
- нарушения восприятия;
- изменения смысла значимости ситуаций актуальных или имевших место в прошлом;
- чувство возрастной регрессии или «омоложения»;
- высокая восприимчивость к суггестии (Федорова, 2001).

Одной из распространенных точек зрения является представление о том, что ПТСР – это диссоциативное расстройство. Основным механизмом образования таких симптомов этого расстройства, является диссоциация как:

- непроизвольное частое навязчивое воспоминания травматического события, которое вызывает дистресс;
- нарушения способности вспомнить важные элементы события (психогенная амнезия);
- физиологическая активность на стимулы, напоминающие или символизирующие разные аспекты травматического события (Коган, 2010)

В официальном издании Американско – психиатрической ассоциации «Диагностический и статистический ежегодник душевных расстройств» в 1994 году появилась новая диагностическая единица – «диссоциативное расстройство идентичности» со следующими критериями:

- а) присутствие двух или более личностей или отдельных идентичностей, или личностных состояний (каждое из которых имеет свой паттерн восприятия относительной длительности, содержит размышления и отношения касательно самого себя и окружения);
- б) наличие не менее двух личностных состояний или двух идентичностей, которые периодически берут контроль над поведением личности;
- с) забывание важной информации личного характера, не имеющей отношения к обычной забывчивости;

d) наличие расстройства, которое не связано с прямыми физиологическими воздействиями веществ (например, выпадение памяти или хаотическое поведение во время алкогольной интоксикации) или общим медицинским условием (например, сложный комбинированный припадок) (Журавлев, 2003).

В современной психологии и психиатрии выделяют пять основных типов диссоциативных расстройств:

- диссоциативная амнезия;
- диссоциативная fuga;
- диссоциативное расстройство идентификации (множественная личность);
- деперсонализационное расстройство;
- диссоциативное расстройство не уточненное (Малкина-Пых, 2014).

Психология рассматривает также и следующие диссоциативные формы, которые могут встречаться при исследовании по Шкале диссоциации:

**Абсорбция** – это различные состояния внимания специфицируются особыми состояниями сознания – усилием, напряженностью, интересом, удивлением, поглощенностью деятельностью и чувствам активности. Высокая степень и узкий объем внимания, однонаправленность характеризуют состояния концентрации и абсорбции (Тарабрина, 2001).

«Абсорбция означает временное прекращение любой внутренне инициируемой деятельности. Абсорбция снимает напряжение, растворяет «Эго», способствует переживанию слияния с внешним объектом. Абсорбция же – это единый контроль внимания, приводящий к тотальному недифференцированному состоянию тотального внимания; это переживание слияния с внешним объектом. Мы концентрируемся, когда чем-то обеспокоены... Мы поглощены, когда наслаждаемся...» (см.: Дормашов, Романов, 1999).

**Рассеянность.** В контексте диссоциации имеются в виду такие состояния рассеянности, когда человек находится в состоянии грез наяву – «пустой взор» или мечтательности. Примером такой рассеянности может послужить блуждание мысли при чтении, когда через какое – то время читатель вдруг осознает, что пролистал несколько страниц и при этом совершенно игнорировал смысл текста, не помнит прочитанного. Временной провал или дорожный

транс являются феноменами, родственными состоянию пустого взора (Коган, 2010).

**Деперсонализация.** Это состояние впервые было описано у больных неврозом Р. Крисгабером в 1873 г. Субъекты, говорят о своеобразной двойственности этого переживания, находясь в состоянии деперсонализации: им кажется, что они потеряли реальность ощущения своего тела и чувственность, не испытывают чувства реальности в восприятии внешнего мира; они говорят об отсутствии образов в процессе мышления, о полной пустоте своей психики, о потере своих эмоций. Им кажется, что они обезличиваются и превращаются в безвольные автоматы, т.е. переживают исчезновение своего «я». Хотя по данным объективных исследований, выявляется относительная сохранность функций органов чувств, эмоциональных переживаний и разумность мыслительного процесса.

Образное сравнение состояния деперсонализации дает Тэн: он сравнивает субъекта, находящегося в состоянии деперсонализации, с гусеницей, которая, сохранив свои гусеничные воспоминания и понятия, превратилась в бабочку с ощущениями и чувствами бабочки. Между старым и новым – между «я» гусеницы и «я» бабочки – зияет глубокая пропасть (Малкина-Пых, 2014).

Ясперс приводит основные черты этих переживаний, объединив в один ряд феномены дереализации и деперсонализации:

- изменение осознания собственного наличного бытия;
- сознание потери чувства собственного «я»;
- изменение осознания принадлежности «мне» тех или иных проявлений психического (Тарабрина, 2001).

**Диссоциативное расстройство идентификации.** К изменениям идентичности может приводить диссоциация. Это «идентификация человека с несколькими личностями, которые как бы существуют в нем одном; каждая из которых периодически доминирует, определяя его взгляды, отношение к самому себе, поведение так, как если бы другие личности отсутствовали» (Дмитриева, 1998). В период преобладания одной из личностей пациент не помнит своей исходной личности и не осознает существование других личностей. В клинической практике это расстройство служит выражением крайней степени диссоциации и практически не встречается.

*Диссоциация может приводить и к изменениям идентичности, которые, как и другие диссоциативные феномены, расположены вдоль континуума «норма-патология» и выражаются либо в транзиторных, скоропереходящих состояниях, либо в тяжелых формах психопатологии, например, в расстройстве диссоциированной личностной идентичности (Тарабарина, 2001).*

**Диссоциативная амнезия.** Это расстройства памяти, относящиеся к определенному ограниченному отрезку времени, о котором ничего (или почти ничего) не удается вспомнить. Хотя содержание в полном объеме присутствует в памяти, но способность к его воспроизведению утрачена; только под действием гипноза успешное воспроизведение этого содержания становится возможным (Коган, 2010).

Также, под «амнезией» понимаются менее жестко привязанные к определенному времени переживания. Возможны следующие случаи: 1) никакого расстройства памяти вообще нет; есть состояние глубоко расстроенного сознания, совершенно не способного к апперцепции (способности к охвату целостного содержания) и соответственно к запоминанию; никакое содержание не получает выхода в память; соответственно ничто не вспоминается; 2) апперцепция становится возможна на какой-то ограниченный промежуток времени, но способность к запоминанию серьезно нарушена, вследствие чего никакое содержание не удерживается в памяти; 3) едва заметное воспоминание в условиях аномального состояния возможно, но материал, отложившийся в памяти, разрушается под воздействием органического процесса; чаще всего это наблюдается при ретроградных амнезиях, например, после травм головы, когда все, что было пережито в течение последних часов или дней перед получением травмы, совершенно угасает; 4) расстройство способности вспоминать. Содержание в полном объеме присутствует в памяти, но способность к его воспроизведению утрачена и успешное воспроизведение данного содержания возможно под действием гипноза. Этот вид амнезий были исследован Жане. Пациенты не могут вспомнить некоторые переживания (систематическая амнезия), или какие-то определенные периоды своей жизни (локализованная амнезия), или свою жизнь в целом (общая амнезия). Они не кажутся субъективно пораженными амнезией. Эта амнезия может исчезнуть – либо сама собой (нередко она

периодически исчезает и появляется вновь), либо под влиянием гипноза (Малкина-Пых, 2010).

Различаются два вида спонтанных воспоминаний:

1) смутное, не детализированное воспоминание о самом существовавшем: суммарное воспоминание;

2) воспоминание о массе мелких, несущественных, разрозненных подробностей, при котором ни их взаимоотношение во времени, ни их контекст не выявляются».

Методы, позволяющие выявлять целостные комплексы переживаний, целостные систематические контексты, среди которых гипноз, подходят, главным образом, к амнезиям, наступающим после особо сильных аффектов и истерическим амнезиям (Тарабрина, 2001).

*Диссоциативная fuga* – «неожиданный, внезапный уход пациента с работы или из дома и последующая неспособность вспомнить основные сведения о своей личности (род занятий, имя, семья). Часто пациенты идентифицируют себя с новой личностью» (Дмитриева, 1998). Характеризуется с передвижением, часто на дальние расстояния, в сочетании с внезапной потерей памяти, присвоение себе внешне адекватных, правдоподобных новых идентификационных характеристик.

Диссоциация является механизмом регуляции психической деятельности, действующим и в обыденных, и в экстремальных условиях, потенциально психотравмирующих ситуациях. В связи с этим, А.М. Людвиг выделяет семь основных адаптивных функций диссоциации:

**1. Автоматизация поведения.** Диссоциативный процесс сводит к минимуму влияние сознательного контроля индивида при актуализации выученных и врожденных паттернов поведения. Благодаря чему индивид получает возможность концентрировать внимание на уже более важных аспектах сложной задачи или ситуации.

**2. Эффективность и экономичность деятельности.** Диссоциация обеспечивает раздельное протекание психических процессов. Она позволяет экономно расходовать усилия, повышая, таким образом, их эффективность. Диссоциативный процесс позволяет снизить до приемлемого уровня напряжение, вызванное избыточной или противоречивой информацией, что дает возможность индивиду мобилизовать усилия для решения задачи.



**3. Разрешение непереносимых конфликтов.** В ситуации конфликта, когда в распоряжении индивида отсутствуют подходящие средства для немедленного его разрешения, конфликтующие установки, оценки и желания разводятся при помощи диссоциативного процесса. Благодаря чему, находясь в сложной ситуации, индивид обретает возможность предпринять целенаправленные и согласованные действия.

**4. Уход от повседневной реальности.** Диссоциация лежит в основе множества религиозных феноменов и практик, таких, например, как шаманистские практики, медиумизм, явления одержимости духом, глоссолалии и др.

**5. Изоляция катастрофических переживаний.** Диссоциативный процесс изолирует переживания психотравмирующих ситуаций, которые сопровождаются интенсивными негативными эмоциями. Психотравмирующая ситуация дробится на отдельные фрагменты, при этом восприятии. Фуги, амнестические эпизоды, реактивные преходящие диссоциативные эпизоды – это примеры диссоциативных состояний, которые служат цели изоляции травматических переживаний.

**6. Катарсическая разрядка некоторых эмоций и аффектов.** Аффекты, чувства, некоторые эмоции и импульсы, на переживание которых в той или иной культуре наложено табу, могут выражаться только в контексте особых санкционированных ритуалов, обрядов, церемониалов и празднеств. Эти ритуалы для участников высвобождают и выражают табуированные чувства, эмоции и импульсы в контексте диссоциативного состояния, которое можно было бы уподобить своего рода «контейнеру», содержащему чувства, агрессивные импульсы, связанные с неисполнимыми желаниями или фрустрацией. Человек получает возможность выражать эти чувства в символической или непосредственной форме, не испытывая при этом вину или страх в связи с нарушением рамок социальных ограничений или цензурой «Супер-Эго».

**7. Усиление «стадных чувств».** Диссоциация, с точки зрения Людвига, играет огромную роль при сплочении больших групп людей, оказывающихся перед лицом общей опасности, а также в сфере влияния так называемых авторитарных лидеров и «харизматических» вождей (Агарков, 2002).

Диссоциация, как механизм психологической защиты, помогает индивиду справиться с сильными негативными эмоциями, вызванными воздействием события или факторов психотравмирующей ситуации. Основной задачей диссоциации, как защитного механизма, указывает Агарков В.А., является учет требований реальности и сохранение с ней связи. Это достигается за счет единства структуры внутреннего мира и нарушения цельности. Он считает, что диссоциация занимает особое место среди механизмов психологической защиты, поскольку основной ее функцией является не столько разрешение внутренних конфликтов, сколько совладение с сильными негативными переживаниями, которые возникают при чрезвычайных обстоятельствах. Диссоциация – это нормальная реакция на травму; человек, попавший в психотравмирующую ситуацию, может активизировать диссоциативный защитный механизм. Но не всегда, эта нормальная реакция приводит к «нормальным» последствиям. Интенсивная диссоциативная активность в момент переживания психотравмирующей ситуации может стать причиной развития диссоциативной или иной психопатологии в будущем» (см.: Агарков, Тарабрина, 2010).

Говоря о диссоциации как механизме психологической защиты от невыносимых негативных переживаний, различают три взаимосвязанных, но разных феномена: первичную, вторичную и третичную диссоциацию:

-первичная диссоциация имеет место в первые мгновения чрезвычайной ситуации и следует за ее первичной когнитивной оценкой. Она изолирует эмоциональные и сенсорные элементы переживания;

-диссоциацию между наблюдающим и переживающим «Эго» во время продолжающейся чрезвычайной ситуации называют вторичной (или перитравматической, т.е. буквально, происходящей во время травмы). Она выводит индивида из соприкосновения с интенсивными болезненными эмоциями и чувствами, вызванными травмой, оказывает анестезирующее действие;

-третичную диссоциацию чаще всего связывают с развитием характерных Эго-состояний, которые содержат переживания, ассоциированные с травматической ситуацией. При диссоциации неприемлемые чувства и желания ослабляются за счет их расщепления на несвязанные между собой части. Если чувство «А» явля-

ется для индивида неприемлемым или угрожающим по той причине, что он верит в «Б», то эта защита удерживает «А» и «Б» в различных, отделенных друг от друга частях мозга так, что человек не испытывает «А» и «Б» одновременно; никакого конфликта нет. Если человек не будет вкладывать энергию своего ума в то, чтобы ассоциировать, объединять их, они так и останутся «разъединенными, ассоциированными». Диссоциация также может включать в себя расщепление того, что обычно является единым переживанием, на отдельные части, которые при этом утрачивают свой эмоциональный заряд (Малкина-Пых, 2014).

В заключение необходимо отметить, что диссоциация является, фундаментальным свойством психики и лежит в основе многих феноменов, имеющих место как при «нормальном» функционировании психики, так и во многих видах психопатологии. Множество форм диссоциативных состояний, а так же их распространенность, дают основание предполагать, что они занимают важное место в функционировании психики и обладают большой ценностью с точки зрения адаптации к меняющимся условиям окружающей среды. Этим обстоятельством можно объяснить лавинообразный рост числа исследовательских работ, посвященных изучению различных аспектов диссоциации, за рубежом за последние 30 лет. Накоплен и постоянно пополняется огромный эмпирический материал, в который вошли результаты опросов, экспериментов и клинических наблюдений.

### **3. Методы диагностики, коррекции и профилактики диссоциативных состояний**

Для диагностики диссоциативных расстройств, их проявлений и разнообразных форм разработан огромный диагностический инструментарий, который можно разделить на два больших блока: это – структурированные интервью и опросники.

**Опросники деперсонализации.** До 1980-х гг. было разработано большое количество опросников, предназначенных исключительно для измерения деперсонализации на популяциях студентов колледжей, психиатрической популяции, лиц, перенесших тяжелое травматическое событие).

**Шкала диссоциации.** Это один из часто используемых инструментов для оценки выраженности диссоциативных феноме-

нов, как на нормальной популяциях, так и на клинической. DES переведена на многие языки, в том числе русский (Агарков, Тарабрина, 1998) с использованием этой методики проведено более тысячи исследовательских работ. Данная шкала представляет собой адаптированный вариант англоязычного опросника **DES**, разработанного американскими учеными Франком Патнемом и Евой Бернштейн в 1986 г. Предназначен опросник для оценки частоты переживания субъектом трансситуативных диссоциативных состояний. Шкала диссоциации (ШД) была сконструирована как инструмент для работы в клинике, который мог бы помочь определить пациентов с диссоциативной симптоматикой, а также как исследовательский инструмент, дающий возможность оценки выраженности диссоциативных состояний и переживаний. Она представляет собой небольшой опросник, состоящий из 28 вопросов. Испытуемого просят оценить, как часто в повседневной жизни он переживает диссоциативное состояние. Этот опросник предназначен для надежной, валидной и удобной количественной оценки диссоциативных переживаний. Шкала разрабатывалась для измерения диссоциации как постоянной черты в противоположность ситуативной. Предполагалось, что ШД будет использована как для определения вклада диссоциации в клиническую картину различных психиатрических расстройств, так и для скрининговой оценки диссоциативных расстройств (или расстройств, значимой составляющей которых является диссоциация, например таких, как ПТСР).

Данная методика используется и для оценки диссоциативных феноменов на неклинической (нормальной) популяции, но обычно респонденты из «нормальной» популяции располагаются на довольно узком интервале низких значений ШД, и небольшие различия между значениями шкалы «нормальных» респондентов могут оказаться статистически незначимыми. Ограничения данной методики, возраст респондента не должен быть менее 18 лет. Вопросы были сформулированы таким образом, чтобы они были поняты, возможно, большим числом респондентов, а также, по возможности, было исключено вовлечение социальной нежелательности в процессе тестирования (Тарабрина, 2000).

***Шкала оценки измененности восприятия*** позволяет оценить выраженность диссоциативных феноменов при помощи пунк-

тов, заимствованных из опросника ММРІ, отбор которых производили исходя из неаддиссоцианистской концепции Хилгарда.

**Опросник диссоциативных переживаний** содержит вопросы в дихотомическом формате «да—нет», их 26 касающихся широко-го спектра диссоциативных феноменов (Тарабрина, 2000).

**Опросник перитравматической диссоциации (ОПД)**. В основу опросника ОПД (Агарков, Тарабрина, 1998) легли вопросы, которые касались переживаний субъекта в то время, когда с ним происходило потенциально психотравмирующее событие. Испытуемому предлагается ответить на 9 вопросов, в которых описаны различные диссоциативные состояния, такие, например, как деперсонализация, дереализация, опыт выхода из тела и др. Ответы на вопросы даются в формате пятибалльной шкалы Ликерта.

При помощи ОПД обследованы следующие выборки популяции, подвергшейся психической травматизации: беженцы и лица, вынужденно переменившие место жительства из различных регионов России и республик бывшего СССР (Чечня, Азербайджан, Туркмения, Киргизия, Таджикистан, республики Прибалтики и др.); сотрудники МВД, принимавшие участие в военных действиях в Чечне, пожарные г. Москвы. Кроме ОПД в батарею методик входили: опросник депрессивности Бека (BDP), опросник выраженности общей психопатологической симптоматики (SCL-90-R), опросник личностной и ситуативной тревожности Спилбергера—Ханина (ЛТ, СТ), шкала оценки воздействия травматического события (ШОВТС), шкала диссоциации (ШД), Миссиссипская шкала ПТСР (гражданский и военный варианты). Также, для постановки диагноза ПТСР и оценки наличия и выраженности симптомов ПТСР. Среди беженцев проводили структурированное интервью с помощью клинической шкалы ПТСР.

Опросник ОПД включен в батарею экспресс-диагностики последствий психической травматизации у сотрудников Государственной пожарной службы (ГПС) при исполнении служебных обязанностей. При помощи ОПД определяются те сотрудники ГПС, которые находятся в группе риска возникновения отсроченной реакции на травматический стресс (Тарабрина, 2001).

**Интервью для диагностики диссоциативных расстройств** является жестко структурированным интервью, предназначенным для диагностики депрессии, диссоциативных расстройств и погра-

ничных расстройств личности и др. Ограниченность этого инструмента обусловлена его жесткой структурированностью: каждому критерию диссоциативных расстройств соответствует только один пункт интервью. Также, в интервью включены множество пунктов, относящихся к диагностике недиссоциативных расстройств, которые могут быть достаточно достоверно и надежно диагностированы при помощи структурированного клинического интервью.

***Структурированное клиническое интервью для диссоциативных расстройств*** в соответствии с классификацией DSM-IV разработано как для диагностики диссоциативных расстройств, так и для оценки отдельных диссоциативных симптомов. В лаборатории психологии посттравматического стресса и психотерапии ИП РАН была разработана русская версия этого инструмента. Интервью переведено на русский язык и проведена его апробация на пациентах психиатрической клиники (Агарков, Тарабрина, 1998). SCID-D позволяет систематически оценить присутствие и выраженность пяти основных диссоциативных симптомов: деперсонализация, амнезия, нарушения личностной идентичности и изменение личностной идентичности, дереализация. Она также позволяет интервьюеру диагностировать диссоциативную фугу, диссоциативную амнезию, расстройство диссоциированной личностной идентичности (расстройство множественной личности), расстройство деперсонализации, диссоциативное расстройство, никак более не классифицированное в соответствии с критериями DSM-IV. При помощи SCID-D могут быть оценены диссоциативные синдромы в рамках других расстройств, таких, как острое стрессовое расстройство или трансное расстройство одержимости (Малкина-Пых, 2010).

### **Контрольные вопросы для самопроверки**

1. Дайте определения понятия «диссоциация».
2. Охарактеризуйте диссоциативные феномены.
3. Назовите основные адаптивные функции диссоциации по А.М. Людвигу.
4. Перечислите методы диагностики диссоциативных состояний.

### **Литература**

1. Агарков, В. А. Диссоциация как механизм психологической защиты в контексте последствий психологической травмы: дис. ... канд. психол. наук. – М.: Институт психологии РАН, 2002. 201 с.

2. Агарков, В. А., Тарабрина, Н. В. Опросник перитравматической диссоциации // Материалы III научно-практической конференции «Посттравматический и поствоенный стресс. Проблемы реабилитации и социальной адаптации участников чрезвычайных ситуаций: междисциплинарный подход». Пермь, 1998. 143 с.
3. Агарков, В.А., Тарабрина, Н.В. Шкала диссоциации // Тарабрина, Н.В., Агарков, В.А., Калмыкова, Е.С., Макарчук, А.В. и др. «Психология посттравматического стресса» под ред. Тарабриной, Н.В., М.: Когито-Центр, 2010. 192 с.
4. Дмитриева, Т.Б. Руководство по клинической психиатрии. М.: Медицина, 1998. 160 с.
5. Дормашев, Ю.Б., Романов, В.Я. Психология внимания. М.: Триволта, 1999. 324 с.
6. Журавлев, И.В. Семиотико-психологические механизмы отчуждения при синдроме психического автоматизма. Дис. ... канд. психол. наук. М.: МГУ, 2003. 171 с.
7. Коган, Б.М. Проблема диссоциации в психологии и психиатрии / Б.М. Коган, Т.Е. Семина // Системная психология и социология. 2010. № 2. С. 43-52.
8. Лапланш, Ж., Понталис, Б. Словарь по психоанализу. М.: Высшая школа, 2006. 523 с.
9. Малкина-Пых, И.Г. Психология поведения жертвы (виктимология). М.: Изд-во Экс-мо, 2010. 1008 с.
10. Малкина-Пых, И. Г. Экстремальные ситуации. М.: Изд-во Эксмо, 2014. 960 с.
11. Тарабрина, Н.В. Клиническая психология. СПб.: Питер, 2000. 352 с.
12. Тарабрина, Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. 240 с.
13. Федорова, Е.Л. Множественная личность в истории западного психологического знания 18-20 веков. Дис. ... канд. психол. наук. – Ростов н/Д., Ростовский государственный университет, 2001. 173 с.

## 10. Отсроченные реакции на стрессовую ситуацию (психосоматические реакции)

### План

1. Отсроченные реакции на стрессовую ситуацию: понятие и характеристика.
2. Влияние стресса на физическое здоровье.
3. Психосоматические заболевания, обусловленные воздействием стрессовой ситуации.

### 1. Отсроченные реакции на стрессовую ситуацию: понятие и характеристика

Причиной стресса или тревоги может выступать стрессовая ситуация. М. Аргайл приводит следующее определение: «Данная ситуация заставляет вас чувствовать тревогу или дискомфорт либо потому, что вы не знаете, как поступить, либо потому, что она заставляет вас испытать чувства страха, смущения или неловкости» (Аргайл, Фурнхэм, Грэхэм, 2001).

Стрессовые события, являющиеся причиной психической травмы, оказывают психотравмирующее воздействие на человека. Исходя из теории отсроченных реакций на психотравмирующий стресс (М. Горовец), человек находится в состоянии стресса или периодически возвращается в это состояние до тех пор, пока информация о стрессовом (психотравмирующем) событии перерабатывается. Результаты действия стресс-факторов на человека могут проявляться остро, отсрочено, либо – хронически.

Отсроченные реакции на психотравмирующий стресс по М. Горовцу – совокупность психических явлений, обусловленных процессом «переработки» психотравмирующей информации. Отсроченные реакции есть комплексы изменений в эмоциональной, психической сфере, в поведении, возникающие после получения человеком психической травмы.

Если имеет место интенсивное или длительное проявление реакций, то речь идёт уже о затяжных реактивных состояниях – посттравматических стрессовых расстройствах.

Отсроченные реакции на стрессовую ситуацию проявляются через определенный латентный период (от нескольких недель до 6 мес.) после острого тяжелейшего эмоциогенного стресса. При этом



характерны навязчивые воспоминания, реминисценции, сны, кошмары на фоне эмоциональной притупленности, «оцепенение», отсутствие реакции на текущие события, уклонение от дел и ситуаций, прямо или косвенно напоминающих о пережитой психотравме. На этом фоне возможны острые, драматичные вспышки страха, паники, агрессии. Нередко все это происходит на фоне повышенного эмоционального напряжения, тревоги, ажитированной депрессии, бессонницы, как правило, имеют место повышенная эмоциональная и вегетативная возбудимость. Возможны тяга к алкоголю, наркотическим средствам, суицидальные мысли. Течение волнообразное, но в большинстве случаев возможно выздоровление.

Возникновение отсроченных реакций зависит от множества факторов: это и факторы, характеризующие саму ситуацию как стрессовую, и также факторы, связанные с индивидуальными психическими и физиологическими характеристиками человека, пережившего ее.

К отсроченным реакциям на стрессовую ситуацию относят посттравматическое стрессовое расстройство, психосоматические заболевания, суицидальное поведение и ряд других нарушений.

## **2. Влияние стресса на физическое здоровье**

Длительный или тяжелый стресс (травма) может заметно ухудшить физическое здоровье человека. Точно назвать биологические процессы, лежащие в основе реакции организма на травмирующие ситуации, нелегко. Объяснить развитие биологической декомпенсации в условиях стресса можно при помощи модели общего адаптационного синдрома, предложенной Селье. Развитие реакции организма на длительный и чрезмерный стресс обычно включает три основные фазы: 1) реакция тревоги, в ходе которой происходит активация вегетативной нервной системы; 2) стадия сопротивления, на которой биологическая адаптация достигает максимума с точки зрения задействованных ресурсов организма, и 3) истощение, когда ресурсы организма истощены, и способность к сопротивлению снижается так, что дальнейшее пребывание в условиях стресса может закончиться болезнью и смертью. В первой фазе (реакция тревоги) человек демонстрирует изначально сниженную резистентность к стрессу или шоку. Если стресс сохраняется, человек выказывает защитную реакцию или сопротив-

ление (фаза сопротивления), пытаюсь адаптироваться к стрессу. После длительного пребывания в условиях сильного стресса энергия, необходимая для адаптации, может истощиться, что приводит к последней фазе – срыву адаптации (фаза истощения).

Когда люди находятся под действием тяжелого стресса, естественные поддерживающие механизмы направлены на исправление причиненного ущерба и возобновление нормального функционирования. Если стресс привел к многочисленным нарушениям, то этот восстановительный процесс сводится к эффектам обновления адаптивных процессов, режимов и форм защиты, которые существовали до того, как травма повлекла за собой их дезинтеграцию. Однако человек может быть не столь успешным в преодолении рутинных проблем, какими они были до травмы. И в отдалённом периоде могут отмечаться биологические последствия травмы. За последние десятилетия было выполнено много исследований по изучению связи между стрессом и физиологическими изменениями у людей.

Еще начиная с основополагающей работы Кэннона, была показана важная роль симпатической нервной системы в реакции на стрессовые или опасные ситуации. Когда организм соприкасается с опасностью, симпатическая нервная система выбрасывает адреналин, чтобы подготовить организм к реакции «борьбы или бегства» следующим образом: 1) учащается сердцебиение, усиливается приток крови (на фоне повышения артериального давления) к крупным мышцам, чтобы обеспечить организму возможность отреагировать на физическую угрозу; 2) расширяются зрачки, чтобы в глаза поступало больше света; 3) сокращается кожа, чтобы уменьшить потерю крови в случае ранения, и 4) повышается содержание сахара в крови, чтобы обеспечить больше энергии. С помощью этой биологической реакции организм подготавливается к «аварийным» физическим затратам, хотя современные люди редко попадают в ситуации, которые требуют активизации, обеспечиваемой нашим «первобытным» биологическим устройством, да и современные ситуации таковы, что вряд ли могут быть обеспечены первобытной биохимией и физиологией.

Наша биология, наверное, лучше настроена на такие физические проблемы, как бегство от диких животных или поединок с противником, чем на решение задач сегодняшнего дня. Более того, если реак-

ция на стресс активизируется на длительное время или в крайней степени, то вернуться к гомеостазу оказывается труднее, поскольку природную стрессовую реакцию организма выключить трудно.

Хронические или повторные стрессоры потенциально способны вызывать болезни или повысить риск заболеть. В ряде исследований по изучению воздействия гиперактивации симпатической нервной системы в травмированных популяциях, был продемонстрирован заметный рост различных физиологических параметров у пациентов, подвергавшихся тяжелому стрессу, по сравнению с контрольными выборками, например частоты сердечных сокращений и артериального давления. По истечении длительного времени после травмы у людей может наблюдаться повышенное артериальное давление и наличие норадреналина в моче (что часто связано с длительным состоянием возбуждения). Изучение роли симпатической нервной системы в стрессовых ситуациях показало, что стрессовая реакция может оказывать значительное влияние на сердечно-сосудистую систему. Тяжелая травма и длительный стресс могут повышать артериальное давление до уровня, чреватого артериосклеротическим поражением сердечной мышцы и кровеносных сосудов, которое подвергает индивида риску развития артериальной гипертензии, сердечного приступа и мозгового кровоизлияния.

Кроме того, стресс может воздействовать на организм и через гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось, вызывая значительный эндокринный дисбаланс, который наносит серьезный урон иммунной системе организма. Гипоталамус высвобождает гормоны, стимулирующие выделение из гипофиза других гормонов, которые регулируют многие функции организма, например репродуктивную, а также тканевую и костный рост. Стресс, действуя через гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось, может привести к подавлению иммунной системы, делая организм уязвимым перед заболеваниями, к которым в нормальной ситуации существует иммунитет. Хотя никто не знает точно, почему иммунная система подавляется в периоды стресса, не исключено, что по ходу эволюции нашего вида этот аварийный реактивный процесс выступал в качестве защитной функции, так как мог предохранять организм от развития аутоиммунных заболеваний. Однако понятно, что подавление иммунной системы в условиях хронического стресса может иметь вредные многочисленные последствия

для здоровья – восприимчивость к заболеваниям, имеющим внешний источник.

Воздействие стрессоров на иммунную систему находится в центре внимания сравнительно новой отрасли, психонейроиммунологии. Ослабленный иммунный ответ может означать, что индивид подвержен contagiозным заболеваниям, а также уязвим перед серьезными психическими расстройствами, например депрессией.

Стресс повреждает иммунную систему путем повышения уровня кортикостероидов. Это угнетает метаболизм лимфоцитов и снижает иммунитет организма к различным болезням. В ряде работ приводятся данные об изменении уровня кортизола у ветеранов войны, страдающих ПТСР, например, его низкое содержание после стресса позволяет сделать прогноз, у кого в дальнейшем разовьется ПТСР. Важно, что изменением являлось пониженное, а не повышенное содержание кортизола, как это предсказывалось моделью Селье. Также было показано, что пониженное содержание кортизола характерно для жертв изнасилования с тяжелыми повреждениями и симптомами избегания, но не у всех жертв изнасилования без исключения.

Эти данные связаны с привыканием или гиперчувствительностью к гормону организма, адаптировавшегося к стрессу.

### **3. Психосоматические заболевания, обусловленные воздействием стрессовой ситуации**

Все люди реагируют на одни и те же нагрузки по-разному. У одних реакция активная, при стрессе успешность их деятельности продолжает расти до некоторого предела, а у других – пассивная, эффективность их деятельности падает сразу. От характера реакции зависят возникающие вследствие стресса заболевания. Обобщение клинических материалов позволило врачам сделать вывод, что широкий круг воздействий, приводящих к стрессу, вызывает у людей преимущественно гипертоническую и язвенную болезни и некоторые другие формы сосудистой патологии с глобальными или локальными проявлениями (инфаркт, инсульт, стенокардия, сердечная аритмия, нефросклероз, спастический колит и др.) (Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных, 2007).

В многочисленных исследованиях было показано, что психические и эмоциональные процессы участвуют как в поддержании

физического здоровья, но и сопутствуют большинству соматических заболеваний. Негативные последствия для здоровья вызывают стрессы.

Анализ установок и личностных факторов, которые связаны с поддержанием или ухудшением физического здоровья показал, что установки на безнадежность и беспомощность могут оказывать разрушительное воздействие на функционирование органов. Ощущение безнадежности, например, ускоряет развитие атеросклероза – основного процесса, приводящего к заболеваниям сердца и сосудов. Сегодня многие хирурги откладывают серьезные операции, пока не убедятся, что пациент относится к исходу с разумным оптимизмом. Оптимизм в его более позитивном, обыденном смысле служит буфером, предотвращающим развитие заболевания, однако он может быть и чрезмерным, приводя к опасному пренебрежению собственным здоровьем.

Позитивный аспект оптимизма связан с индивидуальным ощущением собственной эффективности, способности справиться с любой неприятностью. Оптимизм приобретает отрицательные стороны, когда он используется в ходе защитного отрицания, нежелания или неспособности признать у себя заболевание, его симптомы или потенциальную угрозу своему благополучию. Оптимизм защитного типа не только бесполезен для здоровья, но фактически усугубляет риск его ухудшения. Люди, страдающие от недостатка оптимизма в его позитивной форме, психологически испытывают чувство беспомощности, с которым, могут быть связаны неприятные последствия для здоровья.

Развитию соматических заболеваний иногда может способствовать особенность ресурсов копинга, которыми располагает человек. Наиболее известным примером здесь служит поведенческий паттерн типа А, при котором обыденные жизненные препятствия и проблемы (например, стояние в очереди) систематически провоцируют на крайние действия (ярость или срыв взрывного характера). Имеющиеся многочисленные данные свидетельствуют, что составляющие подобного стиля копинга представляют собой значительный фактор риска развития ишемической болезни сердца. Таким образом, риск возникновения заболевания возрастает при хроническом негативном аффекте любого типа, хотя следует отметить и то, что негативные эмоции, благодаря связи с невро-

тичностью, увеличивают число жалоб на физическое недомогание, которое не удается подтвердить методами объективного исследования. Невротичность сочетается с повышенной частотой негативных жизненных событий, таких как развод, которые сами по себе сопровождаются возникновением заболевания. Связи между личностью и здоровьем часто оказываются очень сложными. Любой тяжелый стресс может способствовать, провоцировать или усугублять соматическое заболевание, к которому индивид уже предрасположен. Это предположение согласуется с диатез-стрессовой моделью. Человек, страдающий аллергией, может обнаружить, что эмоциональное напряжение еще больше ослабило его сопротивляемость; аналогичное явление происходит при рассеянном склерозе, когда болезнетворный вирус уже находится в организме индивида и эмоциональный стресс может воспрепятствовать нормальной работе иммунной системы, ослабить защитные силы организма. Подобным образом любой стресс способен усугублять и поддерживать другие заболевания, например мигрени или ревматоидный артрит.

Описывая паттерн «борьбы или бегства» (симпатический отдел вегетативной нервной системы, позволяющий мгновенно мобилизовать ресурсы организма), Кэннон отметил, что с развитием цивилизации эти реакции в известной степени устарели. Сегодня, когда мы редко можем убежать от угрозы или физически атаковать агрессора (шумного соседа или автомобильную пробку), не существует никакого эффективного способа быстро разрядить те состояния высокой физиологической готовности, которые могут проявляться в подобных ситуациях. По мнению Кэннона (и с точки зрения многих современных исследователей), сохранение такого положения дел в течение длительного времени приводит к повреждению органов и тканей, то есть к заболеваниям, например к повышению артериального давления (гипертонии). Возбуждение вегетативной нервной системы сопровождается многими сложными процессами, часть из которых настолько тонки и даже неуловимы, что их не всегда удается отследить. Оно отличается и более яркими проявлениями: учащением дыхания и сердечных сокращений, усиленным потоотделением, повышением мышечного тонуса и покраснением лица, а также расширением зрачков, благодаря которому улучшается зрение. При помощи специальных приборов

можно наблюдать повышение артериального давления, выброс глюкозы в артериальное русло, перераспределение крови от внутренних органов к периферии, в том числе к произвольной мускулатуре, а также повышение секреции нейромедиаторов. Все эти изменения в совокупности иногда называют реакцией тревоги – первой фазой общего адаптационного синдрома. Они служат ответом организма на «сигнал к бою», поступающий из мозга. Очевидно, что такая система возникла не для обыденных ситуаций, и вряд ли можно удивляться тому, что столь широкие и мощные эффекты в ряде случаев способны привести к органической патологии.

К аналогичному выводу пришли и первые теоретики психосоматического на правления, среди которых выделяются Флэндерс Данбар и Франц Александер, доказавшие, что источники постоянной внутренней угрозы могут подвергнуть физическое здоровье серьезной опасности. Другими словами, неослабевающий психологический стресс, подобный возникающему при хронических тревожных расстройствах, может вызывать органические повреждения жизненно важных органов. Таким образом, многие представления этих ученых были правильными, хотя, как это часто бывает в науке в целом и в психологии в частности, некоторые их взгляды оказались чересчур упрощенными. Стресс может предшествовать возникновению различных соматических заболеваний, в причине появления которых не установлено влияние повышенной активности вегетативной нервной системы. Сюда относятся, например, некоторые формы рака. Эти наблюдения свидетельствуют о существовании чрезвычайно широкого спектра заболеваний, которые также могут быть спровоцированы стрессом. Таким образом, стресс может нарушать функционирование иммунной системы. Иначе говоря, при адаптационном синдроме отрицательные физиологические последствия стресса могут захватывать не только «стадию тревоги», но и «стадию сопротивления». Иммунный ответ на вторжение чужеродных частиц легко увидеть при лабораторном анализе крови или других жидкостей организма, например слюны. На раннем этапе изучения взаимосвязи, существующей между стрессом и функционированием иммунной системы, была установлена зависимость между возникновением стрессовых ситуаций и сниженной иммунной реактивности. Помимо других негативных эффектов такое повреждение иммунной

системы делает человека более подверженным инфекционным заболеваниям. СПИД, заболевание иммунной системы, хорошо иллюстрирует взаимосвязь между стрессом и иммунным ответом. Несмотря на то что стресс, возможно, и не вызывает клинически выраженного СПИДа у ВИЧ-инфицированных лиц, он явно продолжает ослаблять уже подорванную иммунную реакцию организма. Первоначальные данные о связи между стрессом и развитием заболевания к настоящему времени подкреплены исследованиями, позволяющими более уверенно говорить о роли стресса в снижении активности иммунной системы. Так, в научной литературе описан эксперимент, в котором в течение определенного времени манипулировали самооценками ряда субъектов. Было обнаружено, что цитотоксичность (то есть способность уничтожать антигены) *T*-лимфоцитов значительно снижалась при вызванных негативных самооценках – эффект, проявлявшийся с особенной силой у людей, у которых до начала эксперимента определяли тревожное и/или дисфоричное настроение. В ходе другого эксперимента здоровых добровольцев, помещенных в карантин, намеренно подвергали воздействию вируса гриппа и оценивали результаты с точки зрения фактического развития инфекции верхних дыхательных путей. Наличие стрессовых ситуаций, субъективного стресса и негативных эмоций, которые оценивали перед экспериментом, позволяли с большой вероятностью предсказать, кто именно заболел простудой. Депрессия или негативный аффект имеют большое значение для подавления иммунной защиты. Обзор данных, предпринятый Вейссе, указывает на четкую связь между дисфоричным настроением и нарушениями функций иммунной системы, которая, вероятно, не зависит от ситуаций и событий, спровоцировавших эти депрессивные чувства. Следовательно, депрессивное состояние само по себе добавляет что-то ко всем негативным эффектам стрессоров, которые провоцируют такое настроение. Еще в одном обзоре релевантных исследований было достоверно показано, что депрессивный аффект сопровождается снижением числа лейкоцитов, реагирующих на чужеродный белок и активности клеток – натуральных киллеров, а также числа лейкоцитов, циркулирующих в крови. Перечень состояний, при которых наблюдалась связь со снижением активности иммунной системы, обширен. Помимо психологической депрессии в него



входят бессонница, бег на длинные дистанции, космические полеты и смерть супруга, уход за слабоумным лицом, например за страдающим болезнью Альцгеймера. Было показано, что иммунная реактивность изменяется и при нормальных, дневных колебаниях настроения.

Попытки связать отдельные стрессоры с определенными соматическими заболеваниями не возымели успеха, и стало очевидно, что стресс сопутствует и даже играет ведущую роль в развитии и течении практически всей органической патологии. В каузальном паттерне стресс может предрасполагать, провоцировать, подкреплять или просто утяжелять уже развившееся заболевание. Даже если стресс связан с лечением, например, при агрессивной терапии определенных форм рака, он может сам стать определенным риском для защитных ресурсов, серьезно ухудшая качество жизни больного. Посттравматический стресс может в дальнейшем оказывать отрицательное воздействие на здоровье даже после того, как травмирующее событие осталось далеко позади. Стресс ускоряет развитие заболевания или усугубляет его, а также препятствует осуществлению иммунологической защиты и других функций организма, связанных с восстановлением гомеостаза. Если предположить, что у каждого из нас в организме имеется хотя бы одна относительно уязвимая система органов, то сильный хронический стресс подвергает ее раньше или позже риску развития патологии.

### **Контрольные вопросы для самопроверки**

1. Дайте определение стрессовой ситуации.
2. Дайте определение отсроченной реакции на психотравмирующий стресс.
3. Опишите механизм действия стресса на иммунную систему.
4. Через какое время после стресса проявляются отсроченные реакции на стрессовую ситуацию.
5. Перечислите, что относят к отсроченным реакциям на стрессовую ситуацию.

### **Литература**

1. Аргайл, М., Фурнхэм, А., Грэхэм, Дж, А. Социальные ситуации. Стрессовые ситуации // Межличностное общение: Хрестоматия / сост. и общ. ред. Н. В. Казариновой, В. М. Погольши. – СПб.: Питер, 2001. 512 с. С.219 – 227.

2. Березин, Ф. Б., Мирошников, М. П. Эмоциональный стресс и психосоматические расстройства. Подходы к терапии. MEDICA. 1(9). [Электронный ресурс] – URL: [http://berezin-fb.su/psychology\\_and\\_psychosomatic/jemocionalnyj-stress-i-psihosomaticheskie-rasstrojstva-podhody-k-terapii/](http://berezin-fb.su/psychology_and_psychosomatic/jemocionalnyj-stress-i-psihosomaticheskie-rasstrojstva-podhody-k-terapii/) (дата обращения: 02.09.2015).

3. Падун, М.А., Тарабрина, Н.В. Когнитивно-личностные аспекты переживания посттравматического стресса // Психологический журнал. 2004. Т. 25. №5. С. 5-15.

4. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса / под общей редакцией Н.В. Тарабриной. Часть 1. Теория и методы. М.: Изд-во «Когито-Центр», 2007. 208 с.

5. Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных / под общ. ред. Ю.С. Шойгу. – М.: Смысл, 2007. 319 с.

6. Пушкарев, А.Л., Доморацкий, В.А., Гордеева, Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. М.: Изд-во Института психотерапии, 2000. 128 с.

7. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 272 с.

## **11. Отсроченные реакции на стрессовую ситуацию. Суицидальные попытки**

### **План**

1. Исторический обзор изучения проблемы посттравматических стрессовых расстройств.

2. Отсроченные реакции на стрессовую ситуацию: понятие, этиология, стратегии поведения, динамика переживаний травматической ситуации.

3. Суицидальное поведение. Формы суицидальной активности.

4. Психологическая диагностика посттравматических стрессовых расстройств. Система, принципы и методы психологической коррекции и реабилитации лиц с постстрессовыми состояниями.

### **1. Исторический обзор изучения проблемы посттравматических стрессовых расстройств**

Несмотря на то, что современные представления сложились окончательно к 1980 году о посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР), хотя информация на протяжении столетий о воздействии травматических переживаний фиксировалась.

Развивающиеся в результате пережитой катастрофы (в отличие от «обычных» психогенных состояний), расстройства, диагностировались и описывались раньше. Так, еще в 1867 г. J. E. Erichsen описал и опубликовал работу «Железнодорожная и другие травмы нервной системы», в которой описал у лиц переживших аварии на железной дороге, психические расстройства. В 1888 г. диагноз «травматический невроз» ввел Н. Oppenheim, в рамках которого описал основные симптомы современного посттравматического стрессового расстройства (Смулевич, Ротштейн, 1983).

Работы швейцарского исследователя E. Stierlin (1909, 1911) заслуживают особого внимания, которые, по мнению П. В. Каменченко, стали основой всей современной психиатрии катастроф. Значительный вклад в нее внесли и ранние отечественные исследования, например изучение последствий крымского землетрясения в 1927 г. (Брусиловский и др., 1928).

Большинство работ, изучавших эту проблему, появляются после разных военных конфликтов (Краснянский, Морозов, 1995). Так, в связи с Первой мировой войной (1914–1918) появились важные исследования. Характеризуя травматический невроз, E. Kraepelin (1916), впервые показал, что усиливающиеся с течением времени расстройства, могут оставаться и быть постоянными после тяжелых психических травм. Позднее в работе «Артиллерийский шок во Франции 1914 – 1919» Майерс выделили различия между неврологическим расстройством «снарядным шоком» и «контузии от разрыва снаряда». Контузия, вызванная разрывом снаряда, рассматривалась автором как неврологическое состояние, вызванное физической травмой, а «снарядный шок» как психическое состояние, вызванное сильным стрессом, рассматривал Майерс. Участия в боевых действиях и реакции, обусловленные ходом Второй мировой войны, стали предметом широких исследований. Эти явления у разных авторов называлось по-разному: «военный невроз», «боевое истощение», «посттравматический невроз» «военная усталость».

После окончания Второй мировой войны (1939–1945) над этой проблемой активно работали и русские психиатры: Э. М. Залкинд (1946, 1947), В. Е. Галенко (1946), М. В. Соловьева (1946) и др.

А. Кардинер в 1941 г. назвал это явление «хроническим военным неврозом» в одном из первых своих систематизированных исследований. Он вводит понятие «центральный физионевроз»,

пользуясь идеями З.Фрейда, который, служит причиной нарушения, по его мнению, ряда личностных функций, обеспечивающих успешную адаптацию к окружающему миру. Автор считал, что военный невроз имеет как, физиологическую природу, так и психологическую. А. Кардинером впервые было дано полное описание симптоматики: 1) раздражительность и возбудимость; 2) безудержный тип реагирования на внезапные раздражители; 3) уход от реальности; 4) постоянная фиксация на обстоятельствах травмировавшего события; 5) предрасположенность к агрессивным реакциям, неуправляемым (Kardiner, 1941).

У военнопленных и узников концентрационных лагерей встречались аналогичные типы нарушений (Etinger, Strom, 1973).

В связи с военными конфликтами, природными и техногенными катастрофами, возникает новый интерес к этой проблеме в отечественной психиатрии и постигшем нашу страну в последние десятилетия. Тяжелыми особенно по последствиям были авария на Чернобыльской АЭС (1986) и землетрясение в Армении (1988).

Для научных исследований американских психологов и психиатров, стала война во Вьетнаме. Она послужила мощным стимулом. К концу 70-х годов ими были накоплены значительные материалы о личностных и психопатологических расстройствах у участников военных действий. Похожая симптоматика выявлялась у лиц, пострадавших в других ситуациях, близких по тяжести психогенного воздействия. В связи с тем, что этот симптомокомплекс не соответствовал ни одной из общепринятых нозологических форм, в 1980 г. М. Горовиц (Hogowitz, 1980) предложил выделить его в качестве самостоятельного синдрома, назвав его «посттравматическим стрессовым расстройством» (posttraumatic stress disorder, PTSD). В последующем группа авторов во главе с самим М. Горовицем предложила диагностические критерии «посттравматического стрессового расстройства», использованные сначала для американских классификаций психических заболеваний (DSM-III и DSM-III-R), а позже (практически без изменений) – для МКБ-10 (Смулевич, Ротштейн, 1983).

Исследования ПТСР-синдрома в 1980-х гг. стали еще более широкими. В США с целью развития и уточнения различных аспектов ПТСР было выполнено большое количество исследований. Это работы Эгендорфа с соавторами (Egendorf et al., 1981) и Бо-

уландера с соавторами (Boulander et al, 1986). Первая работа направлена на сравнительный анализ особенностей адаптационного процесса у вьетнамских ветеранов и их не воевавших ровесников, вторая работа направлена на изучение особенностей отсроченной реакции на стресс у того же контингента. На сегодняшний день результаты этих исследований не утратили своей важности. Результаты международных исследований были обобщены в коллективной, состоящей из двух томов монографии «Травма и ее след» (Figley, 1986), где приводятся результаты изучения последствий стресса у жертв геноцида, а также особенности развития ПТСР военной этиологии и других трагических событий, насилия над личностью.

Также в 1988 г. были опубликованы различные аспекты послевоенной адаптации ветеранов вьетнамской войны, а также данные общенациональных ретестовых исследований (Kulka et al., 1990). Эти работы позволили уточнить множество вопросов, связанных с диагностикой ПТСР и природой.

В 50-60-годы 20 века начались систематические исследования постстрессовых состояний, вызванных переживанием индустриальных и природных катастроф. Количество исследований, проведенных с ветеранами боевых действий, намного больше, чем число работ по последствиям катастроф, которые выявляют наличие ПТСР. В рамках данных исследований, можно привести два специально организованных исследования, задачей которых было установление представленности ПТСР среди жертв наводнения и урагана (Green, 1990; Green et al., 1983; Modi, 1985).

## **2. Отсроченные реакции на стрессовую ситуацию: понятие, этиология, стратегии поведения, динамика переживаний травматической ситуации**

Существует большое количество факторов, от которых зависит возникновение отсроченных реакций на травматическую и стрессовую ситуацию. Эти факторы могут быть связаны с самой ситуацией, с индивидуальными физиологическими и психическими характеристиками человека, пережившего ее.

Мы будем называть эти отсроченными реакциями на сильную стрессовую ситуацию, как комплексы изменений в психической,

эмоциональной сфере и изменениях в поведении, возникающих после получения человеком психической травмы.

Психическая травма – это следствие стрессогенного и травматического воздействия. Данная травма предполагает крайнюю (экстремальную) степень стрессогенности фактора, разрушающего систему личностных индивидуальных защит, приводящие к глубинным нарушениям (от психологических до биологических) целостной системы функционирования каждого человека (Лазебная, 2003).

Травматический опыт невозможно уложить в повседневные алгоритмы поведения человека. Это те ситуации, в которых была угроза жизни, безопасности (психологической, физической) человека, были затронуты базовые инстинкты человека: инстинкт сохранения рода, инстинкт самосохранения.

В литературе приведены случаи, когда во время землетрясения люди выпрыгивали из окон верхних этажей зданий. Ситуации, когда отцы в первую очередь спасались сами и забывали о собственных детях. Однако эти действия не являлись преднамеренными, а были обусловлены инстинктом самосохранения (Кекелидзе, 2004).

Принятие сразу всей ситуации для психики разрушительно. Механизм вытеснения, как один из мощных механизмов психологической защиты, дозировано дает психике симптом за симптомом, напоминая о случившемся.

Отсроченные реакции – это реакции, которые происходят не в момент сильного стресса, а когда ситуация сама по себе уже завершена (произошло изнасилование, ограбление, ветеран вернулся из зоны боевых действий и т.д.), но психологически для человека она не закончена. Такие реакции могут возникать на фоне общего благополучия спустя продолжительное время после события.

Психологическая травма – это «душевная рана», которая беспокоит, «болит», ухудшает качество жизни, приносит дискомфорт, приносит страдание окружающим близким людям и самому человеку. Психологическая травма, как и любая рана, может быть различной степени выраженности, и, соответственно, «лечение» будет разным.

По разным причинам и у разных людей, рана может постепенно затягивается сама по себе и «заживает» «больное место» естественным путем. Существует определенная последовательность этапов переживания, приводящая психику к восстановлению. В этих случаях происходит осмысление и отреагирование,

принятие человеком случившегося, не как травматического, но как часть своей собственной биографии и своего жизненного опыта.

**Этиология** (причины). Общими условиями развития травматического стресса являются следующие:

- воспринимал человек ситуацию как невозможную;
- человек не мог эффективно противодействовать ситуации (бежать или бороться):
  - не мог человек эмоционально разряжать энергию (был в состоянии оцепенения);
  - более ранее присутствие в жизни человека неразрешенных травматических ситуаций.

Девушка, находившаяся в аквапарке «Трансвааль-парк» физически не пострадала в момент его обрушения (Москва, февраль 2004 г.), из обрушившегося здания выбралась самостоятельно, жив остался и ее брат, находившийся с ней в момент происшествия. Но когда, она увидела репортажи о событиях в Беслане (сентябрь 2004 г.), резко почувствовала себя хуже.

Предрасполагающим фактором к получению психической травмы может быть физиологическое состояние в момент получения травмы, особенно физическое переутомление на фоне приема пищи и нарушения режима сна.

Отсутствие социальной поддержки, относится к условиям возникновения эмоциональных нарушений, а также тесных эмоциональных связей с окружающими людьми (членами семьи, друзьями, сослуживцами) (см. табл. 2).

*Таблица 2*

Факторы, влияющие на степень воздействия на человека сильной стрессовой ситуации

<b><i>Факторы, усиливающие травматический стресс</i></b>	<b><i>Факторы, ослабляющие травматический стресс</i></b>
Восприятие случившегося как крайней несправедливости	Восприятие случившегося как вероятного
Неспособность и (или) невозможность хоть как-то противостоять ситуации	Частичное принятие ответственности за ситуацию
Пассивность в поведении. Наличие незавершенных ранее травм	Поведенческая активность. Наличие положительного опыта самостоятельного разрешения сложных жизненных ситуаций

Физическое переутомление	Благоприятное физическое самочувствие
Отсутствие социальной поддержки	Психологическая поддержка со стороны членов семьи, друзей, сослуживцев

Большое значение также и предварительная оценка личностью ситуации. Более длительной и интенсивной оказывается реакция на антропогенные (социальные) катастрофы, где имеет место человеческий фактор (террористический акт, военные действия, изнасилование), чем на природные катастрофы.

Катастрофические последствия природных ЧС пострадавшими расцениваются как «воля всевышнего», и если возникает чувство собственной вины в связи с происшедшим, то она чаще всего связывается с тем, что не были приняты меры по обеспечению безопасности. При антропогенных катастрофах у пострадавших появляется чувство агрессивности и ярости, которые могут быть направлены на лиц, которых считают виновниками происшествия (Кекелидзе, 2004).

В литературе условно выделяют два пути развития ситуации после очень сильного стресса.

- Человек приобрел травматический опыт, признался себе в этом (!) и постепенно проживает его, вырабатывая более или менее конструктивные способы совладания с ним.

- Человек приобрел травматический опыт, но личностное отношение к происшествию отсутствует (закономерность, случайность, знак свыше), вытеснил его из сознания, постарался «забыть» его, запустив неконструктивные способы совладания с проявлением симптомов отсроченных стрессовых реакций.

Любая отсроченная реакция на травму – нормальная. В одном случае, постепенно человек проживает ситуацию самостоятельно; во втором самостоятельно он сделать этого не может. В любом из этих случаев сильных душевных переживаний и страдания не избежать.

**Стратегии поведения.** Специалисты различают несколько стратегий поведения людей, переживших психическую травму.

Лица, пережившие психическую травму, преследуемые навязчивыми мыслями и воспоминаниями о травме, по прошествии времени, начинают организовывать свою жизнь таким образом,



чтобы избежать и вытеснить воспоминания и эмоции, которые ими провоцируются. Избегание может принимать разные формы – например, уход от напоминаний о событии, злоупотребление алкоголем или наркотиками, чтобы заглушить осознание сильного внутреннего дискомфорта.

Исследование, проведенное учеными из Нью-Йоркской медицинской академии и опубликованное в Американском журнале эпидемиологии:

*Исследователи задавали вопросы о привычках, касающихся потребления психоактивных веществ до и после 11 сентября 2001 г.*

*Среди тех, кто курил, стали курить больше, примерно 10 %. Среди тех, кто принимал алкоголь, более 20% ответили, что стали пить больше. В результатах исследования не обнаружено каких-либо этнических или расовых различий, но большей склонностью к увеличению потребления психоактивных веществ отличались те люди, которые были старше 65 лет, имели низкий уровень доходов, были одиноки или разведены.*

Часто наблюдается в поведении людей перенёвших психическую травму, неосознанное стремление к повторному переживанию травматических событий. Этот поведенческий механизм проявляется в том, что неосознанно человек стремится к участию в ситуациях, сходных с начальным травматическим событием в целом или каким-то его аспектом. Этот феномен называется компульсивным поведением и наблюдается практически при всех видах травматизации.

Наемниками становятся ветераны боевых действий. Женщины, подвергшиеся насилию, вступают в болезненные для них отношения с мужчинами, которые с ними плохо обращаются. Занимаются проституцией повзрослевшие люди, которые перенесли в детстве ситуацию сексуального домогательства.

Особенно часто, пострадавшие дети, перенесшие травму, склонны обвинять в случившемся самих себя. Взятие частичной ответственности на себя в этом случае позволяет компенсировать чувства уязвимости и беспомощности.

Лучший прогноз восстановления имеют жертвы сексуального насилия, обвиняющие в случившемся себя, чем те, кто не принимает на себя ответственности.

**Конструктивными стратегиями** борьбы с пережитой травмой являются:

- Попытка избавиться от несчастья других.

Например, среди американских полицейских достаточно много людей, пострадавших в детстве от насилия.

- Поиск защитника. Чаще всего это женщины, с которыми плохо обращались в детстве. Они склонны к очень сильной привязанности и зависимости от своих мужей (не могут заснуть одни, не могут ни на день с ними расстаться и пр.).

- Кооперация. Это объединение с людьми, пережившими похожую ситуацию, вступление в общественную организацию (общества ветеранов, общества обманутых вкладчиков, выздоравливающих наркоманов, жертв насилия в семье и т.п.).

Вышеописанные стратегии поведения не отменяют общей динамики переживания травматической ситуации.

**Динамика переживания травматической ситуации.** Динамика переживания травматической ситуации состоит из четырех этапов.

*Первый этап* – фаза шока или отрицания. На этой фазе, наступающей сразу после действия травмирующего фактора, человек не может принять произошедшее на эмоциональном уровне, психика защищается от разрушительного действия травматической ситуации. Этот этап, чаще всего, относительно непродолжителен.

*Второй этап* носит название фазы вины и агрессии. Постепенно начиная переживать случившееся, человек пытается обвинять в произошедшем тех, кто косвенно или прямо имел отношение к событию. Далее человек направляет агрессию на самого себя и испытывает сильное чувство вины («Если бы я поступил иначе, этого бы не случилось»).

*Третий этап* – это фаза депрессии. После того, как человек понимает, жизнь становится бессмысленной: «Ничего не изменишь, что бы я ни делал» сопровождается чувствами брошенности, беспомощности, собственной бесполезности, одиночества. Человек не видит выхода из создавшегося положения, жизнь становится бессмысленной: «Что бы я ни делал, ничего не изменишь», теряет ощущение цели.

На данной стадии очень важна корректная поддержка близких. Но очень часто, человек переживающий травму, редко ее получает, поскольку окружающие бессознательно боятся «заразиться» его состоянием. Кроме того, человек в депрессивном настроении неуклонно теряет интерес к общению («Никто меня не понимает»), чувство одиночества усиливается, общение прерывается, так как собеседник начинает его утомлять.

*Четвертый этап* – фаза исцеления. На этом этапе характерно полное (эмоциональное и сознательное) принятие своего прошлого и обретение нового смысла жизни: «То, что случилось, действительно было, я не могу этого изменить; я могу измениться сам и продолжать жизнь, несмотря на травму». Человек может и способен извлечь из произошедшего полезный жизненный опыт.

Данная последовательность является конструктивным развитием ситуации. Если пострадавший не проходит фазы проживания травматической ситуации, и они слишком затягиваются, не приходят к логическому завершению, появляются симптомокомплексы, справиться с которыми уже не может он самостоятельно.

### **3. Суицидальное поведение. Формы суицидальной активности**

Одной из основных причин самоубийства является социально-психологическая дезадаптация личности. Когда при неблагоприятном стечении жизненных обстоятельств или при субъективной интерпретации данных обстоятельства они рассматриваются как неразрешимые.

Независимо от условий, причин и форм дезадаптации, принятие суицидального решения предполагает необходимый этап личностной переработки конфликтной ситуации, которая преломляется через систему личностных ценностей, установок, что и определяет выбор того или иного варианта поведения: активного, пассивного, суицидального, агрессивного и др. (Тихоненко, Сафуанов, 2004).

*Различают внутренние и внешние формы суицидальной активности.*

Внутренние формы суицидальной активности включают суицидальные представления, мысли, переживания, а также суицидальные тенденции, состоящие из намерений и замыслов.

Внешние формы суицидальной активности – суицидальные действия – включают завершённые суициды и суицидальные попытки.

*К внешним факторам*, формирующим суицидальные намерения, относятся:

- несправедливое отношение (обвинения, оскорбления, унижения) со стороны окружающих и родственников;
- ревность, развод, супружеская измена;
- болезнь, смерть близких и потеря значимого другого;
- социальная изоляция и одиночество;
- недостаток внимания заботы со стороны окружающих;
- половая несостоятельность;
- соматические заболевания;
- физические страдания;
- материально-бытовые трудности и социальная неустроенность.

*К внутренним факторам* можно отнести: тяжёлые болезни, реальные или мнимые неудачи, комплексы вины, резкое изменение социального статуса (потеря работы в связи с инвалидностью).

Ведущий американский суицидолог, руководитель и основатель ряда Центров исследований и профилактики самоубийств, Э. Шнейдман (2001) феноменологию суицида описывает следующими характеристиками:

- Целью общей для суицида является поиск решения. Самоубийство всегда представляется способом решения проблемы, выходом из создавшегося положения, конфликта, кризиса, невыносимой ситуации.

- Общей задачей суицида является прекращение сознания. Самоубийство понимается как стремление к полному выключению сознания и прекращению невыносимой психической боли.

- Невыносимая душевная боль является общим стимулом к совершению суицида. Суицид – это не только движение по направлению к прекращению сознания, невыносимой боли, но и бегство от нестерпимых чувств, неприемлемых страданий.

- При суициде общим стрессором являются фрустрированные психологические потребности (нереализованные психологические потребности в заботе, любви, понимании и прощении).

Из дневника суицидентки: *«Прошел уже год, как я не заглядывала в дневник, пришлось долго вылезать из мыслей о своей смерти. Так удобно было спрятаться от себя и проблем в эти мысли. Под покрывалом их я могла не вспоминать, могла не думать о том, что меня волнует, как он бросил меня в тот момент, когда был нужен больше всего на свете, потому что он трус, а у меня серьезное заболевание и вылезли все волосы. В воронку мыслей о смерти погрузилась за месяц, а выползла год миллиметр за миллиметром, пришлось впустить в себя все то, что со мной произошло. Сегодня первый день, когда мне не хочется думать о смерти».*

- Общей суицидальной эмоцией является безнадежность – беспомощность.

- Общим внутренним отношением к суициду является амбивалентность.

Люди, испытывают двойственное отношение к жизни и смерти, которые совершают самоубийство, даже в тот момент, когда они кончают с собой. Они желают умереть, но одновременно хотят, чтобы их спасли.

- Сужение сознания, является общим состоянием психики при суициде – это резкое ограничение выбора вариантов поведения, обычно доступных сознанию данного человека в конкретной ситуации, – «все или ничего».

- Общим коммуникативным действием при суициде является сообщение о своем намерении. Большинство людей, которые намереваются совершить самоубийство, несмотря на амбивалентное отношение к планируемому поступку, исподволь, безотчетно или сознательно подают сигналы бедствия в виде косвенных или прямых словесных поведенческих проявлений или сообщений.

*Выделяют несколько видов суицида, основные из них:*

- Демонстративный, который своей целью предполагает не лишение себя жизни, а лишь демонстрацию этого намерения, хотя не всегда осознанную.

- Истинный, который имеет целью лишение себя жизни. В качестве конечного результата выступает смерть, однако степень желаний смерти может быть различны, что отражает степень реализации суицидальных тенденций и их условий.

Истинная форма встречается очень часто у людей с ПТСР. Они ищут облегчения от интенсивного страдания и возникает

ощущение, что не существует никого, кто бы мог помочь с этим страданием.

В Вооруженных Силах Российской Федерации 10% самоубийств среди офицерского состава со времен первой чеченской компании, было совершено на почве посттравматического стрессового расстройства (Войцех, Кучер, Костюкевич, Биркик, 2004).

В отдельных случаях, когда человек принимает решение о суициде, он внешне успокаивается и старается вести себя «ярко» по отношению к друзьям и семье.

*Ветеран, офицер нескольких локальных войн, застрелился, сводив перед этим свою семью в «хороший» ресторан.*

Часто суицид происходит импульсивно, когда какое-либо событие является «последней каплей» в «чаше негативных эмоциональных переживаний» человека.

В сентябре 2004 г. после известных событий в Беслане в Москве перед попыткой суицида одна женщина написала в своем дневнике: «...Нет возможности защитить своих детей....Нет ощущения безопасности..... есть ощущение безысходности и обреченности...»

В современной литературе широко распространены понятия «саморазрушительного» или «аутодеструктивного» поведения. Суицид, считают, является крайней точкой взаимопереходящих форм саморазрушительного поведения.

К саморазрушительному поведению, наряду с суицидальным, относит злоупотребление наркотиками, алкоголем, сильнодействующими медикаментозными средствами, а также курение, упорное нежелание лечиться, намеренную рабочую перегрузку, рискованную езду на автотранспортных средствах (особенно управление мотоциклом и автомобилем в нетрезвом состоянии), увлечение экстремальными видами спорта.

## **5. Психологическая диагностика посттравматических стрессовых расстройств. Система, принципы и методы психологической коррекции и реабилитации лиц с постстрессовыми состояниями**

Эффективность социально-психологической работы по коррекции постстрессовых состояний зависит от конкретных целей, обусловленных специфическими особенностями пережитой лич-

ностью экстремальной ситуации, и выбором адекватных по содержанию психодиагностических средств. Разработка и научное обоснование конкретных реабилитационных программ должны быть составлены на основе результатов психодиагностического обследования лиц, принимавших участие в экстремальных ситуациях. Поэтому психодиагностический этап представляется необходимым при выборе стратегии и методов психотерапевтической работы с каждым конкретным субъектом. Психодиагностика в сочетании с содержательной частью эмпирических данных способствует выделению и сравнению наиболее существенных проявлений посттравматического стресса у сотрудников и позволяет решить следующие задачи:

- 1) постановка диагноза (определение психологического состояния, которое включает симптомы и причины их возникновения);
- 2) оценка степени тяжести психических нарушений, т. е. оценка дезадаптации;
- 3) определение так называемой «группы риска» на основании предрасполагающих факторов;
- 4) постановка целей и задач психотерапевтического воздействия, т. е. выделение «мишеней» психотерапии; 117 прогноз эффективности психотерапии;
- 5) оценка эффективности психотерапевтического воздействия;
- 6) прогностическая оценка возможных видов психологической помощи, которые могут потребоваться в процессе реабилитации сотрудников.

Планирование психокоррекционной работы должно строиться на основе диагноза, который включает в себя оценку общего психологического состояния, группы первичных симптомов и их сравнение с результатами психодиагностики. Организация психотерапевтической, реабилитационной и психопрофилактической работы может быть построена на использовании различных психологических методов, которые исследуют природу и предрасположенность личности к развитию стрессовых нарушений. По своему "...содержанию и тематической направленности они могут быть разделены на две группы. Первая группа – методики отечественных психологов, а также методики-версии, переведенные на русский язык с широким диапазоном применения: от профессионального отбора до выявления психических расстройств у сотруд-

ников. Специалисты отмечают, что прогностическая валидность этих методик проблематична, а надежные методические средства для выявления отсроченных реакций на травмирующие обстоятельства с последующей эффективной психокоррекцией отсутствуют. К этой группе относятся методики: СМИЛ – адаптированный Л. Н. Собчик вариант ММРІ, ММИЛ – адаптированный вариант ММРІ Ф. Б. Березина, тест Равена, краткий отборочный тест (КОТ), цветовой тест Люшера и др. При проведении целевых обследований используются: опросник депрессивности Бека (BDI), опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R), шкала оценки выраженности тяжести воздействия травматического события, (IOES-R), опросник личностной и "...ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина. Вторая группа представлена значительным объемом, разнонаправленностью клинических методик и их модификаций. Ведущим инструментом дифференциальной диагностики всего комплекса расстройств является метод структурированного клинического интервью (SCID – Structured Clinical interview for DSM-III-R) по критериям DSM-III-R. Для изучения стрессовых расстройств военной этиологии применяется Миссисипская шкала; субшкала PTSD, "...разработанная на базе ММРІ, шкала оценки тяжести воздействия травмирующего события Горовитца, опросник травматического стресса (ОТС) И. О. Котенева, тест психиатрической оценки общей патологии Эндикотта и Шпицера; опросник 90 симптомов психических нарушений Дерогатиса; Цинцинатская шкала возможных реакций на стрессовую реакцию; шкала Горовитца возможных сознательных типов поведения в послевоенной жизни. Диагностика факторов стрессогенного характера осуществляется на основе опросника Боевого опыта и специфических стрессоров Вильсона и Крауса; опросника оценки воображения QMI; шкала интернальности Роттера; шкала Стреча, определяющая меру социальной поддержки. Хотя симптомы ПТСР хорошо известны, диагностировать его не просто, поэтому для его диагностики необходим тщательно собранный анамнез, который сможет выявить симптоматику и будет лежать в основе разработки психокоррекционных мероприятий.

*Система, принципы и методы психологической коррекции и реабилитации лиц с постстрессовыми состояниями.*

В настоящее время все больше утверждается точка зрения о необходимости преемственности мер психологической подготов-



ки, психологического сопровождения и психологической реабилитации, их сочетания с фармакологической коррекцией, семейной терапией, социальной поддержкой. В процессе оказания психотерапевтической помощи пациентам с пострессовыми реакциями, Р. Гринкер и Д. Шпигель разработали систему комплексного психотерапевтического воздействия. Составными элементами данной системы были: наркосинтетический метод (использование снотворного для облегчения катарсиса); психотерапия с ограниченным количеством сессий; терапия длительным сном; трудотерапия; групповая психотерапия и общая атмосфера психологического комфорта для пациентов.

Все большее распространение получают также различные формы групповой психотерапии. Так, особое внимание в литературе уделяется методике структурированного обсуждения критического инцидента «дебрифинг». Особенности групповой работы с участниками боевых действий обусловлены как психогенными последствиями боевой стрессовой среды, так и вероятными психотравмирующими факторами постэкстремальных социальных условий. Необходимо отметить, что именно групповая работа в данных условиях является наиболее эффективным средством психологической поддержки и помощи. Работа данной стратегии состоит в конструировании микросоциальной среды в виде группы встреч и общения сотрудников и членов их семей, где могут быть и должны отреагированы все психотравмирующие обстоятельства и факторы постэкстремальной жизни. Тактика работы с группой должна строиться исходя из необходимости её структуризации, через добровольное, инициативное распределение социальных ролей между участниками. Все это будет происходить в соответствии с законами групповой динамики. Ключевым фактором в преодолении и предупреждении отрицательных последствий стрессовых ситуаций, является психологическая поддержка. Человек, переживший травмирующее событие, испытывает обостренную потребность осмыслить и выразить свой опыт в процессе общения. Отсутствие социальной поддержки часто порождает агрессивность, злобу, демонстративные реакции, другие проявления личностной и социальной деформации. Программы оказания психологической помощи предусматривают поэтапность и ее дифференцированный

характер. Целями психологической помощи на всех этапах являются:

- дать человеку выразить свои реакции и переживания и оценить их характер;
- восполнить «информационный вакуум», через предоставления необходимой информации;
- внушить и поддержать уверенность в себе;
- побудить к скорейшему возвращению к нормальной деятельности.

Практически все исследователи, изучающие возможности коррекции ПТСР, в качестве высокоэффективных методов упоминают групповую и семейную психотерапию. Таким образом, в экстремальных условиях деятельности возникновение травматического стресса среди профессионально подготовленных и обученных людей обусловлено интенсивностью и спецификой травматического воздействия. Современная модель психотерапии и психокоррекции стресса должна представлять собой систему психологической диагностики, 120 психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии, а также специально направленных реабилитационных мероприятий. Система социально-психологической реабилитации и коррекции постстрессовых состояний сотрудников должна быть обоснована и построена на комплексном подходе к *изучению посттравматического стресса и дальнейшей организации* психореабилитационной работы. При коррекции ПТСР необходимо учитывать остроту, длительность, массивность, повторность и субъективное значение психической травмы для личности.

### **Контрольные вопросы для самопроверки**

1. Дайте определение понятию психическая и психологическая травма.
2. Опишите отсроченные реакции на стрессовую ситуацию.
3. Охарактеризуйте внутренние и внешние формы суицидальной активности.
4. Назовите принципы психологической коррекции и реабилитации лиц с постстрессовыми состояниями.

## Литература

1. Дворянчиков, Н. В. Проблема изучения, диагностики и коррекции постстрессовых реакций // Социальные проблемы развития современного российского общества: Материалы научно-теоретической конференции. – М.: Московский государственный университет путей сообщения, 2008. – С. 109–120.
2. Психология экстремальных ситуаций: учеб. пособие / сост. И.А. Семенова. – Ульяновск: УВАУ ГА (И), 2012. – 138с.
3. Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных / под общей ред. Ю.С. Шойгу. – М.: Смысл, 2007. – 319 с.
4. Малкина–Пых, И. Г. Психология кризисов / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2008.
5. Малкина–Пых, И. Г. () Экстремальные ситуации / И.Г. Малкина–Пых. – М.: Эксмо, 2006. – 960 с.
6. Ромек, В.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях/ В.Г. Ромек, В.А. Конторович, Е. И. Крукович. – СПб. : Речь, 2005. – 256 с.
7. Тарабрина, Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса/ Н.В. Тарабрина – СПб: Питер, 2001. – 271 с.

## 12. Переживание горя. Психологическая работа с горем

### План

1. Клинические (медицинские) аспекты реакции горя.
2. Психологическое понятие горя.
3. Психологическая работа с горем.

### 1. Клинические (медицинские) аспекты реакции горя

Понятие «горе» является психологическим и как медицинский термин не используется. В медицине представлена феноменология различных расстройств, вызванных переживанием горя, утраты.

В DSM-III-R (Диагностическое и статистическое руководство по психическим заболеваниям Американской Ассоциации Психиатров) имеется специальная шкала тяжести (ось IV) психосоциальных факторов, вызывающих стресс. Смерть ребенка или одного из супругов рассматривается как катастрофический острый стресс и кодируется б как самый высокий уровень тяжести (Каплан, Сэдок, 1994).

В DSM-IV не используется уже термин «неосложненная реакция утраты», входивший в DSM-III-R, а реакция утраты отнесена к

«прочим состояниям, которые могут потребовать медицинской помощи». Термин «реакция утраты» в соответствии с этой классификацией, может использоваться при формулировке развернутого диагноза (Каплан, Сэдок, 1994; Психиатрия, 1998)

Как патологические по МКБ-10 реакции горя любой длительности расцениваются на основании их формы и содержания (Международная классификация болезней, 1994). Реакцией так называемого «нормального» горя считается реакция, которая «соответствует общепринятым в данной культурной среде нормам и продолжается, как правило, не более шести месяцев». Если такая реакция продолжается более шести месяцев, но при относительно нормальном содержании и форме, то данная реакция рассматривается как расстройство – «Пролонгированная депрессивная реакция» код МКБ-10 F43.21. Патологические адаптационные расстройства по МКБ-10 могут наблюдаться в следующих клинических вариантах:

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

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

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

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

также определенные формы регрессивного поведения, например, энурез или сосание пальца.

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

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

F43.28 – с другими уточненными преобладающими симптомами.

Депрессия является одним из серьезнейших психических расстройств, возникающих после смерти близкого человека. Клинически выраженная депрессия сохраняется в течение года у 15–20 % людей, переживающих утрату.

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

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

Если депрессия протекает с психотическими симптомами (F32.3), то на высоте эпизода могут возникать бредовые идеи самообвинения в смерти близкого человека. Человек, перенесший утрату – смерть близкого, возлагает на себя грехи всего человечества, считает, что должен искупить их или своей смертью или, иногда ценой вечной жизни (синдром Агасфера). Кроме того, мысли могут подтверждаться слуховыми или обонятельными галлюцинациями. В результате подобного рода переживаний возникают заторможенность и депрессивный ступор.

Горе родителей, потерявших ребенка, может быть выражено сильнее и более деструктивно влиять на личность, чем утрата значимого взрослого. Как правило, чувство вины и беспомощности,

всепоглощающе, и проявления скорби делятся практически всю жизнь. До 50 % супругов, переживших смерть ребенка, разводятся.

В своих классических исследованиях по изучению психических расстройств у овдовевших супругов Clayton P. et al. (1974, 1978) установил у них высокую встречаемость депрессивных симптомов. Хотя эти симптомы уменьшаются по частоте и выраженности с течением времени, но могут вновь появляться с большей вероятностью (чем в контрольной группе лиц, не перенесших тяжелую утрату) через годы после смерти. (Clayton, Darvish, , 1979; Clayton, Herjanic, et al., 1974; Shear, Mulhare, 2008). Также в данном исследовании было показано, что 42% мужчин соответствовали критериям большой депрессии около одного месяца и 16% – после одного года. У некоторых овдовевших супругов (особенно пожилого возраста), были отмечены пугающие их симптомы. Они сообщали, что чувствовали, как к ним прикасался покойный супруг, слышали голос, видели или ощущали их присутствие. Достаточно часто при депрессии отмечается ложное узнавание покойных супругов в толпе.

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

В динамике депрессивная симптоматика имеет тенденцию к изменению и это требует переоценки психического состояния пациента.

На фоне депрессивных и субдепрессивных состояний (Дубницкая, 2000) могут формироваться ипохондрические, диссоциативные расстройства и посттравматические стрессовые расстройства.

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

Диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44) (Каплан, Сэдок, 1994) выражаются в утрате сознательного контроля над памятью и ощущениями, с одной стороны, и над контролированием движений тела – с другой. Ведущая роль отводится психогенным факторам, почти всегда прослеживается тесная связь по

времени с травматическими жизненными обстоятельствами, неразрешимыми и невыносимыми событиями или нарушенными взаимоотношениями.

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

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

Диссоциативный ступор (F44.2) протекает с полной обездвиженностью, мутизмом и ослабленными реакциями на раздражение.

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

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

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

При посттравматическом стрессовом расстройстве (F43.1), формирующим фактором является ситуация непредвиденной потери объекта особой привязанности или значимого другого (Андрющенко, 2000). Формирование посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) при утрате значимого объекта происходит в первые 6 месяцев после психотравмирующего события и продолжается от 6 месяцев до нескольких лет и более. Эти состояния отличаются следующими особенностями: 1) формируются в несколько стадий, приобретая пролонгированное течение; 2) определяются полиморфной психопатологической структурой; 3) в 6–20 % случаев завершаются стойкими резидуальными состояниями с явлениями социальной дезадаптации. Квалификация психических нарушений при патологических реакциях утраты (осложненное горе) с признаками ПТСР, проводимая в соответствии с МКБ-10, выявляет тенденцию к многоосевой диагностике патологии (дистимия, депрессивные эпизоды легкой и умеренной степени тяжести, коморбидные диссоциативные нарушения или соматоформные расстройства с проявлениями невротической ипохондрии).

## **2. Психологическое понятие горя**

Психологи определяют горе как реакцию на утрату значимого объекта, утрату части собственной идентичности или ожидаемого будущего. Обычно термины «горе» и «утрата» используют как синонимы. В узком смысле утрата – это человеческий опыт, связан-



ный со смертью близкого, а горе – это чувства (страдание) и их проявления (например, плач). Реакция утраты может быть вызвана не только смертью близкого, но и, например, удалением части тела (руки, молочной железы), разрывом родственных связей (развод), увольнением с работы, уходом из родного дома, коллектива и т.д. (Психиатрия, 1998; Андрищенко, 2000).

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

Существует несколько классификаций реакций горя. Исследователи выделяют от 3 до 12 стадий или этапов. В этих классификациях предполагалось, что человек, переживающий утрату, движется от стадии к стадии (Боулби, 2003; Сидорова, 2001; Worden, 2008). Однако, некоторые специалисты критикуют данный подход (Сидорова, 2001; Worden, 2008). Они считают, что основная сложность использования этих классификаций заключается в отсутствии четких границ между стадиями, и периодически возникающих рецидивах болезненного состояния, когда пациент возвращается на уже прошедшую, вроде бы успешно прожитую стадию. Еще одной особенностью проявления горя, затрудняющий использование стадийных классификаций и диагностику актуального состояния, является его индивидуальный и изменчивый характер. Кроме того, в определенных случаях некоторые стадии отсутствуют или бывают плохо выражены, и тогда их не удается отследить и/или взять в проработку. Поэтому некоторые авторы предпочитают ориентироваться не на стадии и этапы, а на задачи, которые должны быть выполнены человеком, переживающим утрату при нормальном течении горя (Сидорова, 2001; Worden, 2008).

Таким образом, большинство современных специалистов выделяют многообразные варианты течения и переменчивость переживаний горя, которые значительно отличаются по интенсивности и продолжительности среди культуральных групп и у разных людей (Боулби, 2004; Психиатрия, 1998; Clayton, Darvish, 1979; Clayton, Herjanic, 1974; Shear, Mulhare, 2008)

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

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

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

Неосложненное горе хотя и определяется в некоторой степени временными критериями и глубиной переживаний (Боулби, 2003), но не они являются определяющими. Критериями диагностики неосложненного горя являются:

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

2. Периодическое отвлечение внимания от болезненной реальности смерти.

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

4. Переход от острого горя к интегрированному. Shear M.K. и Mulhare E. выделяют две формы горя (Shear, Mulhare, 2008). Первая – это острое горе, которое возникает сразу после смерти. Оно проявляется выраженной печалью, плачем, непривычными дисфорическими эмоциями, озабоченностью мыслями и воспоминаниями об ушедшем человеке, нарушенными нейровегетативными функциями, сложностью концентрации внимания и относительное отсутствие интереса к другим людям и активности в повседневной жизни.

Во время перехода от острого горя к интегрированному интенсивность психопатологических расстройств снижается и человек, переживший утрату, находит путь возврата к полноценной жизни. Утрата интегрируется в автобиографическую память, мысли и воспоминания об умершем более не поглощают все внимание и не ли-

шают трудоспособности. В отличие от острого горя интегрированное горе не занимает постоянно мысли и не нарушает другие виды деятельности. Однако, могут быть периоды, когда острое горе снова актуализируется. Это часто случается во время значимых событий, таких, как праздники, дни рождения, юбилеи, но особенно в «круглые» даты, связанные со смертью близкого человека.

5. Способность субъекта, пережившего утрату, не только признать смерть близкого человека и расстаться с ним, но и поиск новых и конструктивных способов продолжать отношения с умершим (Shear, Mulhare, 2008). Столкнувшись с дилеммой сбалансировать внутренние и внешние реалии, скорбящие постепенно учатся снова воспринимать в своей жизни любимого человека как умершего.

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

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

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

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

заболеваниям или суициду. Такие состояния требуют специфического психотерапевтического и психиатрического вмешательства.

Для людей с осложненным горем характерны специфические психологические установки, связанные с трудностями в принятии смерти близкого человека. Они воспринимают для себя радость как нечто неприемлемое и постыдное, считают, что их жизнь тоже закончилась и что та сильная боль, которую они терпят, никогда не исчезнет. Эти люди не хотят, чтобы горе закончилось, так как чувствуют, что это все, что им осталось от отношений с их любимыми. Некоторые из них идеализируют умершего или пытаются самоотождествляться с ним, перенимая некоторых черт его характера и даже симптомы болезни (Сидорова, 2001).

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

Период траура является формой внешнего выражения печали или горя по причине смерти близкого человека. Этот социальный процесс в большинстве обществ и культур, используя существующие ритуалы и обряды, помогает человеку пережить утрату. В различных культурах траур имеет определённую продолжительность, предписанную обычаями. Преждевременное прекращение траура, как правило, осуждается обществом. К преднамеренному затягиванию этого скорбного периода отношение неоднозначное. Опасность периода траура заключается в том, что человек, переживающий утрату и носящий траур, даже если ему очень плохо, не обращается за помощью, т.к. считается, что этот период необходимо стойко переносить (Уманский, 2012)

За последние годы появились исследования, указывающие на то, что в период траура повышается риск соматических заболеваний. Во многом, это обусловлено тем, что сильный стресс (как сама утрата, так и привыкание к новому жизненному укладу) может вызывать иммунные нарушения, соматические заболевания, быть пусковым механизмом онкопатологии и приводить к манифестации психических расстройств (Андрющенко, 2000; Zisook, Shear, 2009).

### 3. Психологическая работа с горем

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

1. Сопровождение и психологическая поддержка (оказывается близкими людьми).

2. Психологическое консультирование (проводится квалифицированным психологом).

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

1. Сопровождение и психологическая поддержка.

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

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

2. Психологическое консультирование (проводится квалифицированным психологом).

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

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

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

В отношении значимой утраты (смерти близкого человека) большинство практикующих психологов используют стратегии, которые базируются на концепции Worden J. (Дж. Ворден) (Worden, 2008). Ее суть заключается в том, что психологу в работе с клиентом, переживающим утрату необходимо решить четыре психологические задачи: 1) признать факт потери; 2) пережить боль потери; 3) организовать окружение, в котором ощущается отсутствие усопшего; 4) выстроить новое отношение к умершему и продолжать жить. Реакция горя может блокироваться на выполнении любой задачи. За этим может стоять разный уровень патологий. Признаками того, что задача не решается, горе не стихает и не завершается период траура, является низкая активность клиента, его сниженное настроение, появившееся чувство вины и высказывания типа, что «после его смерти я не живу», «не вижу смысла жизни» и т.п. Все это указывает на проявления клинически значимых психических расстройств. Появление суицидальных мыслей является поводом для незамедлительного направления клиента, переживающего утрату к психиатру.

#### **4. Медикаментозное лечение и психотерапия**

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

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

Горе – это острый стресс. Мощный стресс, связанный со смертью близкого человека, вместе со своими последствиями (бессонницей, дневной утомляемостью, раздражительностью) не проходит бесследно. В зависимости от психопатологической симптоматики, при ситуациях, угрожающих психическому здоровью, необходима соответствующая квалифицированная психофармако-

логическая коррекция (транквилизаторы, нейролептики, антидепрессанты, антиконвульсанты).

При осложненном горе психиатр оценивает психический статус пациента, ставит диагноз и в соответствии с ним назначает лечение. В терапии психических расстройств у людей, перенесших утрату, используются все группы психотропных препаратов. На начальных этапах терапии желательно использовать небольшие дозы препаратов, обладающих минимальной поведенческой токсичностью. Терапию лучше начинать с небольших и средних дозы транквилизаторов и минимальных доз мягких нейролептиков. Использование на начальном этапе лечения нейролептиков и антидепрессантов, может резко ухудшить состояние больного. По показаниям могут использоваться нейрометаболические церебропротекторы, ангиопротекторы, вегетотропные препараты, нормотимики, антиконвульсанты (Уланский, 2012).

В случаях труднокурабельных затяжных депрессий с картиной патологических реакций горя, необходимо учитывать наличие коморбидных расстройств личности или расстройств эндогенно-процессуальной природы (Дубницкая, 2000).

#### Психотерапия.

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

Удобной в практическом применении представляется классификация, предложенная J. Bowlby. Автор выделяет 4 стадии реакций утраты: 1) эмоциональный шок, оцепенение, «окаменелость» или протест, 2) тоска и желание вернуть потерянного человека, 3) дезорганизация и отчаяние, 4) реорганизация (разрешение) (Булби, 2003; Булби, 2004; Bowlby, 1980; Bowlby, 1970).

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

Целью психотерапии является экологичная инкорпорация (Князева, Курдюмов, 2005) значимой утраты в психологическое

пространство субъекта, перенесшего смерть близкого человека и его адаптация к «новой» жизни, жизни без умершего.

Для осуществления этой цели лучше всего подходит синергетический подход. Синергетика, как философско-методологический подход – это, по сути, теория самоорганизации в системах различной природы (Князева, Курдюмов, 2005). Человек, как биологическая система в своем развитии имеет внутренние, биологически обоснованные и генетически запрограммированные тенденции, стремления, или «предпочтения», однако эволюция личности во многом социально и психологически детерминировано. С позиций синергетики эволюция сложной системы определяется структурами-аттракторами, благодаря чему для нелинейной системы возможны различные варианты будущего. Понятие «аттрактор» (*attrahere* – лат., притягивать) близко к понятию «цель». Структуры-аттракторы человекосистемы определяют направленность и цели её эволюции.

В синергетической психотерапии лечебный процесс трансформируется и приобретает форму самоуправляемого развития личности пациента. При этом основной акцент делается на организацию психотерапевтического альянса (Уманский, Семке, 2008).

Принципы объединения (формирование терапевтического альянса).

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

Объединение структур возможно лишь при наличии общей цели и при установлении общего темпоритма существования. Врач (иерархически доминантный), как организующий элемент новой мегасистемы, подстраивается (приобретает определенную конфигурацию для образования устойчивой системы) к пациенту. Взаимоотношения врача и пациента превращаются в психотерапевтический альянс, только тогда, когда они, имея определенный энергетический потенциал (пациент не пассивен), становятся не только взаимосвязанными, но и объединяются в функциональную целостность, направленную на достижение единой цели. Таким образом, для формирования психотерапевтического альянса изначально должно произойти качественное сближение врача и пациента.



Подстраиваясь, врач устанавливает с пациентом особые отношения, обращенные в первую очередь к его личности и болезни. Смысл передаваемой информации должен быть доступен пациенту для понимания (антропоцентрический принцип).

Принципы управления.

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

Воздействовать на пациента можно двумя путями: изменениями среды или межличностных (врач-пациент) воздействий-взаимодействий. Правильно построенные межличностные взаимоотношения в системе врач-пациент всегда приносят положительный результат. С точки зрения синергетики неэффективное управление открытыми системами заключается в навязывании им некоей несвойственной и чуждой формы организации или поведения. Используя принцип положительной и отрицательной обратной связи, врач контролирует терапевтический процесс, при необходимости стабилизируя или ускоряя его. Эффект от психотерапевтического воздействия будет только тогда, когда оно будет воспринято пациентом как специфическая процедура, способствующая изменению (т.е. соблюден антропный принцип), и его (воздействия) направленность совпадет с путем эволюционного развития личности. Воздействие должно быть не сильным, но топически точным. Направленность психотерапии определяется аттракторами, формирующими план будущего. Учитывая возможность получения в процессе психотерапии у пациентов, как плавного эволюционного развития, так и эффекта внезапных кризисных изменений, необходимо сделать воздействие максимально мягким и осторожным. Контроль над психотерапевтическими манипуляциями врач осуществляет с помощью обратной связи. Со временем врачебное воздействие должно перейти в самоуправление, осуществляемое пациентом (запускаются процессы самоорганизации) (Уманский, Семке, 2008).

Схему психотерапевтического ведения можно подразделить на три этапа (этап кризисной поддержки, этап стабилизации состояния, и реабилитационный этап), каждый из которых имеет свои

особенности. Главное правило синергетической психотерапии – принятие того темпа работы пациента, который он сам предлагает.

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

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

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

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

Некоторые люди, переживающие утрату, для смягчения душевной боли, пытаются избегать мучительных мыслей о потере. Они могут допускать только позитивные, «приятные» (по выражению Worden J.) (Worden, 2008), мысли об умершем, вплоть до пол-

ной идеализации. Это помогает им избежать неприятных переживаний, связанных со смертью. Для избегания всяческих воспоминаний о покойном определенная часть скорбящих начинает употреблять алкоголь или наркотики. Другие используют «географический способ» – непрерывные путешествия. Третьи – погружаются в непрерывную напряженную работу, что не позволяет им задуматься о чем-либо, кроме повседневных дел.

Такое охранительное поведение имеет свои причины, однако не всегда его нужно исследовать и анализировать. Иногда, вскрывая причины, по которым человек избегает переживаний, связанных с болью утраты, мы можем вызвать еще более сильную боль. В такой ситуации надо ориентироваться на пациента и следуя не впереди него, а за ним, не навязывать своего понимания проблемы, а вести с ним диалог. В данной ситуации это выбор человека, переживающего утрату, выбор, продиктованный его опытом жизни, его эволюцией (Уманский, Семке, 2008). Та часть пациентов, которая соглашается на исследование причин, приведших к блокаде эмоций, часто отмечает ухудшение состояния, у них быстрее и глубже формируется чувство вины по отношению к умершему. Попытки навязать человеку открытое выражение чувств, с целью отреагирования эмоций, не всегда продуктивно. Смена стереотипа поведения, связанного с запретом на открытое проявление чувств может привести к патологической трансформации личности с ее последующей дезадаптацией (Уманский, Семке, 2008).

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

В ситуации смерти близкого человека, переживание горя не должно избегаться или полностью подавляться. При патологических проявлениях этот процесс контролируется и управляется в системе психотерапевт-пациент. В этом же контексте Дж. Боулби писал, что «...раньше или позже, все, кто избегает всех переживаний горя, ломается и впадает в депрессию» (Боулби, 2003; Боулби, 2004; Bowlby, 1980; Bowlby, Parks, 1970).

Таким образом, психотерапевтической целью этапа кризисной поддержки для пациентов, переживающих утрату, является по-

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

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

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

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

При смерти близкого человека всегда срабатывают защитные механизмы (психологические защиты) как бессознательные стратегии, благодаря которым личность снижает тревогу или избегает конфликта ценой искажения реальности: неадекватного восприятия каких либо аспектов внешнего мира или чувств. Защитные ме-

ханизмы включаются по большей части неосознанно, а достигаемый компромисс обычно содержит сокрытие от себя внутренних побуждений или чувств, которые угрожали бы самоуважению или могли вызвать тревогу.

Одним из таких защитных механизмов является отрицание.

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

В норме, после смерти, поведение скорбящего направлено на разрушение связи с умершим близким. Признается факт реальности происходящего, осознание того, что любимый человек умер, ушел и никогда больше не вернется. Однако изредка (в первые дни после смерти) бывают сбои. В этот период, человек, переживающий утрату, бессознательно пытается войти в контакт с умершим. Это может проявляться бессознательным поиском контакта – машинально набирается телефонный номер умершего, видит его, «обознавшись», среди прохожих на улице, покупает ему продукты и т.д. Это поведение «поиска», направленное на восстановление связи, было описано Bowlby, J. и Parks, С.М. (Bowlby, Parks, 1970).

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

Менее патологичная и более часто встречающаяся форма проявления отрицания была названа английским автором Горером мумификацией [цит. по Уманский, 2012). В таких случаях скорбящий сохраняет все так, как было при умершем, готовое в любое время к его возвращению. Например, родители сохраняют комнаты умерших детей. Это нормально, если продолжается недолго, это создание своего рода «буфера», который должен смягчить самый трудный этап переживания и приспособления к потере. Однако, если такое поведение растягивается на годы, реакция горя останавливается и человек отказывается признать те перемены, которые произошли в его жизни, «сохраняя все как было» и не двигаясь в своем трауре – это проявление отрицания. Еще более легкая форма отрицания является ситуация, когда человек, переживающий горе «видит» умершего в ком-нибудь другом. Напри-

мер, овдовевшая женщина видит мужа в своем внуке, считая, что он «вылитый дедушка».

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

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

Третий способ избежать осознания потери, который используют скорбящие – это отрицание необратимости потери. Worden J. (Worden, 2008) приводит пример из своей практики – женщина, потерявшая в пожаре мать и двенадцатилетнюю дочь, два года твердила вслух, как заклинание «я не хочу, чтобы вы умирали». Она говорила это так, как будто ее близкие еще не умерли, и она этим заклинанием может удержать их в жизни. Еще одним примером может служить ситуация, когда после смерти ребенка родители утешают друг друга: «У нас будут другие дети, и все будет хорошо». Подразумевается, что они заново родят умершего ребенка и все будет, как было.

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

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

после смерти не нужно разрушать, поскольку оно входит в нормальную картину мира глубоко религиозных людей.

Имеющие место временные интеллектуально-мнестические нарушения у людей, переживающих утрату, не позволяют в полной мере использовать когнитивные и аналитические подходы. Вследствие этого не целесообразно на первом и втором этапах проводить анализ причин, приведших к патологическому состоянию. Беседы о прошлом врач не инициирует. С пациентом при необходимости может проводиться работа над чувствами вины и долга перед ушедшим. Особое внимание в психотерапии на этих этапах следует уделить повышению самооценки и снижению уровня общей тревоги. Главное – это формирование аттракторов, то, что определяет движение и способствует самоорганизации. Основной метод воздействия – гипносуггестия (Уманский, Семке, 2008).

Этап адаптации к жизни (IV стадия по J. Bowlby). Этап поддерживающей психотерапии. На этом этапе решаются 3 и 4 задачи по Worden J. – организация окружения, в котором ощущается отсутствие умершего и выстраивание нового отношения к нему (Worden, 2008).

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

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

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

Часто у скорбящего вырабатывается, новые способы преодоления возникающих трудностей и тогда перед ним открываются

новые возможности. Это один из способов, каким образом может происходить переформулирование потери в нечто, имеющее и позитивный смысл. Это достаточно успешный вариант завершения третьей задачи (по Worden J.) (Worden, 2008).

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

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

Параллельно выстраиванию новых отношений и организации окружения, человек переживающий потерю должен формировать новое отношение к умершему. Это не изъятие эмоциональной энергии из прежних отношений с умершим и помещение ее в новые связи. Подобного рода трансформация не предполагает ни забвения, ни отсутствия эмоций, а только их перестройку. Чувства к умершему должны сохраниться, но перемениться таким образом, чтобы появилась возможность продолжить жить, вступать в новые эмоционально насыщенные отношения (Worden, 2008).

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

У многих людей есть установка, что если они ослабляют эмоциональное отношение к умершему, то тем самым оскорбляют его память или предают его. В некоторых случаях может возникать страх того, что новая связь может тоже закончиться и придется снова пройти через боль утраты – такое бывает особенно часто, если потеря еще свежа. В других случаях выполнению этой задачи



могут противиться близкие. В качестве примеров можно привести случаи, когда у овдовевшей матери в случае новой привязанности начинаются конфликты с детьми. За этим нередко стоит обида на мать, которая нашла для себя замену умершему мужу, а ребенку нет замены для умершего отца.

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

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

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

Завершение психотерапии не всегда совпадает с окончанием траура, продолжительность которого зависит как от культурально-оговоренных сроков, так и от индивидуального понимания периода скорби. Назвать определенные сроки продолжительности психотерапии затруднительно вследствие индивидуально-личностных особенностей людей, переживающих смерть близкого человека. Такой же точки зрения придерживается Worden J. (Worden, 2008), который считает, что нельзя определить конкретный срок, на протяжении которого будет разворачиваться реакция утраты.

Признаками выздоровления (по Worden J.) можно считать способность адресовать большую часть эмоций не усопшему, а новым впечатлениям и событиям жизни, способность говорить об умершем без сильной боли. Печаль может остаться, она естественна, когда человек говорит или думает о том, кого он любил и потерял, но печаль спокойная, «светлая» (Worden, 2008). Выздо-

рование наступило и психотерапия может быть завершена, когда человек, переживший утрату, вновь способен вести нормальную жизнь. Он адаптировался к новым жизненным реалиям, проявляет интерес к жизни, осваивает новые роли, создает новое окружение и может в нем функционировать адекватно своему социальному статусу и складу характера.

### **Контрольные вопросы для самопроверки**

1. Опишите реакцию «нормального» горя.
2. Перечислите расстройства, которые могут развиваться на фоне депрессивных и субдепрессивных состояний.
3. Опишите специфические психологические установки, характерные для людей с осложненным горем.
4. Перечислите различные аспекты помощи людям, переживающих утрату близкого человека.
5. Проанализируйте психологическое и медицинское понимание определения «горя».

### **Литература**

1. Андрюшенко, А.В. Посттравматическое стрессовое расстройство при ситуациях утраты объекта экстраординарной значимости // Психиатрия и психофармакотерапия. 2000. № 4. С. 104-109.
2. Боулби, Дж. Привязанность. – М.: Гардарики, 2003. 480 с.
3. Боулби, Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей. Москва: Академический проект, 2004. 232 с.
4. Дубницкая, Э.Б. К вопросу адекватной терапии затяжных реактивных депрессий (введение в проблему) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2000. Т. 2. № 4. С. 102-104.
5. Каплан, Г.И., Сэдок, Б.Д. Клиническая психиатрия. Т.1 / Пер. с англ. – М.: Медицина, 1994. 672 с.
6. Князева, Е. Н., Курдюмов, С. П. Основания синергетики: Синергетическое мировидение. 2-ое изд-е. М.: КомКнига, 2005. 240 с.
7. Психиатрия / под ред. Р. Шейдера. Пер. с англ. М.: Практика, 1998. 485 с.
8. Сидорова, В.Ю. Четыре задачи горя // Журнал практической психологии и психоанализа. 2001. № 1-2. С. 18-22.
9. Уманский, С. В., Семке, В. Я. Эволюция хаоса, или синергетическая психотерапия. – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2008. С 304.
10. Уманский, С.В. Тяжёлая утрата и горе. Психологические и клинические аспекты. [Электронный ресурс] // ПСИ-ФАКТОР. Информаци-

онный ресурсный центр по научной и практической психологии. URL:[http://psyfactor.org/lib/psychotherapy5.htm#\\_ftn1](http://psyfactor.org/lib/psychotherapy5.htm#_ftn1) (дата обращения: 02.09.201).

11. Bowlby, J. Attachment and loss: Vol. 3. Loss: Depression and sadness. New York: Basic Books, 1980. 437 p.

12. Bowlby, J., Parks, C.M. Separation and Loss Within the Family // The Child in His Family. In E.J. Anthony & C. Koupernik (Eds.) New York: Wiley-Interscience, 1970. P. 112-124

13. Clayton P., Darvish, H. Course of depressive symptoms following the stress of bereavement // Stress and mental disorder. In: Barrett J., Rose R., Klerman G. (eds). New York: Raven Press. 1979. P. 121-136.

14. Clayton, P. J., Herjanic, M., et al. Mourning and depression: Their similarities and differences // Can. Psychiatr. Assoc. J. 1974. Vol. 19. P. 309-312.

15. Shear, M.K., Mulhare, E. Complicated grief // Psychiatric Annals. 2008. Vol.38, №10. P. 662–670.

16. Worden, J. Grief Counseling and Grief Therapy // A Handbook for the Mental Health Practitioner, Fourth Edition Publisher: Springer Publishing Company, Incorporated. 2008. 248 p.

17. Zisook, S., Shear, K. Горе и тяжелая утрата: что нужно знать психиатрам // Всемирная психиатрия. 2009. Т. 8. № 2. С. 90– 99.

### Раздел 3

## ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ

---

### 13. Профессиональное здоровье специалистов экстремального профиля

#### План

1. Понятие «профессиональное здоровье».
2. Стресс в профессиональной деятельности.
3. «Профессиональное выгорание» как форма нарушений профессионального здоровья специалистов экстремального профиля.
4. Профилактика синдрома профессионального выгорания у специалистов экстремального профиля.

#### 1. Понятие «профессиональное здоровье»

В современном обществе отношение к человеку как к производственной единице претерпело значительные изменения, появилась задача сохранения и поддержания профессионального здоровья. Отечественные и зарубежные психологи пришли к выводу о том, что можно выделить некий универсальный конструкт, определяющий успешность профессионала в любой профессии. Рассматривая человека в качестве субъекта профессиональной деятельности, Е.А. Климов сформулировал следующее определение: профессиональное здоровье – это способность организма сохранять компенсаторные и защитные свойства, обеспечивающие профессиональную надежность и работоспособность в трудовой деятельности (Климов, 1998).

Изучение влияния профессиональной деятельности на человека позволило сформулировать другое определение профессионального здоровья. Профессиональное здоровье, согласно определению, введенному военным врачом, доктором медицинских наук А.В. Пономаренко в 1992 г. применительно к летчикам, – это способность организма сохранять компенсаторные и защитные механизмы, обеспечивающие работоспособность во всех условиях профессиональной деятельности. (Пономаренко, 1992).

Приведенное определение предполагает комплексное изучение человека как субъекта собственной деятельности, не ограничиваясь

только сферой трудовой деятельности. В рамках комплексного подхода предполагается, что качество жизни человека, включая состояние физического здоровья, уровень образования, удовлетворенность взаимоотношениями с другими людьми, длительность жизни, находится в диалектическом взаимодействии с надежностью профессиональной деятельности, профессиональным долголетием.

На качество выполняемой работы человека, приступившего к трудовой деятельности, предварительно прошедшего необходимую подготовку и первичную адаптацию, оказывает влияние множество факторов. К наиболее важным среди них относятся сохранение мотивации в процессе выполнения профессиональной деятельности, переживаемые в ходе выполняемой работы функциональные состояния (психический стресс, утомление, монотония), психологический климат в трудовом коллективе и т.п. Большое значение имеют психогигиенические факторы, такие как соблюдение режима труда и отдыха, учет факторов физической среды, правильная организация рабочего места и другое. В основе надежности личности, включенной в процесс профессиональной деятельности, лежат определенные черты характера, а также уровень нравственности. Ряд из них могут выступать в таком качестве в любом виде профессиональной деятельности.

## **2. Стресс в профессиональной деятельности**

Одна из основных проблем современного общества – необходимость выполнять профессиональную деятельность в условиях экстремальных ситуаций, в состоянии повышенного психического напряжения. Российский психолог, специалист в области психологии профессиональной деятельности Никифоров Г.С. составил классификацию наиболее типичных, распространенных в профессиональной деятельности стрессоров по организации и содержанию трудовой деятельности:

- чрезмерная перегрузка, напряженная психическая деятельность или явная недогрузка в объеме выполняемой работы;
- изменение продолжительности или условий труда;
- внезапное или систематическое отвлечение внимания (неожиданный раздражитель или постоянное воздействие помех и, как следствие, развитие преждевременного утомления);
- условия труда;

- неудобные часы работы;
  - однообразии выполняемой работы;
  - новизна, реорганизация на работе;
  - неблагоприятное воздействие факторов физической среды (температура, шум, вибрация, влажность, кислородная недостаточность, голод, жажда, воздействие перегрузок и т. д.);
  - сменная работа;
  - трудность выполняемой деятельности, в том числе дефицит или неполнота информации, дефицит времени, повышенные требования к безошибочности и скорости действий и др.;
  - качество оборудования;
  - опасность для жизни и здоровья, риск;
  - повышенная ответственность;
  - нарушение биологических ритмов (в том числе нарушение сна);
  - обеспокоенность последствиями ошибочных действий, страх совершить ошибку;
  - неблагоприятное функциональное состояние организма в процессе выполнения деятельности;
  - отсутствие или малое участие в процессе принятия решений;
  - необходимость принимать слишком много решений.
- Профессиональная карьера:
- проблема статуса;
  - неудовлетворительные перспективы продвижения по службе;
  - неясно очерченный круг обязанностей и прав, присущих данной должности;
  - изменение служебных обязанностей;
  - перспектива сокращения (увольнения, безработицы) или преждевременного ухода на пенсию;
  - фрустрация из-за достижения предела своей карьеры;
  - чувство «заложника» выполняемой работы (профессиональный «капкан»): ничего лучшего не найти;
  - недостаток необходимых профессиональных знаний и умений;
  - несбывшиеся надежды;
  - переход на другую работу.
- Оплата труда:
- отсутствие ясности в оплате труда;
  - переживание несоответствия между затратами сил на выполняемую работу и ее оплатой;

- неравная оплата труда.

Взаимоотношения на работе:

- конфликт (неприятности) с руководством;
- плохое руководство;
- взаимоотношения с коллегами по работе;
- ограничения свободы поведения;
- интриги;
- изоляция в рабочей группе.

Внеорганизационные источники стресса:

- проблемы в семье;
- жизненные кризисы;
- финансовые проблемы;
- конфликты личностных ценностей с ценностями, декларируемыми организацией. (Никифоров, 2006).

По мнению автора, наибольшее влияние на этиологию развития стресса, глубину и возможных его последствий оказывают индивидуальные особенности человека. Одни из них, способствуют стрессоустойчивости работника, усиливают его возможности в противодействии стрессогенным условиям внешней среды. Выделяют главные психологические свойства, способствующие приспособлению человека к стрессовой ситуации и ее преодолению, это доброжелательность, оптимизм, самоуважение, волевые качества, чувство юмора. Самообладание является очень важной чертой характера, которая обеспечивает способность человека управлять самим собой, своими чувствами, поведением, при этом сохранять способность к выполнению профессиональных обязанностей даже в самых неблагоприятных условиях. При развитом чувстве самообладания человек при любых обстоятельствах умеет не поддаваться панике, способен подчинить свои эмоции рассудку, сохранять ясность ума, не нарушить организованную структуру своей психической жизни. Для некоторых специалистов, чья профессиональная деятельность связана с работой в экстремальных условиях и ситуациях, самообладание выделяется как одно из главных условий обеспечения надежности и эффективности их деятельности.

### **3. «Профессиональное выгорание» как форма нарушений профессионального здоровья специалистов экстремального профиля**

Понятие «**эмоциональное выгорание**» (*burnout*) впервые ввел американский психиатр Г. Фрейденберг в 1974 году. Синдром профессионального выгорания проявляется нарастающим эмоциональным истощением, связан с продолжительным воздействием стрессообразующих факторов средней интенсивности, связанных с профессиональной деятельностью.

Синдром выгорания подробно описан в концепции В.В. Бойко, согласно которой эмоциональное выгорание – динамический процесс, возникающий поэтапно, в полном соответствии с механизмом развития стресса и состоящий из трех фаз: напряжения, резистенции и истощения.

*Фаза напряжения* включает следующие симптомы:

**1. Симптом «переживания психотравмирующих обстоятельств».** Проявляется усиливающимся осознанием психотравмирующих факторов профессиональной деятельности, которые трудно или вовсе неустранимы. Если человек активно реагирует на обстоятельства профессиональной деятельности, то раздражение ими постепенно растет, накапливается отчаяние и негодование. Неразрешимость ситуации приводит к развитию прочих явлений «выгорания».

Важно подчеркнуть, что все профессионалы сталкиваются со схожими психотравмирующими обстоятельствами. Однако часть специалистов умеют переработать ситуацию, найти то позитивное, что заключено в этих обстоятельствах, определить возможности, которые заключены в них. В этом случае специалист находит ресурс, дающий силы развиваться в профессии дальше.

**2. Симптом «неудовлетворенности собой».** В результате неудач или неспособности повлиять на психотравмирующие обстоятельства, человек обычно испытывает недовольство собой, избранной профессией, занимаемой должностью, конкретными обязанностями.

**3. Симптом «загнанности в клетку».** Возникает не во всех случаях, хотя выступает логическим продолжением развивающегося стресса. В таких случаях часто можно услышать: «Неужели это не имеет пределов», «Нет сил с этим бороться», «Я чувствую безысходность ситуации».



**4. Симптом «тревоги и депрессии».** Обнаруживается в связи с профессиональной деятельностью в особо осложненных обстоятельствах, побуждающих к эмоциональному выгоранию как средству психологической защиты. Чувство неудовлетворенности работой и собой порождают мощные переживания ситуативной или личностной тревоги, разочарования в себе, профессии, в конкретной должности или месте работы.

Вычленение *фазы резистенции* в самостоятельную весьма условно. Фактически сопротивление нарастающему стрессу начинается с момента появления тревожного напряжения. Формирование фазы резистенции происходит на фоне следующих явлений:

**1. Симптом «неадекватного избирательного реагирования».** Этот симптом – несомненный признак «выгорания», когда профессионал перестает улавливать разницу между двумя принципиально отличающимися явлениями: экономичное проявление эмоций и неадекватное эмоциональное избирательное реагирование.

**2. Симптом «эмоционально-нравственной дезориентации».** Не проявляя должного эмоционального отношения к субъекту, профессионал защищает свою стратегию. При этом звучат суждения: «Это не тот случай, чтобы переживать», «Такие люди не заслуживают доброго отношения», «Таким нельзя сочувствовать», «Почему я должен за всех волноваться?». Подобные мысли и оценки, бесспорно, свидетельствуют о развивающейся профессиональной деформации.

**3. Симптом «расширения сферы экономики эмоций».** Такое проявление эмоционального выгорания имеет место тогда, когда данная форма защиты осуществляется вне профессиональной области – в общении с родными, друзьями и знакомыми. Часто именно семья и близкие люди становятся первой «жертвой» эмоционального выгорания.

**4. Симптом «редукции профессиональных обязанностей».**

Термин редукция означает упрощение. В профессиональной деятельности, предполагающей широкое общение с людьми, редукция проявляется в попытках облегчить или сократить обязанности, которые требуют эмоциональных затрат. Появление этого симптома сопровождается более частыми опозданиями на работу, более частыми заболеваниями, длительными перерывами и т.д.

Фаза истощения характеризуется более или менее выраженным падением общего энергетического тонуса и ослаблением нервной системы. Эмоциональная защита в форме «выгорания» становится неотъемлемым атрибутом личности.

**1. Симптом «эмоционального дефицита».** К профессионалу приходит ощущение, что эмоционально он уже не может помогать субъектам своей деятельности. Не в состоянии войти в их положение, соучаствовать и сопереживать, отзываться на ситуации, которые должны трогать, побуждать усиливать интеллектуальную, волевою и нравственную отдачу.

**2. Симптом «эмоциональной отстраненности».** Личность почти полностью исключает эмоции из сферы профессиональной деятельности. Реагирование без чувств и эмоций – наиболее яркий симптом «выгорания». Он свидетельствует о профессиональной деформации личности и наносит ущерб партнерам. Особенно опасна демонстративная форма эмоциональной отстраненности, когда профессионал всем своим видом демонстрирует безразличие и неприязнь к людям.

**3. Симптом «личностной отстраненности, или деперсонализации».** Проявляется в широком диапазоне умонастроений и поступков профессионала в процессе общения.

Человек, которому помогает специалист, воспринимается как неодушевленный предмет, как объект для манипуляций – с ним приходится что-то делать. Наиболее выраженная форма этого симптома: «ненавижу...», «презираю...», «взять бы автомат и всех...». В таких случаях «выгорание» смыкается с психопатологическими проявлениями личности, с неврозоподобными или психопатическими состояниями. Выраженная симптоматика является противопоказанием к профессиональной деятельности в помогающих профессиях.

**4. Симптом «психосоматических и психовегетативных нарушений».** Симптом проявляется на уровне физического и психического самочувствия. Многие из того, что касается субъектов профессиональной деятельности, провоцирует отклонения в соматических или психических состояниях. Порой даже мысль о работе вызывает плохое настроение, дурные ассоциации, бессонницу, чувство страха, неприятные ощущения в области сердца, сосудистые реакции, обострения хронических заболеваний. Наличие это-

го симптома свидетельствует о том, что психологическая защита – «выгорание» – самостоятельно уже не справляется с нагрузками. (Бойко, 1996)

#### **4. Профилактика синдрома профессионального выгорания у специалистов экстремального профиля**

Ю. С. Шойгу с соавторами в своей книге «Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных» разработали методы и приемы, направленные на профилактику профессиональных деструкций.

Использование элементов музыкотерапии практически не имеет противопоказаний и находит широкое распространение среди специалистов экстремального профиля. Хорошо известно, что прослушивание умиротворяющей музыки успокаивает, ритмичная музыка мобилизует. Классическая музыка (И.С. Бах, А. Вивальди) гармонизирует состояние. Музыка, ассоциирующаяся с определенным значимым событием, вызывает психическое состояние, схожее с тем, которое было в момент события. Можно использовать прием компоновки музыкальных фрагментов, когда требуется перейти из одного состояния в другое. Например, если требуется из состояния расслабленности перейти в состояние готовности к действию, то сначала подбирается музыкальный фрагмент, отражающий актуальное состояние, затем переходный фрагмент и последним подбирается фрагмент, ассоциирующийся с состоянием готовности к действию. Противопоказано использование элементов музыкотерапии непосредственно во время работы, требующей значительной концентрации внимания.

Возможны различные способы применения ароматических веществ: это могут быть широко распространенные аромолампы, могут быть ингаляции, компрессы, ванны. Принцип подбора запахов общий: для стимуляции и тонизации используются пряные, теплые, яркие, терпкие запахи. Например, гвоздика, кофе, ирис. Для расслабления используются запахи прохладные, легкие, светлые, например: валериана, роза. Повышению адаптационных возможностей способствует запах мяты. Подбор запахов должен быть сугубо индивидуальным. Вполне вероятна ситуация, когда для большинства людей запах является успокаивающим, а для кого-то ассоциируется с тревожной, напряженной ситуацией и вызывает

именно это состояние. Можно составлять композиции, однако в этом случае лучше не использовать более трех запахов.

Воздействие на биологически активные точки является эффективным способом воздействия на функциональное состояние, основанное на взаимосвязи определенных точек с функционированием органов. При помощи пальцевого надавливания на строго определенные точки можно умеренно, воздействовать на функционирование различных систем и органов тем самым, участвовать в регуляции вегетативных функций, обменных и восстановительных процессов. При надавливании на биологически активные точки, могут возникнуть своеобразные ощущения ломоты, онемения, боли, которые отсутствуют при надавливании на другие точки. Появление таких ощущений является важным и постоянным критерием для нахождения «правильных точек». Точки необходимо находить с наибольшей точностью, что является гарантом лучшего и более длительного эффекта.

Переходя к описанию методов саморегуляции, использование которых желательно после предварительной работы с психологом, хочется отметить, что эти методы включают в той или иной степени приемы управления дыханием, вниманием, воображением, мышечным тонусом скелетных мышц. Эффективность этих методов гораздо выше, чем простых приемов, которые направлены, прежде всего, на ситуативное снятие последствий стресса. Хорошо известно, что глубина последствий стресса зависит не только от самого стрессового воздействия, но от смысла, который мы придаем этому событию и от функциональных резервов. Сложные методы саморегуляции решают не только ситуативную задачу по коррекции актуального психического состояния, но и изменяют систему отношений в гораздо более широком контексте, служат восстановлению функциональных резервов.

Существует огромный пласт литературы, предполагающей самостоятельное изучение этих методов. Однако только под руководством психолога можно благополучно обойти «подводные» камни в обучении этим методам, избежать лишней траты времени, разочарований и максимально эффективно использовать их возможности.

**Нервно-мышечная релаксация** подразумевает расслабление мышц тела. Именно этот метод является базовым для последующих – без овладения навыками расслабления мышц невозможно овладеть

другими методами. Большую роль в релаксации играет внимание к дыханию. Занятия этим методом постепенно формируют привычку отслеживать состояние тонуса мышц в повседневной деятельности, что способствует нормализации психического состояния. Кроме того, осознание напряжения в мышцах может стать первым и самым надежным сигналом о возрастании психоэмоциональной напряженности ситуации (Леонова, Кузнецова, 1987).

**Аутогенная тренировка** была разработана немецким психиатром И. Шульцем в 1932 году. Слово «аутогенная» состоит из двух греческих слов: «ауто» – сам и «генос» – рождающийся, самосоздающийся. Освоив аутогенную тренировку, человек становится значительно спокойней, улучшаются общее самочувствие и сон, изменяется отношение к конфликтным ситуациям. В аутогенной тренировке И. Шульц выделил две ступени: низшую и высшую. Низшая ступень – овладение методами регуляции мышечного тонуса, достижения релаксации путем представления состояния тяжести и тепла; высшая – обучение умению концентрировать внимание на определенных объектах и состояниях (Караяни, 1992).

На сегодняшний день известно множество модификаций аутогенной тренировки при сохранении структуры комплекса упражнений. Нельзя точно сказать, сколько конкретному человеку понадобится занятий, для того чтобы овладеть этим методом. Длительность обучения сокращается, если предварительно изучены теоретические основы метода и освоены приемы управления вниманием, воображением, дыханием, мышечным тонусом. Аутогенная тренировка является мощным методом регуляции состояния, однако подходит не всем.

**Идеомоторная тренировка** представляет собой мысленное проигрывание предстоящей деятельности. Мысленное представление движений вызывает в ослабленном виде все те реакции, которые происходят и в реальной ситуации. Использование идеомоторной тренировки получило широкое распространение при подготовке спортсменов. Существуют модификации идеомоторной тренировки с использованием технических средств: воспроизводящей видеоаппаратуры и т.д. Идеомоторная тренировка успешно используется при выработке сложных двигательных навыков у специалистов экстремального профиля. В то же время, овладение этим чрезвычайно эффективным и простым на первый взгляд ме-

тодом сопряжено со значительными трудностями, преодолеть которые возможно в сотрудничестве с психологом. Прежде всего, это связано с тем, что достижение эффекта возможно только при умении представлять зрительно-чувственные образы.

**Медитативные техники** являются практически неотъемлемой частью религиозных и духовных практик. Так в христианстве – это молитва, в восточных религиях – мантры, созерцание. В современном понимании медитацию можно рассматривать как метод саморегуляции, направленный на управление вниманием. В процессе медитации человек приобретает навык в заданное время сконцентрировать внимание на необходимом образе, процессе или предмете. Развитие способности к концентрации внимания в первую очередь служит для повышения уровня самоорганизации, улучшения внутренней собранности. При регулярных занятиях навык концентрации внимания в медитативных техниках укрепляется, человек становится способным распознавать неконструктивные стереотипы восприятия, мышления, поведения, которые ограничивали его возможности. Осознавая ограничения, человек получает возможность влиять на них, выстраивая новые, более адаптивные стратегии. Таким образом, практикующий медитацию человек получает возможность более осознанно и целенаправленно влиять на свою жизнь, он становится более «интуитивным», благодаря чему возможен инсайт – например, мгновенное понимание трудной ситуации и путей выхода из нее.

Процесс медитации состоит из четырех стадий: расслабление, сосредоточение, собственно медитативное состояние и выход из медитации. Темы для медитаций первоначально подбираются совместно с психологом. В дальнейшем, совершенствуясь в этом методе, можно перейти к самостоятельному подбору образов и тем.

Существует достаточно много методик, построенных на комплексном использовании методов саморегуляции и специализированных методик, разработанных для определенных категорий специалистов. Овладение этими методиками возможно в сотрудничестве с психологом.

**Дибрифинг** является одной из распространенных форм групповой профилактики профессионального стресса специалистов экстремального профиля. Хочется отметить, что во многих подразделениях МЧС России существуют интуитивно найденные

формы, напоминающие дибрифинг. Это практика «разбора полетов». Для наиболее эффективной минимизации нежелательных психологических последствий профессионального стресса необходимо строгое соблюдение процедуры проведения дибрифинга. Процесс дибрифинга как правило, включает в себя три основные части: «вентиляции» чувств в группе и оценивания уровня стресса ведущим; подробного обсуждения изменений восприятия, поведения, самочувствия в процессе работы, затем – психологической поддержки; предоставления информации и мобилизации ресурсов, и планирования дальнейшей работы. Традиционно дибрифинг проводит психолог, в ряде случаев ведущим может стать авторитетный и подготовленный психологом специалист.

**Корпоративная культура** выполняет несколько важнейших функций, которые формируют как внутреннюю среду профессионального сообщества, так и представление профессиональной группы в обыденном сознании людей. Корпоративная культура закрепляет накопленные в опыте профессионального сообщества наиболее приемлемые и сберегающие формы поведения. Корпоративная культура позволяет сформировать взаимответственность различных групп сотрудников МЧС России. Например: спасатели и пожарные, работающие на ЧС; руководители и рядовые сотрудники и т.д. Корпоративная культура дает возможность социальной самоидентификации каждого члена профессионального сообщества. Необходимо подчеркнуть, что приобщение к корпоративной культуре дает возможность овладеть конструктивными стратегиями профилактики и совладания с профессиональным стрессом (в обобщенном виде) каждому сотруднику. А поддержание и развитие корпоративной культуры каждым сотрудником (от рядового сотрудника до специалиста самого высокого ранга) является важным условием группой профилактики профессиональных деструкции.

Все перечисленные методы и приемы направлены на профилактику профессиональных деструкции, однако в ряде случаев самостоятельная профилактика может быть недостаточна (Шойгу, 2007).

### **Контрольные вопросы для самопроверки**

1. Приведите примеры факторов, определяющих «зону стабильности» профессионального здоровья.
2. Приведите примеры приемов саморегуляции.

3. Перечислите методы саморегуляции, применяемые для профилактики профессионального выгорания.

4. Приведите примеры реализации здорового образа жизни (в рамках концепции заботы о себе) конкретным человеком.

### Литература

1. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. – М.: Филин, 1996. – 472с.

2. Климов Е.А. Введение в психологию труда: учебник для вузов. М.: Культура и спорт, ЮНИТИ, 1998.

3. Пономаренко В.А. Психология жизни и труда летчика. – М.: Воениздат, 1992. – 224 с.

4. Психология здоровья: учебник для вузов / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб. Питер, 2006. – 607 с.

5. Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных: учебное пособие / под общ. ред. канд. психол. наук Ю. С. Шойгу. – М.: Смысл, 2007. – 319 с.

## 14. Экстренная психологическая помощь в экстремальных ситуациях

### План

1. Понятие «Экстренная психологическая помощь», основные правила оказания первой психологической помощи.

2. Виды реакций на экстремальную ситуацию и техники экстренной психологической помощи.

3. Принципы и этические нормы специалиста-психолога при работе в чрезвычайной ситуации.

### 1. Понятие «Экстренная психологическая помощь», основные правила оказания первой психологической помощи

Экстренная психологическая помощь – это достаточно нестандартный вид деятельности, связано это с особыми условиями, в которых психологу необходимо осуществлять профессиональную деятельность, необычность условий определяется следующими факторами:

1. Наличие психотравмирующей ситуации. Оказывать экстренную психологическую помощь приходится сразу после собы-



тия, имеющего сильнейшее эмоциональное воздействие на когнитивную и личностную сферы человека. Это могут быть и чрезвычайные ситуации техногенного или природного характера, и не менее стрессогенные факторы воздействиями на человека, как изнашивание, ДТП, смерть близкого человека).

2. Фактор времени – экстренную психологическую помощь всегда необходимо оказывать в короткие сроки.

3. Непривычные условия работы для специалиста психолога (плохие бытовые условия, отсутствие специально оборудованных помещений для работы и т. д.).

4. Большое количество людей, нуждающихся в психологической помощи, в одном месте.

Из вышеизложенного следует вывод, что экстренная психологическая помощь – это краткосрочная помощь людям, перенесшим сильное стрессогенное воздействие (дистресс).

Выделяют основные задачи, на выполнение которых должен опираться психолог при оказании данного вида помощи:

– Поддержание состояния пострадавшего на оптимальном психологическом и психофизиологическом уровне (оказание помощи при острых стрессовых реакциях).

– Психологу-специалисту необходимо избавить человека от негативного эмоционального состояния, возникшего в результате психотравмирующего события, для предупреждения отсроченных неблагоприятных реакций.

– Прекращение и предупреждение проявления ярко выраженных эмоциональных реакций людей, в том числе массовых.

– Психоконсультирование об особенностях переживания стресса и методов борьбы с ним не только пострадавшим, но и их близким, родным, а также специалистам, работающим в условиях ЧС.

– Психологическая помощь профессионалам, принимающим участие в устранении последствий ЧС.

Экстренная психологическая помощь оказывается людям в остром стрессовом состоянии (или ОСР – острое стрессовое расстройство). В международном классификаторе болезней (МКБ-10) **острое стрессовое расстройство** определяется как быстро проходящее расстройство значительной степени тяжести у людей без психических отклонений в ответ на психологический или физиологический стресс, исключительный по своей интенсивности.

Специалисты говорят об острой реакции на стресс в том случае, когда наблюдаются следующие симптомы:

- человек может находиться в состоянии оглушенности, могут также наблюдаться тревога, гнев, страх, отчаяние, гиперактивность (двигательное возбуждение), апатия и т.д., но ни один из симптомов не преобладает длительно;

- симптомы проходят быстро (от нескольких часов до нескольких суток);

- есть четкая временная связь (несколько минут) между стрессовым событием и появлением симптоматики.

Это состояние представляет собой переживание эмоциональной и умственной дезорганизации. (Сухов, Деркач, 1998).

Малкина-Пых И. Г. выделяет следующие принципы оказания первой психологической помощи людям, перенесшим психологическую травму под влиянием экстремальной ситуации:

- Безотлагательность предполагает, что оказание психологической помощи необходимо осуществить в кратчайшие сроки: чем позже человек, перенесший психотравмирующую ситуацию, получит помощь, тем ниже вероятность возникновения хронических расстройств и ПТСР;

- Принцип приближенности выражается в том, что оказывать психологическую помощь лучше в привычной обстановке, не нарушая социальное окружение пострадавшего;

- Ожидание, что прежнее нормальное состояние восстановится. Необходимо поддержать уверенность людей перенесших воздействие ЧС в возможности скорого возвращения нормального психологического состояния.

- Единство психологического воздействия включает в себя обязательные условия: источником оказания помощи должен выступать один человек, или мероприятия по оказанию психологической помощи должна быть единообразной. Простота психологического воздействия выражается в необходимости отвлечь пострадавшего от психотравмирующей ситуации, предоставить отдых, воду, пищу, безопасное место и возможность быть выслушанным (Малкина-Пых, 2005).

Выделяют цели и задачи экстренной психологической помощи: работа с адаптационными возможностями индивида; профилактика острых панических реакций, психогенных нервно-

психических нарушений; психотерапия возникших в результате ЭС пограничных нервно-психических нарушений. Экстренная психологическая помощь пострадавшим должна основываться на работе с симптоматикой, а не с синдромами (Психотерапия в очаге чрезвычайной ситуации, 1998).

Психотерапия и психопрофилактика в зоне ликвидации последствий ЧС осуществляются в двух направлениях.

Профилактика со здоровой частью населения, при наличии острых панических реакций и отсроченных, нервно-психических нарушений.

Психотерапия и психокоррекция для людей с развывшимися нервно-психическими нарушениями. Если пострадавшие в течение долгого времени оказались в условиях полной изоляции от внешнего мира, рекомендуется психотерапевтическая помощь в виде экстренной «информационной терапии», целью которой является психологическое поддержание жизнеспособности тех, кто жив, но находится в полной изоляции от окружающего мира (землетрясения, разрушение жилищ в результате аварий, взрывов и т.д.). «Информационная терапия» реализуется через систему звукоусилителей и состоит из трансляции следующих рекомендаций, которые должны услышать пострадавшие:

1) информация, что окружающий мир идет к ним на помощь и делается все, чтобы помощь пришла к ним как можно быстрее;

2) находящиеся в изоляции должны сохранять полное спокойствие, т.к. это одно из главных средств к их спасению;

3) необходимо оказывать себе самопомощь;

4) в случае завалов пострадавшие не должны принимать каких-либо физических усилий к самоэвакуации, что может привести к опасному для них смещению обломков;

5) следует максимально экономить свои силы;

6) находиться с закрытыми глазами, что позволит приблизить себя к состоянию легкой дремоты и большей экономии физических сил;

7) дышать медленно, неглубоко и через нос, что позволит экономить влагу и кислород в организме, и кислород в окружающем воздухе;

8) мысленно повторять фразу: «Я совершенно спокоен» 5–6 раз, чередуя эти самовнушения с периодами счета до 15–20, что

позволит снять внутреннее напряжение и добиться нормализации пульса и артериального давления, а также самодисциплины;

9) высвобождение из «плена» может занять больше времени, чем хочется потерпевшим. «Будьте мужественными и терпеливыми. Помощь идет к вам».

Целью «информационной терапии» является также уменьшение чувства страха у пострадавших, т.к. известно, что в кризисных ситуациях от страха погибает больше людей, чем от воздействия реального разрушительного фактора. После освобождения пострадавших из-под обломков строений необходимо продолжить психотерапию (и прежде всего – амнезирующую терапию) в стационарных условиях (Малкина-Пых, 2005).

Еще одна группа людей, которым необходима психотерапия в условиях ликвидации последствий ЧС, родственники пострадавших и погибших людей. Для них применяют целый комплекс психотерапевтических методов:

- поведенческие методы психотерапии, помогающие снять эмоциональное возбуждение, тревогу, панические реакции;
- экзистенциальные методы психотерапии, позволяющие принять ситуацию утраты, устранить душевную боль и направить деятельность индивида на поиск резервных психологических возможностей.

Еще одна группа людей, которым необходима психотерапевтическая помощь в зоне ЧС, это спасатели, сотрудники правоохранительных органов, врачи и т.д. Сильнейший психологический стресс оказывает огромное влияние на специалистов, работающих в зоне ЧС. Поэтому к специалистам служб экстренной помощи предъявляются очень жесткие требования. А именно умение определять у себя и у своих коллег, симптомы психологических проблем, владение методами эмпатии, умение провести мероприятия по психологической разгрузке, снятию эмоционального напряжения и стресса. Владение такими навыками в условиях кризисных и экстремальных ситуаций имеет большое значение не только для предупреждения психической травматизации, но и для повышения устойчивости к стрессовым воздействиям и готовности быстрого реагирования в чрезвычайных ситуациях (Малкина-Пых, 2005).

Немецкие психологи Б. Гаши Ф. Ласогга разработали ряд рекомендаций для психологов, работающих в экстремальной ситуации. (Ромек и др., 2004).

Правила первой помощи для психологов:

1. В кризисной ситуации пострадавший всегда находится в состоянии психического возбуждения. Это нормально. Оптимальным является средний уровень возбуждения. Сразу скажите пациенту, что вы ожидаете от терапии и как долго, продлится работа над проблемой. Надежда на успех лучше, чем страх неуспеха.

2. Не приступайте к действиям сразу. Осмотритесь и решите, какая помощь (помимо психологической) требуется, кто из пострадавших в наибольшей степени нуждается в помощи. Уделите этому секунд 30 при одном пострадавшем, около пяти минут при нескольких пострадавших.

3. Точно скажите, кто вы и какие функции выполняете. Узнайте имена нуждающихся в помощи. Скажите пострадавшим, что помощь скоро придет, что вы об этом позаботились.

4. Осторожно установите телесный контакт с пострадавшим. Возьмите пострадавшего за руку или похлопайте по плечу. Прикасаться к голове или иным частям тела не рекомендуется. Займите положение на том же уровне, что и пострадавший. Не поворачивайтесь к пострадавшему спиной.

5. Никогда не обвиняйте пострадавшего. Расскажите, какие меры требуется принять для оказания помощи в его случае.

6. Профессиональная компетентность успокаивает. Расскажите о вашей квалификации и опыте.

7. Дайте пострадавшему поверить в его собственную компетентность. Дайте ему поручение, с которым он справится. Используйте это, чтобы он убедился в собственных способностях, чтобы у пострадавшего возникло чувство самоконтроля.

8. Дайте пострадавшему выговориться. Слушайте его активно, будьте внимательны к его чувствам и мыслям. Пересказывайте позитивное.

9. Скажите пострадавшему, что вы останетесь с ним. При расставании найдите себе заместителя и проинструктируйте его о том, что нужно делать с пострадавшим.

10. Привлекайте людей из ближайшего окружения пострадавшего для оказания помощи. Инструктируйте их и давайте им

простые поручения. Избегайте любых слов, которые могут вызвать у кого-либо чувство вины.

11. Постарайтесь оградить пострадавшего от излишнего внимания и расспросов. Давайте любопытным конкретные задания.

12. Стресс может оказать негативное влияние и на психолога. Возникающее в ходе такой работы напряжение имеет смысл снимать с помощью релаксационных упражнений и профессиональной супервизии. Группы супервизии должен вести профессионально подготовленный модератор.

При проведении мероприятий экстренной психологической помощи необходимо помнить, о некоторых особенностях жертв стихийных бедствий и катастроф, связанных с влиянием экстремальной ситуации:

1. Внезапность – означает, что немногие бедствия возникают постепенно, и об их наступлении успевают предупредить население, (шторм, наводнение, ураган). Чем более внезапно событие, тем оно оказывает более деструктивное воздействие на жертв.

2. Отсутствие подобного опыта – означает, что чрезвычайные ситуации редки и люди не бывают, готовы к подобным последствиям, учатся их переживать уже в момент стресса.

3. Длительность – у жертв некоторых длительных экстремальных ситуаций (например, в случаях угона самолета) травматические эффекты могут усиливаться прямо пропорционально прошедшему времени.

4. Недостаток контроля. Во время катастроф люди не в состоянии контролировать даже самые обычные дела повседневной жизни. Если такая утрата контроля продолжается долгое время, даже у подготовленных и уравновешенных людей могут проявляться признаки «выученной беспомощности».

5. Горе и утрата. Жертвы катастроф могут потерять кого-то из близких или находиться в ожидании вестей пропавших родственников, кроме того, жертва может переживать о потере из-за катастрофы своего социального статуса.

6. Постоянные изменения. Вновь создавшаяся ситуация, вызванная действием катастрофы, может оказаться для жертвы новой и враждебной.

7. Экспозиция смерти. При коротких угрожающих жизни ситуациях, могут возникнуть изменения личностной структуры чело-

века. Длительное столкновение со смертью может привести к глубоким изменениям на регуляторном уровне, также вероятен тяжелый экзистенциальный кризис.

8. Моральная неуверенность. Пострадавшие в результате ЧС могут оказаться перед необходимостью принимать решения, связанные с системой человеческих (кого спасать, кого обвинять, насколько рисковать).

9. Поведение во время события. В повседневной жизни, человек стремится выглядеть наилучшим образом, но в трудной ситуации это удастся немногим. Вследствие этого мучительные воспоминания, что человек сделал или не сделал во время катастрофы, могут преследовать его очень долго.

10. Масштаб разрушений. Вследствие масштабных изменений после катастрофы, переживший ее, будет поражен тем, насколько изменился окружающий его мир и социальная структура. Изменения культурных норм заставляют человека адаптироваться к ним или остаться чужаком; в последнем случае эмоциональный ущерб сочетается с социальной дезадаптацией (Малкина-Пых, 2005).

## **2. Виды реакций на экстремальную ситуацию и техники экстренной психологической помощи**

Крюкова М.А., Никитина Т.И. и Сергеева Ю.С. в своем пособии «Экстренная психологическая помощь» выделяют основные реакции человека на экстремальную ситуацию и виды первой психологической помощи:

### **Бред и галлюцинации**

Главными признаками бреда являются ложные представления или умозаключения, полная уверенность пострадавшего в их истинности, невозможности разубедить его путем разъяснений, убеждений.

Галлюцинации проявляются в том, что человек переживает присутствия воображаемых объектов, которые в данный момент отсутствуют в действительности, могут возникать спонтанно, без сенсорной стимуляции (слышит голоса, видит людей, чувствует запахи и прочее).

Первая помощь:

1. Вызвать медицинских работников, бригаду скорой психиатрической помощи.

2. Следите, чтобы потерпевший не нанес вреда себе или окружающим. Изолируйте пострадавшего от окружающих и опасных предметов. Не оставляйте его одного.

3. Старайтесь разговаривать с пострадавшим спокойным голосом, не спорьте, во всем соглашайтесь с ним, не пытайтесь переубедить.

**Апатия** может появиться, если человек испытывает длительное напряжение, но не достигает никаких результатов, или вследствие серьезной неудачи, перестает видеть смысл своей деятельности. В ЧС такое может произойти, если не удалось кого-то спасти или погиб близкий человек. В результате появляется ощущение усталости, человек находящийся в таком состоянии не хочет ни двигаться, ни разговаривать, нет сил даже на проявление чувств. В состоянии апатии человек может пребывать от нескольких часов до нескольких недель. Если не оказать необходимую психологическую помощь человеку в таком состоянии, апатия может перейти в депрессию.

Основные признаки апатии проявляются в безразличном отношении к окружающему; вялостью, заторможенностью; медленной, с длинными паузами, речью.

Первая помощь:

1. Задайте пострадавшему несколько простых вопросов: «Как тебя зовут?»; «Как ты себя чувствуешь?»; «Хочешь есть?».

2. Помогите пострадавшего пройти к месту отдыха и комфортно устроиться (обязательно попросите снять обувь).

3. Постарайтесь наладить телесный контакт: взять пострадавшего за руку или дотронуться до плеча.

4. Помогите пострадавшему устроиться поудобней и заснуть или просто полежать. Если такой возможности нет (происшествие на улице или в общественном транспорте), надо постараться вовлечь пострадавшего в совместную деятельность (прогуляться, помочь, нуждающимся в помощи), больше разговаривать

**Ступор** – является одним из сильнейших защитных реакций организма. Ступор может наступить в результате сильнейших нервных потрясений (нападение, взрыв, жестокое насилие), если человек на выживание затратил большое количество энергии, и в результате этого сил на контакт с окружающими у него уже нет.



Длительность ступора может варьироваться от нескольких минут до нескольких часов. Следовательно, помощь пострадавшему необходимо оказать, как можно раньше, в противном случае это приведет его к физическому истощению.

Основными признаками ступора: мгновенное снижение или полное отсутствие движений и речи; нет реакции на раздражители извне (свет, щипки, прикосновения, шум); состояние оцепенения, полная неподвижность; напряжение в отдельных группах мышц.

Первая помощь:

1. Согните пострадавшему пальцы на обеих руках и прижмите их к основанию ладони. Большие пальцы должны быть выставлены наружу.

2. Кончиками большого и указательного пальцев массируйте пострадавшему точки, расположенные на лбу, над глазами ровно по середине между линией роста волос и бровями, четко над зрачками.

3. Ладонь свободной руки положите на грудь пострадавшего. Подстройте свое дыхание под ритм его дыхания.

4. Человек, находясь в ступоре, может слышать и видеть. Поэтому говорите ему на ухо тихо, медленно и четко то, что может вызвать сильные эмоции (лучше негативные). Необходимо любыми средствами добиться реакции пострадавшего, вывести его из оцепенения.

**Двигательное возбуждение.** В результате воздействия стрессовой ситуации у пострадавшего может появиться двигательное возбуждение, которое может быть опасным как для самого пострадавшего, так и для окружающих. При оказании психологической помощи, в первую очередь убедитесь, что это не опасно для вас, что пострадавший отдает себе отчет в своих поступках. В этом случае найдите возможность остановить физическую активность человека.

Основные признаки двигательного возбуждения: бессмысленные, резкие движения, часто бесцельные; слишком громкая речь либо повышенная речевая активность; человек не реагирует на реакции окружающих (на просьбы, приказы, замечания).

Первая помощь:

1. Постарайтесь отвлечь внимание пострадавшего какими-нибудь вопросами, или делами, которые заставили бы его задуматься. Интеллектуальная активность снижает уровень физической активности.

2. Совместная прогулка с выполнением простых физических упражнений или помощь в какой-либо физической работе поможет потерпевшему почувствовать физическую усталость.

3. Можно предложить выполнить вместе дыхательную гимнастику. Например, такую:

- Встаньте. Сделайте медленный вдох, почувствуйте, как воздух заполняет сначала грудную клетку, потом живот. Выдыхайте в обратном порядке – сначала нижние отделы легких, потом верхние. Сделайте паузу в 1–2 сек. Повторите упражнение еще 1 раз.

- Важно дышать медленно, иначе от переизбытка кислорода может закружиться голова.

- Продолжайте глубоко и медленно дышать. При этом на каждом выдохе постарайтесь почувствовать расслабление. Расслабьте руки, плечи, спину. Почувствуйте их тяжесть. Концентрируйтесь на дыхании, представьте, что выдыхаете свое напряжение. Сделайте 3–4 вдоха-выдоха.

- Некоторое время (примерно 1–2 минуты) дышите нормально.

- Снова начинайте медленно дышать. Выдыхайте теперь через нос, а выдыхайте через рот, сложив губы трубочкой. При выдохе представьте, что осторожно дуете на свечку, стараясь не погасить пламя. Старайтесь сохранять состояние расслабленности. Повторите упражнение 3–4 раза.

- Дышите как обычно.

4. Необходимо изолировать пострадавшего от окружающих.

5. Нельзя спорить с пострадавшим, не задавать лишних вопросов, желательно избегать фразы с частицей «не», относящихся к нежелательным действиям («Не размахивай руками», «Не кричи», «Не беги»).

6. Следует разговаривать спокойным голосом о чувствах и переживаниях, которые он сейчас испытывает. («Тебе хочется что-то сделать, чтобы это прекратилось? Ты хочешь убежать, спрятаться от происходящего?»)

7. Не забывайте о том, что пострадавший способен безконтрольно причинить вред себе или другим.

8. Двигательное возбуждение длится непродолжительное время, и может сменяться плачем, нервной дрожью или агрессивным поведением.

**Агрессия.** Агрессивное поведение – с точки зрения психиатрии рассматривают как способ психологической защиты от психотравмирующей или неблагоприятной ситуации. Таким образом, организм человека стремится снизить создавшееся внутреннее напряжение. Злоба или агрессия может сохраняться долгое время, мешая тем самым самому пострадавшему и окружающим его людям.

Основные признаками агрессии: негативизм, раздражение (даже незначительному поводу), гнев, недовольство; нанесение физического вреда окружающим; брань, вербальная агрессия; повышение кровяного давления; мышечное напряжение.

Психологическая помощь:

1. Изолируйте пострадавшего от окружающих.
2. Дайте ему возможность выразить агрессию («избить» подушку или выговориться).
3. Попросите потерпевшего выполнить работу, связанную с повышенной физической нагрузкой.
4. Проявляйте доброжелательность. Ни в коем случае не обвиняйте пострадавшего, даже если вы не согласны с ним, в противном случае, вы станете объектом агрессивного поведения.
5. Чувство юмора в данной ситуации может разрядить обстановку.
6. Уменьшить агрессию можно страхом наказания: если от агрессии человек не преследует цель получить выгоду или если возможное наказание строго и существует большая возможность его получения.
7. Оказывать помощь таким людям необходимо, в противном случае это может привести к опасным последствиям.

**Страх** – это сильная отрицательная эмоция, которая появляется в результате воображаемой или реальной опасности и может представлять угрозу для жизни и здоровья человека.

Основные признаки страха: мышечное напряжение; учащенное сердцебиение; частое и не глубокое дыхание; контроль над собственным поведением снижен.

Панический страх и ужас являются крайними проявлениями страха, побуждают бегству или наоборот вызвать оцепенение.

Первая помощь:

1. Нельзя оставлять человека одного, т. к. в одиночестве страх переносит тяжелее.

2. Разговаривайте о том, чего человек боится, поддерживайте его. Не пытайтесь отвлечь пострадавшего фразами: «Это ерунда», «Это глупости», «Не думай об этом» и т. д.

3. Предложите пострадавшему сделать дыхательные упражнения:

Положите руку на живот; медленно вдохните, почувствуйте, как сначала воздухом наполняется грудь, потом живот. Задержите дыхание на 1–2 секунды. Выдохните. Сначала опускается живот, потом грудь. Медленно повторите это упражнение 3–4 раза;

Глубоко вдохните. Задержите дыхание на 1–2 секунды. Начинайте выдыхать. Выдыхайте медленно и примерно на середине выдоха сделайте паузу на 1–2 секунды. Постарайтесь выдохнуть как можно сильнее. Медленно повторите это упражнение 3–4 раза. Если человеку трудно дышать в таком ритме, присоединитесь к нему – дышите вместе. Это поможет ему успокоиться, почувствовать, что вы рядом.

4. Если вы оказываете помощь ребенку, поговорите о его страхах, предложите поиграть, полепить, порисовать. Чтобы ребенку было легче выразить свои чувства.

5. Привлеките человека к занятию каким-нибудь делом, это поможет ему отвлечься от переживаний.

**Нервная дрожь.** Неконтролируемая нервная дрожь может появиться после стрессовой ситуации. Таким образом, организм борется с внутренним напряжением, если эту реакцию приостановить, напряжение вызовет мышечные боли, и даже развитие таких серьезных заболеваний, как язва, гипертония и др.

Основные признаки дрожи: начинается внезапно сразу после стрессовой ситуации или спустя время; появляется дрожь во всем теле или в отдельных его частях (человек не может держать в руках мелкие предметы); реакция может, продолжается достаточно до нескольких часов; по окончании дрожи человек испытывает сильную усталость и ему требуется спокойствие и отдых.

Первая помощь:

1. Необходимо усилить дрожь, для этого пострадавшего надо сильно потрясти за плечи около 10-15 секунд.

2. При этом необходимо все время разговаривать с ним, иначе он воспримет ваши действия как попытку нападения.

3. Когда дрожь прошла, дайте пострадавшему возможность отдохнуть, поспать.

4. Нельзя: стараться обнять или прижимать к себе пострадавшего; укрывать его чем-то теплым; успокаивать, просить, чтобы он взял себя в руки.

**Плач.** При помощи слез человеку легче выплеснуть свои чувства, поэтому не следует сразу успокаивать человека, если он плачет. Выразите человеку свое сочувствие и поддержку. Эмпатический контакт можно наладить как при помощи вербальных способов, так тактильных. Приобнимите человека, сядьте рядом, погладьте по голове и спине, помогите пострадавшему почувствовать, что вы сопереживаете ему. Если пострадавший сдерживает слезы, то не происходит эмоциональная разрядка, облегчение, напряжение может нанести вред физическому и психическому здоровью человека.

Основные признаки плача: человек плачет или готов разрыдаться; наблюдается ощущение подавленности; подрагивают губы; нет признаков возбуждения.

Психологическая помощь:

1. Не оставляйте пострадавшего одного.

2. Установите физический контакт с пострадавшим (возьмите за руку, положите свою руку ему на плечо или спину, погладьте его по голове). Дайте ему почувствовать, что вы рядом.

3. Применяйте приемы «активного слушания» (они помогут пострадавшему выплеснуть свое горе): периодически произносите «ага», «да», кивайте головой, то есть подтверждайте, что слушаете и сочувствуете; повторяйте за пострадавшим отрывки фраз, в которых он выражает свои чувства; говорите о своих чувствах и чувствах пострадавшего.

4. Не старайтесь успокоить пострадавшего. Дайте ему возможность выплакаться и выговориться, «выплеснуть» из себя горе, страх, обиду.

5. Не задавайте вопросов, не давайте советов. Ваша задача – выслушать.

**Истерика.** В отличие от слез, истерика – это то состояние, которое необходимо постараться прекратить. В этом состоянии человек теряет много физических и психологических сил. Истерический припадок длится несколько минут или несколько часов.

Основные признаки истерики: сохраняется сознание; чрезмерное возбуждение, множество движений, театральные позы; речь эмоционально насыщенная, быстрая; крики, рыдания.

Психологическая помощь:

1. Удалите зрителей, создайте спокойную обстановку. Оставайтесь с пострадавшим наедине, если это не опасно для вас.

2. Неожиданно совершите действие, которое может сильно удивить (можно дать пощечину, облить водой, с грохотом уронить предмет, резко крикнуть на пострадавшего).

3. Говорите с пострадавшим короткими фразами, уверенным тоном («Выпей воды», «Умойся»).

4. После истерики наступает упадок сил. Уложите пострадавшего спать. До прибытия специалиста наблюдайте за его состоянием.

5. Не потакайте желаниям пострадавшего.

**Тревога.** Вполне естественно волноваться и чувствовать себя напряженным под давлением стрессовой ситуации. Тревога является естественной реакцией организма на опасность, когда мы чувствуем себя под угрозой, автоматический включается сигнал тревоги.

Основные признаки тревоги: чувство опасности, эмоциональная напряженность, предположение худшего, раздражительность, опустошенность, учащенное сердцебиение, головокружение, одышка, дрожь, мышечное напряжение, головные боли, усталость,

Психологическая помощь:

1. Очень важно постараться разговаривать человека и понять, что именно его тревожит. В этом случае, возможно, человек осознает источник тревоги и сможет успокоиться.

2. Часто человек тревожится, когда у него не хватает информации о происходящих событиях. В этом случае можно попытаться составить план, когда, где и какую информацию можно получить.

3. Попробуйте занять человека умственным трудом: считать, писать и т.д. Если он будет увлечен этим, то тревога отступит.

4. Физический труд, домашние хлопоты тоже могут быть хорошим способом успокоиться. Если есть возможность, можно сделать зарядку или совершить пробежку.

**Чувство вины или стыда.** Стыд является формой гнева по отношению к самому себе. В критических случаях он может пере-

полняться и парализоваться стыдом. Стыдящийся человек чувствует себя подвергнутым опасности, часто реагирует ненавистью к себе, осуждением себя вслед за воображаемым осуждением со стороны других.

Психологическая помощь:

1. Если с вами рядом человек, который мучается от стыда или от чувства вины, постарайтесь убедить его в необходимости получения психологической помощи.

2. Поговорите с человеком, выслушайте его. Дайте понять, что вы слушаете и понимаете его (кивайте, поддакивайте, говорите «угу», «ага»).

3. Не осуждайте человека, не старайтесь оценивать его действия, даже если вам кажется, что человек поступил неправильно. Дайте понять, что принимаете человека таким, какой он есть.

4. Не пытайтесь переубедить человека («Ты не виноват», «Такое с каждым может случиться»). На этом этапе важно дать человеку выговориться, рассказать о своих чувствах.

5. Не давайте советов, не рассказывайте о своем опыте, не задавайте вопросов – просто слушайте. (Крюкова, Никитина, Сергеева, 2001).

#### **4. Принципы и этические нормы специалиста-психолога при работе в чрезвычайной ситуации**

Можно определить основные принципы оказания экстренной психологической помощи. Безусловно, что деятельность психолога в подобной ситуации регулируется общими принципами, принятыми для оказания психологической помощи. Однако эти принципы в ситуации экстремальной приобретают некоторое своеобразие в соответствии с особенностями условий оказания помощи.

– *Принцип защиты интересов клиента.* Особенность применения этого принципа в экстремальных условиях состоит в том, что в отличие от обычных условий деятельности с клиентом чаще всего не заключается психотерапевтический договор (как это бывает при консультационной или психокоррекционной работе), то есть не проговариваются границы работы с проблемой. Это происходит потому, что помощь, как правило, направлена на актуальное состояние клиента. Однако, несмотря на это, защита интересов

клиента является ведущим принципом работы специалиста-психолога.

– *Принцип не навреди.* Своеобразие условий оказания помощи делает возможным вывести несколько следствий из этого принципа. Первое следствие: краткосрочность оказания помощи, то есть помощь должна быть направлена на коррекцию актуального состояния, вызванного данной ситуацией, одновременно обеспечивая экологичность проводимых мероприятий для будущей жизни клиента. Принципиально неверно проводить психологическую работу с давними, застарелыми проблемами клиента, так как такая работа должна быть пролонгированной.

– *Принцип добровольности.* В обычных условиях специалист часто занимает пассивную позицию (ждет, пока клиент обратится за помощью). Этот принцип в условиях экстренной психологической помощи трансформируется в особое поведение – специалист-психолог активно и ненавязчиво предлагает свою помощь пострадавшим. Такая позиция позволяет, с одной стороны, обеспечить необходимую помощь людям, которые находятся в особом состоянии и зачастую не могут адекватно оценить потребность в помощи, с другой стороны – не нарушает личных границ человека.

– *Принцип конфиденциальности.* При оказании экстренной психологической помощи принцип этот сохраняет свою актуальность, однако конфиденциальность может быть нарушена в случае получения психологом информации о том, что действия клиента могут быть опасны для самого клиента или для окружающих (такая ситуация может сложиться в том случае, если психолог, например, узнает о готовящейся попытке самоубийства).

– *Принцип профессиональной мотивации.* Этот принцип принят для любого вида психологической помощи. В экстремальной ситуации соблюдение его становится особенно важным, так как существует большая вероятность того, что, помимо профессиональной мотивации, у специалиста могут присутствовать другие, иногда более сильные мотивы (мотив самоутверждения, мотив получения социального признания и т.д.).

– *Принцип профессиональной компетентности* предполагает, что специалист, оказывающий помощь, должен быть достаточно квалифицирован, иметь соответствующее образование и специальную подготовку для работы в чрезвычайных ситуациях. В



обычных условиях деятельности психолог при необходимости рекомендует обратиться к другому специалисту, но в чрезвычайных условиях найти другого специалиста часто невозможно. Поэтому в профессиональные обязанности психолога должны входить, в том числе, и такие аспекты, как подготовка до момента выезда на ЧС, умение быстро восстановить высокий уровень работоспособности, используя профессиональные навыки.

Соблюдение этих принципов необходимо. Это своего рода этический кодекс специалиста-психолога при работе в чрезвычайных ситуациях. (Шойгу, 2007)

### **Контрольные вопросы для самопроверки**

1. Дайте определение понятию острое стрессовое расстройство.
2. Перечислите возможные реакции, вызванные стрессовой ситуацией.
3. Перечислите основные правила оказания экстренной психологической помощи.
4. Расскажите о приемах помощи при галлюцинации и бреде.
5. Расскажите о приемах само- и взаимопомощи при тревоге.

### **Литература**

1. Крюкова М.А., Никитина Т.И., Сергеева Ю.С. Экстренная психологическая помощь: Практическое пособие. М., Изд-во НЦ ЭНАС, 2001.
2. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях (Справочник практического психолога. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с.
3. Психология экстремальных ситуаций: для спасателей и пожарных. под общей ред. Ю.С. Шойгу. М.: Смысл, 2007. – 319 с.
4. Психотерапия в очаге чрезвычайной ситуации // Психосфера, 1998, № 4.
5. Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. СПб., Речь, 2004.
6. Сухов А.Н., Деркач А.А. (ред.) Прикладная социальная психология. М. –Воронеж, Ин-т практической психологии – НПО «МОДЭК», 1998.

## 15. Психологическое сопровождение личности в период кризиса

### План

1. Кризисная психологическая помощь.
2. Механизм психологической помощи при кризисе.
3. Этапы кризисного консультирования.
4. Основные правила кризисной помощи.
5. Психодиагностика кризисных состояний в практике психологического консультирования.

### 1. Кризисная психологическая помощь

**Кризисная помощь** – это экстренная психологическая помощь человеку, находящемуся в состоянии кризиса. Психологическую помощь в кризисной ситуации также называют термином интервенция или кризисная интервенция. Структура кризисной психологической помощи включает: человека, нуждающегося в кризисной помощи, профессионала, способного оказать такую помощь, и договоренностей между ними об осуществлении (получении) такой помощи. Человек, нуждающийся в кризисной помощи, может называться «клиентом» или «пациентом». Обычно понятие «клиент» используют в ситуациях психологического консультирования, однако, кризисная психологическая помощь очень часто предполагает длительную работу с людьми, имеющими тяжелые физические и психические нарушения. В этом случае понятие «пациент» является вполне оправданным, особенно если учесть первоначальный смысл этого термина: “patient” в переводе с английского означает «страдающий, терпящий». Профессионал, оказывающий помощь, может называться «консультант» или «психотерапевт».

В кризисной ситуации возможны два вида психологической помощи: кризисное консультирование и кризисная психотерапия. Кризисное консультирование производится тогда, когда трансформации подконтрольны человеку, и он в силах самостоятельно справиться с ними. Кризисное консультирование, как правило, не долгосрочно, и чаще всего основывается на тактиках информирования. Если же негативные изменения приобретают длительный, затяжной характер и оказываются вне зоны самостоятельного кон-

троля, то возникает необходимость в профессиональной психотерапевтической помощи (Крукович, Ромек, 2003).

Кризисная психотерапия в отличие от консультирования более долгосрочна, включает работу с состоянием обратившегося, оценку психической динамики его состояния на протяжении всего курса встреч. В кризисной психотерапии большая роль отдается исследованию отношений, развивающихся между клиентом (пациентом) и психотерапевтом, учитывается динамика этих отношений.

### **Основные принципы кризисной психологической помощи.**

1. Эмпатический контакт. Под эмпатией понимается способность сопереживать, чувствовать то, что чувствует другой человек, видеть мир его глазами. Эмпатия не допускает формального отношения к человеку. Развитие эмпатии предполагает возможность выйти за пределы традиционных взаимоотношений и проникнуть в глубину человеческого страдания. Когда эмпатия объединяется с искренним стремлением усилить веру пострадавшего в себя, в свои собственные возможности, возникают изменения.

2. Слушание и понимание. Оказывая кризисную помощь, важно не просто придерживаться схемы консультирования. Профессионалу очень важно не только разобраться в психологических проблемах пострадавшего, но и оценить его потенциал прежде, чем применять ту или иную методику работы.

3. Объективность и реалистичность. Прежде чем оказывать какую либо помощь, важно понять структуру кризисной ситуации, определить потребности обращающегося за помощью.

4. Высокий уровень активности психолога. Психологу важно проявлять активность в установлении контакта с человеком, переживающим кризис. Важно обнаружить тот способ и уровень контакта, который доступен пострадавшему.

5. Ограничение целей. Ближайшая цель кризисной психологической помощи – предотвращение катастрофических последствий. Поэтому психологу важно поддержать восстановление психологического равновесия пострадавшего.

6. Экологичность. Оказывая помощь, важно помнить принцип «не навреди». Важно тщательно выбирать техники и приемы кризисной работы, не провоцируя и не усиливая тяжести состояния. Кроме того, важно помнить, что кризисная помощь представляет собой частичный вклад в восстановление психического здоровья

пострадавшего. В связи с этим, необходимо взаимодействовать с другими помогающими специалистами, учитывая их вклад.

7. Ориентация на личностный рост и развитие. Кризисное состояние должно рассматриваться не как болезнь, а как нормальная реакция на ненормальные обстоятельства. Кризис – это процесс личностного развития, в том случае, если он будет преодолен позитивно, то личность перейдет на качественно новую ступень. Следовательно, реабилитационную работу следует рассматривать как помощь процессу личностного развития, а не как лечение.

8. Уважение. Человек, переживающий кризис, воспринимается как знающий, вполне компетентный, независимый, стремящийся обрести уверенность в себе, сделать самостоятельный выбор.

9. Поддержка. При работе по преодолению кризиса психологу важно в первую очередь сосредоточиться на восстановлении системы поддержки и самоподдержки пострадавшего (Крукович, Ромек, 2003).

Кризисная работа предъявляет особые **требования к личности консультанта**. Эти требования можно объединить в три группы.

1) Профессиональная компетенция. Важно, чтобы консультант обладал высокой компетенцией, хорошо разбирался в механизмах возникновения кризисной ситуации, мог дифференцировать вид кризиса, его тяжесть и этап, замечать его феноменологию.

2) Личностная компетенция. Предполагает способность консультанта сохранять эмоциональную устойчивость при взаимодействии с пострадавшим, умение слушать, вовремя замечать изменения своего состояния. Отмечать у себя как излишнюю включенность, так и отстраненность от чувств обращающегося за помощью. Важно, чтобы консультант был достаточно зрелым и имел свой собственный опыт совладания с кризисными ситуациями.

3) Профессиональность консультанта определяется также его способностью и открытостью для собственных обращений за психологической и супервизионной помощью. Супервизия – это процесс обсуждения сложных моментов работы с другим профессионалом.

**Первый контакт.** Первому контакту в кризисной психологической помощи придается большое значение: от того как пройдет эта встреча, может зависеть дальнейшая работа. Особое место проблема первого контакта занимает в ситуациях оказания неотложной психологической помощи на месте происшествия, по-

сколькo переживания участников событий являются свежими, высок уровень гнева, агрессии, недоверчивости, что исключает возможность использования специальных техник и приемов работы. Именно поэтому активное слушание и возвращение некоторых фраз остаются наиболее подходящими способами для установления контакта. Важно дать возможность людям разрядить гнев. Главными на первой встрече являются установление безопасности. Общие рекомендации по оказанию срочной помощи пострадавшим в зависимости от их реакции представлены в таблице 3.

Таблица 3

Рекомендации сотруднику по оказанию психологической помощи

Рекомендации сотруднику	Вид реакции	
	активная ↔ пассивная	
Поддержка, внимание, беседа о произошедшем, информация, направить пострадавшего к полезной деятельности	Страх, беспокойство, многословные рассказы о случившемся, лихорадочная активность	Замешательство, слезы, потливость, дрожь, боли, печаль, сильная усталость
Личный контакт, заставить человека разговаривать, предложить еду/питье, физическая поддержка, направить к полезной деятельности	Активный, деловой, громкая речь, беготня, смена занятия, раздражительность	Молчаливость, продолжительная раздраженность, снижение деятельности, частичная отключенность, замкнутость
Личное внимание, краткая информация, физическая близость, иногда изоляция, но не в одиночестве. Лекарства по предписанию врача.	Гиперактивность, бесцельная беготня, обвинения, умножение слухов, страшные рассказы, бессонница	Выражение пустоты, недоумение во взгляде, физическая замкнутость, апатия, сон как вид бегства

## 2. Механизм психологической помощи при кризисе

Эффективная психологическая помощь при кризисе главным образом опирается на "терапевтические условия", описанные в клиент-центрированной психотерапии К. Роджерса: принятие индивидуального мира клиента, эмпатическое понимание клиента, активное слушание и помощь в вербализации эмоционального опыта клиента.

### *Принятие индивидуального мира клиента*

Одно из главных терапевтических условий К. Роджерс видел в том, что психотерапевт испытывает и демонстрирует принятие собеседника. В контексте консультирования слово "принятие" означает "безусловное позитивное внимание к собеседнику", цель которого – создание атмосферы безопасности. Принятие также можно определить как уважение права собеседника на его собственные чувства, мысли, поведение, взгляд на мир. Позиция принятия также характеризуется отношением к чувствам, желаниям и поступкам человека как к естественным в данной кризисной ситуации для него, для его индивидуальности. Поэтому демонстрируя свое принятие собеседника, консультант говорит о естественности чувств, которые испытывает клиент, об их приемлемости и адекватности: "Это не патология, а нормальная реакция на ненормальные обстоятельства". Этим самым он нейтрализует переживания по поводу переживаний и разрывает замкнутый круг "чувства – метачувства". В результате человек принимает то, что с ним происходит, то есть позволяет себе испытывать чувства, говорить о них, переживать и осознавать их.

Таблица 3

Фразы, демонстрирующие Принятие чувств клиента	Фразы, вербализующие "метачувства"
Я понимаю... Я представляю, как это было трудно То, что с вами происходит – это нормально. То, что вы испытываете – естественно. Ваша реакция вполне адекватна этой ситуации. В этих обстоятельствах – это вполне понятная реакция В такое ситуации – это вполне естественно Мне понятно ваше состояние Мне близко то, что вы испытываете Вам было обидно, тяжело и т. д.	Вам неприятно это испытывать Для вас эти чувства непривычны Вы не понимаете, что с вами происходит То, что с вами происходит, кажется вам ненормальным Вы подозреваете, что ваши чувства не поймут окружающие

### *Эмпатическое понимание собеседника*

Следующее терапевтическое условие состоит в том, что психотерапевт испытывает и демонстрирует эмпатическое понимание собеседника. Эмпатия – это процесс существования консультанта в субъективной системе координат клиента. Этому процессу соответствуют следующие выражения: "встать на место другого человека", "посмотреть его глазами", "вжиться в его роль"; в других языках: "войти в кожу", "влезть в ботинки". Процесс эмпатии – это экологичный процесс, поскольку консультант ничего не навязывает клиенту, он просто пытается его понять. Эмпатическое понимание можно сравнить с экскурсией по музею или другим незнакомым местам: здесь все остается на своем месте. Попытки что-то изменить в эмоциональном состоянии клиента означают уже не понимание, а воздействие.

Эмпатическая позиция консультанта характеризуется следующими особенностями:

1. сохранение собственной позиции консультанта, наличие определенной психологической дистанции между консультантом и клиентом, отсутствие отождествления между переживаниями консультанта и его клиента (в отличие от идентификации);

2. наличие сопереживания (каким бы по знаку ни было переживание клиента), а не просто эмоционально положительного отношения консультанта к клиенту (в отличие от симпатии);

3. динамический (а не статический) характер эмпатических отношений, глубина и качество которых зависят и от консультанта (сензитивность, умение дистанцироваться от своей позиции, жизненный и профессиональный опыт и пр.), и от клиента (экспрессивность, владение языком), и от количества доступной консультанту информации.

К. Роджерс так писал об эмпатии: "Быть в состоянии эмпатии означает воспринимать внутренний мир другого точно, с сохранением эмоциональных и смысловых оттенков. Как будто становишься этим другим, но без потери ощущения "как будто". Так, ощущаешь радость или боль другого, как он их ощущает, и воспринимаешь их причины, как он их воспринимает. Но обязательно должен оставаться оттенок "как будто": как будто это я радуюсь или огорчаюсь. Если этот оттенок исчезает, то возникает состояние "идентификации" (Роджерс: 1984).

### *Активное слушание*

Другой важный терапевтический фактор – это слушание, которое в контексте консультирования определяется термином "активное слушание". "Активность" слушания заключается как в активной позиции консультанта по отношению к процессу консультирования (ведение процесса беседы, осмысление получаемой информации и т.д.), так и в активизации клиента, в частности, в опощении его вербального самовыражения.

Внешне активное слушание выражается в так называемых техниках активного слушания (техниках вербализации, рефлексивного слушания), которые основаны на принципе информационной обратной связи, вербально выраженной в сообщениях о понимании переданной собеседником информации. Вот основные техники активного слушания:

- Высказывание информационной обратной связи обычно сопровождается соответствующими вводными фразами. Нагляднее всего принцип информационной обратной связи демонстрирует вводная фраза "Если я вас правильно понял...".

- Безмолвное слушание – заинтересованное молчание, прерываемое короткими словами и междометиями, направленными на опощение вербальной активности собеседника; это также паузы, дающие возможность собеседнику встретиться со своими мыслями.

- Активное безмолвное слушание значительно отличается от пассивного формального молчания. Безмолвное слушание – это минимальная информационная обратная связь, по которой клиент может без труда определить, слышит консультант его или просто слушает.

- Повторение – консультант повторяет всю фразу клиента, конец фразы или отдельные слова ("ключевые слова"), на которых хотелось бы заострить внимание.

- Перефразирование – пересказ смысла высказываний собеседника своими словами. Помимо общих для техник активного слушания функций (уточнение правильности понимания собеседника, активизация обсуждения, демонстрация уровня понимания собеседника и т.д.) перефразирование выполняет важную специфическую функцию: парафраза консультанта расширяет языковое пространство беседы, помогает клиенту найти новые слова для описания своего опыта.



– *Резюмирование* – краткое повторение вышесказанного, подведение итогов. В сжатом виде консультант повторяет основные высказанные идеи, факты, чувства клиента и пр. Подведение итогов полезно не только в конце беседы, к резюмированию необходимо периодически прибегать также во время беседы ("после каждого абзаца"), поскольку оно способствует прояснению и более четкому обозначению направления беседы.

#### *Вербализация эмоционального опыта клиента*

Эмпатическое понимание и активное слушание гармонично соединяются в так называемом "эмпатическом слушании", целью которого является вербализация эмоционального опыта клиента.

Высказывание клиентом своего внутреннего опыта, а также вербализация этого опыта консультантом приводят к тому, что клиент начинает глубже переживать и осознавать то, что с ним происходит, свои чувства и свое отношение к окружающим. Все это можно назвать "расширение рефлексивного поля беседы" (Трунов, Бячкова, 2004).

#### **Схема вмешательства при кризисе**

1. Говорите с клиентом на уровне чувств:

– Поговорите о чувствах клиента, выражайте согласие с его правом чувствовать себя таким образом.

– Но не следует концентрироваться только на чувствах, так как человек, переживающий состояние кризиса, может не понимать, какие именно чувства он испытывает. И если слишком часто об этом говорить, это может привести в замешательство клиента и расстроить его.

– Проявите сочувствие.

2. Установите проблему(ы), которая наиболее беспокоит на данный момент клиента:

– После установления контакта с клиентом, необходимо начать разговор о проблеме, которая его тревожит, постараться выяснить конкретные детали и подробности проблемы.

– Уделите особое внимание последним шести неделям в жизни клиента.

– Попытайтесь определить событие, которое стало причиной кризиса.

3. Объедините все сказанное о проблеме и вместе с клиентом сделайте выводы:

- Вам необходимо совместно с клиентом определить центральную проблему и основные ее составляющие.

4. Уделите наибольшее внимание той части проблемы, которую вам необходимо более детально рассмотреть:

- Случались ли подобные ситуации с клиентом раньше и если да, то какие методы он использовал для борьбы с ней?

- Что помогает клиенту избегать проблем?

- Что мешает решению проблемы?

- Какой вы ожидаете результат от решения проблемы?

- Возможны ли другие варианты решения проблемы, есть ли другие способы решения проблемы, не использованные раньше?

- Важность проблемы. Каковы последствия оставления проблемы без решения, и какие выгоды, возможны в случае благоприятного исхода проблемы? (Крукович, Ромек, 2003)

### **3. Этапы кризисного консультирования**

Д. Трунов, Н. Бячкова в своей книге выделяют следующие этапы кризисного консультирования, которые отражают путь, по которому проходит клиент в сопровождении консультанта. Этот путь далеко не всегда укладывается в рамки одной консультативной беседы, например, прохождение второй и третьей стадии может занять несколько месяцев.

#### *1. Принятие реакции на ситуацию*

Первым и главным результатом кризисного консультирования должно стать осознание и принятие человеком своей реакции на кризисную ситуацию. Осознание и принятие – это не следующие друг за другом этапы, это две стороны одного процесса. Если человек не принимает нечто в себе, он вытесняет это из своего сознания; и если человек не осознает свое желание или поступок, ни о каком принятии не может быть и речи. Осознание и принятие – это граница, через которую консультант помогает перешагнуть человеку, чтобы выйти из сферы привычных представлений о себе, узнать нечто новое о себе, то есть измениться.

Такой переход может произойти лишь в том случае, если человек будет уверен, что выход за эту границу не повлечет за собой неприятных последствий, например, осуждения окружающих (в частности, консультанта). У него должна быть некоторая гарантия, что его мысли, чувства, желания, поступки будут приняты слуша-

ющим. Поэтому принятию клиентом своей реакции на ситуацию (самопринятию) обязательно предшествует принятие консультантом этой реакции. И если консультант хочет, чтобы человек "раскрылся", он должен взять на себя ответственность за создание безопасной атмосферы. Только в этом случае человек может полноценно и продуктивно пережить свою ситуацию.

## *2. Переживание чувств*

*Переживание* человеком кризисной ситуации – это процесс, длящийся определенное время. Со стороны консультанта ему соответствует встречный процесс – сопереживание. В слове "сопереживание" содержатся идеи соединения, перехода и проживания. Поэтому сопереживание можно определить как эмоциональное объединение с человеком и проживание с ним определенного периода его жизни.

Профессиональное сопереживание преследует две главные цели:

- человек не остается в изоляции; он знает, что есть люди, которые понимают и принимают его переживания и чувства;
- человек переживает эту ситуацию правильно, с минимумом ущерба для себя, с минимумом вероятности, что впоследствии сформируется так называемый посттравматический синдром.
- Процесс сопереживания включает:
  - подробный разговор о кризисной ситуации;
  - эмпатическое понимание и безусловное принятие консультантом эмоциональной реакции человека на кризисную ситуацию
  - вербализация консультантом чувств человека, его отношения к тем или иным элементам или участникам кризисной ситуации;
  - оценка переживаний человека как естественных в данной ситуации;
  - рефлексия собственных чувств консультанта и предоставление искренней обратной связи клиенту.

С одной стороны, благодаря процессу сопереживания человек не чувствует себя одиноким, а с другой стороны, обращая внимание на психический опыт человека, консультант дает возможность ему, действительно, побыть наедине с собой, встретиться с собой, со своими переживаниями, со своей судьбой, ощутить свое существование в окружающем мире.

### *3. Обретение смысла*

Только после осознания и принятия, выражения и переживания своего текущего психического состояния человек сможет *решить* (самостоятельно или вместе с консультантом), как ему относиться к кризисной ситуации, что ему делать и как жить дальше. Только после этого можно говорить, что человек прошел через кризисную ситуацию продуктивно, что означает:

- человек приобрел благодаря этой ситуации важный для себя личностный опыт;
- человек нашел новые личностно значимые смыслы взамен утерянных в результате кризисной ситуации (Трунов, Бячкова, 2004).

#### **Условия успешной кризисной помощи:**

- Создание в процессе оказания психологической помощи комфортной и доброжелательной атмосферы;
- Взаимоотношения между клиентом и консультантом должны строиться на человеческих отношениях.
- Консультант должен обладать профессиональными компетенциями и профессиональными навыками: поддержание эмпатического контакта, техниками активного слушания и т.д.
- Умение психолога-специалиста говорить на темы, обсуждение которых обычно в обществе не поддерживается, например: вопросы смерти, физического и сексуального насилия, самоубийства и т.д.
- Принятие значимости любой кризисной ситуации, она может быть очень важна для клиента, а постороннему человеку казаться крайне незначительной.

### **4. Основные правила кризисной помощи**

#### *1. Не спеши*

Переживание – это процесс, происходящий во времени, часто весьма длительный процесс. Человек, находящийся в кризисной ситуации, переполнен множеством чувств, мыслей, воспоминаний. Необходимо время, чтобы человек принял, пережил и интегрировал – "вобрал в себя", ассимилировал – свой собственный опыт. В кризисном консультировании консультанту кажется, что ситуация требует быстрого вмешательства и активных действий. Однако его задача – сбавить темп. Эта задача осложняется тем, что об-

ратившийся человек *сам* находится в светливом настроении и требует от консультанта активных действий.

### *2. Обращай внимание на внутренний опыт*

Часто, описывая ситуацию, собеседник не заостряет внимание на том, что он переживает, чувствует, ощущает в тот или иной момент, он просто рассказывает "сценарий", схему событий. Задача консультанта "замедлить" ход событий и раскрыть психологическое содержание, их наполняющее, – чувства и желания, появляющиеся и сменяющие друг друга на протяжении всей ситуации, возникающие физические ощущения, отношение к происходящему (поступкам действующих лиц, собственному поведению, собственному положению и т.д.) в каждый момент ситуации.

Консультант может задавать прямые открытые вопросы ("Что вы почувствовали в тот, момент, когда он это сказал?", "Как вы относитесь к тому, что произошло?"), однако часто предпочтительнее использовать более мягкие способы, например, техники вербализации в виде закрытых вопросов ("Наверно в этот момент вам стало не по себе", "Я думаю, очень обидно слышать такие вещи").

Кроме этого вопросы, задаваемые консультантом, можно разделить на две группы. Первая группа включает вопросы, которые направлены на выяснение содержания ("Как вы себя чувствовали?", "Что вы ощущали?", "Какие чувства вы испытывали?" и т.д.) и способствуют сохранению клиента в "режиме переживания". Другая группа включает вопросы, которые предназначены в основном для поиска причинно-следственных связей, а потому отвлекают клиента от переживания своего чувственного опыта в пользу рационализирования ("Почему вы обиделись на него", "Зачем вам это нужно?"). Задавая "причинные вопросы" мы перескакиваем через этап переживания чувств на этап поиска смысла, что приводит к неполноценным результатам.

### *3. Иди туда, где боль*

"Разговор о чувствах" обычно сопровождается тем или иным внешним выражением этих чувств: клиент может начать плакать, злиться и пр. Иногда консультант старается не говорить на болезненные темы, чтобы не вызвать эти реакции. В житейских представлениях о психологической помощи существует мнение, что в кризисной ситуации не надо причинять дополнительную боль, а напротив – успокаивать человека. Однако в психологическом кон-

сультировании существует принцип, согласно которому консультант находит эти болезненные области и помогает клиенту их вербализовать. Это приводит к действительному эмоциональному освобождению, а не временной остановке.

#### *4. Говори на запретные темы*

Существует множество тем, считающихся "запретными" и "маргинальными". В социуме не поощряются, например, разговоры о смерти, насилии, тяжелых заболеваниях. Также подвержена моральному осуждению тема самоубийства. Социально неприемлемыми являются некоторые желания и чувства, связанные, например, с агрессией, обидой, завистью, сексуальными потребностями и др. Консультант должен уметь чувствовать присутствие этих "маргинальных" тем, а также уметь говорить на эти темы. При этом умение говорить на "запретные темы" означает не только то, что консультант психологически готов поддержать разговор, если клиент затрагивает какую-либо "запретную тему", – очень важно, чтобы консультант сам умел начинать этот трудный разговор, поскольку клиент на это может никогда не решиться.

Избегание консультантом "запретных тем" может быть связано, во-первых, с психологической неготовностью самого консультанта обсуждать и даже размышлять на эти темы, а во-вторых – с представлением о том, что сосредоточение внимания на этих темах усугубит состояние клиента. Однако практика кризисного консультирования показывает, что если консультант будет открыто и свободно говорить о том, что есть, даже если это какая-то "негативная" тематика, то он не сделает хуже, напротив, он сделает лучше, поскольку он поможет человеку выйти из состояния замкнутости, в которое он себя загоняет из-за страха быть непонятым и отвергнутым. В то же время, если консультант избегает говорить на "маргинальные темы", то он не обязательно делает что-то плохое, просто он уходит от такого шанса в данный момент.

#### *5. Не спорь, не переубеждай, не манипулируй*

Принятие – вот ключевое слово настоящего правила. Как уже говорилось, принятие заключается в том, что консультант представляет человеку, пришедшему к нему на консультацию ряд прав:

- право на любые чувства и желания,
- право на свое мировоззрение,
- право на выбор собственной судьбы.

В связи с этим споры, убеждения типа "Что такое хорошо, и что такое плохо", а также попытки оградить человека от неправильного поведения, "спасение", отвлечение и т.д. – неуместны, так как свидетельствуют о том, что консультант не принимает ни эмоциональной реакции клиента, ни его представления о мире и своем месте в этом мире и, вообще, старается повести его по пути, который кажется для него, консультанта, более благоприятным для другого человека. Способность принять чужие законы, другое видение мира – признак профессионализма в гуманистической психологии. Навязывание своей точки зрения тем или иным способом – это результат высокомерной позиции консультанта: "Я лучше тебя знаю, что тебе надо делать и чувствовать". Если перед нами не ребенок, а взрослый человек, вряд ли эта позиция может считаться правомерной.

*6. Будь искренним, предоставляй обратную связь*

Успех кризисной консультации зависит от того, насколько будет создана атмосфера, соответствующая ситуации "человек – человек", а не "клиент – консультант". Это означает, что консультант не должен оставаться только специалистом, он может проявить свое человеческое отношение к собеседнику и его ситуации. Иногда консультанту может быть трудно это сделать по ряду причин:

- консультант чувствует профессиональную и моральную ответственность за эмоциональное состояние клиента,
- консультант боится снять с себя одежду специалиста и остаться обнаженным со своими слабостями, неуверенностью, боязнь, беспомощностью,
- консультант не имеет профессиональных навыков предоставления обратной связи. (Трунов, Бячкова, 2004)

## **5. Психодиагностика кризисных состояний**

### **в практике психологического консультирования**

- Психодиагностика кризисных состояний проективными методами.
- Методика «РНЖ».
- Тематический апперцептивный тест (ТАТ).
- Тест Роршаха (краткий обзор).
- Тест фрустрационных реакций С. Розенцвейга.
- Тест М. Люшера.

- Тест руки.
- Разбор психологических иллюстраций.

### **Контрольные вопросы для самопроверки**

1. Назовите основные принципы оказания кризисной психологической помощи.
2. Перечислите требования к личности консультанта.
3. Охарактеризуйте особенности первого контакта с людьми, оказавшимися в кризисной или чрезвычайной ситуации.
4. Особенности срочной психологической помощи в зависимости от реакции пострадавшего на чрезвычайное событие.
5. Перечислите методы оказания психологической помощи в кризисных или чрезвычайных ситуациях.
6. Назовите основные правила осуществления кризисной помощи.

### **Литература**

1. Психология экстремальных ситуаций: для спасателей и пожарных. под общей ред. Ю.С. Шойгу. М.: Смысл, 2007. – 319 с.
2. Крукович Е.И., Ромек В.Г. Кризисное вмешательство. Учеб. - метод. пособие / Минск.: ЕГУ, 2003. – 92 с.
3. Кризисные события и психологические проблемы человека. Под ред. Пергаменщика Л.А. Мн.: НИО, 1997, 207 с.
4. Психологическое консультирование кризисных состояний. Методические рекомендации. Под ред. Д. Трунов, Н. Бячкова – Пермь: ОЦПППН, 2004. – 36 с.
5. Роджерс К. Эмпатия // Психология эмоций. Тексты / Под ред. В.К. Виллонаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. С. 235.



## ГЛОССАРИЙ

- Агрессия** – импульс или намерение, предопределяющие такое поведение человека, которое характеризуется разрушительностью и деструктивностью.
- Ажитация** – это сильное эмоциональное возбуждение, которое сопровождается чувством страха и тревоги, переходящее в двигательное или речевое беспокойство.
- Акцентуация характера** – находящаяся в пределах клинической нормы особенность характера, при которой отдельные его черты чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении одних психогенных воздействий при сохранении хорошей устойчивости к другим.
- Апатия** (греч. α – без, πάθος – страсть) – симптом, выражающийся в безразличии, безучастности, в отрешённом отношении к происходящему вокруг, в отсутствии стремления к какой-либо деятельности. Сопровождается отсутствием внешних эмоциональных проявлений, а иногда снижением волевой активности.
- Астено-депрессивный синдром** – это вид психоэмоционального расстройства, при котором отмечается потеря интереса к жизни и трудности в решении даже простых повседневных задач.
- Аутогенная тренировка** (от др.-греч. αὐτός – «сам», γένος – «происхождение») – психотерапевтическая методика, направленная на восстановление динамического равновесия гомеостатических механизмов человеческого организма, нарушенных в результате стресса.
- Аффект** (лат. affectus – страсть, душевное волнение) – эмоциональный процесс взрывного характера, характеризующийся кратковременностью и высокой интенсивностью, сопровождающийся резко выраженными двигательными проявлениями и изменениями в работе внутренних органов.
- Бред** (лат. Delusio) – часто определяют как расстройство мышления с возникновением не соответствующих реальности болезненных представлений, рассуждений и выводов, в которых больной полностью, непоколебимо убеждён и которые не поддаются коррекции.
- Галлюцинация** (новолат. Hallucinatio < лат. Alucinatio – бессмысленная болтовня, бредни, несбыточные мечты) – образ, возникающий в сознании без внешнего раздражителя.

**Гипоксия** (от греч. *hupo* – мало и лат. *oxigenium* – кислород) – состояние, возникающее при недостаточном поступлении кислорода в ткани или при нарушении его использования клетками в процессе биологического окисления.

**Горевание** – это первичные эмоциональные реакции на личную утрату. Обычно понятие «горевание» связывается со смертью близких людей.

**Дебрифинг; психологический дебрифинг** – одноразовая слабоструктурированная психологическая беседа с человеком, пережившим экстремальную ситуацию или психологическую травму. В большинстве случаев, целью дебрифинга является уменьшение нанесенного жертве психологического ущерба путём объяснения человеку, что с ним произошло и выслушивания его точки зрения.

**Деадаптация** – какое либо нарушение адаптации, приспособление организма к постоянно меняющимся условиям внешней или внутренней среды. Состояние динамического несоответствия между живым организмом и внешней средой, приводящее к нарушению физиологического функционирования, изменению форм поведения, развитию патологических процессов.

**Депрессия** (от лат. *Deprimo* – «давить», «подавить») – психическое расстройство, характеризующееся «депрессивной триадой»: снижением настроения и утратой способности переживать радость, нарушениями мышления, двигательной заторможенностью. При депрессии снижена самооценка, наблюдается потеря интереса к жизни и привычной деятельности.

**Депривация** (от лат. *Deprivatio* – потеря, лишение) – негативное психическое состояние, вызванное лишением возможности удовлетворения самых необходимых жизненных потребностей (таких как сон, пища, жилище, секс, общение ребёнка с отцом или матерью, и т.п.), либо лишением таких благ, к которым человек долгое время был привычен.

**Диссоциация** – психический процесс, относимый к механизмам психологической защиты. В результате работы этого механизма человек начинает воспринимать происходящее с ним так, будто оно происходит не с ним, а с кем-то посторонним. Такая «диссоциированная» позиция защищает от избыточных, непереносимых эмоций.

**Диссоциативная амнезия** – один из видов диссоциативных расстройств, при котором пациентом утрачивается память на события в основном личного характера, что является последствием стресса или травмирующего события, при этом способность восприятия новой информации сохраняется.

**Диссоциативная fuga** (от лат. Fuga – «бегство») – болезнь, характеризующаяся внезапным, но целенаправленным переездом в незнакомое место, после чего больной полностью забывает всю информацию о себе, вплоть до имени.

**Дисфория** (от греч. Δυσφορέω – страдать, мучиться, досадовать) – форма болезненно-пониженного настроения (антоним слова «эйфория»), характеризующаяся мрачной раздражительностью, чувством неприязни к окружающим.

**Зона ЧС** – территория или акватория, на которой в результате возникновения источника ЧС или распространения его последствий из других районов возникла ЧС.

**Зона заражения** – это территория, в пределах которой распространены опасные химические вещества либо биологические (бактериологические) средства.

**Ипохондрическое расстройство** – один из наиболее частных психопатологических феноменов, основной признак которого заключается в постоянной чрезмерной озабоченности возможностью заболевания одним или более тяжелым и прогрессирующим соматическим расстройством.

**Источник ЧС** – опасное природное явление, авария или техногенное происшествие, инфекционная болезнь людей, животных и растений, а также применение современных средств поражения (ССП), в результате чего может возникнуть ЧС.

**Конфликт** (лат. conflictus – столкнувшийся) – наиболее острый способ разрешения противоречий в интересах, целях, взглядах, возникающих в процессе социального взаимодействия, заключающийся в противодействии участников этого взаимодействия и обычно сопровождающийся негативными эмоциями, выходящий за рамки правил и норм.

**Кризис** (др.греч. Κρίσις – решение, поворотный пункт) – переворот, пора переходного состояния, перелом, состояние, при котором существующие средства достижения целей становятся неадекватными, в результате чего возникают непредсказуемые ситуации.

**Кризисная интервенция** – это скорая психологическая помощь лицам, находящимся в состоянии кризиса.

**Кризисная ситуация** (от греч. krisis – решение, поворотный пункт, исход) – это ситуация, требующая от человека значительного изменения представлений о мире и о себе за короткий промежуток времени. Эти изменения могут носить как позитивный, так и негативный характер.

**Кризисные состояния** – это особые выходящие за рамки повседневной жизни состояния, бывающие в жизни каждого человека, возникающие как реакция на какие-либо внешние или внутренние причины и обстоятельства, психические травмы.

**Кризис адаптации к жизни** – это нарушение относительно устойчивого динамического равновесия внешних и внутренних условий бытия человека при резких изменениях внешних условий жизни, которое создает угрозу существованию человека и удовлетворению его основных жизненных потребностей, приводит к «разрывам логики жизни».

**Невроз** – группа нервно-психических заболеваний, возникающих в основном вследствие длительных психических переживаний, перенапряжений при выполнении чрезмерных по сложности и трудоемкости дел, недостаточного отдыха, сна, длительной внутренней борьбы, необходимости скрывать горе, гнева, страдания. Способствуют возникновению неврозов и внутренние болезни человека.

**Нервно-мышечная релаксация** (англ. Relaxation therapy) – техника (методика) саморегуляции состояний, использующая в качестве основного приема попеременное напряжение и расслабление различных мышечных групп, что обеспечивает быстрое достижение состояния релаксации (расслабления). Обычно представлена серией повторяющихся упражнений для основных участков тела и дыхательной мускулатуры. Сопровождается ощущениями общего покоя, отдыха, потепления конечностей, а также уменьшением нервного напряжения и снятием болей.

**Нервно-психическая устойчивость** – сохранение продуктивного функционирования психики в кратковременной или длительной напряженной ситуации.

**Нормативные, или закономерные, кризисы** – это возрастные кризисы развития, которые связаны с прохождением личности

через определенные этапы жизненного пути (кризис трех лет, подростковый кризис и др.).

**Острое стрессовое расстройство** – быстро проходящее расстройство значительной степени тяжести у людей без психических отклонений в ответ на психологический или физиологический стресс, исключительный по своей интенсивности.

**Очаг поражения** – ограниченная территория, в пределах которой в результате воздействия поражающих факторов источника чрезвычайной ситуации произошли массовая гибель или поражение людей, сельскохозяйственных животных и растений, разрушены и повреждены здания и сооружения, а также элементы окружающей природной среды.

**Паника** – это стихийно возникающее состояние и поведение большой совокупности людей, находящихся в условиях поведенческой неопределенности в повышенном эмоциональном возбуждении от неконтрольного чувства страха.

**Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР, «вьетнамский синдром», «афганский синдром» и т. п.)** – тяжёлое психическое состояние, которое возникает в результате единичной или повторяющихся психотравмирующих ситуаций, как, например, участие в военных действиях, тяжёлая физическая травма, сексуальное насилие, либо угроза смерти.

**Предстартовое состояние** – рефлекторная эмоциональная реакция, наступающая перед ответственными событиями. В физиологических условиях она характеризуется усилением и мобилизацией всех функций организма.

**Профессиональное здоровье** – это способность организма сохранять компенсаторные и защитные свойства, обеспечивающие профессиональную надёжность и работоспособность в трудовой деятельности.

**Профессиональный стресс** – это напряжённое состояние работника, возникающее у него при воздействии эмоционально-отрицательных и экстремальных факторов, связанных с выполняемой профессиональной деятельностью.

**Психическое здоровье** (духовное или душевное, иногда – ментальное здоровье) – согласно определению Всемирной организации здравоохранения, это состояние благополучия, при котором человек может реализовать свой собственный потенциал,

справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества.

**Психогенный ступор** – реакция организма на психическую травму; при этом неподвижность сочетается с различными нарушениями со стороны вегетативной нервной системы (она иннервирует внутренние органы и кровеносные сосуды) – учащенным сердцебиением, потливостью, повышением или снижением артериального давления.

**Психологическая помощь** – область практического применения психологии, ориентированная на повышение социально-психологической компетентности людей и оказания психологической помощи как отдельному человеку, так и группе или организации. Это непосредственная работа с людьми, направленная на решение различного рода психологических проблем, связанных с трудностями в межличностных отношениях, а также глубинных личностных проблем.

**Психологическая травма** – вред, нанесённый психическому здоровью человека в результате интенсивного воздействия неблагоприятных факторов среды или остроэмоциональных, стрессовых воздействий на его психику. Часто бывает связана с физической травмой, угрожающей жизни, либо нарушающей ощущение безопасности.

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

**Психомоторное возбуждение** – это патологическое состояние, характеризующееся двигательным беспокойством разной степени выраженности (от суетливости до разрушительных действий), часто сопровождающееся речевым возбуждением (многогоречивость, выкрики фраз, слов, отдельных звуков).

**Психотерапия** (от др. – греч. Ψυχή – «душа», «дух» + θεραπεῖα – «лечение», «оздоровление», «лекарство») – система лечебного воздействия на психику и через психику на организм человека. Часто определяется как деятельность, направленная на избав-

ление человека от различных проблем (эмоциональных, личностных, социальных, и т. п.). Проводится, как правило, специалистом-психотерапевтом путем установления глубокого личного контакта с пациентом (часто путем бесед и обсуждений), а также применением различных когнитивных, поведенческих, медикаментозных и других методик.

**Реактивные состояния (психогении)** – это обратимые психические расстройства, возникающие вследствие переживаний, травмирующих психику, и вызываемые нарушениями особо значимых переживаний личности, например, профессиональных, служебных, семейных.

**Рефлексы орального автоматизма** (оральный от лат. os, oris – рот) – группа рефлексов, при которых в ответ на раздражение оральной части лица возникает вытягивание вперед губ – сосательное или поцелуйное их движение.

**Синдром профессионального выгорания** – это сложный психологический феномен, который часто встречается у специалистов, работа которых подразумевает непрерывный прямой контакт с людьми и оказание им психологической поддержки.

**Ситуация** – одноактность и неповторимость возникновения множества событий, стечения всех жизненных обстоятельств и положений, открывающихся восприятию и деятельности человека.

**Страх** – внутреннее состояние, обусловленное грозящим реальным или предполагаемым бедствием.

**Стресс** (от англ. Stress – нагрузка, напряжение; состояние повышенного напряжения) – совокупность неспецифических адаптационных (нормальных) реакций организма на воздействие различных неблагоприятных факторов – стрессоров (физических или психологических), нарушающее его гомеостаз, а также соответствующее состояние нервной системы организма (или организма в целом).

**Стресс-факторы** – стрессовые события, ставшие причиной психической травмы.

**Стрессовая ситуация** – это ситуация, которая становится для человека, переживающего или воспринимающего ее, причиной стресса или тревоги.

**Стрессоустойчивость** – представляет собой совокупность личностных качеств, позволяющих человеку переносить значи-

тельные интеллектуальные, волевые и эмоциональные нагрузки (перегрузки), обусловленные особенностями профессиональной деятельности, без особых вредных последствий для деятельности, окружающих и своего здоровья.

**Ступор** – состояние резкой угнетенности, выражаемой в полной неподвижности, молчаливости.

**Суицид** (от лат. *sui caedere* – убивать себя) – преднамеренное лишение себя жизни, как правило, самостоятельное и добровольное.

**Тревога** – отрицательно окрашенная эмоция, выражающая ощущение неопределённости, ожидание негативных событий, трудноопределимые предчувствия.

**Утомление** – это функциональное состояние, которое возникает в результате интенсивной или (и) длительной рабочей нагрузки и проявляется во временном нарушении ряда психических и физиологических функций индивида, а также снижении эффективности и качества труда.

**Экстренная психологическая помощь** – это система краткосрочных мероприятий, направленная на оказание помощи одному человеку, группе людей или большому числу пострадавших после кризисного или чрезвычайного события, в целях регуляции актуального психологического, психофизиологического состояния и негативных эмоциональных переживаний, связанных с кризисным или чрезвычайным событием, при помощи профессиональных методов, которые соответствуют требованиям ситуации.

**Экстремальная ситуация** (от лат. *extremus* – крайний, критический) – внезапно возникшая ситуация, угрожающая или субъективно воспринимаемая человеком как угрожающая жизни, здоровью, личностной целостности, благополучию.

**Эмоциональное возбуждение** – это сигнальная реакция нервной системы на различные психогенные воздействия.

**Эмоциональное напряжение** – это эмоционально окрашенное волевое усилие, направленное на решение мыслительной или двигательной задачи.

**Эмоциональная напряженность** характеризуется временным понижением устойчивости психических и психомоторных процессов, а также падением работоспособности, вызванным негативными или чрезмерными психогенными воздействиями.



**Эмпатия** – постижение эмоционального состояния, проникновение, вчувствование в переживания другого человека. Способность индивида к параллельному переживанию тех эмоций, что возникают у другого индивида в ходе общения с ним. Понимание другого человека путем эмоционального вчувствования в его переживания. Термин ввел в психологию Э. Титченер.

**Чрезвычайная ситуация** – это обстановка, сложившаяся на определенной территории или акватории в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, стихийного или иного бедствия, которая может повлечь или повлекла за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей природной среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей.

**Фрустрация** (лат. Frustratio – «обман», «неудача», «тщетное ожидание», «расстройство замыслов») – негативное психическое состояние, возникающее в ситуации реальной или предполагаемой невозможности удовлетворения тех или иных потребностей, или, проще говоря, в ситуации несоответствия желаний имеющимся возможностям.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Учебное пособие «Психология экстремальных и чрезвычайных состояний», разработанное для профессиональной подготовки специалистов по специальности 37.05.02 – Психология служебной деятельности, актуально и необходимо в связи с ростом кризисных и чрезвычайных ситуаций, имеющих место вследствие социально-экономической и политической нестабильности современного мира, информационных спекуляций и попыток манипуляций массовым сознанием, изменений биологических условий существования человека. Современный период развития общества является кризисным с соответствующими экономическими, социальными, морально-ценностными и другими трудностями. Среди явных последствий такого положения – ухудшение здоровья и благосостояния населения из-за негативных экологических условий проживания, природных и техногенных катастроф, социальной напряженности; возрастание психоэмоциональной нагрузки у специалистов профессий экстремального профиля и расширение круга потенциально опасных профессий; распад многих семей и возрастание насилия в семьях, эскалация насилия в производственных, профессиональных коллективах, на улицах, в быту; повышенный риск террористических актов и пр. Безусловно, такое состояние общества не может быть оценено как безопасное, – с какой бы позиции ни смотреть на эту проблематику.

В системе производительных сил и производственных отношений уже сформирован социальный заказ на подготовку высококвалифицированных психологов – специалистов по кризисным, экстремальным состояниям и ситуациям, компетентных в оказании помощи людям в преодолении различных чрезвычайных ситуаций и критических периодов в жизни, владеющих психологическими и социальными технологиями работы с экстремальными состояниями, связанных с деятельностью в опасных условиях, действиями в зоне стихийных бедствий, устранением психологических и социальных последствий террористических актов, различных аварийных происшествий в бытовой жизни населения, авиационных, автомобильных, техногенных, природных катастроф. Овладев в процессе подготовки, как теоретическими знаниями, так и практическими умениями и навыками в области психо-

диагностики и коррекции экстремальных состояний личности, эти специалисты смогут успешно осуществлять профилактические психосоциальные воздействия, меры экстренного психологического реагирования и посткризисную психологическую поддержку. Специалисты такого профиля востребованы во всех сферах жизнедеятельности общества: в оборонных, силовых и правоохранительных структурах государства (система вооружённых сил РФ, система МВД, система ФСБ, система ФМС, и т.п.); службах оперативного реагирования и контроля, различных аварийных службах (система ГО и МЧС, включая пожарную охрану, скорую помощь и т.п.); пенитенциарной системе (система Минюста, ГУИН и т.п.); в структурах службы персонала транспортных компаний, авиакомпаний; в социальной инфраструктуре (государственное управление, социальная защита населения и т.д.); промышленном и сельскохозяйственном производстве; здравоохранении и медицине; системе воспитания и образования (психолого-педагогическая реабилитация детей и подростков, побывавших в экстремальных ситуациях); физической культуре и спорте, сценической и публичной (художественной, политической, экономической) деятельности; социально-этнической, социально-политической, социально-религиозной сферах (работа по превенции и разрешению различных социальных конфликтов и т. п.); сфере семейных отношений (насилие в семьях и т. п.).

Материалы, вошедшие в состав учебного пособия «Психология экстремальных и чрезвычайных состояний», представляют собой еще одну попытку понимания и систематизации механизмов сохранения и технологий поддержания психологического здоровья человека в экстремальных и чрезвычайных ситуациях.

Материалы подготовили: «Общее представление о предмете психологии экстремальных ситуаций и состояний», «Виды и типологии экстремальных ситуаций», «Характеристика деятельности в особых и экстремальных условиях» – А.В. Суворова; «Понятие кризиса. Типы переживаний в кризисной ситуации», «Экстремальные состояния», «Информационно-адаптационный аспект реагирования на экстремальные ситуации» – И.В. Белашева; «Отсроченные реакции на стрессовую ситуацию (ПТСР)», «Диссоциация и посттравматический стресс», «Отсроченные реакции на стрессовую ситуацию (суицидальные попытки)» – И.Н. Польшакова;

«Деадаптивные психические состояния как последствия профессионального стресса», «Отсроченные реакции на стрессовую ситуацию (психосоматические реакции)», «Переживание горя. Психологическая работа с горем» – Н.В. Осипова; «Профессиональное здоровье специалистов экстремального профиля», «Экстренная психологическая помощь в экстремальных ситуациях», «Психологическое сопровождение личности в период кризиса» – Д.А. Ершова.

Надеемся, что учебное пособие будет интересно всем специалистам, так или иначе имеющим отношение к психологии экстремальных и чрезвычайных состояний. Мы будем благодарны всем, кто пришлет нам свои замечания, предложения. Наш адрес: 355009, г. Ставрополь, ул. Пушкина 1, кафедра практической и специальной психологии Института образования и социальных наук Северо-Кавказского федерального университета.

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>ПРЕДИСЛОВИЕ</b> .....	3
<b>РАЗДЕЛ 1. Понятие экстремальности. Психологические аспекты изучения экстремальных ситуаций и состояний</b> .....	7
1. Общее представление о предмете психологии экстремальных ситуаций и состояний.....	7
2. Виды и типологии экстремальных ситуаций .....	20
3. Характеристика деятельности в особых и экстремальных условиях .....	30
4. Понятие кризиса. Типы переживаний в кризисной ситуации.....	39
5. Экстремальные состояния .....	66
6. Информационно-адаптационный аспект реагирования на экстремальные ситуации.....	86
<b>РАЗДЕЛ 2. Деадаптивные психические состояния. Травматический стресс</b> .....	103
7. Деадаптивные психические состояния как последствия профессионального стресса.....	103
8. Отсроченные реакции на стрессовую ситуацию. ПТСР .....	119
9. Диссоциация и посттравматический стресс .....	186
10. Отсроченные реакции на стрессовую ситуацию (психосоматические реакции).....	152
11. Отсроченные реакции на стрессовую ситуацию. Суицидальные попытки.....	162
12. Переживание горя. Психологическая работа с горем .....	179
<b>РАЗДЕЛ 3. Психологическое сопровождение в экстремальных ситуациях</b> .....	204
13. Профессиональное здоровье специалистов экстремального профиля.....	204
14. Экстренная психологическая помощь в экстремальных ситуациях.....	216
15. Психологическое сопровождение личности в период кризиса.....	234
<b>ГЛОССАРИЙ</b> .....	249
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b> .....	258

Учебное издание

Белашева Ирина Валерьевна  
Суворова Алла Валентиновна  
Польшакова Ирина Николаевна  
Осипова Наталья Владимировна  
Ершова Дина Анатольевна

# ПСИХОЛОГИЯ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ И ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СОСТОЯНИЙ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

Издается в авторской редакции

Технический редактор, компьютерная верстка М. И. Толмачёв

---

Подписано в печать 01.08.2016

Формат 60x84 1/16

Усл. печ. л. 15,23

Уч.-изд. л. 14,69

Бумага офсетная

Заказ 96

Тираж 20 экз.

---

Отпечатано в Издательско-полиграфическом комплексе  
ФГАОУ ВПО «Северо-Кавказский федеральный университет»  
355029, г. Ставрополь, пр-т Кулакова, 2