

Р. В. КАДЫРОВ

## ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО (PTSD)

Состояние проблемы, психодиагностика  
и психологическая помощь



  
РЕЧЬ

## ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО (PTSD)

### Состояние проблемы, психодиагностика и психологическая помощь



К 159.972  
К 88.4  
3

*Рецензенты:*

**Цветкова Р. И.**, доктор психологических наук, профессор

**Колотилин Г. Ф.**, доктор медицинских наук, профессор

**Жилина Е. В.**, кандидат психологических наук

**Мирза Н. И.**, кандидат педагогических наук

**Кадыров Р. В.**

- 3 Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD): состояние проблемы, психодиагностика и психологическая помощь : учебное пособие / Р. В. Кадыров. — СПб. : Речь, 2012. — 448 с.

ISBN 978-5-9268-1347-7

Книга представляет собой учебное пособие по теории и методам оказания психологической помощи людям как непосредственно во время экстремальных ситуаций и после, так и при психологической подготовке к ним.

В пособии представлены основные принципы и содержание работы психолога в очаге экстремальной ситуации. Включены известные на сегодняшний день техники психологической помощи пострадавшим в экстремальных ситуациях. Описаны методы психологической работы с последствиями экстремальных ситуаций и психологической подготовки к ним.

Пособие будет интересно как военным психологам, так и имеющим смежные специальности, а также психотерапевтам, командирам воинских подразделений, курсантам военно-учебных заведений, студентам психологических факультетов и всем интересующимся вопросами экстремальной и кризисной психологии.

УДК 159.972  
ББК 88.4

*Охраняется законом об авторском праве. Все права защищены.  
Полная или частичная перепечатка издания, включая размещение в сети Интернет,  
возможна только с разрешения издательства.*

ISBN 978-5-9268-1347-7

© Р. В. Кадыров, 2012  
© Издательство «Речь», 2012  
© П. В. Борозенец, обложка, 2012

## СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие.....	7
------------------	---

### **Раздел I. ЧЕЛОВЕК В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ**

#### **Глава 1.**

<b>Понятие экстремальных ситуаций жизнедеятельности.....</b>	<b>10</b>
Жизненные ситуации: определение и основные подходы .....	10
Основные подходы к исследованию экстремальных ситуаций жизнедеятельности .....	13
Экстремальные факторы психогенного риска.....	17
Вопросы и задания для самопроверки и размышлений.....	27
Обязательная литература.....	27
Дополнительная литература.....	27

#### **Глава 2.**

<b>Психологические реакции человека в экстремальных ситуациях.....</b>	<b>29</b>
Стресс и его характеристика .....	29
Особенности стрессовых реакций у участников боевых действий .....	36
Особенности стрессовых реакций при чрезвычайных ситуациях.....	54
Индивидуальная реакция на стресс и стрессоустойчивость .....	63
Вопросы и задания для самопроверки и размышлений.....	68
Обязательная литература.....	68
Дополнительная литература .....	68

#### **Глава 3.**

<b>Психологическая помощь в экстремальных ситуациях.....</b>	<b>70</b>
Основные принципы и правила оказания психологической помощи в экстремальных ситуациях.....	70
«Скорая помощь» в экстремальной ситуации при проявлении различных эмоциональных состояний .....	81
Вопросы и задания для самопроверки и размышлений.....	97
Обязательная литература.....	98
Дополнительная литература .....	98

### **Раздел II. ЧЕЛОВЕК ПОСЛЕ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ**

#### **Глава 4.**

<b>Посттравматическое стрессовое расстройство.....</b>	<b>100</b>
История изучения последствий психотравмирующего стресса .....	100
Симптоматика ПТСР .....	110
Теоретические концепции ПТСР .....	121
Распространенность посттравматических стрессовых расстройств .....	142

Вопросы и задания для самопроверки и размышлений.....	146
Обязательная литература.....	147
Дополнительная литература.....	147
<b>Глава 5.</b>	
<b>Психодиагностика посттравматического стрессового расстройства</b> .....	149
Основные принципы диагностики ПТСР.....	149
Основные методики психодиагностики ПТСР.....	150
Дополнительные методики исследования ПТСР.....	154
Вопросы и задания для самопроверки и размышлений.....	160
Обязательная литература.....	160
Дополнительная литература.....	161
<b>Глава 6.</b>	
<b>Психологическая помощь при посттравматическом стрессовом расстройстве</b> .....	162
Основные принципы оказания психологической помощи при ПТСР.....	162
Этапы программы психологической помощи при ПТСР.....	166
Телесно-ориентированная психотерапия ПТСР.....	170
Бихевиорально-когнитивная психотерапия ПТСР.....	174
Психодинамическая психотерапия ПТСР.....	180
Экзистенциальная психотерапия ПТСР.....	181
Арт-терапия ПТСР.....	189
Гештальт-терапия ПТСР.....	194
Нейролингвистическое программирование.....	199
Вопросы и задания для самопроверки и размышлений.....	202
Обязательная литература.....	202
Дополнительная литература.....	202
<b>Глава 7.</b>	
<b>Особенности ПТСР у детей</b> .....	204
Особенности протекания ПТСР в детском возрасте.....	204
Психологическая помощь детям с ПТСР.....	210
Игротерапия детей при ПТСР.....	216
Направленная визуализация образа (психосинтез).....	223
Бихевиорально-когнитивная терапия.....	226
Бихевиористская терапия.....	227
Гештальт-терапия.....	228
Вопросы и задания для самопроверки и размышлений.....	231
Обязательная литература.....	232
Дополнительная литература.....	232

### Раздел III.

#### ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ЧЕЛОВЕКА К ЭКСТРЕМАЛЬНЫМ СИТУАЦИЯМ

<b>Глава 8.</b>	
<b>Сущность и содержание психологической подготовки к экстремальным условиям</b> .....	234
Цели, задачи, содержание и виды психологической подготовки к экстремальным ситуациям.....	234

Основные принципы психологической подготовки к экстремальным условиям.....	238
Вопросы и задания для самопроверки и размышлений.....	241
Обязательная литература.....	242
Дополнительная литература.....	242
<b>Глава 9.</b>	
<b>Психологическая подготовка к работе в экстремальных условиях</b> .....	243
Обучение приемам саморегуляции психического состояния.....	243
Методы изменения личностных установок и убеждений.....	247
Вопросы и задания для самопроверки и размышлений.....	260
Обязательная литература.....	260
Дополнительная литература.....	261
Заключение.....	262
Литература.....	263

### ПРИЛОЖЕНИЯ

<b>Приложение 1.</b>	
Чемодан психолога.....	288
<b>Приложение 2.</b>	
Структурированное диагностическое интервью для пациентов с ПТСР.....	289
<b>Приложение 3.</b>	
Шкала для клинической диагностики ПТСР (Clinical-administered PTSD Scale — CAPS).....	296
<b>Приложение 4.</b>	
Опросник травматического стресса.....	304
<b>Приложение 5.</b>	
Миссисипская шкала (гражданский вариант).....	315
<b>Приложение 6.</b>	
Шкала оценки тяжести воздействия травмирующего события (Impact of Event Scale — IOES) Горюхица.....	316
<b>Приложение 7.</b>	
Гарвардский опросник для выяснения перенесенных травм (по Mollica et al., 1992).....	317
<b>Приложение 8.</b>	
Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. А. Жмурова.....	319
<b>Приложение 9.</b>	
Вербальный фрустрационный тест (опросник для взрослых).....	324
<b>Приложение 10.</b>	
Опросник МЛО «Адаптивность».....	328
<b>Приложение 11.</b>	
Графическая методика «История жизненных переживаний личности».....	338
<b>Приложение 12.</b>	
Анкета для участников боевых действий.....	339



Приложение 13.	
Методы и техники телесно-ориентированной психотерапии .....	356
Приложение 14.	
Методы и техники бихевиорально-когнитивной психотерапии.....	372
Приложение 15.	
Методы и техники психодинамической психотерапии.....	401
Приложение 16.	
Методы и техники арт-терапии в работе с ПТСР.....	403
Приложение 17.	
Методы и техники гештальт-терапии.....	405
Приложение 18.	
Методы и техники нейролингвистического программирования .....	413
Приложение 19.	
Некоторые технологии в детском и подростковом тренинге при ПТСР.....	427
Приложение 20.	
Как можно помочь семье, пережившей травму (для специалистов помогающих профессий и добровольцев) .....	432
Приложение 21.	
Методика ситуативно-образной психорегулирующей тренировки (СОПТ) .....	433
Приложение 22.	
Психологическая самопомощь и коррекция поведения сотрудников, выполнявших задачи в экстремальных условиях .....	439

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Круг проблем, возникающих при взаимодействии медицинских и психологических наук, имеет тенденцию к расширению и изменению, что обусловлено как научными достижениями, так и запросами общества. И хотя драматические последствия катастрофических и боевых ситуаций для психики человека известны с древних времен, одна из «новых» проблем в отечественной клинической психологии последних десятилетий связана с воздействием на человека стрессоров высокой интенсивности [Александровский, 1991; Кахно, Краснов, 2008; Моляко, 1992; Черепанова, 1997; Тарабрина, 1997–2009 и др.].

Традиционно проблемы травматической ситуации в основном изучались специалистами в области психологического стресса, включавшими в перечень стрессоров критические жизненные ситуации. Большинство современных авторов склонны рассматривать психологический стресс как транзактный процесс, отражающий взаимодействие человека с окружающим миром. Такое определение психологического стресса правомерно и обоснованно, однако при этом остаются вопросы, которые, прежде всего, относятся к необходимости установления дифференцирующих критериев последствий воздействия стрессоров, весьма различных как по интенсивности, так и по феноменологии.

Как показано в первой части пособия, именно последствия воздействия экстремальной ситуации, прежде всего боевых действий, послужили толчком к их последовательному изучению, приведшему в итоге к выделению посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

В данном пособии сделана попытка интегративного подхода в рассмотрении, психодиагностике и психологической помощи при посттравматическом стрессовом расстройстве.

Предлагаемое вашему вниманию пособие представляет собой справочник по теории и методам оказания психологической помощи людям как непосредственно во время экстремальной ситуации и на отдаленных этапах после нее, так и при психологической подготовке к ней. Поэтому пособие содержательно состоит из трех разделов: первый раздел посвящен рассмотрению понятия экстремальных условий жизнедеятельности, психологическим реакциям человека и работе психолога в этих условиях. Он включает в себя наиболее известные в России и на Украине техники психологического вмешательства и набор рекомендаций по методам оказания психологической помощи пострадавшим в экстремальных условиях.

Второй раздел пособия посвящен психологии, основным теориям и психодиагностике посттравматического стрессового расстройства, а также описанию методов психологической работы с отдаленными последствиями экстремальных ситуаций.

Третий раздел пособия раскрывает сущность, содержание и методы психологической подготовки человека к экстремальным ситуациям.

В целом пособие предназначено для обучения студентов психологических факультетов, практикующих психологов и психотерапевтов, работающих как непосредственно в экстремальных ситуациях, так и с их отдаленными последствиями. Материал, изложенный в этом пособии, также будет полезен командирам подразделений, готовящим своих подчиненных к действиям в экстремальных условиях (боевым действиям),



и курсантам военно-учебных заведений для подготовки к будущей профессиональной деятельности.

При написании этого пособия всегда с благодарностью вспоминал своих друзей и боевых товарищей, благодаря которым возникла идея написания этого пособия: Алексея Сузанского, Володю Петрова, Славу Цуканова и многих других, которые в любых ситуациях жизни (хороших и плохих) всегда духовно рядом.

Светлая память ушедшим боевым братьям: Максиму Русакову, Евгению Бехтеру, Сергею Подвальнову, Герою России Сергею Фирсову, Вадиму Выжимову, Юрию Зубареву, Андрею Сошелину, Герою России Владимиру Боровикову, Игорю Дедюхину, Виталию Бугаеву.

## Раздел I.

# ЧЕЛОВЕК В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ



## Глава 1.

# ПОНЯТИЕ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

## ЖИЗНЕННЫЕ СИТУАЦИИ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ

В науке о человеке все более утверждается мысль о том, что между человеком и условиями его жизни существует неразрывная связь и легче рассматривать, понимать и моделировать жизненные и трудовые процессы личности, если они разделены на части. Деление на ситуации — один из способов такого квантования.

Для определения категории «ситуация» необходимо соотнести ее с такими понятиями, как «событие», «случай», «факт», «происшествие», «эпизод». При этом целесообразно развести быденное и научное понимание ситуации. В быденном плане вышеуказанные понятия рассматриваются преимущественно как равнозначные и трактуются как фрагмент жизни или жизненного пути, выделяемый по своей значимости, несхожести с другими жизненными эпизодами. Акцент делается на их объективной представленности, внешнем протекании, в которых фиксируется связь личности с внешним миром, средой обитания. Научное понимание ситуации в психологии рассматривается не как некий теоретический конструкт или результат упражнений, а как психологическое явление, которое реально существует.

Ситуация как объект научного исследования привлекает внимание специалистов уже около 80 лет. В 1920–1930-х гг. она активно изучалась в рамках теории поля К. Левина<sup>1</sup>, а также различных теорий социального поведения (С. Квин, Г. Олпорт, Д. Рейнхарт и др.). Именно К. Левину принадлежит знаменитая формула, в соответствии с которой поведение человека есть функция, результат взаимодействия личности и ситуации.

Сегодня понятие «ситуация» (от лат. *situs* — позиция, положение) прочно вошло в науку, предметом которых являются человек и его поведение. По мнению Л. Ф. Бурлачука и Е. Ю. Коржовой, на сегодня существует более тысячи работ, касающихся ситуаций, причем в самых различных областях исследования — от архитектуры до астрологии, от маркетинга до микросоциологии<sup>2</sup>.

На сегодняшний день в психологической науке можно выделить три подхода к пониманию ситуации.

**1. Ситуация как обстановка**, совокупность объективных условий, в которых функционирует какая-либо система, и обстоятельств, определяющих тот или иной характер деятельности (М. Аргайл, Ф. В. Березин, Ц. П. Короленко, Д. П. Космолинский, В. И. Лебедев, Д. Мангусон, М. П. Мирошников, Е. Д. Соколова и др.). Система внешних

<sup>1</sup> Левин К. Динамическая психология. Избранные труды / под общ. ред. Д. А. Леонтьева, Е. Ю. Патаевой. М.: Смысл, 2001. 572 с.

<sup>2</sup> Бурлачук Л. Ф., Коржова Е. Ю. Психология жизненных ситуаций: учебное пособие. М.: Российское педагогическое агентство, 1998. 263 с.

по отношению к субъекту условий, которые побуждают и опосредуют его активность. Этот подход существенно принижает роль самого человека в образовании жизненной ситуации и ее развитии.

**2. Ситуация как перцептивный конструкт личности** (Дж. Форгас, А. Первин, Н. В. Гришина). Человек не отражает бытие, а создает ситуацию в своем сознании.

**3. Ситуация как объективно-субъективная реальность** (Л. Николов, Т. Шибутани и др.). Ситуацию определяют как результат активного взаимодействия личности и среды. При таком понимании ситуации появляется возможность выделить объективные и субъективные ситуации по преобладанию внешних обстоятельств или личностных особенностей. Это позволяет развести такие понятия, как «ситуация» и «среда».

Нередко психологи используют понятие «ситуация» как синоним понятия «среда». В дальнейшем, излагая материал, мы будем придерживаться той позиции, что данные понятия не тождественны, и недопустимо использовать их как синонимы, потому что **среда** — это комплекс неких внешних по отношению к человеку условий, а **ситуация** всегда включает в себя самого человека. Среда всегда внесубъектна и характеризуется устойчивостью и длительностью воздействия, а также относительной стабильностью. Ситуация же всегда субъектна, она «чья-то ситуация» и одни и те же условия среды всегда субъективно разные.

Разнообразие используемых характеристик ситуации указывает на отсутствие единого тезауруса для описания жизненных ситуаций. Каждый автор акцентирует внимание на отдельных аспектах исследуемого явления. Поэтому имеющиеся точки зрения целесообразно не противопоставлять, а синтезировать, выделяя в каждой из них рациональные зерна. Применительно к нашей работе **ситуация** — это сложная субъективно-объективная реальность (актуальное состояние среды и значимость для личности) в конкретных условиях жизнедеятельности, фиксируемых личностью в течение определенного промежутка времени.

Признавая объективный компонент в содержании ситуации (актуальное состояние среды), мы все же предлагаем рассматривать его не как данность, отстраненную и нейтральную для личности, а как преломленную через ее сознание, представленную в ее восприятии и оценке.

Среди субъективных (значимых для личности) элементов ситуации могут быть выделены следующие: физиологический, мотивационный, когнитивный и эмоционально-оценочный. В психологии существуют разные взгляды относительно того, какой из элементов ситуации играет ведущую роль (Д. Магнусон, Н. Эндлер, М. Тышкова). А. И. Шипилов<sup>3</sup> отводит основную роль в возникновении, «складывании» ситуации мотивационным компонентам личности. В зависимости от того, как среда позволяет реализовывать устремления личности, личность воспринимает и оценивает, а следовательно, эмоционально, физиологически и своим поведением реагирует на актуальное состояние среды.

Если мотивы личности по отношению к активному состоянию среды нейтральны, то есть побуждения к ней отсутствуют, то и восприятие нейтрально, личность не акцентирует внимание на средовых параметрах. В итоге ситуация не складывается, не существует, не «проживается» личностью. «Проживание» ситуации рассматривается нами как реагирование (когнитивное, эмоциональное, физиологическое и поведенческое) на обстоятельства внутренней и внешней жизни человека, фиксирование ее в сознании.

<sup>3</sup> Шипилов А. И. Психологические основы взаимодействия офицеров в трудных межличностных ситуациях. М.: ВУ, 1999. 172 с.



Большое значение для углубленного понимания сущности ситуации имеет выделение структурных компонентов ситуации, которые в аналитических и практических целях можно и нужно изучать, знать и понимать.

**Структура ситуации включает:**

**1. Обстановочные составляющие** (компоненты) — то, что мы уже назвали актуальной средой, что окружает человека и может быть обозначено как обстоятельства, внешние условия.

**2. Личностные составляющие** (компоненты) — то, как человек оценивает сложившуюся обстановку, поставившую его в определенное положение и перед необходимостью выбора действий.

**3. Деятельностные (поведенческие) составляющие** (компоненты) — то, что человек делал, попав в данную обстановку, что намеревается делать, что делает и чего достигает.

Рассматривая вышеперечисленные компоненты, необходимо помнить, что в реальной ситуации они системно взаимосвязаны, их отношения и характеристики неодинаковы не только у разных людей, но и у одного человека, реализующегося (имеющего мотив) в одной и той же обстановке, но в разное время. Все это закономерно, ибо в психической деятельности человека, имеющей отражательную природу, все основные компоненты ситуации обязательно наличествуют. При этом они не разделены «по участкам» психики непроницаемыми стенами, а проникают друг в друга, сложно переплетаясь в целостной системной деятельности. Ситуация в психологическом плане — всегда продукт взаимодействия человека и объективных особенностей ситуации.

Все вышеизложенное позволяет определить, что **психологическая включенность человека в ситуацию связана с рядом психологических явлений.**

**1. С пониманием и оценкой человеком ситуации и ее отдельных факторов.** Любой фактор, любая ситуация воспринимается человеком всегда субъективно, в собственной интерпретации. Справедливо отмечали Д. Креч и Р. Кратчфилд: «Не бывает беспристрастных фактов. Данные не имеют собственной логики, которая приводит к одинаковому восприятию и пониманию у всех людей. Данные воспринимаются и интерпретируются индивидом с точки зрения его нужд, в контексте его собственных ориентаций, личностных особенностей и ранее сформированных когнитивных моделей»<sup>4</sup>. Окружение, обстановка предстает в ситуации как данность, обладающая объективными характеристиками, ставящая человека в определенные условия, положение. Она объективно детерминирует возникновение соответствующих компонентов психической деятельности (ощущений, восприятий, чувств и др.); они ситуативны в том смысле, что как-то обусловлены особенностями данной ситуации и служат интересам построения поведения, соответствующего ее специфике.

**2. С оценкой значимости ситуации и отношения к ней.** Критерий значимости опосредует любую реакцию человека. Чем выше оценка значимости ситуации, тем больше сила ее психологического воздействия, тем значимее и сильнее реакция человека на нее.

**3. С мотивацией активности в ситуации.** Именно от мотивации зависит то, к какой цели и с каким упорством стремится человек, насколько важен для него результат активности. Одни мотивы заставляют преодолевать любые трудности, другие побуждают отступать перед малейшими препятствиями. Личность не пассивно следует

<sup>4</sup> См.: Столяренко А. М. Экстремальная психопедагогика: учебное пособие для вузов. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2002. С. 45.

объективным особенностям ситуации. Внешние причины действуют через внутренние условия — такова важнейшая закономерность психической деятельности. Психические состояния, реакции и действия человека в ситуации не являются прямым, однозначным отражением объективных особенностей ситуации. Они опосредованы особенностями данного человека — его качествами, мотивами, подготовленностью, опытом и пр. Человек в ситуации выступает в качестве активного, целенаправленно действующего субъекта. Он нередко выбирает ее объективные особенности из многих (из-за своего поведения он сам часто попадает в определенные ситуации и ставит себя в то или иное положение), а в данной ситуации — один из возможных способов поведения. Кроме того, в его силах в определенной степени менять ситуацию объективно (например, менять место, устранять внешние угрозы) и психологически (менять свое восприятие ситуации, ее оценку, свое положение, намерения, регулировать эмоции, действия, усилия и др.) своей активностью, поведением.

**4. С мобилизованностью** — степенью выявления всех имеющихся у данного человека личных возможностей, необходимых для правильного поведения и действий в ситуации, обеспечения успеха.

**5. С психическим состоянием человека.** Состояние, которое непосредственно предшествовало возникшей ситуации и с которым человек «вошел» в нее, и те состояния, что возникли уже в ситуации, могут в зависимости от своих особенностей либо благоприятствовать успеху, либо затруднять его, делать его достижение невозможным.

**6. С совладающим поведением** — активной саморегуляцией (самоуправления, самообладания) личностью своей психической деятельности, удержания под контролем и овладения состояниями, поступками и действиями (усиление или ослабление психологических реакций на происходящее, преодоление дестабилизирующих влияний на себя ситуации и ее факторов, усилия по проявлению всех своих возможностей, сохранение или восстановление душевного равновесия).

Таким образом, ситуация всегда личностно опосредована, а поведение личности имеет ситуативные признаки. Поведение и реакции человека не задаются однозначно объективными характеристиками ситуации, не являются фатально обусловленными ими, не навязывают человеку послушно-пассивную роль. Последнее слово принадлежит комплексу присущих конкретной личности и устойчиво сформированных у нее свойств, качеств, привычек, знаний, умений, навыков, подготовленности к жизни, деятельности и встрече с экстремальными ситуациями и факторами.

Большое значение для углубленного понимания сущности и влияния ситуации на личность имеет рассмотрение ее через экстремальный характер (значение) для личности

## ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ИССЛЕДОВАНИЮ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Жизнь и деятельность людей протекает в постоянной череде событий, условий и обстоятельств. Часть из них имеет волнующий и проблемный характер, чревата опасностью неприятных, а порой и тяжелых последствий. Их обозначают разными словами, мало различающимися по значению, — «трудные», «сложные», «особые», «рискованные»,



«опасные», «кризисные», «чрезвычайные». Родовым, общим для них понятием выступает термин «экстремальные».

Термин «экстремум» латинского происхождения. В переводе на русский язык он означает «крайнее». В общественные науки он пришел из математики, где употребляется для выражения наибольших и наименьших величин, для объединения понятий максимума и минимума.

Согласно словарю, «экстремальный — крайний, предельный, выходящий за рамки обычного, чрезвычайный»<sup>5</sup>. То есть «экстремальный» и «чрезвычайный» — слова-синонимы. Так же «нестрого» они употребляются и в научной литературе.

Анализ различных подходов к типологии ситуаций целесообразно осуществлять, исходя из понимания личностью самой ситуации, то есть выделения в ней объективных и субъективных составляющих. Поэтому при дальнейшем изложении материала мы будем разводить понятия «чрезвычайная ситуация» и «экстремальная ситуация» по критерию источника травматизации: в первом случае он безличен (к примеру, природная стихия); во втором — имеет антропогенный или социальный характер, то есть в качестве источника травматизации выступает другой человек или общество (нападение на улице, сексуальное насилие, дорожно-транспортное происшествие, локальные войны, террористические акты).

Интерес к проблеме жизнедеятельности в чрезвычайных, экстремальных для человека ситуациях, вызывающих психическое и физическое перенапряжение, привел к созданию целой отрасли в психологической науке — экстремальной психологии<sup>6</sup>. Психологи этой отрасли считают, что трудности деятельности индивида обусловлены в основном внешними условиями его жизни и деятельности (природными, климатическими и социальными) и именно они считаются главной детерминантой экстремальности.

Анализируя подходы к классификации индивидуальных трудностей деятельности, сложившиеся в данной отрасли психологии, В. Г. Зазыкин приводит следующую классификацию<sup>7</sup>:

- 1) нормальные — не требующие дополнительного психического напряжения;
- 2) особые — требующие достаточного психического напряжения и последующего отдыха для восстановления сил;
- 3) экстремальные — требующие психологической мобилизации резервных возможностей организма и специальных мер по последующему их восстановлению.

Большое внимание изучению деятельности в трудных ситуациях уделяется в психологии спорта<sup>8</sup>. Понятием, указывающим на сложность определенного этапа деятельности, является стресс. Исследования посвящены стрессу при выполнении различных по сложности задач при высокой степени осознания ответственности за результаты деятельности определенными категориями спортсменов.

<sup>5</sup> Современный словарь иностранных слов. М., 1995. С. 707.

<sup>6</sup> Психогении в экстремальных условиях / Ю. А. Александровский [и др.] М.: Медицина, 1991; Гуревич П. С. Психология чрезвычайных ситуаций: учебное пособие для вузов. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2007; Лебедев В. И. Экстремальная психология. Психическая деятельность в технических и экологически замкнутых системах. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2001; Лебедев В. И. Личность в экстремальных условиях. М.: Политиздат, 1989; Короленько Ц. П. Психофизиология человека в экстремальных условиях. Л., 1978; и др.

<sup>7</sup> Зазыкин В. Г. Деятельность специалистов в особых условиях (психолого-акмеологические основы) / Отв. ред. А. А. Деркач. М.: НИИВО, 1994.

<sup>8</sup> Стилберг Ч. Д. Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги // Тревога и стресс в спорте. М.: Физкультура и спорт, 1983; Стресс и тревога в спорте. М., 1983; и др.

Стрессовой ситуацией считается такая, которая вызывает достаточно сильную эмоциональную реакцию, проявляющуюся в моторно-поведенческих и физиологических изменениях. Понятие «стресс» в психологии спортсмена неоднозначно, в данном контексте оно представляет собой синоним понятия «состояние тревоги». Стресс — внешнее условие возникновения психологического состояния тревоги, обусловленного в основном осознанием угрозы невыполнения определенной спортивной задачи и вытекающих из этого лично значимых последствий. Основной детерминантой трудности рассматривается задача, стоящая перед субъектом.

Существенной особенностью является то, что условия выполнения задачи (программа действий) при этом не меняются или меняются незначительно.

Другой подход к пониманию экстремальной ситуации развивается из биологической концепции стресса как общего адаптационного синдрома Г. Селье<sup>9</sup>. В. Э. Мильман подчеркивает, что стресс надо рассматривать не просто как внешний сбивающий фактор, порождаемый экстремальностью ситуации, а как систему напряжений, центрирующую любую целенаправленную активность личности.

Отечественные психологи, классифицируя степень воздействия на человека сложной и экстремальной ситуации, обозначили паразекстремальные, экстремальные, паратерминальные условия деятельности, выделяя не только внешние условия, но и внутренние психологические и соматические детерминанты экстремальности<sup>10</sup>.

Паразекстремальная ситуация требует небольшой мобилизации функциональных резервов организма. При этом возникает лишь операционная напряженность для выполнения хорошо знакомых действий в условиях, которые несут в себе реальную угрозу личностному статусу индивида. Экстремальная ситуация, связанная с избыточной мотивацией, необходимостью выполнять сложные действия в условиях осознаваемой угрозы жизни здоровью, социальному положению личности, вызывает вначале общее снижение физиологических и психологических показателей с последующим их подъемом, свидетельствующим о мобилизации более глубоких слоев резервных возможностей человека. Паратерминальная ситуация характеризуется выраженным падением физиологических и психологических показателей без последующего их подъема.

Специалисты Министерства чрезвычайных ситуаций (МЧС) и медицины катастроф под экстремальными ситуациями понимают ситуации, опасные для жизни, здоровья и благополучия значительных групп населения, обусловленные стихийными бедствиями, катастрофами, авариями, чаще всего называемые чрезвычайными.

**Чрезвычайная ситуация (ЧС)** — это обстановка на определенной территории, сложившаяся в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, стихийного или иного бедствия, которые могут повлечь за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей. Каждая ЧС имеет присущие только ей причины, особенности и характер развития.

**ЧС могут классифицироваться по следующим признакам:**

- По степени внезапности: внезапные (непрогнозируемые) и ожидаемые (прогнозируемые). Легче прогнозировать социальную, политическую, экономическую

<sup>9</sup> Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. М.: Медицина, 1960; Мильман В. Э. Стресс и личностные факторы регуляции деятельности // Стресс и тревога в спорте. М.: Физкультура и спорт, 1983. С. 24–46; и др.

<sup>10</sup> Маришук В. Л. Психологические основы формирования профессионально значимых качеств: Автореферат дис. ... д-ра психол. наук. Л., 1982; Навинко Н. И. Психическая напряженность. М.: МГУ, 1976.



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 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.

**По источнику происхождения чрезвычайные ситуации подразделяются** на ситуации техногенного характера; природного происхождения; 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.

**Экстремальная ситуация (ЭС)** — это ситуация, которая выходит за пределы обычного, «нормального человеческого опыта», где источником травматизации выступает человек или общество.

А. М. Столяренко выделяет следующие **по степени экстремальности ситуации**<sup>11</sup>:

- **нормальные** — обыденные, не представляющие особых трудностей для человека, не содержащие необычных опасностей, требующие обычной активности и завершающиеся, как правило, благополучно. В сущности, у таких ситуаций нет признаков экстремальности и они не относятся к экстремальным;
- **параэкстремальные** — близкие к экстремальным ситуациям, способные привести к неудачам, вызвать у человека сильное внутреннее напряжение;
- **экстремальные** — характеризующиеся предельным или близким к предельному внутренним напряжением и перенапряжением, испытываемым человеком.

<sup>11</sup> Столяренко А. М. Экстремальная психопедагогика : учебное пособие для вузов. М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2002. 607 с.

Вероятность снижения успеха, срыва действий, наступления нежелательных последствий здесь весьма велика;

- **гиперэкстремальные** — вызывающие внутренние нагрузки, зачастую превышающие возможности человека, непереносимые многими людьми, разрушающие обычное поведение и действия, приводящие зачастую к опасным последствиям.

М. Ш. Магомед-Эминов раскрывает экстремальную ситуацию на основе тематизации проблематичности человеческого существования — присутствие человека в переходе «бытие-небытие». Следуя этой логике понимания проблематизации существования человека, экстремальность он раскрывает не только с негативной, как это принято в психологии, но и, что очень важно, с позитивной точки зрения — стойкости, мужества, героизма, участия, заботы, роста, развития, трансгрессии. Феномен страдания (расстройства, конфликта) и феномен адаптации, к которым Магомед-Эминов добавляет еще феномен стойкости (к испытаниям), феномен роста в экстремальности (в том числе посттравматического роста), феномен трансгрессии и составляют поле проблематизации феномена экстремальности<sup>12</sup>.

Таким образом, совершенно очевидно, что экстремальность нельзя рассматривать в отрыве от человека и его отношения к той или иной ситуации его жизнедеятельности.

## ЭКСТРЕМАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ПСИХОГЕННОГО РИСКА

В анализе каждого изложенного выше подхода к изучению деятельности в экстремальных ситуациях особое место занимает рассмотрение психологических детерминант, влияющих на индивида в этой деятельности и определяющих его отношение к ситуации как трудной, экстремальной, стрессовой и т. д. Речь идет о факторах экстремальной ситуации, иногда называемых в большинстве публикаций об экстремальных ситуациях «стрессоры», «стресс-факторы», «стрессогенные факторы».

В исследованиях по экстремальной психологии рассматривается воздействие на человека шести основных психогенных факторов: монотония, измененные пространственная и временная структуры, ограничения личностно значимой информации, одиночество (групповая изоляция), угроза для жизни и др.

В спортивной психологии главным фактором, затрудняющим профессиональную деятельность спортсменов, является осознание ее высокой личностной значимости и, как следствие, наличие избыточной мотивации, эмоциональная напряженность, негативные изменения в когнитивной и моторной сферах.

В медицине катастроф длительное воздействие стрессоров чрезвычайных ситуаций рассматривается иначе (рис. 1).

Сложным взаимодействием «внешнего» и «внутреннего», действующих стрессогенных факторов и индивидуальных психофизических возможностей объясняются

<sup>12</sup> В связи с тем, что позитивная составляющая экстремальности в пособии рассматривается в меньшей степени, рекомендуем прочитать следующие книги: Магомед-Эминов М. Ш. Феномен экстремальности. 2-е изд. М. : Психологическая Ассоциация, 2008; Магомед-Эминов М. Ш. Позитивная психология человека. М. : Наука, 2007; Данильченко С. А., Кадыров Р. В., Кулешов В. Е. Отношение к смерти и бессмертию на войне : монография. ТОВМИ им. С. О. Макарова, 2007.



многообразные проявления реактивных состояний, развивающихся в чрезвычайных ситуациях.

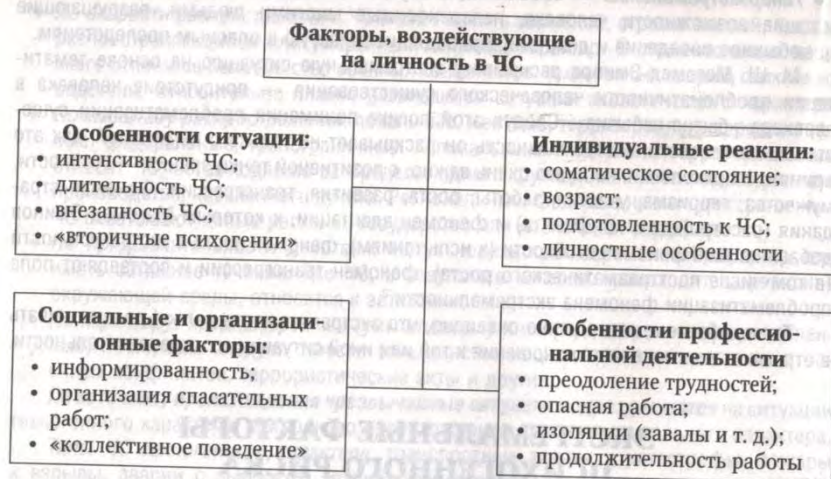


Рис. 1. Факторы, воздействующие на личность в ЧС

В военной психологии принята другая классификация факторов, влияющих на психологические реакции, состояния и действия военнослужащих в бою (рис. 2).

Война (боевые действия) с точки зрения экстремальных факторов, вызывающих возникновение различных психических реакций человека, объединяет по существу травмирующие факторы, присущие всем чрезвычайным и экстремальным ситуациям. В связи с этим ниже мы предлагаем рассмотреть их подробнее.

**Внешние факторы** — это все то, что связано с деятельностью противника, а также другие внешние по отношению к психике военнослужащего факторы.

**Внутренние факторы** — все то, что обусловлено особенностями функционирования нервной системы и психики военнослужащего в боевой обстановке.

**Социальные факторы** оказывают решающее воздействие на военнослужащих в боевой обстановке, так как выступают основой для формирования широких социальных мотивов их поведения и прочных боевых установок.

Опыт показывает, что характер боевых действий военнослужащих (активный, пассивный, самоотверженный, самоотражающий и др.) во многом зависит от **отношения к войне народа**, от степени ее популярности или непопулярности в сознании масс. Это, в свою очередь, определяется понятностью и внутренним принятием целей войны, наличием социальных, экономических, национальных, религиозных интересов в структуре вызвавших ее причин. Образ войны в сознании людей приобретает определенную эмоциональную окраску в зависимости и от того, насколько успешно, на чьей территории ведутся боевые действия, какая часть населения страны физически и психологически принимает в них участие.

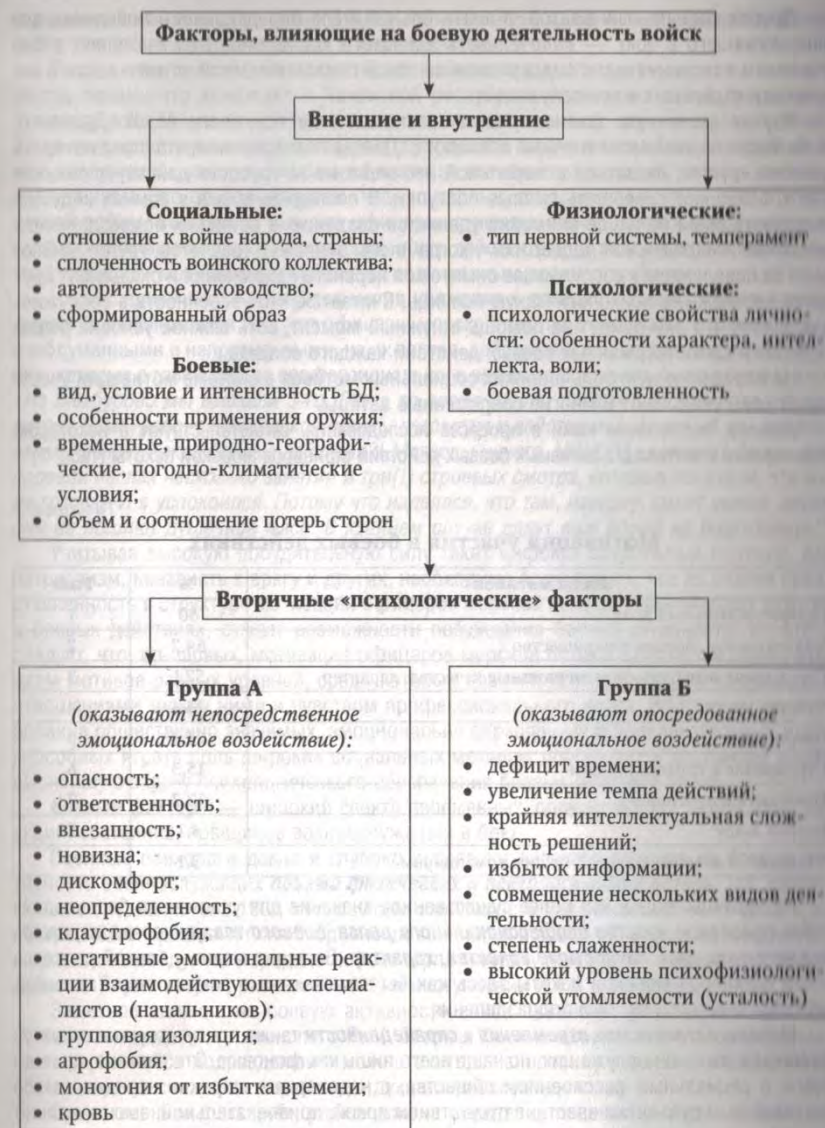


Рис. 2. Факторы, влияющие на боевую деятельность войск



Другой социальный фактор, в значительной мере определяющий поведение военнослужащего в бою, — **сплоченность воинского коллектива**. Она выступает своеобразным основанием для поддержания высокой психологической устойчивости и активности отдельных военнослужащих.

Изучая указанную закономерность, отечественные психологи М. И. Дьяченко, Н. Ф. Феденко, немецкий военный психолог Е. Динтер подчеркивали, что страх потерять доверие группы, оказаться в моральной изоляции из-за трусости действует сильнее всего, позволяет совершать смелые поступки. В последнее время в армиях ведущих государств мира большое внимание уделяется созданию в воинских подразделениях «системы товарищеской поддержки», когда члены экипажей (расчетов, групп) наблюдают за появлением у сослуживцев симптомов нервного напряжения и оказывают друг другу неотложную психологическую помощь. Считается, что уверенность в сослуживцах, в том, что они придут на помощь в нужный момент, есть важное условие решительных и самоотверженных боевых действий каждого солдата.

На определяющую роль широких социальных мотивов в системе мотивации участников войн указывают и многие современные авторы.

Данные, полученные нами в процессе исследования, свидетельствуют о некотором своеобразии в мотивации активных боевых действий офицеров морской пехоты (табл. 1)<sup>13</sup>.

Таблица 1

#### Мотивация участия в боевых действиях

Виды мотивов	%	Ранг
Профессиональный долг	80	1
Коллективизм, боевое товарищество	64,2	2
Стремление испытать свои личностные качества, характер	57,1	3
Чувство мести	24,4	4
Патриотизм	21,4	5
Стремление к справедливости	15,3	6
Ненависть к противнику	12,2	7
Боевой азарт	4,1	8
Уважение и доверие к вышестоящим командирам	3,1	9

Из таблицы видно, что более существенное значение для участников боевых действий приобрели **чувства профессионального долга, боевого товарищества, стремление испытать свои личностные качества, характер**. Ведущие мотивы боевой деятельности офицеров морской пехоты здесь как бы замыкаются в рамках самой военной системы, воинской части и подразделения.

Мотивы **патриотизма, стремления к справедливости** также присутствуют в структуре мотивации военнослужащих, но чаще всего лишь как фоновые. Это связано, прежде всего, с социальным расслоением общества, с недоверием широких народных масс современным субъектам власти, с отсутствием яркой, привлекательной, эмоционально

<sup>13</sup> Данильченко С. А., Кадыров Р. В., Кулешов В. Е. Отношение к смерти и бессмертию на войне: монография. Владивосток: ТОВМИ им. С. О. Макарова, 2007.

окрашенной общегосударственной идеи, объясняющей цели и задачи использования войск для решения политических и иных проблем.

Такой мотив боевой деятельности, как **ненависть к противнику**, уходит на седьмое место, потому что конфликт в Чеченской республике ведется на своей территории и между воюющими отсутствуют непримиримые, жизненно важные противоречия. В военных конфликтах отмечается рост значимости такого мотива боевой активности военнослужащих, как **чувство личной мести** за погибших товарищей, личных счетов с противником. Это объясняется тем, что, во-первых, отношения мести — это спутник всякой войны, во-вторых, тем, что офицеры, стремясь побудить себя и подчиненных к самоотверженным действиям в бою, ищут действительно реальные, «осязаемые», «работающие» мотивы и прививают их подчиненным военнослужащим.

На последнем месте находится мотив **уважения и доверия к вышестоящим командирам**. Это объясняется тем, что офицеры морской пехоты очень часто сталкивались с необдуманными и неправильными, на их взгляд, действиями вышестоящего командования, которые с точки зрения профессионального военного объяснить было невозможно. «На Бамбурово мы выехали 3-го. Это в то время газеты писали: „В Приморье, на полигоне Бамбурово, полк морской пехоты готовится к действиям в Чечне“. А мы думали: какая Чечня?! Какие боевые действия?! Матросы ничего, НИЧЕГО не умеют! За три дня провели наспех несколько занятий и три(!) строевых смотра, которые показали, что мы не готовы. И я успокоился. Потому что надеялся, что там, наверху, сидят умные люди, они не пошлют пушечное мясо. В крайнем случае дадут еще время на подготовку»<sup>14</sup>.

Учитывая высокую побудительную силу таких широких социальных мотивов, как патриотизм, ненависть к врагу и другим, необходимо подчеркнуть, что их слабая представленность в структуре мотивации офицеров морской пехоты, принимавших участие в боевых действиях, сужает возможности побуждения боевой активности. Из этого следует, что, во-первых, мотивация офицеров морской пехоты отличается переплетением мотивов разных уровней, среди которых доминируют побуждения, связанные с отношениями между ними и чувством профессионального долга. Во-вторых, формирование общественно значимых, эмоционально окрашенных и привлекательных идей, способных играть роль широких социальных мотивов, составляет в настоящее время важнейшую задачу психологического обеспечения боевых действий войск.

**Боевые факторы** — широкий спектр переменных, определяющих те или иные реакции, состояние, поведение военнослужащих в бою.

Военные психологи давно и глубоко исследуют характер влияния на боевую активность военнослужащих **объема физических и психологических потерь**. Так, американские специалисты в 1980-х гг. изучали зависимость поражения войск от уровня их потерь в 80 операциях и боях Второй мировой войны и арабо-израильских конфликтах и пришли к выводу, что в среднем войска терпят неудачу (прекращают активные боевые действия) при потерях, равных 6% (4% в наступлении и 8% в обороне).

Заметное влияние на боевую активность войск оказывает **фактор изоляции**. По данным американского психолога Р. У. Сторма, боевые возможности изолированного от своих войск подразделения можно считать наполовину утраченными в течение 48 часов из-за снижения морального духа военнослужащих.

Существенным фактором, влияющим на поведение военнослужащего в бою, является также **интенсивность боевых действий**. Высокоинтенсивные боевые действия

<sup>14</sup> Здесь и далее приводятся высказывания офицеров — участников боевых действий.



вызывают быстрое нарастание переутомления военнослужащих, психотравматизация возрастает примерно в 1,2 раза в сравнении с низкоинтенсивными действиями. Этому способствуют нарушение ритмов жизнедеятельности (привычное чередование активной деятельности, сна, отдыха, приема пищи и т. д.), частая смена климатических условий, плохие погодные условия и др. Однако собственные наблюдения автора показывают, что это спорный вопрос. В результате проведенного им исследования группы (48 человек) офицеров и прапорщиков выяснилось, что среди военнослужащих, побывавших в районе боевых действий, но не принимавших в них активного участия, 84% имеют ярко выраженные стрессовые расстройства, тогда как среди активных участников боевых действий таких людей всего 7%. Но если принимать во внимание многоступенчатый (многослойный) характер наложившихся друг на друга переживаний у активно участвующих в боевых действиях, то проявления посттравматических стрессовых расстройств можно ожидать по прошествии большого периода времени (8–12 лет после возвращения с войны). В связи с этим исследование по данной проблеме продолжают.

Мощным аккумулятором усталости, как свидетельствуют военно-психологические исследования, выполненные отечественными и американскими специалистами, выступает **нарушение режима сна**. Установлено, что у военнослужащих, активно действующих без сна в течение 3 суток, вследствие нарастания усталости на 4-е сутки боеспособность будет утрачена полностью. Вдвое снижается боеспособность у военнослужащих, сон которых составляет 1,5 часа в сутки в течение 6 дней. На 7-й день из строя выходит 50% личного состава. Наконец, высокая боеспособность (91%) сохраняется у военнослужащих в течение 9 и более суток при ежесуточной 3-часовой продолжительности их сна.

Воздействие рассмотренных выше факторов приводит к появлению так называемых «вторичных» **психологических факторов**, обусловленных переживанием самого участника боевых действий, которые мы предлагаем рассмотреть в рамках исследования степени их воздействия на офицеров морской пехоты, принимавших участие в боевых действиях (табл. 2).

На первом месте по психологическому воздействию у респондентов отмечена **ответственность** перед товарищами и командованием за надежное выполнение порученного дела. Иногда фактор ответственности так сильно влияет на командира подразделения, что он начинает необоснованно волноваться и проявлять негативные эмоции. Если же военнослужащие хорошо подготовлены к выполнению боевой задачи, этот фактор способствует концентрации внимания и четкости действий.

Часто **ответственность за жизнь подчиненных вытесняет у офицера морской пехоты страх за свою жизнь**. Результаты исследования показали, что 89,7% военнослужащих за свою жизнь боялись меньше, чем за жизнь подчиненных и товарищей.

Таблица 2

**Степень воздействия факторов боевой ситуации, влияющих на боевую деятельность офицера морской пехоты**

Характерные факторы ситуаций	%	Ранг
Ответственность	97	1
Неопределенность	95	2
Внезапность	91	3

Окончание таблицы

Характерные факторы ситуаций	%	Ранг
Опасность	84	4
Дефицит времени	68	5
Недостаток информации	59	6
Новизна	29	7
Увеличение темпа действий	21	8
Совмещение нескольких направлений деятельности	6,1	9
Погодно-климатические условия	4,1	10

**Неопределенность**, как осознаваемая степень неадекватности имеющейся информации условиям реальной обстановки, сопутствует деятельности офицера морской пехоты в большинстве боевых ситуаций и отмечается респондентами на втором месте по значимости. Специфика ситуации часто накладывает жесткие ограничения на возможности ведения наблюдения, сбора дополнительных данных о действиях противника, об окружающей местности и т. д.

На третьем месте по воздействию респонденты отмечают фактор **внезапности (неожиданности)** по времени, месту и условиям. Так, инициатива в вооруженном противодействии или нападении на военнослужащих морской пехоты принадлежит боевикам (30%).

В боевой ситуации внезапное воздействие противника сопровождается резким повышением интенсивности когнитивной и моторной деятельности военнослужащего на фоне эмоционального всплеска (испуга). По мнению 91% офицеров морской пехоты, фактор внезапности чаще всего вызывает необходимость действий, приводящих к принятию рискованного решения.

**Опасность** респондентами обозначена на четвертом месте. Опасность командиром подразделения воспринимается как объективно существующее стечение обстоятельств, угрожающих жизни и здоровью его и его подчиненных. Она может быть реальной или мнимой, ее можно как недооценить, так и преувеличить. В процессе выполнения боевой задачи офицерам морской пехоты и их подчиненным приходится постоянно балансировать на грани потенциальной и реальной опасности, что требует постоянно и адекватно оценивать ситуацию. Непосредственное восприятие опасности всегда должно быть адекватным. Фактор опасности у офицерского состава в отличие от рядового вытесняется факторами, связанными с необходимостью руководства личным составом (ответственностью, неопределенностью, внезапностью).

Между предположением о ходе предстоящей боевой деятельности и ее реальным развитием существует несоответствие. Это **новизна обстановки (нестандартность)**, которая отмечается респондентами на седьмом месте. По сути дела, военнослужащие постоянно действуют в новой обстановке, так как вынуждены все время менять место дислокации, а за счет этого изменяется окружающее их пространство (рельеф местности и т. д.). Новизна присутствует и в действиях противника, стремящегося совершенствовать способы и средства активного противодействия. Усилению этого фактора могут способствовать упущения, допущенные при подготовке к боевым действиям.

«...Карта, которую нам выдали перед вводом в г. Грозный, была старая, и на ней даже не все улицы обозначены. Масштаб карты тоже оставлял желать лучшего, так как не позволял нам качественно ориентироваться при движении по улицам».



Опыт службы и исследование показывают, что большинство (75%) ситуаций повседневной служебной деятельности однотипны, и наоборот — большинство ситуаций боевой деятельности нестандартны (88,7%).

**Погодно-климатические условия** (неприятные физические ощущения и вызываемые при этом психологический дискомфорт и стремление к более комфортным условиям) отмечаются респондентами на десятом месте. Почти все военнослужащие, принимавшие участие в исследовании, данный фактор выделили незначительно. Это связано с тем, что в ситуациях повседневной деятельности военнослужащим приходится постоянно сталкиваться с этим фактором, и в связи с этим он для них незначим.

Совокупность перечисленных выше особенностей создает психологическую нагрузку на командира подразделения при выполнении боевой задачи. Ее величина в каждой конкретной ситуации зависит от суммарного воздействия факторов, но с обязательным доминированием в общей нагрузке отдельных из них. Исследование показало, что **наибольшее стрессовое напряжение создают факторы ответственности и неопределенности.**

Исследование также показывает, что **наибольшую сложность для командира подразделения при выполнении боевой задачи представляют такие интеллектуальные задачи, как прогнозирование дальнейших изменений в оперативной обстановке, определение характера наиболее вероятных действий противника.** Командир подразделения решает эти сложные интеллектуальные задачи в условиях динамично развивающейся оперативной обстановки, острого дефицита времени и недостатка информации.

Особое значение в субъективной переработке и реагирования в ситуациях боевой деятельности приобретает вечный вопрос (субъективный фактор) жизни и смерти, когда близость смерти не позволяет сознанию отложить его решение на будущее. Столкновение со смертью, как и любая другая экстремальная ситуация, по своей сути амбивалентно. Смерть побуждает человека к обзору своей жизни как прошлого, но вместе с тем она открывает и врата будущего. Смерть является «машиной времени» в экзистенциальности человека. Она оказывает двойственное влияние на человека: с одной стороны, такая встреча может вселить ужас перед небытием и конечностью, то есть выразиться в усилившемся страхе смерти и оказать разрушительное действие на человека, а с другой — придать жизни смысл, сделать ее более полной и содержательной. Таким образом, личность по-разному может реагировать на экстремальную ситуацию столкновения со смертью.

В повседневной жизни понимание человеком запредельной экзистенциальности не осознается. Реальность, вещественность, телесность закрывают нашу трансцендентальность. Но в экстремальных условиях, когда угроза жизни становится повседневной и слишком явной, понимание собственной экзистенциальности изменяется, и вектор смысла перемещается в сторону наджизненного (надбиологического) существования. Ощущение жизни как существования от рождения до смерти расширяется, изменяется и сосредотачивается на границах, в том числе на этапе смерти, этапе конечности земного бытия и устремляется дальше за пределы смерти.

В свою очередь, участие человека в экстремальных ситуациях (боевых действиях) оказывает существенное влияние на его восприятие смерти. З. Фрейд в статье «Мысль о смерти» писал: «Наш договор со смертью ... перестает соблюдаться так, как прежде. Мы уже не можем упускать смерть из виду, нам приходится в нее поверить. Теперь люди мирно по-настоящему, и не единицы, а во множестве, подчас десятки тысяч в день.

К тому же теперь это уже не случайность»<sup>15</sup>. Фрейд четко разделяет людей в их отношении к смерти на две категории: тех, кто непосредственно участвует в войне и рискует собой, и тех, кто остался дома и наблюдает за войной, опасаясь утраты близких. Фрейд отмечает: «Крайне интересно было бы, если бы мы обладали возможностью исследовать, какие душевные изменения влечет за собой у воюющих готовность к самопожертвованию. Но я об этом ничего не знаю; я, как и вы все, принадлежу ко второй группе, к тем, которые остались дома и дрожат за дорогих им людей»<sup>16</sup>. Как видим, Фрейд считал невозможным из мирных буден рассмотреть «душевные изменения» воюющих.

Ключом к открытию специфики изменений сознания человека, участвующего в войне, может быть сравнительный анализ отношения к проблеме в естественных условиях и в ситуации боя. Естественные условия (ординарное существование) формируют некую экзистенциальную позицию, основанную на одной из важнейших психологических систем, определяющих наше осознание жизни, — системе неуязвимости. Психологическая система неуязвимости представляет собой защитную конструкцию, предохраняющую наше Эго от угрозы небытия. М. Ш. Магомед-Эминов обозначает эту фундаментальную психологическую систему как «парадигму неуязвимости»<sup>17</sup>. Смерть где-то далеко, за горизонтом, а сегодня я молод, здоров, и впереди счастливое будущее.

Но в повседневность нашей жизни часто вторгаются катаклизмы, которые нарушают размеренный ход устоявшегося, ординарного существования, и в модусе повседневности (трансординарное существование) возникает проблема бытия личности в условиях угрозы небытия. Трансординарное существование, где бы оно ни происходило, в мирной жизни или в условиях войны, изменяет личность человека, а нередко формирует у него посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), в том числе и синдром уцелевшего.

Если рассматривать проблему через призму многообразия проявления бытия личности и ее функционирования в обществе, то психологический анализ изменения личности под воздействием экстремальности акцентирует негативные изменения личности. В то же время в условиях угрозы жизни проявляются изменения не только негативные (синдром, травма), но и, как было изложено ранее, позитивные, связанные с целеполаганием и изменением смысла жизни.

Экстремальная ситуация боя, в силу чрезмерной интенсивности воздействия на чувства при явной угрозе для жизни, не всегда осознается, но обязательно воспринимается человеком. Согласно психоанализу, бессознательное, не переходя в сознание, также оказывает сильное действие и определяет поступки людей. Отношение к смерти и угрозе для жизни в подобной ситуации часто вытесняется в сферу бессознательного.

В экстремальной ситуации боя у воина, если у него нет опыта, происходит растворение своего Я в окружающей обстановке, то есть объективация субъекта приводит к постепенному исчезновению Я. Собственное Эго, так влияющее на поведение личности в обычной обстановке, перестает руководить действиями человека. Сознательное Я в определенной степени замещается бессознательным Оно<sup>18</sup>. Только такой тип взаимодействия со средой позволяет человеку оптимально реагировать на экстремальность,

<sup>15</sup> Фрейд З. Мы и смерть // Психология смерти и умирания. Минск : Харвест, 1998. С. 186.

<sup>16</sup> Там же. С. 187.

<sup>17</sup> Магомед-Эминов М. Ш. Трансформация личности. М. : Психологическая Ассоциация, 1998.

<sup>18</sup> Фрейд З. Я и Оно. М. : МЕТТЭМ, 1990. С. 17–25.



снямая осознание исключительности своей личности, порождающее в человеке страх за себя, перестает мешать воину и сковывать его действия, а значит, увеличивает шансы на выживание.

Если рассматривать поведение опытного воина, то растворение собственного Я в бессознательном несколько иное. Военнослужащий, неоднократно участвующий в боях и воспринимавший экстремальную ситуацию ранее, также подвержен процессу растворения собственного Я и переходу сознания в предсознательное, которое способно стать сознательным. У опытного воина бессознательное, как правило, конструктивно и проявляется как наличие навыков и автоматизмов, которые были осознаны ранее в процессе тренировок и прежнего опыта.

Таким образом, отношение к смерти в условиях боевой деятельности коррелирует со смыслом жизни человека, которое, в свою очередь, — необходимый элемент сознания и детерминационно связано с деятельностью военнослужащего. Отношение к смерти через смыслжизненные ценности оказывает влияние на деятельность человека и его поступки.

Понимание смысла жизни, в отличие от других составляющих мировоззрения, несет в себе личный интерес военнослужащего и в структуре мировоззрения выступает как крайнее звено, непосредственно связанное с нравственной позицией. Непосредственно же реализовать смысл жизни можно лишь поступками, линией поведения.

Отношение к смерти является предельной формой выражения смысла жизни. В боевых условиях, при непосредственной угрозе жизни понимание смысла жизни обостряется до предельной формы. Отношение к смерти как крайнее смысложизненное звено детерминирует личностные особенности военнослужащего и их реализацию в поведении и поступках.

Психологи и психотерапевты, разрабатывавшие основы экзистенциально-гуманистического направления (Р. Ассаджоли, Дж. Бьюдженталь, Т. И. Э. Йоманс, С. Левин, А. Маслоу, Р. Мэй, Дж. Рейнуотер, В. Франкл, Э. Фромм, И. Ялом и др.), очень часто рассматривали столкновение со смертью как одну из значимых возможностей для личностного роста. Однако, каким бы исходом ни разрешилась подобная встреча, несомненно, что любые ее последствия оказывают на личность сильное воздействие.

Все рассмотренные выше факторы обладают большей вероятностью оказания сильного и негативного психологического влияния на состояния людей. Но вероятность — не обязательность. Сила и характер влияния не предопределяются только физическими параметрами факторов (величиной, яркостью, длительностью и пр.). Решающую роль играют особенности самого человека, личностный смысл, который имеет для него то или иное воздействие. Подробно причины таких различий рассматриваются в последующих главах.

Исходя из всего вышеизложенного, **экстремальная ситуация (ЭС)** — это такая ситуация, в которой экстремальные факторы действуют во времени и пространстве, имеют определенное значение для личности и субъективно оцениваются ею как необычные, выходящие за пределы «нормального человеческого опыта». То есть ЭС — это изменившаяся не повседневная для человека реальность, в которую человек переходит из предшествующей повседневности, будучи нацелен на дальнейший переход. В этой не повседневной реальности существование человека происходит в горизонте экзистенциальной дилеммы жизни-смерти, выдвинутости бытия в небытие, изменяющее смысловую картину жизненного мира личности.

## ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ И РАЗМЫШЛЕНИЙ

1. Что такое ситуация? Какие подходы к анализу жизненных ситуаций существуют в современной психологии?
2. Как влияет субъективная интерпретация ситуации на поведение человека в ней?
3. Дайте определение понятию «экстремальная ситуация жизнедеятельности». С какими традиционными психологическими понятиями его можно соотнести?
4. Как различаются ситуации по степени экстремальности?
5. Изучите один из подходов к классификации экстремальных ситуаций; дайте краткую характеристику каждой группы ситуаций.
6. Изучите классификацию экстремальных факторов ситуации; дайте им краткую характеристику.

## ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Караяни А. Г., Сыромятников И. В. Прикладная военная психология. СПб. : Питер, 2006.
- Лебедев В. И. Экстремальная психология. Психическая деятельность в технических и экологически замкнутых системах. М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2001.
- Психогении в экстремальных условиях / Ю. А. Александровский [и др.]. М. : Медицина, 1991.
- Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных / Под общей ред. Ю. С. Шойгу. М. : Смысл, 2007.
- Сидоров П. И., Мосягин И. Г., Маруняк С. В. Психология катастроф : учебное пособие для вузов / под ред П. И. Сидорова. М. : Аспект Пресс, 2008.
- Столяренко А. М. Экстремальная психопедагогика : учебное пособие для вузов. М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2002.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Абульханова-Славская К. А. Стратегия жизни. М. : Мысль, 1991.
- Анциферова Л. И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал. 1994. № 1. С. 3—19.
- Бурлачук Л. Ф., Коржова Е. Ю. Психология жизненных ситуаций : учебное пособие. М. : Рос. педаг. агентство, 1998. 263 с.
- Васильюк Ф. Е. Психология переживания. М. : МГУ, 1984.
- Лебедев В. И. Личность в экстремальных условиях. М. : Политиздат, 1989.
- Магомед-Эминов М. Ш. Феномен экстремальности. 2-е изд. М. : Психологическая Ассоциация, 2008.
- Психология экстремальных ситуаций : хрестоматия. Минск : Харвест, 1999.



Росс Л., Нисбетт Р. Человек и ситуация: уроки социальной психологии : [пер. с англ.] М., 1999.

Человек в экстремальных и трудных ситуациях: руководство для психологов / под ред. О. В. Красновой. М., 2004.

Шпилов А. И. Психологические основы взаимодействия офицеров в трудных межличностных ситуациях. М. : ВУ, 1999.

## Глава 2.

# ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ЧЕЛОВЕКА В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ

## СТРЕСС И ЕГО ХАРАКТЕРИСТИКА

Универсальной формой активности человека в любых ситуациях, в том числе и экстремальных, выступает стресс. Большинство исследователей отмечают наличие стрессовой реакции организма в экстремальных ситуациях. Поэтому прежде чем перейти непосредственно к рассмотрению психологических и психических последствий стресса, необходимо рассмотреть понятия стресса и травмы, те изменения в организме и жизнедеятельности человека, которые им сопутствуют (нельзя изолированно говорить только о психологических реакциях — на стресс реагирует весь организм).

Термин **стресс** (напряжение) заимствован из физики твердого тела и характеризует напряжение, возникающее в таких телах при приложении к ним силы. В медицинской науке этот термин впервые использовал для описания общей неспецифической адаптационной реакции организма канадский ученый Ганс Селье: в ответ на действие разных по качеству, но сильных и неадекватных раздражителей в организме стандартно развивается один и тот же комплекс изменений, характеризующих эту реакцию, названную общим адаптационным симптомом (ОАС).

Г. Селье считал определяющей для развития стресса роль силы воздействия. Термины, в которых он описывал раздражители, таковы: «повреждение», «интоксикация», «вредоносный, пагубный агент».

В современной научной литературе чаще всего критикуется вопрос о том, насколько «неспецифичной» является стрессовая реакция. Некоторые исследователи [Everly, 1978] утверждали, что стрессовая реакция носит специфический характер, зависящий от силы раздражителя и индивидуальных особенностей организма. Сила раздражителя понимается как воздействие на организм человека значимого (имеющего смысл) для него фактора, а также как сильное, экстремальное воздействие.

Стресс, следуя концепции комплементарности Фаренберга, можно рассматривать в двух плоскостях: психической и соматической. В каждой плоскости существует своя система категорий и отношений, которые пересекаются как во внутреннем, так и во внешнем плане. Стресс как психологическое явление относится к классу **психических состояний**. Любое психическое состояние, по существу, есть продукт включения субъекта в некоторую деятельность; в ходе этой деятельности оно формируется и активно преобразуется, оказывая при этом обратное влияние на успешность реализации последней. В то же время реакция стресса проявляется на организменном уровне значительными изменениями функционирования всех жизнеобеспечивающих систем организма.

Таким образом, **стресс (в узком смысле)** — совокупность неспецифических физиологических и психологических проявлений адаптационной активности при сильных,



экстремальных для организма воздействиях. **Стресс (в широком смысле)** — это такое психологическое состояние организма, когда существует несоответствие между его способностью удовлетворительно справиться с требованиями окружающей среды и уровнем таких требований.

Можно без преувеличения сказать, что жизнь любого человека невозможна без стресса. Стресс является частью нашего ежедневного опыта. По своей биологической природе стресс — это адаптивная (то есть положительная, приспособительная) реакция, возникающая под влиянием необычных, чрезвычайных или экстремальных воздействий на организм человека, способствующая приспособлению организма к новым условиям.

Стрессовая реакция — это вариант адаптации к экстремальной ситуации. Адаптация происходит за счет мобилизации компенсаторных механизмов. При этом возникает состояние, при котором обеспечиваются лишь наиболее важные для организма функции. Для конкретной экстремальной ситуации это единственная возможность выжить. Однако при воздействии *экстремальных факторов* возникающие адаптационные реакции всегда избыточны, поэтому стресс-реакция сопровождается не только приспособительными, но и патологическими изменениями. Нервная и эндокринная системы — основные регулирующие системы организма, поэтому изменение их функции вследствие стресса сопровождается изменениями со стороны практически всех остальных органов и систем организма.

Помимо биологической составляющей (вегетативный и биохимический компоненты) важной составляющей стрессовой реакции является психосоциальная. Действие психосоциальных факторов может обеспечивать более широкие границы адаптационных возможностей человека с сохранением нормального уровня жизнедеятельности.

## СТАДИИ ОБЩЕГО АДАПТАЦИОННОГО СИНДРОМА

В 1936 г. Г. Селье описал общий адаптационный синдром, который, по его мнению, способствовал приобретению состояния привычки к вредоносному воздействию и поддерживал это состояние. **Адаптационный синдром** — совокупность адаптационных реакций организма человека, носящих общий защитный характер и возникающих в ответ на **стрессоры** — значительные по силе и продолжительности неблагоприятные воздействия.

Адаптационный синдром — это процесс, закономерно протекающий в трех стадиях, которые носят название стадий развития стресса (рис. 3).

**I. Стадия «тревоги»** (стадия мобилизации) развивается в течение 6 часов после стрессорного воздействия и длится 24–48 часов. Для нее характерно следующее:

- уменьшение тимуса;
- лейкоцитоз, определенное соотношение форменных элементов крови (лимфопения, анэозинофилия, нейтрофилез);
- развитие кровоизлияний и язв в слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта;
- в эндокринной системе — выброс в кровь адреналина надпочечниками, стимуляция секреции АКТГ, приводящая к повышению секреции глюкокортикоидов. Секреция минералокортикоидов угнетена. Угнетена деятельность щитовидной и половых желез. **Главная роль в механизме развития стресса принадлежит адреналину, норадреналину и дофамину.**

Динамика психофизиологического состояния людей: витальные реакции длятся от 5 до 15 минут, характерно резкое возбуждение в ЦНС, сознание сужается, поведение подчинено инстинкту самосохранения.

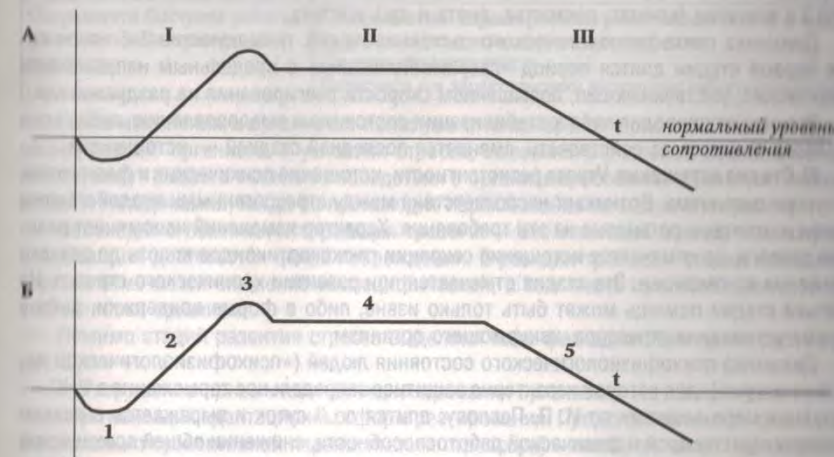


Рис. 3. Стадии развития стресса (по Г. Селье).

А — стадии развития стресса: тревога (I); стадия резистентности (II); стадия истощения (III);

Б — фазы адаптации при стрессе

Стадия «тревоги» включает в себя две фазы: 1) **фаза шока** — общее расстройство функций организма вследствие психического потрясения или физического повреждения; 2) **фаза противошока**. При достаточной силе стрессора фаза шока заканчивается гибелью организма в течение первых часов или дней. Если адаптационные возможности организма достаточны для противостояния стрессору, то наступает фаза противошока с мобилизацией защитных реакций организма. Человек находится в состоянии напряженности и настороженности. Физически и психологически он чувствует себя хорошо, пребывает в приподнятом настроении. На этой фазе часто проходят психосоматические заболевания — гастриты, язвы желудка, аллергии и т. п. (а к третьей стадии они возвращаются с утроенной силой).

Ни один организм не может постоянно находиться в состоянии тревоги. Если стрессогенный фактор слишком силен или продолжает свое действие, наступает следующая стадия.

**II. Стадия резистентности** (сопротивления). Устойчивость организма к сильным, повреждающим воздействиям повышается, включается сбалансированное расходование адаптационных резервов. Происходит некоторая нормализация деятельности желез внутренней системы и тимико-лимфатической системы, а иногда даже повышение функциональной активности желез, угнетенных на первой стадии. Продолжительность периода сопротивления зависит от врожденной приспособленности организма и от силы стрессора. Каждый стрессогенный фактор обладает специфическим (одинаковым для



разных раздражителей) и стрессогенным (неодинаково, но специфично для каждого фактора) действием. Ответ организма зависит не только от действия раздражителя, в качестве которого может выступать какой-либо предмет, явление или значимая информация; также играют роль внутренние (наследственность, прошлый опыт, возраст и др.) и внешние (климат, лекарства, диета и др.) условия.

Динамика психофизиологического состояния людей: последующие 2–5 часов после первой стадии длится период «сверхмобилизации» с предельным напряжением физических, умственных сил, повышением скорости реагирования на раздражители.

Эта стадия приводит либо к стабилизации состояния и выздоровлению, либо, если стрессор продолжает действовать, сменяется последней стадией — истощением.

**III. Стадия истощения.** Утрата резистентности, истощение психических и физических ресурсов организма. Возникает несоответствие между стрессогенными воздействиями среды и ответами организма на эти требования. Характер изменений напоминает реакцию тревоги, но отмечается истощение секреции глюкокортикоидов вплоть до резкого снижения их секреции. Эта стадия отмечается при развитии хронического стресса. На третьей стадии помощь может быть только извне, либо в форме поддержки, либо в форме устранения стрессора, изнуряющего организм.

Динамика психофизиологического состояния людей («психофизиологической демобилизации»), для которой характерно защитное запредельное торможение в ЦНС, — «крайняя мера защиты» по И. П. Павлову; длится до 3 суток и выражается в резком снижении умственной и физической работоспособности, снижении общей психической активности.

Симптомы на этой стадии таковы (табл. 3):

- появляется пессимизм, угнетенность, вялость;
- нарушаются сон и аппетит;
- возникают раздражительность, недовольство всем («ничего не хочется»);
- усиливается тревожность;
- иногда появляется агрессивность;
- работоспособность снижена.

Биологический смысл реакции тревоги — любой ценой обеспечить энергию в короткие сроки, чтобы обеспечить необходимые условия для «бегства» или «нападения». Эту функцию реализуют адреналин и глюкокортикоиды за счет распада жиров, белков и углеводов. Кроме того, глюкокортикоиды в больших количествах угнетают тимус, лимфатические железы, производство лимфоцитов, иммунные реакции, а также оказывают противовоспалительное действие, то есть подавляют деятельность защитных систем организма. Минералокортикоиды, оказывающие обратное действие на описанные механизмы, напротив, угнетены. **Если бы не развивалась иммунодепрессия, то при стрессе в условиях повреждения тканей в постстрессорный период развивались бы аутоиммунные заболевания.** Такая реакция биологически целесообразна, иначе защитный ответ, адекватный силе раздражителя, мог бы привести организм к гибели. Поэтому в начале организму приходится не усиливать, а ослаблять свой ответ, то есть в ответ на действие сильного раздражителя активность основных защитных систем организма не нарастает, а напротив, подавляется. Изменения в эндокринной системе можно метафорически выразить как «призыв к разоружению». Вместе с тем повышаются АД, свертываемость крови — это обеспечивает готовность к борьбе с кровотечениями при ранениях.

Таблица 3

**Показатели работоспособности при остром и хроническом стрессе**

Острый стресс	Хронический стресс
Сохраняется быстрота работы, длительность и точность нарушаются	Снижаются все характеристики работоспособности: и по скорости, и по длительности, и по точности. Снижается реактивность. Нарастают все характеристики нарушения работоспособности

Такие изменения в организме, полезные с точки зрения приспособления к функционированию организма в условиях стресса, вызванного реальной опасностью для жизни, могут вызвать тяжелые последствия в организме, особенно в условиях гипокинезии и гиподинамии, когда не происходит переключения на мышечную работу.

Необходимо помнить, что реакция тревоги — это типичный пример того случая, когда защита достигается ценой повреждения. В реакции тревоги и стадии истощения стресса отмечается снижение неспецифической, в том числе противоопухолевой резистентности организма.

Помимо стадий развития стресса выделяют **пять фаз адаптации** при стрессе (см. рис. 3):

1. **Разрушение привычного функционирования организма.** На данной фазе происходит активизация адаптационных форм реагирования. Продолжительность фазы (при максимально субъективной переносимости стрессора) — минуты, часы. Наблюдаются стенические эмоции, повышение работоспособности.

2. **Фаза становления нового функционирования организма.** Здесь происходит перестройка организма на максимально возможное реагирование в ситуации продолжающегося воздействия стрессоров. Суммарная продолжительность 1-й и 2-й фаз — 11 суток. Фиксируются болезненные состояния со снижением работоспособности. Однако психологические факторы (мотивация, установка) могут за счет «сверхмобилизации» резервов нейтрализовать неблагоприятные проявления.

3. **Фаза неустойчивой адаптации.** Продолжительность от 20 до 60 суток. Человек частично адаптируется к жизнедеятельности в новых условиях.

4. **Фаза устойчивой адаптации** (соответствует стадии резистентности).

5. **Фаза разрушения систем функционирования организма** (истощение). Человеческий организм уже не в состоянии функционировать в новых условиях ввиду истощения адаптационных возможностей.

**Истощение адаптационных возможностей** — состояние, приводящее к появлению негативных изменений в психическом состоянии человека. Эти негативные изменения могут охватывать оба уровня психической дезадаптации — и психотический, и пограничный.

К психотическому уровню относятся различные виды психотических реакций и состояний (психозов). **Психоз** — глубокое расстройство психики, проявляющееся в нарушении адекватности отражения реального мира, поведения и отношения к окружающему. Психотическое состояние или реакция может возникнуть как ответ организма на внезапное острое психотравмирующее событие (смерть родных или информация о смерти, угроза своей жизни и т. д.) и, как правило, необратимо (полного выздоровления не наступает).

Пограничный (допсихотический) уровень реагирования на стресс включает различные виды невротических (неврозы) и психопатоподобных (психопатии) состояний



(**невроты** — группа пограничных функциональных нервно-психических расстройств, возникающих в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека вследствие психотравмы или психотравмирующей ситуации; **психопатия** — аномалия личности, характеризующаяся дисгармоничностью ее психического склада).

## РАЗНОВИДНОСТИ СТРЕССОВЫХ СОСТОЯНИЙ

Выделяют три вида стрессовых состояний:

- эмоциональный (психический) стресс;
- физический стресс;
- смешанный стресс.

I. Термины «**эмоциональный стресс**» и «**психический стресс**» используются как синонимы. Главным и наиболее существенным для так называемого **психического стресса** является наличие в стрессовой реакции эмоции или включение в нее мотивации, вызывающей эмоцию.

Следовательно, сам по себе психический агент, например спокойный счет в уме, едва ли вызовет стрессовую реакцию. В то же время, *если этот счет будет мотивирован вознаграждением или как-то опосредован эмоционально, то он может привести к стрессовому состоянию*. Значит, *главное, что обуславливает стресс «психического» порядка, — это эмоциональный настрой личности по отношению к стрессору*.

Выделение катехоламинов, запускающих физиологические механизмы стресса, обусловлено главным образом психическим напряжением в процессе физической работы. В отличие от физического стресса, при котором ответные реакции организма высокостереотипны, при психологическом стрессе они индивидуальны и не всегда предсказуемы. Среди психологических факторов, влияющих на развитие стрессовой реакции, ведущими являются: 1) значимость ситуации для субъекта; 2) личностные особенности субъекта; 3) уровень развития интеллекта субъекта.

При таком подходе термин «психологический стресс» отражает суть стресса как особого состояния, структура которого включает, помимо эмоциональной, мотивационную, перцептивную, интеллектуальную, характерологическую и другие компоненты личности.

II. **Физический стресс** — это класс реакций, выражающийся резкими сдвигами физиологических функций, вызванных действием на организм стрессоров, не связанных с какими-либо эмоциональными переживаниями.

III. **Смешанный стресс** обусловлен одновременным действием на организм как эмоциональных, так и физических стрессоров. Так, например, травма, связанная с потерей крови, вызывая сдвиги в физиологическом гомеостазе, может быть причиной и серьезных эмоциональных переживаний, придающих стрессовой реакции смешанный характер.

Однако стрессоры, вызывающие смешанный стресс, редко бывают равнозначными по своему воздействию на организм. В таких случаях о природе стресса можно судить по тому раздражителю, который является главным и ведущим в возникновении стрессовой реакции. Так, например, тренировку, не связанную с элементами риска или страха, независимо от присутствия в ней минимума эмоций можно считать физическим стрессом, поскольку на организм спортсмена в основном действует физический фактор — мышечная нагрузка. С другой стороны, соревнование представляет собой

стрессорную ситуацию комплексного порядка: пред- и послесоревновательные стрессы вызывают типичный эмоциональный стресс, в то время как само соревнование (борьба), включающее в себя стрессоры как физические, так и еще в большей степени эмоциональные, является смешанным стрессом. Поэтому соревнование с его мощным эмоциональным воздействием на организм спортсмена, независимо от присутствия в нем стрессорных влияний физического порядка, многие исследователи справедливо относят к эмоциональному стрессу. По-видимому, подобным образом следует подходить к выяснению природы любой стрессовой реакции. **В экстремальных ситуациях имеют место как психологические, так и смешанные стрессовые реакции.**

## СУБСИНДРОМЫ ТЕЧЕНИЯ СТРЕССА

Течение стресса можно представить в виде четырех субсиндромов, описанных Л. А. Китаевым-Смыком [1983]: 1) вегетативный; 2) эмоционально-поведенческий; 3) когнитивный; 4) социально-психологический.

**Вегетативный субсиндром** — самый древний в филогенезе. Активность вегетативной нервной системы не контролируется сознанием, поэтому защитные вегетативные реакции запускаются независимо от вида стрессора, на всякий случай. К ним относятся повышение тонуса сердечно-сосудистой системы (кровенаполнение и питание жизненно важных органов), активизация фагоцитоза (на случай проникновения инфекции), процесса регенерации тканей (на случай повреждения), тромбоцитоз (на случай кровотечения), саливация, потоотделение, рвота (на случай отравления) и т. д. Если действие стрессора продолжается и организм не справляется с задачей, происходит гибель организма вследствие локальных вегетативных реакций в порядке программы самоуничтожения (с точки зрения филогенеза).

**Эмоционально-поведенческий субсиндром** характеризуется некоторыми особенностями поведения в условиях стресса. Первоначальной реакцией на стрессор могут быть реакция оцепенения либо иллюзорное восприятие, истолкование ситуации. И то и другое поведение влечет за собой неправильные, неэффективные действия в условиях стресса.

Также различают простые и сложные поведенческие реакции. К простым можно отнести вздрагивание, к сложным, например, попытку броситься в горящий дом.

Возможно проявление негативных эмоций (агрессии). Это объясняют своеобразной реакцией отмены: сразу после стресса формируются нейроны, отвечающие за выработку негативных эмоций. С исчезновением повреждающего фактора необходимость в этих нейронах отпадает, но они продолжают еще некоторое время работать, обеспечивая появление негативных эмоций.

**Когнитивный субсиндром.** Активизация мышления (особенно **дискурсивного**), направленного на решение задачи, что является адекватной реакцией на действие стрессора.

Активизация **декомпозиционного** мышления — упрощение реальной картины мира в условиях стресса. Чем проще ситуация, тем легче найти решение. В дальнейшем может прийти осознание безвыходности ситуации, сопровождающееся негативными эмоциями.

Активизация **инсайтного** мышления. Все воспринимается четко, ясно видны последствия любых действий, наблюдается эффект замедленного времени, происходит осознание всех иллюзий. Возможна активизация субсенсорной чувствительности. Но, к сожалению, часто развивается гиперактивизация мышления в виде навязчивых мыслей,



мнительности, настороженности, бесплодного фантазирования. Формируются ригидные, устойчивые убеждения — «все враги». Если имеется такая установка, человек всегда настороже, у него развивается защитное бодрствование и, как следствие, бессонница.

В контексте этого субсиндрома можно говорить о защитных механизмах ухода. Выделяют *активные* и *пассивные* варианты ухода. К *активным* можно отнести бесплодное фантазирование, защитное бодрствование, решение замещающих задач, активизацию или появление новых пристрастий, участие в мистических действиях, поиск нетривиальных решений, мечты о будущем, воспоминания о прошлом, к *пассивным* — развитие заторможенности, астении, развитие социальных страхов и т. п.

В рамках когнитивного субсиндрома наблюдаются изменения восприятия: изменение цветовосприятия, понижение порога звуковосприятия, снижение остроты зрения, сужение восприятия, а также нарушения памяти (ошибки памяти, флешбэки, воспоминания о нереальном событии, наплывы воспоминаний о прошлой жизни).

**Социально-психологический субсиндром** проявляется изменением социальной роли. Возможны ориентировочное замирание в незнакомой группе людей, изменение активности общения (повышение вербальной активности, навязчивое гостеприимство). Позднее происходит стабилизация ролевого статуса (приближается к привычной). Но на этой стадии возможна повышенная конфронтация с людьми, **человек может брать на себя несвойственную ему по жизни роль лидера или, наоборот, активно уклоняться от ответственности.**

Как при повышенной активности, так и при самоотчуждении возможен выход в суицид либо вспышки агрессии.

На первое место в запуске стрессовой реакции у человека выходит когнитивная оценка события.

## ОСОБЕННОСТИ СТРЕССОВЫХ РЕАКЦИЙ У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

В зоне ведения боевых действий военнослужащий подвергается постоянному стрессу.

Длительное напряжение биологических, физиологических, психологических функций ведет к истощению защитных сил организма и к травматизации психики. Психологические факторы, такие как мотивация, установка, могут за счет временной высокой мобилизации резервов организма компенсировать неблагоприятные проявления состояния человека, поддерживать достаточно высокую работоспособность. Если человек находится в состоянии высокой мобилизации длительное время, это может привести к обострению имеющихся у него заболеваний и другим нежелательным последствиям.

Кроме того, в экстремальных условиях происходит резкая перестройка мотивационной сферы военнослужащего. Чем более необычными будут условия, тем большие сдвиги произойдут в психике человека. Воздействие экстремальных факторов на человека может привести к возникновению у него различных расстройств психогенного характера.

**Выделяют следующие реакции организма человека на воздействие экстремальных условий боевых действий** (состояние боевого стресса): психологические реакции; дезадаптивные реакции; острые аффективные реакции; преневротические реакции; невротические реакции; патохарактерологические реакции; острые реактивные психозы.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ

**Адаптивные реакции** — естественное психофизиологическое состояние военнослужащего в боевой стрессовой ситуации, характеризующееся напряжением функциональных систем его организма в условиях экстремальных ситуаций.

Данные реакции стресса, проявляющиеся на симптоматическом уровне в виде нарушений сна, утомляемости, раздражительности, вспыльчивости, легких вегетативных расстройств, эпизодического употребления алкоголя и других психоактивных веществ, в целом не лишают военнослужащего способности выполнять боевую задачу.

Среди психических расстройств у участников экстремальных ситуаций можно выделить кратковременные реакции страха, тревоги, внутренней напряженности или расслабления, истероформные эмоционально-экспрессивные проявления и реакции «боевой экзальтации», основу которых составляют яркие психологические переживания, не достигающие патологического уровня, а также переходящие в ситуационно обусловленные отклонения в поведении. Ввиду своей быстротечности и психологической понятности эти состояния обычно не учитываются и не служат основанием для госпитализации. Психологические реакции, будучи ситуационными, включают произвольное поведение как выражение защитных или протестных тенденций, а основными признаками их являются относительно краткие и неустойчивые изменения эмоционального состояния и поведения при отсутствии сопутствующих стойких соматовегетативных нарушений. Все ситуационные психологические реакции на театре военных действий или в условиях чрезвычайной ситуации характеризуются наличием переживаний экстремальной ситуации.

**Интенсификация основных компонентов психической деятельности.** Решающее значение для успеха человека в экстремальных ситуациях имеют не сами виды и формы активности, а их **качественная определенность**: каковы они, насколько они благоприятны для решения задач, в какой степени оправдывается риск негативного психогенного влияния экстремальных факторов. Успех, особенно профессиональный (например, спасателей, аварийных команд, моряков, профессиональных военнослужащих и др.), возможен лишь при благоприятном протекании психической деятельности, на которой негативно не сказались факторы психогенного риска, стрессы или чрезмерная психическая напряженность, не сорвали ее, а напротив, способствовали успеху. Активности человека для успеха должны быть присущи:

- **адекватность ситуации** — ситуация правильно оценена, принято верное и всесторонне взвешенное, сообразное ее особенностям решение;
- **поведенческая оптимальность** — мотивация и социальные ценности, определяющие поступки человека, соответствуют обстановке, принятому решению и общественным нормам и ценностям;
- **действенная успешность** — отобраны и реализуются наилучшие действия, средства, способы и приемы, которые, безусловно, обеспечивают достижение цели и решение задач;
- **экстремальная надежность** — проявляется устойчивость ко всем видам негативных влияний факторов обстановки и обеспечивается личная безопасность. В самых трудных условиях необходимые действия должны выполняться наилучшим образом.

Нужные параметры успешной активности человека и положительные изменения в его психике в экстремальной обстановке — не теоретическое предположение, мечта, а реальность. Это подтверждается фактами истории и современной действительности,



которые к тому же не исключение, а достаточно распространенное явление, особенно среди профессионалов, специально готовившихся к действиям в условиях аварий, пожаров, природных катаклизмов и вооруженных конфликтов. Известный психолог Б. М. Теплов, исследовавший опыт войн и деятельность людей в них, писал в 1945 г.: «...снижение умственных возможностей в опасной ситуации вовсе не является неизбежным.... У всякого хорошего воина, а тем более у всякого хорошего полководца, дело обстоит как раз наоборот: опасность не только не снижает, а наоборот, обостряет работу ума». И далее: «В традиционной психологии принято относить страх к числу эмоций астенических, то есть понижающих жизнедеятельность... Однако страх вовсе не является единственной возможной реакцией на опасность... Опасность может совершенно непосредственно вызывать эмоциональное состояние стенического типа, положительно окрашенное, то есть связанное со своеобразным наслаждением и повышающее психическую деятельность»<sup>19</sup>.

Основными видами **положительных** изменений в психической деятельности значительной части людей — участников боевых действий (экстремальных ситуаций) выступают:

- повышение активности и интенсификация компонентов психической деятельности — мотивационных, познавательных, волевых и др.;
- актуализация и доминирование главных личностных качеств;
- возникновение состояния духовного подъема и мобилизации сил;
- выработка успешных стратегий поведения.

Рассмотрим их более подробно.

Ситуации боевой деятельности и присущие им факторы способствуют **интенсивному функционированию основных компонентов психической деятельности**. Ключевое значение имеют положительные изменения в **целемотивационной сфере**. К основным видам мотивационных положительных изменений относят: интенсификацию, повышение силы мотивации и повышение уровня (качества, содержания) мотивации.

Люди, попадая в экстремальные ситуации, обычно более интенсивно стремятся к достижению целей, руководствуясь зрелыми в социальном отношении мотивами. Так, даже в ситуациях боевой деятельности с применением оружия и угрозой для жизни начинают **преобладать, определять поведение** следующие мотивы: патриотический, верности служебному долгу, присяге, законопослушания, коллективизма, солидарности, человеколюбия, личного достоинства, желания испытать себя, самоутверждения, следования положительному примеру, верности традициям в сочетании с более личными мотивами. В числе их в ряде ситуаций формируется сильный мотив мести, но не личной, родовой, клановой, а имеющей коллективистские аспекты: за погибших товарищей, за поругание над ними, за проявленную жестокость.

При проведении контртеррористической операции в Чечне в 1999–2000 гг. многие военнослужащие, даже получившие ранения, отказывались от отправки в тылы, на места постоянной службы, заявляя о желании отомстить террористам за своих погибших товарищей. После известного случая, когда 29 февраля — 3 марта героически погибли 84 десантника 6-й роты 76-й Псковской десантной дивизии, ставшие на пути более 2000 оголтелых террористов, в отчаянии прорывавшихся на их участке из окружения; боевой дух всего личного состава войск оставался высоким. По оценке командующего ВДВ: «...люди рвутся в бой, чтобы отомстить за погибших. И, что немаловажно,

<sup>19</sup> Воинский труд: наука, искусство, призвание : монография / Л. Г. Лаптев [и др.]. М. : Совершенство, 1998. С. 45–46.

значительно укрепилась дисциплина — солдаты сплотились вокруг офицеров, безукоризненно выполняют все приказы».

Как показывают исследования, в любых, даже самых тяжелых ситуациях и условиях до 25–30% людей сохраняют самообладание, правильно оценивают обстановку, четко и решительно действуют в соответствии с ситуацией. По их словам, они «думали не о собственном выживании, а об ответственности за необходимость исправления случившегося и сохранения жизней окружающих». Именно эта «сверхмысль» в сознании и определяла соответствующие действия, выполнявшиеся четко и целенаправленно.

В боевых действиях сильным противоядием от негативных изменений в психике выступает **здоровое честолюбие** — желание отличиться, быть замеченным, приобрести славу, создать мнение о себе как смельчаке и герое, заслужить одобрение, награду. История военного искусства сохранила факт из служебной карьеры Наполеона. Будучи еще молодым офицером и командуя артиллерийской батареей при осаде Тулона, он выставил свои орудия в опасной близости от неприятеля. Казалось, что для их обслуживания не найдется солдат, но он вывесил плакат с надписью «Батарея бесстрашных». Ни один солдат не покинул ее, и не было отбоя от желающих биться в ее составе<sup>20</sup>. Г. Селье также отмечал, что многим людям присущи жажда свершений, потребность служить определенным политическим идеям, стране, семье, морали, благородным целям или просто исполнять долг в экстремальных условиях. Усиливается мотивация достижения поставленных целей, стремление добиться их безусловно и с максимальным успехом (деятельностный максимализм).

**Познавательными** изменениями в психической деятельности, способствующими успеху человека в экстремальных условиях, выступают:

- снижение порогов ощущений и повышение чувствительности органов чувств (зрения, слуха, обоняния и др.);
- повышение внимательности: выраженная избирательность, интенсивность, сочетание концентрированности, быстрой переключаемости и устойчивости;
- активизация мышления, усиление практичности и широты мышления, направленности на осмысление происходящего, выработку оценочных суждений;
- большая четкость и ясность мысли, скорость мышления;
- выраженное стремление к поиску наилучших решений, обдуманности и расчетливости поведения, отвечающего обстановке, обеспечивающего успех, снижающего уровень риска и опасности;
- повышение доли быстрых, интуитивных решений (при наличии соответствующего опыта и подготовленности);
- активизация прогностичности мышления, стремления к предвидению развития событий и выполнению упреждающих действий.

Немало положительных изменений бывает и в **эмоциональной сфере**:

- обострение высших чувств: патриотизма, долга, ответственности, коллективизма, порядочности, совести и др.;
- возникновение острого интереса к новой ситуации, ее компонентам и проблемам;
- эмоциональный подъем, увлеченность, азарт, страсть, активность высших чувств;
- вера в свои силы, возможности, успех;
- надежда на благополучный исход;
- оптимальная интенсивность психологического стресса (эустресса и экстресса);
- терпение (терпеливое переживание);

<sup>20</sup> Копленд Н. Психология и солдат. М. : Воениздат, 1960. С. 37.



- повышенная толерантность, эмоциональная устойчивость к психогенным факторам;
  - чувства радости, восторга при достижении успеха.
- Положительные изменения свойственны и **волевой сфере**:
- оптимальная мобилизованность, концентрация сил на решении задачи;
  - внутренняя готовность к встрече с трудностями, неожиданностями и их преодолению;
  - повышение бдительности;
  - повышение активности и энергичности;
  - большая настойчивость и упорство в достижении целей;
  - проявление стойкости, мужества, готовности к самопожертвованию;
  - устойчивость к временным неудачам;
  - самообладание.

Боевая деятельность стимулирует положительные изменения и в **психофизиологической сфере**:

- быстрота адаптационных перестроек в организме (биологический эустресс);
- высокий уровень работоспособности и более длительное, чем обычно, сохранение его (по данным исследований — в 1,5–2 раза и более);
- повышенная выносливость к дискомфортным условиям;
- увеличение мышечной силы;
- повышение устойчивости к заболеваниям;
- снижение болевой чувствительности («психогенная анестезия»). Значительная часть людей некоторое время (в первые 5–10 минут) могут не замечать полученных повреждений, ран, порой даже смертельных, продолжая рационально действовать в возникшей экстремальной ситуации. *Бывают и уникальные случаи, один из которых описан священником крейсера «Рюрик», участвовавшим в Цусимском морском бою 27–28 мая 1905 г.: «Я наполнил карманы подрабочника бинтами, стал ходить на верхней и батарейной палубах, чтобы делать перевязки. Матросы бились самоотверженно, получившие раны снова рвали в бой. На верхней палубе я увидел матроса с ногой, едва державшейся на жилах. Хотел перевязать его, но он воспротивился: «Идите, отец, дальше. Там и без меня много раненых, а я обойдусь!» С этими словами он вынул матросский нож и отрезал себе ногу. Я пошел дальше. Снова проходя это место, я увидел того же матроса: подпирая себя какой-то палкой, он наводил пушку на неприятеля. Дав по врагу выстрел, он сам упал как подкошенный»<sup>21</sup>.*

**Личность и боевой настрой.** Чтобы успешно справляться с трудностями боевой деятельности, военнослужащий должен находиться в состоянии полной внутренней собранности, мобилизованности, испытывать чувство страстного желания добиться успеха, готовность преодолеть все на пути к нему. Это понимали и этого достигали люди с древнейших времен. Перед началом сражений с врагами или опасных охот они вводили себя в особое психическое состояние танцами, песнями, возгласами, специальными телодвижениями и другими приемами. До нас дошли сведения и легенды о кельтском боевом искусстве, боевом бешенстве древних ариев, звероподобной ярости скандинавских берсеркеров («медведеподобных», «воинах-волках»), буйном «помешательстве» индонезийских островитян, боевом трансе индейцев Америки, технике гийя зулусских воинов Африки, звериных стилях китайского кун-фу.

<sup>21</sup> Броневский Г. А. Психология военных моряков: психические состояния. СПб.: Образование-Культура, 2001. С. 23.

В экстремальных ситуациях любой человек проявляет себя как личность, в своих главных, свойственных ему особенностях. В бою один прикрывает свой грудью амбразуру бетонного укрытия, из которого строчит пулемет врага (как это сделал Александр Матросов в Великую Отечественную войну, и такой подвиг повторили около ста кинонов), а другой в страхе покидает свой пост и бежит в тыл.

У цельных, социально развитых и воспитанных людей, избравших достойный путь в жизни и хорошо подготовленных, при попадании в экстремальные ситуации возникает психическая деятельность, для которой характерно следующее:

- отсутствие борьбы мотивов и установка на достойное поведение, отвечающее главным жизненным целям и ценностным ориентациям, представлениям о долге, чести, достоинстве, совести;
- устремленность и решимость в достижении цели, вера в успех;
- понимание происходящего, собственных задач и предстоящих действий;
- готовность к энергичным, решительным, смелым, мужественным, напористым, неотступным действиям;
- оптимальная психическая напряженность;
- боевитость, увлеченность, азарт;
- повышенная устойчивость к риску, опасностям, демобилизующим, расслабляющим факторам;
- бдительность, осмоторительность и разумная осторожность;
- собранность и готовность к неожиданностям;
- быстрота реакции на изменения обстановки;
- полное владение собой.

Дополнительными стимулами в достижении и поддержании положительного психического состояния и преодолении трудностей в особо опасных и значимых для человека ситуациях, выступают и такие чувства, как *гнев, злость, презрение, ненависть, ярость*. Однако они могут быть конструктивны тогда, когда направляются сознанием, надситуативным мышлением, социально зрелыми мотивами. Факты говорят и о том, что не очень сильный страх перед физической опасностью, угрозой наказания в случае плохих действий, осуждения другими людьми, общественным мнением, страх потери авторитета и престижа и др., положительно сказывается на мобилизации человека и приложении им усилий для должного поведения. Известный отечественный психолог Л. П. Гримак пишет: «Регуляция поведения посредством отрицательных эмоций является филогенетически более ранней и в значительной степени ориентирована на избегание наличных последствий»<sup>22</sup>.

Приведенные характеристики психического состояния, нередкие для экстремальных условий, свидетельствуют не просто о положительных изменениях в психике, но и о проявлении достоинств личности в них. Это психология личности в экстремальной ситуации в своих главных достоинствах; это особое личностное состояние, возникающее у многих людей, — *состояние высокого личностно-деятельностного настроя*, называемое боевым духом.

## ДЕЗАДАПТИВНЫЕ РЕАКЦИИ

Единственный кардинальный критерий отличия дезадаптивных психологических реакций от адаптивных заключается в том, что при них существенным образом нарушается

<sup>22</sup> Гримак Л. П. Резервы человеческой психики. М., 1987. С. 53.



психофизиологическое функционирование военнослужащего, значительно ограничивая тем самым его боеспособность. Симптомы психофизиологических дисфункций, характеризующие многоуровневый процесс адаптационной активности человеческого организма в стрессорных условиях боевой обстановки, глубже и более выраженные, чем предыдущие, по-прежнему разрознены и не структурированы в какой-либо синдром. Следовательно, данный процесс сопровождается не только напряжением обеспечивающих функциональных систем организма, адекватным стрессорной ситуации, но и соответствующими психофизиологическими изменениями, не достигающими патологического уровня.

**Утомление.** Утомление можно охарактеризовать как временное снижение работоспособности под влиянием длительного воздействия нагрузки (физической, психической). При этом специфика утомления существенно зависит от вида нагрузки, времени, необходимого для восстановления исходного уровня работоспособности, и уровня локализации утомления.

Выделяют следующие виды утомления: физическое и нервно-психологическое; острое и хроническое; мышечное, сенсорное, интеллектуальное и т. д.

Утомление характеризуется падением эффективности труда; значительным сокращением внутренних резервов организма; нарушением устойчивости вегетативных функций, силы и скорости мышечного сокращения; замедлением темпа работы; нарушением точности, ритмичности и координации движений.

Присущее утомлению состояние психического пресыщения связано с развитием аффективного эмоционального комплекса переживаний.

Непосредственным выражением утомления являются чувство усталости, слабости, бессилия, быстрой утомляемости, сонливости. При сильных степенях утомления обычно наблюдаются негативно окрашенные эмоциональные переживания (раздражительность, тягостное напряжение и т. п.). С разной степенью осознанности воспринимаются состояния физиологического дискомфорта. Кроме того, к субъективной симптоматике можно отнести осознаваемые расстройства в области различных психических функций. К их числу относятся характеристики внимания (вялое, малоподвижное или хаотичное, неустойчивое), расстройства в сенсорной области, дефекты мышления и памяти, ослабление воли.

В развитии утомления можно выделить несколько стадий, которые хорошо соотносятся с вышеуказанными фазами адаптации при стрессе; их содержание и приспособительное значение полнее раскрываются при рассмотрении их внутри общей динамики работоспособности. *Фазы развития утомления:* мобилизации; перической реакции; гиперкомпенсации; компенсации; субкомпенсации; декомпенсации, характеризующиеся срывом функционирования психики.

**Переутомление** — хроническое состояние, в развитом виде относящееся к категории патологических состояний. Основной признак переутомления — это устойчивое нарушение в протекании и смене фаз работоспособности. По сути дела, уже до начала работы исходный уровень работоспособности резко снижен, и с самого начала деятельность осуществляется на уровне фазы субкомпенсации.

На начальных стадиях переутомления объективные симптомы и субъективные признаки переутомления мало выражены. Если развитие утомления следует считать естественной реакцией организма, имеющей приспособительный характер и выполняющей целый ряд полезных функций, то состояние переутомления в любой своей форме — явление нежелательное.

**Тревога.** Тревога, обозначаемая как ощущение неопределенной угрозы, характер и (или) время возникновения которой не поддаются предсказанию, как чувство диффузного опасения и тревожного ожидания, как неопределенное беспокойство, представляет собой результат возникновения или ожидания фрустрации и наиболее интимный механизм психического стресса. Интимность этого механизма вытекает из связи психического стресса с включением психологической переменной — угрозы, ощущение которой представляет собой центральный элемент тревоги и обуславливает ее биологическое значение как сигнала неблагополучия и опасности. Тревогу можно рассматривать как психическое состояние, выражающееся в переживаниях опасения и нарушения покоя, вызываемых возможными и вероятными неприятностями или задержкой приятного и желательного. При оценке зависимости между тревогой и психической адаптацией существенно то, что указанные специфические переживания соотносятся с изменениями привычной обстановки.

Иногда тревогу рассматривают как форму адаптации организма в условиях острого или хронического стресса, однако тревога, по-видимому, представляет собой не столько форму психической адаптации, сколько сигнал, свидетельствующий о ее нарушении и активирующий адаптивные механизмы. Таким образом, тревога может играть охранительную и мотивационную роль, сопоставимую с ролью боли. С возникновением тревоги связывают усиление поведенческой активности, изменение характера поведения или включение механизмов интрапсихической адаптации. При этом уменьшение интенсивности тревоги воспринимается как свидетельство достаточности и адекватности реализуемых форм поведения, как восстановление ранее нарушенной адаптации.

Важность мотивационной роли тревоги позволяет рассматривать тревогу как основу ряда вторичных мотиваций, а редукцию тревоги — как мощное подкрепление. Состояние тревоги может не только стимулировать активность, побуждать к более интенсивным и целенаправленным усилиям, но и способствовать разрушению недостаточно адаптивных поведенческих стереотипов, замещению их более адекватными формами поведения. Однако, в отличие от боли, тревога — сигнал опасности, которая еще не реализована. Прогнозирование этой опасности носит вероятностный характер, зависит и от ситуационных, и от личностных факторов, определяясь в конечном итоге особенностями транзакций в системе «человек—среда». При этом личностные факторы могут иметь более существенное значение, чем ситуационные, и в таком случае интенсивность тревоги в большей степени отражает индивидуальные особенности субъекта, чем реальную значимость угрозы.

Тревога, неадекватная ситуации по интенсивности и длительности, препятствует формированию адаптивного поведения, приводит к нарушению поведенческой интеграции, к возникновению вторичных (осознанных или неосознаваемых) проявлений, которые наряду с тревогой определяют психическое состояние субъекта, а в случае развития клинически выраженных нарушений психической адаптации — картину этих нарушений.

Тревога ответственна за большую часть расстройств, в которых проявляются клинически выраженные нарушения психической адаптации. Тревога выступает либо как основное слагаемое различных психопатологических синдромов, либо как базис, на котором формируются психопатологические или психосоматические проявления.

Разграничение нормальной и патологической тревоги отчасти связано с дихотомическим разделением тревоги и страха; причем тревогу в этом случае рассматривают в основном как феномен психопатологический, а страх относят к нормальным или



патологическим явлениям в зависимости от структуры состояния, в котором его наблюдают. Принципиальное разделение нормальной и патологической тревоги приводит к выделению многочисленных разновидностей: нормальной, ситуационной, невротической, психотической и т. п.

**Интенсивность проявления тревоги.** Ощущение внутренней напряженности. Это элемент тревожного ряда, отражающий наименьшую интенсивность тревоги. Создавая напряженность, настороженность, а при достаточной выраженности — и тягостный душевный дискомфорт, это ощущение не имеет оттенка угрозы, а служит сигналом вероятного приближения более тяжелых тревожных явлений. Именно этот уровень тревоги имеет наиболее адаптивное значение, поскольку ощущение внутренней напряженности способствует интенсификации и модификации активности, включению механизмов интрапсихической адаптации и при этом может не сопровождаться нарушениями интеграции поведения.

**Гиперестетические реакции.** При нарастании тревоги они сменяют ощущение внутренней напряженности или присоединяются к нему. При проявлении гиперестетических реакций ранее нейтральные стимулы приобретают значимость, привлекают внимание, а при большой их выраженности придают таким стимулам отрицательную эмоциональную окраску, что может лежать в основе недифференцированного реагирования, описываемого, в частности, как раздражительность. Повышение значимости ранее нейтральных воздействий может сопровождаться ощущением усиления и интенсивности (это особенно часто касается слухового восприятия — гиперacusии, несколько реже — зрительного и тактильного). Однако такое ощущение — необязательный компонент гиперестетических явлений, основную отличительную черту которых представляет собой нарушение дифференцировки значимых и незначимых стимулов, ведущее к неадекватным по направленности и силе поведенческим реакциям. С возникновением гиперестетических реакций может быть связан переход от поведения тонко специализированного к реагированию по типу доминанты Ухтомского, в результате которого множество событий внешней среды становится значимым для субъекта. Уменьшение избирательности реагирования, вызванное сглаживанием различий между нейтральными и значимыми восприятиями, между сигналом и фоном, биологически целесообразно, ибо обеспечивает необходимую генерализацию бдительности. Однако усиление реакций на обычно незначимые стимулы и отрицательная эмоциональная окраска нейтральных восприятий любой модальности еще более уменьшают структурированность ситуации и усиливают тревогу, способствуя возникновению ощущения неопределенной угрозы.

Собственно тревога проявляется ощущением неопределенной угрозы, чувством неясной опасности (немотивированная, свободно плавающая тревога). Признак тревоги — невозможность определить характер угрозы и предсказать время ее возникновения. Неосознаваемость вызвавших тревогу причин может быть связана с отсутствием или бедностью информации, позволяющей в необходимой мере анализировать ситуацию, с неадекватностью ее логической переработки или неосознанием факторов, вызывающих тревогу в результате включения психологических защит.

Ощущение неотвратимости надвигающейся катастрофы, нарастание интенсивности тревожных расстройств приводит субъекта к представлению о невозможности избежать угрозы, даже если она связывается с конкретным объектом, с определенной ситуацией. Так, страх перед возможным возникновением тяжелого соматического заболевания при

появлении ощущения неотвратимости надвигающейся катастрофы сменяется ужасом перед неминуемой и близкой гибелью. Вероятность возникновения ощущения неотвратимости надвигающейся катастрофы зависит только от интенсивности тревоги, а не от факторы предшествовавшего страха. При нарастании интенсивности тревоги это ощущение может возникнуть на базе любого страха (например, уже упоминавшегося страха перед поездками на городском транспорте на базе фобий одиночества или толпы), фабула которого не свидетельствует о возможности катастрофы. Неотвратимой может представляться даже неопределенная угроза. В этом случае развитие тревожных расстройств достигает степени неотвратимости надвигающейся катастрофы, минуя стадию страха.

**Тревожно-боязливое возбуждение.** Потребность в двигательной разрядке при ощущении неотвратимости надвигающейся катастрофы, панические поиски помощи проявляются в тревожно-боязливом возбуждении, которое представляет собой наиболее выраженное из расстройств тревожного ряда. При тревожно-боязливом возбуждении вызываемая тревогой дезорганизация поведения достигает максимума, и целенаправленная деятельность становится невозможной.

Соответственно тревожный ряд в порядке нарастающей тяжести включает в себя следующие явления: ощущение внутренней напряженности — гиперестетические реакции — собственно тревогу — страх — ощущение неотвратимости надвигающейся катастрофы — тревожно-боязливое возбуждение. Как правило, между стабильностью состояния и выраженностью тревожных расстройств существует обратная зависимость: наиболее стабильны состояния, характеризующиеся внутренней напряженностью, наименее стабильны те, картина которых определяется ощущением неотвратимости надвигающейся катастрофы и тревожно-боязливым возбуждением.

От выраженности тревоги и интенсивности ее нарастания зависит полнота представленности элементов тревожного ряда: при малой интенсивности тревоги ее проявления могут ограничиваться ощущением внутренней напряженности, при стремительном нарастании интенсивности могут не улавливаться начальные элементы ряда, при постепенном развитии и достаточной выраженности могут проследиваться все элементы ряда. Таким образом, все феноменологические проявления тревоги могут отмечаться при заинтересованности одних и тех же гипоталамических структур, возникать в этом случае независимо от преморбидных личностных особенностей, сменять друг друга при изменении тяжести тревожных расстройств.

**Страх** — одна из основных причин дезадаптивного поведения военнослужащего. В зависимости от ситуации и особенностей личности, переживание страха варьирует в широком диапазоне оттенков: неуверенность, опасение, тревога, испуг, паника, отчаяние, ужас.

#### Формы страха в боевых условиях:

- биологический страх (страх искалечения, боли, смерти);
- дезинтеграционный страх (соответствующий необычным, непрогнозируемым впечатлениям);
- социальный страх (страх показать свою трусость и потерять уважение);
- моральный страх (страх потери боеспособности и способности к самозащите).

В тех случаях, когда переживание страха достигает силы аффекта, оно навязывает человеку стереотипы так называемого аварийного поведения, сложившиеся в процессе биологической эволюции. Иными словами, разум в этот момент полностью отключается и человек действует «не помня себя» в точном смысле слова. В этом случае,



к сожалению, сами действия человека оказываются нерациональными, часто такими, которые приводят к весьма печальным последствиям.

Неконтролируемый страх заставляет дрожать, кричать, плакать, смеяться. В этот момент сосет под ложечкой, трясутся руки, становятся ватными ноги, звенит в ушах, застревает ком в горле, бледнеет лицо, колотится сердце, перехватывает дыхание, встают дыбом волосы, расширяются зрачки, по спине бегут мурашки. Страх вынуждает бежать сломя голову неизвестно куда либо стоять без движения и тупо смотреть в одну точку.

Именно бегство, оцепенение или агрессия — стереотипные способы «аварийного выхода» из ситуаций, когда человек не может найти приемлемое для себя решение.

### ОСТРЫЕ АФФЕКТИВНЫЕ РЕАКЦИИ

Острые аффективные реакции (ОАР) — это состояния крайнего эмоционального напряжения, обусловленные психическими травмами или кризисными ситуациями. Ведущими признаками служат аффективное сужение сознания, резкие нарушения поведения, непроизвольные пантомимические, вегетативные, экспрессивные проявления. Существуют различные варианты протекания ОАР.

Реакции могут проявляться взрывом аффекта злости, гнева, агрессии. Поводом может служить даже малозначительный конфликт, воспринимаемый как унижение личного достоинства. **ОАР демонстративного типа** наблюдается у лиц с незрелостью психики и наличием истероидных черт в характере. Проявляются драматизированными, рассчитанными на внешний эффект действиями на фоне аффективного напряжения, вызванного ситуацией обиды, отчаяния, ущемленного самолюбия и перспективы утраты прежнего положения в коллективе, часто — изображением стремления покончить с собой с использованием показных угроз, приготовления к самоубийству, мелкого членовредительства.

В развитии ОАР другого типа ведущую роль играют плохая переносимость службы, тревожность, конфликты с сослуживцами и инфантильные мотивы бегства из психотравмирующей ситуации. Реакции проявляются уходами из расположения части, суицидальными попытками, причинением самоповреждения.

**Аутоагрессивные ОАР** отличаются реакцией разрядки аффекта на себя в виде самоповреждений и суицидальных действий. Реакции возникают чаще у сенситивных личностей на почве формирующегося сниженного фона настроения, достигающего под воздействием дополнительных психотравм степени отчаяния.

Реакции «боевой» экзальтации чаще развиваются у военнослужащих, не имеющих опыта участия в боевых действиях, в ожидании боя или непосредственно в бою. Эти реакции характеризуются сужением поля сознания, снижением качества ориентировки и осмысления происходящего. Эмоциональная напряженность сопровождается возбужденностью, тревожно-эйфорическим подъемом настроения, внешне рациональной, но фактически бессцельной деятельностью, непоследовательными решениями и немотивированными переходами от одного действия к другому. Повышенная отвлекаемость сочетается со слабой распределяемостью внимания, плохим пониманием команд. Военнослужащие излишне самоуверенны, несобранны, склонны к необдуманным поступкам, что приводит к снижению боеспособности подразделений.

Чтобы понять это, необходимо рассмотреть психические состояния, возникающие при острых аффективных реакциях, такие как *ажитация, ступор, сумерки сознания*.

**Ажитация** выражается в стремлении человека убежать, спрятаться, не видеть и не слышать того, что его испугало. Например, человек закрывает глаза, втягивает голову в плечи, прикрывает лицо или тело руками, пригибается к земле, отшатывается от источника опасности, бежит прочь. В организме в это время происходят серьезные изменения: кровь в большом объеме устремляется к органам, обеспечивающим движение; в то же время она отливает от других органов, особенно от головного мозга, ухудшая его работу, и напуганный человек часто не знает толком, куда же ему бежать. Повышение уровня адреналина в крови на некоторых людей оказывает обратное воздействие: оно парализует их мышцы.

**Ступор** проявляется в том, что человек застывает на одном месте, становится крайне медлительным и неловким. Все это потому, что мышцы судорожно сжимаются, их кровоснабжение резко ухудшается, координация движений нарушается.

**Сумеречное состояние** сознания выражается в провалах памяти (человек не помнит того, что он только что делал), алогичности мышления, эмоциональном перевозбуждении. Внешне сумерки сознания выглядят как своего рода приступ безумия, непоследовательные или бессмысленные агрессивные действия в отношении источника страха. Правда, полномасштабная агрессия в качестве формы проявления страха встречается довольно редко. Зато ее атрибуты общеизвестны: это злобное выражение лица, угрожающие жесты и злоба, крик или визг.

Успешное поведение людей в критических ситуациях зависит от сосредоточенности на личных способностях и умениях реагировать. При этом оценка человеком эффективности своих умений сама по себе не приводит к соответствующему поведению без адекватной оценки степени угрозы. Лишь общая оценка влияет на готовность человека преодолевать затруднения.

**Паника.** Большинство определений паники связано с проявлением массового страха перед реальной или воображаемой угрозой, состоянием периодического испуга, ужаса, нарастающих в процессе взаимного заражения ими. По масштабам различают индивидуальную, групповую и массовую панику. В случае групповой и массовой паники захватываемое ею число людей различно: групповая — от двух-трех до нескольких десятков и сотен человек (если они разрознены), массовая — тысячи или гораздо больше людей. К тому же массовой следует, очевидно, считать панику, когда в ограниченном, замкнутом пространстве (на корабле, в здании и пр.) ею охвачено большинство людей, независимо от их общего числа.

Под глубиной охвата имеется в виду степень панического заражения сознания. В этом смысле можно говорить о легкой, средней панике и панике на уровне полной невменяемости. **Легкую панику** можно, в частности, испытывать тогда, когда задерживается транспорт, при спешке, внезапно, но не очень сильным сигнале (звук, вспышка и пр.). При этом человек сохраняет почти полное самообладание, критичность. Внешне такая паника может выражаться лишь легким удивлением, озабоченностью, напряжением мышц и т. п.

**Средняя паника** характеризуется значительной деформацией сознательных оценок происходящего, снижением критичности, возрастанием страха, подверженностью внешним воздействиям. Типичный пример средней паники — скупка товаров в магазинах при циркуляции справедливых или фиктивных слухов о повышении цен, исчезновении товаров из продажи и т. д. Паника средней глубины часто проявляется при проведении военных операций, при небольших транспортных авариях, пожаре (если он близко, но непосредственно не угрожает) и различных стихийных бедствиях.



**Полная паника** — паника с отключением сознания, аффективная, характеризующаяся полной невменяемостью — наступает при чувстве большой, смертельной опасности (явной или мнимой). В этом состоянии человек полностью теряет сознательный контроль над своим поведением: может бежать куда попало (иногда прямо в очаг опасности), бессмысленно метаться, совершать самые разнообразные хаотические действия, поступки, абсолютно исключаящие критическую их оценку, рациональность и этичность.

**По длительности паника может быть** кратковременной (секунды и несколько минут), достаточно длительной (десяtkи минут, часы), *продолжительной* (несколько дней, недель).

Общепринято считать основными причинами паники страх, ужас, гиперболизируемые нередко конкретным состоянием людей, в частности, их неготовностью к неожиданностям, внезапным опасностям, отсутствием соответствующей критичности при оценке конкретных ситуаций («у страха глаза велики»). Среди причин паники у военнослужащих могут быть низкий уровень дисциплины, отсутствие авторитета у командиров.

По существующим описаниям, есть два основных момента, определяющих возникновение паники. Первый связан главным образом с внезапностью появления угрозы для жизни, здоровья, безопасности. Второй можно связать с накоплением соответствующего «психологического горючего» и срабатыванием «реле», определенного психического катализатора.

Длительные переживания, опасения, накопление тревоги, неопределенность ситуации, предполагаемые опасности, невзгоды — все это создает благоприятный фон для возникновения паники, а катализатором в принципе может быть все что угодно (замкнуть цепь опасений может не только сильный испуг, страх, но и абсолютно безопасные по сути проявления, звуки, слова, чье-то поведение, какие-то сигналы, не имеющие никакого отношения к ожидаемым опасностям).

Механизм развития бурной динамической паники можно представить как осознаваемую, частично осознаваемую или неосознаваемую цепь: включение «пускового сигнала» (вспышка, взрыв, обвал помещения и т. д.), воссоздание образа опасности (он может быть самым различным), активизация защитной системы организма на различных уровнях сознания и инстинктивного реагирования и следующее за этим паническое поведение (или какая-то его менее паническая модификация, в том числе и пассивное реагирование, заторможенность).

Динамика переходов скрытых форм паники в некоторые разновидности «открытых» практически не поддается логическому прогнозу. Катализаторами возникновения панических состояний могут быть, в первую очередь, конкретная информация, слух, том числе и маловероятный или значимый (эта значимость всегда преломляется через субъективные диспозиции, установки, оценки и пр.).

Необходимо отметить, что наличие опыта переживания длительной тревоги и пребывания в состоянии скрытой паники, по-видимому, позволяет выработать определенный иммунитет к вновь поступающим воздействиям негативного характера.

## ПРЕНЕВРОТИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ

Пренивротические реакции — это менее острая психологическая дисгармония. Это сильное психическое напряжение, приводящее к неадекватно измененной системе отношений личности с комплексом кратковременных разрозненных и слабо выраженных

болезненных признаков, не оформленных в структуру синдрома. Психовегетативные реакции обычно дополняют клинические проявления вышеперечисленных реакций боевого стресса, но иногда могут выступать и как самостоятельные стигматы.

Пренивротические реакции проявляются разнообразными преходящими и часто сменяющимися друг друга психическими нарушениями в виде психоэмоционального напряжения в форме тревоги, угнетенности, отчаяния, агрессивности, отгороженности, гиперактивности.

Возможны кратковременное замешательство, исчезающая позднее неспособность ясно мыслить, принимать решения. Появляются уныние, депрессия или бессмысленная избыточная активность.

Среди других вариантов индивидуального реагирования — паника, слепой страх, неистовство. Реальность уже не воспринимается адекватно, человек бежит из убежища под обстрел вместо того, чтобы переждать в укрытии, прыгает из окна горящего дома вместо того, чтобы найти другие способы спасения.

Могут появляться стремление уцепиться за товарищей, плач, лепет, хныканье, громкие жалобы; нередко замешательство и паралич, даже временный паралич рук и ног. Такие люди действуют как бы вне мира, они заняты лишь собой. Часто они не отвечают и не реагируют на внешнюю опасность, лежат на улице. Они не уходят в укрытие, не могут выполнять работу или быстро прекращают ее. Ощущение парализованности движений, неспособность видеть и слышать возможны в течение некоторого времени.

## НЕВРОТИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ

Под невротическими реакциями (НР) подразумеваются неразвернутые невроты по критериям их непродолжительности, парциальности болезненных проявлений, отсутствия целостной клинической картины. Они подразделяются на астенодепрессивные, тревожно-обсессивные, истерические и т. д.

Ведущими, но вместе с тем наименее специфичными в клинике НР являются тревога, депрессивные и астенические симптомы — три основных признака их психопатологической картины в условиях эмоционального стресса.

**Астенодепрессивные реакции** среди прочих типов НР преобладают, они наиболее тяжелые и однотипные. Субъективно ситуация воспринимается как безвыходная. На астеническом фоне постепенно формируется однообразный, маловыразительный тоскливый аффект с витальным оттенком, монотонной боязливостью, ипохондричностью и нередко с мыслями о самоубийстве. Военнослужащие становятся вялыми, рассеянными, апатичными, стремятся к уединению, могут уходить из расположения части, часами плакать. Преобладают установки на изменение ситуации.

При **астеноипохондрических реакциях** преобладают жалобы на головные боли, головокружение, тремор, нервозность, слабость, плохой сон, непереносимость климата. Военнослужащие часто обращаются за медицинской помощью, желая найти у врачей поддержку с целью выхода из стрессогенной обстановки. Ипохондричность обычно сочетается с тревогой и астенией.

**Астеноневротические реакции** довольно часто формировались у лиц с отдельными признаками психического инфантилизма. У военнослужащих постепенно нарастают вялость, утомляемость, раздражительность, отвлекаемость, снижение аппетита,



расстройство сна. Они производят впечатление замкнутых, пассивных, заторможенных и несобранных. При углублении астении наблюдаются потеря веса, скованность, апатия, бездеятельность, отгороженность от сослуживцев.

**Реакциям тревожно-обсессивного типа** в большинстве случаев предшествует воздействие стрессоров, связанных с угрожающими жизни ситуациями. События переживаются с ощущением страха, безысходности, несправедливости и проекции тревоги в будущее. Наблюдается репереживание травматических событий в навязчивых воспоминаниях и повторяющихся сновидениях. Продолжительное существование тревожной симптоматики в ряде случаев приводит к нарастанию вялости, пассивности, ощущению внутренней опустошенности. Военнослужащие начинают уединяться, могут часами сидеть в одной позе «ни о чем не думая».

**Истероневротические реакции** встречаются нечасто и, в отличие от прочих НР, тесно связаны с соответствующей конституциональной почвой. Проявляются они «бегством в болезнь» с демонстративными жалобами, выразительностью переживаний, склонностью к вымыслам и преувеличениям, требованиями особого внимания к себе, часто в сочетании с тревожностью и астенией. Иногда наблюдаются суицидальный шантаж, демонстративные уходы из части. Преобладает установка на изменение ситуации и отказ от преодоления трудностей.

**Конверсионные реакции** в боевой обстановке представляют собой немаловажную проблему вследствие внезапной утраты военнослужащими своей боеспособности. Возникновению конверсионных расстройств всегда предшествует острое стрессорное воздействие, отождествляемое с угрозой жизни. Конверсионные реакции: мутизм, амавроз, парез, астазия-абазия — чаще формируются на фоне выраженной тревоги, чем на фоне собственно истерических проявлений (демонстративность, гиперэкспрессивность, самовнушаемость).

## ПАТОХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ

К патохарактерологическим реакциям (ПХР) относятся реактивные состояния, которые проявляются ситуативно обусловленными нарушениями поведения, ведут к социально-психологической дезадаптации и могут сочетаться с невротическими, соматовегетативными расстройствами.

ПХР — приобретенные динамические формы расстройства личности, проявляющиеся психогенными психопатическими реакциями, которые могут на более или менее длительный срок приобретать черты психопатии и определять поведение больного.

При ПХР **неустойчивого типа** диагностируются низкая адаптивность, неспособность к оценке последствий своих поступков; незрелые мотивы защиты от стресса по типу бегства из ситуации и отказа от преодоления трудностей приводили к совершению уголовно-наказуемых деяний. Наиболее частые проявления — уходы из части, симулятивное поведение и членовредительство.

ПХР **истероидного типа** чаще формируются на почве одноименной акцентуации. Значительную роль играют опасения перед службой в боевой обстановке, неспособность адаптироваться к ней. Инфантильный эгоцентризм, стремление противопоставлять себя коллективу приводили к конфликтам с сослуживцами. Рецидивирующие демонстративные нарушения поведения наиболее часто проявляются суицидальным шантажом, имитацией

эпиматоформных и психопатологических симптомов, уходами за пределы части в целях вернуть себе былое положение. Все это сопровождается яркими экспрессивными выражениями чувств: криками, рыданиями, позерством, вспышками раздражения, устраиванием бурных сцен с требованием перевести их в часть, участвующую в боевых операциях.

**ПХР аффективно-эксплозивного типа** обычно формируются у лиц с эпилептоидной акцентуацией характера. Агрессивное поведение отличается крайней импульсивностью, непредсказуемостью, брутальностью, тяжестью последствий. Способом разрешения конфликтов нередко является применение оружия. У значительной части имеет место злоупотребление наркотиками или алкоголем без признаков физической зависимости.

## ОСТРЫЕ РЕАКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ

Острые реактивные психозы с параноидными включениями протекают с фрагментарным чувственным бредом, развивающимся на фоне спутанного сознания, аллюцинаторической дезориентировки, сочетающегося с иллюзиями, истинными галлюцинациями и психомоторным возбуждением. Психоз длится до 2–4 суток. Психотическая симптоматика быстро редуцируется после физиологического сна. Остаются отрывочные воспоминания о болезненном периоде.

Психогенные сумеречные расстройства сознания отличаются внезапностью возникновения и окончания и элементарной регрессивной симптоматикой. В некоторых случаях наряду с гангрозской симптоматикой (грубой дезориентировкой, оглушенностью, «миморечью», персеверациями) преобладают псевдодементные вкрапления или явления «одичания» (ползание на четвереньках, лизание пола и т. п.). Сумеречные состояния с картиной возбуждения сопровождаются безмотивными разрушительными и аутоагрессивными тенденциями со сложными автоматизированными действиями либо преобладанием тревоги, растерянности, хаотичности поступков.

Аффектогенный ступор (внезапное обездвижение вслед за воздействием, идентифицируемым с непосредственной угрозой жизни) предположительно можно рассматривать как генерализованную форму реакции конверсионного типа.

Затяжные формы наблюдаемых психозов обычно принимали шизофреноформный характер с наличием псевдогаллюцинаций, бреда отношений и преследования, структурных нарушений мышления, парадоксальности эмоций.

Боевые действия затрагивают, прежде всего, эмоциональную сферу, затем личностные особенности (у многих военнослужащих нарушается регуляция поведения), а также морально-нравственную и когнитивную сферы личности военнослужащего.

## ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ АДАПТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ К УСЛОВИЯМ БОЕВОГО СТРЕССА

Адаптация военнослужащих к условиям боевой деятельности носит фазный характер, соответствующий предложенной Г. Селье схеме.

Длительность периодов адаптации военнослужащих к условиям боевой деятельности определяется уровнем боевой нагрузки. Связь интенсивности воздействия боевых стрессоров и длительности сохранения боеспособности показана в табл. 4.



Таблица 4

### Соотношение интенсивности воздействия стрессоров с сохранением боеспособности

Интенсивность воздействия стрессоров	Продолжительность сохранения высокой боеспособности
Чрезвычайно интенсивные боевые действия	До 3 месяцев
При значительной интенсивности	Около 6 месяцев
При относительно регламентированной деятельности	До 9–12 месяцев

Боевая хроническая стрессовая ситуация характеризуется появлением у военнослужащих ряда психологических феноменов<sup>23</sup>:

**1. Синдром нервной демобилизации.** Он наиболее распространен; характеризуется явными признаками переутомления и резким снижением волевой мобилизации. Основные симптомы — нетерпимость, раздражительность, немотивированная агрессивность, повышенная утомляемость, апатичность, трудность засыпания с ночными кошмарами, тревожность, подозрительность, страхи, чувство постоянной усталости, повышенная реактивность, напряженность, взрывчатость, сниженный фон настроения, гипоамнезии, снижение темпов мышления, трудность концентрации внимания, тремор, сердцебиение, неприятные ощущения в области желудка, потливость, личностные изменения. Возникает пристрастие к алкоголю, причем к более крепким напиткам, с целью не только расслабиться, но и напиться «до отруба».

**2. Стрессовая поисковая активность** характерна для молодых солдат при не вполне осознанном страхе смерти и направлена на «знакомство» с опасностью. Сопровождается значительными вегетативными проявлениями (покраснение лица, ускорение пульса, расширение зрачков и т. д.), ускорением моторики, речедвигательным возбуждением и т. д., напоминает гипоманиакальное состояние.

**3. Торпидная первичная стрессовая реакция** по внешним проявлениям противоположна поисковой активности, напоминает состояние псевдодепрессии: мимика моторика вялые, речь замедленная с латентными промежутками, тусклая, монотонная с небогатым словарным запасом, заторможена идеаторная сфера, снижена склонность к обобщениям и т. д.

**4. Реакция диссоциации субъекта и объекта** (синоним — реакция аномального переживания), когда военнослужащий, впервые прибывший в ЗВК, ощущает, что «будто бы не имеет никакого отношения к происходящему», рассматривая все как бы со стороны; лишь, когда до него доходит, что он и есть непосредственный участник события, то у него нередко возникает острая психогенная реакция.

**5. Феномен бессрочности временного состояния.** Неопределенность «конца», ощущение, что срок пребывания на службе или в других неблагоприятных условиях ограничен или продлится очень долго, тягостно переживается, рождает многочисленные слухи и необоснованные надежды, вызывает глубокие разочарования и, как следствие, грубейшие нарушения воинской дисциплины, девиантное поведение.

**6. Иллюзия ложной неуязвимости** проявляется, когда военнослужащий без всяких оснований твердо убежден, что с ним ничего не может случиться, демонстрируя при этом ненужную браваду и легкомыслие, совершая безрассудные поступки.

<sup>23</sup> Гиллровский В. А. Избранные труды. М.: 1973.

**7. Явление псевдопримитивизации** возникает в условиях постоянно подстерегающей угрозы гибели. Близость смерти других нередко приводит к безразличию, пассивному подчинению, полнейшей апатии, все, что раньше могло возбудить человека, чему он был свидетелем или участником, теперь отскакивает от него, «как от брони», которой он сам себя окружил. Значительно снижен уровень аффективной жизни, все ограничивается удовлетворением сиюминутных, наиболее насущных потребностей. Все помыслы сосредоточены на одном — «пережить сегодняшний день». Подобное явление может внезапно смениться немотивированными кратковременными вспышками агрессии, объектами которой могут стать совершенно посторонние люди (примерами могут служить случаи расстрелов сослуживцев в карауле, причем не обязательно «обидчиков»).

**8. Мания величия в миниатюре** (схожесть с феноменом «человека с ружьем»), проявляется в случаях, когда наличие в руках оружия дает ощущение вседозволенности, вызывает желание пустить его в ход, чтобы почувствовать собственную силу, превосходство.

**9. Переживание утраты будущего** вызывает чувство внутренней пустоты и бессмысленности существования, нередко приводит к выводам о том, что жизнь теряет содержание и смысл, к снижению восприятия общечеловеческих ценностей. Могут появиться проявления навязчивостей и фобий, снизиться коммуникативные способности, может развиться необоснованное чувство вины за гибель друзей, за то, что остался жив. Возможны неожиданные для окружающих суицидальные действия.

**10. Временное аддитивное поведение** представляет так называемый донозологический уровень истинных аддитивных расстройств; оно направлено на снятие тревоги, напряжения, страха, снижение ответственности и критичности к оценке происходящего. В период ведения боевых действий у военнослужащих могут возникать различного рода психогенные расстройства, спровоцированные воздействием стресс-факторов боевой обстановки и приводящие к частичной или полной потере боеспособности. Подобные психические нарушения получили название боевой психической травмы (БПТ)<sup>24</sup>. Санитарные потери по БПТ на различных этапах оказания медицинской помощи составляют 10–25%.

Любопытные, хотя и **не бесспорные**, выводы о типах профессионалов и присущих им стратегиях поведения в условиях антитеррористической операции в Чечне делает известный отечественный специалист по стрессам Л. Китаев-Смык<sup>25</sup>. К положительным, успешно адаптировавшимся к условиям вооруженной борьбы, он относит такие типы.

- «Неистовые воины». У них нормальная страсть к работе, но измененная боевой обстановкой... Они стойки, выносливы и смелы. Служат примером и опорой для многих. Когда ты с ними, тебя не пугает опасность. Они становятся «неистовыми» только в критической боевой ситуации. Это «победители страха». Постоянным преодолением страха смерти люди постоянно доказывали себе свое мужество. Они хотят еще и еще испытывать свою стойкость и смелость даже ценой своей жизни.
- «Безработные вояки». Это люди, втянутые в боевые действия как в профессиональное депо, они научились побеждать при минимальном риске погибнуть. Для этого нужен талант, и он проявился у таких людей.
- «Искатели приключений» — лихие бойцы, веселые, разгульные. Для них война как праздник... Начало боя — это уже торжество предстоящей победы. Опасность

<sup>24</sup> Литвинов С. В., Снедков Е. В., Резник А. М. Боевая психическая травма: руководство для врачей. М.: Медицина, 2005.

<sup>25</sup> Китаев-Смык П. А. Психология стресса. М.: Наука, 2000.



срывает их с тормозов, влечет к себе, потому что пробуждает ясность ума, остроту односторонней цели, безошибочность действий, волю к победе...

Есть немало людей, которые не склонны избегать острых переживаний, имеют тягу к ним; они идут навстречу ситуациям, насыщенным риском и опасностями. Стремление бороться, чтобы преодолевать препятствия, изменять обстоятельства, испытывать предельные напряжения, добиваться успеха и побеждать — мощные мотивы к выбору профессий, насыщенных опасностями, к крутым переживаниям и волнениям при занятиях экстремальными видами спорта (альпинизмом, скалолазанием, парашютным спортом, кругосветными парусными гонками на небольших яхтах и в одиночку), к участию в ответственных соревнованиях и «душещипательных» развлечениях.

## ОСОБЕННОСТИ СТРЕССОВЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

В условиях катастроф и стихийных бедствий нервно-психические нарушения проявляются в широком диапазоне: от состояния дезадаптации и невротических, невротоподобных реакций до реактивных психозов. Их тяжесть зависит от многих факторов: возраста, пола, уровня исходной социальной адаптации; индивидуальных характерологических особенностей; дополнительных отягощающих факторов на момент катастрофы (одиночество, опечаленность о детях, наличие больных родственников, собственная беспомощность; беременность, болезнь и т. д.).

Психогенное воздействие экстремальных условий складывается не только из прямой, непосредственной угрозы для жизни человека, но и из опосредованной, связанной с ее ожиданием. Психические реакции при наводнении, урагане и других экстремальных ситуациях не носят какого-то специфического характера, присущего лишь конкретной экстремальной ситуации. Это скорее универсальные реакции на опасность, а их частота и глубина определяются внезапностью и интенсивностью экстремальной ситуации.

Травмирующее воздействие различных неблагоприятных факторов, возникающих в опасных для жизни условиях, на психическую деятельность человека подразделяется на непатологические психоэмоциональные (в известной мере физиологические) реакции и патологические состояния — психогении (реактивные состояния). Для первых характерны психологическая понятность реакции, ее прямая зависимость от ситуации и, как правило, небольшая продолжительность. При непатологических реакциях обычно сохраняются работоспособность (хотя она и снижена), возможность общения с окружающими и критического анализа своего поведения. Типичными для человека, оказавшегося в катастрофической ситуации, являются чувства тревоги, страха, подавленности, беспокойства за судьбу родных и близких, стремление выяснить истинные размеры катастрофы (стихийного бедствия). Реакции этого типа также обозначаются как состояние стресса, психической напряженности, аффективные реакции и т. п.

В отличие от непатологических реакций, патологические психогенные расстройства — это болезненные состояния, выводящие человека из строя, лишаящими его возможности продуктивного общения с другими людьми и способности к целенаправленным действиям. В ряде случаев при этом имеют место расстройства сознания, возникают психопатологические проявления, сопровождающиеся широким кругом психических расстройств.

Психопатологические расстройства в ЧС имеют много общего с клиникой нарушений, развивающихся в обычных условиях. Однако есть и существенные различия. Во-первых, вследствие множественности внезапно действующих психотравмирующих факторов в экстремальных ситуациях наблюдается одномоментное возникновение психических расстройств у большого числа людей. Во-вторых, клиническая картина в этих случаях не столь индивидуальна, как при «обычных» психотравмирующих обстоятельствах, и сводится к небольшому числу достаточно типичных проявлений. В-третьих, несмотря на развитие психогенных расстройств и продолжающуюся опасную ситуацию, пострадавший вынужден продолжать активную борьбу с последствиями стихийного бедствия (катастрофы) ради выживания и сохранения жизни близких и всех окружающих.

Наиболее часто наблюдаемые во время и после ЧС психогенные расстройства объединяют в четыре группы — непатологические (физиологические) реакции, патологические реакции, невротические состояния и реактивные психозы (табл. 5).

В исследованиях чрезвычайных ситуаций принято выделять три периода развития ситуации, в которых наблюдаются различные реактивные состояния<sup>26</sup>.

**Первый период** характеризуется внезапно возникшей угрозой для собственной жизни и возможностью гибели близких и окружающих. Он продолжается от начала воздействия до организации спасательных работ (минуты, часы). Мощное экстремальное воздействие затрагивает в этот период в основном жизненные инстинкты (самосохранение) и приводит к развитию неспецифических, внеличностных реакций, основу которых составляет страх различной интенсивности. В это время преимущественно наблюдаются психогенные реакции психотического и непсихотического уровня, в ряде случаев *возможно развитие паники* (о видах и причинах паники говорилось в предыдущем разделе).

Возможности возникновения паники труднопредсказуемы, что отмечают многие психологи. Но в ряде случаев можно говорить о повышении вероятности возникновения паники (некоторые из аспектов данной проблемы, так или иначе, рассматриваются в работах специалистов по психологической войне). Здесь мы рассмотрим причину — **полную психологическую неготовность** — на примере черновильской атомной катастрофы<sup>27</sup>.

Таблица 5

### Психогенные расстройства, наблюдаемые при жизнеопасных ситуациях во время и после стихийных бедствий и катастроф<sup>28</sup>

Реакции и психогенные расстройства	Клинические особенности
Непатологические (физиологические) реакции	Преобладание эмоциональной напряженности, психомоторных, психовегетативных, гипотемических проявлений, сохранение критической оценки происходящего и способности к целенаправленной деятельности

<sup>26</sup> Психогении в экстремальных условиях / Ю. А. Александровский [и др.]. М.: Медицина, 1991; Александровский Ю. А. Динамика психогенных постстрессовых расстройств, развивавшихся при стихийных бедствиях и катастрофах. Руководство по реабилитации лиц, подвергшихся стрессовым нагрузкам. М.: Медицина, 2004. С. 133–146.

<sup>27</sup> Моляко В. А. Особенности проявления паники в условиях экологического бедствия (на примере Чернобыльской атомной катастрофы) // Психологический журнал. 1992. Т. 13. № 2. С. 66–73.

<sup>28</sup> Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. Ростов-н/Д.: Феникс, 1997. С. 301.



Реакции и психогенные расстройства	Клинические особенности	
Психогенные патологические реакции	Невротический уровень расстройства — остро возникшие астенический, депрессивный, истерический и другие синдромы, снижение критической оценки происходящего и возможностей целенаправленной деятельности	
Психогенные невротические состояния	Стабилизирующиеся и усложняющиеся невротические расстройства — невращения (невроз истощения, астенический невроз), истерический невроз, в ряде случаев утрата критического понимания происходящего и возможностей целенаправленной деятельности	
Реактивные психозы	Острые	Острые аффективно-шоковые реакции, сумеречные состояния сознания с двигательным возбуждением или двигательной заторможенностью
	Затяжные	Депрессивные, параноидные, псевдодементные синдромы, истерические и другие психозы

В самом деле, современный человек более или менее подготовлен к таким событиям, как транспортная авария, пожар, нападение бандитов, стихийное бедствие, эпидемия и пр., причем некоторые люди находятся в состоянии повышенной готовности к подобным событиям, например пожарники, милиционеры, спасатели, врачи и др. Но никто во всем мире не был готов к такой колоссальной атомной катастрофе, как в Чернобыле. В данном случае мы говорим о поведении не непосредственных «ликвидаторов» последствий аварии, а тех, кто был на некотором удалении, в частности киевлян.

Причины психологической неготовности:

- уникальность аварии (не было аналогов для сравнения, что создало чрезвычайное когнитивное напряжение при оценке данного события);
- очень слабая подготовка подавляющего большинства людей к рациональным действиям в случае атомной опасности (органы гражданской обороны, как правило, не функционировали);
- недостаток конкретной информации и одновременно своего рода информационная анархия, определявшая часто стихийное и неразумное поведение многих людей, низкий порог критичности к поступающим сведениям (слухам);
- эмоциональная неустойчивость, обусловленная, в частности, директивными формами управления, заторможенностью собственной инициативы, что проявляется в условиях нарушения каналов управления (предоставленность самим себе в сложных условиях переживается особенно остро).

Все это было усугублено негибким поведением руководства на различных этапах асти, засекреченностью многих сведений о масштабах и характере радиационного загрязнения, безразличной пассивностью медиков и других специалистов.

Таким образом, складывалась достаточно благоприятная почва для возникновения индивидуальных и массовых эмоциональных реакций панического характера, основанных на постоянной тревоге и сильном чувстве страха.

Можно сказать, что «обычная» паника прошла очагами, охватив не более 10% дей. Однако уже с первых дней, а в последующем все в большей степени начиналась своеобразная **скрытая радиационная паника**, имеющая тенденцию к

**непрерывному** (очень длительному) проявлению. Феномен этой паники заслуживает особого внимания, поскольку речь идет именно о панике, порождаемой как воздействием самой радиации, так и страхом последствий воздействия малых и повышенных доз радиации на живой организм. В таких масштабах, как известно, ничего подобного еще никогда в истории человечества не было.

И в этом наш печальный приоритет бесспорен — на огромной территории образовался полигон для испытания еще и психологического воздействия мирного ядерного «оружия».

Проявление скрытой чернобыльской радиационной паники связано со следующими основными причинами: 1) страх перед полной неопределенностью и непредсказуемостью общего воздействия радиации на человека; 2) страх перед возможными последующими разрушениями в зоне АЭС; 3) страх перед зараженностью воздуха, воды, продуктов питания, земли, жилища, зданий и пр.; 4) отсутствие постоянной правдивой информации об истинном положении; 5) отсутствие для подавляющего большинства людей медицинского контроля, консультаций; 6) постоянные слухи о гибели людей, облучении, заболеваниях, переполненности больниц зараженными и др. (диапазон слухов огромен и включает самые нелепые и фантастические); 7) отсутствие перспектив на переселение в чистые зоны, смену квартиры, работы и пр.; 8) постоянный страх за себя, своих родных и близких, а также перед болезнями (особенно онкологическими); 9) неадекватная запросам людей работа средств массовой информации (с конца апреля 1986 г. до 1990 г. эти средства, как правило, были более чем скупы на сообщения, носившие часто искусственный приукрашенный характер); 10) нарушение режима питания, сна, отдыха, работы в связи со всем вышеназванным и усугубление психического состояния вследствие биофизического ослабления организма.

Специфическую сущность скрытой паники составляет именно неясный, труднообъяснимый страх перед радиацией.

С точки зрения специалистов медицины катастроф, первый период — **фаза острого шока**<sup>29</sup> продолжительностью от нескольких минут до недели. 60% переживших катастрофу реагируют на ситуацию апатично, с остекленевшим взглядом, молча; они не способны оказывать помощь или предпринимать какие-либо действия. 17% проявляют бурную экспрессивно-шоковую реакцию.

Землетрясение в г. Кобе (Япония) 17 января 1995 г. «Вскоре после землетрясения большинство жертв переживали эмоциональное оцепенение. Друг автора, потерявший обоих родителей, рассказывал, что он не чувствовал реальности происходящих событий. Он говорил, что даже не мог ощущать грусти. Тело продолжало чувствовать сотрясения из-за частых последующих толчков. Сам автор переживал что-то наподобие утраты собственной личности. Такая деперсонализация может быть защитной психологической реакцией перед лицом бедствия».

Фаза острого шока может протекать по двум основным направлениям: гипер- и гипокинетической формы.

При **гиперкинетической форме**, в известной степени соответствующей реакции «двигательной бури» [Kretschmer, 1924], поведение больных теряет целенаправленность; на фоне быстро нарастающей тревоги, страха возникает хаотическое психомоторное возбуждение с беспорядочными движениями, бесцельными метаниями, стремлением куда-то бежать (фугиформная реакция). Ориентировка в окружающем

<sup>29</sup> Гехт К., Саволой Е., Тене Г. Реабилитация пациентов с посттравматическим эмоционально-стрессовым синдромом в аспекте практической медицины катастроф: руководство по реабилитации лиц, подвергшихся стрессовым нагрузкам. М.: Медицина, 2004. С. 42–52.



нарушается. Продолжительность двигательного возбуждения невелика; как правило, оно прекращается через 15–25 минут.

Для **гипокинетической формы**, соответствующей реакции «мнимой смерти» [Kretschmer, 1924], характерны состояния резкой двигательной заторможенности, доходящей до полной обездвиженности и мутизма (аффектогенный ступор). Больные обычно остаются на том месте, где возник аффект страха; они безучастны к происходящему вокруг, взгляд устремлен в пространство. Продолжительность ступора составляет от нескольких часов до 2–3 дней. Переживания, относящиеся к острому периоду психоза, обычно амнезируются. По выходе из острого психоза наблюдается выраженная астения, длящаяся до 2–3 недель.

Но это среднее время; оно очень широко варьируется в зависимости от уровня стрессоустойчивости и подготовленности человека. Это могут быть доли секунды, или секунды у человека подготовленного, скажем, бойца спецназа или опытного спасателя, и до нескольких суток у человека физически ослабленного, истощенного, с преморбидным фоном (то есть какими-либо психическими заболеваниями).

Мощное экстремальное воздействие затрагивает в этот период в основном витальные инстинкты (например, самосохранения) и приводит к развитию неспецифических, внеличностных психогенных реакций, основу которых составляет страх различной интенсивности. В это время преимущественно наблюдаются психогенные реакции психотического и непсихотического уровней. В ряде случаев возможно развитие паники.

**Уфимская катастрофа.** «Сразу после взрыва и мгновенно последовавшего воспламенения вагонов поведенческие реакции имели преимущественно витальную направленность, обусловленную инстинктом самосохранения, — матери выскакивали из вагонов и забывали детей, родные забывали про родственников и близких, а обратно уже вернуться не могли... В последующем у спасшихся из числа лиц, следовавших в дороге вместе с родственниками (в случаях гибели последних), достаточно часто наблюдалось формирование комплекса вины, сопровождавшегося выраженной психопатологической симптоматикой, вплоть до галлюцинаторно-бредовых состояний. При многократном повторном воспроизведении событий (на 4, 6, 8-е сутки после катастрофы) рассказы этих пострадавших все более дополнялись, бесспорно, привнесенными «воспоминаниями» о попытках оказать помощь близким (бессознательная реализация механизмов психологической защиты). В процессе психотерапевтических бесед такие пострадавшие чрезвычайно внимательно следили за мимикой и речью врача, вероятно ожидая явного или скрытого осуждения. Установить контакт с этой группой больных (в отличие от большинства других) было достаточно легко. Отмечался выраженный настрой на длительные и повторные беседы (психологический феномен «отторжения воспоминаний», реализуемый посредством их вербализации). Получение искренних, без излишней бикации, заверений врача, что в данной ситуации они сделали все, что могли, демонстрация полного доверия к практически ежедневно дополняемым рассказам о происшедшем способствовали существенному улучшению состояния пациентов и купировали психопатологические нарушения, в том числе бредовые симптомы, в отдельных случаях меняемые ситуационной эйфорией (реакция на «снятие чувства вины»)».

По мнению М. М. Решетникова, вслед за состоянием шока развивается **фаза прошока** длительностью от 3 до 5 ч. Она характеризуется общим психическим напряжением, предельной мобилизацией психофизиологических резервов, обострением восприятия и увеличением скорости мыслительных процессов, проявлениями безрассудной

смелости (особенно при спасении близких) при одновременном снижении критической оценки ситуации, но сохранении способности к целесообразной деятельности. В эмоциональном состоянии в этот период может преобладать чувство отчаяния, сопровождающееся головокружением и головной болью, сердцебиением, сухостью во рту, жаждой и затрудненным дыханием, чувство страха, ужаса. Чем сопровождается стадия мобилизации? Мышечное напряжение, резкое усиление физиологических реакций по всем направлениям. Происходит улучшение памяти, повышение внимания, наблюдается безрассудная смелость вследствие снижения критической оценки ситуации (человек не осознает опасности). До 30% обследованных при субъективной оценке ухудшения состояния одновременно отмечают увеличение работоспособности в 1,5–2 и более раза.

Обследованный после землетрясения в Спитаке респондент Р. рассказал, что, «обнаружив жену и дочь на крыше 9-этажного дома (лестничные пролеты нижних этажей были разрушены), используя металлическую ограду клумбы и веревку, в течение часа смог взобраться на крышу и спасти семью» и т. п.

На этой фазе могут возникнуть оживление и словоохотливость.

**Землетрясение в г. Кобе (Япония) 17 января 1995 г.** «Через 2–3 дня после землетрясения большинство жертв стали очень оживленными и словоохотливыми. У некоторых людей наблюдались признаки гипоманиакального состояния и психомоторного возбуждения. Эти симптомы могли быть обусловлены радостью выживших».

На этой фазе возникает **рефлекторное поведение**, все направлено исключительно на спасение собственной жизни. Человек находится в суженном состоянии сознания. *Все ненужное отбрасывается.* Состояние диссоциированное (речь об этом явлении пойдет дальше). Нередко это может быть источником неправильного с точки зрения общепринятой морали поведения. Потом, когда человек вспоминает о своем поведении на этой стадии, ему становится стыдно, он не понимает, как мог так поступить. Однако здесь поведение не зависит от сознания человека; просто срабатывает инстинкт самосохранения, а потом в подавляющем большинстве случаев возникает чувство вины.

М. М. Решетников после фазы противошока в первом периоде катастрофы выделяет также **психофизиологическую демобилизацию** (длительность до трех суток). Ее наступление связано с первыми контактами с теми, кто получил травмы, и с телами погибших, с пониманием масштабов трагедии («стресс осознания»). Характеризуется наиболее существенным ухудшением самочувствия и психоэмоционального состояния с преобладанием чувства растерянности, панических реакций (нередко — иррациональной направленности), понижением моральной нормативности поведения, снижением уровня эффективности деятельности и мотивации к ней, депрессивными тенденциями, некоторыми изменениями функций внимания и памяти (как правило, обследованные не могли достаточно четко вспомнить, что они делали в эти дни). Большинство опрошенных жаловались в этой фазе на тошноту, «тяжесть» в голове, неприятные ощущения со стороны желудочно-кишечного тракта, снижение (даже отсутствие) аппетита. 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.

**Во втором периоде**, протекающем при развертывании спасательных работ, по образному выражению, начинается «нормальная жизнь в экстремальных условиях». В это время в формировании состояний дезадаптации и психических расстройств гораздо большее значение имеют особенности личности пострадавших, а также осознание ими



не только ситуации, продолжающей в ряде случаев оставаться опасной для жизни, но и новых стрессовых воздействий, таких как утрата родных, разобщение семьи, потеря дома, имущества, для спасателей — это гибель или ранение товарищей.

Важным элементом пролонгированного стресса в этот период является ожидание повторных воздействий, несовпадение ожиданий с результатами спасательных работ, необходимость идентификации погибших родственников. Психозомоциональное напряжение, характерное для начала второго периода, как правило, сменяется к его концу повышенной утомляемостью и «демобилизацией» с астенодепрессивными проявлениями.

С точки зрения специалистов медицины катастроф это **промежуточная (интеримная) фаза**, состоящая из двух этапов:

1. **Фаза реакции.** Начинается с осознания пострадавшим после катастрофического события своей реальной ситуации и может продолжаться 1–6 недель. Пострадавшие стараются проанализировать происшедшее, обвиняют себя или отчаиваются, падают духом, испытывают чувство беспомощности, безнадежности.

Психологические проявления: постоянное воспроизведение и переживание события, ночные кошмары, бессонница, потеря интересов, чувство вины, отсутствие концентрации внимания, потеря памяти, речевые извращения, плаксивость, неадекватное восприятие, страх, депрессия, отсутствующий взгляд.

2. **Фаза выздоровления.** Продолжительность 1–6 месяцев, если реабилитация прошла успешно.

**В третьем периоде**, начинающемся для пострадавших после их эвакуации в безопасные районы (больницы), у многих происходит сложная эмоциональная и когнитивная переработка ситуации, оценка собственных переживаний и ощущений, «калькуляции» утрат. При этом приобретают актуальность и психогенные факторы, связанные с изменением жизненного стереотипа, переживанием в разрушенном районе или в месте эвакуации. Если эти факторы становятся хроническими, у пострадавших формируются относительно стойкие психогенные расстройства.

С точки зрения медицины катастроф на вышеперечисленных этапах у значительной части пострадавших и незначительной части профессионалов развивается эмоционально-стрессовый синдром (3 фазы)<sup>30</sup>.

С точки зрения специалистов медицины катастроф эту фазу можно обозначить как **постсобытийную**. Продолжительность — 6 месяцев и более. Проявленная посттравматическая фаза. Реабилитация малоэффективна.

**К числу наиболее часто наблюдаемых в чрезвычайных условиях адаптационных реакций относят:**

- кратковременную депрессивную реакцию (реакция утраты);
- затяжную депрессивную реакцию;
- реакцию с преобладающим расстройством других эмоций (реакцию беспокойства, страха, тревоги и т. д.).

Во все указанные периоды **развитие и компенсация психогенных расстройств при чрезвычайных ситуациях зависят от трех групп факторов — особенность ситуации, индивидуальное реагирование на происходящее, социальные и организационные мероприятия.** Однако значение этих факторов в различные периоды развития ситуации

<sup>30</sup> Гехт К., Саволой Е., Тене Г. Реабилитация пациентов с посттравматическим эмоционально-стрессовым синдромом в аспекте практической медицины катастроф: руководство по реабилитации лиц, подвергшихся воздействию катастроф. М.: Медицина, 2004. С. 42–52.

неодинаково. С течением времени теряют непосредственное значение характер чрезвычайной ситуации и индивидуальные особенности пострадавших, и напротив, возрастает и обретает основополагающее значение не только собственно медицинская, но и социально-психологическая помощь, и организационные факторы.

**Влияние чрезвычайной ситуации на спасателей.** Психика спасателей, как и психика пострадавших в чрезвычайных ситуациях, подвергается серьезным испытаниям, они переживают страх и ужас от увиденного. Спасателей беспокоят кошмарные сновидения, бессонница ночью, сонливость днем, подавленное настроение, часто отмечаются жалобы на головокружение, обмороки, головные боли, тошноту и рвоту. Встречаются следующие психовегетативные реакции<sup>31</sup>.

1. **Бегство** — спасатель неожиданно для себя самого прекращает что-либо делать, ему хочется убежать прочь от всех жутких бедствий и несчастий, которые предстают перед его глазами. Иногда хватает сил контролировать себя настолько, чтобы скрыться с места работы незаметно.

2. **Беспокойство** — спасатель чрезвычайно занят и не может остановиться в работе. Он берется за все, не понимая, что действительно важно, а что нет.

3. **Внезапные слезы, плач** появляются без всяких причин, хотя спасатель пытается сдерживать их. Ему стыдно за то, что с ним происходит. Он старается уединиться, взять себя в руки и восстановить нарушенное душевное равновесие.

4. **Истощение** — спасатель ощущает неспособность сделать шаг, ему хочется сесть, все его мускулы болят, любой мыслительный процесс слишком тяжел.

5. **Нервный озноб** — неожиданно начинается неконтролируемая нервная дрожь, настолько сильная, что спасатель не может зажечь спичку или налить чашку чая, он не знает, что делать.

6. **Неспособность действовать правильно** — спасатель обнаруживает, что не может нормально работать, он не в силах вспомнить, в чем заключаются его задачи, не знает, с чего начать то или иное дело. Человек просит других о помощи и в то же время не хочет показать, что не в состоянии хорошо работать.

7. **Отчаяние** — спасатель больше не может справиться со своими чувствами. Ему не понятно, почему это происходит, он переживает полный упадок сил, отсутствие всяких чувств, забывается куда-нибудь в тихое место, опустошенное и отчаявшееся. У него кружится голова, его пошатывает, ему хочется присесть.

8. **«Приставание» к другим** — ощущение острой и срочной потребности говорить. Спасателю настоятельно хочется поделиться впечатлениями от того ужаса, который он испытал во время спасательных работ. Он постоянно рассказывает о том, что видел и слышал.

9. **Раздражительность** возникает, когда спасатель ощущает свое бессилие, невозможность что-либо сделать. Эффективность его усилий падает, он начинает беспричинно сердиться на кого-либо или на что-либо вокруг него, ругается, впадает в бешенство.

10. **Сердцебиения** — внезапно человек ощущает боль в груди. Возникают ощущения начала сердечного приступа. Спасателю необходимо посидеть в спокойном месте.

В условиях катастрофы наиболее заметны изменения в поведении, связанные с нарушениями деятельности мозга и психики. Выделяют следующие **особенности личности спасателя**, которые формируются в чрезвычайных ситуациях.

<sup>31</sup> Сидоров П. И., Мосягин И. Г., Маруняк С. В. Психология катастроф: учебное пособие для студентов вузов / под ред. П. И. Сидорова. М.: Аспект Пресс, 2008. С. 145–149.



1. **Повышенная личностная тревожность** приводит к реакции на слабые стрессогенные факторы такой же острой, как и на сильные. У некоторых личностей тревожность выступает как один из компонентов характера.

2. **Реактивная тревожность** характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью, которые могут возникнуть у любого человека в ответ на экстремальное условие деятельности. У лиц, не склонных к личностной тревожности, реактивная тревожность возникает при накоплении утомления, может вызвать нарушения тонкой координации и внимания.

3. **Эмоциональные срывы** внешне проявляются притупленностью эмоций или эмоциональной и вербальной агрессивностью, приливами гнева и ярости.

4. **Психомоторные срывы (физические и интеллектуальные)** включают немотивированную бдительность, нарушения сна, после которого человек не испытывает облегчения и готовности к работе. Он не отдохнул и не восстановился. При малейшей неожиданности человек делает стремительные движения.

5. В результате функционирования в напряженных условиях у человека формируются **психосоматические заболевания**: артериальная гипертония, ломота в спине, спазмы желудка, головные боли, ишемическая болезнь сердца, затем инфаркты и инсульты, неврозы и психозы, онкология, обостряются уже имевшиеся ранее хронические заболевания.

Спасатель (врач) как человек, оказывающий помощь, находится в наиболее сложном положении: ему необходимо выполнить определенные действия, направленные на поддержание жизни пострадавшего, хотя он и сам может испытывать экстремальное воздействие ситуации. В связи с этим **определенные особенности могут препятствовать адекватному оказанию помощи и ухудшить его психологический статус.**

1. **Дефицит времени** требует быстрого принятия решения, но без специальной подготовки люди часто теряются и не могут быстро реагировать на изменение оперативной обстановки.

2. **Чувство ответственности и долга** способствует увеличению напряжения. Исследователи выдвигают ряд стратегий, помогающих человеку избежать принятия решения:

- делать вид, что ничего не случилось;
- применить стиль поведения, который всегда выручал в трудных обстоятельствах, не вникая в особенности сложившейся ситуации;
- избегать решительных действий, которых требует назревшая ситуация, «реализоваться» в областях, где от человека ничего не зависит;
- приступить к сбору информации, необходимой для решения проблемы, делая это полно, обстоятельно и долго; в итоге это станет самостоятельной областью деятельности и обеспечит «эмоциональное выгорание».

3. **Необходимость четких и правильных действий** может привести к развитию **большинства ошибок** и, как следствие, к отказу от оказания помощи.

Т. В. Корнилова [2003] представляет процесс принятия решений как «горячий» когнитивный процесс и указывает на такую особенность человека, как нежелание принимать решение, стремление отодвинуть его во времени максимально дальше. Тонкие эмоциональные переживания способствуют развитию мотивационного конфликта, заключающегося в ощущении «бремени решения» (взятие обязательств перед другими). Она указывает на наличие «квазипотребности в принятии решений», проявляющейся в ощущении субъективного контроля, и на эффект «упрощения критериев», объясняющий это наличием, облегчающих человеку принятие решений в экстремальных ситуациях.

4. **Влияние личности пострадавшего на спасателя** (родственные и дружественные связи и т. д.). Увидеть близкого человека с тяжелыми повреждениями, в крови — это серьезный психоэмоциональный стресс, а действия по оказанию ему помощи — стресс еще больший. При большом числе пострадавших приходится начинать оказывать помощь незнакомым людям с более тяжелыми повреждениями, временно оставляя без помощи родственников и знакомых, что может привести к срыву психологических адаптационных возможностей спасателя.

## ИНДИВИДУАЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ НА СТРЕСС И СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ

Наличие стрессора еще не обуславливает развитие стрессовой реакции. Развитие классических физиологических изменений, характерных для реакции стресса, определяется индивидуальной чувствительностью к стрессу или стрессоустойчивостью (толерантностью).

**Стрессоустойчивость** — это психофизиологическое состояние человека, обеспечивающее оптимальную адаптацию к экстремальным условиям, позволяющее решать профессиональные задачи без потерь.

Участников экстремальных ситуаций можно условно разделить на две категории: пострадавшие и профессионалы, чья профессиональная деятельность постоянно связана с пребыванием в экстремальных ситуациях.

При этом участников первой группы необходимо дифференцировать по возрастному фактору: дети, подростки, взрослые, старики; а также по половому признаку, выделяя, как особую категорию, беременных женщин. В каждой из выделенных категорий стрессоустойчивость будет разной.

Стрессоустойчивость, или психосоматический иммунитет к стрессорам, обусловлена физиологическими, психологическими и социальными факторами. В определенных жизненных условиях эмоциональные стрессоры, связанные с оценкой индивидом социальных факторов, мощно воздействуют на организм и могут привести к гибели. Ведущую роль в развитии смерти в указанных условиях играет перевозбуждение парасимпатической системы, а главной эмоцией является **безнадежность нахождения выхода из создавшейся ситуации, а не эмоция активного «ужаса».**

У многих людей к некоторым стрессорам существует стойкий психосоматический иммунитет. Далеко не всех людей, например, охватывает чувство тошноты или страха, когда они смотрят вниз с большой высоты; не каждый человек вздрагивает при выстреле, некоторые люди буквально страшатся новизны и изменения своего статуса, другие стремятся к чему-то новому и неизведанному. Некоторые люди, например, сознательно ищут стресса в форме приключения, возбуждения, преследования и, кажется, получают от этого удовольствие.

## ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА К СТРЕССУ

1. **Врожденные особенности организма и протекание беременности у матери.** Согласно психогенетическим исследованиям, реакции людей на те или иные факторы среды на 30–40% определяются генами, полученными от родителей. К врожденным



факторам относят также тип высшей нервной деятельности человека, который отражает силу и динамику нервных процессов.

В настоящее время подтверждается, что стресс беременной женщины и характер родов влияют на формирование стрессоустойчивости ее ребенка<sup>32</sup>.

**II. Тип локуса контроля за своей деятельностью.** По локусу контроля выделяют интерналов и экстерналов.

**Интерналы** — люди с преобладанием внутреннего локуса контроля — уверенные в себе, надеющиеся только на себя, не нуждающиеся во внешней поддержке.

**Экстерналы** — люди с внешним локусом контроля — неуверенные в себе, нуждающиеся в помощи, болезненно реагирующие на порицания, полагающиеся на случай, на судьбу.

Интерналы менее подвержены дистрессу в экстремальных условиях при социальном давлении, чем экстерналы. Однако у интернала, потерявшего веру в себя под влиянием критических факторов, могут проявиться качества экстернала. Кроме того, нужно учитывать тот факт, что интернал, не умеющий искать опору вовне, может оказаться еще более беззащитным в экстремальной ситуации, чем экстернал.

**III. Уровень личностной тревожности.** Зависит от системы убеждений и ценностей, сформированных в процессе жизни. Люди с повышенным уровнем личной тревожности могут многие ситуации воспринимать как опасные и более подвержены стрессу, чем люди с ситуационной тревожностью.

**IV. Степень осознания человеком ответственности за себя, окружающих, за все происходящее в экстремальных условиях, установка на ту или иную роль.** Л. А. Китаев-Смык [1983] выделяет три типа отношения человека к самому себе при стрессе:

1) отношение к себе как к «жертве» экстремальной ситуации. Такое отношение усиливает дистресс;

2) отношение к себе как к жертве и как к ценности, доверенной себе же. Характерно для летчиков-испытателей, для опытных «экстремалов», спортсменов высокого класса. В критических условиях такие люди сохраняют чувство собственного достоинства. Более свойственно лицам зрелого возраста;

3) сочетает два первых типа отношения к себе с сопоставлением проявлений стресса у себя и у других людей, также подвергающихся экстремальным воздействиям. Такой тип отношения может наблюдаться у лиц, изучающих стресс, у ответственных за ход экстремальной ситуации и участвующих в ней. При этом возрастает роль ответственности за себя, что снижает выраженность представления о себе как о жертве. Если же социальная ответственность мала, то вид страдания окружающих людей или их панические действия могут усилить реакцию на стресс.

**V. Степень устойчивости и адекватности самооценки.** Лица с заниженной, неустойчивой самооценкой сильнее реагируют на стрессовую ситуацию, ибо недостаточная уверенность в себе — одна из главных предпосылок эмоционального стресса. Эгоцентризм с неадекватно завышенной самооценкой также является фактором повышенной чувствительности к действию стрессоров.

<sup>32</sup> Абрамова Г. С., Юдичиц Ю. А. Психология в медицине. М., 1998; Кафкалдес А. Знание из лона: аутопсиходиагностика с психоделическими лекарствами. СПб.: ИПТП, 2007; Хрестоматия по перинатальной психологии: Психология беременности, родов и послеродового периода / сост. А. Н. Васина. М.: Изд-во УРАО, 2005; Феномен насилия (от домашнего до глобального). Взгляд с позиции пренатальной и перинатальной психологии и медицины / под ред. Г. И. Брехмана и П. Г. Фендор-Фрайберга. СПб., Хайфа: ИПТП, 2005.

Кардиологи М. Фридман и Р. Г. Розенман выделили два типа реагирования:

**Тип А<sub>1</sub>** — классический, характеризуется низкой самооценкой. Это люди, переоценивающие свои возможности, с постоянной нехваткой времени. Они находятся в постоянной ситуации неуспеха и отсутствия награды за свои старания. Как результат — соматические расстройства и поражение сердечно-сосудистой системы (ССС).

К этой же группе относится подтип А<sub>2</sub>, который также переоценивает свои возможности, но удовлетворяется промежуточным результатом, поэтому не испытывает такого стресса. И третий подтип из этой же группы — А<sub>3</sub>; такие люди тоже спешат и не успевают, но у них переживание успеха происходит на этапе формулирования задачи. Они получают награду на символическом плане, до того как начинают действовать. Они также не оказываются в состоянии стресса.

**Тип В.** Люди, не создающие экстремальных ситуаций, реально оценивающие свои возможности; недостижение результата не оценивается ими как неудача.

Характерологические черты: негативизм, экстремизм, зависимость, отчужденность, импульсивность, пассивность, наличие подавленного стремления к самореализации, склонность к интенсивным эмоциональным реакциям, привычка подавлять собственные побуждения.

**VI. Типы личности.** Каждый тип личности имеет свои уязвимые стороны, то есть для каждого человека существует специфический круг ситуаций, в которых он повышенно уязвим в силу своих индивидуально-психологических особенностей. В нашем пособии предлагаются к рассмотрению типы психической дезадаптации личности на примере условий боевой деятельности.

**Тревожно-астенический тип.** Поведение военнослужащего определяется плохой переносимостью значительных физических и нервных нагрузок. Характерна реакция ухода из ситуации с элементами вытеснения негативных моментов внешнего воздействия. Они тревожны, из-за нерешительности многократно перепроверяют правильность понимания приказа либо полученной информации, иногда гиперкомпенсаторно с преувеличенной уверенностью отдают указания, бросаются исполнять поручения. Целенаправленность и результативность их поведения быстро нивелируется и сменяется тревожной неуверенностью, хотя работоспособность может еще достаточно длительное время оставаться в пределах индивидуальной нормы.

Уже в первый период адаптации нарушается сон, снижается аппетит, ухудшается настроение, обнаруживаются явления раздражительности, ослабевают концентрация внимания, способность к продуктивной деятельности. Существенный компонент данного типа дезадаптации — выраженная фиксация на собственном физическом здоровье с частичным уходом от действительности и прикрытием жалобами соматического плана. Резкие декомпенсационные невротические реакции обычно возникают при неожиданных и интенсивных эмоционально насыщенных ситуациях. В острых экстремальных ситуациях такие военнослужащие с большой долей вероятности способны проявить банальную растерянность.

**Ригидно-агрессивный тип.** Этот вариант, несмотря на однородность характерологических черт, можно разделить на две части. Условно их можно назвать «успешные» и «неуспешные».

В первом случае — это активные, целеустремленные, уверенные в себе люди с гипертрофированным чувством собственного достоинства. Чрезвычайно напористы, ригидны, в своих притязаниях не щадят ни себя, ни других, из-за чего часто являются инициаторами конфликтов в коллективе. Генерализованно-агрессивны, враждебны,



все свои интересы подчиняют достижению своей личной цели. Обладают резко выраженными лидерскими тенденциями, не считаются с чужим мнением (без оглядки на возможность отрицательных последствий).

Если это командиры — то авторитарные, решительные, жесткие, иногда несправедливые. Если рядовые военнослужащие — то, как правило, доминирующие в своем подразделении.

Носители данного типа в боевой обстановке действуют успешно, четко, грамотно, но легко могут выходить за рамки полученного приказа, склонны к применению излишних мер физического воздействия.

Во втором случае — нереализация вышеупомянутых тенденций и вытекающая отсюда фрустрация, проявляющаяся в системе негатива ко всему происходящему, враждебности и злобности к окружающим, ощущении собственной обделенности и неоцененности. Люди подобного подтипа упрямы, мстительны, легко вовлекаются во внутригрупповые конфликты, хотя и малообщительны. Активность, служебное рвение, как правило, для них не характерны. Вследствие этого они длительное время способны оставаться в стороне от внутригрупповых конфликтов. В боевой обстановке — умеренно активны. Не игнорируя приказа командира демонстративно, могут проявить пассивное неподчинение.

**Истероэкспрессивный тип.** Такие военнослужащие деятельны, активны, демонстративны, кипят энергией, неугомонны, но поверхностны, малопродуктивны, легко отвлекаемы. Существенная цель их поведения — привлечь внимание окружающих, казаться опытными, стреляными. Они легко вступают в мелкие межличностные конфликты. В реальной боевой ситуации склонны к боевой экзальтации, неадекватной ажитированности. При боевом контакте их поведение малопредсказуемо. Возможно неисполнение приказа не только в силу стремления выглядеть круче, но и вследствие истероформного сужения восприятия окружающего.

В целом их бое- и работоспособность невысоки из-за особенностей инфантильного мышления и аффективной логики. Лица этого типа нередко становятся инициаторами внутригрупповых конфликтов и различных нарушений дисциплины.

**Псевдоинициативный тип.** Лица этого типа довольно часто бывают активны, подвижны, деятельны, подчеркнуто бодры, оптимистичны, фон их настроения приподнят. Однако за внешней фасадной «позой» чувствуются тревожность, напряженность, усиленно подавляемая и замещаемая беззаботностью и неугомонностью. Подобные военнослужащие могут по поводу и без повода вспоминать события прошлых боевых командировок, при этом оценивая нынешние события как значительно более спокойные.

Вместе с тем их целенаправленная активность снижена, способность к планированию продуктивных действий и эффективной служебной деятельности невысоки. При малейшей служебной неудаче их самооценка снижается, возникает ощущение недостаточности собственных возможностей. В боевых контактах способны проявить нерешительность, медлительность, отсутствие инициативы, испытывают потребность в постоянных указаниях. Поручение им самостоятельных боевых заданий нецелесообразно и чревато негативными последствиями.

**Социально девиантный тип.** Представители этого типа активны, решительны, смелы, мужественны, даже порой бесшабашны. Однако склонны к социально девиантному поведению, проявляющемуся в чрезмерном употреблении алкоголя, излишнем применении физической силы, превышении полномочий, неподчинении приказам.

Агрессивны к окружающим, часто негативно оценивают их деятельность. Крайне ненадежны в дисциплинарном плане, особенно в период «затишья».

В боевой обстановке способны вступать в прения с командирами. Хорошо действуют только в условиях, требующих личной инициативы, смелости, решительности, наступательного характера действий. Подобные военнослужащие чаще всего встречаются в спецподразделениях. Они способны длительно удерживаться от совершения грубых асоциальных поступков, но внутренне находятся в постоянной готовности к их совершению.

**Депрессивно-тревожный тип.** Лица, входящие в эту группу, склонны к вялости, сниженной активности, пессимистическим суждениям, общей тревожности, беспокойству, предъявлению большого количества общесоматических жалоб. Свое состояние они напрямую не связывают с опасениями за собственную жизнь. Эффективность исполнения ими служебных обязанностей находится на низком уровне. Для них не характерны грубые нарушения служебной дисциплины и неисполнение служебного долга. В силу готовности этих военнослужащих к постоянной отрицательной окраске окружающего, их повышенной чувствительности в восприятии и гипертрофированной оценки опасности при условии сокращения эмоциональных контактов с сослуживцами и ослаблении опеки они способны на неадекватные, неоправданные действия в боевой обстановке.

К расстройствам психологического состояния, прежде всего, склонны представители тревожно-астенического, ригидно-агрессивного и истеро-экспрессивного типов. Именно такие военнослужащие в перспективе способны совершать грубые нарушения поведения.

**VII. Возрастной фактор.** Дети обладают меньшей стрессоустойчивостью в силу несформированности эмоционально-волевой устойчивости.

Люди периода поздней зрелости (старше 60 лет), не решившие задачи предшествующих периодов жизни, также стрессонеустойчивы.

## ПРЕДПОСЫЛКИ ПРОТИВОСТОЯНИЯ СТРЕССУ

Выделяют следующие предпосылки противостояния стрессу [Lazarus, 1970]:

- высокая эмоционально-волевая устойчивость;
  - психологическая резистентность (толерантность);
  - индивидуальные процессы совладания.
- С момента первичной оценки личностью стрессора формируются механизмы личностной защиты, которые Лазарус рассматривал как средства личности, осуществляющей контроль над ситуациями. Эти механизмы являются частью аффективной реакции. От них зависит сохранение эмоционального гомеостаза. Процессы совладания направлены на уменьшение, устранение или приближение действующего стрессора. Именно на этом этапе осуществляется вторичная оценка последнего. Результатом вторичной оценки становится **один из трех возможных типов стратегии совладания:**

- 1) непосредственные активные поступки индивида с целью уменьшения или устранения опасности (нападение или бегство);
- 2) косвенная или мыслительная форма — без прямого воздействия, например, вытеснение («Это меня не касается»), переоценка («Это не так уж опасно»), подавление, переключение на другую форму активности, изменение направления аффекта с целью его нейтрализации и т. д., что связано с невозможностью прямого действия из-за внутреннего или внешнего торможения;
- 3) совладание без аффекта, когда реальная угроза личности не предполагается.



## ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ И РАЗМЫШЛЕНИЙ

1. Изложите основные положения концепции Г. Селье о биологическом (физиологическом) стрессе.
2. Что общего и разного в понимании природы физиологического и психологического стресса?
3. Какие нарушения мышления наблюдаются при стрессовой реакции?
4. Как личность уходит от решения стрессовых проблем?
5. Дайте характеристику основным стрессовым реакциям человека в экстремальных ситуациях?
6. Что такое стрессоустойчивость? Какие факторы, определяют чувствительность человека к стрессу?
7. Попытайтесь обосновать или, напротив, опровергнуть утверждение о том, что решающая роль в негативных или положительных реакциях людей в экстремальных ситуациях принадлежит личностным, индивидуальным особенностям.
8. Разберите реакции пострадавших и спасателей в чрезвычайных ситуациях, а также реакции участников боевых действий определив их различия и сходство.

## ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Бодров В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление. М. : ПЕР СЭ, 2006.
- Караяня А. Г., Сыромятников И. В. Прикладная военная психология. СПб. : Питер, 2006.
- Селье Г. Очерки об адапционном синдроме. М. : Медицина, 1960.
- Психогении в экстремальных условиях / Ю. А. Александровский [и др.] М. : Медицина, 1991.
- Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных / под общ. ред. Ю. С. Шойгу. М. : Смысл, 2007.
- Сидоров П. И., Мосягин И. Г., Маруняк С. В. Психология катастроф : учебное пособие для вузов / под ред. П. И. Сидорова. М. : Аспект Пресс, 2008.
- Столяренко А. М. Экстремальная психопедагогика : учебное пособие для вузов. М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2002.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. М. : Наука, 1988.
- Лебедев В. И. Экстремальная психология. Психическая деятельность в технических и экологически замкнутых системах. М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2001.
- Литвинев С. В., Снедков Е. В., Резник А. М. Боевая психическая травма : руководство для врачей. М. : Медицина, 2005.

- Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. М. : Эксмо, 2005. (Справочник практического психолога).
- Соловьева С. Л. Психология экстремальных состояний. СПб. : ЗЛБИ-СПб, 2003.
- Сочинко Д. В. Расколотый мир. Опыт анализа психодинамики человека в экстремальных условиях жизнедеятельности. М. : ПЕР СЭ, 2002.



## Глава 3.

# ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ<sup>33</sup>

## ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ И ПРАВИЛА ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ

**Экстренная психологическая помощь (ЭПП)** — это система краткосрочных мероприятий, которые оказываются пострадавшим в очаге экстремальной ситуации или в ближайшее время после травматичного (экстремального) события.

### Цели ЭПП:

- 1) профилактика острых панических состояний и психогений (важно не допускать панических реакций даже у одного человека — изымать из общей массы людей с ярко выраженными патологическими реакциями);
- 2) повышение адаптационных возможностей, регуляция актуального психологического, психофизиологического состояний и негативных эмоциональных переживаний, связанных с экстремальным событием.

Содержание методов экстренной психологической помощи существенно зависит от характера экстремальной ситуации, от эффекта ее травматического воздействия на психику человека. Однако вне зависимости от характера травмирующего воздействия (военный конфликт, дорожно-транспортное происшествие или природная катастрофа) следует учитывать общие *принципы и особенности* психологической помощи в экстремальных ситуациях.

## ПРИНЦИПЫ ПОМОЩИ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ

**Безотлагательность.** Действовать следует немедленно, ориентируясь на ситуацию «здесь и сейчас». Это связано с тем, что пострадавшие находятся в остром состоянии и необыкновенно восприимчивы к воздействию, то помощь рекомендуется оказывать как можно быстрее, непосредственно сразу же после события. Чем больше времени пройдет с момента экстремального события, тем выше вероятность возникновения хронических расстройств, в том числе и посттравматического стрессового расстройства.

<sup>33</sup> Раздел составлен с учетом практического опыта психологов МЧС, МВД, МО РФ и опыта автора пособия.  
Караяни А. Г. Психологическое обеспечение боевых действий личного состава частей сухопутных войск в локальных военных конфликтах : монография. М., 1998; Крюкова М. А., Никитина Т. И., Сергеева Ю. С. Экстренная психологическая помощь : практ. пособие. М. : ЭНАС, 2007; Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных / под общ. ред. Ю. С. Шойгу. М. : Смысл, 2007; Ромек В. Г., Контрович В. А., Крукович Е. И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. СПб. : Речь, 2004; Первая психологическая помощь пострадавшим при чрезвычайных ситуациях / ГУВД СК. Ставрополь, 1995; Материалы семинара: Психотерапия ПТСР и кризисных состояний. Ведущая семинара Калошина Т. Ю.; Черепанова Е. М. Само-регуляция и самопомощь при работе в экстремальных условиях. М., 1995, и др.

**Приближение работы к месту события.** Оказание помощи в обеспечении привычной обстановки и социального окружения, а также в минимизации отрицательных последствий «госпитализма».

**Ожидание, что нормальное состояние обязательно восстановится.** С людьми необходимо обращаться как с людьми, а не как с пациентами, даже если они совершенно невменяемы (профилактика чувства вины, стыда, агрессии: «Другой человек на моем месте вел бы себя так же, если не хуже»). Необходимо поддержать уверенность в скором возвращении нормального состояния.

**Единство и простота психологического воздействия.** Чем проще то, что делает психолог в экстремальной ситуации, тем лучше; проработка не глубинная, а аффективная. Процедура оказания психологической помощи должна быть унифицирована. Необходимо отвести пострадавшего от источника травмы, предоставить пищу, отдых, безопасное окружение и возможность быть выслушанным.

**Работа с симптомом, а не с синдромом.** Не лезем вглубь, а убираем буйную симптоматику, чтобы была возможность доставить человека куда-нибудь и начать оказывать глубинную помощь.

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ

**Психологическая помощь людям, которые ее не просят.** Нельзя говорить, что люди не хотят получать психологическую помощь. Нет. Просто они в этой ситуации не задумываются над вопросами сохранности своей психики. Именно это требует от психологов, которые работают в экстремальной ситуации, умений и навыков установления психологического контакта с человеком или группой людей, которые находятся в состоянии растерянности, горя, страха, то есть в состоянии крайнего эмоционального напряжения.

Также на первое место в данном случае выходит умение оказывать психологическую помощь тем, кто ее фактически не просит, как бы навязывая ее. Делать это необходимо тактично и одновременно настойчиво, что также требует некоторой специальной подготовки.

**Работа с группами** (иногда с большими). Часто приходится работать с группами жертв, и эти группы не создаются психологом (психотерапевтом) искусственно, исходя из нужд психотерапевтического процесса. Они созданы самой жизнью в силу драматической ситуации катастрофы. Психолог вынужден сортировать людей и при этом искать ответ на вопрос: «Кому оказывать помощь в первую очередь?» Поэтому нужно выделить различные группы людей, нуждающихся в психологической помощи (на примере чрезвычайных ситуаций).

**К первой группе относятся жертвы**, то есть люди, непосредственно находящиеся в очаге ситуации (например, под завалами). Основная опасность во время спасения жертвы состоит в том, что эти люди часто совершают действия, которые могут им навредить, поэтому *необходимо постоянно говорить* с человеком. Это помогает удерживать его связь с внешним миром и активизирует жизненные ресурсы, необходимые для выживания.

В этом случае 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 (из-за 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:

- информация о том, что окружающий мир идет к ним на помощь и делается все, чтобы помощь пришла к ним как можно быстрее;
- находящиеся в изоляции должны сохранять полное спокойствие, так как это одно из главных средств к их спасению;
- информация необходимой помощи самим себе;
- в случае завалов пострадавшие не должны прилагать каких-либо физических усилий к самоэвакуации, потому что это может привести к опасному для них смещению обломков;
- следует максимально экономить свои силы;
- надо находиться с закрытыми глазами, что позволит приблизить себя к состоянию легкой дремоты и обеспечить большую экономию физических сил;
- дышать нужно медленно, неглубоко и через нос, что позволит экономить влагу и кислород в организме и кислород в окружающем воздухе;
- мысленно повторять фразу: «Я совершенно спокоен» (5–6 раз, чередуя эти самовнушения с периодами счета до 15–20); это позволит снять внутреннее напряжение и добиться нормализации пульса и артериального давления, а также самодисциплины;
- освобождение 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, поскольку 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.

Ко второй группе относятся пострадавшие непосредственно (физически или материально), а также те, кто потерял своих близких или не имеет информации об их судьбе. Среди этих пострадавших необходимо выделить группу риска — тех, кому необходимо оказать психологическую помощь в первую очередь. К группе риска относят:

- людей, находящихся в состоянии шока, ступора;
- тех, у кого нет родственников, которые могли бы оказывать им поддержку;
- родителей, потерявших детей;
- людей, потерявших близких и при этом страдающих серьезными заболеваниями, которые могут вызвать приступ (сердечные и психосоматические заболевания).

Особого внимания требует еще одна группа пострадавших — так называемые *очевидцы* (люди, которые находились в непосредственной близости от места трагедии, но сами не пострадали). У них в результате идентификации с жертвой возможны аффективные реакции, проявление повышенной речевой и двигательной активности. Часто именно очевидцы «заражают» окружающих своим состоянием, стимулируют «поиски виновных» и другие агрессивные реакции. Психологу необходимо выявлять таких людей и направлять их активность в конструктивном русле (посильная деятельность: разборка завалов, вынос раненых и т. п.). Если же этого не удастся сделать, необходимо под любым предлогом удалить их с мест массового скопления людей.

**Ограниченное время для проведения диагностики, так как вся работа осуществляется в сжатые сроки.** Для оказания эффективной помощи пострадавшим необходимо очень

быстро определять эмоциональное состояние конкретного человека, его общее состояние. Это не дает возможности использовать привычный психологический инструментарий, вынуждая психологов использовать практически только визуальную диагностику.

В некоторых ситуациях среди пострадавших или их родственников встречаются люди с суицидальными проявлениями, что вынуждает к немедленному реагированию со стороны психологов, работающих в экстремальной ситуации. Так, молодая женщина во время объявления списков узнала, что ее муж погиб. У нее началась истерика с демонстрацией суицидальных намерений. И только быстрая реакция психологов, их знания и подготовленность к такому повороту событий помогли избежать трагедии.

**Аффект у большого числа людей** (одномоментно у многих людей: сознание сужено, логичность мышления нарушена, движения расторможены). Иногда приходится работать, когда жертвы находятся еще под влиянием травмирующей ситуации, что не совсем обычно для нормальной психотерапевтической работы.

**Нередко низкий социальный и образовательный статус многих пострадавших.** Среди жертв можно встретить большое число людей, которые по своему социальному и образовательному статусу никогда в жизни не оказались бы в кабинете психолога (психотерапевта). Кроме того, толпа по интеллекту равняется самому низкому по интеллекту в толпе, что ведет к панике со всеми вытекающими последствиями.

**Большая разнородность психопатологии.** Жертвы насилия часто страдают, помимо травматического стресса, неврозами, психозами, расстройствами характера и, что особенно важно для работающих с жертвами профессионалов, целым рядом проблем, вызванных самой катастрофой или другой травмирующей ситуацией. Имеется в виду, например, отсутствие средств к существованию, отсутствие работы и пр.

**Наличие почти у всех жертв чувства потери.** Часто жертвы теряют близких людей, друзей, любимые места проживания и работы и пр., что вносит вклад в нозологическую картину травматического стресса, особенно в депрессивную составляющую данного синдрома.

**Нахождение при чрезвычайных ситуациях в тесном контакте с людьми на протяжении суток.** Временной интервал непрерывного нахождения с пострадавшими и/или их родственниками обычно составляет примерно трое суток. Психолог находится рядом с ними, так сказать, «с утра и до утра», ведь часто люди не уходят домой, ожидая результатов спасательных работ. И им следует соблюдать ряд рекомендаций.

- Психологи должны воздерживаться от приема пищи на виду у пострадавших и их родственников. Как показывает опыт, прием пищи на глазах у пострадавших резко снижает эффективность деятельности психологов, вызывая только отрицательные реакции у пострадавших.
- Психологи не должны позволять себе выражать эмоции. Этот пункт предполагает более высокие требования к наличию у психолога адекватного копинг-поведения, ведь пребывание и работа в очаге чрезвычайной ситуации подразумевают постоянное воздействие на психолога очень сильных негативных эмоций. Как пример можно привести ситуацию опознания в морге родителями тела своего ребенка.
- Психолог должен уметь адекватно строить отношения с родственниками пострадавших. Иногда разuverившиеся родственники начинают употреблять спиртные напитки, предлагая психологу присоединиться к ним.
- Надо иметь определенную экипировку, позволяющую оказывать экстренную психологическую помощь (набор предметов, которые должны быть под рукой у экстремального психолога и входят в «Чемодан психолога», см. в Приложении 1).



Кроме того, необходима удобная обувь, так как приходится находиться на ногах по 18 часов в сутки.

**Выполнение психологом почти одновременно различных задач на протяжении сравнительно короткого времени.** Экстренная психологическая помощь краткосрочна; специалист должен владеть разным инструментарием и, что самое главное, уметь быстро переключаться с одного вида работ на другой. Перечислю наиболее типичные.

**1. Психологическая поддержка во время ожидания** результатов спасательных работ.

**Информационная терапия.** Именно отсутствие информации в большинстве случаев является самым сильным негативным фактором, действующим на пострадавших. В некоторых ситуациях наличие даже самой страшной, но правдивой информации действует на их психическое состояние благотворно.

**Работа с детьми пострадавших.** Как известно, работа с ребенком имеет свою специфику, ведь ребенок не может терпеливо и долго находиться в одном месте, у него быстро меняется настроение, основной вид деятельности у него — игровой. И таким образом, работа с родителем и работа с его ребенком, который находится тут же, имеют существенные различия, игнорировать которые мы не имеем права.

**Психологическое сопровождение при проведении опознания тел в морге.** Этот вид работ предусматривает свою тактику на каждом этапе опознания. Оно проводится в несколько этапов (обычно их три), и каждый этап несет свою эмоциональную нагрузку. Скажем, в перечне предметов, находящихся в «Чемодане психолога», находятся одноразовые резиновые перчатки для работы в морге. Эти перчатки необходимы при проведении опознания непосредственно тел, поскольку иногда дотрагиваться до тела родственники позволяют только психологу.

**Нейтрализация агрессивных проявлений в поведении групп родственников погибших.** В некоторых ситуациях родственники и пострадавшие крайне недовольны поведением властей, собираются в агрессивно настроенные группы и идут, так сказать, «разбираться» с представителями этих самых властей. Действия правоохранительных органов в данном случае малоэффективны, поэтому готовность психологов к взаимодействию с толпой агрессивно настроенных родственников может предотвратить социальные потрясения. Здесь важно и умение психологов взаимодействовать с правоохранительными органами.

**Психологическая помощь при проведении обрядов погребения.** Хотя это уже обычно выходит за рамки экстренной психологической помощи, психологи иногда привлекаются к этому печальному мероприятию и должны быть к нему подготовлены. Будут психологи участвовать в похоронных процессиях или нет — все зависит от конкретной ситуации.

**2. Работа под пристальным вниманием журналистов.** Обычно журналисты, пытаясь получить «горячий» материал и абсолютно не учитывая состояние людей, снимают на фото- и телекамеры плачущие лица, используя скрытые микрофоны, записывают стоны и плач родственников погибших, пытаются брать интервью у людей, которые находятся в состоянии горя. В этой ситуации любое замечание психологов вызывает агрессивную реакцию со стороны журналистов, которые своим поведением вносят смятение в души пострадавших и накаляют и без того сложную обстановку в очаге чрезвычайной ситуации.

И еще. Некоторые не терпят, если кто-то, как говорят, «стоит над душой». Не всякий человек чувствует себя комфортно, если при выполнении своих обязанностей каждое его слово, движение, жест фиксируется и может быть обнародовано в средствах

массовой информации. Работа «под колпаком» вынуждает психологов в очаге чрезвычайной ситуации мобилизовать свои дополнительные эмоциональные резервы.

**Нахождение психолога в тактильном контакте с пострадавшими на протяжении довольно длительного времени.** Все мы люди, и нам не всегда приятен тактильный контакт с незнакомым человеком. Да и при повседневной работе психолога часто ли он использует это самый контакт? Опыт по оказанию психологической помощи при чрезвычайных ситуациях подсказывает, что далеко не все практические психологи умеют правильно использовать телесный контакт. Оказание же экстренной психологической помощи очень часто просто немыслимо без такого контакта.

Но неправильно было бы говорить об этой особенности работы экстремального психолога, умалчивая факт культурно-национальных различий. Например, тактильный контакт между женщиной-мусульманкой и мужчиной, особенно не мусульманином, тем более чужим, просто недопустим!

Подобного рода особенности поведения представителей различных народов, населяющих Россию, обязательно должны учитываться при работе психолога в очаге чрезвычайной ситуации.

**Решение вопросов, напрямую не связанных с деятельностью психологов.** Опыт ликвидации различных чрезвычайных ситуаций показал, что психологи вынуждены решать ряд задач, которые напрямую вроде бы не входят в число их функциональных обязанностей.

**Опредмечивание горя.** Известно, что человек после потери близкого хочет вновь и вновь прийти на место трагедии, прикоснуться к тому месту, где произошла страшная и непоправимая беда, положить цветы, оставить детскую игрушку. Поэтому на месте трагедии необходимо обязательно оборудовать это место. Это может быть памятный крест, накрытые скатертью столы, специальный памятный знак и т. п. — в зависимости от специфики чрезвычайной ситуации.

**Взаимодействие с представителями религиозных организаций.** Здесь существует ряд тонкостей, которые должен знать психолог, оказывающий экстренную психологическую помощь, — например, в какой момент привлекать священнослужителей, к каким конфессиям они должны принадлежать и т. п.

**Оборудование автобусов для перевозки пострадавших.** Очень желательно, чтобы эти автобусы имели шторы на окнах. Это позволяет людям отгородиться в прямом смысле от назойливых журналистов, сочувствующих и просто зевак. Да и в переносном смысле шторы позволяют изолироваться от окружающего мира, который принес потерпевшему столько горя. Например, когда психологи сопровождали родственников погибших шахтеров в морг, автобус остановился напротив открытой и огражденной забором площадки, где лежали неопознанные тела в мешках. Окна автобуса были как раз против этой площадки на уровне забора. Если бы не было шторок на окнах, то можно только себе представить, какой взрывной была бы эмоциональная реакция родственников.

## ПРАВИЛА РАБОТЫ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ

**Помните, что пострадавшие — это здоровые и нормальные люди (но в аффекте).** В экстремальной ситуации пострадавший всегда находится в состоянии психического возбуждения. Это нормально. Оптимален средний уровень возбуждения.



**Замедляйте сознательно все свои физические действия** («тормозите»). Снизьте свое возбуждение и возбуждение других людей (медленно ходить, медленно говорить, медленно поворачиваться), поскольку с вас окружающие считывают информацию не сознательно, но телесно (неосознанно).

**Телесный контакт** (кисть, плечо, грудь). Телесный контакт человека заземляет. Возьмите пострадавшего за руку или похлопайте по плечу. **Категорически запрещается прикасаться к голове.**

**Голосовой контакт.** Говорите спокойным тоном, даже если пострадавший теряет сознание. Не проявляйте нервозности. Избегайте упреков! Спросите пострадавшего: «Могу ли я что-либо для вас сделать?» Если вы испытываете чувство страдания, не стесняйтесь об этом сказать.

**Дайте пострадавшему выговориться.** Слушайте его активно, будьте внимательны к его чувствам и мыслям. Пересказывайте позитивное.

**Не поворачивайтесь спиной к пострадавшему.**

**Работайте с пострадавшим на том же уровне, на каком он находится** (сидя, лежа и т. д.). Пристройка по высоте успокаивает. Даже оказывая медицинскую помощь, старайтесь находиться на одном уровне.

**Необходимо извлечь пострадавшего от посторонних взглядов.** Любопытные взгляды очень неприятны человеку в экстремальной ситуации. Если зеваки не уходят, дайте им какое-либо поручение, например отогнать любопытных от места происшествия.

**Постоянно следите за своим состоянием и работайте с ним.** Правило для помогающего: не пугаться, самому быть в контакте с реальностью, не реагировать на выраженную эмоцию (неприятно видеть трясучку, хочется остановить, а нельзя). Думать, осознавать, воспринимать реальность. Глубинная психологическая помощь будет оказываться позже, в хороших, реальных условиях.

**Психологам при выполнении своих обязанностей в экстремальной ситуации ЗАПРЕЩАЕТСЯ:**

- Проявлять на глазах родственников бурные эмоции, особенно смеяться.
- Критиковать коллег на виду у пострадавших. Не всегда все и все делают правильно. Но замечания в присутствии потерпевших приводят к негативному отношению ко всем психологам.
- Принимать пищу на виду у родственников (жевать). За исключением случаев, когда родственники сами предлагают покушать с ними. В этом случае надо вести себя в соответствии с ситуацией (учитывать присутствие родственников других пострадавших, время суток, время непрерывной работы с этими людьми и пр.).
- Давать невыполнимые обещания. Например, говорить: «Все будет хорошо!»: на глазах у жены вытащили из-под завала живого мужа, который на ее глазах через две минуты после освобождения из бетонного плена умер («...Вы же обещали!!!»).
- Использовать фразы типа: «Да чего ты плачешь?».
- В присутствии родственников сообщать непроверенную информацию.
- Оказывать психологическую помощь в экстремальной ситуации в том случае, если вы не хотите (вам неприятно или есть какие-то иные причины). Это лучшее, что вы можете сделать в данной ситуации.
- Делать то, в пользу чего вы не уверены (придерживайтесь принципа «Не навреди»). Если возможные ваши действия вызывают у вас сомнение, лучше ограничиться сочувствием.

**Психологам при выполнении своих обязанностей в экстремальной ситуации НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ:**

- Вместе собираться в круг и обсуждать что-либо на виду у толпы. В свободные минуты, конечно, хочется подойти друг к другу. Но люди, одетые в форму, собирающиеся в круг, вызывают пристальный интерес как носители какой-либо информации, это может спровоцировать панические или агрессивные выпады из толпы.
- При общении с пострадавшими использовать солнцезащитные очки.
- Бездумно использовать слова типа «безопасность».
- Приветствовать расхожими фразами типа: «Добрый день», «Добрый вечер (утро)».
- Забывать о национальных особенностях пострадавшего. Например, у некоторых народов не принято здороваться на похоронах, нельзя незнакомому мужчине не то что обнимать, а просто дотрагиваться до женщин и пр.
- На виду у пострадавших жевать жевательную резинку.

Необходимо учитывать, что в ситуации чрезвычайной ситуации потерпевшие и их родственники находятся в состоянии сильного эмоционального напряжения, измененного сознания. Поэтому отмеченные правила при работе психологов в экстремальной ситуации помогают избежать ошибок.

Г. И. Белоусова предлагает следующие правила первой психологической помощи пострадавшим<sup>34</sup> (табл. 6).

Таблица 6

#### Правила оказания психологической помощи пострадавшим в ЧС

Действия психолога (врача)	Чувства пострадавшего
Представьте пострадавшему, назовите ему свою профессиональную квалификацию («Здравствуйте, меня зовут Дмитрий Михайлович, я психолог»)	Возникает чувство надежности, облегчения оттого, что подошел не случайный прохожий, а профессионал
Осторожно установите телесный контакт. Держите за руку или положите руку на плечо. Контакт с головой или другими частями тела не рекомендуется. Перед лежащим пострадавшим присядьте	Сжатие ладони, статический контакт вызывает чувство защищенности, спокойствие оттого, что кто-то находится рядом
Давайте пострадавшему конкретную информацию о повреждениях, характере и длительности отдельных медицинских манипуляций («Я осматриваю ваш живот, вам надо потерпеть одну минуту»)	Подготовка к восприятию болевых ощущений мобилизует на преодоление трудностей. Конкретная информация («У вас, возможно, перелом») успокоит в большей степени, чем общая («Ваше состояние средней степени тяжести»)
Поддерживайте с пострадавшим разговор. Активно слушайте, если он говорит о своих мыслях и чувствах	Человек в зависимости от индивидуальных особенностей и обстоятельств травмы испытывает негативные чувства (одиночества, безысходности, горя). Разговор снижает эмоциональное напряжение
Усиливайте уверенность пострадавших. Давайте ему несложные задания («Придержите, пожалуйста, повязку, чтобы она не сползла с раны»)	При выполнении несложных заданий усиливается чувство самоконтроля, осознание ситуации, возникает чувство уверенности в преодолении возникших трудностей

<sup>34</sup> Белоусова Г. И. Формирование психической устойчивости к факторам чрезвычайной ситуации: методические рекомендации. Пермь: МИГ, 2006.



Продолжение таблицы

Действия психолога (врача)	Чувства пострадавшего
Если вы вынуждены покинуть пострадавшего, скажите ему об этом. Проследите, чтобы рядом с ним все время находился собеседник («Мне нужно осмотреть других пострадавших, с вами рядом побудет этот человек, он также компетентен; если вам станет хуже, позовите меня»)	Если от пострадавшего отходят, не предупредив, то у него возникает чувство страха, покинутости
Обращайте внимание на родственников пострадавших. Разговаривайте с ними спокойным, доброжелательным, но твердым голосом. Пресекайте панические настроения. При необходимости давайте им конкретные несложные задания («Принесите воду» или «Следите за показаниями манометра, как только стрелка дойдет до нулевой отметки, скажите нам»)	Родственники пострадавшего склонны испытывать еще большие страдания в обстановке повышенного эмоционального напряжения. Выполнение конкретных действий придает им чувство нужности, уверенности в том, что они действительно помогают своим близким. Создается благоприятный окружающий настрой
Общение с родственниками по поводу состояния пострадавшего и его прогноза должен проводить один человек, как правило, наиболее компетентный, старший по бригаде	Родственники отнесутся с большим доверием к официальному заключению, основанному на объективных данных состояния пострадавшего, а также сделанному от имени наиболее опытного спасателя
Защищайте пострадавших от взглядов зевак, например закройте их одеялом	У многих пострадавших возникает чувство стыда, неловкости из-за своего непристойного вида
Подбадривайте пострадавших, говорите с ними вежливым и дружелюбным тоном («Вы хорошо держитесь, молодец!»)	Теплое, дружеское общение помогает снять психоэмоциональное напряжение
В процессе передачи пострадавшего врачу приемного отделения позаботьтесь о том, чтобы общение с вашим подопечным в новой обстановке было таким же корректным. После передачи попрощайтесь, пожелайте ему скорейшего выздоровления	У пострадавшего возникает чувство благодарности спасателю и положительный настрой на выздоровление
<b>Психологическая помощь людям пожилого возраста</b>	
<i>Возрастные особенности.</i> Повышенная значимость аспектов собственного мироощущения, самочувствия, ролевых функций. Пожилые люди оценивают несчастные случаи в большей степени как угрозу для собственного существования. Они более погружены в прошлое, в воспоминания. События настоящего воспринимаются ими с большей остротой, с ощущением быстротечности времени. Пожилые люди немалое значение придают нюансам межличностного общения, капризничают, упрямятся, отличаются повышенной раздражительностью	
Пожилым людям необходимо уделять достаточно времени, внимания и в первую очередь понимания, терпения	Внимательное, терпеливое общение помогает снизить чувство страха и безысходности
Информация должна преподноситься в медленном темпе, четко и ясно	У пожилых людей скорость мыслительных процессов несколько снижена по сравнению с людьми среднего возраста
Осторожно установите легкий телесный контакт	Пожилые люди очень положительно реагируют на поддержку под руку, помощь при передвижении

Продолжение таблицы

Действия психолога (врача)	Чувства пострадавшего
Разговаривайте с ними о происшедшей трагедии, активно слушайте, если говорят о своих чувствах. Общаться следует вежливо, на «вы». Избегайте в целом обращений типа «Бабушка!» и т. п.	Пожилым людям важно поделиться с вами не только подробностями катастрофы, но и переживаниями их жизни в целом. Пожилые люди пересказывают от события в прошлом к настоящему и обратно. Важно помнить о том, что, с точки зрения пострадавшего, разговор является логично выстроенным
Необходимо успокоить и терпеливо объяснить, почему важно ехать в больницу	Многие пожилые люди боятся ехать в больницу. Спокойное разъяснение, что в больнице их пролечат и они через определенное время вернутся домой, снижает страх поездки
<b>Психологическая помощь умирающим людям</b>	
Дайте почувствовать умирающему человеку заботу, внимание, общение	Важно дать умирающему человеку возможность спокойно и с достоинством уйти из жизни
Важно побыть рядом, поддержать умирающего человека за руку	Присутствие рядом человека, проявляющего внимание, заботу вызывает самое благодарное чувство у умирающего человека, снижает страх, чувство одиночества
Известие о смерти сообщайте родственникам спокойным тоном, повышая при этом значимость пострадавшего в глазах близких ему людей («Мы предприняли все возможное, но из-за тяжести повреждений ваш муж умер. При этом он вел себя достойно!»)	Известие о смерти с позитивной оценкой погибшего смягчает горе потери близкого человека
<b>Психологическая помощь детям</b>	
В обращении с детьми важно излучать настоящий оптимизм, уверенность, спокойствие. Ни в коем случае не следует допускать суетливых метаний и громких возгласов на месте происшествия	Если дети замечают у взрослых панику, страх, беспокойство, то они легко поддаются этому влиянию. Наоборот, уверенность и спокойствие помогают ребенку побороть свой страх, справиться с тяжелой психологической ситуацией
Подходите к ребенку по возможности в одиночку	Если к ребенку ринется сразу несколько спасателей, то это может его напугать, и он еще глубже замкнется в себе
К пострадавшему ребенку следует приближаться медленно. Чтобы установить контакт, нужно разговаривать с ребенком на уровне его глаз, опустившись на колени	Впечатления у детей усиливаются за счет угла их зрения, направленного снизу вверх. Из-за малого роста воспринимают спасателей, работающих с тяжелыми приборами, угрожающе
Познакомьтесь с ребенком, узнайте его имя и сами представьтесь по имени	Ребенку легче запомнить и привычнее употребить «тетя Галя» (или «дядя Миша»), чем вспомнить имя и отчество спасателя
Ребенка необходимо как можно быстрее удалить с места происшествия, нужно доставить его в спокойную, теплую и защищенную обстановку (например, в машину, находящуюся в стороне от места происшествия)	Уменьшение воздействия оптических, акустических, обонятельных раздражителей от проводимых спасательных работ является важным успокаивающим фактором для ребенка



## Продолжение таблицы

Действия психолога (врача)	Чувства пострадавшего
При возможности спасателям нужно предложить детям в зависимости от погодных условий горячие или холодные напитки, а также несколько кусочков печенья	Следует принимать во внимание, что дети начинают быстро испытывать голод и жажду, поэтому важно удовлетворить эти потребности
Негативное воздействие на психику ребенка оказывает наблюдение картин катастрофы сверху (например, ребенок сидит на плечах у взрослого)	Увеличение обзора, масштаба картин катастрофы усиливает интенсивность эмоционального воздействия, что особенно для несформировавшейся психики ребенка
<b>Дети 2–5 лет</b>	
<i>Возрастные особенности.</i> Дети этого возраста не в состоянии оценить угрожающую ситуацию, как таковую (разбитый автомобиль или горящий дом не являются чем-то ужасным). Дети ориентированы в первую очередь на способ поведения родителей, на эмоции других взрослых людей. Только по реакции взрослых дети понимают, что происходит что-то необычное. Страх вызывают плач и стоны пострадавших, паника родителей (особенно мамы) и других взрослых.	
Необходимо спокойное, доброжелательное общение. Важно успокоить взрослых, особенно маму, и как можно быстрее удалить ребенка с места происшествия (желательно, чтобы его унес родной или знакомый человек)	Чувство страха вызывают плач и стоны пострадавших, реакция и паника взрослых
Если поблизости нет родных и знакомых ребенку людей, после знакомства с ним установите легкий телесный контакт (желательно взять ребенка на руки)	Осторожно установленный телесный контакт вселяет в детей чувство уверенности и спокойствия
Побуждайте детей к беседе, игре (например, игра с фигурками из детского конструктора), рисованию	Дети получают возможность, с одной стороны, чем-то заняться и отвлечься от происходящего, а с другой стороны, еще раз обыграть происшедшее событие и выразить этим свое отношение
По возможности нужно дать ребенку мягкую игрушку (например, плюшевого медведя)	Мягкий теплый мех придает уверенность и чувство защищенности
<b>Дети 6–12 лет</b>	
<i>Возрастные особенности.</i> Для этой возрастной группы установлено, что вид пострадавших кричащих людей воспринимается детьми угрожающе. В поведении детей может проявиться замедление интенсивности движений либо, наоборот, ускоренная импульсивная двигательная активность, возможно чрезмерное уменьшение или увеличение осторожности. Реакцией на беспомощность взрослых может быть непоследовательное, капризное поведение по отношению к родителям	
Необходимо уверенное, спокойное, доброжелательное общение и быстрое удаление ребенка с места происшествия	Беспомощные и отчаявшиеся взрослые являются чрезвычайным раздражителем для детской психики
Важно доступно объяснить ребенку, что произошло, чтобы снизить вероятность возникновения чувства вины. Если ребенок уже начал винить себя, то ему нужно четко дать понять, что в произошедшем событии его вины нет	Беседа, игра способствуют снижению психоэмоциональной напряженности, связанной с тяжелыми переживаниями

## Окончание таблицы

Действия психолога (врача)	Чувства пострадавшего
Важно организовать беседу, поддерживать рассказы о страхе, помочь в выражении беспокойства, гнева, печали; если ребенок не хочет продолжать беседу, то его следует оставить в покое и предоставить возможность для рисования, игры с мягкой игрушкой или занятия с пластилином	Беседа, игра способствуют снижению психоэмоциональной напряженности, связанной с тяжелыми переживаниями
После знакомства осторожно установите контакт (возьмите на руки, держите за руку или плечо)	Осторожно установленный телесный контакт вселяет в детей чувство защищенности, уверенности и спокойствия
<b>Дети старше 12 лет</b>	
<i>Возрастные особенности.</i> У детей подросткового возраста возникают сильные эмоциональные реакции, чувства уязвимости, стыда, вины, тревожные осмысления своих страхов, страх оказаться ненормальным и др.	
Необходимо спокойное, терпеливое, доброжелательное общение. В общении желательно избегать шутливого тона, штампованных фраз («Все не так уж плохо»)	Дети этой возрастной группы часто конфликтуют с миром взрослых, у них возможны такие сильные реакции, как грусть, гнев и даже агрессия (могут в замкнуться в себе)
Поощрение конструктивных действий в интересах пострадавших	Оказание помощи окружающим взрослым людям помогает подросткам почувствовать себя взрослыми
Важно организовать доверительное общение, побуждать к вопросам, помочь в выражении страха, беспокойства. Не всегда имеет смысл рассказывать всю правду о случившемся, но ни в коем случае нельзя лгать	Дети этого возраста имеют уже некоторый жизненный опыт, они с большей охотой будут вести разговор. Общение помогает подросткам справляться со своими эмоциями

### «СКОРАЯ ПОМОЩЬ» В ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ ПРИ ПРОЯВЛЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ

У человека, пережившего экстремальную ситуацию, могут проявляться различные эмоциональные состояния (табл. 7).

Таблица 7

#### Эмоциональные состояния человека в экстремальной ситуации

Эмоциональные состояния	Действия психолога
Бред, галлюцинации	Сдать психиатру, не спорить, отвести за руку. У человека нет контакта с реальностью, вы не можете с ним работать, так как находитесь каждый в своей реальности
Апатия, ступор, двигательное возбуждение, агрессия, страх, истерика	Помощь психолога крайне необходима
Нервная дрожь, плач	Помощь психолога заключается в создании условий для нервной «разрядки»

Помните: психолог должен работать с симптомом, а не с синдромом!!!



## БРЕД И ГАЛЛЮЦИНАЦИИ

Критическая ситуация вызывает у человека мощный стресс, приводит к сильному нервному напряжению, нарушает равновесие в организме, отрицательно сказывается на здоровье в целом — не только физическом, но и психическом тоже. Это может обострить уже имеющееся психическое заболевание.

Признаки **бред**: ложные представления или умозаключения, в ошибочности которых пострадавшего невозможно разубедить.

**Галлюцинации** характеризуются тем, что пострадавший переживает ощущение присутствия воображаемых объектов, которые в данный момент не воздействуют на соответствующие органы чувств (слышит голоса, видит людей, чувствует запахи и прочее).

### Действия психолога:

- Изолировать пострадавшего и не оставлять его одного. До передачи его специалистам следить за тем, чтобы пострадавший не навредил себе и окружающим. Убрать от него предметы, представляющие потенциальную опасность.
- Говорить с пострадавшим спокойным голосом. Соглашаться с ним, не пытаться его переубедить.

## АПАТИЯ

Может возникнуть после длительной напряженной, но безуспешной работы или в ситуации, когда человек терпит серьезную неудачу, перестает видеть смысл своей деятельности; или когда не удалось кого-то спасти и попавший в беду близкий погиб.

**Признаки апатии**: заторможенность, медленная речь с большими паузами, контакт с реальностью есть, но связи медленные. Без помощи психолога войдет в ступор.

Наваливается ощущение усталости — такое, что не хочется ни двигаться, ни говорить, движения и слова даются с большим трудом.

В душе — пустота, безразличие, нет сил даже на проявление чувств. Если человека оставить без поддержки и помощи в таком состоянии, то апатия может перейти в депрессию (тяжелые и мучительные эмоции, пассивность поведения, чувство вины, ощущение беспомощности перед лицом жизненных трудностей, бесперспективность и т. д.).

В состоянии апатии человек может находиться от нескольких часов до нескольких недель.

### Действия психолога:

- Поговорить с пострадавшим. Задать ему несколько простых вопросов: «Как тебя зовут?»; «Ты хочешь есть?»; «Как ты себя чувствуешь?» и т. п.
- Проводить пострадавшего к месту отдыха (устроить его удобно, обязательно снять обувь, дать возможность поспать или полежать).
- Взять пострадавшего за руку или положить свою руку ему на лоб.
- Если нет возможности отдохнуть, то больше говорить с пострадавшим, вовлекать его в любую совместную деятельность.

## СТУПОР

**Ступор** — одна из самых сильных защитных реакций организма. Она наступает после сильнейших нервных потрясений (взрыв, нападение, жестокое насилие), когда

человек затратил на выживание столько энергии, что сил на контакт с окружающим миром уже нет.

Ступор может длиться от нескольких минут до нескольких часов. Поэтому, если не оказать помощь и пострадавший пробудет в таком состоянии достаточно долго, у него может наступить физическое истощение. Так как контакта с окружающим миром нет, пострадавший не заметит опасности и не предпримет действий, чтобы ее избежать.

**Запредельное охранное торможение** (3–4% всех пострадавших) — человек не здесь и не теперь. Делает то, что с ним делают.

**Признак ступора**: глаза открыты, в сознании, видит, слышит, но кинестетический контакт с ним отсутствует, нет речи и произвольных движений, нет реакции на внешние раздражители, отсутствует зрачковый рефлекс, сильный гипертонус икроножных мышц (ноги выглядят деформированными, вывернутыми) и мышц спины.

### Действия психолога:

- Необходимо как можно быстрее вывести из ступора — лучше пусть кричит, бьется в истерику, но будет в реальности.
- Очень успокаивают в состоянии эмоционального шока простой телесный контакт, поддержка. Пострадавшего можно взять под локоть, за руку, приобнять за плечи. Если это вызовет бурю эмоций и человек бросится вам на шею или будет плакать, то в дальнейшем это может предотвратить возникновение психических нарушений.
- 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), но не то, что связано с его состоянием и с произошедшим. Если в теле пострадавшего появится дрожь — это хорошо!
- Согнуть пострадавшему пальцы на обеих руках и прижать их к основанию ладони. Большие пальцы должны быть выставлены наружу.
- Посадить пострадавшего на стул, спиной и головой положить на себя — от контакта с вашим телом его мышцы начнут расслабляться. Кончиками большого и указательного пальцев массировать пострадавшему точки, расположенные на лбу, над глазами ровно посередине между линией роста волос и бровями, четко над зрачками.
- Ладонь свободной руки положить на грудь пострадавшего. Подстроить свое дыхание под ритм его дыхания.
- Тремя пальцами провести от середины лба по кромке волос, за уши и, не смыкая рук, отпустить.
- Сесть или встать удобно, положить руку потерпевшего себе на грудь в области сердца, спокойно дышать — до 30 минут.

## ДВИГАТЕЛЬНОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ

Иногда потрясение от критической ситуации (взрывы, стихийные бедствия) настолько сильное, что человек просто перестает понимать, что происходит вокруг него. Он не в состоянии определить, где враги, а где помощники, где опасность, а где спасение. Человек теряет способность логически мыслить и принимать решения, становится похожим на животное, мечущееся в клетке.

**Признаки двигательного возбуждения**: резкие движения, часто бесцельные и бессмысленные действия; ненормально громкая речь или повышенная речевая активность



(человек говорит без остановки, иногда абсолютно бессмысленные вещи); часто отсутствует реакция на окружающих (на замечания, просьбы, приказы).

Находится в контакте с реальностью, но образное восприятие, мышление и реагирование преобладают над логическими (правополушарный тип).

#### Действия психолога:

- Прием «захвата»: находясь сзади, просунуть свои руки пострадавшему под мышки, прижать его к себе и слегка опрокинуть его на себя.
- Изолировать пострадавшего от окружающих.
- Массировать «позитивные» точки. Говорить спокойным голосом о чувствах, которые пострадавший испытывает («Тебе хочется что-то сделать, чтобы это прекратилось?», «Ты хочешь убежать, спрятаться от наступающего?»).
- Не спорить с пострадавшим, не задавать вопросов, в разговоре избегать фраз с частицей «не», относящихся к нежелательным действиям. (Пример: «Не ори», правильно: «Говори тише», то есть важно находить слова-синонимы без частицы «не».)
- Дать пострадавшему конкретное задание.

Двигательное возбуждение обычно длится недолго и может смениться нервной дрожью, плачем или агрессивным поведением.

## АГРЕССИЯ

Агрессивное поведение — один из непроизвольных способов, которым организм человека пытается снизить высокое внутреннее напряжение. Проявление злобы или агрессии может сохраняться достаточно длительное время и мешать самому пострадавшему и окружающим.

#### Признаки агрессивного поведения:

- раздражение, недовольство, гнев (по любому, даже незначительному поводу);
- нанесение окружающим ударов руками или какими-либо предметами; словесное оскорбление, брань;
- мышечное напряжение;
- повышение кровяного давления.

#### Действия психолога:

- Свести к минимуму число окружающих.
- Дать пострадавшему «выпустить пар» (например, выговориться или «избить» подушку).
- Поручить работу, связанную с тяжелой физической нагрузкой.
- Демонстрировать благожелательность. Даже если вы не согласны с пострадавшим, не обвиняйте его самого, а высказывайтесь по поводу его действий. Иначе агрессивное поведение будет направлено на вас. Нельзя говорить: «Что же ты за человек!» Следует сказать: «Ты ужасно злишься, тебе хочется все разнести вдребезги. Давай вместе попытаемся найти выход из этой ситуации».
- Стараться разрядить обстановку смешными комментариями или действиями.
- Агрессия может быть погашена страхом наказания: 1) если нет цели получить выгоду от агрессивного поведения; 2) если наказание строгое и вероятность его осуществления велика.

Если не оказать помощь разъяренному человеку, это приведет к опасным последствиям: из-за снижения контроля над своими действиями человек будет совершать необдуманные поступки, может нанести увечья себе и другим.

## СТРАХ

Ребенок просыпается ночью оттого, что ему приснился кошмар. Он бонется чудовищ, которые живут под кроватью. Однажды попав в автомобильную катастрофу, мужчина не может снова сесть за руль. Человек, переживший землетрясение, отказывается идти в свою уцелевшую квартиру. А тот, кто подвергся насилию, с трудом заставляет себя входить в свой подъезд. Причиной всего этого является страх.

#### Признаки страха:

- напряжение мышц (особенно лицевых); сильное сердцебиение;
- учащенное поверхностное дыхание; сниженный контроль над собственным поведением.

Панический страх, ужас может побудить к бегству, вызвать оцепенение (ступор) или, наоборот, возбуждение, агрессивное поведение.

#### Действия психолога:

- Положить руку пострадавшего себе на запястье, чтобы он ощутил ваш спокойный пульс.
- Дышать глубоко и ровно. Побуждать пострадавшего дышать в одном с вами ритме.
- Если пострадавший говорит, слушать его, высказывать заинтересованность, понимание, сочувствие.
- Сделать пострадавшему легкий массаж наиболее напряженных мышц тела.
- Поглаживать по плечам, рукам, спине, поощрять всякую дрожь, тряску.

## НЕРВНАЯ ДРОЖЬ

После экстремальной ситуации появляется неконтролируемая нервная дрожь (человек не может по собственному желанию прекратить эту реакцию). Так организм сбрасывает напряжение.

Человека трясет 2–3 часа, он не может закурить, взять чашку чая. Он в аффекте, но контактен. Возникает дистресс: тело напряглось, но, когда стрессор ушел, тело осталось напряженным и стало сбрасывать напряжение встряхиваниями.

Механизм возникновения дрожи понятен: в организме запускаются адаптационные реакции, продуцируется большое количество энергии, нарастает напряжение, но выхода ее не было, поэтому появляется дрожь, напряжение остается в теле. Дайте пациенту выпустить это напряжение, пусть продрожит.

Если эту реакцию остановить, то напряжение останется внутри, в теле, и вызовет мышечные боли, а в дальнейшем может привести к развитию серьезных заболеваний — гипертонии, язвы и др.

**Признаки нервной дрожи:** дрожь начинается внезапно — сразу после инцидента или спустя какое-то время; возникает сильное дрожание всего тела или отдельных его частей (человек не может удержать в руках мелкие предметы, зажечь сигарету);



реакция продолжается достаточно долго (до нескольких часов); потом человек чувствует сильную усталость и нуждается в отдыхе.

#### Действия психолога:

- Нужно усилить дрожь.
- Взять пострадавшего за плечи и сильно, резко потрясти в течение 10–15 секунд (или 1–2 часа). Можно сильно трясти за руки, похлопывать ладонью по телу, подбрасывать на одеяле. Человека кладут на одеяло, берут за концы и трясут его минут 5–10. В таком состоянии человек не в состоянии контролировать свое тело, не может «держать себя в руках», и напряжение обязательно уйдет и тело расслабится.
- Продолжать разговаривать с ним.

**Нельзя.** Обнимать или прижимать к себе. Укрывать чем-то теплым. Успокаивать и говорить, чтобы он себя взял в руки.

### ИСТЕРИКА

Истерический припадок длится от нескольких минут до нескольких часов.

**Основные признаки истерики:** сохраняется сознание; чрезмерное возбуждение, множество движений, театральные позы; речь эмоционально насыщенная, быстрая; крики, рыдания.

#### Действия психолога:

- Удалить посторонних (публику).
- Неожиданно совершить действие, которое может сильно удивить пострадавшего (можно дать пощечину, облить водой, с грохотом уронить предмет, резко крикнуть на пострадавшего).
- Говорить короткими фразами, уверенным тоном («Выпей воды», «Умойся»).
- Не потакать желанию пострадавшего.

### ПЛАЧ

Когда человек плачет, внутри у него выделяются вещества, обладающие успокаивающим действием. Хорошо, если рядом есть кто-то, с кем можно разделить горе.

**Основные признаки данного состояния:** человек уже плачет или готов разрыдаться; подрагивают губы; наблюдается ощущение подавленности; в отличие от истерики, нет признаков возбуждения.

Если человек сдерживает слезы, то не происходит эмоциональной разрядки, облегчения. Когда ситуация затягивается, внутреннее напряжение может нанести вред физическому и психическому здоровью человека.

#### Действия психолога:

- Не оставлять пострадавшего одного.
- Установить телесный контакт.
- Применить приемы активного слушания.

Опираясь на все вышеизложенное, можно сказать, что предложенные рекомендации могут использоваться психологами не только при чрезвычайных ситуациях (землетрясения, аварии, наводнения и т. п.), но и в ходе организации психологической

помощи военнослужащим, участвующим в боевых действиях, но только тогда, когда сами боевые действия локальны и не интенсивны.

Если условия боевой деятельности (экстремальные условия) длительны и интенсивны, то потребность военнослужащих в психологической поддержке особенно остро ощущается в период с 1-х по 5-е сутки и после 30 суток участия в боевых действиях. Именно в это время отмечается больше всего потерь среди личного состава и высокая подверженность военных психогениям.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Психологическая поддержка направляется на актуализацию имеющихся и создание дополнительных психологических ресурсов, обеспечивающих активные действия военнослужащих на поле боя. Она оказывается в профилактическом плане (в целях предупреждения развития отрицательных психологических явлений) всем военнослужащим, а в целях психологической коррекции применяется по отношению к лицам с симптомами непатологических и патологических психогенных реакций.

Опыт работы с военнослужащими, подвергшимися боевому стрессу, накопленный в нашей армии и армиях других государств, позволил военным психологам выделить основные способы и средства их психологической поддержки. Непосредственно в ходе боевых действий применяются коммуникативные и организационно-деятельностные способы (табл. 8).

Таблица 8

### Способы непрофессиональной психологической поддержки военнослужащих в бою

Название группы способов	Содержание способов психологической поддержки
Коммуникативные	<p><b>Вербальные:</b> а) доведение до военнослужащих мобилизующей информации: убеждение по типу «Мы справлялись и не с такими задачами, справимся и с этой»; б) внушение по типу «Ты справишься с этим! У тебя достаточно сил»; в) подкрепление по типу «Молодец!», «Орел!», «Так держать!»; г) психологическое заражение настроением по типу «Мужики мы или нет?», «Десантники не отступают!»; д) шутки, приказы, угрозы и др.</p> <p><b>Визуальные:</b> контакт глазами; одобряющие жесты и мимика.</p> <p><b>Тактильные:</b> прикосновения, пожатие руки, похлопывание по плечу, «встряхивание» и др.</p> <p><b>Эмоциональные:</b> нахождение рядом с нуждающимся в поддержке в трудную минуту, сопереживание, дружеская улыбка.</p> <p><b>Личный пример</b> активных и решительных действий.</p> <p><b>Поддержка действиями:</b> прикрытие огнем, угощение сигаретой, водой и др.</p> <p><b>Побуждение военнослужащего:</b> выполнить один из экспресс-приемов психической саморегуляции, основанных на изменении типа дыхания и тонуса скелетной мускулатуры</p>



Окончание таблицы

Название группы способов	Содержание способов психологической поддержки
Организационно-деятельностные	<p><b>Прекращение</b> или <b>ослабление</b> интенсивности действия психотравмирующих факторов боевой обстановки (вывод военнослужащего в безопасное место; ликвидация или блокирование источников травматизации).</p> <p><b>Предупреждение</b> контактов военнослужащих с лицами, подвергшимися деморализации.</p> <p><b>Твердое управление</b> действиями подчиненных, отвлечение их от психотравмирующих факторов, постановка четких задач на продолжение боевых действий по типу: «Рядовой Петров! Противник справа, за горящим автобусом. Уничтожить!» или «Петров! Посмотри на Сидорова. Он делает правильно. Делай как Сидоров!» и др.</p> <p><b>Перестановка</b> военнослужащих, усиливающая эффект положительного психологического влияния на нуждающихся. В крайних случаях, при невозможности военнослужащего продолжать боевые действия из-за сильного стресса, выдать минимальную дозу седативных средств</p>

### РЕКОМЕНДАЦИИ РОДСТВЕННИКАМ ЗАЛОЖНИКОВ

Психолог в работе с родственниками заложников обязан избегать слова «заложник», использовать слова «близкий», «родной», «сын», «дочь» и т. д.

Если сможете, просто расспросите родственников, кто у них там, пусть расскажут; главное, они должны заговорить с вами.

1. Говорите им: «Берегите свои силы: они понадобятся вашим близким, когда они выйдут. Вы нужны им здоровыми и сильными».

2. «Возможно, большинству из вас сейчас хотелось бы оказаться там, вместо ваших близких или хотя бы рядом с ними. Но сил им это не добавило бы, — скорее всего, от этого им стало бы только намного тяжелее. Сейчас, по крайней мере, за вас они могут быть спокойны. Это может добавить им сил, чтобы все это выдержать».

3. «Чтобы сохранить силы, перестаньте вспоминать о прошлом. Лучше представьте себе, как вы обнимаете их при встрече, какие слова скажете, когда они выйдут, чем их порадуете, чем накормите, что им скажете и т. д.»

Главная задача — переориентировать их на будущее.

4. Если человека пугает то, что с ним происходит, убедить его, что его поведение — нормальная реакция на ненормальные обстоятельства, его к этому привел стресс.

5. Если плачет, не жалеть и не гладить, главное — твердый телесный контакт: крепко взять за руку, дать понять: «Я с тобой, я тебя поддерживаю».

6. Если агрессивен, уводить в сторону от толпы, разговаривать, дать выговориться, не вступать в политические дебаты, перевести на человеческие отношения, на семью, на что-то конкретное и т. д.: «Чем сейчас ваша злость может им помочь, вы только тратите силы, а эти силы понадобятся им, когда они выйдут».

5. Чтобы отвлечь, можно начать давать человеку советы, как помочь его родственникам в дальнейшем.

- Дать ему выговориться о своих переживаниях.
- Не оставлять его в одиночестве, постоянно ненавязчиво находиться рядом.

- Если он замкнется, уйдет в себя, любым способом разговорить его, не боясь задавать вопросы.
- Категорически не давать советов на судьбу (почему именно он там оказался, за что и т. д.). Необходимо дослушать, а потом убедить его, что важно не то, почему и как он там оказался, а то, что он жив, с ними, с близкими, что он сумел достойно пережить это. Напомнить, сколько мужества он проявил в этой экстремальной ситуации. Перевести из позиции Жертвы в позицию Героя. Предупредить родственника об опасности возникновения чувства вины.
- Если в поведении заметят что-то странное (уделяются, высказывают мысли о смысле жизни и смерти, о том, что не хочется жить, что есть чувство вины за прошедшее, что это расплата за что-то и т. п.) — немедленно обращаться к специалистам (психотерапевтам и психологам).
- Поощрять желание больше спать.
- Желательно в первое время убрать яркий свет. Если можно, то постельное белье сменить на более темное (но не делать это явно), оптимальный цвет — сине-зеленый.
- Категорически исключить алкоголь.

### СТРУКТУРНЫЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ДЕБРИФИНГ СО СПАСАТЕЛЯМИ (МЕДПЕРСОНАЛОМ, ПСИХОЛОГАМИ И ДР.)<sup>35</sup>

СПД (CIPR) — «структурный психологический дебрифинг» — это групповая беседа, представляющая собой часть интервенционного процесса после катастрофического события. Речь идет не о консультации и не о терапии. Дебрифинг — это профилактическое средство. Цель беседы состоит в том, чтобы организовать участников, восстановить у них чувство реальности и нормальности, создать у них ощущение солидарности, информировать их и выявить в их среде тех, кто нуждается в помощи. Во многих случаях беседа помогает снизить подавленность и боль, вызванные бедствием, и уменьшить опасность того, что в результате естественных психологических реакций разовьется посттравматический синдром. Следует напомнить пострадавшим о трудностях, которые им предстоит преодолеть.

Протокол CIPR — это часть расширенного протокола, включающего и другие виды коллективной деятельности в рамках совладания с бедственной ситуацией.

С учетом критики, которой подвергся протокол, известный как CISD, а также в связи с усилиями, прилагаемыми во всем мире с целью улучшить существующие методы, мы предлагаем усовершенствованный протокол CIPR, основанный как на проведенных за границей исследованиях, так и на опыте, накопленном в Центре по преодолению кризисных ситуаций в ходе работы с потерпевшими бедствие. В предлагаемом протоколе есть как дополнения, так и сокращения.

Приглашая участников на встречу, следует предупредить их, что беседа продлится несколько часов.

#### Предварительные условия встречи.

1. Существует реальная угроза для участников, или у них возникло чувство беспомощности и страха за свою жизнь.

<sup>35</sup> Разработан проф. Мули Лахадом, CSPC, Израиль и г. Стивенем Галиано, ICAS, Британия. Утвержден Британским министерством здравоохранения.



2. Самое раннее через 24 часа (желательно через 48 часов) после катастрофы, если похороны еще не состоялись, состоится не дебрифинг, а психологический инструктаж.

3. Защищенная среда, тихая комната, участники рассаживаются кругом, стол в середине, есть еда и питье, бумажные носовые платки.

4. В ходе предварительного собеседования ответственные за группу получают разъяснения относительно самой группы и характера встречи. Желательно получить от ответственных лиц подробную информацию о событиях и об участниках встречи.

5. Сортировка участников по группам в соответствии с уровнем травмы (родные погибших, раненые, очевидцы и знающие о катастрофе понаслышке).

6. Не следует включать в группу людей, уже перенесших подобную травму в недалеком прошлом (в соответствии с информацией, полученной от уполномоченных лиц).

7. Максимальное число участников — 10 человек на одного ведущего, 16 на двоих.

8. Создание профессиональной команды для приема участников при их выходе в коридор после встречи. Если ведущих двое, а профессиональной команды нет в коридоре, заместитель ведущего выходит вместе с участником.

#### Цели дебрифинга:

- 1) освежить впечатление, ослабить напряженность, услышать рассказ о переживаниях;
- 2) выработать ясное понимание событий и реакции пострадавших на события;
- 3) снизить у участников чувство исключительности и ненормальности происшедшего (нормализация);
- 4) мобилизовать ресурсы внутри и вне группы, поддержать и укрепить социальную сплоченность;
- 5) подготовить к будущим испытаниям (например, симптомы и реакции, ожидаемые в будущем);
- 6) найти дополнительные пути оказания помощи, по мере необходимости;
- 7) помочь интегрировать несчастье в жизненной непрерывности событий;
- 8) найти нуждающихся в дополнительной помощи.

#### Процесс дебрифинга и его этапы

**О целях встречи (слово ведущего к собравшимся).** «Мы собрались здесь вследствие разразившейся катастрофы. Наша цель — облегчить процесс реорганизации и возвращения к нормальной жизни. Естественно, что возникнут трудности у людей, переживших такую беду, как вы. У многих возникнет тенденция забыть и вытеснить мысли о том, что произошло. Наш опыт показывает, что участие в беседе с другими людьми, пережившими несчастье, помогает нам понять, что мы не одни, что большинство людей переносит сходные трудности.

В ходе беседы будут подняты вопросы, которые, может быть, причинят вам боль. Это нормальное чувство. Вместе с тем беседа снизит у вас уровень страха и напряжения. Она поможет вам понять, что существуют процессы преодоления трудностей. Мы здесь для того, чтобы помочь вам найти в себе силы для борьбы».

**Начальный этап.** Ведущие представляют себя, объясняют цели встречи в соответствии со сказанным выше и расскажут о том, как будет протекать процесс. Важно подчеркнуть, что в ходе встреч будет накоплен положительный опыт, а также предупредить о тяжелых чувствах, которые процесс может вызвать у участников (см. ниже).

На этом этапе будет составлен «психологический контракт» и разработаны правила дебрифинга.

*(Примечание для ведущих: если вас спросят — подчеркните, что беседа не есть терапия и что для вас участники встречи — не пациенты, а просто нормальные люди, оказавшиеся в тяжелой и необычной ситуации.)*

#### Правила

1. Дебрифинг будет происходить в форме раундов, в ходе которых каждому участнику будет предоставлена возможность ответить на центральный вопрос. Стоит сообщить заранее о порядке раундов.

2. Каждого участника пригласят высказаться, но он не будет обязан воспользоваться этой возможностью, если не захочет.

3. Все, что будет рассказано во время встречи, не будет сделано предметом сплетен.

4. Каждый будет говорить лишь от своего имени, не критикуя других участников.

5. Каждый может покинуть комнату, но его попросят вернуться поскорее. Вне комнаты будет находиться кто-нибудь, кто окажет ему поддержку.

6. Будет иметь место перерыв минут на 15 — как правило, после первого раунда.

7. В конце встречи каждый участник сможет побеседовать 5 минут с одним из ведущих или с кем-нибудь из сотрудников-профессионалов.

8. Через 10–14 дней состоится новая встреча группы.

9. Не будет никаких записей и никаких письменных отчетов — кроме списка имен, составленного ведущим в начале встречи, чтобы обращаться к каждому по имени.

10. Важно сообщить участникам, что право ведущего — вмешаться, главным образом, когда участники затягивают свою речь или переходят к вопросам, которые будут затронуты в следующих раундах.

#### Раунды (три первых раунда являются наиболее важными)

**1. Факты.** Каждый участник представится и кратко расскажет о событиях со своей точки зрения. События будут описаны и восстановлены при соблюдении границы между фактами и слухами. Ведущий попросит участника рассказать о том, что предшествовало событию и как событие протекало по отношению к самому участнику. Ведущий поможет участнику воссоздать картину с наибольшей ясностью — так, чтобы свидетели события почувствовали, что происходящее находится под их контролем. Ведущий будет задавать вопросы: «Что произошло? Где застало вас событие? Расскажите вкратце и по порядку о фактах. Чем дело кончилось?»

Рекомендация ведущему: коротко записать порядок событий на листе ватмана, в виде схемы.

**2. Мысли, чувства и реакции.** Это очень важный раунд, ибо, скорее всего, в ходе его всплывут тяжелые переживания. Этот раунд будет построен по этапам — этап мыслей, этап эмоций и этап реакций.

Цель раунда: рассказать о мыслях и физических ощущениях, о которых не было рассказано в ходе первого раунда.

Внимание должно быть сфокусировано на словесных элементах, которые не были затронуты в ходе первого раунда. Мы сосредоточимся на реакциях участника в течение происшествия и после него. Все, что вы пережили; ваши физические ощущения; что вы помните? Что вы чувствовали? Что ощущали физически? В какой именно части тела вы это ощущали? Какие мысли при этом пронеслись у вас в голове? И наконец, припомнить то, что не было высказано на этапе восстановления событий.



**В чем состояла самая тяжелая для вас часть события? Какая часть события была для вас наиболее значительной? Какие чувства и реакции сохранились у вас до сих пор?**

Если времени слишком мало, спросить только: **«В чем состояла самая тяжелая для вас часть события?»**

Для ведущего важно воспользоваться помощью группы, чтобы представить реакцию участника как нормальную реакцию на ненормальное событие. Например, следует заметить: «Это естественно, что после такого происшествия человеку трудно заснуть или что он страдает от чувства вины. Кто еще чувствует то же самое?» Иными словами, следует воспользоваться группой в качестве нормализующего фактора. Кроме того, следует создать интеракцию внутри группы и использовать ее — особенно в случае, когда участник подвергает критике самого себя.

**3. Этап преодоления — «Что помогло?»** Перед началом раунда ведущий просит у участников разрешения записать на листе все упомянутые в ходе беседы вещи, которые могли бы им помочь. Ведущий спрашивает: «Что помогло / поможет вам преодолеть кризис?» **Если участник не может ответить, ведущий может спросить: «Как вы преодолели последствия тяжелого события в прошлом, что вам тогда помогло?» Или: «Представьте себе самого себя в будущем, через пару недель или через несколько месяцев. Какими вы будете, где вы будете, что вы будете делать?» Или: «Что вы делали, как вы себя повели?» Или: путем рефрейминга превратить отрицательные реакции в положительные.**

(Если это имеет отношение к делу, можно спросить: «Удалось ли вам вернуться к обычной ежедневной жизни? Каково было возвращение домой / на работу?»)

В конце раунда важно подчеркнуть разнообразие методов преодоления кризиса, находящихся в распоряжении участников встречи и выразить уверенность, что большинство участников совладают с трудностями.

В конце встречи заместитель ведущего снова прочтет вслух все, что записано на листе в рубрике «Что помогает».

(Примечание: как отнестись к участнику, который скажет: ничто не помогло? Стоит записать все реакции, чтобы участники увидели все, что может помочь.)

**4. Прогноз на будущее.** В ходе этого раунда говорить будет только ведущий. Он кратко представит весь диапазон реакций (психовоспитательный этап). Говоря о возможных реакциях, ведущий опишет трудности, которые могут возникнуть в будущем при возвращении на работу, в учебу и в семье. Ведущий упомянет об условии, при котором необходима профессиональная помощь.

**Если симптомы, мешающие функционировать, не исчезнут и даже усилятся в течение ближайшего месяца.**

Следует добавить, что, даже если в настоящее время участник встречи чувствует себя хорошо, трудности могут возникнуть впоследствии. Кроме того, нужно задать вопрос об отношении к происшедшему со стороны родственников участника, отметив, что иногда пережившим катастрофу кажется, что близкие не могут их понять. Важно дать положительный прогноз, предсказать исцеление в будущем от временных душевных травм. Если времени крайне мало, ведущий не будет задавать вопросов, а просто выяснит, какие реакции могут возникнуть и что надо предпринять.

**Затем ведущий предложит задавать вопросы** и в нескольких словах расскажет о возможных реакциях и о способах борьбы с ними, в том числе о способах помощи. Он даст каждому участнику письмо с обобщенным описанием возможных реакций и адресами, по которым можно будет обратиться за помощью.

**5. Заключение.** Прогноз — ведущий выяснит у участников, по каким признакам они узнают, что жизнь начинает возвращаться в свое русло.

Ведущий выяснит у участников, куда они направятся непосредственно сейчас, когда встреча закончится. Что-то изменилось в жизненной рутине или вы возвращаетесь к привычным формам существования?

**Ведущий** напомним о сроке следующей встречи, через 10, самое большее 14 дней. Кроме того, он напомним, что после групповой встречи каждый приглашается на короткое собеседование с одним из ведущих. Он выяснит, хотят ли участники обменяться между собой номерами телефонов.

#### Личная встреча

Чтобы дать возможность всем участникам прийти на личное собеседование, важно мобилизовать дополнительное число профессионалов, которые приступят к делу после дебрифинга (в школе, например, это консультант или учитель). После групповой встречи каждый участник идет на пятиминутное собеседование. Тот, кому этого времени мало, будет приглашен на завтра, или ему предложат дожидаться конца собеседований.

На личной встрече важно задать два вопроса.

1. Как человек воспринял дебрифинг и нет ли чего-нибудь, что он хотел рассказать, но не успел или не смог?

2. Была ли затронута какая-нибудь тема, напомнимшая ему о чем-то особенном?

Если уже во время дебрифинга у человека обнаружилась какая-то тяжелая проблема — например, острое самообвинение, диссоциация, замкнутость, — используйте собеседование, чтобы узнать о нем немного больше и рекомендовать ему обратиться за дополнительной помощью.

Во время личного собеседования ведущий рассмотрит IES, заполненный участником, и произведет в соответствии с ним первичную сортировку.

Важно предоставить человеку возможность задать вопросы и направить его в центр помощи по мере необходимости.

#### Телефонный контроль

Важно осуществить телефонную проверку результатов в течение недели после дебрифинга: звонить участникам и спрашивать их, как они себя чувствуют.

Такой контроль дает внушительные результаты — он ободряюще влияет на участников и, кроме того, позволяет выяснить, не нуждается ли кто-нибудь из них в дополнительной помощи.

#### Примечания

1. Не входить в комнату во время раунда — даже если очень хочется.

2. Напомнить участникам, что иногда на первых порах в ходе дебрифинга трудности возрастают, но в подавляющем большинстве это проходит.

3. Если проблема обострилась во время встречи — нужно без колебаний немедленно обратиться за помощью после беседы.

4. Воспоминания о прошедшем — вещь очень нередкая, следует воспользоваться ею для изучения методов преодоления. Если рассказ затягивается, прервать его вопросом: «Что помогло?»

5. Надо обратить внимание на людей, которые после встречи возвращаются в пустой дом. Следует побудить их связаться с кем-нибудь из близких.

6. Родные, сопровождающие участника, подождают его в отведенной для этого комнате. Нужно их проинструктировать относительно того, что происходит на дебрифинге.



7. Не следует включать в одну группу пострадавших и лиц, которые во время бедствия выполняли какие-либо функции.

8. Нежелательно включать в одну группу начальника и подчиненного — разве что после подготовительной беседы с начальником.

9. Нужно собрать информацию о бедствии до занятий с группой.

10. Если в группу входят товарищи по работе или друзья, следует выяснить предысторию группы, разузнать о руководстве, о конфликтах, о характерной фразеологии (сленге) и т. п.

11. Возобновление пережитой ранее травмы в ходе встречи — вещь исключительно редкая; если это произойдет, заместитель ведущего должен заняться этой ситуацией. Желательно пригласить участника выйти из комнаты для личной беседы. Заместитель ведущего решит на свой страх и риск, вернуть участника в группу или нет. Если участник решит не возвращаться, заместитель ведущего известит об этом остальных участников. Напомним, что это входит в договоренность — участвовать в дебрифинге не обязательно.

12. Следует вносить своевременные изменения в информационный листок с номерами телефонов для обращения за помощью.

13. Те, кто придут на вторую встречу, заполняют вторично анкеты IES и анкету о симптомах.

#### Важные замечания для ведущего

- Ведущий должен стараться создать теплую, дружескую атмосферу.
- Он проявит должное внимание к рассказу каждого участника, соотносясь с динамикой группы, и будет воздерживаться от резких и критических высказываний.
- Он побудит участников взять на себя функции поддержки, нормализации и помощи тем членам группы, которые будут испытывать тяжелые чувства или подвергнут сами себя резкой критике.
- Обратит особое внимание на тех участников встречи, которые будут замкнуты в себе или будут пропускать свою очередь высказаться.
- Следует обратить внимание ответственных лиц на тех людей, которые должны были принять участие во встрече, но не явились. Возможно, что эти люди страдают особенно тяжело и боятся дебрифинга. Надо позвонить им, спросить о причине отсутствия и предложить им вернуться в группу.

#### Разъяснения относительно обязанностей заместителя ведущего

- В самом начале ведущий представит группе своего заместителя и расскажет о его функциях.
- Заместитель помогает ведущему вести встречу в соответствии с протоколом дебрифинга.
- Заместитель помогает участникам и сопровождает их. Во время встречи он находится рядом с теми, кому особенно тяжело. В случае необходимости он предложит участнику выйти вместе с ним из комнаты для короткой личной беседы и затем пригласит его вернуться в помещение.
- Заместитель выходит немедленно вслед за участником, который решает покинуть помещение, и выясняет, все ли у того в порядке.
- Заместитель поможет ведущему, если обратит его внимание на незамеченные им происшествия в группе — особенно на участников встречи, которые проявляют готовность оказать поддержку товарищам.

## РЕКОМЕНДАЦИИ ПСИХОЛОГАМ ДЛЯ РАБОТЫ С ПРЕДСТАВИТЕЛЯМИ СМИ ПО ОСВЕЩЕНИЮ СОБЫТИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ (ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ) СИТУАЦИИ

При оповещении населения об экстремальной ситуации важно и нужно учитывать количественную и качественную стороны подаваемой информации о трагедии, дабы не привести к двум основным возможным стратегиям поведения населения: 1) ажиотажу, связанному с поиском необходимой информации; 2) пассивности, вызванной перенапряжением когнитивных структур информационным массивом.

Обработка и передача информации, а тем более аналитический обзор этой информации и подача ее населению происходит в рамках авторских программ или рубрик. При этом не исключено, что обозреватель может допускать при анализе поступившей ему информации те же ошибки, что и большинство его слушателей (зрителей, читателей), — заполнять неизвестное собственными догадками, домыслами, предположениями, которые не всегда истинны. Таким образом, мы получим, как минимум, двойное искажение реальности произошедших событий: и со стороны обозревателя, и со стороны населения, усвоившего данную информацию.

Другая не менее важная проблема — намеренное искажение истинной информации. Не секрет, что некоторые ведущие создают передачи или пишут статьи «под заказ». И здесь содержание информации практически полностью зависит от мнения и желания заказчика. Не всегда для изменения смысла требуется изменение фактической стороны события, в большинстве случаев необходимо изменение акцентов в высказываемой информации, что приводит к увеличению возможных домыслов и предположений.

Приведем схему реагирования населения на информацию СМИ о чрезвычайной ситуации (рис. 4).

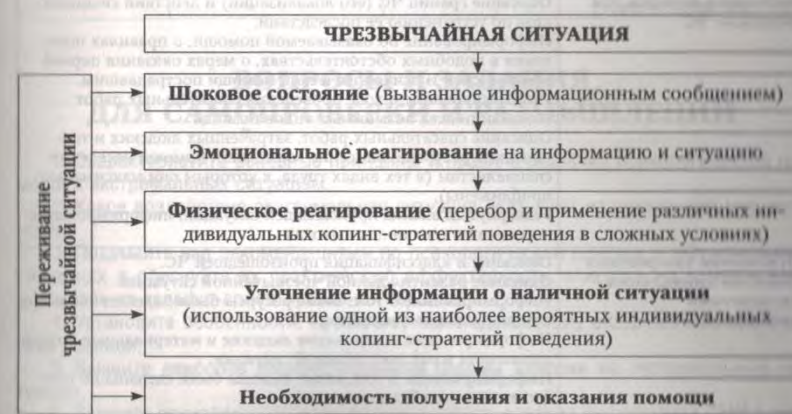


Рис. 4. Реагирование населения на информацию СМИ о чрезвычайной ситуации



С целью снижения негативных психических состояний, возникающих у населения в условиях чрезвычайной ситуации, недопущения возникновения паники, предлагаем психологам рекомендовать работникам СМИ использовать следующий алгоритм работы по освещению событий чрезвычайной ситуации (табл. 9).

Таблица 9

## Алгоритм работы по освещению событий чрезвычайной ситуации (ЧС)

<b>Информационная профилактика</b>	Оповещение населения о деятельности специалистов МЧС. Обзор тренировочных мероприятий различных подразделений МЧС. Обзор тематического материала о возможных ЧС в данном регионе. Описание вариантов поведения людей при возможных ЧС. Информирование населения об оказании первой помощи пострадавшим при ЧС
<b>Подготовка подразделений МЧС к ликвидации последствий возникшей ЧС</b>	Описание ЧС и оповещение населения о том, кто и как берет контроль за ходом проведения аварийно-спасательных и других неотложных работ по ее ликвидации. Информирование о том, кто занимается обеспечением работы спасателей и какие подразделения МЧС задействованы в ликвидации данной ЧС. Информирование о том, какие варианты развития ситуации возможны в сложившейся обстановке. Оповещение населения о правилах поведения в данной ситуации и при ее ухудшении
<b>Предотвращение массовых волнений среди населения региона, где возникла ЧС</b>	Информирование о происшедшей в данном регионе ЧС, ее характере и обстоятельствах. Описание границ ЧС (его локализации) и действий специалистов по устранению ее последствий. Информирование об оказываемой помощи, о правилах поведения в подобных обстоятельствах, о мерах оказания первой медицинской и психологической помощи пострадавшим. Информирование о ходе проведения спасательных работ и оказании всех возможных видов помощи. Описание спасательных работ, затраченных людских и технических ресурсов; описание возможной помощи населения специалистам (в тех видах труда, к которым они максимально приближены). Развернутый анализ происшедшей ситуации, информирование населения о сделанных выводах
<b>Освещение завершения работ по ликвидации последствий возникшей ЧС</b>	Описание и классификация произошедшей ЧС. Описание развития данной чрезвычайной ситуации. Информирование о том, какие ресурсы были задействованы при ликвидации последствий ЧС. Информирование о том, какие людские и материальные потери произошли в рассматриваемой ситуации. Информирование о том, какие выводы были сделаны по профилактике подобных ситуаций. Освещение поощрения лиц (структур), проявивших мужество и отвагу при ликвидации последствий чрезвычайной ситуации

Обобщая все сказанное в предыдущих главах с целью более четкой систематизации материала для дальнейшей работы с ним, в табл. 10 представим основные классификации экстремальных ситуаций.

Таблица 10

## Основные различия экстремальных ситуаций

Критерии	Экстремальные ситуации (ЭС)		
	ЭС повседневной жизнедеятельности (насилие, ДТП и т. д.)	Катастрофы и стихийные бедствия	Боевые действия
<b>Характер стрессового воздействия</b>	Оценка события как стрессового определяется индивидуальной личностной уязвимостью	Внезапное однократное экстремальное воздействие, вызывающее шок или тяжелый дистресс	Длительное выживание в жизнеопасной среде, ожидаемое многократное неоднородное воздействие
<b>Связь во времени с действием психотравмы</b>	Чаще прямая	Прямая или отставленная на несколько часов или дней	Преобладание «запоздалой реактивности» вне жизнеопасной обстановки
<b>Первичное нарушение</b>	Неадекватность в системе отношений, антипационная несостоятельность	Аффектогенное сужение или диссоциация сознания	Высвобождение витальной аффективности и автоматических механизмов
<b>Механизм формирования</b>	Интрапсихическая переработка, механизмы психологической защиты	Внеличностное, инстинктивное реагирование (биологическая защита)	Закрепление приспособительных психофизиологических изменений, истощение компенсаторных процессов

ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ  
ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ И РАЗМЫШЛЕНИЙ

1. Охарактеризуйте основные принципы и правила оказания психологической помощи в экстремальных ситуациях.
2. Какое воздействие экстремальная ситуация оказывает на внутренний мир личности?
3. Подумайте над рекомендациями по психологической помощи в экстремальных ситуациях и обоснуйте их практическую эффективность, опираясь на взгляды специалистов по телесно-ориентированной терапии.
4. Установите особенности, препятствующие адекватному оказанию психологической помощи.
5. Выявите наиболее распространенные формы реакции на экстремальную ситуацию.
6. Выявите психологические особенности использования информации СМИ в экстремальных ситуациях.







## Глава 4.

# ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО

## ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ ПСИХОТРАВМИРУЮЩЕГО СТРЕССА

Г. Селье [1954, 1974] различает конструктивный и деструктивный стресс. Стрессовая активация может быть положительной мотивирующей силой (эустресс), а также ослабляющей, чрезмерной (дистресс). По мере усиления стресса улучшается общее самочувствие и проявление здоровья. Однако, продолжая нарастать, стресс достигает своего апогея. Эта точка — оптимальный уровень стресса (рис. 5). Если стресс возрастает и дальше, он становится вредным для организма.

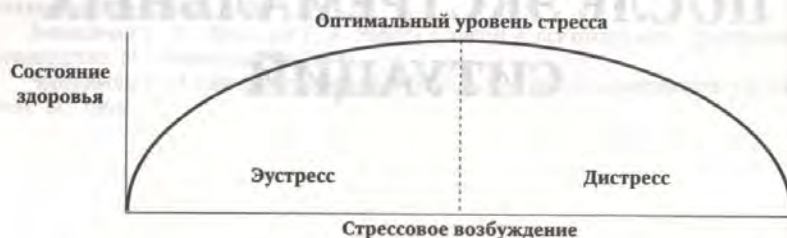


Рис. 5. Кривая развития стресса

На стадии истощения адаптационных возможностей организма человек не в состоянии самостоятельно справиться со стрессогенным воздействием. Возникший стресс перегружает психологические, физиологические и адаптационные возможности человека и разрушает защиту, начинает оказывать травматическое воздействие.

**Психотравмирующий стресс** — особая форма общей стрессовой реакции, обусловленной экстремальной ситуацией, в которой экстремальные факторы действуют во времени и пространстве, имеют определенное значение для личности и субъективно оцениваются ею как необычные, выходящие за пределы «нормального человеческого опыта». Это стресс повышенной интенсивности, сопровождающийся получением человеком психических травм. Далеко не каждая ситуация жизнедеятельности способна вызвать травматический стресс.

Одно из последствий психотравмирующего стресса — психическая травма. Наибольшее распространение понятие психической травмы получило в рамках теории посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Выделение ПТСР в качестве самостоятельной болезненной формы явилось результатом длительного изучения влияния психической травмы на здоровье человека. Необходимость изучения психических

нарушений в различных экстремальных ситуациях (вооруженные конфликты, войны, катастрофы и т. п.) исходит из общепризнанного положения об их выраженном психотравмирующем воздействии, которым обусловлено возможное развитие как психической, так и психосоматической патологии.

Одно из первых упоминаний о психотравме принадлежит историку Геродоту, который рассказал об афинском воине Эпизелесе, ослепшем от переживаний после Марафонской битвы. Лукреций (I в. до н. э.) впервые указал на реминисценции (отсроченное воспроизведение вытесненного события) как основной элемент травматического невроза у воинов. Первое научное описание психического расстройства, вызванного тяжелой психической травмой и сходного с современным ПТСР, относится ко второй половине XVIII в. В 1766 г. доктор Мати в четвертом томе «Медицинских наблюдений и исследований» описал знаменитый впоследствии случай графа Лортада — первый из подробно изложенных в литературе случаев, относимых к нервному расстройству после несчастного случая.

В 1867 г. английский хирург Дж. Эриксейн в работе «О железнодорожных и других нарушениях нервной системы» излагает симптоматику психических нарушений у лиц, пострадавших в результате железнодорожных катастроф (длительные ощущения «душевного дискомфорта», сны с тягостными переживаниями катастрофы, расстройства памяти, внимания и т. д.). В 1871 г. доктор Джекоб Мендос да Коста описывает «синдром солдатского сердца» с ведущими вегетативными проявлениями у солдат во время гражданской войны в Америке. В 1889 г. Г. Оппенгейм вводит понятие «травматический невроз», акцентируя особое внимание на эмоциональном и психологическом компонентах психической травмы. В последующем Э. Штирлин показал общие закономерности в механизме развития психических расстройств у жертв землетрясения в Мессине и жертв железнодорожных катастроф. По его мнению, главными этиологическими факторами у такого рода клиентов являются испуг и эмоциональный шок, вызывающие снижение *резистентности* нервной системы, что, в свою очередь, становится основой для возможного развития неврозов.

Две важные вехи, предшествующие современному толкованию ПТСР, — открытия П. Жане в области *травмы и диссоциации* и ранняя медицинская работа З. Фрейда, демонстрирующая случайную связь между нанесенной в детстве сексуальной травмой и симптомами истерии у взрослого человека.

Во время Первой мировой войны психологическую трактовку истерии, основанную на идее психической травмы, дали П. Жане, Й. Брейер и З. Фрейд, основываясь на психоаналитическом учении Шарко и идеогенной трактовке Р. Мебиуса, П. Дюбуа.

П. Жане полагал, что в ответ на непреодолимые стрессовые события в жизни возникают такие интенсивные эмоциональные реакции, которые нарушают адаптивные способности личности и синтезирующие функции мозга. Травматические воспоминания «диссоциируются» и сохраняются в измененном состоянии отдельно от обычных повседневных сознательных переживаний. Диссоциированные (то есть отделенные от сознания или вытесненные в бессознательное) травматические воспоминания эмоционально перегружены и продолжают разрушать жизненную функциональность человека.

Жане анализировал психические расстройства, которые называли «снарядным шоком», возникающие во время боевых действий у солдат. Он первым предложил схему помощи военнослужащим в стрессовой ситуации. До этого предлагаемая помощь только ухудшала состояние солдат, перенесших травму. Исходя из этой схемы, солдаты и офицеры заранее получали соответствующее «образование», они должны были самостоятельно



узнавать симптомы «снарядного шока». Схема Жана была очень проста, но эффективна; она до сих пор используется Министерством обороны Великобритании.

1. *Непосредственная срочная помощь.* Лечение должно проводиться сразу при обнаружении симптома. Солдата необходимо вывести из зоны военного конфликта любым способом (в противном случае он мог погибнуть).

2. *Близость.* Солдата нельзя было госпитализировать, так как военные госпитали находились более 80 км от линии фронта. Солдата необходимо было оставить в полку, со своей семьей, в знакомой обстановке. Его должны были помещать в специальный полковой медпункт, где находились врач, священник и медсестра. Если солдата с острыми стрессовыми расстройствами помещали в госпиталь, то они редко выздоравливали. В те времена существовало мнение, что они трусы и симулянты.

3. *Ожидание.* По схеме П. Жана, в выздоровлении солдата должен быть уверен весь медицинский персонал и военнослужащие, они в этом должны убеждать и самого солдата, объяснять, что такое состояние может быть и оно временное. Рекомендовалось оказывать как можно больше психологической и физической поддержки.

3. Фрейд [Freud, 1916] при психоаналитическом осознании природы «травматических неврозов» в качестве основной причины, вызывающей заболевание, выделял «момент неожиданности и страха». Психоаналитическая концепция «травматических неврозов» связывала выраженность клинических проявлений с регрессивными реакциями клиентов. Регрессия при этом рассматривалась как возвращение к более ранним, примитивным формам умственной деятельности и поведения. Имелось в виду, что фиксация на наблюдавшихся ранее психотравмах (во много связанная с врожденной предрасположенностью) обуславливает использование в деятельности клиентов прежних алгоритмов решения проблем, что приводит к формированию новых психотравмирующих ситуаций. Несмотря на негативные последствия такого рода фиксации, человек не способен реагировать по-другому, поскольку его порывы бессознательны. Согласно этой концепции, оживление регрессивных реакций и их устойчивость в сложных психологических ситуациях у участников войны приводит к неадекватным и подчас деструктивным поведенческим проявлениям.

В основе концепции «травматического невроза», по З. Фрейду, лежал конфликт между Ид, которое стремится защитить организм, вытесняя неприятные воспоминания, и Супер-эго, которое напоминает человеку, что он вел себя «неправильно».

*Психическая травма, по З. Фрейду*, — прорыв гипотетического защитного покрова, который предохраняет психику от чрезмерных раздражений.

Идеи Фрейда о двух формах проявления реакции на психотравмирующее событие (вытеснение и фиксация на травме) нашли свое отражение в современной концепции отсроченных реакций на психотравмирующий стресс. Одним из основных видов психологической защиты, как реакции на психотравмирующий стресс, выступает вытеснение. *Вытеснение* — один из видов психологической защиты, представляющий собой процесс, в результате которого неприемлемые для индивида мысли, воспоминания, переживания «изгоняются» из сознания и переводятся в сферу бессознательного.

В понимании Блейера [Bleuler, 1920] «травматические неврозы», за исключением «невроза испуга», возникали главным образом на почве борьбы за пенсию или в связи со страхом (большей частью бессознательным) идти на фронт. Согласно его взглядам, в мирное время на первый план в «травматическом неврозе» выходит опасение болезни и неработоспособности. Существенным моментом считался «склад организма, заставляющий больного избегать напряжения воли и вести жизнь паразита».

«Травматический невроз» в понимании Крепелина [Kraepelin, 1923] рассматривался в качестве отдельной нозологической единицы в общей систематике психопатологии, причем существенное внимание в клинической картине уделялось истерическому реагированию и рентным установкам клиентов. Относя «травматический невроз» к группе психогенных заболеваний, он включал в нее и «невроз испуга», как проявление выраженных патологических реакций на переживание тяжелых катастроф с признаками нарушения сознания, спутанностью мыслей, возбуждением или заторможенностью и т. д. Также еще в 1916 г. Крепелин отметил, что после тяжелых психических травм могут оставаться постоянные, усиливающиеся с течением времени расстройства.

Последствия Первой мировой войны дали дополнительные материалы для развития представлений о психологических последствиях военной травмы. Так, С. Майер в работе «Артиллерийский шок во Франции 1914–1919» ввел понятие «снарядный шок» — психическое состояние, вызванное сильным стрессом. В целом реакции на участие в боевых действиях авторы этого периода называли по-разному: «военная усталость», «боевое истощение», «военный невроз», «посттравматический невроз».

А. Кардинер [Kardiner, 1941] провел одно из первых систематизированных исследований явления, которое он назвал «хронический военный невроз». Он впервые дал комплексное описание симптоматики: 1) возбудимость и раздражительность; 2) безудержный тип реагирования на внезапные раздражители; 3) фиксация на обстоятельствах травмирующего события; 4) уход от реальности; 5) предрасположенность к неуправляемым агрессивным реакциям.

*Психическая травма, по А. Кардинеру*, — внешний фактор, вызывающий резкие изменения в изначальной адаптации, в результате чего ломается весь аппарат, служащий для согласования, координирования и целенаправленности действий личности.

Богатый исследовательский материал по вопросам психотравмирующего стресса был получен во время Второй мировой войны как в ходе боевых действий, так и по наблюдениям лиц, перенесших заключение в концентрационных лагерях и плен.

В своей монографии «Люди в стрессе» Гринкер и Шпигель [Grinker, Spiegel, 1945] использовали термины «стресс от боев», «утомление от боев», «острая боевая реакция». Они перечислили симптомы, от которых страдали возвратившиеся из плена солдаты: высокая утомляемость, депрессия, ухудшение памяти, концентрации внимания, ночные кошмары, фобии, агрессия, подозрительность, повышенная активность симпатической системы.

Подчеркивая некоторые особенности длительных послестрессовых расстройств, Э. Линдемманн [Lindemann, 1944] в работе «Симптоматология и умение справляться с острым горем» ввел понятие «патологическое горе», описывающее аномальную реакцию субъекта на несчастье, вследствие которой развиваются различные психические и психосоматические расстройства. Этот синдром, развиваясь в различные промежутки времени и имея различную степень выраженности, при адекватном лечении может, по его мнению, трансформироваться в «нормальную реакцию горя» с последующей полной редукцией. Группируя различные расстройства у пострадавших в катастрофах (психогенно обусловленная симптоматология, врожденные реакции, раздражение, чувство тоски и др.), Линдемманн выделил особую группу «искаженных реакций», проявляющуюся истероипохондрическими или шизофреноподобными расстройствами, обострением хронических соматических заболеваний, изменением привычных стереотипов поведения, тревожно-депрессивными состояниями и др.



В нашей стране последствия психотравмирующего стресса наши специалисты начали изучать примерно в то же время, что и их зарубежные коллеги.

Отмечалось, что за время Русско-японской войны 1904–1905 гг. через Харбинский госпиталь прошло около 3000 человек психически ненормальных, не имевших ранений или каких-либо других повреждений. «Острые впечатления или длительное пребывание в условиях интенсивной опасности так прочно деформирует психику у некоторых бойцов, что их психическая сопротивляемость не выдерживает, и они становятся не бойцами, а клиентами психиатрических лечебных заведений», — писал по этому поводу Р. К. Дрелинг.

В. Н. Полянский в 1912 г., изучая психологическое, душевное состояние воина в бою, писал о необходимости создания классификации, «практического подразделения душевных заболеваний на войне». В связи с этим Г. Е. Шумков [1915] по времени наступления заболевания выделил:

- 1) психозы довоенные и проявившиеся во время войны;
- 2) психозы войн: психозы тыловые, психозы позиционные, психозы боевые — развиваются у лиц, принимавших участие в боях;
- 3) психозы после войны: вредные моменты могут действовать на человека исподволь и дать нарушения не во время войны, а после.

После землетрясения в Мессине (1908) Н. Н. Баженов описал «аффекты ужаса», после землетрясения в Крыму (1927) ряд авторов отметили «острые нервные заболевания», «значительное ухудшение состояния нервной системы и психики» с признаками аффективно шоковых и истерических психозов.

Во время Второй мировой войны, хотя официальная пропаганда и отрицала то, что чистые психогении в войну встречались очень редко, Н. К. Краснушкин [1948] писал: «Психическое воздействие на личность во время войны приобретает необычайную для мирных условий остроту... психогенный фактор в большой группе заболеваний становился ведущим и являлся причиной болезни... психотравмы приводят к органическим изменениям в организме»<sup>36</sup>.

В 1950–1960-е гг. среди специалистов, изучавших последствия психотравмирующего стресса, наметилась тенденция к синдромальному выделению психических расстройств у пострадавших в различных катастрофах. Так, Р. Леопольд и Г. Диллон [Leopold, Dillon, 1957] описали «посттравматический невроз выживших» при кораблекрушениях в виде навязчивых и угнетающих воспоминаний, эмоционального снижения и приступов тревоги. Они же предложили термин «посттравматическая психологическая болезнь» с психическими расстройствами острого периода. У. Нидерланд и [Niederland, 1964] и Р. Дж. Лифтон [Lifton, 1967] выделяли более длительный «синдром выживших» у жертв Хиросимы: его причина усматривалась в усвоении травматического опыта, а клинические проявления варьировались в широком диапазоне от «зомбиоподобной психической заторможенности» (с выраженным снижением личности) до здоровой психической адаптации с достаточно сохранной социальной активностью.

Изучая «синдром выживших», Б. Годерес [Goderes, 1987] сравнивал его с «синдромом множественных личностных нарушений», протекавшим с характерными дисфориями, внезапной агрессией, алкоголизацией и привычкой оценивать окружающее с точки зрения потенциальной опасности.

<sup>36</sup> Краснушкин Е. К. Психогении военного времени // Нервные и психические заболевания военного времени. М.: Медгиз, 1948. С. 245–253.

Описывался также [Poinso, Mouren, 1976] «постамоциональный синдром», проявления которого были связаны с эмоциональным шоком и физическим травматизмом, а клиническая картина отличалась полиморфизмом и возможной трансформацией синдрома в стойкую депрессию или биполярный периодический психоз. Выделялся [Wetzels, 1977] «синдром эмоциональной неустойчивости, вызванный стрессом» с повышенным чувством страха, нервозности и переутомления, атипичными жалобами соматического характера и признаками психастении.

А. Бурдесс и Л. Хольмстром [Burdess, Holmstrom, 1974] ввели понятие «синдром изнасилованных», определяя его как специфический психосоматический синдром в острой фазой дезорганизации (с характерными импульсивными, эмоциональными и соматическими реакциями) и последующим долговременным процессом реорганизации с утратой обычной эмоциональности, травмофобией, повышенной раздражительностью, ночными кошмарами и сексуальными нарушениями.

В это же время исследовалась психическая заболеваемость бывших военнопленных [Dethienne, Donnay, 1976] и психиатрические последствия пребывания в концлагерях [Russel, 1974].

Важную роль в формировании концепции ПТСР сыграло изучение психологических и психиатрических характеристик участников локальных войн. На основе наблюдений, сделанных во время ведения боевых действий США в Корее, в рамках DSM-I (Американского классификатора психических болезней [1952–1968]) была выделена группа «больших стрессовых реакций», а в рамках DSM-II [1968–1980] — «преодолившая ситуационных нарушений», которые не выделялись в отдельную группу, а диагностировались в структуре невротических расстройств.

К середине 1970-х гг. в США назрела проблема дезадаптивного поведения вьетнамских ветеранов. Наиболее частыми расстройствами отдаленного периода у комбатантов были повторяющиеся навязчивые воспоминания, которые часто приобретали форму ярких чувственно-образных представлений, сопровождавшихся страхом, угнетением и соматовегетативными расстройствами, а также нарастающим состоянием отчуждения и безразличия с утратой ранее свойственных интересов, чувством вины, устрашающими сновидениями боевого содержания и характерологическими изменениями (в плане повышенной раздражительности и взрывчатости).

Первое обобщающее исследование проблемы психологической адаптации вьетнамских ветеранов было проведено П. Бурном [Bourne, 1970]. Обращая внимание на выраженную специфику психических нарушений у комбатантов, а также на то, что из болезненных переживаний подчас не исчезают со временем и, будучи все более отчетливыми, проявляются внезапно (на фоне внешнего благополучия), К. Фидли [Fidley, 1978] описал «поствьетнамский синдром».

Таким образом, к концу 1970-х гг. назрела объективная необходимость выработки унифицированного клинико-диагностического подхода к тем психическим расстройствам, которые, во-первых, обнаруживали общие черты у людей, пострадавших в различного рода катастрофах; во-вторых, не соответствовали общепринятым (на то время) в нозологической систематике диагностическим критериям и, в-третьих, в ряде стран (преимущественно в США) стали приобретать характер не только медико-психологической, но и социальной проблемы.

Важным концептуальным шагом, обобщающим все многообразие клинико-психологических аспектов реагирования на катастрофы, стало выделение в DSM-III особой



диагностической группы — «посттравматические стрессовые расстройства» (ПТСР), основные критерии которой были разработаны М. Горовицем с соавт. [Horowitz, 1980]. В зарубежной литературе используется аббревиатура PTSD (Posttraumatic Stress Disorder). С этого момента ПТСР рассматривается в качестве самостоятельной клинической формы, хотя дальнейшие исследования и обнаружили целый ряд противоречивых и дискуссионных моментов.

В связи с пересмотром стрессора, который может вызвать ПТСР, в 1987 г. по DSM-III-R был разработан критерий стрессора, устанавливающий, что личность пережила событие, выходящее за рамки обычного опыта, влекущее за собой сильное потрясение у любого человека [Американская Ассоциация Психиатров, 1987]. В настоящее время критерий стрессора, сформулированный в DSM-IV, точно определяет, что личность пережила, была свидетелем, столкнулась с событием или событиями, ставшими причиной действительной смерти, либо угрозы смерти или серьезной травмы, либо угрозы психической целостности человека, и что реакция личности вызвала интенсивный страх, беспомощность или ужас. Для взрослых людей травматические события, которые могут привести к ПТСР, включают военные действия, жестокое нападение на личность, похищение, взятие в заложники, террористическая атака, пытки, заключение в качестве военнопленного или в концентрационный лагерь, природные или вызванные человеком катастрофы, тяжелые дорожно-транспортные происшествия (этим список не ограничивается). Диагноз ПТСР требует определения того, что личность оказалась в одном из вышеперечисленных обстоятельств [Американская Ассоциация Психиатров, 1994].

Ч. Фигли [Figley, 1986], определяя травму через событие, предложил три основных критерия для диагностики травмы: событие должно быть неожиданным, опасным и подавляющим.

Эт и Пинус [Eth, Pynoos, 1985] считают, что травма случается, когда человек подвергается воздействию подавляющего события, которое делает его беспомощным перед лицом невыносимой опасности, тревоги и инстинктивного возбуждения.

Психологическую травму Ван дер Колк [Van der Kolk, 1987] рассматривает как жизненное переживание, подавляющее психические и биологические механизмы управления.

Вслед за З. Фрейдом Д. Калшед констатирует, что психическая травма вызывается не только внешними событиями; затем начинается внутренняя работа психики, и этот процесс имеет весьма специфическую динамику: а) психика трансформирует внешнюю травму во внутреннюю «самотравмирующую силу»; б) одновременно происходит малинизация (от лат. *malignus* — вредный, губительный).

Нужно подчеркнуть, что Калшед говорит о переходе обычных защит (психики цивилизованного человека) на примитивный уровень «архаических» (архетипических) защит, которые отличаются высокой сопротивляемостью к изменениям (так как и уровень организации психики в целом глубоко регрессирует). В некотором смысле, по аналогии с медицинским определением физической травмы, не совместимой с жизнью, мы могли бы говорить о ментальной травме, не совместимой с психической жизнью цивилизованного человека. В результате эта психическая жизнь редуцируется до минимальных или стереотипных реакций, наиболее ярко проявляющихся в утрате смыслов.

В России посттравматические стрессовые расстройства попали в поле зрения специалистов после войны в Афганистане. Затем целый ряд трагических событий (чернобыльская катастрофа, землетрясение в Армении, война в Чечне, крупные аварии на

транспорте, теракты и т. п.) привел к тому, что исследования проблем психологической травмы и посттравматического стресса стали вызывать повышенный интерес.

К середине 1990-х гг. количество исследований по данной проблематике резко возросло после серии крупных катастроф и стихийных бедствий (землетрясения, аварии на ЧАЭС) и разделилось на два крупных независимых направления — медико-психиатрическое и психологическое.

Медико-психиатрическое направление включает в себя исследование медико-биологических составляющих ПТСР и физико-фармакологических методов коррекции, восстановления и реабилитации (сборник «Боевой стресс и постстрессовая адаптация участников боевых действий», научные труды ГосНИИ военной медицины МО РФ), психогений, клинической психопатологии при ПТСР [Александровский и др., 1989, 1993, 1997; Гельфанд и др., 1989; Григорьев, 2002; Белкин и др., 1992; Стрельников, 1998; Матевосян, 1989, 1990; Мостовой, 1997; Ушаков, 1987] и психолого-психиатрических коррелятов ПТСР [Кикелидзе, 2001; Румянцева 2001; Сукиасян, 1990, 1993; Литвинцев, 1994; Вассерман и др., 1995; Торчинская, 2003; Ушаков, 2003].

В рамках психологического направления исследовались различные аспекты последствий пребывания в экстремальных условиях, проблемы недопонимания в межличностном общении и социально-психологические проблемы у «афганцев» [Знаков, 1989–1991]; изучение смысловых структур личности участников афганской войны [Ольшанский, 1991]; психологические последствия пребывания в зоне экологического бедствия [Моляко, 1992]; психофизические аспекты состояний, поведения и деятельности людей в очагах стихийных бедствий и катастроф [Решетников, 1989–1991]; смысловая регуляция переживаний пострадавших при землетрясениях [Мазур, Гельфанд, Качалов, 1992]; психологическая помощь пострадавшим от землетрясения [Мухина, 1989]; социально-психологическая работа с участниками экстремальных событий [Ениколопов, 1990, 1992, 2004; Ефимов и др., 1990; Маклаков и др., 2001; Костенко, 2001]; диагностика, реабилитация, профилактика стрессовых расстройств [Абдурахманов, 1992; Поляков, 2003]; психологическая коррекция ПТСР у сотрудников органов внутренних дел [Чеведрюк, 2004]; теоретические разработки проблем личности в экстремальных условиях [Лебедев, 1989; Анцыферова, 1994; Журавлев, 2004; Пономаренко, 2004].

Ряд публикаций по психологическим особенностям, адаптации и вопросам психотерапии при ПТСР связан с исследованиями, проводимыми лабораторией посттравматического стресса и психотерапии ИП РАН [Тарабрина, Лазебная, Зеленова и др., 1992–2004].

С конца 1990-х гг. появились работы, акцентирующие внимание на механизмах адаптации в экстремальных условиях: психотрансформативный подход к ПТСР [Магомед-Эминов, 1998]; когнитивные механизмы адаптации к кризисным событиям [Дорожевец, 1998]; личностный адаптационный потенциал в экстремальных условиях [Маклаков, 2001; Човдырова, 2001, 2003].

Начало 2000-х гг. ознаменовано адаптацией западных диагностических методик для исследований психологических особенностей человека в экстремальных условиях [Тарабрина, 2001, 2008].

Если ранее во всех экспериментальных и теоретических работах основной акцент делался на негативные последствия ПТСР, и задача психологической помощи виделась в их устранении, то в настоящее время появились работы, подчеркивающие возможность посттравматического роста и развития личности пострадавшего [Магомед-Эминов, 2005, 2008; Кадыров, 2005, 2007].



Существует несколько подходов в понимании феномена психической травмы. А. М. Свядоц рассматривал психическую травму как раздражитель, действие которого определяется не физическими его параметрами, а информационным значением<sup>37</sup>. **Психическая травма**, по Свядоцу, — результат воздействия психотравмирующих раздражителей, сила которых определяется значимостью патогенной информации для данного индивида. Он выделяет острые и хронические психические травмы. Первые являются результатом однократного, сверхсильного воздействия, вторые — многократно действующих более слабых раздражителей. Действие слабых раздражителей может суммироваться.

Ф. В. Бассин и В. Е. Рожнов подходят к рассмотрению природы психической травмы в контексте концепции психологической защиты. **Психическая травма**, по Ф. В. Бассину и В. Е. Рожнову<sup>38</sup>, — нарушение психологической защиты человека, приводящее к нарушению прежней системы значимых переживаний.

Существуют различные классификации психических травм и вызывающих их ситуаций. Г. К. Ушаков предложил **классификацию психических травм с точки зрения их интенсивности**<sup>39</sup>, выделяя следующие виды психотравм:

1. Массивные (катастрофические), внезапные, острые, неожиданные, потрясающие, одноплановые: а) сверхактуальные для личности; б) неактуальные для личности.
2. Ситуационные острые (подострые), неожиданные, многопланово вовлекающие личность, связанные с утратой социального престижа, с ущербом для самоутверждения.
3. Пролонгированные ситуационные, приводящие к осознанной необходимости стойкого психического перенапряжения (истощающие): а) вызываемые самим содержанием ситуации; б) вызываемые чрезмерным уровнем притязаний личности при отсутствии объективных возможностей для достижения цели в обычном ритме деятельности.

В. А. Гурьева [1996] подразделяет психотравмы **по силе их воздействия на личность** на следующие категории.

1. Сверхсильные, острые, внезапные: присутствие при смерти, убийство, изнасилование.
2. Субъективные, сверхсильные, острые (сверхзначимые для личности): смерть близких родственников (матери, отца), неожиданный уход из семьи любимого родителя (для детей).
3. Острые, сильные, сверхсильные, следующие одна за другой: смерть родителя, уход супруга, супружеская измена, привлечение к уголовной ответственности ребенка.
4. Психогенные травмы, лежащие в основе посттравматических стрессовых расстройств, отличающиеся определенным своеобразием. Это стрессовое событие (кратковременное или продолжительное), исключительно угрожающего или катастрофического характера, которое может вызвать состояние дистресса почти у любого человека природные катастрофы, война, несчастные случаи, жертвы пыток).
5. Определяемые как ключевые переживания по отношению к каким-либо особенностям личности (тревожно-мнительные, истерические, сенситивные).

<sup>37</sup> Свядоц А. М. Неврозы и их лечение. М.: Медицина, 1982.

<sup>38</sup> Бассин Ф. В., Рожнов В. Е., Рожнова М. А. Психическая травма (к современному пониманию ее природы и общих принципов ее психотерапии): руководство по психотерапии / под ред. В. Е. Рожнова. Ташкент: Медицина, 1979.

<sup>39</sup> Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства. М.: Медицина, 1987.

6. Сочетающиеся с депривацией (эмоциональной или сенсорной). Под депривацией понимается невозможность удовлетворения каких-либо базовых потребностей.

7. Хронические психические травмы (неблагополучная семья, закрытые учреждения, армейские условия).

8. Комбинация острых и хронических психогенных травм.

Е. М. Черепанова классифицировала психотравмирующие ситуации **по степени увеличения симптомов патологического горя** при развитии синдрома посттравматических стрессовых нарушений<sup>40</sup>:

- 1) ожидаемая утрата, к которой человек подготовлен;
- 2) внезапная ожидаемая утрата;
- 3) информация о неожиданной утрате: внезапная смерть, болезнь, несчастный случай, катастрофа, война, убийство, самоубийство;
- 4) присутствие при неожиданной утрате: внезапная смерть, убийство, самоубийство;
- 5) неожиданная утрата в ситуациях, при которых человек, пострадавший в результате несчастного случая, катастрофы или на войне, остался в живых.

Характер психической травмы и уровень стрессогенности психотравмирующей ситуации зависят от силы психотравмирующего воздействия. **Психотравмирующее воздействие**, по Ю. А. Александровскому, — воздействие, обусловленное ослаблением активности или целостности индивидуального барьера психической адаптации<sup>41</sup>, приводящее к психогенным расстройствам.

В представленном пособии **психическая травма — это нарушение целостности функционирования психики человека, вызванное экстремальной ситуацией**, в которой экстремальные факторы действуют во времени и пространстве, имеют определенное значение для личности и субъективно оцениваются ею как необычные, выходящие за пределы «нормального человеческого опыта».

**Психическая травма возможна при следующих обстоятельствах:**

- Источник травмы — всегда внешнее событие в реальном, бытийном мире.
- Происшедшее событие осознаваемо (человек знает причину происходящего), но при посттравматическом стрессовом расстройстве человек это вытесняет частично, а при шоковой травме — полностью, чтобы не испытывать душевной боли.
- Травма вызывает чувство ужаса и беспомощности.
- Пережитое разрушает привычный образ жизни, выходит за рамки обыденного человеческого опыта и вызывает дистресс у любого человека. Кроме того, реакция на травму сопровождается попытками избежать травматических переживаний, эмоций.
- Возникает ощущение невозможности контролировать свои эмоции; отторжение осознания этих эмоций (как защитный механизм психики человека).

Психотравмирующие события изменяют жизнь и функционирование психики участников этих событий по основным четырем измерениям:

- 1) внутреннее ощущение себя в мире система ценностей и концепция окружающего мира (Я духовное);
- 2) субъективная характеристика течения времени — в травматической ситуации время либо «останавливается», либо возникает острая его нехватка (Я реальное);
- 3) чувство безопасности (Я социальное);
- 4) физическое состояние (Я телесное).

<sup>40</sup> Черепанова Е. М. Саморегуляция и самопомощь при работе в экстремальных условиях. М., 1995.

<sup>41</sup> Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. Ростов н/Д: Феникс, 1997.



## СИМПТОМАТИКА ПТСР

### КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ПТСР

Согласно МКБ-10 и DSM-IV, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) может развиваться вслед за травмирующими событиями, выходящими за рамки нормального человеческого опыта. Оно может возникнуть как у непосредственных жертв травм, так и у свидетелей.

В МКБ-10 ПТСР шифруется в рубрике F43 («Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации») под кодом F43.1. Эти диагностические критерии ПТСР соответствуют критериям по DSM-IV, которые более детализированы и позволяют дифференцировать тип расстройства.

По DSM-IV ПТСР рассматривается в рубрике «Тревожные расстройства» (309.xx), хотя диагностический код (309.81) соответствует «Расстройствам адаптации» 309.xx.

Посттравматическое стрессовое расстройство (309.81): острое/хроническое; с установленным началом.

Для использования в практике психологу необходимо учитывать следующие диагностические критерии ПТСР по DSM-IV.

**А.** Больной находился под воздействием травмирующего события, при котором имели место следующие явления:

1. Больной пережил, был свидетелем или участником события или событий, которые представляли реальную или возможную угрозу смерти либо серьезного вреда или опасность нарушения физической целостности, угрожавшую самому больному или другим людям.

2. Реакция больного была выражена в виде страха, беспомощности или ужаса. Воздействие экстремального стрессора приводит к манифестации ПТСР в виде трех составляющих: интрузии, избегания и гиперактивности.

**Б.** Травмирующее событие повторно переживалось в виде одного или нескольких следующих проявлений (*интрузия*):

1. Повторные, навязчивые воспоминания о событиях, включая образы, мысли или ощущения.

2. Повторяющиеся и вызывающие значительное беспокойство сны о пережитом событии.

3. Такие действия или ощущения, как если бы травмирующее событие случилось снова (включая ощущение воссоздания пережитого, иллюзии, галлюцинации и диссоциативные эпизоды, в том числе те, которые возникают при пробуждении или в состоянии опьянения).

4. Сильный психологический дистресс под влиянием внешних или внутренних раздражителей, которые символизируют какой-либо аспект травмирующего события или напоминают о нем.

5. Физиологическая реактивность под влиянием внешних или внутренних раздражителей, которые символизируют какой-либо аспект травмирующего события или напоминают о нем.

**В.** Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой, и общее оценивание (отсутствовавшие до травмы), о которых свидетельствует по меньшей мере три симптома из следующих (*избегание*):

1. Попытки избежать мыслей, ощущений или разговоров, связанных с травмой.

2. Попытки избежать действий, мест или людей, которые вызывают воспоминания о травме.

3. Частичная или полная амнезия важных аспектов травмы.

4. Выраженное снижение интереса к ранее значимым видам деятельности или к участию в них.

5. Чувство отрешенности или отчужденности от окружающих.

6. Сужение диапазона аффективной реакции, например неспособность испытывать любовь.

7. Неспособность ориентироваться на длительную жизненную перспективу (например, больной не планирует заниматься карьерой, жениться, иметь детей или строить нормальную жизнь).

**Г.** Устойчивые проявления повышенного возбуждения, отсутствовавшие до травмы, о которых свидетельствует не менее двух симптомов из следующих (*гиперактивность*):

1. Трудности при засыпании или нарушении продолжительности сна.

2. Раздражительность или вспышки гнева.

3. Трудность концентрации внимания.

4. Сверхнастороженность.

5. Усиленная реакция на испуг.

**Д.** Продолжительность расстройства (симптомов, описанных в рамках критериев

**Б, В и Г**) более одного месяца.

**Е.** Расстройство вызывает клинически значимый дистресс или нарушения в соци-

альной, трудовой или других сферах жизнедеятельности.

**Типы расстройства:**

• **острое** — симптомы сохраняются менее трех месяцев;

• **хроническое** — симптомы сохраняются три месяца и более;

• **отсроченное** — симптомы возникают, по меньшей мере, через шесть месяцев по-

сле окончания воздействия стрессора.

В небольшой части случаев ПТСР, обнаруживая хроническое течение на протяжении

многих лет, может переходить в хроническое изменение личности (МКБ-10; F62.0).



происходить в различных формах: повторяющиеся и насильственно прорывающиеся, внедряющиеся в сознание воспоминания о событии, включая образы, мысли или представления. Человек всеми силами стремится забыть о событии, но оно всегда найдет лазейку, чтобы напомнить о себе.

Навязчивые воспоминания обычно возникают без каких бы то ни было внешних стимулов, но сопровождающие их переживания могут быть настолько сильными, что человек ощущает их, как если бы трагические события происходили в реальности. Это действия или чувства, соответствующие переживаемым во время травмы. Сюда относятся иллюзии, галлюцинации и так называемые «вспышки воспоминаний» (флэшбеки), когда перед мысленным взором, как в кино, проходят эпизоды травматического события, порой еще ярче и отчетливее, чем это было в действительности. Причем не важно, возникают они наяву, в просоном состоянии или же при интоксикации (например, под воздействием алкоголя или лекарств).

К этой же группе симптомов относятся повторяющиеся детские игры, в которых заметны элементы травматического события. Ни для кого не секрет, что дети в своих играх всегда отражают то, что их особенно взволновало. Так, дети играют во врачей, кондукторов, в похороны и т. п. Здесь же имеется в виду особый вид игры, когда дети однообразно, монотонно повторяют один и тот же сюжет игры, не внося туда никаких изменений, никакого развития. В таких играх обычно отсутствуют катарсические элементы, то есть дети, проиграв определенные сюжеты, не испытывают облегчения. После землетрясения в Армении психологи наблюдали случаи, когда дети по 50 раз в день играли в землетрясение, в обнаружение мертвых тел, в похороны, доводя родителей до утомления, так как те мечтали поскорее забыть эти кошмарные события.

**2. Повторяющиеся и вызывающие значительное беспокойство сны о пережитом событии.** Повторяющиеся кошмарные сны о событии могут протекать с полным погружением в те чувства и переживания.

У детей могут быть сны, на первый взгляд непонятные, но вызывающие у них ужас. Ребенок может не понимать, что во сне каким-то образом отражена катастрофа, тогда как постороннему взрослому человеку это очевидно. Например, девочке из Армении снился один и тот же сон, в котором к ней является Дева Мария и выводит всю семью на крышу гаража. Понятно, что таким образом во сне отражалась надежда на спасение и Дева Мария выступала в роли спасателя.

**3. Такие действия или ощущения, как если бы травмирующее событие случилось снова.** Ощущение воссоздания пережитого, иллюзии, галлюцинации и диссоциативные эпизоды, в том числе те, которые возникают при пробуждении или в состоянии опьянения. В относительно редких случаях имеют место состояния с явлениями нарушения ориентировки, продолжающиеся от нескольких секунд до нескольких часов и даже суток: человек как бы становится участником травматического события, переживает его вновь.

**4. Сильный психологический дистресс под влиянием внешних или внутренних раздражителей, которые символизируют какой-либо аспект травмирующего события или напоминают о нем.** В ряде случаев может иметь место развитие состояния психоэмоционального напряжения или острого стресса при столкновении с чем-то, напоминающим (символизирующим) травматическое событие. Примером могут служить описанные реакции жертв нацистских концентрационных лагерей на вид свастики, участников вьетнамской войны на соответствующие телевизионные сюжеты, годовщина травматического события, холод и снегопад, в случае, если травма была зимой,

для изнасилованных женщин — введение предметов во влагалище при гинекологическом осмотре.

**5. Физиологическая реактивность под влиянием внешних или внутренних раздражителей, которые символизируют какой-либо аспект травмирующего события или напоминают о нем.** При столкновении с ситуациями, напоминающими травмирующее событие, у человека проявляются физиологические реакции, возникшие под влиянием этого события: потливость, онемение конечностей (омертвление, жжение или мурашки, покалывание в кистях рук и стопах), ощущение слабости, ощущение давления в горле («ком в горле»), озноб, зуд, головокружение и т. д.

**6. Попытки избежать мыслей, ощущений или разговоров, связанных с травмой. Попытки избежать действий, мест или людей, которые вызывают воспоминания о травме.** Человек обычно делает усилие с целью подавления травматического эпизода и упорно избегает всего, что может быть связано с травмой.

**7. Частичная или полная амнезия важных аспектов травмы.** Человек не может вспомнить некоторые эпизоды того, что с ним происходило.

**8. Выраженное снижение интереса к ранее значимым видам деятельности или к участию в них.** Человек становится равнодушным ко всему, его ничто не увлекает, даже любимые занятия.

**9. Чувство отрешенности или отчужденности от окружающих.** Человек также может испытывать ощущение одиночества.

**10. Сужение диапазона аффективной реакции (например, неспособность испытывать любовь).** В большинстве случаев у лиц, переживших экстремальную травматическую ситуацию, преобладают пониженное настроение (субдепрессивный регистр), которое субъективно воспринимается как постоянное недовольство собой или окружающей ситуацией, и с трудом сдерживаемая раздражительность. Им свойственны эмоциональное безразличие, вялость, апатия, у них пропадает интерес к окружающей действительности, исчезает желание получать удовольствие (агедония), снижается интерес к значимой ранее активности.

При этом имеет место явление общего сниженного реагирования на сенсорные раздражители, что можно трактовать как «психическую анестезию». Отмечается снижение способности испытывать эмоции, в том числе связанные с сексуальными аспектами.

**11. Неспособность ориентироваться на длительную жизненную перспективу.** Например, человек не планирует заниматься карьерой, жениться, иметь детей. Появляется чувство укороченного будущего, формируется короткая жизненная перспектива, человек планирует свою жизнь на очень небольшое время. Пострадавший не может представить себе, что у него будет долгая жизнь, семья, карьера, дети. В ряде случаев человек может испытывать чувство «неприглядного будущего».

**12. Трудности при засыпании или нарушение продолжительности сна.** Человека посещают ночные кошмары, есть основания считать, что он сам невольно противится засыпанию и именно в этом причина его бессонницы: боится заснуть и вновь увидеть ужасный сон. У пострадавших в ЧС отмечаются сновидения, непосредственно отражающие травматическое событие (иногда они бывают настолько яркими и неприятными, что пострадавшие предпочитают не засыпать или дожидаться утра, «чтобы уснуть спокойно»).

Перенесенная травма может приводить к усилению симптомов тревоги или повышенной возбудимости, ранее не наблюдавшихся, что также нарушает сон. Регулярное недосыпание, приводящее к крайнему нервному истощению, дополняет картину травматического стресса. Бессонница бывает вызвана, кроме того, высоким уровнем



тревожности, неспособностью расслабиться, а также непреодолимым чувством физической или душевной боли. У пострадавших в ЧС имеют место частые ночные и ранние пробуждения с чувством необоснованной тревоги («Наверное, что-то случилось»).

Сон вообще относится к таким явлениям, которые при малейшем психологическом неблагополучии нарушаются в первую очередь.

### 13. Раздражительность или вспышки гнева.

У участников боевых действий возникает бурная реакция агрессии при малейшей неожиданности, которая напоминает травматические ситуации военных действий (резкие звуки, крики, стук). Человек становится конфликтным, со всеми ссорится, часто предпочитает решать споры, применяя насилие. Контроль поведения затруднен.

14. **Трудности при концентрации внимания.** Человек испытывает трудности, когда требуется сосредоточиться или что-то вспомнить. В некоторые моменты концентрация внимания может быть нормальной, но стоит появиться какому-либо стрессовому фактору, как человек теряет способность сосредоточиться. У детей это нарушение порой достигает такой выраженности, что их успехи в обучении сильно ухудшаются. Отличники становятся двоечниками, очень болезненно переживая это.

15. **Сверхнастороженность** (немотивированная бдительность). Человек пристально следит за всем, что происходит вокруг, словно ему угрожает постоянная опасность. Но эта опасность не только внешняя, но и внутренняя — она состоит в том, что нежелательные травматические впечатления, обладающие разрушительной силой, прорвутся в сознание. Часто сверхбдительность проявляется в виде постоянного физического напряжения. Человек напряжен, подтянут, словно готов в любой момент отразить внешнюю или внутреннюю угрозу.

Это физическое напряжение, которое не позволяет расслабиться и отдохнуть, может создать немало проблем. Во-первых, поддержание такого высокого уровня бдительности требует постоянного внимания и огромных затрат энергии. Во-вторых, человеку начинает казаться, что это и есть его основная проблема. И как только удастся уменьшить напряжение и расслабиться, все будет хорошо.

Физическое напряжение может выполнять защитную функцию — защищает наше сознание, и нельзя убирать психологическую защиту, пока не уменьшилась интенсивность переживаний. Когда же это произойдет, физическое напряжение уменьшится.

Меры предосторожности, которые предпринимаются личностью, определяются характером перенесенной экстремальной ситуации.

Лица, пережившие землетрясения, стремятся сидеть недалеко от двери или окна (чтобы при необходимости быстро покинуть помещение). Они часто смотрят на люстру или аквариум, пытаясь определить, не начинается ли землетрясение, стараются сидеть на жестком стуле, так как мягкие сиденья смягчают толчок и затрудняют возможность уловить начало землетрясения.

Лица, перенесшие бомбардировки, войдя в помещение, сразу же зашторивают окна, осматривают комнату, заглядывают под стол, стремясь определить, можно ли там спрятаться во время бомбежки.

Участники боевых действий не желают садиться спиной к двери и выбирают место, откуда можно наблюдать за всеми присутствующими.

Бывшие заложники или лица, подвергшиеся сексуальному насилию, если они были захвачены на улице, стараются в одиночку не выходить на улицу, и наоборот, если это произошло дома, — не оставаться одни в помещении.

16. **Усиленная реакция на испуг.** При малейшем шуме, стуке человек вздрагивает, бросается бежать, громко кричит.

У лиц, которые подверглись воздействию ЧС, может развиваться так называемая приобретенная беспомощность. В этом случае мысли пострадавших постоянно заняты тревожным ожиданием повторения события и того чувства беспомощности, которое они испытали. Это состояние затрудняет контакт с окружающими. Различные звуки, запахи или ситуации могут легко стимулировать воспоминание о событии, связанном с травмой, что и приводит к чувству беспомощности.

Особое место среди отсроченных реакций на психотравмирующий стресс занимает повторные переживания (флэшбеки) прошлых травматических событий, которые сопровождаются как бы выключением из настоящего.

Этому способствуют наиболее распространенные нарушения функционирования психики. Устойчивую и удручающую триаду составляют **страх, нарушения сна и кошмары**.

По словам людей, переживших психотравмирующий стресс, они испытывают страх даже во сне. Страх этот не носит характер невроза, он тесно связан с пережитыми во время травмирующего события. Пострадавшие безуспешно стараются его подавить. Оттого, что их мучают кошмары, они боятся ложиться спать. Они не высыпаются, так как сон у них зачастую прерывист, неглубок и длится 3–4 часа. Люди пробуждаются от кошмарных видений, повергающих их в ужас. Этот ужас объясняется тем, что в подобных снах они ощущают полную беззащитность.

Возникновение кошмаров и флэшбеков зачастую связано с будничными происшествиями и впечатлениями, которые ассоциируются с перенесенной травмой; они представляют собой пронзительное и тревожное воспоминание, воскрешающее травмирующую ситуацию так, что на какое-то ограниченное время, которое может длиться от нескольких секунд до нескольких часов, человек полностью или частично утрачивает связь с реальностью.

А. Бланк [1985] выделяет четыре типа повторных переживаний:

- **яркие сны и ночные кошмары;**
- **яркие сны, от которых человек просыпается,** потрясенный ощущением реальности вспомнившихся событий и возможными действиями, которые он совершил под воздействием этих воспоминаний;
- **осознаваемый флэшбек** — переживания, в которых ярко представляются образы психотравмирующего события. Они могут иметь независимый характер и сопровождаться воспроизведением визуальных, звуковых и обонятельных образов. При этом может утрачиваться контакт с реальностью (частично или полностью);
- **неосознаваемый флэшбек** — представляет собой внезапное, абстрактное переживание, сопровождающееся определенными действиями и образами.

Существует три вида флэшбек-реакций: **переигрывающие** — мысленное изменение событий, предшествующих психотравме (человек, не справившийся с пожаром, во сне тушит его); **оценивающие** — яркие представления последствий травмы, **предупреждающие** — представление более тяжелых последствий, чем были в реальности.

### Вторичные симптомы ПТСР

Клиническая картина обычно включает дополнительные симптомы, которые называются вторичными и являются последствиями ПТСР:

- импульсивное поведение, эксплозивные вспышки, раздражительность или склонность к физическому насилию над другими людьми;



- злоупотребление алкоголем или наркотиками, особенно для «снятия остроты» болезненных переживаний, воспоминаний или чувств;
- антисоциальное поведение или противоправные действия;
- депрессия, суицидальные мысли или попытки самоубийства;
- высокий уровень тревожной напряженности или психологической неустойчивости;
- неспецифические соматические жалобы (например, головная боль). У лиц с ПТСР часто обнаруживаются соматические и психосоматические расстройства в виде хронического мышечного напряжения, повышенной утомляемости, мышечно-суставной, головной, артритоподобной боли, язвы желудка, боли в области сердца, респираторного симптома, колита.

Описаны следующие **типы психической дезадаптации у ветеранов боевых действий** (каждому из них соответствует целостная поведенческая стратегия) [Карвасарский и др., 1990].

**Первый тип — активно-оборонительный** (преимущественно адаптированный). Отмечается либо адекватная оценка тяжести заболевания, либо тенденция к его игнорированию. Наблюдаются невротические расстройства. У части ветеранов прослеживается стремление обследоваться и лечиться амбулаторно.

**Второй тип — пассивно-оборонительный** (дезадаптация с интрапсихической направленностью). В его основе — отступление, примирение с болезнью. Характерны тревожно-депрессивные и ипохондрические тенденции. Снижена потребность бороться с болезнью, нередко ориентация на «выигрыш» от нее. Психический дискомфорт — в жалобах соматического характера.

**Третий тип — деструктивный** (дезадаптация с интерпсихической направленностью). Характерно нарушение социального функционирования. Наблюдаются внутренняя напряженность, дисфория. Часто отмечаются конфликты, взрывное поведение. Для рядки отрицательных аффектов клиенты прибегают к алкоголю, наркотикам, агрессивным действиям и суицидным попыткам.

Описаны разнообразные **психопатологические симптомокомплексы**, наблюдаемые у ветеранов [Цыганков, 1992]. Для **астенического** симптомокомплекса характерны выраженная возбудимость и раздражительность на фоне повышенной утомляемости и истощаемости, эмоциональная слабость, пониженное настроение, обидчивость. **Обсессивно-фобический** симптомокомплекс проявляется чувством немотивированной тревоги и страха, навязчивыми воспоминаниями психотравмирующего события. При **истерическом** симптомокомплексе наблюдаются повышенная внушаемость и самовнушаемость, стремление привлечь к себе внимание, демонстративный характер поведения. Для **депрессивного** симптомокомплекса характерны пониженное настроение, пессимизм. **Эксплозивный** симптомокомплекс проявляется в повышенной раздражительности, взрывчатости, злобности и агрессивности. **Психоорганический** симптомокомплекс, как правило, развивается у перенесших черепно-мозговую травму (астения, дисфория, нарушения памяти, эмоциональные расстройства, нарушения сна). Возможны кратковременные дереализационные и делириозно-онейроидные расстройства.

Таким образом, фиксация на травме происходит за счет того, что пострадавшему не удается интегрировать травматический опыт в существовавшую прежде целостную структуру личности. Травматический опыт возникает и существует обособленно, происходит дезинтеграция жизненного опыта. Это проявляется в двух формах: в форме фрагментации жизненного пути, когда жизнь до травмы и жизнь после травмы

представляют собой два раздельно существующих куска в субъективной картине мира, и в форме фрагментации личности, то есть распада целостной личности на субличности, друг с другом не связанные.

Ведущие тенденции вторжения и избегания, при помощи которых описывались основные симптомы ПТСР, прослеживаются и впоследствии и могут быть проявлениями глубинных психологических защитных механизмов личности пострадавшего.

Тенденции вторжения — это компульсивные повторы травматической ситуации, которые захватывают все процессы личности. При навязчивых (непроизвольных) воспоминаниях человек их переживает, но и понимает при этом, что находится не там, а здесь и сейчас, он одновременно живет и в травматической ситуации, и в настоящей. Подобные вторжения происходят как в бодрствующем состоянии, так и во сне. Сны такого рода обычно бывают двух типов: первые, как видеозапись, передают травмирующую ситуацию; во снах второго типа обстановка и персонажи могут быть иными, но некоторые элементы сна подобны тем, что были в травмирующем событии. Иногда человек, просыпаясь, не помнит, что было во сне, но у него остается тягостное эмоциональное впечатление. Многие ветераны и их близкие отмечают, что во время такого сна человек мечется в постели, кричит, просыпается со сжатыми кулаками, словно готов к драке.

Вторжения могут представлять собой воспоминания своих действий либо действий других, какие-то детали ситуаций, сенсорные стимулы (зрительные, слуховые, обонятельные), могут всплывать образы местности. Вторжения различаются по интенсивности, продолжительности, могут быть циклическими, возникать с определенной периодичностью. Эти навязчивые воспоминания могут сопровождаться аффектом, при котором есть восприятие ситуаций и эмоциональная реакция на ситуацию. Вторжения могут выглядеть как сочетающиеся во времени образ и аффект, но образ может быть отделен от аффекта, когда есть картинка, но нет эмоций. Для понимания ряда проявлений ПТСР интересна такая разновидность вторжений, при которых есть эмоция, но нет образа. Травмирующее воспоминание вытесняется, что проявляется как беспричинная тревога, гнев, страх. Если аффект есть, но нет образа, то происходит перемещение аффекта на что-то другое или на кого-то другого. Чувство гнева возникло, кто-то попался под руку, и гнев выливается на него (к вопросу о немотивированной агрессии при ПТСР). Кроме того, в качестве недостающего образа могут выбираться социальные институты, и тогда пострадавший занимается сутяжничеством. Работает механизм замещения, и при отсутствии образа аффект может заставлять человека формировать (искать) образ врага. Этот механизм помогает прояснить некоторые проявления ПТСР, например повышенную бдительность.

Таким образом, сначала образ вытесняется, а затем замещается, то есть действуют сразу два механизма психологической защиты. Кроме того, поскольку присутствует отделение психотравмирующей ситуации от связанных с ней душевных переживаний, можно говорить о таком механизме психологической защиты, как изоляция. Когнитивное содержание изолируется от эмоционального, поскольку вторжения происходят вне желания, навязчивы, и у субъекта часто возникает страх по поводу этих неприятных страшных воспоминаний, формируется страх перед страхом, боязнь испугаться того, что всплывут какие-то образы, и это трансформируется в страх сойти с ума, потерять самоконтроль, потерять контроль над эмоциями, что может стать причиной отказа пострадавших от медицинской и психологической помощи. Обращение за помощью может активизировать эти переживания, но поскольку есть опасение из-за них сойти с ума, значит, лучше оставить все как есть. Актуализировать неприятные переживания,



признаться в своем страхе перед ними неприятно для любого человека, для мужчины — вдвойне, а для мужчины в форме — еще больше. Немалую роль здесь играет и сформированный в обществе (кинофильмами, литературой) образ «супермена», который ничего не боится, неуязвим для опасностей. С детства нам внушают, что мужчине не пристало бояться, показать свой страх — значит, уронить себя в глазах окружающих.

Рассмотрим теперь, как проявляются тенденции избегания.

Они могут проявляться полностью или частично, то есть не касаться либо травматического опыта вообще, либо каких-то его фрагментов. И эта частичность обусловлена и определяется избирательностью мотивации. Мы знаем, что наше восприятие мотивировано и избирательно. Избегание может проявляться в разных формах — и как избегание мыслей, чувств, впечатлений (образов), связанных с травмой, и как избегание занятий и ситуаций, которые могут напомнить о травме, оживить эти воспоминания. Избегание может проявляться в так называемой психической амнезии, невозможности вспомнить травматическую ситуацию или отдельные детали. Сюда же можно отнести и потерю интересов, отчуждение от других людей, утрату способности испытывать яркие позитивные эмоции. Каков психологический смысл избегания? Его основа — это защита Я с помощью психического сжатия личности; происходит выстраивание двойного защитного барьера — защита и от внешней стимуляции, и от внутренней. Это сжатие позволяет снизить существующие фобии и в том числе избежать страха повторно оказаться в ситуации травмы, создает ощущение безопасности за счет отклонения страха (он загоняется в глубину, но нигде при этом не деформируется и продолжает выполнять свою деструктивную функцию). На какое-то время Я человека защищено от переживаний. Выше мы уже отмечали, что воспитание, направленное на формирование бесстрашного героя, закладывает поведенческий механизм отрицания собственных глубинных страхов. У людей, прошедших через серию травмирующих событий, фобиями насыщен значительный кусок всего жизненного опыта. Загнанным в глубину страхом можно объяснить и такие проявления ПТСР, как вспышки гнева, раздражения, ярости. Гнев — это реакция на страх, один из способов ответа на опасность. Если внимательно проанализировать ситуацию, когда человек особо рассержен, то можно обнаружить, что перед тем, как он пришел в состояние гнева, с ним случилось что-то, воспринятое им как опасность. Ветераны боевых действий, например, могут чувствовать себя под угрозой из-за необоснованных страхов, но при этом мнимая опасность может разъярить их ничуть не меньше, чем реальная.

Таким образом, тенденции вторжения и избегания с соответствующими им симптомами ПТСР представляют собой проявления механизмов психологической защиты — вытеснения, замещения, отрицания и изоляции.

Рассматривая и анализируя глубинные механизмы ПТСР, необходимо упомянуть его важнейшую психологическую составляющую — потерю смысла. Ведущая роль в возникновении ПТСР принадлежит тому, как личность переживает, интерпретирует травматическое событие, каким личностным смыслом его наделяет. Травматический стресс трансформирует все психические структуры личности, вплоть до самых глубинных; он трансформирует вершину личности — смысловую систему. Любая экстремальная ситуация стимулирует образование новых смыслов, характерных только для травматической ситуации. Подобное смыслообразование в условиях травмы необходимо, чтобы человек мог продолжать свое существование и создавать новую смысловую реальность. У человека и до травмы была смысловая система, и при возникновении

новых, травматических смыслов происходит их удвоение. Но то, что было адекватно и прогрессивно в самой экстремальной ситуации, при возвращении в обыденную жизнь перестает быть прогрессивным, превращается в регресс и задерживает дальнейшее развитие личности. Этот новый травматический смысл становится обузой, мешающей в обычной жизни. Возникший смысловой конфликт — одно из проявлений ПТСР. Новые смыслы противостоят обыденной жизни и не включаются в целостную смысловую иерархию, не происходит интеграции личности. Вокруг каждого смыслового центра формируется свое смысловое поле и при пересечении этих смысловых полей в результате их конфликтных отношений происходит взаимное обесмысливание, смыслоутрата. После завершения экстремальной ситуации человек возвращается в ситуацию повседневной жизни, но личность продолжает функционировать так, как будто еще живет в травматической ситуации, и эти изменения личности идут вразрез с требованиями обстоятельств обыденной жизни. Иными словами, в результате воздействия травмы нарушается процесс трансформации личности, интеграции нового опыта, переоценки, изменения смыслов по соотношению к ситуации, внутри человека остается эта паразитарная субличность как дубликат его Я. Сам факт существования новой субличности тормозит дальнейшее развитие человека. Трансформация проходит по разным направлениям:

1. Утрата смыслов, которые были прежде («Я до сих пор не понимаю, что мы делали на этой войне»).
2. Ощущение бессмысленности происшедшего («Там была каша из бессмысленных смертей»).
3. Негативное переосмысление («Меня туда тянет, на войну, как преступника к месту преступления»).
4. Поиск смысла и наделение им бессмысленного с точки зрения обыденной жизни явления. И это очень опасно, поскольку приводит к выраженной деформации личности. В. Франкл утверждал: чтобы спасти человека, надо дать ему новый смысл. В нашем же случае человек страдает оттого, что он приобрел смысл и не может его утратить. Он наделил смыслом бессмысленное действие или событие, а для того чтобы он стал здоровым, ему надо этот смысл утратить, от него избавиться.

Еще один момент, характерный для экстремальной ситуации, — задействование глубинных возможностей (потенциалов) личности, максимальная мобилизация возможностей человека. Это сопровождается переживанием ярких впечатлений, ощущением остроты жизни. Эти возможности ему не нужны в мирной жизни, человек с ними не может адаптироваться, и это становится еще одним важным фактором ПТСР (и в связи с этим, к сожалению, ветераны боевых действий могут становиться членами бандитских группировок, преступных формирований).

Таким образом, можно выделить среди вторичных психологических симптомов ПТСР смысловой конфликт, неустойчивость потенциалов личности, утрату смысла, воспроизведение травматических стилей выживания.

В экстремальной ситуации профессиональной деятельности (для военнослужащих — военные действия; для спасателей — чрезвычайные ситуации и т. д.) ощущение бессмысленности происходящего помогает человеку выжить. ПТСР — это и посттравматическое смысловое расстройство, и поэтому одной из возможных задач психотерапии является избавление от подобного смысла и помощь в обретении новых подлинных смыслов повседневной жизни.



Еще одно важное последствие ПТСР — формирование у человека **кризисного образа мира**.

- Высокий уровень тревожности, триада «беспомощность, безнадежность, безвыходность», которая рассматривается как показатель посттравматического стресса (Г. Селье, Л. А. Китаев-Смык, Т. Грининг).
- Внешний мир воспринимается как опасный, «вторгающийся в мою жизнь» или «отторгающий меня».
- Происходит отчетливое разделение «других людей» на «близких» и «далеких», «своих» и «чужих».
- Образ себя — это «маленький», «бессильный», «брошенный», «уязвимый», «беззащитный», «лишний» человек, который не способен преодолеть трудности и изменить свою жизнь к лучшему. В наиболее тяжелых случаях происходит нарушение (распад) идентичности.
- Отмечается разрыв во временной структуре личности, который может проявляться в различных нарушениях единства прошлого, настоящего и будущего. В ностальгии по прошлому в сочетании со страхом будущего и возрастной регрессией у одних, «отлетом в будущее» и нереалистической «верой в чудесное избавление» у других, «узкопрагматическим» восприятием реальности, ограничением жизни лишь в пространстве сегодняшнего дня у третьих.

Все эти признаки свидетельствуют о **глубокой травме**, результатом которой стало **отчуждение** от других людей, мира и самого себя. У части пострадавших это проявляется в отчуждении от себя («комплекс жертвы» — сочетание таких психических реакций, как апатия, отказ от ответственности за себя и других, понижение самооценки); у другой — в отчуждении от окружающих людей («комплекс отверженности» с характерной для него разобщенностью и холодностью), у некоторых наблюдается уход от мира, они по преимуществу живут в грезах и фантазиях. Во всех этих случаях обнаруживается чувство утраты, катастрофические ожидания и предчувствия, которые сочетаются с внешним «локусом контроля», то есть свои неудачи люди объясняют внешними обстоятельствами (не «Я делаю», а «Со мною происходит», «Так уж сложились обстоятельства»).

Из всего вышеизложенного видно, что посттравматическое стрессовое расстройство отражается в четырех сферах функционирования личности (табл. 11): внутреннее ощущение себя в мире, картина мира, смысл жизни (Я духовное); субъективная характеристика течения времени, в травматической ситуации время либо «останавливается», либо возникает острая его нехватка (Я реальное); чувство безопасности (Я социальное); физическое состояние (Я телесное).

Таблица 11

#### Соотношение симптомов ПТСР со сферами функционирования личности

Сферы функционирования личности	Симптомы ПТСР
Духовная (Я духовное)	Неспособность ориентироваться на длительную жизненную перспективу. Смысловой конфликт. Субъективная невосребованность потенциалов личности. Утрата смысла. Кризисный образ мира

Окончание таблицы

Сферы функционирования личности	Симптомы ПТСР
Психическая (Я реальное)	Повторные, навязчивые воспоминания о событиях, являясь образы, мысли или ощущения. Повторяющиеся и вызывающие значительное беспокойство сны о пережитом событии. Частичная или полная амнезия важных аспектов травмы и др.
Социальная (Я социальное)	Сверхбдительность. Попытки избежать действий, мест или людей, которые вызывают воспоминания о травме. Выраженное снижение интереса к ранее значимым видам деятельности или к участию в них. Чувство отрешенности или отчужденности от окружающих. Сужение диапазона аффективной реакции. Раздражительность или вспышки гнева
Биологическая (Я телесное)	Физиологическая реактивность под влиянием внешних или внутренних раздражителей

## ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ КОНЦЕПЦИИ ПТСР

К настоящему моменту не разработана единая теория, полностью объясняющая природу и механизмы посттравматических нарушений личности. Известны четыре основные модели, рассматривающие посттравматическое стрессовое расстройство: **психофизиологическая, психодинамическая, когнитивная и информационная**.

### ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПТСР

В рамках **психофизиологической модели** ответ на травму — результат длительных физиологических изменений. Вариателность реагирования на травму обусловлена темпераментом (И. П. Павлов). Согласно современным данным (Kolb, Van der Kalk), при стрессовом воздействии возрастает оборот норэпинефрина, что приводит к росту уровня плазматического катехоламина, снижению уровня норадреналина, дофамина, серотонина, росту уровня ацетилхолина, возникновению опосредованного эндогенными опиоидами болеутоляющего эффекта. Снижение уровня норадреналина и падение уровня дофамина коррелируют с состоянием психического оцепенения. Это состояние, по мнению многих авторов (Lifton, Horowitz, Green, Lindy), является центральным в синдроме реагирования на стресс. Болеутоляющий эффект, опосредованный эндогенными опиоидами, может приводить к возникновению опиоидной зависимости и к поискам ситуаций, похожих на травмирующую. Снижение серотонина вызывает ингибирование работы системы подавления продолжения поведения, что приводит к генерализации условной реакции на связанные с первоначальным стрессором стимулы. Подавление функционирования гиппокампа может быть причиной амнезии на специфический травматический опыт (Van der Kalk).



Выше рассмотрен основной подход к психофизиологическим механизмам развития психологической травмы в концепции стресса Г. Селье.

Недостаток психофизиологических моделей в том, что большинство исследований было проведено на животных или в лабораторных условиях. Они также не учитывают зависимость психофизиологических реакций от когнитивного опосредования, существование чего было показано еще в опытах Р. Лазаруса.

Р. Лазарус, автор концепции психологического стресса, «впервые стал исследовать психологические процессы как промежуточные переменные, которые опосредуют ответные реакции человека на стрессовые стимулы. Им были выделены два этапа оценки стрессогенного события: оценка наличия и степени опасности, угрозы для индивида и оценка собственных ресурсов, которые могли бы ему позволить справиться с угрозой. Согласно Лазарусу, стресс возникает в том случае, если человек расценивает угрожающие обстоятельства как требующие значительно больших ресурсов, чем те, что у него имеются»<sup>42</sup>.

Рассмотрим современные взгляды отечественных специалистов [Кассиль, 1978; Николаева, 2003] на биохимические механизмы развития стресса. Каждое сильное и сверхсильное воздействие на организм возбуждает кору и лимбико-ретикулярную систему головного мозга, вызывая в гипоталамусе освобождение (переход в свободную, активную форму) норадреналина из нервных клеток. Активируя норадренергические элементы лимбико-ретикулярной системы, норадреналин вызывает возбуждение симпатических центров и тем самым активацию симпатoadреналиновой системы. Следствием этого является возбуждение чревного нерва и через него — мозгового слоя надпочечников, что и приводит к усиленному выбросу адреналина из мозгового слоя надпочечников.

Кровь обогащается адреналином, который через гематознцефалический барьер проникает в адренореактивные элементы заднего гипоталамуса, так как в этом отделе барьер проницаем для катехоламинов.

Кроме того, при стрессе резко возрастает потребность мозга в глюкозе, а адреналин усиливает процесс превращения гликогена печени в глюкозу, тем самым способствуя поддержанию гомеостаза мозга.

Поступление адреналина в гипоталамус ведет к активации системы «гипоталамус — гипофиз — кора надпочечников». Происходит возбуждение адренергических элементов центральной нервной системы, и одновременно (в силу противоположной реакции центральных и периферических образований нервной системы на действие одного и того же химического вещества) повышается активность серотонинергических и холинергических элементов мозга. Они стимулируют продуцирование нейросекреторными клетками адренокортикотропинрелизинг-фактора, или адренокортиколиберина. Через кровь это вещество попадает в переднюю долю гипофиза, где способствует выделению в кровь АКТГ. Под влиянием этого гормона в коре надпочечников увеличивается выход из гранул кортикостероидов (КС), прежде всего кортизола, содержание его в крови нарастает. Высокие концентрации кортизола приводят к торможению воспалительных реакций (снижению иммунитета), распаду белков в периферических тканях и их синтезу в печени, повышению концентрации сахара в крови, сгущению крови, экскреции (выделению) кальция и фосфата почками, блокирует выброс тестостерона в кровь, в тканях преобладают катаболические процессы. Гипофиз также секретирует

<sup>42</sup> Психологическая помощь мигрантам: травма, смена культуры, кризис идентичности / под ред. Г. У. Солдатовой. М.: Смысл, 2002. С. 19.

бета-эндорфин, который усиливает выброс кортикостероидов в кровь и параллельно повышает болевой порог.

Обычно, проникая через гематознцефалический барьер в гипоталамус, кортикостероиды по закону обратной связи тормозят образование адренокортикотропинрелизинг-фактора, и, следовательно, их содержание в крови начинает уменьшаться. В конце первой и во время второй стадии по механизму обратной связи в действие вступают и противодействующие факторы (система ацетилхолина и гистамина), оказывающие противоположное, «антистрессовое» действие. На второй стадии — стадии сопротивления, если сила и длительность действия стрессора не превышают компенсаторных способностей организма, в коре надпочечников вновь появляются секреторные гранулы, усиливается разжижение крови, в тканях преобладают анаболические процессы.

Однако при длительных и сильных стресс-воздействиях кортикостероиды связываются с особым белком крови — транскортином (Т). Соединение КС + Т задерживается гематознцефалическим барьером. В мозг перестает поступать информация о содержании КС в крови, адренокортикотропинрелизинг-фактор продолжает непрерывно выделяться и стимулировать через гипофиз образование КС. Непрерывное поступление КС в кровь приводит к истощению гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы. То есть возникновение фазы истощения при стрессе следует рассматривать, в частности, как нарушение механизма саморегуляции вследствие блокады гематознцефалическим барьером информации о переизбытке в организме кортикостероидов.

На завершающем этапе «возникает стадия супер- и гиперкомпенсации, в которой уже необратимо подавлены защитные механизмы, истощены, сведены на нет эрготропные функции живой системы и начинают доминировать трофотропные факторы, неизбежно приводящие (если только не вмешиваются внешние силы) организм к коллапсу, шоку и гибели»<sup>43</sup>.

Важно отметить, что у одних людей симпатoadреналиновая и холинергическая системы действуют антагонистически (чем выше активность симпатoadреналиновой системы, тем ниже активность холинергической), у других — синергически (выше активность одной — выше активность другой). Если в первом случае постепенно при адаптации организм будет возвращаться к дострессовому уровню гомеостаза, то во втором случае будет нарастать уровень и тех и других факторов, приводя к напряжению гипофизарно-надпочечниковой системы, суммарному нулевому эффекту адаптации и одновременно быстрее вызывая истощение организма<sup>44</sup>.

Согласно некоторым данным [Снедков и др., 1998], стрессорное воздействие, продолжающееся длительное время, может обусловить дисфункцию ответственных за адаптацию структур центральной нервной системы (ЦНС) с последующим запуском метаболических тканевых повреждений. Колб также указывает, что в результате чрезвычайного по интенсивности и продолжительности стрессового воздействия происходят изменения в нейронах коры головного мозга, блокада синаптической передачи и даже гибель нейронов. При этом в первую очередь страдают зоны мозга, связанные с контролем над агрессивностью и циклом сна<sup>45</sup>.

Е. И. Николаева отмечает, что процесс адаптации к стрессу связан с изменениями межполушарных взаимодействий. По-видимому, в процессе адаптации происходит активация

<sup>43</sup> Кассиль Г. Н. Внутренняя среда организма. М.: Наука, 1978. С. 184.

<sup>44</sup> Там же.

<sup>45</sup> Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. С. 47.



правого полушария, более тесно связанного с диэнцефальным отделом мозга. У правой длительная активация субдоминантного полушария, видимо, чаще приводит к чрезмерному напряжению гипоталамо-надпочечниковой системы, о чем говорят одновременный гиперкортицизм и относительное повышение уровня инсулина (обычно они находятся в реципрокных отношениях). То есть люди с меньшей межполушарной специализацией имеют определенные преимущества в экстремальной ситуации и эффективнее к ней адаптируются.

Стресс развивается по своим законам, независимо от типа стрессора, однако многие исследователи отмечают два типа реакций, связанных с преимущественным поступлением в кровь адреналина (гормона тревоги, или «гормона кролика») или норадреналина (гормона гомеостаза, или «гормона льва»). «Психологические стрессы, выражающиеся в задержке внешних проявлений (ожидание боли, предчувствие неприятностей, страх, тревога, сознание собственной незащищенности, депрессия, боязнь смерти), связаны в какой-то мере с поступлением в кровь адреналина и в меньшей степени — норадреналина. Стрессы, выражающиеся во внешних проявлениях (аффект, агрессия, гнев, ярость), состояния, требующие выдержки, выносливости, длительного умственного и физического напряжения, преодоления препятствий, сопровождаются накоплением во внутренней среде норадреналина»<sup>46</sup>.

Таким образом, именно рассмотрение биохимических механизмов развития стресса дает нам возможность понять особенности развития начальных стадий реакции на травму, а также причины и возможные механизмы развития соматических заболеваний после перенесенной травмы в основном в результате действия кортикостероидов. Например, язвы желудка вследствие изъязвления слизистой желудочно-кишечного тракта в результате повышения кислотности, диабета вследствие увеличения уровня глюкозы и снижения уровня инсулина, болезней, вызванных длительным подавлением иммунитета, сердечно-сосудистыми заболеваниями. Можно полагать, что сильный или длительный стресс может вести к более устойчивым изменениям в биохимических процессах. Ряд исследований показывает связь психологических нарушений после перенесенной травмы и биохимическими реакциями.

Например, Р. Сильверштейн [Silverstein, 1996] показал важную роль в симптомах ПТСР повышенной адренергической активности. У многих ветеранов военных действий обнаружен повышенный уровень адреналина, возможно отвечающий за их склонность к поиску острых ощущений и риску, которая часто идет вразрез с законом и общественными правилами.

Надо отметить, что прекращение действия стрессора не всегда означает для человека прекращение стресса. Помимо того, что в результате экстремальной ситуации могло возникнуть много других причин для стресса или психологической травмы (смерть близких, потеря жилья и т. д.), сама память человека, как уже отмечалось, может вновь и вновь возвращать его в стрессовую ситуацию.

«Сверхбыстрое извлечение из памяти прошлого опыта идет по той же нейромимической трассе, по которой он в свое время фиксировался. Процесс воспоминания может вызывать те же биохимические сдвиги, которые были характерны для предшествующего опыта и процесса его фиксации»<sup>47</sup>.

В психофизиологии обычно говорят об энграммах — следах памяти, сформированных в процессе обучения. Активность энграммы определяет ее готовность к считыванию,

<sup>46</sup> Кассиль Г. Н. Внутренняя среда организма. М.: Наука, 1978. С. 77.

<sup>47</sup> Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. М.: Медицина, 1986. С. 23.

она обнаруживается в возбуждении нейронов. А эмоции непосредственно связаны с активацией некоторых подкорковых структур. «Чем ярче эмоции, тем больше вероятность активации этого следа в дальнейшем. У страха, по выражению А. Д'Обинье, хорошая память. Не только частые или затянувшиеся стрессовые ситуации, но также испытанный хотя бы раз в жизни острый страх смерти оставляют неизгладимый след в долговременной памяти индивида. Биологически оправданный и необходимый для детенышей млекопитающих механизм, лежащий в основе импринтинга (способность к одноразовому обучению с образованием особо прочной связи), приводит к формированию матрицы долговременной памяти — стойкому запечатлению следов однократного психофизиологического состояния, возникшего вследствие психогенного или соматогенного воздействия, которое оказалось по тем или иным причинам экстремальным для данного индивида»<sup>48</sup>.

Механизмы действия эмоциональной памяти, относящейся к экстремальным ситуациям, вероятно, связаны с формированием доминанты. «Изменение внешней стимуляции и возбуждения рецепторов из внутренней среды организма вызывает появление в ЦНС очага повышенной возбудимости. Формирование такого очага происходит не мгновенно, а лишь на третий день в субэкстремальных условиях. Очевидно, что лишь к этому дню накапливаются гормональные и метаболические сдвиги в организме, достаточные для возникновения доминирующей мотивации. При этом обнаруживается снижение спонтанной двигательной активности, времени бодрствования, редуцирование реакции активации на ЭЭГ, возрастание латентного периода реакций, снижение основной частоты альфа-ритма, появление на ЭЭГ медленных волн, то есть обнаруживаются поведенческие и электрофизиологические признаки торможения. На этом фоне происходит резкая активация эмоциональной памяти. После возникновения очага повышенной возбудимости и проявления признаков торможения в ЦНС, которое, согласно представлениям А. А. Ухтомского, следует расценивать как сопряженное, очаг повышенной возбудимости может сохраняться в зависимости от экстремальности среды от нескольких часов до нескольких суток»<sup>49</sup>. Интересно, что часто сны о травмирующем событии и навязчивые воспоминания начинаются дня через три после перенесенной травмы.

В свою очередь, «частые воспроизведения в памяти одних и тех же предметов не случайно уподобляются ударам резца, который, по выражению Гельвеция, запечатлевает их тем глубже, чем чаще они повторяются. Своеобразным проявлением удивительной способности мозга к автоматизации стереотипных видов деятельности („задалбливанию“, по Н. П. Бехтеревой — однотипной деятельности с общей или сходной схемой реализации) при затянувшихся психовегетативных реакциях становится формирование патологического динамического стереотипа. Матрица долговременной памяти, которая в норме освобождает нас „от необходимости все время думать, какой ногой шагнуть“, закрывает входы к „запасникам“ мозга и резко ограничивает возможности вовлечения новых систем и структур последнего в приспособительные реакции при патологических процессах»<sup>50</sup>.

Но в результате оказывается, что активизация воспоминаний приводит к повторному переживанию стрессовой ситуации со всеми соответствующими проявлениями

<sup>48</sup> Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. М.: Медицина, 1986. С. 23.

<sup>49</sup> Николаева Е. И. Психофизиология. Психофизиологическая физиология с основами физиологической психологии: учебник. М.: ПЕР СЭ-ЛОГОС, 2003. С. 79.

<sup>50</sup> Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. М.: Медицина, 1986. С. 26.



и процессами (включая все биохимические механизмы), что, в свою очередь, ведет к закреплению переживания в памяти. Стресс, затем воспоминания и вызываемый ими стресс превращаются в порочный, подкрепляющий сам себя круг. В результате рано или поздно может наступить состояние истощения — астении.

При наступлении же состояния астении в случае длительного стресса снижается порог эмоциональности стимулов, и тогда эмоциональная доминанта превращается в «ружье с легко спускающимся курком» (по Анохину), и даже самый незначительный повод может вызывать эмоциональный «взрыв» с повышением тонуса гладкой мускулатуры<sup>51</sup>.

Можно предполагать, что при психологической травме процесс переработки ярко окрашенных эмоциональных образных воспоминаний не завершается. Они не просто сохраняются в долговременной памяти, но вновь и вновь оказываются в оперативной памяти, загружая ее. Тем самым внимание человека в большей степени направлено не на реальность, а на воспоминания. Как следствие этого могут возникать функциональные нарушения всех когнитивных функций. По-видимому, все основные симптомы ПТСР могут хорошо объясняться, если исходить из первичного сбоя в работе памяти.

### ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПТСР

Согласно психодинамическому подходу, травма приводит к нарушению процесса символизации. З. Фрейд рассматривал травматический невроз как нарциссический конфликт. Он ввел понятие стимульного барьера. Вследствие интенсивного или длительного воздействия барьер разрушается, либидозная энергия смещается на самого субъекта. Фиксация на травме — это попытка ее контроля.

Современная психодинамическая модель (Grubrich, Simitis) в качестве следствий травматизации рассматривает такие: регресс на оральную стадию развития, смещение либидо с объекта на Я, ремобилизация садомазохистских инфантильных импульсов, использование примитивных защит, автоматизация Я, идентификация с агрессором, регресс к архаичным формам функционирования Сверх-Я, деструктивные изменения Я идеального. Считается, что травма — это триггерный механизм, актуализирующий детские конфликты.

Данная модель не объясняет всю симптоматику посттравматического реагирования, например постоянное обыгрывание травмы. В опыте любого человека можно найти детскую травму, что не является, однако, предопределяющим в развитии малоадаптивного ответа на стресс. Кроме того, классическая психоаналитическая терапия для лечения посттравматического стрессового расстройства неэффективна.

Интерес для работы с ПТСР представляет современный психоаналитический взгляд на механизм развития детской травмы (инфантильного переживания), подробно разобранный Д. Калшед [2001].

Неудовлетворенные потребности, к которым относятся и состояния тяжелой депривации, порой наносят серьезный ущерб развитию ребенка. Отличительной чертой такой травмы является переживание тревоги дезинтеграции — ужаса перед растворением целостности Я, которое должно быть предотвращено любой ценой. В период

<sup>51</sup> Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. М.: Медицина, 1986. С. 29.

раннего детства, когда имеет место такая травма, еще не сформировано целостное Я и его защиты, поэтому, чтобы «немыслимое» не было пережито, в действие вступает вторая линия защит. В рамках психоаналитического подхода эти защиты называются «примитивными» или «диссоциативными». Это, например, расщепление, проективная идентификация, идеализация и обесценивание, трансовые состояния, переключения между множественными центрами идентичности, деперсонализация, психическое оцепенение. Эти примитивные защиты не только служат признаком тяжелых форм психопатологии, но и являются их причиной. Сновидения, связанные с травмой, представляют собой автопортрет архаичных защитных действий психики и создают спонтанную картину «второй линии защит» психики. Порождая символы аффектов и фрагментов личностного переживания травмы, они участвуют в процессе исцеления. «Если травматическая защита однажды возникла, все отношения с внешним миром переходят в ведение системы самосохранения. То, чему предполагалось быть защитой против дальнейшей или повторной травматизации, становится основным камнем преткновения, сопротивлением для любых спонтанных проявлений „Я“, направленных во внешний мир. Личность выживает, но не может жить творчески: ее креативность заблокирована. Становится необходимой психотерапия»<sup>52</sup>. Травматический процесс не заканчивается с прекращением внешнего акта насилия. Психика переводит внешнего травмирующего фактора во внутреннюю силу, первоначально защитную, но затем — саморазрушающую. «Травмированная психика продолжает травмировать саму себя <...> Люди, перенесшие психическую травму, постоянно обнаруживают себя в жизненных ситуациях, в которых они подвергаются повторной травматизации»<sup>53</sup>.

Н. Н. Пуховский [2000] предпринял попытку интегрировать психоаналитический и медико-биологический подходы к травме. По его мнению, после острых аффективно-шоковых реакций на первый план выходит картина первичного травматического Эго-стресса (стресса осознания), когда необходимость в новой дискомфортной пост-шоковой ситуации следовать «принципу реальности» порождает интрапсихический конфликт и подвергает тяжелым испытаниям интегративную функцию Эго. Именно синдром Эго-стресса рассматривается как центральное звено патогенеза психопатологических последствий травмирующей ситуации. Внешний травматический психический стресс формирует (или актуализирует латентный) интрапсихический конфликт и приводит к развитию синдрома Эго-стресса, клиническую картину которого составляют фрустрационная регрессия, аффект болезненного недоумения, аффект психалгии, дисторсию и острые реакции на стресс. Синдром первичного травматического Эго-стресса можно рассматривать как первооснову последующей психопатологической эволюции личности участника экстремальной ситуации, начальные этапы которой носят процессуальный невротический (связанный с интрапсихическим конфликтом) характер. Однако постепенно включаются более глубокие, психофизиологические закономерности эволюции процесса, и могут формироваться метаневрозы — психофизиологические болезненные процессы (хронические психосоматические болезни, алкоголизм и токсикомания, эпилептоидная психопатия как проявление индивидуального психического вырождения).

<sup>52</sup> Калшед Д. Внутренний мир травмы: Архетипические защиты личностного духа: [пер. с англ.] М. Академический Проект, 2001. С. 18.

<sup>53</sup> Там же. С. 20.



## КОГНИТИВНАЯ МОДЕЛЬ ПТСР

В рамках когнитивной модели травматические события — это потенциальные разрушители базовых представлений о мире и о себе. Патологические реакции на стресс — это малоадаптивные ответы преодоления на распад этих базовых представлений, которые формируются в ходе онтогенеза, связаны с удовлетворением потребности в безопасности и составляют Я-теорию (Epstein). В ситуации сильного стресса происходит коллапс Я-теории. И хотя это малоадаптивное следствие стрессового воздействия, он сам по себе может быть адаптивным, так как предоставляет возможность для более эффективной реорганизации Я-системы. Малоадаптивное преодоление травмы включает генерализацию страха, гнева, ухода, диссоциацию, постоянное обигрывание травмы. Причина подобного преодоления травмы в негибкости, некорректируемости когнитивных схем. Данная модель представляется наиболее полно объясняющей этиологию, патогенез и симптоматику расстройства, она учитывает и генетический, и когнитивный, и эмоциональный, и поведенческий факторы.

## ИНТЕГРАТИВНАЯ КОГНИТИВНАЯ МОДЕЛЬ ПТСР (ПО ЭЛЕРСУ И КЛАРКУ)

Когнитивная модель ПТСР объясняет возникновение и хронификацию симптомов посттравматического стресса. Она также создает стратегическую основу для когнитивно-бихевиоральной психотерапии данного расстройства.

Когнитивная модель ПТСР разработана специалистами из Оксфордского университета Элерсом и Кларком [2000]. Эта модель связывает типичное для ПТСР чувство постоянно присутствующей угрозы с рядом когнитивных и поведенческих факторов:

- когнитивными оценками травмы и ее последствий;
- спецификой запоминания травматического опыта и характером взаимосвязи этого вида памяти с автобиографическими воспоминаниями;
- дисфункциональными поведенческими и когнитивными стратегиями совладания;
- прошлым опытом травматизации и исходной когнитивной схемой (базисных представлений о мире и собственной личности), которая существовала у пострадавшего до травмы.

Рассмотрим последовательно каждый фактор модели.

**Когнитивные оценки травмы и ее последствий.** Пострадавшие, у которых вслед за пережитой травмой развиваются симптомы ПТСР, отличаются от спонтанно выздоравливающих особым типом восприятия травматического события и его последствий. Как правило, им не удается воспринимать трагическое событие как ограниченное во времени и не имеющее глобальных негативных последствий для будущего. Их когнитивные оценки происшедшего и возможных последствий порождают ощущение постоянно присутствующей угрозы, которая может быть локализована вовне («Мир стал более опасным») или исходить от самого индивида («Я не способен постоять за себя и близких»).

По мнению авторов модели, чувство постоянно присутствующей угрозы может быть связано с несколькими типами когнитивных оценок травмировавшего события.

1. По механизму *сверхобобщения* пострадавшие люди начинают рассматривать совершенно обычные обстоятельства как опасные. Они преувеличивают вероятность

очередной катастрофы (когнитивное искажение «катастрофизация»), могут рассматривать факт случившегося как доказательство того, что они «притягивают беды» и «с ними вечно случается что-нибудь плохое» (когнитивное искажение «персонализация»). Очевидно, что такое восприятие случившегося несовместимо с продуктивным совладанием. Эти когнитивные оценки порождают поведение избегания, которое, в свою очередь, подкрепляет страх. Примером этого порочного круга может служить типичное после дорожно-транспортного происшествия избегание вождения автомобиля в силу нереалистичных представлений о вероятности очередной аварии или избегание социальных контактов после сексуального насилия по причине столь же нереалистичных прогнозов.

2. Пострадавшие могут искаженно оценивать *собственное поведение* во время происшествия, что индуцирует ощущение угрозы.

Так, женщина, испытавшая во время изнасилования сексуальное возбуждение, интерпретирует свою реакцию как свидетельство существования неконтролируемых и чуждых желаний. Состояние растерянности, оцепенения во время события может трактоваться как признак «слабоволия и неспособности справиться с бедой».

*Негативные оценки последствий травмы* могут порождать ощущение постоянно присутствующей угрозы и способствовать упрочению ПТСР. Такими оценками являются следующие:

1. *Интерпретации первичных признаков постстрессового расстройства.* Симптомы острой постстрессовой реакции (вторгающиеся воспоминания, обратные видения, раздражительность, неустойчивость настроения, трудности концентрации внимания и т. д.) могут возникать вскоре после травмы. Пострадавшие чаще всего не знакомы с нормальным ходом восстановления после экстремального стресса, поэтому многие из них рассматривают перечисленные симптомы как признаки необратимых нарушений, видят в них угрозу физическому и психическому благополучию. Последствия этих интерпретаций очевидны — интенсивные отрицательные эмоции (тревога, депрессия, гнев) и дисфункциональные стратегии совладания, лишь закрепляющие посттравматическое расстройство.

Если вторгающиеся воспоминания рассматриваются как признаки «помешательства» или «утраты контроля над собственным рассудком», пострадавший может стараться волевым путем выбросить их из головы. Активное подавление воспоминаний парадоксальным образом способствует их более частым вторжениям по принципу: «Не думай о белой обезьяне».

2. *Интерпретации реакций других людей во время события и после него.* Очень часто близкие друзья и члены семьи пострадавшего не знают, как правильно себя с ним вести. В силу бытующих представлений о деликатности они стараются «не тревожить» его и избегают прямых разговоров о случившемся. Такое поведение окружающих может интерпретироваться как признак «безразличия» или, что еще опаснее, как свидетельство их убежденности в том, что «случившееся произошло по вине пострадавшего». Эти когнитивные оценки способствуют возникновению таких симптомов ПТСР, как социальное отчуждение и изоляция. Они не позволяют пострадавшим активно обсуждать случившееся с близкими людьми, что лишает их возможности «вентилировать» болезненные переживания и корректировать искаженные представления о последствиях события.

3. *Оценки последствий травмы для жизни пострадавшего.* Травматическое событие может оказывать воздействие на разные стороны жизни людей — физическое здоровье, внешность, профессиональную и финансовую ситуацию. Люди с ПТСР склонны интерпретировать эти воздействия как признаки необратимых жизненных изменений



к худшему. В табл. 12 приводятся примеры негативных когнитивных оценок травмы и ее последствий.

Страдающие ПТСР переживают целый спектр отрицательных эмоций. Согласно когнитивной модели, искаженные когнитивные оценки травмы и ее последствий хронифицируют эти эмоциональные реакции. Оценки, связанные с угрозой, порождают тревогу («Везде опасно»); с темой несправедливости и нарушения личных границ — сильные переживания гнева («Со мной обошлись несправедливо»); с собственной ответственностью за случившееся — интенсивное переживание вины; с утратой — тоску («Моя жизнь никогда не станет прежней»).

**Специфика «травматической» памяти.** Память, связанная с экстремальным происшествием, обладает целым рядом особенностей. С одной стороны, пострадавшие могут испытывать трудности при целенаправленных попытках воспроизвести полную и точную картину происшествия. С другой — они страдают от частых непроизвольных наплывов воспоминаний в очень живой и эмоционально окрашенной форме.

Когнитивная модель ПТСР пытается объяснить указанное расхождение между затрудненным произвольным припоминанием и легко возникающими непроизвольными воспоминаниями.

Таблица 12

**Примеры идеосинкретических негативных оценок, способствующих ощущению постоянно присутствующей угрозы и хронификации ПТСР**

Предмет оценивания	Примеры негативных когнитивных оценок
Факт травматического события	«Везде опасно». «Следующее несчастье вот-вот произойдет»
Тот факт, что «это случилось со мной»	«Я навлекаю на себя несчастья». «Другие поймут, что я — жертва»
Поведение/переживания во время события	«Я заслужил случившееся». «Я не могу справиться с бедой»
Первичные симптомы ПТСР: раздражительность, вспышки гнева	«Мой характер изменился навсегда». «Мой брак скоро развалится». «Я не могу отвечать за свое поведение с детьми»
Эмоциональное онемение	«Я внутри мертвый». «Я никогда не смогу снова общаться с людьми»
Обратные видения, вторгающиеся воспоминания, ночные кошмары	«Я схожу с ума». «Я никогда не избавлюсь от этого»
Трудности сосредоточения	«Мой мозг повредился». «Я не смогу работать»
Поведение других людей после травмы: позитивное отношение, негативное отношение	«Они считают, что я слабый и не могу справиться сам». «Я потерял способность испытывать чувство близости к кому бы то ни было». «Нет никого рядом». «На людей нельзя положиться»
Другие последствия травмы: физические последствия	«Мое тело разрушено». «Я никогда не вернусь к нормальной жизни»
Потеря работы, денег	«Я потеряю детей». «Стану бездомным»

В поиске объяснения американские специалисты пристально изучали феномен непроизвольного повторного переживания травмы.

Они зафиксировали следующие характеристики этого явления:

- наплывы непроизвольных воспоминаний состоят из сенсорных впечатлений, а не мыслей;
- сенсорные ощущения переживаются, будто они происходят «здесь и сейчас», факт припоминания при этом не осознается;
- первоначальные эмоции и сенсорные ощущения переживаются повторно, даже если индивид получил информацию, опровергающую его представления о случившемся. Так, мужчина, отец которого совершил самоубийство, выстрелив в себя, вновь и вновь испытывает состояния панического страха. При этом он испытывает настоятельную потребность искать отца и чувствует ответственность за его спасение. Эти состояния отражают его первичные переживания, когда он обнаружил предсмертную записку и ошибочно полагал, что отец отравился снотворными таблетками, и его можно было бы спасти, действуя быстро;
- возможно повторяющееся изолированное переживание аффекта без сопутствующих воспоминаний. Например, жертва сексуального насилия чувствовала сильную тревогу, когда беседовала с подругой в общественном транспорте. Позднее она осознала, что пусковым моментом стало присутствие мужчины на соседнем сиденье, который был внешне похож на насильника;
- симптомы непроизвольного повторного переживания травматического события запускаются большим количеством стимулов и ситуаций. Многие из этих пусковых стимулов не имеют смысловой (семантической) взаимосвязи с травматическим событием, они лишь совпадали с ним по времени. Это могут быть запахи, освещение, определенные фразы, произносимые с характерной интонацией.

Предполагается, что трудности произвольного воспроизведения травмы и специфика повторных переживаний связаны со *способом кодирования и представления травмы в памяти*. В норме доступ к автобиографическим воспоминаниям обеспечивается поиском по семантическим связям и по ассоциативным каналам. В характерных для ПТСР травматических воспоминаниях временные, пространственные и событийные подробности недостаточно детализированы. Случившееся представлено в памяти фрагментарно. Эти воспоминания также плохо интегрируются с другим автобиографическим материалом в памяти. Как показывают данные исследований, ассоциации «стимул—стимул» и «стимул—реакция» в случае травматического материала оказываются также более прочными.

В результате произвольное воспроизведение материала по семантическим связям затруднено, а воспроизведение по ассоциативным каналам, наоборот, осуществляется значительно легче.

Как полагают Элерс и Кларк, между травматической памятью и когнитивными оценками травмы существует тесная взаимосвязь. Оценки травмы могут обуславливать избирательное воспроизведение материала, подтверждающего правоту пострадавшего. Например, женщина интерпретирует события, случившиеся с ней после ДТП, как доказательство того, что «никто не способен проявлять участие и заботу». Она припоминает недружелюбное отношение персонала в больнице и не вспоминает людей, которые пытались помочь ей сразу после аварии. Эти воспоминания мешают ей скорректировать убеждения об опасности мира и людской черствости.



Трудности произвольного припоминания событий могут трактоваться и как признаки «необратимых нарушений мозга». Такие качества повторных воспоминаний, как «здесь и сейчас», возможность изолированного переживания аффекта, могут служить основой для неадекватных оценок травматических последствий.

Некоторые пострадавшие испытывали чувство крайнего одиночества во время травматического события. Такое состояние может повторно возникать у них при контактах с близкими людьми и интерпретироваться как «неспособность нормально общаться» или как признак «изменения отношений в худшую сторону».

Когнитивная модель допускает, что в случаях, когда травматическое событие нанесло серьезный урон представлению человека о себе (собственной ценности, собственных способностях), может наступить полная дезорганизация автобиографической памяти.

В целом Элерс и Кларк выделяют два основных способа непосредственной переработки травмы — «концептуальное кодирование» и «переработку отдельных сенсорных ощущений». Так, в самоотчетах одни пострадавшие сообщают, что во время трагического события их рассудок был необычайно ясным, они могли анализировать происходящее и понимали его смысл. Другие отмечают состояние конфузии и «неполноты» сенсорными впечатлениями. Авторы модели полагают, что последние имеют больший риск возникновения ПТСР, поскольку сохранная способность к концептуальной переработке будет в дальнейшем облегчать произвольное воспроизведение случившегося. Чисто сенсорная переработка станет подкреплять сильные ассоциативные связи сенсорного нежелательного переживания травмы.

**Дисфункциональные поведенческие и когнитивные стратегии совладания.** Для облегчения симптомов ПТСР и достижения чувства безопасности пострадавшие могут использовать различные поведенческие и когнитивные стратегии. Многие попытки устранить дискомфорт лишь способствуют его усилению. Выбор стратегий совладания тесно связан с индивидуальной когнитивной оценкой травмы и ее последствий, а также с общими представлениями человека о том, как лучше справляться с такой ситуацией. Перечислим основные дисфункциональные стратегии.

1. **Попытки контролировать симптомы ПТСР.** В качестве примера можно привести стремление «выбросить из головы» все мысли, связанные с травмой. Результат — резкое повышение частоты нежелательных повторных воспоминаний о случившемся. Попытки предотвратить ночные кошмары, сокращая длительность сна (поздно отправляясь спать или вставая очень рано), усиливают другие симптомы ПТСР — трудности концентрации и раздражительность. Постоянное отслеживание признаков опасности повышает частоту повторных переживаний травмы.

2. **Гарантирующая «безопасность» поведения.** Эта стратегия тесно связана с убеждением в том, что катастрофа обязательно произойдет, если не принять превентивные меры.

Так, потерпевший в ДТП может быть чрезмерно бдительным во время вождения автомобиля, пытаясь тем самым снизить вероятность повторного инцидента. Пострадавшие от нападения в собственном доме могут ложиться спать с ножом под подушкой, стараясь свести к минимуму риск быть убитым.

3. **Активные попытки не думать о травме.** Клиенты, страдающие хроническим ПТСР, могут активно избегать мыслей о случившемся, стараясь постоянно чем-либо заниматься. Их попытки осмыслить происшедшее могут носить безэмоциональный

характер — как будто они делают сообщение в милиции или составляют журналистское описание, опуская эмоционально насыщенные фрагменты. Такие когнитивно-поведенческие стратегии не позволяют клиентам детально восстановить травматическое событие и увязать его с другими автобиографическими воспоминаниями. Они также не позволяют скорректировать ошибочные прогнозы («Если буду думать о случившемся — сойду с ума»).

4. **Избегание напоминаний о травме.** Эта стратегия не позволяет скорректировать ошибочные катастрофические прогнозы («Если я увижу..., несчастье может произойти вновь»). Она мешает детальному восстановлению травматических событий в памяти, закрепляя симптомы повторного переживания травмы.

5. **Постоянные размышления о восстановлении справедливости и мести.** Можно предположить, что эта стратегия подкрепляет негативную глобальную оценку последствий травмы («Случившееся разрушило мою жизнь навсегда»). Она также продуцирует нервозность, дисфорию и чувство безнадежности, может препятствовать восстановлению события в памяти, поскольку сосредотачивает психическую активность на размышлениях о том, «как бы все могло бы быть», а не на эмоционально окрашенных деталях происшедшего.

6. **Прием алкоголя и медикаментов для снятия тревоги.** Стремление постоянно «заглушать» тяжелые переживания с помощью алкоголя или самостоятельного приема лекарств может подкрепить дисфункциональное представление о том, что любая попытка перестать контролировать свое эмоциональное состояние может привести к срыву.

7. **Избегание многих видов деятельности, до травмы имевших смысл.** Многие люди после тяжелой травмы отказываются от ранее привычных занятий спортом, от увлечений, встреч с друзьями.

Эта стратегия не позволяет произойти желательным изменениям в когнитивных оценках травмы типа: «Люди отнесутся ко мне недоброжелательно, если узнают, что со мной произошло». Она также блокирует восстановление целостного образа Я и интеграцию травматического события в автобиографическую память.

Взаимосвязь когнитивных оценок травмы и последующих стратегий совладания детально представлена в табл. 13.

Таблица 13

#### Взаимосвязь когнитивных оценок травмы и дисфункциональных стратегий совладания

Когнитивные оценки травмы и ее последствий	Дисфункциональные стратегии совладания
Если буду думать о случившемся, я сойду с ума; потеряю контроль над своими действиями и нанесу кому-либо увечье; разовьется сердечный приступ; пострадает здоровье	Пытаться не думать о травме; быть постоянно чем-либо занятым; контролировать эмоциональные проявления; употреблять алкоголь или медикаментозные средства
Если я не буду усиленно контролировать свои чувства, я не смогу работать и потеряю работу, «выйду из себя» и нанесу оскорбления другим людям	Эмоциональное онемение; избегание всего, что может вызвать положительные или отрицательные эмоции



Когнитивные оценки травмы и ее последствий	Дисфункциональные стратегии совладания
Если мне не удастся понять, как можно было предотвратить событие, что-нибудь похожее повторится вновь. «Зацикливаться» на мыслях о том, как можно было предотвратить случившееся	
Если я не найду способ наказать обидчика, он будет победителем, а я — ничтожеством	Фиксироваться на мыслях о мести
Если я попаду на место случившегося, если я надену те же вещи, несчастье повторится, со мной случится нервный срыв	Избегать пребывания в определенном месте; избегать ношения похожей одежды
Если я не приму особых мер предосторожности, на меня снова нападут	Носить оружие; сохранять бдительность по отношению к подозрительным людям; избегать людных мест; стремиться занять место, близкое к выходу
Если я снова встречу с друзьями, они будут расспрашивать меня о случившемся и увидят, что я слабонервный, потому что я до сих пор переживаю случившееся	Избегать встреч с друзьями
Если я буду делать то, что мне раньше приносило удовольствие, я навлеку на себя наказание; я буду не в силах справиться с чувствами; я испомню о случившемся и не смогу справиться с этими воспоминаниями	Забросить все ранее приятные занятия
Если я лягу спать, мне приснятся кошмары; я не замечу нападения	Бодрствовать допоздна
Если мне придется пережить еще какой-либо стресс, у меня будет сердечный приступ; случится нервный срыв	Избегать всех потенциально стрессогенных ситуаций

**Прошлый опыт и убеждения.** Наряду с вышеперечисленными факторами когнитивная модель ПТСР рассматривает прошлый опыт индивида и его систему убеждений. Наличие травмы в прошлом повышает риск развития ПТСР после следующей травматизации. Когнитивная модель объясняет это явление таким образом. Травмы детского возраста невозможно переработать концептуально.

Последующая травма будет вызывать у взрослого пострадавшего соответствующие воспоминания, в результате переработка впечатлений от случившегося опять происходит по сенсорно-ассоциативному типу. Прежние травмы могут дополнять когнитивную оценку новой травмы негативными дополнительными нюансами. Например, девушка, пережившая сексуальное насилие в детстве, может интерпретировать происшедшее во взрослом возрасте изнасилование как свидетельство того, что «она не заслуживает лучшего обращения» или «пробуждает в людях все самое худшее».

Риск развития ПТСР повышается и определенной жизненной философией, которой придерживался пострадавший до травмы. Так, убеждения типа: «Со мной не должно случаться ничего плохого», «В нормальной жизни нет места трагедиям» сильно затрудняют переработку экстремального стресса. Люди, сознательно или бессознательно

придерживающиеся таких убеждений, не в силах выдержать соприкосновение с трагическими аспектами жизни, не могут принять случившегося и долго пребывают в состоянии уныния или неконструктивной ярости. Зачастую они приходят к сверхобобщенным и пессимистическим выводам: «В этой стране надеяться не на что».

**В рамках когнитивной модели американский психолог-экзистенциалист Дж. Ялом предложил рассматривать все психологические проблемы травматического стресса с точки зрения тем смерти, свободы, изоляции, бессмысленности.** В травматической ситуации эти темы выступают не абстрактно, не как метафоры, а являются абсолютно реальными объектами переживания. Так, смерть предстает перед человеком в двояком виде. Человек становится свидетелем смерти других людей (знакомых, незнакомых, родных, близких) и оказывается перед лицом своей возможной смерти.

В обычной жизни у человека срабатывают психологические защиты, позволяющие ему существовать бок о бок с мыслью, что в один прекрасный момент для него ничего не будет иметь значения. Создаются эти психологические защиты не сразу.

**Впервые страх смерти возникает у шести-семилетнего ребенка:** он начинает бояться засыпать, много расспрашивает у родителей, не умрут ли они. В дальнейшем у ребенка формируются психологические защиты, выступающие в виде базовых иллюзий. Их три: иллюзия собственного бессмертия, иллюзия справедливости и иллюзия простоты устройства мира.

Надо сказать, что все иллюзии очень устойчивы и они есть не только у детей, зачастую и взрослые не могут представить себе, что когда-нибудь должны умереть.

**Иллюзия собственного бессмертия** выглядит примерно так: «Я знаю, что все люди рано или поздно должны умереть, но когда дело дойдет до меня, я уж как-нибудь выкручусь. К тому времени, может быть, изобретут эликсир бессмертия или что-нибудь в этом роде». Иными словами: «Могут умереть все, кроме меня».

Первое же столкновение с травматической ситуацией ставит ребенка лицом к лицу с реальностью. Впервые в своей жизни он вынужден признать, что может умереть. Для большинства такое откровение может кардинально поменять образ мира, который из уютного, защищенного превращается в мир роковых случайностей, продуваемый всеми ветрами.

**Иллюзия справедливости** гласит: «Каждый получает по заслугам». Иначе говоря, ребенок думает, что если будет хорошо себя вести и делать все так, как говорят мама и папа, то ничего нехорошего произойти не может. Эта иллюзия также очень распространена и стойкая. Один из ее вариантов: «Если я буду делать добро людям, то оно вернется ко мне».

Попадание в травматическую ситуацию со всей очевидностью показывает нереальность иллюзии о справедливости устройства мира. Так, у Льва Толстого Николай Ростов во время боя думал: «Как же меня могут убить, ведь меня так все любят?!» Но смысл травматической ситуации именно в том, что она как бы говорит: «Могут! И никому не будет при этом дела, плохой ты или хороший, любят тебя или нет, о чем ты мечтал, к чему готовился, что планировал».

Для ребенка это открытие часто становится настоящим потрясением, оно обесценивает все усилия: действительно, зачем хорошо учиться, стараться быть хорошим человеком, если это не дает защиты.

**Разрушение базовых иллюзий** — момент болезненный для любого. И очень важно, что последует за этим. Если человек сможет выйти из мира хотя и удобных, но все же иллюзий в мир опасный, но реальный, значит, он повзрослел и сильно продвинулся



как личность. Если же он не смог преодолеть этот барьер, то, как правило, или делает вывод, что мир ужасен (а он не хорош и не плох, он такой, какой он есть), или же строит другие иллюзии, помогающие ему воссоздать и укрепить убеждение в собственном бессмертии. Часто такую роль выполняет религия.

Несмотря на то что крушение базовых иллюзий переживается очень тяжело и ребенком, и взрослым, редко кому удалось дожить до старости, не испытав жизненных кризисов. Словами А. С. Пушкина: «Блажен, кто смолоду был молод, блажен, кто вовремя созрел». И важная задача взрослых — помочь ребенку преодолеть это крушение и выйти в реальный мир без страхов и иллюзий.

Преодоление базовой иллюзии могло бы выступить в таком варианте: «Все, что мы делаем, мы делаем, прежде всего, для себя. И даже если это может показаться бесцельным, бессмысленным, мы должны это делать, просто чтобы оставаться людьми».

В. Франкл, знаменитый австрийский психолог, в свое время переживший концентрационный лагерь, писал, что был признаком, по которому можно было определить, что человек обречен, сломлен как личность: он переставал чистить зубы. Понятно, что в концлагере это было последнее, что действительно волновало узников (имеется в виду чистота зубов). Многие и не предполагали дожить до времени, когда это станет актуально вновь, и тем не менее эта привычка выступала для них связующим звеном с нормальной человеческой жизнью. Так, многое из того, что мы делаем, мы должны стараться делать при любых условиях, даже если это не имеет никакой цели и мы ничего не получим взамен. Просто потому, что, делая это, мы остаемся людьми.

Третья базовая иллюзия — *иллюзия простоты устройства мира* — гласит: мир очень прост; в нем есть только черное и белое, добро и зло, наши и не наши, жертвы и агрессоры. Полутона и диалектика мировосприятия здесь отсутствуют. Весь мир как бы поделен на две антагонистические части.

Чем более зрелой становится личность, тем больше она начинает соглашаться с фразой, которую часто можно услышать от много повидавших людей: «В жизни все очень сложно, чем больше живу, тем меньше понимаю».

Безусловно, никому не пожелаешь пережить психологическую травму, но уж если это произошло, то все зависит от того, как человек сможет справиться с этим. Если человек смог извлечь из своего переживания важный для личности опыт, он становится гораздо более зрелой личностью. И вне зависимости от своего возраста он всегда будет психологически взрослее того, кто никогда не сталкивался с человеческой трагедией. Он будет больше понимать жизнь и лучше чувствовать других людей.

Следующая тема — тема *свободы*. Что больше всего ограничивает нашу свободу? Разумеется, внешние обстоятельства не могут выступать такими ограничителями просто потому, что они не связаны с психологической реальностью. Можно быть свободным (по крайней мере, чувствовать себя таким) и в тюрьме. И в то же время, имея полную свободу действий, можно ощущать себя несвободным.

Самым сильным ограничителем свободы является *чувство вины* и вытекающие из него всевозможные обязательства. Манипулируя чувством вины, человека можно заставить делать все, что угодно. Этим часто пользуются государство, родители, супруги и дети. Государство долго нас убеждало, что мы за все в ответе. На самом деле каждый ответственен только за то, что от него зависит. Родители часто говорят ребенку: «Я из-за тебя потерял здоровье, отказался от карьеры», вызывая тем самым в нем чувство вины и навсегда привязывая его к себе.

Между тем чувство вины — одно из самых непродуктивных. Оно ни к чему хорошему не приводит. Человек, испытывающий чувство вины, стремится наказать себя, занимаясь саморазрушением, или, иначе говоря — аутодеструктивным поведением. Человек с чувством вины «застывает» в прошлом, не изменяясь, не продвигаясь вперед, и иногда даже начинает считать, что он вообще недостоин жить. Особенно характерно это для травматического чувства вины. У людей, переживших психологическую травму, это чувство может возникнуть как вина за воображаемые грехи. Если, например, умирает кто-то близкий, человек начинает анализировать свое поведение по отношению к умершему и всегда находит поступки, которые могли огорчить умершего.

У 16-летней девушки долго и тяжело умирала мать. Это было так невыносимо, что девушка часто желала скорой смерти матери. Но когда мать наконец умерла, та отказалась от еды. Так она себя наказывала за «грешные мысли». Это продолжалось до того времени, пока она сама не оказалась на грани жизни и смерти. И только с помощью психолога она преодолела нежелание жить.

У человека, пережившего травматический стресс, часто возникает чувство вины из-за того, чего он не сделал: жертвы травматических ситуаций часто страдают от «болезненного чувства ответственности», их заботит реальная или воображаемая ответственность за действия в прошлом. Конечно, если проанализировать ситуацию, всегда можно найти нечто, что можно было бы сделать иначе и тем самым предотвратить трагедию: например, вовремя подать лекарство или заставить обратиться к врачу.

Так, одна женщина в Армении послала своего ребенка в магазин за хлебом. В этот момент произошло землетрясение. Магазин разрушился, мальчик был погребен под его развалинами. Эта женщина до сих пор винит себя, что не купила хлеб заранее, а послала сына. «Как будто мы не могли обойтись в тот день без хлеба!» — постоянно говорит она.

Все сказанное выше касается воображаемой вины. Но особенно тяжелы случаи, когда человек действительно виноват. Работая с жертвами взрыва поезда под Уфой, мы столкнулись с такими случаями. Взрыв произошел глубокой ночью, когда пассажиры спали. Проснулись они в огне. И некоторые женщины выпрыгивали из окон, забывая спросонья о своих детях. Когда же они приходили в себя, было уже поздно. Можно себе представить, в каком состоянии они были в клинике.

Другой вид травматического чувства вины — это так называемая вина выжившего: человек испытывает чувство вины только потому, что он остался жив, а кто-то умер. Ее еще называют «синдромом узников концентрационных лагерей». Выживший испытывает невероятную ответственность. Как будто он обязан жить теперь «за себя и за того парня», что тяжело и не нужно.

Многие участники боевых действий считают себя ответственными за гибель боевых товарищей или за отданные приказы. Испытывая чувство вины, они неосознанно стремятся наказать себя, занимаясь саморазрушением, расценивая переживаемое ими как заслуженное наказание.

Молодой человек, воевавший в Афганистане, будучи в состоянии алкогольного опьянения, признался, что он пил и будет пить и пусть лучше умрет, как его погибший друг, который в последний день перед увольнением в запас закрыл его собой от пули.

Проводились исследования, посвященные проблеме так называемых замещенных детей, тех, которые рождались после умерших детей в семье. Иногда их даже называли именем того ребенка. Статистика показала: вероятность того, что с таким ребенком



случится несчастный случай, тяжелая болезнь или что-либо аналогичное, существенно выше средней. Это происходит потому, что родители считают и передают свое убеждение ребенку: он должен жить за умершего. Жить как бы вместо него. И ребенок старается оправдать ожидания. Кроме того, всегда возникает идеализация умершего ребенка. В семье он всегда бывает самым умным, самым добрым. Он ставится в пример остальным детям, но такому образцу следовать невозможно — это всегда непосильная ноша.

Люди, испытывающие чувство вины, осознанно или неосознанно наносят вред своему здоровью, жизни. Они не настроены на то, чтобы изменить что-либо в лучшую сторону. А бывшие участники боевых действий, кроме того, склонны к излишнему риску, подвергая ему и себя, и окружающих, потому что по сравнению с войной все остальные жизненные события кажутся им серыми, скучными, эмоционально ненасыщенными буднями. Чтобы компенсировать дефицит впечатлений, такие лица склонны к рискованным действиям, часто выбирая профессии телохранителя, охранника, водителя или увлекаются какими-либо экстремальными видами спорта. Пережившие травмирующую экстремальную ситуацию как бы застревают в прошлом, не изменяясь, не продвигаясь вперед, и иногда даже начинают считать, что они вообще не достойны жить.

Тема *изоляции, одиночества*. Чувство изоляции хорошо известно жертвам травматического стресса: многие из них страдают от одиночества, от трудности и даже невозможности установить близкие отношения с людьми. Их переживания, опыт настолько уникальны, что другим людям просто невозможно бывает понять их. Им самим кружащие люди начинают казаться скучными, ничего не понимающими в жизни. Именно поэтому пострадавшие так тянутся друг к другу. По их мнению, только человек, испытавший нечто подобное, может понять, что они пережили.

Одиночество — не только психологическая реальность, но и социальная. Существует представление о том, что жертва вызывает сочувствие. Но подчас пострадавший вызывает агрессию и осуждение. Если тебя ограбили — не будь растяпой, если изнасиловали — надо юбки длиннее носить, если избили — не надо было задиаться. Люди начинают сторониться попавшего в беду, как бы боясь заразиться от него несчастьем.

Огромная проблема — отношение окружающих к детям, пережившим психологическую травму, особенно при переселении в другие места. В конце 1980-х гг. одно из того, что это были дети из Чернобыля, часто являлось достаточным основанием для их изоляции. Родители не позволяли своим детям играть с ними, сидеть за одной партой, школе их называли «светлячками» и старались избегать. В результате пострадавшие вызывались не только в психологической, но и в физической изоляции. Отсюда понятно, что строительство поселений или микрорайонов, заселенных одними чернобыльцами, воспринимается ими как резервация, подчеркивающая их изолированность.

Так, человеку, столкнувшемуся с несчастьем, с несправедливостью, приходится бороться и с агрессией окружающих. Именно поэтому важно, чтобы близкие вовремя пришли на помощь и попытались понять чувства пострадавших, их уязвимость и ранимость.

Последняя из рассматриваемых — тема *бессмысленности*. В. Франкл убедительно доказал в своих работах, что человек может вынести все что угодно, если в этом есть смысл. А психологическая травма неожиданна, беспричинна и потому воспринимается как бессмысленная. Это заставляет пострадавших искать какое-нибудь объяснение

тому, что произошло, чтобы травматическое переживание не было напрасным. Тогда и создаются социальные мифы, которые предлагают свое объяснение случившемуся.

Например, в Армении до сих пор многие убеждены, что землетрясение устроили азербайджанцы, которых, в свою очередь, настроил Горбачев. Один из жителей Армении на вопрос, зачем Горбачеву это было надо, ответил: «Он же турок!» На вопрос: «А откуда вы это взяли?» ответ не замедлил: «Да вы только посмотрите на его лицо — типичное лицо турка».

С таким же успехом несчастные случаи могут объясняться кознями инопланетян или приближающимся концом света. Важно, что для человека необходимо знать, почему он страдал. Если этого объяснения не существует, он его придумает. Так, для военнослужащих, находящихся в районе боевых действий, необходимо наличие личностного смысла в том, что они там делают. Можно выделить четыре вида личностного смысла: 1) эгоцентричный — удовлетворение личностных потребностей; 2) группоцентричный — удовлетворение потребностей группы; 3) просоциальный — учитываются интересы общества, Отечества; 4) духовный — наличие высоких общечеловеческих идеалов.

## ИНФОРМАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ПТСР

*Информационная модель*, разработанная М. Горовицем [1974, 1987], является попыткой синтеза когнитивной, психоаналитической и психофизиологической моделей. Стресс вызывает поток внутренней и внешней информации, основная часть которой не может быть согласована с когнитивными схемами. Происходит информационная перезагрузка, необработанная информация переводится из сознания в бессознательное. В соответствии с принципом избегания боли человек стремится сохранить информацию в бессознательной форме, но в соответствии с тенденцией к завершению временами травматичная информация становится сознательной, как часть процесса информационной обработки. При завершении обработки опыт интегрирован, травма больше не хранится в активном состоянии. Биологический фактор, как и психологический, включен в эти последовательности. Феномен развития такого рода реагирования — это нормальная реакция на шокирующую информацию. Ненормальны предельно интенсивные реакции, не являющиеся адаптивными, блокирующие обработку информации и встраивание ее в когнитивные схемы индивида. Данная модель недостаточно дифференцирована, вследствие чего трудно учитывать индивидуальные различия посттравматического реагирования.

Горовиц определил фактор внешнего воздействия как «травматическое стрессовое событие», несущее абсолютно новую информацию, которую человек должен интегрировать в предыдущий жизненный опыт и предложил следующую концептуальную модель с соответствующими клиническими проявлениями (рис. 6):

- ситуация — стресс (интенсивность, продолжительность, внезапность);
- наличие непосредственной реакции (шок);
- фаза отрицания (вытеснение, уход);
- фаза вторжения (навязчивые воспоминания);
- фаза переживания (попытки объяснить себе, наказать себя);
- завершение цикла переработки информации (выздоровление).



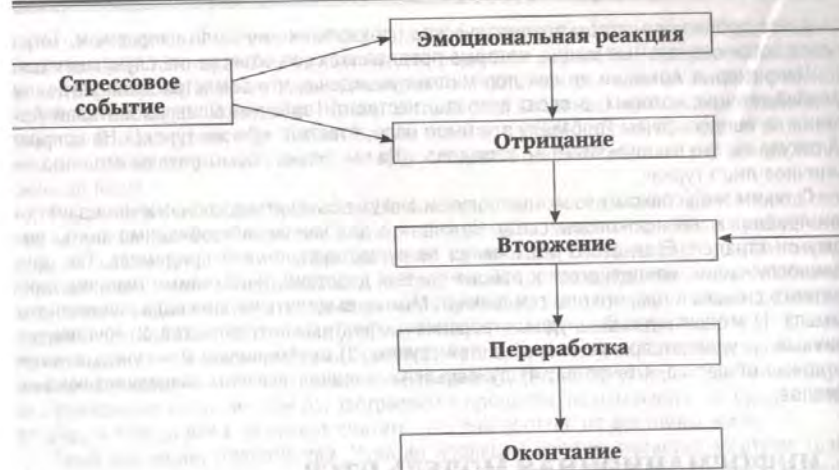


Рис. 6. Модель ответной реакции на стрессовое событие (по М. Горовицу)

В русле этого направления патогенетические механизмы ПТСР рассматриваются как результат взаимодействия психологических механизмов «вытеснения» и «повторного переживания».

Длительность процесса ответного реагирования на стрессовое событие обуславливается, по наблюдениям Горовица, значимостью для индивида связанной с этим событием информации. При благоприятном осуществлении данного процесса он может длиться от нескольких недель до нескольких месяцев после случившегося психотравмирующего воздействия. В этом случае Горовиц говорит о нормальной реакции на стрессовое событие. При обострении ответных реакций и сохранении их проявлений в течение длительного времени говорится о патологизации процесса ответного реагирования.

Горовиц выделил три стиля отсроченного реагирования на психотравмирующее стрессовое событие: истерический, obsессивный и нарциссический, а также разработал тактику психотерапевтической помощи применительно к каждому стилю. Кроме того, он создал специальную шкалу для изучения особенностей реагирования на психотравмирующее событие (Impact of Event Scale), которая активно используется в настоящее время в процессе работы с ветеранами.

Идеи Горовица получили дальнейшую разработку в исследованиях Б. Грин, Д. Вильсон и Д. Линди. По их мнению, преодоление индивидом психотравмирующего воздействия стресс-факторов боевой обстановки зависит не только от успешности когнитивной переработки травматического опыта, но и от взаимодействия таких факторов, как характер психотравмирующих событий, индивидуальные характеристики военнослужащего и особенности условий, в которые ветеран попадает после возвращения с войны. Свою модель авторы назвали интеракционистской (рис. 7).

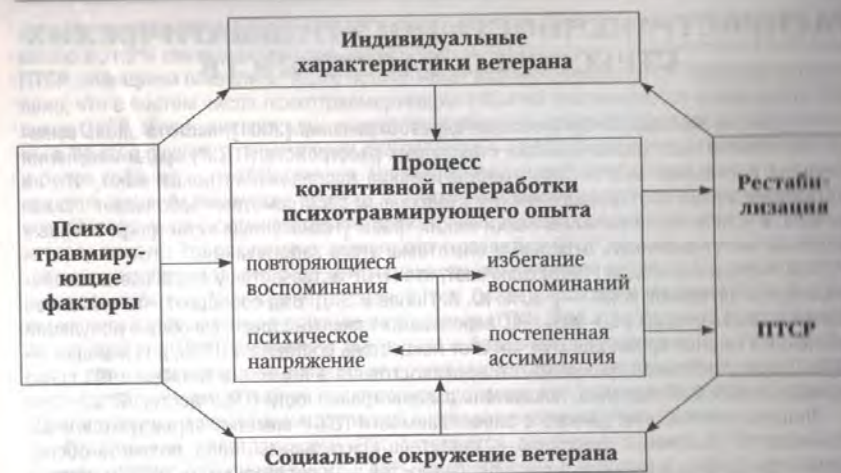


Рис. 7. Интеракционистская модель процесса отсроченного реагирования на психотравмирующее воздействие стресс-факторов боевой обстановки (по Б. Грин, Д. Вильсон и Д. Линди)

К характеристикам психотравмирующего события были отнесены: степень угрозы жизни; тяжесть потерь; внезапность события; изолированность в момент события от других людей; степень воздействия окружающей обстановки; наличие защиты от возможного повторения психотравмирующего события; моральные конфликты, связанные с событием; пассивная или активная роль военного в зависимости от того, был ли он жертвой или активно действующим лицом во время травматического события; непосредственные последствия воздействия данного события.

Среди индивидуальных характеристик ветерана были выделены: уровень развития совладающего поведения; эффективность психологической защиты; имевшиеся до призыва в армию трудности адаптации, психические отклонения; демографические данные.

Послевоенное окружение ветерана характеризуется уровнем взаимной поддержки, культурными особенностями, отношением к войне, социальной помощью.

Взаимодействие этих факторов в процессе когнитивной переработки психотравмирующего опыта (сочетание избегания воспоминаний с периодическим их повторением) приводит либо к психическому напряжению, либо к постепенной ассимиляции психотравмирующего опыта. Это в конечном счете обеспечивает психическую «реставлизацию» или способствует возникновению посттравматических стрессовых расстройств.

Таким образом, рассмотрение приведенных выше моделей позволяет сделать вывод, что каждая из них имеет ограничения, и это необходимо учитывать при дальнейшей разработке проблемы. Однако тенденция к интегрированию является попыткой преодоления ограничений отдельных теорий.



## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ

По данным Всемирной организации здравоохранения [2001], частота вновь выявленных случаев посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) среди населения ежегодно составляет 0,37%. Эпидемиологические исследования показывают, что на протяжении жизни посттравматическим стрессовым расстройством заболевает 1% населения, а у 15% после тяжелых психических травм (техногенных катастроф, военных действий) могут возникать отдельные симптомы этого заболевания.

Г. И. Каплан и Б. Сэдок [1998] отмечают, что ПТСР встречается у 1–3% всего населения, а среди ветеранов войн — у 30%. Ю. В. Попов и В. Д. Вид сообщают, что указанное расстройство возникает у 50–80% лиц, перенесших тяжелый стресс, а в общей популяции населения в мирное время для мужчин этот показатель составляет 0,5%, для женщин — 1,2%. Среди участников гражданского противостояния в Москве в октябре 1993 г., по наблюдениям В. Г. Ротштейна, показатель распространенности ПТСР достиг 57%.

Эпидемиологические данные о заболеваемости ПТСР заметно варьируются в зависимости от различных факторов — характера психотравмы, пола, возраста обследуемых групп, социально-культурных особенностей — и составляют от 2,6% от общего числа обследуемого населения до 73–92% в группах риска (жители областей, пострадавших от стихийных бедствий, катастроф, военных конфликтов). Причиной такого разброса показателей может быть и отсутствие единого подхода к определению диагностических критериев ПТСР.

В специальной литературе последних лет о ПТСР увеличилось число работ, посвященных распространенности ПТСР после военной травмы, возросло количество исследований ПТСР в условиях мирного времени. В отечественной литературе преобладают работы, содержащие сведения о распространенности ПТСР у участников и ветеранов боевых действий в «горячих точках», главным образом в Чечне. По данным разных авторов, клинически оформленными ПТСР страдают от 12,5 до 44% ветеранов войн, а частичные признаки этого симптомокомплекса в отдаленный период выявляются в 63–91,5% случаев.

Если рассматривать только контингент участников войны, то ПТСР как синдром отсроченных во времени от пребывания в травматической ситуации специфических реакций с наложением последствий вторичных стрессов отмечается в группе ветеранов войны в Афганистане в 18,6% случаев (из них хронически больных 41,7%, инвалидов — 56,2%). Данные о распространенности ПТСР у бывших воинов, проживающих на территории Республики Беларусь, свидетельствуют о том, что признаки ПТСР различной степени выраженности наблюдаются у 62,3% обследованных.

На возникновение ПТСР влияет и преморбид. Так, у военнослужащих, которые до призыва в армию страдали неврозом, вероятность возникновения ПТСР в 7–9 раз выше, чем у тех, кто до призыва считался практически здоровым [Brill, 1967].

Обследование 2856 человек в оккупированном Ираке Кувейте [Weiseath, 1997] показало, что почти каждый четвертый житель страны испытывал симптомы ПТСР в течение 2,5 лет после прекращения войны, и у детей и женщин их уровень был выше, чем у взрослых мужчин.

Проведенное К. А. Идрисовым [2003] исследование 508 семей (1935 человек), проживавших в зонах боевых действий в Чечне, показало, что 69,5% из них подверглись

воздействию одного или нескольких психотравмирующих событий, что привело к развитию в 31,2% случаев состояний, полностью соответствующих клиническим критериям ПТСР. Женщины оказались более подвержены возникновению ПТСР. Автором установлено, что с ростом числа психотравмирующих событий увеличивается вероятность развития ПТСР. У переживших одно психотравмирующее событие симптомы ПТСР выявлены в 34,4% случаев, у переживших два события — в 50,3% случаев, у переживших три и более событий — в 78% случаев. Однако более тщательный анализ данного явления показал, что в большинстве случаев «политравматизма» происходило одномоментно воздействие на личность нескольких психотравмирующих событий. Поэтому, по мнению автора, следует говорить не о зависимости развития ПТСР от количества пережитых травмирующих эпизодов, а об интенсивности воздействия на личность психотравмирующего события. Чем оно интенсивнее, тем более вероятно развитие ПТСР. Возраст также оказывает значимое влияние на развитие ПТСР. Так, в возрастной группе старше 46 лет частота ПТСР достоверно выше, чем в более младших возрастных группах. Высокая уязвимость старшей возрастной группы может быть связана с чрезмерной ригидностью, затрудняющей гибкий подход к преодолению последствий психической травмы. Между другими возрастными группами значимых различий не выявлено.

Стабильным «поставщиком» ПТСР остаются дорожные аварии. В Ирландии, по данным 1998 г., они имели место у 19% пострадавших [Conlon et al., 1999]. По мнению американских ученых, ПТСР развивается у 39,2% выживших после автомобильной аварии [Blanchard et al., 1995; Ursano et al., 1999].

Актуальность проблемы ПТСР у пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП), как подчеркивает Э. Бурштейн, определена большим количеством аварий, сопровождающихся травмами и гибелью людей. Вместе с тем обследование участников ДТП затруднено, так как они избегают разговоров об аварии.

Анализ полученных данных показал, что вероятность возникновения ПТСР у жертв серьезных ДТП достаточно высока и остается таковой даже по прошествии 9 месяцев. Женщины, пострадавшие при ДТП, имеют большую вероятность развития острых стрессовых расстройств, чем хронических. Лица, пережившие стресс ранее, имеют более высокий риск развития как острых, так и хронических ПТСР. У женщин, ранее перенесших связанные со стрессом психические расстройства, вероятность возникновения острой реакции на стресс в 4 раза выше, в то время как частота хронических стрессовых расстройств у них такая же, как и у женщин, не перенесших ранее стресса. Помимо этого авторы установили, что в течение первого месяца после ДТП вероятность появления психических расстройств у женщин в 4,5 раза выше, чем у мужчин.

Кроме того, авторы отметили, что вероятность возникновения психических расстройств, связанных со стрессом, в 2,94 раза выше у лиц с низким материальным доходом.

Э. Стюарт подчеркивает, что у 8% из 3,5 млн пострадавших в авариях в США каждый год развиваются такие симптомы ПТСР, как затруднение концентрации внимания, раздражительность, бессонница, ощущение отдаления от других, трудности в общении с окружающими и невозможность избавиться от постоянных мыслей об аварии, особенно если человек находится в автомобиле. По мнению автора, возникновение после ДТП шока, неврозов, гнева и чувства вины типично, и эти симптомы могут исчезнуть за короткий период. Однако в части случаев может развиваться ПТСР, в особенности, если произошла авария со смертельным исходом одного из участников или водитель-участник ДТП страдал психическим расстройством до аварии.



Описаны также ПТСР у изнасилованных [Davidson et al., 1998]; у клиентов, проснувшихся во время наркоза [Osterman et al., 1998]; у пострадавших от отравления заринном в токийском метро [Yokoyama et al., 1998]; у проституток в Сан-Франциско — у 68% обследованных [Farley et al., 1998]; у овдовевших — от 10 до 36% наблюдений, в зависимости от фактора неожиданности потери супруга [Zisook et al., 1998].

Есть данные [Solomon, 1997], что в США 7% американцев подвергается воздействию травматических событий ежегодно. Посттравматические стрессовые расстройства выявляются у 5% всех пострадавших мужчин и 12% женщин, а у трети всех заболевших ПТСР приобретает затяжную форму. ПТСР после несчастных случаев на производстве в США встречается у 4,3% пострадавших [Carstensen et al., 1997].

Исследования студентов в университетах различных стран показали большую распространенность среди них ПТСР. Так, в израильских университетах они были выявлены у 6% слушателей [Amir et al., 1999], в университете Джорджии (США) — у 4%, в университете Севера Южной Африки — у 12% студентов [Bernat et al., 1998].

В. А. Дереча с соавторами [2003] пришли к заключению, что, несмотря на реабилитационные усилия, лишь у 30% лиц с ПТСР может наступить практическое выздоровление, у 10%, несмотря на лечение, наступает ухудшение состояния, у 20% стабильно сохраняются расстройства средней тяжести, у 40% отмечается неустойчивое смягчение симптомов расстройства.

Результаты специальных эпидемиологических исследований, характеризующих уровень и состояние психического здоровья населения, по тем или иным причинам не попадающего в поле зрения специалистов, так называемого контингента «здоровых», свидетельствуют о том, что среди населения распространены не только начальные, но и клинически выраженные формы ПТСР.

Исследуя клиническую структуру пограничных психических расстройств у вынужденных переселенцев, М. С. Павлова [2001] установила, что доля ПТСР составляет 13,4% (23,4 — среди мужчин и 8,1 — среди женщин).

По данным Г. М. Румянцевой [1998, 2001], при обследовании населения на территории России, подвергшейся радиоактивному воздействию, у 50% обследованных были зарегистрированы симптомы, соответствующие критериям ПТСР, однако лишь в 9% случаев можно было говорить о нозологически оформленной патологии.

Методом случайной выборки А. А. Чуркиным и Л. Н. Касимовой были обследованы 3138 взрослых (в возрасте 18 лет и старше) жителей Нижнего Новгорода, никогда не обращавшихся за психиатрической или психотерапевтической помощью. Исследование проводилось путем опроса респондентов врачами-психиатрами с заполнением специально разработанных для этой цели эпидемиологических карт. Половозрастная структура обследованных соответствовала таковой в общей популяции взрослых жителей города. Для оценки клинической картины использовались диагностические критерии МКБ-10.

Из всех обследованных 31,8% лиц переживали ситуацию, которая, на их взгляд, была связана с угрозой для жизни или физической целостности непосредственно их или других людей, в 11,7% случаев люди испытывали чувство страха, ужаса или беспомощности. Повторные переживания этих событий у 11,4% из них проявлялись в виде навязчивых воспоминаний о событии, у 6,4% обследованных — в виде повторяющихся и беспокойных сновидений о пережитом событии. В 6,8% наблюдений при воздействии стимулов, напоминающих о травмирующем событии возникало сильное психологическое напряжение, 9,5% пытались избежать мыслей, ощущений, разговоров, мест или

людей, связанных с травмой, а 6,5% обследованных отмечали такие переживания, как снижение интереса к ранее значимым видам деятельности, неспособность ориентироваться на длительную жизненную перспективу, отчуждение от окружающих, неспособность испытывать любовь. Симптомы повышенного возбуждения в 19% случаев проявлялись в виде раздражительности или вспышек гнева, а в 11,3% — в виде трудностей концентрации внимания. Лишь 2,7% обследованных отмечали стойкую социальную дезадаптацию в связи с перенесенной психической травмой.

Наличие шести и более из перечисленных симптомов (выявлено у 5,2% обследованных) позволяло диагностировать развернутый синдром посттравматического стрессового расстройства, в 3,3% случаев выявлялись пять симптомов одновременно и можно было говорить о компонентах этого синдрома, в 5,6% наблюдений диагностировались четыре симптома одновременно и речь шла о менее выраженных расстройствах, но относящихся все же к посттравматическому стрессовому расстройству личности.

Сравнение распространенности посттравматических стрессовых расстройств у мужчин и женщин, проведенное А. А. Чуркиным, показало, что мужчины чаще, чем женщины, оказывались в ситуациях, связанных с угрозой жизни и физической целостности (39,5 и 25,4% соответственно), однако у мужчин эти ситуации сопровождалось чувством страха реже, чем у женщин. У женщин чаще, чем у мужчин, вследствие перенесенного стресса формировался астенический синдром (расстройства сна, раздражительность, нарушение концентрации внимания), и пережитые события повторялись в сновидениях, мужчины же чаще испытывали психологическое напряжение при воспоминаниях о пережитом, а также отмечали снижение интереса к значимой ранее деятельности.

При сравнении возрастных групп выявлено, что чаще всего попадали в ситуации, представляющие угрозу для жизни или физической целостности, люди в возрасте старше 60 лет — 37,6% обследованных, 20–39 лет — 34,8%, с 40–59 лет — 29,1% и до 19 лет — 23,6%. В возрасте до 40 лет лишь у каждого третьего, пережившего такую ситуацию, она сопровождалась чувством сильного страха, ужаса или беспомощности, в возрасте же старше 40 лет почти у каждого второго. Интенсивность воспоминаний о пережитом коррелировала и с возрастом. Так, навязчивые воспоминания или повторяющиеся сновидения о пережитом отметили 13,1% обследованных в возрасте до 19 лет, 19,9% — в возрасте 20–39 лет, 15,9% в возрасте 40–59 лет и 21,1% — в возрасте старше 60 лет.

Представленность практически всех симптомов ПТСР была выше в возрастной группе старше 60 лет. Развернутый синдром посттравматического стрессового расстройства также чаще развивался в пожилом возрасте, что, по всей вероятности, связано со снижением устойчивости к стрессу в этот возрастной период и с накоплением травмирующих моментов с возрастом.

Из 164 обследованных, у которых было выявлено посттравматическое стрессовое расстройство, лишь в 15,24% наблюдений оно не сочеталось с другими психопатологическими синдромами, в остальных же случаях диагностировались коморбидные психические расстройства. В частности, у 43% лиц диагностировался депрессивный синдром, у 36% выявлялись генерализованные тревожные расстройства. Синдромы фобий и обсессивно-компульсивные расстройства имели место наряду с посттравматическим стрессовым расстройством в 16–20% случаев. Легкие когнитивные расстройства отмечены у 17% обследованных. Наряду с ПТСР выявлялись и расстройства личности, частота этих сочетаний была примерно одинаковой для всех видов расстройств и не превышала 11%.



Посттравматическое стрессовое расстройство личности почти в два раза чаще выявлялось среди неработающих (11% по сравнению с 4–6% в остальных группах). В этой группе обследованных чаще встречались аффективные расстройства, отчуждение от окружающих, беспокойные воспоминания о пережитом. В остальных группах существенных различий выявлено не было.

ПТСР у мужчин, состоящих в браке и разведенных, выявлялось с одинаковой частотой. У женатых мужчин чаще присутствовали такие симптомы, как навязчивые воспоминания и сны о пережитом, избегание мест и людей, связанных с травмой. Симптомы, которые можно было в целом обозначить как посттравматические астенические расстройства, чаще имели место у разведенных мужчин. У разведенных женщин компоненты синдрома и выраженные посттравматические расстройства выявлялись чаще (13%), чем у замужних (8,5%). Отсюда можно предположить, что семья для женщины — фактор, смягчающий течение ПТСР или препятствующий, в некоторых случаях его развитию.

Рассматривая распространенность симптомов посттравматического стрессового расстройства в зависимости от уровня образования, мы установили, что люди с начальным или неполным средним образованием практически не подвержены этим расстройствам, а среди обследованных со средним, средне-специальным и высшим образованием симптомы ПТСР встречаются с одинаковой частотой.

Длительность проживания в городе не оказывала существенного влияния на частоту и степень выраженности ПТСР.

Таким образом, почти каждый четвертый обследованный в выборке оказывался в ситуации, угрожающей его жизни или физической целостности и у 14,2% из них можно было диагностировать синдром посттравматического стрессового расстройства разной степени выраженности: у 5,2% — развернутый синдром ПТСР, в 3,3% случаев можно было говорить о компонентах синдрома.

Посттравматическое стрессовое расстройство примерно в 40% случаев сочеталось с депрессивными синдромами и другими тревожными расстройствами. В старших возрастных группах представленность развернутых синдромов была выше и в группе старше 60 лет достигала 18,6%.

Некоторые социальные условия оказывали влияние на развитие ПТСР. Так, наличие семьи для женщины было фактором, смягчающим течение посттравматического стрессового расстройства, а развод создавал условия для дальнейшей травматизации личности. ПТСР почти в два раза чаще выявлялось в группе неработающих.

В заключение следует отметить, что анализ отечественных и зарубежных данных свидетельствует о более значительных показателях распространенности посттравматического стрессового расстройства среди населения, чем показатели обращаемости а помощью лиц, страдающих этим заболеванием.

## ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ И РАЗМЫШЛЕНИЙ

1. Что такое «отсроченные реакции на стрессовую ситуацию»?
2. Что включается в понятие «психическая травма»?
3. Каковы стратегии поведения людей, получивших психическую травму?
4. Что такое ПТСР и каковы причины его возможного возникновения?

5. К какой группе симптомов посттравматического стрессового расстройства относятся следующие характеристики: повторные, навязчивые, негативные воспоминания о событии; связанные с событием сны; переживание нового стресса при событиях, напоминающих или символизирующих пережитую травму; внезапные поступки и чувства, как если бы пережитое событие происходило сейчас:

- а) к группе симптомов избегания;
- б) к группе симптомов повторного переживания;
- в) к группе симптомов повышенной возбудимости?

6. К какой группе симптомов посттравматического стрессового расстройства относятся следующие характеристики: невозможность вспомнить детали происшедшего события; чувство отстраненности, отчужденности от других людей; избегание мыслей, чувств и деятельности, связанных с происшедшим событием; потеря доступа к ресурсам прошлого; обеднение чувств; отсутствие ориентации на дальнейшее будущее:

- а) к группе симптомов избегания;
- б) к группе симптомов повторного переживания;
- в) к группе симптомов повышенной возбудимости?

7. К какой группе симптомов посттравматического стрессового расстройства относятся следующие характеристики: повышенная раздражительность, наличие взрывных реакций; любые нарушения сна; трудности концентрации внимания; депрессивные состояния; сверхбдительность, связанная с отсутствием чувства безопасности:

- а) к группе симптомов избегания;
- б) к группе симптомов повторного переживания;
- в) к группе симптомов повышенной возбудимости?

8. Назовите этапы переживания травматической ситуации. Приведите примеры, в которых бы говорилось о каждой из фаз переживания.

9. Какая теоретическая концепция лучше всего объясняет процесс возникновения и развитие ПТСР?

10. Перечислите группы риска развития ПТСР.

## ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Бодров В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление. М. : ПЕР СЭ, 2006.
- Сидоров П. И., Мосягин И. Г., Марунок С. В. Психология катастроф : учебное пособие для студентов вузов / под ред. П. И. Сидорова. М. : Аспект Пресс, 2008.
- Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1. Теория и методы / Тарабрина Н. В. [и др.]. М. : Когито-Центр, 2007.
- Столяренко А. М. Экстремальная психопедагогика: учебное пособие для вузов. М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2002.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Данильченко С. А., Кадыров Р. В., Кулешов В. Е. Отношение к смерти и бессмертию на войне : монография. Владивосток : ТОВМИ им. С. О. Макарова, 2007.



Калшед Д. Внутренний мир травмы: Архетипические защиты личностного духа : [пер. с англ.] М. : Академический проект, 2001.

Кекелидзе З. И. Психиатрия чрезвычайных ситуаций. Руководство: в 2 т. / под ред. Т. Б. Дмитриевой. М., 2004.

Магомед-Эминов М. Ш. Трансформация личности. М. : Психологическая Ассоциация, 1999.

Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных / под общей ред. Ю. С. Шойгу. М. : Смысл, 2007.

Решетников М. Психическая травма. СПб. : Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2006.

Петер С. Л. Психологическая помощь лицам, перенесшим психотравмирующий стресс. М. : СГУ, 2000.

Посттравматическое стрессовое расстройство / под ред. Т. Б. Дмитриевой. М. : ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2005.

Трубицина Л. В. Процесс травмы. М. : Смысл, 2005.

## Глава 5.

# ПСИХОДИАГНОСТИКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

Необходимость широкого и детального рассмотрения вопроса, связанного с психологической диагностикой посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) обусловлена рядом причин.

Во-первых, высокой теоретической актуальностью и практической значимости проблем психологических последствий пребывания человека в экстремальных ситуациях.

Во-вторых, введение ПТСР в МКБ-10 в качестве самостоятельной нозологической единицы ставит перед практикующими психологами как задачу теоретического освоения критериев диагностики ПТСР, так и задачу практического применения психологического инструментария для психологической диагностики признаков ПТСР.

В-третьих, небольшим количеством методик психологической диагностики последствий кризисных и постстрессовых состояний, оценки эффективности психологической реабилитации военнослужащих (сотрудников других силовых структур) после выполнения задач в экстремальных условиях.

## ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ ПТСР

Первый принцип — **единство диагностики и психологической помощи**. Наряду с традиционной задачей психодиагностики — определением актуального состояния развития личности, процесс диагностики следует использовать для решения прочих задач:

- стимулирования у клиента мотивации самопознания и самоизменения;
- выявления личностных ресурсов развития;
- выявления жизненных затруднений, пробелов в развитии тех или иных качеств способностей, которые важны для гармонизации отношений человека с собой, другими людьми, миром в целом;
- принятия решения о том, какая психологическая поддержка необходима и достаточна для этого человека;
- отслеживания изменений, происходящих на различных этапах психологического сопровождения.

Второй принцип — **отказ от наращивания арсенала психодиагностических методик** и сосредоточение основного внимания на разработке и применении программ психологической помощи (индивидуального и группового консультирования и психотерапии). Только в этих случаях диагностическая работа будет иметь смысл и приведет к положительному результату. Любой из применяемых при диагностике приемов должен создавать условия для позитивного развития личности.



Третий принцип — **направленность диагностической работы прежде всего на выявление имеющихся у человека ресурсов развития и самопомощи.**

Четвертый принцип — **исследование человека в его развитии.** Специалисту важно знать историю жизни человека, происшедшее травматическое событие, личные и семейные мифы, в которых он живет, ценности, правила, устойчивые представления и отношения человека как внутри ближайшего окружения (члены семьи, сотрудники), так и с внешней средой. Знакомство с историей семьи в нескольких поколениях помогает глубже понять, как в ней принято реагировать на неблагоприятные социально-психологические условия, стрессовые, конфликтные или кризисные ситуации — снижением уровня активности или его повышением, сплочением семьи или разобщением ее членов.

Для осуществления **диагностики ПТСР** необходимо иметь четкие ориентиры, представления об основных показателях, характеризующих состояние человека, его образ мира, продуктивность или непродуктивность того, как он проживает последствия экстремальной ситуации и адаптируется к жизни.

## ОСНОВНЫЕ МЕТОДИКИ ПСИХОДИАГНОСТИКИ ПТСР

К основным методикам психодиагностики ПТСР, характеризующим состояние, переживание последствий экстремальной ситуации и адаптации к последующей жизни пострадавших, относятся: «Метод структурированного клинического интервью» (SCID — Structured Clinical Interview for DSM-III-R), «Шкала для клинической диагностики ПТСР» (Clinical-administered PTSD Scale — CAPS)<sup>54</sup>, «Опросник травматического стресса» (далее в тексте — ОТС)<sup>55</sup>, «Шкала оценки тяжести воздействия травмирующего события» (Impact of Event Scale — IOES) Горовица<sup>56</sup>, «Дополнительная шкала PTSD MMPI»<sup>57</sup>.

«Метод структурированного клинического интервью» (СКИД) включает ряд диагностических модулей (блоков вопросов, обеспечивающих постановку диагноза по критериям, содержащимся в DSM-III-R). Конструкция интервью позволяет работать отдельно с любым необходимым для каждого конкретного случая модулем, который выбирается на основании данных общего опроса клиента на первом этапе исследования, или перейти к беседе по другому блоку в случаях, когда терапевт получает данные, заставляющие усомниться в начальном диагнозе. Окончательный диагноз определяется по данным суммарной итоговой шкалы, в которую заносятся результаты, полученные при применении каждого модуля. При необходимости для постановки окончательного диагноза привлекаются независимые эксперты.

Эта методика применяется как в клинической практике, так и в исследовательских целях. Существуют различные модификации методики, в том числе и неклинические.

<sup>54</sup> См. Приложение 3.

<sup>55</sup> См. Приложение 4.

<sup>56</sup> См. Приложение 6.

<sup>57</sup> Психологическая диагностика и коррекция постстрессовых состояний : методические рекомендации М. : Академия МВД РФ, 1997. С. 25–27.

Одна из них — вариант интервью для диагностики ПТСР у ветеранов войны во Вьетнаме — SCID-NP-V.

«Опросник травматического стресса» (ОТС) предназначен для оценки выраженности симптомов постстрессовых нарушений у исследуемых на основе критериев, содержащихся в DSM-4<sup>58</sup>.

Опросник состоит из краткой инструкции и 110 пунктов-утверждений. Испытуемому предлагается с помощью 5-балльной шкалы Лайкерта (от «абсолютно верно» до «абсолютно неверно») оценить каждое из утверждений в зависимости от его ответственности собственному состоянию. 56 пунктов являются «ключевыми» для оценки выраженности симптомов постстрессовых нарушений, 15 пунктов входят в дополнительную «шкалу депрессии», 9 пунктов составляют три оценочные шкалы — «лжи», «аггравации» и «диссимуляции», позволяющие контролировать степень искренности испытуемого, его склонность подчеркивать тяжесть своего состояния или отрицать наличие психологических проблем. Кроме того, в опросник включены резервные и «маскирующие» утверждения, препятствующие произвольному пониманию испытуемым основной направленности теста. Помимо «прямых» утверждений, согласие с которыми у испытуемого оценивается как наличие того или иного искомого признака, чтобы сбалансировать «тенденцию согласия», в опроснике имеются так называемые «обратные» пункты, отрицательные ответы на которые являются значимыми<sup>59</sup>.

Ограничения на использование ОТС.

1. Не может применяться вопреки желанию испытуемого и помимо его «информированного согласия».
2. Не может применяться в остром периоде психотравмы (обычно до двух суток), в фазе психологического шока, на фоне ажитированного или угнетенного состояния с выраженными поведенческими проявлениями либо защитного отрицания события.
3. Ограничено применяется для оценки состояния при выполнении профессиональных задач в экстремальных условиях: только в случаях, когда возникает необходимость психологического освидетельствования отдельных лиц, нуждающихся в проведении индивидуальных психокоррекционных мероприятий, либо в эвакуации из зоны ЧС.
4. Не может применяться в случаях астенизации психики клиента в связи с тяжелым соматическим заболеванием, тяжелым ранением или контузией; в абстинентном состоянии или на фоне алкогольного (наркотического) опьянения.
5. Не может служить единственным источником при постановке психологического диагноза, оформляемого по данным обследования. При невозможности дополнения обследования данными дополнительных методик заключение о наличии посттравматической симптоматики должно носить вероятностный характер и содержать рекомендации по дополнительному углубленному исследованию — клинко-психофизиологическому.
6. Полученные результаты не могут интерпретироваться в смысле указания на наличие или отсутствие признаков ПТСР и острого стрессового расстройства (ОСР) при установлении тенденции испытуемого к искажению ответов — к аггравации или диссимуляции своего состояния, рентных установок или иной заинтересованности, как в положительных, так и в отрицательных результатах.

<sup>58</sup> Организация психологического обеспечения деятельности сотрудников органов внутренних дел в экстремальных условиях : методическое пособие / под общ. ред. В. М. Бурыкина. М. : ИМЦ ГУК МВД РФ, 2004. С. 74–87.

<sup>59</sup> См. Приложение 4.



«Шкала оценки тяжести воздействия травмирующего события» Горовица позволяет определить наличие у клиента ПТСР по выраженности одной из двух тенденций: вторжения или избегания. Первая тенденция проявляется в постоянном возвращении к мыслям и переживаниям о происшедшем событии, часто независимо от воли и желания человека, вторая — в стремлении уменьшить или притупить влияние этих переживаний на эмоциональное состояние и поведение, вплоть до полного отрицания этого влияния, что чаще всего выражается в желании забыть само событие и все с ним связанное.

Шкала содержит 22 утверждения, позволяющих определить степень выраженности проявлений вышеуказанных тенденций в течение последних семи дней. Оценка производится самими испытуемыми и предполагает варианты «совсем нет», «очень редко», «иногда», «часто».

**Дополнительная шкала PTSD MMPI** [авторы — Kean, Malloy, Fairbank, 1984]<sup>60</sup>.

Шкала была эмпирически валидизирована на группах с клинически подтвержденным диагнозом посттравматического стрессового расстройства и «нормы». При установлении диагноза использовались критерии, заложенные в руководстве DSM-3(R).

Прямые: 5, 16, 22, 24, 31, 32, 33, 39, 40, 43, 61, 67, 72, 76, 94, 97, 104, 106, 114, 139, 147, 156, 182, 217, 241, 286, 303, 314, 323, 326, 336, 338, 339, 349, 350, 358, 359, 366, 397, 411, 473. Обратные: 2, 3, 8, 57, 88, 107, 137, 152.

ПТСР определяется при значениях шкалы >30 стандартное отклонение. Также, по данным авторов, при наличии постстрессовых нарушений характерно повышение основных шкал F > 66 T, D > 78 T и Sc > 79 T. Ниже приводятся формулировки входящих в шкалу утверждений в редакции опросника СМЛ Л. Н. Собчик.

Утверждения:

2. Аппетит у меня хороший.
3. Обычно по утрам я просыпаюсь свежим и отдохнувшим.
8. Моя повседневная жизнь заполнена делами, которые мне интересны.
15. Иногда мне в голову приходят такие нехорошие мысли, что лучше о них не рассказывать.
16. Определенно, судьба несправедлива ко мне.
22. Временами у меня бывают приступы смеха и плача, с которыми я никак не могу справиться.
24. Мне кажется, нет такого человека, который понимал бы меня.
31. Почти каждую ночь меня мучают кошмары.
32. Я замечаю, что мне трудно сосредоточиться на какой-либо задаче или работе.
33. У меня бывали совершенно необычные, очень странные и своеобразные переживания.
39. Иногда мне хочется все ломать и крушить.
40. Я предпочел бы большую часть времени сидеть, ничего не делать и мечтать.
43. Сон у меня прерывистый и беспокойный.
57. Я человек общительный.
61. Я жил не так, как надо.
67. Я бы хотел быть таким же счастливым, какими мне кажутся другие.
72. Несколько раз в неделю меня беспокоят неприятные ощущения в верхней части живота (под ложечкой).

<sup>60</sup> Психологическая диагностика и коррекция постстрессовых состояний : методические рекомендации I. : Академия МВД РФ, 1997. С. 25–27.

76. Большую часть времени настроение у меня плохое.

88. Обычно я считаю, что жизнь — стоящая штука.

94. Я часто совершаю поступки, о которых потом очень сожалею (чаще или глубже, чем другие).

97. Временами я испытываю сильное желание нарушить правила приличия или сделать что-нибудь вредное.

104. Я довольно безразличен к тому, что со мной будет.

106. Часто у меня такое чувство, будто я сделал что-то неправильное или даже плохое.

107. Большую часть времени я вполне доволен жизнью.

114. У меня часто бывает такое чувство, будто моя голова стянута обручем.

137. Я считаю, что в моей семье жизнь такая же хорошая, как и у большинства моих знакомых.

139. Иногда у меня бывает такое чувство, что я просто должен нанести повреждение себе самому или кому-нибудь другому.

147. Я часто терпел неудачи лишь из-за того, что не мог своевременно принять решение.

152. Обычно я засыпаю спокойно, и меня не тревожат никакие мысли.

156. У меня бывали периоды, когда я что-то делал, а потом не знал, что именно я делал.

182. Меня беспокоит страх сойти с ума.

217. Я часто ловлю себя на том, что меня что-то тревожит.

241. Я часто вижу такие сны, о которых лучше никому не рассказывать.

286. Счастливее всего я чувствую себя в одиночестве.

303. Я настолько чувствителен к некоторым вещам, что мне даже говорить о них трудно.

314. Иногда мне в голову приходят такие нехорошие мысли, что лучше о них не рассказывать.

323. У меня бывали совершенно необычные, очень странные и своеобразные переживания.

326. Временами у меня бывают приступы смеха и плача, с которыми я никак не могу справиться.

336. Я легко теряю терпение с людьми.

338. Определенно, на мою долю выпало забот и беспокойства больше, чем положено.

339. Часто мне хочется умереть.

349. У меня бывают странные, необычные мысли.

350. Когда вокруг никого нет, я слышу странные вещи.

358. Бывает, что мне в голову приходят плохие, часто даже ужасные слова, и я никак не могу от них отвязаться.

359. Иногда какая-нибудь маловажная мысль крутится в голове и надоедает мне несколько дней подряд.

366. Даже среди людей я чувствую себя одиноким.

397. Иногда у меня бывало чувство, что передо мной нагромодилось столько трудностей, что одолеть их просто невозможно.

411. Когда я слышу об успехах близкого знакомого, я начинаю чувствовать, что я — неудачник.

473. По возможности я стараюсь избегать большого скопления людей.



## ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ ПТСР

Для оценки степени выраженности расстройства, переживания последствий экстремальной ситуации, образа мира и адаптации к жизни у военнослужащих, спасателей, жертв катастроф и других пострадавших в ЧС применяются следующие дополнительные методики: «Миссисипская шкала травматического стресса»<sup>61</sup>; «Гарвардский опросник для выяснения перенесенных травм» [по Mollica et al., 1992]<sup>62</sup>; «Шкала депрессии» Э. Бека<sup>63</sup>; «Клиническая шкала тревоги и депрессии»; «Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний» В. А. Жмурова<sup>64</sup>; «Вербальный фрустрационный тест» (ВФТ) (Собчик Л. Н.)<sup>65</sup>; «Опросник МЛО Адаптивность»<sup>66</sup>; «Методика определения смысловых ориентаций» (адаптация Д. А. Леонтьева); «Методика диагностики уровня субъективного контроля» (УСК) Дж. Роттера (адаптация Е. Ф. Бажиной, С. А. Голынкиной, А. М. Эткина); «Графическая методика жизненных переживаний личности» (Н. Г. Осухова)<sup>67</sup>; Методика «Нарисуй время» (Л. П. Енькова); Методика «Рисование смерти» (Дж. Рейнуотер)<sup>68</sup>; «Метод цветочных выборов» (Л. Н. Собчик); «Анкета для участников боевых действий»<sup>69</sup> и др.

«Миссисипская шкала» (МШ)<sup>70</sup>. МШ обладает необходимыми психометрическими свойствами, хорошими дифференциально-диагностическими возможностями. Высокий итоговый балл по шкале хорошо коррелирует с диагнозом ПТСР.

«Опросник депрессивности» Э. Бека предназначен для оценки наличия депрессивных симптомов у обследуемого на текущий период. Опросник основан на клинических наблюдениях и описаниях симптомов, которые часто встречаются у депрессивных психиатрических пациентов в отличие от недепрессивных. Систематизация этих наблюдений позволяет выделить 21 шкалу, каждая из которых представляет собой отдельный тип психопатологической симптоматики и включает следующие пункты: печаль; пессимизм; ощущение невезения; неудовлетворенность собой; чувство вины; ощущение наказания; самоотрицание; самообвинение; наличие суицидальных мыслей; плаксивость; раздражительность; чувство социальной отчужденности; нерешительность; дисморфобия; трудности в работе; бессонница; утомляемость; потеря аппетита; потеря в весе; озлобленность состоянием здоровья; потеря сексуального влечения. Выделенные шкалы дают возможность выявить степень выраженности депрессивной симптоматики, так как каждая из них представляет собой группу вопросов, состоящую из четырех утверждений, соответственно оцениваемых в баллах от 0 до 3. Максимально возможная сумма — 63 балла. В настоящее время опросник широко применяется в клинко-психологических

<sup>61</sup> См. Приложение 5.

<sup>62</sup> См. Приложение 7.

<sup>63</sup> Практикум по психологии состояний: учебное пособие / под ред. проф. А. О. Прохорова. СПб.: Речь, 2004. С. 147–150.

<sup>64</sup> См. Приложение 8.

<sup>65</sup> См. Приложение 9.

<sup>66</sup> См. Приложение 10.

<sup>67</sup> См. Приложение 11.

<sup>68</sup> Рейнуотер Дж. Это в ваших силах (как стать собственным психотерапевтом). М., 1993.

<sup>69</sup> См. Приложение 12.

<sup>70</sup> См. Приложение 5.

исследованиях и в психиатрической практике для оценки интенсивности депрессии. Суммарный балл по шкале меньше 9 рассматривается как отсутствие депрессивных симптомов; сумма баллов от 10 до 18 характеризуется как «умеренно выраженная депрессия», от 19 до 29 баллов — «критический уровень» и от 30 до 63 баллов — «явно выраженная депрессивная симптоматика». Как показали многочисленные исследования участников военных действий во Вьетнаме и Корее, уровень депрессивности по шкале Бека у ветеранов с ПТСР был значительно выше, чем ее значения у здоровых испытуемых, вошедших в контрольную группу. Не менее информативна «Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний» В. А. Жмурова<sup>71</sup>.

«Клиническая шкала тревоги и депрессии»<sup>72</sup>. Шкала предназначена для оценки характера и глубины эмоциональных нарушений у лиц, не страдающих психическими заболеваниями. Является методом экспресс-диагностики состояний тревоги и депрессии, основой которой выступает «агедония» — потеря удовольствия от жизни. В субшкалу «депрессия» при этом не включены такие признаки, как нарушения сна и потеря аппетита (признаки клинически выраженного депрессивного состояния).

Шкала позволяет выделить три уровня расстройств: «норма», «пограничное состояние», «болезнь», причем значения субшкал, отделяющие «норму» от «пограничного состояния», составляют 8–10 баллов.

Достоинства методики — простота, краткость, информативность и позитивное восприятие «нормальным» испытуемым содержания всех без исключения пунктов опросника. Шкала может использоваться многократно, что позволяет оценивать динамику состояния при проведении психокоррекционных мероприятий.

Проведенное нами обследование профессиональных военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях, позволило сделать выводы о возможности использования психодиагностического комплекса, содержащего методики: «Стандартизированный многофакторный метод исследования личности» (СМИЛ); «Метод диагностики межличностных отношений» (ДМО); «Метод цветочных выборов» (МЦВ); «Смысловые ориентации» в адаптации Д. А. Леонтьева (СЖО); «Уровень субъективного контроля» Дж. Роттера в адаптации Е. Ф. Бажиной, С. А. Голынкиной, А. М. Эткина (УСК); проективные методики: «Нарисуй время» (Л. П. Енькова)<sup>73</sup> и «Рисование смерти» (Дж. Рейнуотер)<sup>74</sup> и «Анкета участников боевых действий»<sup>75</sup>, для эффективного выявления военнослужащих, нуждающихся в особом внимании со стороны психолога, в психологической помощи и психотерапии после участия в боевых действиях.

Особенности личности заметнее в состоянии эмоционального напряжения, в чрезвычайных ситуациях, предъявляющих к человеку повышенные требования. Именно поэтому всегда было важно провести предварительную диагностику личностных особенностей с целью предвидения характера поведения человека в стрессовой ситуации. В психодиагностике используют прием изучения поведения человека в ситуации фрустрации. «Выбор» типа реагирования в основном произвольный, но зависит в значительной степени от базисных свойств личности. Для изучения степени выраженности

<sup>71</sup> См. Приложение 8.

<sup>72</sup> См. Приложение 5.

<sup>73</sup> Практикум по инженерной психологии и эргономике: учебное пособие для вузов / С. К. Сергиенко (и др.); под ред. Ю. К. Стрелкова. М.: Академия, 2003. С. 273–285.

<sup>74</sup> Рейнуотер Дж. Это в ваших силах (как стать собственным психотерапевтом). М., 1993.

<sup>75</sup> См. Приложение 12.



и направленности агрессии и выявления иерархии ценностей испытуемого используется «Вербальный фрустрационный тест» (ВФТ) (Л. Н. Собчик)<sup>76</sup>. Обоснование использования теста:

- реакция на фрустрацию зависит от типа реагирования, то есть от ведущей тенденции, уходящей корнями в конституционально-заданную predisposition;
- реакция на фрустрацию зависит от иерархии ценностей обследуемого лица, то есть от того, насколько значима для него та зона интересов, которая при этом оказалась заданной.

Сила этой реакции тем сильнее выражена, чем менее значимо для конкретного индивида фрустрирующее лицо или ситуация, поскольку непосредственные реакции проявляются свободно именно в тех контактах, которые менее значимы; напротив, в общении со значимыми другими людьми индивид максимально контролирует свои высказывания и поступки, особенно агрессивные реакции.

Фрустрирующие лица могут быть выбраны произвольно или адекватно заменены, так как независимо от их числа балл, полученный по агрессивности, делится на их общее количество (n). Фрустрируемые ценности: А — внешний вид, В — здоровье, С — характер, D — благополучие, E — социальный статус, F — кругозор, G — нравственность.

Усредненные оценки по каждому пункту опросника от 1 до 6 баллов интерпретируются таким образом: 1 балл — выраженная интрапунитивная реакция, избыточная агрессия; 2 балла — интрапунитивная реакция, аутоагрессия; 3 балла — импунитивная реакция, сдержанность, высокий самоконтроль над агрессивными реакциями; 4 балла — умеренная экстрапунитивная реакция, стеничность, уверенность в себе, стремление отстаивать свои позиции; 5 баллов — экстрапунитивная реакция, повышенная агрессивность; 6 баллов — выраженная экстрапунитивная реакция, избыточная агрессивность.

(*Экстрапунитивные реакции* — направленные вовне, на других людей или окружающие объекты, проявляются в форме осуждения и требования к другим разрешить ситуацию. *Интрапунитивные реакции* — направленные индивидом на самого себя, с чувством вины и стремлением взять на себя ответственность за исправление ситуации. *Импунитивные реакции* — испытуемый рассматривает фрустрирующую ситуацию как малозначимую, не связанную ни с чьей виной, предполагает, что она может исправиться сама собой.)

В каждой клеточке регистрационного бланка под соответствующей ценностью отражаются баллы агрессивности двух видов: по ответам «сказал» слева — «а», по ответам «почувствовал» справа — «б». Полученные результаты интегрируются также по двум категориям: высказывания и чувства.

Если оценки по суммарной категории «сказал» меньше, чем по категории «почувствовал», то агрессивные эмоции контролируются рассудком. Если оценки по ответам обеих категорий одинаково повышены, то контроль над агрессивностью ослаблен. Если ответы категории «сказал» выше, то агрессивность носит гиперкомпенсаторный характер.

Оценки от 1 до 6 баллов интегрируются в суммарные по двум категориям: высказывания и чувства. Таким образом, 5–6 баллов — выраженная экстрапунитивная агрессия; 1–2 балла — выраженная аутоагрессия.

Данные исследования в баллах проставляются в соответствующих ячейках регистрационного листа. Определяются сферы отношений, вызывающие у обследуемого

<sup>76</sup> См. Приложение 9.

наибольшую агрессию, а также наиболее фрустрированные ценности, что позволяет выстроить иерархию ценностей обследуемого лица. Далее баллы в вертикальных столбцах суммируются и делятся на количество фрустрирующих лиц, что позволит выявить усредненную оценку степени агрессивности по каждой ценностной категории. Баллы в горизонтальных строках суммируются и делятся на 7 (количество предъявленных ценностей), что может составить представление о наиболее выраженной потребности.

Максимальные баллы по пунктам А, В, С, D, E, F, G выявляют наиболее значимые ценности, фрустрация которых вызывает наиболее агрессивную реакцию. Минимальные баллы по пунктам 1–13 выявляют тех значимых других, в присутствии которых повышается самоконтроль.

В целом преобладание ответов, оцениваемых в среднем на 3 или 4 балла, характерно для устойчивой нормы и хорошо контролируемой личности, при этом оценка 3 характерна для лиц с умеренно выраженными гипотимными, тормозными чертами. Преобладание оценок 4 более характерно для стеничных, активных, оптимистических личностей<sup>77</sup>.

«Методика определения смысловых ориентаций» (адаптация Д. А. Леонтьева)<sup>78</sup>. Это адаптированный вариант методики «Цель в жизни» Д. Крамбо и Л. Махлика. И оригинал, и отечественный вариант методики отражают определение смысла жизни в работах В. Франкла<sup>79</sup>.

Стимульный материал теста представляет собой 20 пар противоположных утверждений, выбор между которыми осуществляется при помощи семи градаций предпочтения (от –3 до +3). В этих утверждениях заключены пять субшкал теста, определяющих три конкретные смысловые ориентации и два аспекта локуса-контроля.

1. *Цели в жизни*. Баллы по этой шкале характеризуют наличие или отсутствие целей в жизни испытуемого, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу.

2. *Процесс жизни или интерес и эмоциональная насыщенность жизни*. Содержание этой шкалы совпадает с известной теорией о том, что единственный смысл жизни состоит в том, чтобы жить.

3. *Результативность жизни или удовлетворенность самореализацией*. Баллы по этой шкале отражают оценку пройденного отрезка жизни, ощущение того, насколько продуктивна и осмысленна прожитая ее часть.

4. *Локус-контроль — Я (Я — хозяин жизни)*. Высокие баллы соответствуют представлению о себе как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями и представлениями о ее смысле.

5. *Локус-контроль — жизнь или управляемость жизни*. При высоких баллах — убеждение в том, что человеку дано контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь.

6. *Общий показатель осмысленности жизни человека*. Он включает в себя сумму баллов по всем вопросам.

<sup>77</sup> Примечание: практическое применение вербального фрустрационного теста показало его надежность и меньшую подверженность мотивационным искажениям по сравнению с другими тестами, направленными на измерение агрессивности.

<sup>78</sup> Леонтьев Д. А., Калашников М. О., Калашникова О. Э. Факторная структура теста смысловых ориентаций // Психологический журнал. 1993. № 1. С. 150–155.

<sup>79</sup> Франкл В. Человек в поисках смысла. М., 1990.



**«Методика диагностики уровня субъективного контроля» (УСК) Дж. Роттера<sup>80</sup>.** В основе этой методики лежит идея о том, что все люди различаются между собой по тому, как они объясняют причины значимых для них событий — где их локализуют. По мнению Роттера, возможны два варианта такой локализации или локуса контроля: экстернальный и интернальный. В первом случае человек полагает, что происходящие с ним события — результат действий внешних сил, случая, других людей, во втором интерпретирует происходящее с ним как результат собственных действий. Любому человеку свойственна определенная позиция на континууме между экстернальностью и интернальностью.

Вторая идея, положенная в основу определения УСК личности, заключается в том, что локус-контроль, характерный для индивида, универсален по отношению к любым типам событий и ситуаций, с которыми ему приходится сталкиваться. Один и тот же тип контроля характеризует поведение данной личности в случае неудач и в сфере достижений, причем это в равной степени касается различных областей социальной жизни.

В отличие от шкалы Роттера, в данный опросник включены пункты, измеряющие интернальность — экстернальность в межличностных и семейных отношениях, а также в отношении болезни и здоровья.

Стимульный материал методики состоит из 44 утверждений, которые испытуемому предлагается оценить по шестибальной шкале от полного несогласия до полного согласия. Полученные баллы переводятся в баллы по семи шкалам методики.

**1. Шкала общей интернальности.** Высокий показатель по этой шкале свидетельствует о высоком уровне субъективного контроля над большинством значимых ситуаций. Он характеризует людей, рассматривающих происходящие с ними события как результат собственных действий и, соответственно, чувствующих свою ответственность за них. Люди с низкими баллами по этой шкале считают, что большинство из происходящего с ними не зависит от их воли и является результатом действия случая или других людей.

**2. Шкала интернальности в области достижений.** Высокие показатели по этой шкале соответствуют высокому уровню субъективного контроля над ситуациями и событиями, вызывающими положительные эмоции. Люди с высокими показателями по этой шкале считают, что всего хорошего, что есть у них в жизни, они добились сами, и полагают, что смогут многого добиться и в дальнейшем. Люди с низкими показателями по этой шкале рассматривают свои успехи как следствие везения или результат помощи других людей.

**3. Шкала интернальности в области неудач.** Высокие показатели по этой шкале свидетельствуют о развитом чувстве субъективного контроля в эмоционально-неприятных ситуациях, что может быть выражено в склонности обвинять себя в различных неприятностях и страданиях.

Низкие показатели характеризуют людей, склонных видеть в подобных ситуациях следствие невезения или результат действий других людей.

**4. Шкала интернальности в области семейных отношений.** Высокие показатели по этой шкале говорят о том, что человек берет на себя ответственность за происходящее в его семейной жизни. Низкие показатели — о том, что человек видит в партнере причину значимых событий, происходящих в его семье.

<sup>80</sup> Основы военного профессионального отбора / под общ. ред. В. И. Лазуткина, Н. Н. Зацарного, Г. М. Заравковского. М., 1999. С. 420–427; Рамендик Д. М., Рамендик М. Г. Загляни внутрь себя. Психологическое тестирование — серьезно, но доступно. М.: Институт Психотерапии, 2001. С. 48–55.

**5. Шкала интернальности в области производственных отношений.** Высокие показатели по этой шкале означают, что человек берет на себя ответственность за свою деятельность, продвижение по службе, понимает свое влияние на отношения, складывающиеся в коллективе. Низкие показатели указывают на склонность человека рассматривать степень эффективности своей деятельности, продвижение по службе, отношения в коллективе как результат влияния других людей или вследствие везения.

**6. Шкала интернальности в области межличностных отношений.**

Высокие показатели по шкале говорят о том, что человек убежден в своей способности контролировать свои формальные и неформальные отношения, вызывать симпатию и уважение у других людей. Низкие показатели свидетельствуют о том, что человек не участвует активно в формировании своего круга окружения, склонен приписывать свои межличностные отношения действиям других людей.

**7. Шкала интернальности в области здоровья и болезни.** Высокие показатели по этой шкале означают, что человек берет на себя ответственность за состояние своего здоровья; если он болеет, то обвиняет в этом себя и полагает, что выздоровление тоже во многом зависит от его действий. Низкие показатели по этой шкале характерны для людей, рассматривающих свое здоровье или болезнь как случайность и возлагающие ответственность за свое выздоровление на врачей.

**Графическая методика «История жизненных переживаний личности»** Н. Г. Осуховой<sup>81</sup>. Методика рассчитана на выявление особенностей одного из важнейших компонентов образа мира — психологического времени личности, в частности соотношения «прошлое — настоящее — будущее». К примеру, это могут быть причинно-следственные связи, связь через концепцию судьбы («карма», «знак судьбы», «рок») либо связь через актуализированную и опредмеченную важным событием потребность, которая осталась неудовлетворенной. В этом случае событие прошлого может «длиться» в настоящем и служить источником дискомфорта («Война для меня никогда не кончится») или способом компенсации «экзистенциального вакуума».

**Методика «Нарисуй время»** Л. П. Енькова позволяет в символической, знаковой форме представить актуальную для испытуемых идею времени, а также их отношения со временем<sup>82</sup>. Неопределенность стимуляции, отсутствие ограничений в выборе ответов, отсутствие оценки ответов — все эти особенности, характерные для проективных методик, позволяют выявлять осознаваемое и неосознаваемое в символическом содержании сознания респондента.

Как известно, главной чертой символа является способность использовать некоторый «предмет» или предметный образ, выходящий за пределы своего непосредственного содержания, будучи еще чем-то другим, что не есть он сам<sup>83</sup>. В структуре символа наличествуют два главных компонента: символизирующее и символизируемое. В качестве первого выступает предметный образ, в качестве второго — глубинный смысл. Две эти составляющие — как два полюса, которые, по словам С. С. Аверинцева, немыслимы один без другого, оставаясь различными между собой.

<sup>81</sup> Осухова Н. Г. Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях. М.: Academia, 2005. С. 221–224.

<sup>82</sup> Практикум по инженерной психологии и эргономике: учебное пособие для вузов / С. К. Сергиенко [и др.]; под ред. Ю. К. Стрелкова. М.: Академия, 2003. С. 273–285.

<sup>83</sup> Снегирева Т. В. Смысл и символ в проективном рисунке // Вопросы психологии. 1995. № 6. С. 20–32.



Интерпретация рисунков в исследовании проводилась на основании критериев: физические характеристики рисунка и его предметное содержание.

Физические характеристики позволяют выявить психологическое значение метрических и топологических особенностей графического пространства рисунка, а предметное содержание рисунка — знаково-смысловое пространство, топологию событийности времени жизни респондента.

**Методика «Рисование смерти»** (Дж. Рейнуотер)<sup>84</sup> позволяет в символической форме представить идею смерти и эмоциональное отношение к ней у испытуемых.

Каждому испытуемому, объясняя характер задания, дают следующую инструкцию: «Возьмите бумагу и принадлежности для рисования. Закройте глаза. Сделайте несколько глубоких вдохов. Откройте глаза. Теперь выберите цвет и начинайте рисовать ваш символ смерти. Не нужно сознательно выбирать какой-то символ, просто начните рисовать. Если вам трудно начать, то попробуйте взять карандаш в левую руку (если вы правша) или в правую (если вы левша). Если вы чувствуете, что вас тянет писать слова, пишите слова».

Когда вы завершите рисование, возьмите новый лист бумаги (теперь можно выбрать другой цвет) и начните рисовать ваши чувства, относящиеся к смерти. И в этом случае пытайтесь рисовать спонтанно, не обдумывая то, что вы делаете».

Аспекты анализа рисунка подразделяются на формальные (семантика расположения в пространстве; графологические признаки) и содержательные (что нарисовано, цвет, оригинальность).

## ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ И РАЗМЫШЛЕНИЙ

1. Охарактеризуйте основные принципы психодиагностики ПТСР.
2. Охарактеризуйте основные методы психодиагностики ПТСР.
3. Охарактеризуйте дополнительные методы психодиагностики ПТСР.
4. Решите, какие методики целесообразно применять для психодиагностики личности после участия в боевых действиях.
5. Решите, какие методики целесообразно применять для психодиагностики личности после дорожно-транспортного происшествия.

## ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Бодров В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление. М., 2006.  
Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1. Теория и методы. Тарабрина Н. В. [и др.]. М.: Когито-Центр, 2007.  
Тарабрина Н. В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 2. Бланки методик. М.: Когито-Центр, 2007.

<sup>84</sup> Рейнуотер Дж. Это в ваших силах (как стать собственным психотерапевтом). М., 1993.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Бермант-Полякова О. В. Посттравма: диагностика и терапия. СПб.: Речь, 2006.  
Водолянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. СПб.: Питер, 2008.  
Котенев И. О. Психологическая диагностика постстрессовых состояний у сотрудников органов внутренних дел: методическое пособие для практических психологов / МЦ при ГУК МВД России. М., 1997.  
Организация психологического обеспечения деятельности сотрудников органов внутренних дел в экстремальных условиях: методическое пособие / под общ. ред. В. М. Бурыкина. М.: ИМЦ ГУК МВД РФ, 2004.  
Практикум по инженерной психологии и эргономике: учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений / С. К. Сергиенко [и др.]; под ред. Ю. К. Стрелкова. М.: Академия, 2003.  
Пищелко А. В., Сочивко Д. В. Теория и практика психодинамической диагностики личности: монография. Домодедово: ВИПК МВД России, 1999.



## Глава 6. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ СТРЕССОВОМ РАССТРОЙСТВЕ

### ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПТСР

Психологическая травма — это нарушение целостности функционирования психики человека, вызванное чрезвычайной ситуацией, в которой экстремальные факторы действуют во времени и пространстве, имеют определенное значение для личности и субъективно оцениваются ею как необычные, выходящие за пределы «нормального человеческого опыта»: насилие, смерть близкого человека, переживание потери, любой кризис, болезнь, экстремальные ситуации, такие как природные катаклизмы, техногенные катастрофы и войны. Все эти события могут и не быть травмирующими, если человек интегрировал их в свое мировосприятие.

Как правило, у пострадавших в случаях проявления посттравматических нарушений, особенно в самых тяжелых, последствия перенесенной травмы затрагивают все уровни функционирования психики. Человек чувствует себя оказавшимся в ловушке, испытывает чувство страха, не верит в свои силы для преодоления гнетущего состояния.

Этот страх особенно четко проявляется на начальном этапе работы. С одной стороны, клиент испытывает недоверие к психологу, боится, что может быть неправильно понят, так как тот не испытал подобного травмирующего воздействия и не представляет, через что он прошел. Поэтому встречи с психологом (и любое подобное вмешательство) пострадавший воспринимает как потенциальную угрозу, еще одно травмирующее событие в своей жизни. Кроме этого, часто клиенты имеют сомнения и в отношении оценки профессиональных способностей психолога, и в искренности желания помочь им. Другая возможная проблема — боязнь воспоминаний, так как у пострадавших имеется опыт переживаний, когда они «сходили с ума» от постоянных навязчивых вторжений своего травматичного прошлого.

Эти проблемы — пример своеобразных защитных механизмов с целью избежать чувства беспомощности и возможной последующей травматизации. Для успешного начала работы с клиентом необходимо преодолеть эти барьеры, что позволит установить эмоциональный контакт и атмосферу доверия между пострадавшим и специалистом.

Люди после пребывания в экстремальных ситуациях нуждаются в повышенном внимании, поддержке и психологической помощи, зависит позитивность преодоления и интеграции человеком последствий пребывания в экстремальных ситуациях.

Хотя накоплен немалый объем наработок по методам психотерапевтической помощи пострадавшим в ЧС многими направлениями психологии<sup>85</sup>, в целом необходимо обратить внимание на комбинированную психологическую и психотерапевтическую помощь при ПТСР.

В результате предваряющего психологическую помощь диагностического исследования была получена необходимая информация о личностных особенностях профессиональных военных<sup>86</sup>, принимавших участие в боевых действиях<sup>87</sup>.

После воздействия травмирующих факторов экстремальной ситуации жизнь участников этих ситуаций меняется по основным четырем сферам: внутреннее ощущение себя в мире, картина мира, смысл жизни (Я духовное); субъективная характеристика течения времени (в травматической ситуации время либо «останавливается», либо возникает острая его нехватка) (Я реальное); чувство безопасности (Я социальное); физическое состояние (Я телесное).

Методологической основой предлагаемой программы психологической помощи является биопсихосоциотическая модель, разработанная Г. В. Залевским<sup>88</sup>; она позволяет выделить четыре уровня работы с последствиями травматизации в экстремальных условиях и применить соответствующие этим уровням методы психологической помощи (рис. 8).

Эта модель позволяет выделить и теоретически обосновать практическое применение различных психотерапевтических направлений в работе с ПТСР<sup>89</sup>.

В контексте практической работы разделение психотравмы на несколько уровней затруднительно, поэтому используемые психологические техники позволяют корректировать психотравму как многофакторное целостное образование.

<sup>85</sup> Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1/ Теория и методы. Табрина Н. В. [и др.] М.: Когито-Центр, 2007; Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / под ред. Э. Фoa, Т. М. Кина, М. Фридмана. М.: Когито-Центр, 2005.

<sup>86</sup> Профессионалы, принимавшие участие в боевых действиях, — это офицеры, участники боевых действий, стаж службы не менее 3 лет.

<sup>87</sup> Данильченко С. А., Кадыров Р. В., Кулешов В. Е. Отношение к смерти и бессмертию на войне: монография. Владивосток: ДВО РАН ИИАиЭНДВ; ТОВМИ, 2007; Кадыров Р. В. Влияние боевых действий на личностные особенности профессиональных военнослужащих (на примере офицеров морской пехоты): дис. ... канд. психол. наук. М., 2005; Кадыров Р. В. Исследование отношения к жизни и смерти у профессиональных военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях. Актуальные проблемы клинической и прикладной психологии / Материалы Первой Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. Владивосток, 2007. С. 71–90; и др.

<sup>88</sup> Залевский Г. В. К проблеме предмета и рамок моделей современной клинической психологии // Сибирский психологический журнал. 2006. Вып. 23. С. 6–12; Залевский Г. В. Образование, культура и здоровье: Всероссийская конференция «Психолог в образовании» // Сибирский психологический журнал. 2005. Вып. 22. С. 153–155; и др.

<sup>89</sup> В настоящее время в психотерапии существует всего пять методов, которые отвечают ряду безусловных требований: они базируются на конкретной теории личности и соответствующей модели психопатологии, разработанной методологии, методике и терапевтической технике, а также имеют собственную стратегию и тактику. К таким методам относятся: бихевиоральная (поведенческая) терапия, гештальт-терапия, психодинамическая терапия (психоанализ), рациональная (когнитивная) психотерапия, терапия внушением (гипноз и его варианты). В отечественной практике остается широко распространенной интегративная (мультимодальная) психотерапия. Все остальные варианты психотерапий можно было бы отнести к терапевтическим техникам и техническим приемам (в настоящее время описано более 20 тыс. таких техник).



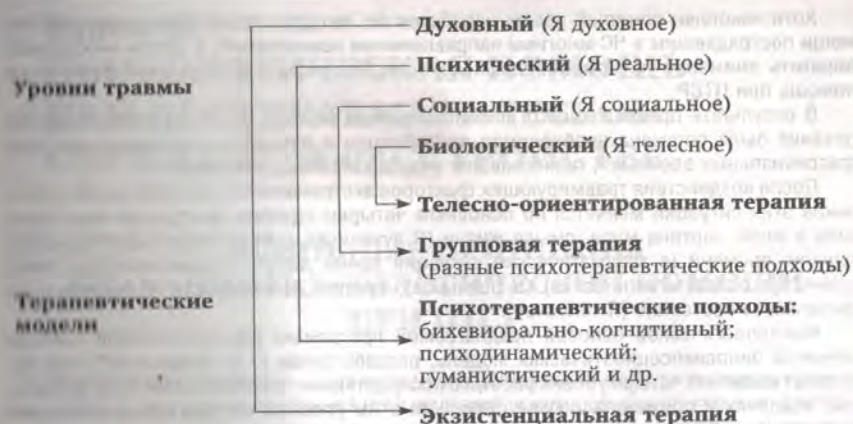


Рис. 8. Модель психологической помощи

Предлагаемая программа психологической помощи основывается на следующих требованиях: комплексность, дифференцированность и этапность<sup>90</sup>.

В практической работе психологу необходимо учитывать базовые принципы психолого-психотерапевтической помощи при ПТСР, которые определяют выбор конкретных психотерапевтических методов и техник.

**Безоценочное принятие пережитого опыта и связанных с ним воспоминаний, суждений травмированного.** Пострадавшие могут чувствовать себя неполноценными, униженными вследствие перенесенных переживаний. Они осторожно делятся своими чувствами, часто скованы, недоверчивы, боясь какой-либо оценки своих действий и переживаний по поводу травмы. Психологу необходимо убедить клиента в том, что его не собираются оценивать, а тем более судить о его опыте. Специалист должен быть готов услышать и принять такие факты из истории травматического события, которые могут противоречить его моральным ценностям и отношениям.

**Психолог должен быть убежден в том, что все проявления ПТСР у клиента обусловлены природой травмирующего события, а не какой-либо предрасположенностью человека к данному расстройству, связанной с патологией в его развитии.**

**Признание всех реакций травмированных нормальными, обеспечивающими адаптацию к экстремальным воздействиям внешней среды.** Убеждая в этом пострадавшего, передавая ему определенную информацию о его проблеме, можно достичь определенного терапевтического эффекта, который выразится в ослаблении чувства напряженности, страха, изоляции.

**Экстренное вмешательство психолога и его участие в организации определенной поддержки пострадавшему для его скорейшего выздоровления.** Имеется в виду

<sup>90</sup> Korolanka G., Dmitrieva N. The Victims of Severe Trauma: The Remote Consequences. X International Symposium on Victimology. Abstract Book, 2000. P. 130.

установление эмоциональной поддержки близкого окружения пострадавшего, того, что Линди назвал «травматической мембраной вокруг жертвы»<sup>91</sup>, которая могла бы служить своеобразным буфером, защищая человека от возможных последующих травмирующих жизненных событий. Как правило, чем большую поддержку ощущает клиент, тем быстрее идет процесс выздоровления.

**Готовность к мощному воздействию на специалиста процесса взаимодействия с пострадавшим,** вплоть до появления у психолога симптоматики ПТСР.

Эта проблема возникла в практике клиницистов, лечащих ветеранов войны во Вьетнаме. Были описаны случаи проявления этого воздействия, когда у терапевтов возникал ряд соматических нарушений (например, головная боль), связанных с чувством неприятия, нежелания продолжать лечение. Иногда происходит идентификация терапевта с личностью клиента: он начинает думать и действовать таким же образом, каким поступал ветеран на войне. Наблюдались и случаи, когда специалист становился более возбудимым, неуравновешенным, агрессивным по отношению к окружающим, иногда у него нарушался сон и возрастало употребление алкоголя<sup>92</sup>.

Таким образом, процесс психотерапии оказывал сильное эмоциональное воздействие на личность терапевта, что приводило к срабатыванию защитных механизмов его психики, а иногда и к их срыву. Отсюда возникает потребность в организации необходимой помощи и поддержки специалисту, который непосредственно взаимодействует с пострадавшим.

**Использование при работе с клиентами модели психотерапевтического альянса** предполагающей отношения эмпатии, терапевтической поддержки и партнерства с акцентом на формирование у пострадавшего чувства ответственности за успех проводимой психологической помощи.

**Готовность психолога к тому, что он может быть подвергнут своеобразной проверке, «тестированию»** своим клиентом. Это проверка на доверие, надежность, искренность, что также объясняется боязнью пострадавшего быть неправильно понятым или осужденным за то или иное действие.

**Обеспечение индивидуальной переоценки травматического опыта и его интеграция в общую систему ценностей клиента.** Переосмысление травмы на уровне поведения и возможностей; на уровне ценностей дружбы, долга и чести; на уровне самораскрытия и самоуглубления. Самораскрытие, самоуглубление отражается в изменении отношений человека с окружающим миром, другими людьми. В этом случае происходит переосмысление травмы, что является своеобразным очищением и выздоровлением.

Яркие примеры такого переосмысления — появление альтруистских наклонностей в поведении, открытость, желание помочь другим людям, особенно таким же травмированным. Бывает, что излечившиеся желают участвовать в организации реабилитационной работы.

Подобное наблюдение отмечалось и отечественными исследователями<sup>93</sup> при изучении ими пострадавших при землетрясении в Армении. Эти проявления были названы ими стратегией «расширения смыслового поля ситуации», отмечалось конструктивное начало на данном этапе адаптации.

<sup>91</sup> Schwartz L. A Biopsychosocial Treatment Approach to PTSD // Journal of Traumatic Stress. 1990. Vol. 3. No 2. P. 222–233.

<sup>92</sup> Vietnam: a Casebook / Lindy J. [et al.] New York, 1988. P. 213–275.

<sup>93</sup> Мазур Е. С. Смысловая регуляция негативных переживаний у пострадавших при землетрясении в Армении // Психологический журнал. 1992. Т. 13. № 2. С. 54–64.



Нормализация психозащитного поведения клиентов, активизация адекватных эгозащитных механизмов высшего уровня. Основные модальности функционирования травмированной психики и по сути попытки защиты своего внутреннего Я от связанных с травмой переживаний — такие явления в поведении жертвы, как отрицание негативного опыта и переживаний, с ним связанных, изоляция от окружающего мира, разрушение и изменение отдельных сторон личности.

**Ориентация на выявление реальных и потенциальных психологических ресурсов клиентов.** Переработка травмы, излечение от последствий ее воздействия может быть достаточно длительным процессом (от нескольких месяцев до десятков лет) даже в случае успешного и эффективного терапевтического воздействия.

При этом любое жизненное обстоятельство, стрессогенное по природе, может активизировать остаточные явления травматического опыта. Психологу необходимо учесть это возможное влияние и постараться убедить клиента в том, что возможное возобновление симптомов ПТСР может быть связано с определенными жизненными ситуациями, воздействие которых клиент будет способен преодолеть самостоятельно или с помощью специалиста.

## ЭТАПЫ ПРОГРАММЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПТСР

В предлагаемой программе проходят *последовательно* от первого до четвертого уровня травмы и соответствующей психологической помощи.

### 1-Й УРОВЕНЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ — ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ

Согласно подходу Питера Левина, психотерапевтическая работа с травмой должна быть направлена, прежде всего, на восстановление естественной способности к саморегуляции, которая понимается как психологическая и биологическая способность к целенаправленной самоорганизации. Саморегуляция рассматривается им как естественная природная способность человека к самоисцелению, основанная на внутренних ресурсах организма, активизация и телесное осознание которых помогает преодолеть психотравмирующую ситуацию<sup>94</sup>.

Работая с психической травмой на уровне тела, необходимо соблюдать ряд принципов, необходимых для эффективной психологической помощи.

- Создание ощущения безопасности. Установление ясных терапевтических отношений: доверие, надежность, безопасное пространство, сотрудничество и альянс.
- Создание у клиента ресурсов для работы с травматическими переживаниями. Ресурсы — это различные виды позитивных самоощущений на уровне тела, то, что помогает человеку сохранять и поддерживать ощущения себя и собственной

<sup>94</sup> Левин П. А., Фредерик Э. Пробуждение тигра — исцеление травмы. Природная способность трансформировать экстремальные переживания : [пер. с англ.] / науч. ред. Е. С. Мазур. М. : АСТ, 2007.

внутренней целостности при угрозе возможного разрушения травмой. Ресурс порождает способность к саморегуляции.

- Создание границ переживания — «контейнирование» — осознание, позволяющее происходящему внутри клиента быть воспринятым на телесном уровне в виде различных соматических проявлений.

Методы и техники работы позволяют создать предпосылки для восстановления естественной способности личности к саморегуляции и дальнейшей интеграции травматического опыта на других уровнях.

### 2-Й УРОВЕНЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ — ГРУППОВАЯ РАБОТА

Групповая психотерапия позволяет решать более широкий круг общих для клиентов задач, в число которых входят следующие.

- создание безопасного социального пространства;
- снижение чувства изоляции и формирование чувства принадлежности, общности целей, комфорта и поддержки;
- восстановление отношения к другому как к самоценности, что сопровождается формированием чувства доверия к себе;
- формирование чувства универсальности собственного опыта;
- прояснение общих проблем, обучение методам совладания с последствиями травмы;
- возможность принять на себя роль «помогающего»;
- развитие «чувства локтя»: общие проблемы разделяются участниками группы;
- возможность делиться с кем-то информацией о себе, говорить о своих чувствах другим людям;
- укрепление уверенности в возможность успешного прохождения терапии.

Для достижения поставленных задач используются ряд техник, разработанных в рамках поведенческой, когнитивной и экзистенциальной терапии. В число обязательных методов входят:

- техники активизирующей терапии (например, «Ранжирование задач настоящего по сложности», «Терапия мастерством и удовольствием»), применяемые для формирования новых жизненных смыслов и обретения контроля над собственной жизнью;
- принципы сократовского диалога как основной метод выявления неадаптивных мыслей и установок и работы с ними;
- использование метафор для передачи информации на уровень бессознательного клиентов, что помогает активизировать скрытые ресурсы и приводит к неожиданным решениям проблемы;
- техника «История моей жизни», применяемая для расширения представлений о собственном опыте и внутренних ресурсах;
- техника «Позитивные стороны травматического опыта», позволяющая переосмыслить травматический опыт и его последствия на уровне поведения, межличностных отношений, семьи и с точки зрения развития собственной личности.



### 3-Й УРОВЕНЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ — РАЗНЫЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ

При эклектическом подходе вопрос о выборе терапевтических приемов несколько усложняется, приходится экспериментировать с большим разнообразием методов и самому выбирать наиболее адекватные. Даже самая на первый взгляд всемогущая теория не может диктовать единственно правильный метод психологической помощи. Принцип выбора конкретных методов и приемов, необходимых при работе с конкретным клиентом, должен быть следующим:

1. Применяемый метод или прием должен иметь определенную прагматическую пользу и не противоречить этическим требованиям.

2. Методы и приемы, разработанные гуманистической психологией, являются общими для любой психотерапевтической работы, ими всегда следует руководствоваться во взаимоотношениях между психологом и клиентом. Однако для успешной помощи использование только этих методов оказывается зачастую недостаточным, и в таких случаях требуется привлечение иных приемов для достижения поставленных терапевтических целей.

3. Методы, разработанные в психодинамическом подходе, обязательны во всех случаях, когда имеет место не просто нарушение, вызванное травматической ситуацией, но наличествует и более или менее выраженный невроз. Под психодинамическими методами подразумеваются и классические свободные ассоциации, и толкование сновидений, и так называемая «проработка», и транзактный анализ Э. Берна.

4. Методы, разработанные бихевиорально-когнитивной психологией, обязательны в применении для снятия симптомов. Они оказываются наиболее эффективными тогда, когда направлены и на сами симптомы, и на некоторые причинные факторы прошлого клиента, играющие большую роль в патогенезе конкретного случая. К бихевиорально-когнитивным методам можно отнести как варианты десенсибилизации, так и приемы вербалистического программирования.

Кроме изложенных подходов может быть полезным в психотерапевтической работе на этом и на последующем уровне применять техники арт-терапии. Это направление новое, не имеющее аналогов в привычной деятельности индивида и группы, позволяющее раскрыть творческий потенциал личности и обеспечить состояние максимальной креативности. Арт-методы воздействуют на психику на глубоком уровне, «глобально», способствуют восстановлению целостности личности, выходу ее из состояния дезинтеграции и практически не имеют противопоказаний.

В арт-терапии применение творчества позволяет выразить истинные, но глубоко тапированные чувства, прожить их на символическом уровне. В результате происходит глубинное принятие не принятого ранее — негативные свойства и переживания получают возможность не подавляться, а трансформироваться. В итоге формируется некая форма психического существования, способствующая (и это особенно важно в контексте психологической травмы) дальнейшему оздоровлению пострадавшего.

### 4-Й УРОВЕНЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ — ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Осмысление происшедшего, «придание смысла» травме — необходимый элемент для полноценного завершения фазы исцеления.

Наиболее подробно данные вопросы освещаются в логотерапии. Это направление в экзистенциальной психологии, основанное В. Франклом, на работы которого существенно повлиял пережитый им опыт концентрационного лагеря в фашистской Германии<sup>95</sup>.

Трудно говорить о каких-то специфических техниках логотерапии — скорее существует особый подход к трактовке жизненного опыта (включая все несчастья, которые происходят с человеком).

Главная задача психолога — помочь найти человеку смысл пережитого.

Для этого необходимо, чтобы клиент:

- принял факт происшедшего с ним;
- почувствовал контакт со своими ценностями;
- принял ответственность за свое поведение в экстремальной ситуации и сейчас;
- принял травмирующий опыт как «ресурс» для своей дальнейшей жизни.

Сочетание всех изложенных методов позволяет проработать переживание травмы на разных уровнях. Так, методы телесно-ориентированной терапии направлены на работу с телесными аспектами травматического опыта; методы экзистенциальной терапии эффективны для проработки смысловой сферы травмы — глубоких переживаний, связанных с отношением к собственной жизни, к своему будущему, с поиском новых смыслов; методы гештальт-терапии позволяют проработать эмоциональные аспекты травмы, прожить целостный цикл травматического опыта и завершить травматическую ситуацию.

Предложенная система предполагает разработку сугубо индивидуальной программы психотерапевтических воздействий для каждого клиента, которая уточняется на протяжении всей психологической работы (варианты использованных в работе техник см. в табл. 14).

Таблица 14

**Методы (техники), используемые при работе  
с психологической травмой**

Сферы функционирования личности	Психотерапевтическое направление	Методы и техники
Я телесное	Телесно-ориентированная терапия	Прогрессивная мышечная релаксация. «Мысленное движение — пальцы рук». «Мысленное движение по всему телу». «Дыхание через ладони». Техники соматической терапии травмы. «Осознание границ». «Перегрузка и невесомость». «Опоры внешние и внутренние» и др.
Я социальное	Бихевиорально-когнитивная терапия	Когнитивно-имажинативный метод. «Заполнение пробела». «Логическая и эмпирическая конфронтация». Десенсибилизация. Переструктурирование мышления. Терапия погружением и др.

<sup>95</sup> Франкл В. Воля к смыслу. М., 2000.



Сферы функционирования личности	Психотерапевтическое направление	Методы и техники
И реальное	Психодинамическая терапия	Психодрама: «Работа с метафорой», «Семейная история», «Исполнение желаний», «Источник силы», «Убежище»
И духовное	Экзистенциальная терапия	Фокусировка на процессе, «Шаги поиска», Направленная визуализация, Рефрейминг, «Линия жизни», «Мета-модель» и др.
Все сферы личности	Арт-терапия	Мандалы (рисуночные, насыпные, готовые, мандалы-инсталляции, групповые, раскрывание мандал). Работа с песочницей, Лепка (глина), Сказки (медитативные сказки, сказочное путешествие, сочинение сказки, драматизация сказки), Медитативное рисование, Синквейн и др.

Далее мы подробнее рассмотрим все основные подходы к психотерапии ПТСР: психодинамическую психотерапию, бихевиорально-когнитивную, клиент-центрированную гештальт-терапию, НЛП, арт-терапию и экзистенциальную терапию. Это позволит использовать эти подходы эклектически с учетом их слабых и сильных сторон.

## ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПТСР<sup>96</sup>

Телесно-ориентированная психотерапия — одно из основных направлений современной практической психологии. В настоящее время в Европе и в Америке существуют свыше 50 институтов и организаций с обучающими и терапевтическими программами различных школ и направлений телесно-ориентированной психотерапии. Основные из них: биосинтез, биодинамический анализ, биоэнергетический анализ, биодинамика, соматопсихология, процессуальная психотерапия.

Телесно-ориентированная психотерапия — это искусство и техника, способ «исцеления души через работу с телом», с запечатленными в теле переживаниями и проблемами человека. Все, что происходит в душе человека, оставляет отпечаток в его теле. Наше сознание и бессознательное в 90% случаев говорят не словами, а сигналами тела. Важно научиться улавливать эти сигналы, слышать свое тело, быть с ним в контакте.

В любой момент жизни состояние тела человека — это воплощенная история пережитых и переживаемых им эмоциональных и физических травм, накопленного

<sup>96</sup> Подробнее см. Приложение 13.

жизненного опыта, взглядов и представлений, недомоганий и заболеваний. Наше Я выражено как в психике, так и в теле, и исцелить психику можно, воздействуя на тело.

Телесно-ориентированная психотерапия — это уникальный и эффективный способ работы с посттравматическим стрессовым расстройством у личности, помогающий связать воедино его чувства, разум и телесные ощущения, восстановить утраченные и простроить отсутствующие взаимосвязи между ними, создать условия доверительного и полного контакта человека с жизнью его тела.

Телесно-ориентированная психотерапия обращена к телесному ядру психологического материала (травмы), это работа с телом на языке сознания, это «использование языка тела для лечения разума». А. Лоуэн, основатель биоэнергетического анализа, классической школы телесно-ориентированной психотерапии, писал, что путь исцеления и роста пролегает через контакт со своим телом и через понимание его языка. Обобщая многолетний опыт терапевтической работы, он показал, что телесно-ориентированная психотерапия закладывает фундамент личностного роста; запускает в действие силы внутри личности, которые действуют как на сознательном, так и на бессознательном уровне, чтобы увеличить или расширить все аспекты себя — самосознание, самовыражение, самообладание.

Существенной положительной особенностью подхода при работе с психической травмой является то, что работа с телом создает уникальные возможности терапевтического воздействия «вне цензуры сознания» и позволяет обнаружить истинные причины наблевших проблем, получить доступ к глубинным уровням бессознательного, представленным в теле. Эта особенность предопределяет высокую эффективность подхода в оказании психологической помощи, в создании условий для разрешения проблем, которые связаны с психической травмой личности.

Важно также, что психотерапия способствует выведению на уровень осознания тех глубинных аспектов скрытого бессознательного процесса, происходящего между клиентом и терапевтом, которые обычно неразличимы и малодоступны для работы в вербальных методах терапии.

Многолетние теоретические и практические исследования посвящены изучению языка стрессов и травм, их влияния на состояние тела и души, разработаны способы их исцеления, специальные методики и техники, теория и практика психосоматической коррекции личности. При этом важно, что соматические симптомы психических травм понимаются как телесные проявления переживаний и поведения человека, а психотерапия направлена на то, чтобы сделать их доступными переживанию и осознанию, соотнося ставшие невротическими или патологическими чувства и поведение с жизненными представлениями, смыслами и ценностями человека.

Одно из эффективных направлений телесно-ориентированной психотерапии — соматическая терапия психической травмы. Это подход, основанный на изучении нормального инстинктивного поведения при травме как модели лечения травматических расстройств, разработан американским ученым и психотерапевтом П. Левиным.

В концепции соматической терапии описываются основные травматические симптомы:

- гипервозбуждение: учащенное сердцебиение и дыхание, бессонница или нарушения сна, путаница в мыслях, панические атаки;
- беспомощность: чувство подавленности и разбитости;
- диссоциация тела и сознания.



Выделяются факторы, способствующие образованию травматических симптомов:

- аффективное восприятие ситуации, как угрожающей жизни;
  - неспособность эффективно противодействовать стрессогенному фактору — невозможность борьбы или бегства;
  - невозможность разрядить энергию, блокированную в состоянии оцепенения.
- Кроме того, выделены факторы, влияющие на эффективность противодействия ситуации травмирования:
- событие само по себе — насколько оно угрожающее;
  - жизненный контекст в данное время;
  - физические характеристики, генетическая предрасположенность;
  - сформированные возможности — прецеденты удачного разрешения травматических ситуаций в прошлом;
  - внешние ресурсы: обусловленная культурой связь с природой, психологическая поддержка со стороны значимых других;
  - внутренние ресурсы: комплексная система внутренних переменных, в том числе способность к саморегуляции;
  - особенности фиксации события в теле и сознании.

С точки зрения терапии травмы важно не допустить, чтобы посттравматические симптомы стали хроническими. С этой целью необходимо мобилизовать личностные качества и ресурсы и научиться управлять ими. Терапевт в этих условиях должен уметь поддерживать особый эмоционально-энергетический контакт с пострадавшим, «быть присутствующим». Такого рода контакт получил в терапии название сопереживающего, пострадающего присутствия.

В качестве основного метода в терапии психической травмы используется техника, названная «соматическим переживанием». «Соматическое переживание» основано на трансформации дезадаптивных телесных реакций в адаптивные. Это достигается восстановлением внутренних ресурсов в форме защитных и ориентировочных реакций, которые были утрачены во время угрожающей жизни ситуации. В центре внимания данного метода — работа с ощущениями, их осознание, прослеживание и трансформация. П. Левин писал: «Ключ к выходу из, казалось бы, неразрешимого положения находится в той характеристике, которая отличает человека от животного, — в нашей способности сознать собственный опыт. Когда нам удастся замедлять и осознать все элементы переживаемого ощущения и чувствовать то, что сопровождает травматические образы, мы позволяем им самим разрешаться, до того как погрузимся в травматическое переживание. Мы можем получить к ним доступ и начать преобразовывать побудительные мотивы, которые, в противном случае, заставили бы нас снова почувствовать травматическое переживание» [Levine, 1997].

Метод соматического переживания был создан для работы с шоковыми травмами, однако его последующее применение показало, что он эффективен и при других видах травм: эмоциональных, травмах развития, реакциях горя, потери, при разнообразных конфликтах и стрессовых ситуациях. Возможность обращения к телесному опыту клиента в реальной практической терапевтической работе делает его достаточно универсальным.

Работа с травматическими переживаниями предваряется созданием ресурсов. «Ресурсы» — это различные виды позитивных самоощущений на уровне тела, то, что помогает человеку сохранять и поддерживать ощущение себя и собственной внутренней целостности при угрозе возможного разрушения при травме. На телесном уровне

ресурсы могут проявляться в виде таких позитивных симптомов, как ощущение тепла, покалывания, дрожи, потока энергии. Ресурс порождается способностью к саморегуляции, когда клиент в процессе психотерапии учится расслабляться и отслеживать ощущения на телесном уровне. Осознание и прослеживание ощущений на уровне тела подготавливает клиента к последующей работе с травматическими симптомами, развивая способность дифференцировать и отслеживать не только приятные, но и негативные телесные ощущения (например, сжатие, напряжение, дискомфорт, тремор).

Работа с травмой предполагает создание определенных границ переживания, или так называемого контейнирования, это осознание, которое позволяет происходящему внутри клиента быть воспринятым на телесном уровне в виде различных соматических проявлений. Благодаря осознанию эти проявления наделяются характеристиками телесно переживаемых смыслов и чувств, которые становятся направляющей силой психотерапевтического процесса. Контейнирование и безопасность — базовые условия, необходимые для восстановления способности к саморегуляции.

В практике соматической терапии травмы используются такие специфические психотерапевтические метафоры, как «воронка травмы» и «воронка исцеления». «Воронка травмы» — это результат прерывания свободного течения однажды пережитого процесса, вызванного травмой. Избыток энергии, сцепленный с травматическим переживанием, становится своего рода воронкой или вихрем за пределами основного потока протекания переживания. «Травматическая воронка» — это некий резервуар, в который нервная система сбрасывает избытки нереализованной энергии, первоначально направленной на осуществление реакции борьбы/бегства. «Воронка» энергии поддерживает травматическими симптомами, они уравнивают друг друга, создавая видимость нормального функционирования. «Воронка» управляет травматическими симптомами таким образом, чтобы предостеречь организм от перегрузки. Клиенты, пребывающие в «воронке травмы», испытывают страх, головокружение, подавленность, сжатие, упадок сил, переживание суженного восприятия.

Каждая «травматическая воронка» имеет противоположную по значению, «исцеляющую воронку». Построение «исцеляющей воронки» через телесное переживание пробивает доступ к «замороженной» в «травматической воронке» энергии, помогая строить ресурсы, необходимые для проживания «законсервированных» импульсов. На построение «воронки исцеления» указывают такие симптомы, как потягивание, чувство тепла, ощущение волн энергии, расслабление, спокойствие, ощущение легкости, чувство настоящего времени. Построение «исцеляющей воронки» похоже на наложение гипса на сломанную руку, оно создает защищенное, безопасное пространство для исцеления.

Психотерапевт при исцелении травмы работает с целостным опытом клиента. В практике соматической терапии травмы гештальт-опыт получил название системы «SIBAM», по первым буквам английских названий элементов, составляющих этот опыт: ощущение (*sensation*), образ (*image*), поведение (*behavior*), аффект (*affect*), смысл (*meaning*). «SIBAM» — это способ организации опыта, установления контакта с окружающей средой, а также организации реакций индивида на происходящее. В здоровом состоянии между элементами переживаемого опыта существуют гибкие взаимосвязи. В условиях травмы взаимосвязи между различными частями опыта меняются, появляются сверхсцепленные и слабо сцепленные симптомы. Их комбинация надолго сохраняет травматические паттерны и образует травматическое сцепление. Цель терапии травмы состоит в проработке травматического сцепления и восстановлении гибких взаимосвязей



системы целостного опыта человека. Восстановление целостности и связанности опыта клиента происходит через работу с телесно переживаемыми смыслами и чувствами.

Методы и техники работы с целостным переживанием травмы создают предпосылки для восстановления естественной способности личности к саморегуляции, необходимой для терапии травмы.

## БИХЕВИОРАЛЬНО-КОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПТСР<sup>97</sup>

Согласно когнитивной модели ПТСР, благополучное исцеление связано со следующими процессами:

- для избавления от симптомов повторного нежелательного переживания травмы следует произвести тщательную оценку воспоминаний, интегрировать травматический опыт;
- необходимо изменить те дисфункциональные когнитивные оценки травмы и ее последствий, которые сопряжены с ощущением постоянно присутствующей угрозы;
- следует изменить дисфункциональные поведенческие и когнитивные стратегии совладания, которые блокируют восстановление памяти о событии, усиливают симптомы ПТСР и препятствуют коррекции определенных оценок травмы.

Специалисты по ПТСР единодушно отмечают, что представление об этом расстройстве радикально изменилось в последние 10 лет. Сейчас многие исследователи признают, что значительные психофизиологические изменения — нормальная реакция на стресс. Эти изменения могут включать нарушения сна, трудности концентрации, сильное чувство тревоги, печали, гнева, горя, повышенную раздражительность, бдительность, нарушение работоспособности и социального функционирования, избегание мыслей и обстоятельств, ассоциирующихся с травмой, и непроизвольное повторное переживание травматического опыта.

Таким образом, перечисленные симптомы можно считать нормой реагирования на травму, которая имеет место у большинства людей. Целенаправленные исследования зарубежных специалистов показали, что в подавляющем большинстве случаев эти симптомы проходят самостоятельно, без каких-либо специальных интервенций. Анализ этих данных поставил исследователей перед необходимостью быть осторожнее при проведении каких-либо мероприятий сразу после травматического происшествия.

В первые недели после травмы пострадавшим может быть предложена «первая психологическая помощь». Не рекомендуется применять на этом этапе какие-либо специальные психологические интервенции.

Основные рекомендации:

- обеспечить возможность удовлетворения всех физических нужд (медикаменты, еда, вода);
- обеспечить атмосферу безопасности;
- оказать практическую помощь в выполнении бытовых дел;
- помочь восстановить контакт с членами семьи, друзьями;

<sup>97</sup> Подробнее см. Приложение 14.

- ориентировать на постоянный контакт с близкими людьми. Начать «психообразовательную» работу;
- информировать пострадавших о различных реакциях, возникающих в ответ на очень тяжелые события, «нормализовать» эти реакции;
- рассказать о том, что типичное развитие событий это выздоровление, сделав акцент на сведениях о выносливости человеческой психики;
- рекомендовать не смотреть телевизор;
- оказывать помощь в принятии конкретных жизненных решений («Что вы в состоянии сейчас делать? Что следует сделать в первую очередь? Что можно отложить? Что вы можете сделать для других?»).

Любые обсуждения травмы в первые недели после нее должны происходить по желанию пострадавшего. Психотерапевтам не рекомендуется поощрять клиентов вновь и вновь рассказывать о случившемся для предотвращения возникновения ПТСР. Не следует перегружать пострадавших информацией.

Современная когнитивная психотерапия располагает большим арсеналом средств, позволяющих реализовать перечисленные выше задачи<sup>98</sup>. Рассмотрим основные этапы и приемы такой работы.

**Диагностический этап.** Начальный этап бихевиорально-когнитивной терапии ПТСР связан с тщательной клинической диагностикой. В ходе детального рассмотрения карты психических расстройств особое внимание уделяется следующим моментам:

- злоупотреблению алкоголем или другими веществами;
- наличию травм в анамнезе;
- оценке тяжести депрессии и тревоги;
- эффективности социальной поддержки клиента.

Необходимо также провести *когнитивную диагностику случая* — выявить основные когнитивные темы, которые станут мишенями терапии. Для этого клиента просят мысленно вернуться к событию и попытаться определить самые тяжелые моменты в происшедшем. Воспоминания, связанные с самым сильным дискомфортом, подвергаются дальнейшему анализу. Психотерапевт старается уточнить, каким смыслом наделяет их пострадавший, существуют ли у него непроизвольно возникающие образы. Модальность ведущих эмоциональных переживаний (тоска, горе, тревога, гнев, вина) также может служить хорошей подсказкой к когнитивным темам.

Выявить дисфункциональные оценки последствий травмы помогут следующие приемы:

- вопрос: «Что было наиболее тяжелым после травмы?»;
- исследование представления пострадавшего о симптомах, о его будущем, о поведении других людей.

При отсроченном начале ПТСР необходимо установить события, которые изменили первоначальное восприятие травмы и ее последствий.

Для диагностики дисфункциональных стратегий совладания могут быть полезны следующие вопросы:

- Как вы пытаетесь справиться со случившимся?
- Что, на ваш взгляд, помогает справляться с травмой лучше всего?
- Чего вы избегаете?

<sup>98</sup> Лихи Р., Сэмпл Р. Посттравматическое стрессовое расстройство: когнитивно-бихевиоральный подход // Московский психотерапевтический журнал. 2002. № 1. С. 150.



- Как вы справляетесь с наплывами воспоминаний?
- Как вам кажется, что произойдет с вами, если вы позволите себе погрузиться в воспоминания о происшествии?
- Что произойдет с вами, если вы вновь испытаете огорчение по поводу случившегося?
- Можно ли сказать, что вы фиксируетесь на определенных мыслях? Каково содержание этих мыслей?

В ходе диагностики необходимо выявить характер травматических воспоминаний и наличие непроизвольных воспоминаний.

Следует установить, существуют ли провалы в памяти, путаница в последовательности событий, обладают ли непроизвольные воспоминания качеством «здесь и сейчас», содержат ли значительный сенсорный и моторный компоненты.

**Информирование о ходе психотерапии.** При проведении когнитивно-бихевиоральной терапии клиента информируют о наличии у него ПТСР и специфике психологического процесса. Суть психической травмы может разъясняться специалистом, или пострадавший получает информацию из специально изданной литературы. Разработанное Р. Лихи пособие для клиентов [2002] объясняет им, что «травматические события настолько необычны и болезненны, что разум не может «вместить» их или «переработать» из-за интенсивности эмоций. Следовательно, разум «отключается» или «отфильтровывает» наиболее тяжелый и болезненный материал из сознания. Позже этот чрезмерно болезненный материал возвращается в форме навязчивых образов и ощущений из прошлого, чувств тревоги и ужаса. Мы рассматриваем эти явления как попытки разума переработать этот материал в более безопасное время.

Однако он переживается слишком болезненно, поэтому пострадавший начинает избегать ситуаций и воспоминаний, напоминающих о травме. Наряду с этим он может употреблять алкоголь, физически избегать пугающих ситуаций, думать о посторонних вещах в качестве защиты от проникновения пугающих образов в сознание».

Клиенту объясняют, что психотерапевтический процесс предполагает постепенное погружение в болезненные образы и мысли. Это помогает ему осознать, что пугающие мысли и образы можно вынести, они сами по себе не опасны и не угрожают безумием. Более того, постепенно погружаясь в эти мысли и образы, мы сможем узнать, что пострадавший думает о себе, какие чувства он испытывает к себе, к другим людям, к миру в целом. Подобные исследования могут привести к новым, более продуктивным стратегиям совладания.

Наконец, можно установить, какие ситуации избегаются, и развить новый, более эффективный способ справляться с ними.

Таким образом, на информационном этапе необходимо:

- сообщить клиенту, что симптомы ПТСР — распространенная реакция на очень тяжелые события;
  - детально рассмотреть индивидуальную картину ПТСР и разъяснить клиенту характер наиболее тревожных для него ощущений;
  - объяснить, что используемые клиентом средства подходят для устранения стресса повседневной жизни, однако в экстремальном случае они лишь хронифицируют стресс;
  - сообщить, что лечение включает полную переработку травмы и изменение условий.
- Эффективно сравнение травматической памяти с детской игрушкой-головаком, в которой нужно собрать изображение из многочисленных фрагментов. «Пока эти фрагменты

разбросаны на полу, о них все время кто-то спотыкается. Когда мы тщательно рассмотрели все кусочки и поставили их на свои места, изображение можно убрать с дороги».

**Восстановление привычных занятий.** Как указывалось выше, клиенты с ПТСР часто бросают занятия, ранее доставлявшие им удовольствие и делавшие их жизнь осмысленной. Они также часто испытывают ощущение, что их жизнь застыла на травматическом событии. Пострадавшим рекомендуют восстановить прежние виды деятельности.

Рекомендация помогает восстановить автобиографический контекст памяти. Незначительное начинание (купить кроссовки и снова начать прогулки по выходным дням) зачастую эффективно помогает преодолеть неприятное ощущение «застывшей жизни». Если физические последствия травмы не позволяют вернуться к прежним занятиям, им нужно найти удовлетворительную замену. При планировании занятий следует выявить убеждения клиента, которые могут препятствовать выполнению терапевтической программы, и проработать их. Приемы сократического диалога, используемые в работе с дисфункциональными мыслями и убеждениями, подробно изложены в русскоязычных публикациях по когнитивной психотерапии.

**Оживление травматических воспоминаний и когнитивное реструктурирование.** Важнейшая задача терапии — стимулировать клиента к составлению полного и детального описания травматического опыта. Существует два варианта этой процедуры: оживление травматических воспоминаний в присутствии терапевта и с его помощью и самостоятельное составление письменного рассказа<sup>99</sup>.

Этот прием способствует интеграции разрозненных воспоминаний о травме, восстанавливает диссоциированные фрагменты воспоминаний; помогает выявить когнитивные оценки травмы; эмпирически опровергает представление некоторых клиентов о том, что они «сойдут с ума», «потеряют контроль над собой» или «умрут», если будут детально обдумывать трагическое событие.

После тщательного обоснования процедуры клиенту дается инструкция оживлять травматическое событие в своем сознании, стараясь создавать как можно более реалистичные образы и подключать собственные мысли и чувства по поводу происходящего. Затем клиента просят дать словесное описание события, оставаясь в настоящем времени. Помогая клиенту, терапевт задает вопросы: «Что вы сейчас видите?», «Что вы сейчас чувствуете?», «Где вы испытываете это ощущение?», «Какие мысли мелькают в голове?». В ходе повествования клиента просят оценить уровень эмоционального дискомфорта по 10-балльной шкале. Этот прием помогает выявить самые «горячие точки». Первоначальное оживление начинается с воспроизведения первых эпизодов и завершается моментом, когда клиент уже ощущает себя в безопасности. Акцент упражнения может быть сосредоточен на отдельных проблемных аспектах воспоминаний.

В ходе упражнения психолог и клиент выявляют и обсуждают когнитивные оценки и убеждения, связанные с травмой. Используются техники когнитивного реструктурирования, которые помогают клиенту научиться отслеживать собственные когнитивные процессы, оценивать реалистичность мыслей, взвешивать аргументы «за» и «против», конфронтировать с ними во внутреннем диалоге. При последующем выполнении упражнения на оживление травматических воспоминаний клиент подключает альтернативные интерпретации событий. При соединении этих процедур соблюдается определенный баланс: необходимо распознать неадекватную когнитивную оценку и изменить

<sup>99</sup> Лихи Р., Сэмпл Р. Посттравматическое стрессовое расстройство: когнитивно-бихевиоральный подход // Московский психотерапевтический журнал. 2002. № 1. С. 150.



ее в ходе повествования, в то же время описание должно оставаться как можно ближе к реальности, чтобы пробудить соответствующие эмоции.

При самостоятельной работе клиента с травматическими воспоминаниями просят написать изложение с максимальным количеством деталей происшедшего, включая цвета, запахи, звуки, тактильные ощущения, чувства и мысли, и прочесть это описание вслух. Терапевту следует поинтересоваться тем, какие части воспоминаний вызывают наиболее тяжелые чувства. Клиент может вернуться к этим болезненным точкам повествования в несколько бесчувственной или отстраненной манере. В этом случае терапевт может отметить, что клиент старается поскорее «пробежать» сквозь определенные воспоминания, а затем попросить его вернуться и перечитать эти части истории медленно, сконцентрировавшись на чувствах и мыслях, связанных с данным моментом. Например, женщина, пострадавшая от физического нападения, припомнила при медленном чтении, что в определенный момент она подумала с ужасом, что ее убьют. Таким образом, быстрое прочтение истории было «безопасным» поведением, которое, по мнению Р. Лихи, предохраняло клиентку от полного воздействия образа.

**Пролонгированное погружение в воображении.** Клиенты с ПТСР убеждены, что они не вынесут тяжелых мыслей, чувств и образов, которые возвращаются столь часто.

Процедура позволяет выявить самую сердцевину травматических воспоминаний и стимулирует клиента практиковаться в длительном погружении в них на сеансе с помощью терапевта.

Терапевт вновь обращается к написанному рассказу и просит клиента медленно читать его вслух, сосредоточиваясь на каждой детали. После каждого прочтения пострадавший оценивает собственную тревогу по шкале «субъективного дистресса» от 0 (нет тревоги) до 10 баллов (паника). Ожидается, что с каждым новым прочтением тревога будет снижаться. Следует отметить, что вначале, когда клиент не разрешает себе отвлекаться или как-то иначе избегать травматических воспоминаний, тревога может возрастать.

В качестве домашнего задания можно рекомендовать ежедневно читать описание травматического события в течение 30 минут.

Один из вариантов погружения в воображении — это «переписывание сценария» (M. Smucker, C. Dancu). При первоначальном припоминании травмы (например, изнасилования) клиентка может рассматривать себя как маленькую, слабую, подверженную неприятностям. При «переписывании сценария в воображении» ее просят создать другую историю. Здесь она гораздо крупнее насильника и агрессивно атакует его. Ее поощряют представлять себе насильника маленьким, уродливым, слабым, неполноценным, стимулируют фантазировать о том, как она одерживает верх над обидчиком и унижает его. Эта процедура позволяет ей создать новый образ себя и новый конец истории. В качестве домашнего задания можно предложить пострадавшему создать историю о новых способах «совладания».

В ходе повторных прочтений этого события он начинает представлять себе более благоприятный финал.

**Погружение in vivo и когнитивное реструктурирование.** Эта техника позволяет эффективно преодолеть поведение избегания и справиться с травматическим опытом. Клиента поощряют посещать те места и выполнять те виды деятельности, которые вызывают у него сильный страх и поведение избегания. После посещения места травмы очень важно обсудить сходство и различия между новыми и старыми сенсорными впечатлениями. Это обсуждение поможет клиенту восстановить временную перспективу

и вновь различать безвредные стимулы, которые лишь случайно по времени совпали с травматическим событием, от сигналов опасности, которые тогда имели место.

Погружение in vivo служит также способом избавиться от ощущения опасности. Клиенту в качестве поведенческого эксперимента предлагается выполнить определенный вид деятельности, которого он избегал. Его просят:

- определить наихудший исход событий;
- оценить его вероятность до погружения в пугающее занятие;
- выполнить этот вид деятельности;
- определить вероятность наихудшего исхода после выполнения эксперимента.

Чтобы усилить эффект, испытуемого просят оставить все используемые им приемы «безопасного поведения». Например, водителя, пытающегося сесть за руль после аварии, просят оставить все применявшиеся им стратегии «предотвращения катастрофы» и возвратиться к обычной манере езды — перестать без конца смотреть в боковое зеркало, включить радио, которое ранее было выключено, чтобы не отвлекаться от дороги, перестать тщательно смотреть за вращающимися колесом.

**Выявление триггеров повторяющихся воспоминаний и эмоций.** С целью снижения интенсивности симптомов повторного переживания травмы клиенту помогают лучше дифференцировать сенсорные стимулы, связанные с травмой, и те, с которыми он сталкивается в повседневной жизни. Эта процедура требует следующих шагов:

1. Тщательно исследовать ситуации, в которых возникают эти симптомы, и установить пусковые стимулы. Они могут не иметь семантической связи с травмой — освещение, прикосновения, движения, запахи.

2. Детально обсудить сходство и различие стимулов прошлого и настоящего. Например, жертва изнасилования испытывает интенсивный дискомфорт во время интимной близости с мужем. Терапевт и клиент подробно обсуждают, как вел себя насильник и как ведет себя супруг. Может выясниться, что здесь существует некоторое сходство: оба прикасались к определенным частям тела, было темно, произносились какие-то слова.

Вслед за этим очень подробно обсуждаются различия с особым акцентом на намерениях каждого из мужчин и их отношении к ней. В результате клиентка приобретает возможность увидеть, что одинаковые сенсорные стимулы имеют абсолютно разный смысл в разных обстоятельствах.

3. Дать инструкцию — во время интимной близости с мужем специально фокусировать внимание на деталях, отличных от ситуации изнасилования, изменить некоторые внешне сходные условия, например характер освещения.

**Тренинг управления тревогой.** Многие клиенты с ПТСР переполнены тревогой. Мышечная и дыхательная релаксация, отвлечение внимания на описание простых объектов помогают справиться с ней. Например, клиенту дается инструкция «Описать цвет каждого предмета в комнате» с целью отвлечь от тревожных переживаний. Техники управления тревогой не должны использоваться во время сеансов с процедурой погружения.

**Когнитивное реструктурирование.** На сеансе и при выполнении домашних заданий клиент должен выявлять и регистрировать негативные мысли, связанные с травмой. Это могут быть и некоторые убеждения типа «Никому нельзя доверять», «Мир — опасное место», «Я беспомощен», «Со мной что-то не так», «Чтобы быть в безопасности, я должен знать все наверняка». Терапевт помогает оспорить эти тревожные мысли, задавая традиционные для когнитивной терапии вопросы: существуют ли разные степени доверия людям, или это процесс, подчиняющийся закону «все или ничего»? какова



реальная вероятность того, что все это снова случится? что вы можете сделать сегодня, чтобы доказать, что вы не беспомощны? каковы ваши сильные стороны? что назвал бы ваш лучший друг в качестве ваших лучших сторон? существует множество вещей, которые вы не знаете наверняка, так почему же вы полагаете, что для безопасности вы обязательно должны знать все досконально?

В бихевиорально-когнитивной психотерапии для работы с ПТСР рекомендуется использовать когнитивно-имажинативный метод, техники «Заполнение пробела», «Логическая и эмпирическая конфронтация», десенсибилизацию; переструктурирование мышления; терапию погружением.

## ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПТСР<sup>100</sup>

Психодинамическое направление подчеркивает роль конфликтов, возникших из-за несоответствия личностных ценностей и внутренней картины мира клиента вследствие травмирующей ситуации. Поэтому психологическая помощь в этом психотерапевтическом направлении состоит в исследовании системы ценностей и потребностей человека и нарушении их травмирующей ситуацией; в разрешении возникших в связи с этим сознательных и бессознательных конфликтов; в переводе разрушительной энергии в созидательную в атмосфере понимания, принятия и эмоционального комфорта.

Выведение вытесненных событий на уровень сознания, их эмоциональное отреагирование освобождает человека от систематической амнезии, связанной с тенденцией избегать определенных негативно окрашенных воспоминаний и представлений. Для этой цели широко используются классические методы психоанализа, проективные методики (Тематический апперцепционный тест, Тест Роршаха<sup>101</sup>) и психодрама. Даже если речь идет о ранней детской травме, где действуют архаичные защиты, достижение позитивного эффекта вполне возможно. «Архаические защиты, несомненно „обучаемы“, иначе не были бы возможны изменения в ходе терапии ранней травмы. Жизнь людей изменяется, и травма день за днем постепенно исцеляется, по мере того как примитивные защиты смягчаются и раскрываются под защитой глубинно-психотерапевтических отношений. Точнее следовало бы выразиться так: травматические защиты отличаются высокой сопротивляемостью к изменениям — особенно до того, как будет установлено доверие, и даже это сопротивление следует понимать как часть естественных действий психики, направленных на самосохранение. В такой работе — психотерапии ранней травмы — как в никакой другой важно понимание и сострадание»<sup>102</sup>.

Целью психодинамической психотерапии также является восстановление самоуважения и самообладания, развитие здорового уровня личностной ответственности, восстановление целостности Я.

В краткосрочной психодинамической терапии ПТСР М. М. Решетников выделяет три основных этапа:

<sup>100</sup> Подробнее см. Приложение 15.

<sup>101</sup> Бермант-Полякова О. В. Посттравма: диагностика и терапия. СПб.: Речь, 2006.

<sup>102</sup> Калшед Д. Внутренний мир травмы: архетипические защиты личностного духа: [пер. с англ.] М.: Академический проект, 2001. С. 10.

- 1) установление доверия и формирование у клиента чувства безопасности для предъявления любого эмоционального и вербального материала;
- 2) проблемно-центрированная работа в сочетании с поддерживающей терапией;
- 3) интеграция личности пациента и обращение его к реальности с последующим переходом к формированию жизненной перспективы (это достаточно серьезная задача для 12–15 сессий)<sup>103</sup>.

Одномоментный отказ от защит и имеющихся стратегий избегания невозможен и даже опасен, так как клиенты могут не справиться с невыносимыми страданиями и силой аффекта. Поэтому формирование ощущений безопасности представляется одной из самых важных и самых сложных задач, которая предполагает, что клиент никогда не останется один на один со своим горем, а терапевт ни при каких условиях не будет испуган, взволнован или потрясен и не испытает растерянности или брезгливости, какой бы материал ему ни был предъявлен. При самообвинениях клиента или обвинении терапевта в том, что он мучает пациента, в том числе даже если его крики и рыдания будут слышны на противоположной стороне улицы от офиса терапевта, нельзя просить его вести себя потише или утешать (в житейском варианте этого слова). Аффект должен быть отреагирован, а клиент «вознагражден» принятием терапевта, понимающего, что ему давно хотелось выразить (излить, выкричать) эту боль; и это большое доверие, что он сделал это здесь в присутствии другого человека.

Работая с клиентом, терапевт должен исходить из того, что перед ними стоит вполне конкретная задача: разрешение актуального конфликта. И успех терапии определяется лишь тем, решена ли эта задача.

Современный психодинамический подход к краткосрочной терапии ПТСР отчасти сближается с рациональной терапией, но не подменяется ею, поскольку продолжает базироваться на метапсихологии, представлениях о структуре психики, базисных понятиях («бессознательное», «сопротивление» и «защита») и психодинамических феноменах («перенос», «отреагирование», «оплакивание», «катарсис», «интерпретация», «инсайт»), полностью отсутствующих в когнитивном подходе.

## ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПТСР

Экзистенциальная психотерапия — это динамический психотерапевтический подход, фокусирующийся на базисных проблемах существования индивида, обращенный к субъективности клиента и направленный на фундаментальные изменения в его жизни. Экзистенциально-гуманистическая психотерапия развилась из многих источников: экзистенциальной философии (С. Кьеркегор, М. Хайдеггер, К. Ясперс, Ж. П. Сартр, А. Камю), экзистенциального анализа (Л. Бинсвангер, В. Франкл), гуманистической психологии (А. Маслоу, Ф. Перлз, Дж. Бьюдженталь), гуманистического психоанализа (О. Ранк, К. Хорни, Э. Фромм). Экзистенциальный терапевт работает с проблемами тревоги, изоляции, бессмысленности и конечности жизни, с проблемами выбора, свободы, любви, аутентичности и творческой реализации в жизни каждого клиента.

Ключевые понятия экзистенциально-гуманистической терапии — это экзистенциальные данности, субъективность, поиск, присутствие, система конструкторов «Я и Мир» [Бьюдженталь, 2001].

<sup>103</sup> Решетников М. Психическая травма. СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2006.



Представитель американской ветви экзистенциальной психотерапии И. Ялом предложил рассматривать основное содержание экзистенциальной психодинамики с точки зрения экзистенциальных данностей, таких как смерть, свобода, изоляция, бессмысленность. Экзистенциальные данности определяются как базовые, неизменные условия существования, или жизненные факторы. Личностная проблематика клиента рассматривается как экзистенциальный динамический конфликт, который порождается конфронтацией индивидуума с любым из этих жизненных факторов.

Кратко раскроем основные экзистенциальные данности. Концепция **смерти** предоставляет психотерапевту два фундаментальных инструментальных подхода.

1. Жизнь и смерть взаимозависимы; они существуют одновременно, а не последовательно; смерть, непрерывно проникая в пределы жизни, оказывает огромное влияние на наш опыт и поведение. Смерть — событие столь грандиозной важности, что при правильном отношении конфронтация с ней может привести к изменению жизненной перспективы и явиться стимулом к аутентичному погружению в жизнь.

2. Смерть — первичный источник тревоги, присутствует уже на ранней стадии жизни, влияет на формирование структуры характера и в течение жизни продолжает порождать тревогу, являющуюся причиной психологического неблагополучия и возникновения психологических защит, а также некоторой клинической симптоматики. Отрицание смерти идет двумя фундаментальными защитными путями: ощущение собственной исключительности и вера «в конечного спасителя». Задача терапевта — уменьшить тревогу до комфортного уровня и затем использовать оставшуюся тревогу для увеличения осознания и жизненности клиента. Осознание смерти помогает повысить эффективность психотерапии даже в тех случаях, когда страх смерти не присутствует явно в терапевтическом диалоге. Терапевтические усилия направлены обычно на производную (социальная тревога, глубокое чувство неполноценности), а не на первичную тревогу.

В экзистенциальном смысле **свобода** — это отсутствие внешней структуры. В контексте данности свободы конфликт возникает с человеческой потребностью в структуре. Человек — автор своей жизни, от него зависит, какой выбор он делает, и он несет ответственность за свой жизненный выбор. Все происходящее с человеком — это результат действий или бездействия, следствие избегания и неприятия ответственности за себя. Экзистенциальная психотерапия помогает помочь принять ответственность за свои проблемы, за свои действия. Осознание этого факта есть первый шаг к разрешению личностных проблем, к реальным изменениям в жизни клиента.

Экзистенциальная **изоляция** — это не изолированность от людей с порождаемым ею одиночеством и не внутренняя изоляция от составляющих собственной личности. Это фундаментальная изоляция — и от других созданий, и от мира в целом, — скрывающаяся за всяким чувством изоляции. Экзистенциальная психотерапия полагает, что человек вступает в мир один и уходит из мира один и у каждого человека имеется свой уникальный и неповторимый индивидуальный мир. Экзистенциальный конфликт является конфликтом между сознаваемой абсолютной изоляцией и потребностью в контакте, в защите, в принадлежности к большему целому, к человеческому сообществу. Задача состоит в том, чтобы найти гармонию между принятием одиночества и вовлеченностью в контакт с другими. При «зависании» на одном из полюсов этой данности могут возникнуть психологические проблемы, вплоть до психопатологии. Например, может сформироваться зависимая личность, направленная на окружающих

и исключаящая свой внутренний мир, либо у клиента может быть тенденция к ограничению в контактах, углублению в себя.

Четвертая конечная данность существования — **бессмысленность**. Этот экзистенциальный динамический конфликт порожден следующей дилеммой. С одной стороны, человек нуждается в главном смысле, на основании которого можно выстраивать жизнь; отсутствие этого смысла вызывает значительные страдания, в острой форме это может привести человека к решению покончить с собой. С другой стороны, согласно экзистенциальной точке зрения, мир случаен: человек конституирует себя, свой мир, свою ситуацию в мире; никакого «смысла», великого замысла Вселенной, жизненных ориентиров не существует, за исключением тех, которые создает сам индивид. К. Г. Юнг [1966] считал, что бессмысленность препятствует полноте жизни и является поэтому «эквивалентом заболевания». Он писал: «Отсутствие смысла в жизни играет критическую роль в этиологии невроза. В конечном счете невроз следует понимать как страдание души, не находящей своего смысла...»<sup>104</sup> Той же позиции придерживались В. Франкл [1969, 1972], С. Мадди [1967], Б. Уолман [1975], Н. Хоббс [1962]. В. Франкл считал, что если возникает экзистенциальный вакуум, он заполняется симптомами. Форма проявлений симптомов может быть разнообразной: алкоголизм, депрессия, навязчивости, преступность, гиперинфляция сексуальности, безрассудство. Поведенческие паттерны отражают кризис бессмысленности. Две обычные поведенческие реакции на этот кризис ценностей — это конформизм (делать то, что от тебя требуют другие) и подчинение тоталитарности (делать то, что хотят делать другие). «Я. Батиста и Р. Олмонд, исследуя соотношение между самооценкой и смыслом жизни, пришли к выводу, что удовлетворительный уровень самооценки необходим, но недостаточен для развитого ощущения смысла. Индивид с высокой самооценкой может иметь низкий показатель смысла жизни, но тот, у кого низкая самооценка, не может иметь высокий показатель смысла. Как и полагал Э. Эрикссон, человек должен решить задачу установления самооценности и личной идентичности, прежде чем он будет способен развить удовлетворяющее ощущение жизненного смысла»<sup>105</sup>. Обычно вопрос о смысле присутствует не в чистом виде. Под видом бессмысленности могут выступать страх смерти, страх перед осознанием свободы и изоляцией. Взгляд на существование как на часть некоего грандиозного замысла, в котором человеку предназначена определенная роль, позволяет нам отрицать как свободу, так и ответственность за план и структуру собственной жизни и избегать отсутствия почвы. Страх абсолютного одиночества побуждает нас искать идентификации с кем-нибудь или с кем-нибудь. Стать частью большей группы или посвятить себя какому-то движению, делу, идее — все это эффективные способы отрицания изоляции. Задача терапевта при работе с бессмысленностью — проанализировать и «очистить от примесей» проблему. С «чистой» бессмысленностью лучше всего работать косвенно, через вовлеченность. И это отличается от работы с другими конечными факторами. Если со смертью, свободой и изоляцией приходится встречаться непосредственно, то от бессмысленности терапевт должен помочь отвернуться: принять решение о вовлеченности, а не погружаться в проблему бессмысленности. «Вопрос о смысле жизни, как учил Будда, решается не наставлением. Человек должен погрузиться в реку жизни и позволить вопросу уплыть»<sup>106</sup>.

<sup>104</sup> Jung C. Collected Works: The Practice of Psychotherapy. V. XVI N.Y.: Raytheon, Bollinger Series, 1966. P. 83.

<sup>105</sup> Ялом И. Д. Экзистенциальная психотерапия. М., 2000. С. 515.

<sup>106</sup> Там же. С. 541.



Знание экзистенциальных данностей важно для практической работы психотерапевта, который за фасадом проблем и жалоб клиентов усматривает более глубокие экзистенциальные проблемы.

В травматической ситуации эти темы выступают как реальные объекты переживания, и травматические состояния являются реакциями на эти данности. В ситуации травмы человек переживает смерть других людей или сам оказывается перед фактом близости собственной смерти. Он испытывает ограничение свободы, которое обусловлено чувством вины. Травма может быть связана с переживанием чувства одиночества, с невозможностью установления отношений с другими людьми. Кроме того, и сама травма приводит к потере смысла, усилению чувства неопределенности и к непереносимой тревоге<sup>107</sup>. Концепция смерти имеет значение для клинических исследований. Одним из примеров может служить тема утраты и горя. При утрате близкого речь идет не только о «потере объекта», но и об угрозе потери Я. Возникает ощущение, что мир становится ненадежным, потенциально опасным местом, или жизнь кажется теперь бесцельной и бессмысленной, клиенты чувствуют злобу, но эта злоба никуда не направлена [Parks, 1970]. При неэффективном защитном модусе появляется определенный клинический синдром.

Попытка избежать страха смерти составляет ядро невротического конфликта. Гипертрофия любой из базовых защит страха смерти выливается в невротическую адаптацию. Индивид, убежденный в существовании конечного спасителя, склонен искать силу вовне; он занимает зависимую, просительную позицию по отношению к другим; подавляет агрессию, может проявлять мазохистские черты; наконец, может впасть в глубокую депрессию при потере значимого другого. Индивид, опирающийся на свою уникальность и неуязвимость, стремящийся к самопроявлению, индивидуализации, автономии, отделению, может быть нарциссичным; нередко это компульсивный «успешник», склонный к навязчивостям; направляющий свою агрессию вовне; склонный к преувеличенной самодостаточности, вплоть до отвержения уместной помощи других, к неприятию своих слабостей и ограничений; наконец, он нередко проявляет экспансию, высокие притязания, может высказывать даже идеи величия.

От страха перед осознанием свободы и ответственности клиенты используют следующие психологические защиты:

- 1) компульсивность;
- 2) перенос ответственности (так, параноидные клиенты делегируют ответственность другим людям и силам, отрекаются от собственных чувств и желаний, объясняя свою дисфорию и неудачи внешними влияниями; психосоматические клиенты исключают ответственность дважды: переживают соматический стресс вместо психологического и объясняют свою психологическую дисфорию «плохими нервами» или неблагоприятными условиями среды);
- 3) позиция невинной жертвы (часто у истерических личностей);
- 4) потеря контроля;
- 5) избегание автономного поведения.

Разочарование — чувство потери основных жизненных ценностей, реализация которых субъективно переживается как смысл жизни — *экзистенциальный компонент депрессии*. Обесценивание, весьма типичное явление при депрессии, выражается

<sup>107</sup> Мазур Е. С. Психическая травма и психотерапия // Московский психотерапевтический журнал. 2003. № 1. С. 31–53.

изменением в отношении ценности окружающего мира. Возможно, оно связано с эгоцентрической ориентацией личности, и типичным при этом поиском причин происходящего вне себя. Все вокруг кажется суетным, ничтожным, бессмысленным, пустым или наводящим скуку, воспринимается под знаком неизбежной гибели, смерти. У других клиентов обесценивание относится к ним самим. Собственное существование, дела, заботы, достижения и планы воспринимаются как лишённые всякого смысла. Дни тянутся медленной вереницей, похожие один на другой. Стремясь избавиться от гнетущего чувства утраты смысла и стараясь ни о чем не думать, депрессивные клиенты бывают склонны к острым ощущениям, рискованным предприятиям, порой подвергают себя смертельной опасности, не испытывая при этом страха. Встречаются злоупотребление алкоголем, наркотиками, склонность к азартным играм, уход в работу, секс, другие формы аддикции. Переживание утраты смысла не всегда бывает столь полным. Процесс разрушения представлений о ценностях затрагивает духовные уровни личности, и именно с этим связана «мировая скорбь» депрессивных клиентов. В меньшей степени это касается социальных ценностей. Многие больные, в частности, сохраняют интерес к работе, нередко погружаясь в нее с головой, а иногда превращаясь в «трудоголиков». Чаще сохраняются или даже выходят на первый план личные ценности, например: обеспокоенность состоянием здоровья, внешностью, снижением половых функций, творческими неудачами. Ценностная переориентация приводит к тому, что депрессивные клиенты становятся ипохондриками, сосредотачиваются на сексуальных либо материальных проблемах. От самоубийства их часто удерживает нежелание причинить несчастье близким, то есть социально ориентированные ценности<sup>108</sup>.

В психологической помощи при ПТСР экзистенциальная терапия используется как метод глубокой личностно-ориентированной психотерапии. Как правило, применяется курс индивидуальной психотерапии.

**Основные техники экзистенциально-гуманистической терапии:** фокусировка на процессе, развитие внутреннего поиска, присутствие, применение способов межличностного давления, параллелирование, изменение локуса контроля, работа с сопротивлением, открытие новых смыслов, актуализация личностного потенциала.

Сущность экзистенциально-гуманистического метода составляют две взаимосвязанные задачи: во-первых, научить клиента внутреннему поиску, во-вторых, отслеживать и прорабатывать неизбежно возникающие препятствия к этому поиску (сопротивление).

Каждый практический курс экзистенциальной терапии включает в себя несколько этапов работы.

**1. Создание психотерапевтического альянса.** Этот этап включает в себя личное знакомство, установление отношений сотрудничества, развитие терапевтических отношений, ознакомление клиента с методом и способом работы.

Психотерапевт собирает информацию об объективных данных клиента, договаривается о продолжительности и частоте сеансов, их времени и месте проведения. Он задает вопросы об образовании, профессии, семейном статусе; о медицинских, психологических проблемах; о родителях, близких людях; предыдущих обращениях к психологам, психотерапевтам; об основной причине обращения, кто направил или посоветовал пройти терапию. Можно использовать бланк, который позволяет собрать информацию и побудить клиента взять на себя большую ответственность за

<sup>108</sup> Жмуров В. А. Психопатология. Психопатологические синдромы: учебное пособие. Иркутск: Иркутский университет, 1994. С. 61–86.



ход разговора. Психотерапевт сообщает также информацию о себе. Терапевтические отношения основываются на принятии, доверии, поддержке и уважении клиента. Во время психотерапевтического интервью психотерапевт просит клиента обратить внимание на непосредственные переживания, чувства, эмоции, мысли, желания и фантазии, которые приходят к нему. Терапевтом используются перефразирование последних высказываний клиента, синонимы (особенно когда клиента захлестывают эмоции); побуждение говорить о себе, подбадривание («Вы делаете это прекрасно, продолжайте. Я понимаю. Вы выражаетесь отчетливо и ясно»), открытые вопросы. Терапевт наблюдает, что и как происходит с клиентом. Задача этого этапа — создать у клиента убежденность в необходимости расширения внутреннего осознания своих переживаний, мотивацию к дальнейшей работе.

**2. Углубление проблематики клиента (выход на экзистенциальный уровень).** Цель психотерапевта — расширить и углубить понимание клиентом своих психологических проблем. Используются техники: параллелирование темы, чувств, рамок, локуса.

Важно зафиксировать отдельные моменты с помощью направленных вопросов и реплик: «Что происходит сейчас внутри вас? Что это вам дает? Подождите, не торопитесь, побудьте с этим!». Усиление происходит также за счет повторения поз, эмоций, конкретизации, комментариев по процессу: «У вас на глазах слезы, изменилось выражение лица, что с вами сейчас происходит? С чем связаны эти слезы? Что это для вас? Какой в этом смысл?» Терапевт внимательно слушает, выбирает и повторяет «ключевые слова» (эмоционально насыщенные). Комментарии особенно важны в тех случаях, когда телесные ощущения, эмоции не совпадают с мыслями.

Психотерапевт помогает клиенту осознать связь симптомов травм с базовыми экзистенциальными данностями. Симптомы — это результат искажения внутреннего процесса осознания клиентом своих субъективных переживаний. Психотерапевт старается помочь вскрыть связь поверхностных симптомов и глубинных причин. Но у клиента на уровне сознания нет понимания этой связи, что является результатом сопротивления, которое рассматривается в экзистенциальном подходе как система конструктов «Я и Мир». Например, часто встречающийся конструкт «Я должен» мешает осознанию более глубоких переживаний, желаний, потребностей и интенций клиента, что препятствует процессу терапии.

Психотерапевт дает возможность клиенту на собственном опыте понять, что его проблема имеет более глубокий смысл, и он сам может найти ее решение. Основную работу в экзистенциальной терапии делает сам клиент, психотерапевт лишь создает условия для психотерапевтического процесса. Он не принимает решений за клиента, а помогает ему осознать чувства и переживания, которые приходят к нему в момент терапии, помогает сфокусироваться на настоящем, раскрыть и развить значимую тему. Важно сохранять спокойный интерес, следовать за клиентом, быть внимательным, не стараться добиться сразу каких-либо изменений. Чтобы помочь клиенту осознать, что с ним происходит, психотерапевт раскрывает ему свои переживания в течение терапии. Важно, чтобы терапевт оставался аутентичным.

**3. Работа с процессом внутреннего поиска.** Поиск — основной психотерапевтический процесс в экзистенциальной терапии.

Внутренний поиск является врожденной способностью человека в той же степени, что и ходьба, речь. «Это все, что бесконечно днем и ночью, во сне и наяву происходит в нас, определяя, таким образом, наши действия во внешнем мире и то, что мы выстраиваем из

событий, происходящих с нами в этом мире»<sup>109</sup>. Как и в случае с другими способностями, поиск может быть сильно нарушен ранним опытом индивидуума. В то же время его можно поддержать и развить значительно выше среднего уровня. То, что мы здесь называем поиском, — это способ прислушиваться к нашим врожденным возможностям.

Клиент учится разворачивать поиск и осознать, в какие моменты он блокируется. Поиск не ограничивается временем. Он непрерывен. Это главный путь для выполнения психотерапевтической работы, путь, в котором первостепенное место отводится самоисследованию клиента. Наша врожденная энергия поиска приходит в действие, когда мы нуждаемся в чем-то или ищем что-то, например еду, общение, интеллектуальную пищу, физическую активность, отдых, одобрение. Когда это происходит, мы опираемся прежде всего на свои теоретические и практические представления о мире, на других людей, иные известные нам возможности для удовлетворения своих потребностей и, что очень важно, на самих себя. Обращение к себе означает учет своих сил, слабостей и всего того, что может помочь в поиске. Мы делаем это как на сознательном уровне, так и на бессознательном.

Этот метод отводит психотерапевту скорее роль партнера в процессе внутреннего исследования или наблюдателя-отражателя, а не главного орудия терапевтического процесса. Акцент на самоисследовании не означает, что вклад психотерапевта незначителен; правильнее сказать, что терапевт выполняет две принципиально важные функции:

- 1) является доверенным лицом, который слышит то, что открывается в сознании клиента (это способствует самосознанию, необходимому для изменения и личностного роста);
- 2) наблюдает и информирует клиента, каким образом он сопротивляется самоисследованию и процессу внутреннего осознания или даже прерывает его (это позволяет клиенту употребить всю свою энергию на трудное и всепоглощающее внутреннее исследование).

Поиск не равнозначен медитации или размышлению. Это не самораскрытие или автобиографическое повествование.

Работа с процессом поиска в ходе психотерапии предполагает ряд «шагов». При этом поиск требует концентрации на внутренних переживаниях клиента.

**4. Работа с внутренним сопротивлением.** Когда в ходе терапии уже решены задачи, описанные на предыдущих этапах, психотерапевт переходит к работе с сопротивлением.

Сопротивление с точки зрения экзистенциальной психотерапии — это тот путь, каким клиент избегает погружения в субъективность, так как возникает сознательная и бессознательная угроза или вызов его способу существования. Клиент приходит на психотерапию, поскольку привычный способ существования мешает его жизни. При работе с сопротивлением требуется большая поддержка со стороны терапевта. При полном вовлечении в процесс поиска клиентам бывает трудно дать своим мыслям и ощущениям более широкую и развернутую реализацию. Это проявление сопротивления часто встречается на пути поиска и является одним из главных понятий в используемой нами терапии.

Сопротивление имеет два глубоких следствия: во-первых, оно воспринимается как препятствие полноценному использованию человеческой способности к поиску. Осознав это, можно увидеть, что в основе своей сопротивление — это набор паттернов, которые мешают людям эффективно использовать в жизни и другие возможности.

<sup>109</sup> Бьюдженталь Д. Искусство психотерапевта. СПб., 2001. С. 24.



Во-вторых, исследуя эти ограничивающие паттерны, можно обнаружить, что они также являются способами построения своего мира. Эти паттерны создают систему конструктов «Я и Мир», определяя то, кем и чем мы являемся, что возможно для нас, что хорошо и что плохо в мире. Исцеляющим началом в глубинной психотерапии выступает как можно более полное осознание сопротивления, которое тесно вплетено в способ существования. Попытки изменить эти паттерны в терапии часто воспринимаются клиентами как угрожающие другим сторонам их жизни, которые кажутся весьма значимыми. Таким образом, усилие, направленное на преодоление сопротивления, сталкивается с противодействием (сознательным или бессознательным), сопротивление как конструкты «Я и Мир» похожи на «скафандр»: он помогает в воде, но мешает в жизни.

Формы сопротивления:

- 1) активные (противодействие, антагонизм, враждебность) — в глубине много гнева, но и страх изменить себя;
- 2) пассивные (жалобы, угодливость, любезность, бессодержательность речи, уходы, инертность, чрезмерная зависимость, сверхрациональность, логическая связанность; при этом нет глубоких переживаний).

Работа с сопротивлением требует расширения сферы осознания внутренних переживаний. Благодаря полному осознанию клиенты начинают лучше понимать, во что обходится им сопротивление и какие другие пути для них возможны.

Существуют следующие экзистенциальные техники работы с сопротивлением: констатация или обозначение, признание обоснованности, признание последствий; обучение (интерпретация), демонстрация повторяемости, выявление функций, ослабление и замещение, раскрытие неосознанных мотивов (связь с жизненными структурами, традиционными ценностями).

**5. Работа с терапевтическими отношениями.** Данный этап посвящен работе с темами переноса и контрпереноса в отношениях между терапевтом и клиентом. Терапевтические отношения — это среда, которая помогает клиенту меняться.

**6. Завершающий этап, подведение итогов.** Подводятся итоги проделанной работы. Возможен краткосрочный курс экзистенциальной терапии, ограниченный временем нахождения в стационаре и работой с неглубокой проблемой клиента. Психотерапевтическая работа строится сугубо индивидуально, исходя из запроса клиента. Трудно по деталям расписать курс терапии, поскольку экзистенциальный терапевт работает с тем, что рождается непосредственно в ходе психотерапевтического процесса. Эта экзистенциальная парадигма обеспечивает клинициста объяснительной системой, позволяющей осмыслить большой массив клинических данных и сформулировать систематическую психотерапевтическую стратегию. Она экономична, основывается на относительно малом числе базовых предпосылок и доступна; ее предпосылки коренятся в опыте переживаний. Экзистенциальный подход — клинический подход, существующий бок о бок с другими клиническими подходами, — во многих случаях отнюдь не влечет радикального отказа от традиционных терапевтических стратегий и техник. Он может включать в себя телесно-ориентированную, когнитивную, бихевиоральную, рациональную, гештальт-психотерапию, психодраму. Он реорганизует клинические данные, но не является исключительным и не может исчерпывающе объяснить поведение и клиническую симптоматику клиента. Опыт работы с клиентами показал, что экзистенциальная психотерапия эффективна в применении к клиентам с ПТСР.

При воздействии психотравмирующей ситуации происходит активация механизмов психологической защиты, защитные реакции указывают на глубоко спрятанные

проблемы. У человека при расстройствах адаптации скрывающиеся проблемы вырываются наружу. Они являются частью его восприятия мира и связаны с нарушенными отношениями. Корень проблемы — в паттернах построения отношений с окружающим миром. Психотерапевт помогает клиенту снять его сегодняшние проблемы в рамках конструктов «Я и Мир», и перестроить систему отношений между приоритетами прошлого и настоящего. Ключ к переменам во внутреннем мире клиента находится в его сегодняшнем восприятии окружающей действительности.

Таким образом, коррекция происходящих в сознании человека динамических изменений не сводится только к устранению симптомов традиционными психотерапевтическими методами. Анализ психодинамических изменений в психотравмирующей ситуации помогает понять причины прошлых и нынешних проблем, избежать подобных расстройств в будущем.

При оказании помощи клиентам с нарушениями адаптации короткий курс экзистенциальной терапии необходим в подавляющем большинстве случаев. Как правило, в дальнейшем человек в состоянии самостоятельно справиться с трудностями без ущерба для здоровья.

## АРТ-ТЕРАПИЯ ПТСР<sup>110</sup>

Важную роль в психотерапии ПТСР играет арт-терапия — метод помощи, основанный на применении художественного творчества. Однако российские специалисты (психологи и психотерапевты) используют это направление лечебно-коррекционной, профилактической и реабилитационной работы явно недостаточно.

Э. Хилл [Hill, 1945], впервые использовавший термин «арт-терапия» в своих публикациях, связывал исцеляющие возможности изобразительной деятельности, прежде всего, с отвлечением клиента от болезненных переживаний. «Побуждая больного человека выражать свои переживания в визуальной форме, можно „вылечить“ его душевные, связанные с патологической интроспекцией, раны. В других случаях это приводит к снижению тревоги и напряжения и формированию более оптимистического взгляда на мир. Создавая новые образы и серии художественных работ, человек отвлекается от своих недостатков и концентрирует внимание на том, что помогает ему освободиться от страданий»<sup>111</sup>.

Соотечественница Э. Хилла, получившая психоаналитическую подготовку А. Чемперноун [Chapernowne, 1963], чья деятельность оказала заметное влияние на британскую арт-терапию и становление новых форм работы с психиатрическими клиентами, пишет: «Слова, в особенности прозаическая речь, являются слишком сложным инструментом для передачи наиболее глубоких переживаний. Наш внутренний мир наполнен визуальными и телесными образами, являющимися наиболее подходящими вместилищами для тех чувств и представлений, которые было бы невозможно выразить иначе. Эти образы служат не только средством коммуникации между людьми, хотя в нашей деятельности это проявляется весьма наглядно, но и средством коммуникации между бессознательным и сознанием»<sup>112</sup>.

<sup>110</sup> Подробнее см. Приложение 16.

<sup>111</sup> Hill A. Art Versus Ill Ness London Allen and Unwin, 1945.

<sup>112</sup> Champemowne H. I. Art Therapy in the Withymead // American Bulletin of Art Therapy Spring, 1963.



Художественное творчество помогает установить с клиентом более тесный контакт и получить доступ к его переживаниям, оно само по себе способно сублимировать его чувства, давать выход деструктивным тенденциям. Исцеляющий эффект художественного творчества достигается благодаря отвлечению от «патологической интроспекции» и созданию положительного настроения.

«Арт-терапия связана с созданием визуальных образов, и этот процесс предполагает взаимодействие между автором художественной работы, самой художественной работой и психотерапевтом. Хотя арт-терапия, так же как и любой иной вид психотерапии, связана с осознанием неосознаваемого психического материала, в арт-терапии этому способствует богатство художественных символов и метафор. Арт-терапевты глубоко понимают особенности процесса изобразительного творчества, обладают профессиональными навыками невербальной, символической коммуникации и стремятся создавать для клиента такую рабочую среду, в которой он мог бы чувствовать себя достаточно защищенным, для того чтобы выражать сильные переживания. Эстетические стандарты в контексте арт-терапии не имеют большого значения. Основой арт-терапевтического взаимодействия являются выражение и конденсация неосознаваемого психического материала посредством художественной экспрессии» [Документ Британской ассоциации арт-терапевтов BAAT, 1989].

## ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ

Работа с клиентами должна проводиться в специально оборудованном арт-терапевтическом кабинете. Пространство кабинета обычно имеет две зоны: одну для изобразительной работы, другую — для обсуждения участниками группы. Необходимо обеспечить свободный доступ к различным материалам и средствам работы. Изобразительные материалы обычно включают акварельные, гуашевые и масляные краски, цветные карандаши, восковые мелки, пастель, художественную глину для лепки, бумагу разного цвета, формата и фактуры, старые журналы для создания коллажей, скотч, нитки, скрепки, фольгу, пищевую пленку и др. Необходимые материалы клиенты могут приносить из дома или брать из окружающей природы. С учетом того, что работа в группе часто предполагает совместную деятельность двух или нескольких человек, передвигающихся в пределах всего кабинета, возможность физического контакта и свободное использование любых материалов, рабочая зона должна быть достаточно свободной и иметь легко моющуюся поверхность пола и стен. По крайней мере одна из стен должна быть отведена для закрепления на ней бумаги, что может потребоваться, например, при работе нескольких участников на вертикальной плоскости. В кабинете желательно иметь музыкальную аппаратуру и несколько мольбертов, а также место, где клиенты могут хранить изобразительную продукцию.

Из известных разновидностей арт-терапевтических подходов выделим тематически-аналитический, в силу очевидных достоинств этой формы групповой арт-терапевтической работы применительно к контингенту клиентов с пограничными психическими расстройствами. Тематический подход характеризуется относительно высокой структурированностью и директивностью работы, что отвечает ожиданиям большинства клиентов, возможностью проведения курсов небольшой или средней продолжительности и доступностью для ранее не участвовавших в психотерапии и не имеющих опыта художественного творчества, использованием широкого набора различных факторов лечебно-коррекционного воздействия.

Аналитический компонент предусматривает «мягкий», опосредованный аналитический разбор созданных произведений на основе интерпретаций скрытого смысла создаваемых образов, символов, значений употребляемого цвета или формы в сочетании с анализом процессов, происходящих в группе, взаимоотношений отдельных участников друг с другом и ведущим.

Сессии продолжительностью 2–2,5 часа (в зависимости от темы, техники или выполняемого упражнения) проводят 3–5 раз в неделю на протяжении 6 недель. Занятия имеют обычную для групповой арт-терапии структуру: 1) введение и «разогрев»; 2) этап выбора темы и изобразительной работы; 3) обсуждение работ и завершение сессии.

Индивидуальные рисунки выполняют на бумаге формата А3. Перед этапом обсуждения устраивается небольшой перерыв, во время которого клиенты могут разместить рисунки в пространстве кабинета. Число участников группы может варьировать от 7 до 10 человек. Группы целесообразно комплектовать гомогенными по нозологическому и возрастному признаку.

Перед началом арт-терапевтической работы ставятся следующие задачи:

- ослабление имеющихся у клиентов симптомов, оптимизация и стабилизация их психического состояния и социального функционирования;
- достижение более высокого уровня психосоциальной адаптации, формирование навыков саморегуляции, а также развитие способности понимать себя, вербально и невербально выражать свои чувства и мысли;
- укрепление чувства Я, совершенствование способностей к принятию самостоятельных решений, к действиям в конфликтных и напряженных ситуациях, формирование устойчивой системы социально значимых связей, интересов, увлечений.

## ЭТАПЫ АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

**1. Подготовительный этап** включает первую встречу с клиентом, получение от него первичных данных, объяснение особенностей подхода, правил поведения в группе, знакомство с арт-терапевтическим пространством, проведение проекционных рисуночных тестов («Человек, срывающий яблоко с дерева»).

**2. Этап формирования системы психотерапевтических отношений и начала изобразительной деятельности** клиентов связан с формированием психотерапевтического альянса и переходом к изобразительной деятельности, в процессе которой происходит начальное отреагирование ими своих чувств, конфликтов и потребностей, а также переживаний, отражающих их отношение к психотерапевту. Определение необходимого для клиента уровня директивности и эмоциональной поддержки основывается на степени нарушения социального функционирования и качества жизни клиента, на характере имеющихся у него поведенческих расстройств, механизмах его психологической защиты, выраженности интроспективных черт личности.

На этом этапе используются методики, способствующие развитию более свободного взаимодействия с изобразительными материалами, творческого воображения, активизации клиентов, укреплению личных границ и повышению самоконтроля («Каракули Винникотта», техника журнального фотоколлажа [Landgarten, 1994], упражнения с цветами, рисование гербов, портретов, парные упражнения на принятие агрессии). Также оправдано применение техник с элементами аутогенной тренировки и релаксации.



(рисование мандал, метод направленной визуализации в сочетании с изобразительной работой) [Benedetti, 1999].

**3. Этап укрепления и развития психотерапевтических отношений** заключается в консолидации личности клиента и его постепенном переходе от хаотичного выражения в изобразительной деятельности к созданию более сложной изобразительной продукции. Применяются упражнения, позволяющие клиентам выражать в художественной и драматической форме свои чувства, связанные в том числе со значимыми проблемными ситуациями («Моя проблема», «Яркое воспоминание из детства», техника «Джорноллинг», «Маска», песочная терапия). На данном этапе используются групповые техники интерактивного характера, которые направлены на развитие коммуникативных навыков, укрепление чувства идентичности, осознание конфликтных ситуаций и актуализацию механизмов психологической защиты. Эти приемы также способствуют прояснению и осознанию клиентами системы своих отношений, включая отношение к самим себе («Драматическая арена», групповая малоструктурированная работа с предварительным выбором темы, гештальт-упражнения с использованием созданных образов). Мультиmodalный подход позволяет участникам группы расширить сферу способов самовыражения благодаря применению импровизационно-танцевальной, музыкально-поэтической, описательной и иных форм.

**4. Завершающий этап** — логическое продолжение тех процессов, которые были инициированы на предыдущих этапах работы. Он также рассматривается как период подведения итогов и оценки результатов психотерапии.

Для этого используются техники и упражнения, позволяющие кумулировать приобретенный опыт групповой и индивидуальной работы, а также осуществить более «мягкий» выход из психотерапевтического процесса («Поиск священного Грааля», «Метафора терминации», изготовление подарков, совместное планирование последнего занятия, показ театрализованных представлений). Завершение всегда запланировано, его срок специально оговаривается и определяется продолжительностью курса арт-терапии.

## ФАКТОРЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ВОЗДЕЙСТВИЙ И ИЗМЕНЕНИЙ

Наблюдения за ходом групповой арт-терапевтической работы клиентов с ПТСР позволяют констатировать действие основных факторов и механизмов психотерапевтических изменений: художественной экспрессии, психотерапевтических отношений, фактор интерпретации и механизм вербальной обратной связи.

Особенности динамики **фактора художественной экспрессии** выражаются в спонтанном взаимодействии клиентов с предлагаемыми художественными материалами, использовании различных групп материалов в одной работе, заинтересованной погруженности в творческий процесс, нередко стремлении создать произведение, соответствующее эстетическим стандартам, что может говорить о желании подчеркнуть свою индивидуальность и получить признание со стороны ведущего и участников группы. Образы часто имеют символический характер и отражают глубинные психологические конфликты, психотравмирующие ситуации и нереализованные потребности.

Динамика **внутригрупповых процессов и отношений** также отличается нарастанием спонтанности в поведении клиентов, расширением способов коммуникации (за счет

более частого использования сенсомоторного и драматически-ролевого способов), уменьшением зависимости от ведущего при сохранении заинтересованности в прямой эмоциональной поддержке. Клиенты начинают принимать более активное участие в структурировании сессий, предлагая собственные темы, что может свидетельствовать о потребности в глубокой психотерапевтической помощи. Специфическим признаком является феномен переноса.

Тематическая группа изначально предполагает высокий уровень **вербальной активности** ее участников. Обязательные для тематических сессий обсуждения созданных работ в начале арт-терапевтического процесса протекают обычно весьма оживленно. Клиентов интересует, что означает тот или иной цвет или форма, они пытаются самостоятельно выдвигать гипотезы относительно личностных особенностей участников группы на основе созданных ими произведений. А в дальнейшем сами устраивают специальные дискуссии, помогающие определить наиболее значимые для участников вопросы и оценить систему их отношений. Что касается **интерпретаций** психотерапевта, то их можно применять в духе психодинамического подхода, что наиболее оправдано при работе с клиентами пограничного профиля, поскольку имеющиеся симптомы нередко коренятся в инфантильных переживаниях и потребностях клиентов, а предлагаемые упражнения открывают к ним специфический доступ. При этом важно избегать прямых интерпретаций работ клиентов, поскольку это чревато вторжением в их хрупкое Я, усилением зависимости от терапевта и навязыванием дискурсивных моделей, обусловленных культурным и профессиональным опытом ведущего.

В настоящее время наиболее корректной можно считать так называемую множественную интерпретационную стратегию<sup>113</sup>. Предложенный ею интерпретационный репертуар и формулировка гипотез состоят из нескольких этапов:

1. А. Эстетический подход к восприятию художественной продукции (отказ от критических оценок, центрирование на образе).

Б. Феноменологический подход (оценка проекций, допустимость субъективности восприятия, феноменологические описания).

2. Формалистический подход (анализ разных формальных характеристик художественной работы, их тщательное описание, но не интерпретация).

3. Личностный подход (анализ особенностей психического развития клиента, истории его жизни и заболевания, семейных отношений, защитных механизмов, архетипических проявлений, сильных и слабых сторон личности).

4. Социокультурный подход (анализ влияний, связанных с этнической, классовой, демографической, религиозной принадлежностью клиента, на процесс и результаты его изобразительной деятельности, включая патогенные социокультурные влияния).

5. Впечатления и наблюдения (формулировка субъективных и объективных гипотез).

В качестве одного из вариантов вербальной обратной связи используются свободные художественные описания изобразительной продукции: клиентам предлагается создать на основе своих рисунков рассказ, сказку, стихотворение или записать ряд связанных с ними ассоциаций. Иногда ключом к пониманию переживаний клиента и основой для последующего продуктивного диалога может служить название рисунка, которое чаще всего выбиралось интуитивно. Использование техники прояснения помогает подвести клиента к осознанию глубинного содержания его изобразительной продукции.

<sup>113</sup> Келиш Э. В поисках смысла визуальных образов // Исцеляющее искусство : журнал арт-терапии. 2002. Т. 5. № 1. С. 33–34.



## ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ ПТСР<sup>114</sup>

Гештальт-терапия исходит из того, что человеку присуще стремление к психическому и физическому здоровью, понимаемому как интеграция умственного, эмоционального и телесного. Практическая психотерапевтическая работа с ПТСР строится на базе ряда теоретических положений.

### ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ТЕОРИИ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ

Гештальт-терапия<sup>115</sup> — это направление психотерапии, которое основывается на принципе целостности и рассматривает человека в качестве организма, функционирующего как единая система во взаимодействии с окружающей средой. Этот подход был разработан немецким психиатром и психотерапевтом Ф. Перлзом. Целью гештальт-терапии является расширение осознания человеком его внутреннего опыта, посредством чего достигаются лучшее понимание и принятие человеком себя, большая внутриличностная целостность и интегрированность, большая наполненность и осмысленность жизни, улучшение контакта с внешним миром и с окружающими людьми.

Можно выделить ряд основных принципов и понятий гештальт-терапии:

**1. Принцип целостности** означает, что человека необходимо рассматривать в едином взаимодействии с окружающей средой, с которой он находится в постоянном контакте. Этот принцип на практике реализуется в анализе структур контакта, акцентировании взаимосвязи эмоциональных, телесных, когнитивных и поведенческих проявлений человека, а также в возможности работать на всех обозначенных уровнях. Согласно данному принципу, здоровый человеческий организм функционирует на основе механизма саморегуляции, согласно которому человеческое поведение подчиняется процессу формирования и разрушения гешталтов. Это происходит следующим образом: насущная потребность возникает и начинает доминировать в организме (фигура проецируется из фона и образует некий гештальт); далее организм ищет во внешней среде объект, способный удовлетворить эту доминирующую потребность, а затем происходит сближение и адекватное взаимодействие с объектом, приводящее к удовлетворению потребности — гештальт завершается, затем разрушается, после чего возникает новая потребность и формируется новый гештальт. Процесс удовлетворения потребностей или цикл опыта предполагает контакт — встречу организма с окружающей средой.

**2. Контакт** — базовое понятие гештальт-терапии, ее называют также терапией контакта. Контакт — это творческое приспособление организма к окружающей среде. Организм не может существовать без окружающей среды, а человек не может развиться в среде, лишенной контактов. Все основные человеческие потребности могут удовлетворяться только в контакте с другими людьми. Место, где происходит встреча организма с окружающей средой, в гештальт-терапии называют границей контакта. Возможность человека удовлетворять свои потребности зависит от его способности гибко регулировать контактную границу.

Понятие контакта реализуется в представлении о цикле контакта. Цикл контакта представляет собой процесс удовлетворения потребности, включающий в себя осознание

потребности, исследование окружающей среды и ее ресурсов в целях удовлетворения данной потребности. Цикл контакта состоит из ряда фаз: прекогнитивной, контактирования, финального контакта, постконтакта. Фрустрированные, нереализованные потребности организуют незавершенные, открытые гешталты, которые нарушают динамику поля «организм—среда» и приводят к прерыванию цикла контакта на одной из его фаз. Цикл контакта может прерываться за счет ряда механизмов, которые получили разные названия у разных авторов: невротические нарушения на границе контакта (Ф. Перлз), виды защиты Эго (А. Жак), механизмы сопротивления (Э. Полстер, М. Полстер).

Нарушения цикла контакта лежат в основе разного рода пограничных психических расстройств. Исходя из этого понимания, задача гештальт-терапевта — восстановление контакта клиента с внешним миром, окружающими людьми и с самим собой.

**3. Принцип «здесь и сейчас»** играет ведущую роль в практике работы гештальт-терапевта. Согласно этому принципу, основное внимание в терапии должно уделяться опыту переживания настоящего, а задача психотерапевта — помочь в наиболее полном выражении, проживании и осознании клиентом своего актуального опыта. Гештальт-терапия утверждает, что важнее понять то, как ведет себя клиент в настоящий момент, чем то, почему он так себя ведет. При пограничных расстройствах сила переживания опыта настоящего, как правило, потеряна, и поэтому внутренний опыт клиентов не отвечает настоящему моменту. Вместо того чтобы жить настоящим, клиенты направляют свою энергию на воспоминания о прошлом или размышления о будущем. Акцент на настоящем очень важен для психотерапевтической работы, поскольку в основе переживания нового опыта в настоящем у клиента происходят необходимые психологические изменения.

**4. Принцип значимости осознания** в психотерапевтическом процессе был открыт Ф. Перлзом. Он подчеркивал, что осознание клиентом потока своих непосредственных переживаний обладает целительной силой. Осознание может происходить на нескольких уровнях: возможно осознание внутренних процессов; процессов, происходящих на границе контакта; осознание внешнего мира и окружающей среды. Человек может эффективно и самостоятельно решать свои проблемы в том случае, если он сумеет глубоко осознать свой внутренний опыт и принять ответственность за самого себя.

Гештальт-терапия подчеркивает значимость для психотерапевтической работы еще одного процесса — **переживания опыта телесных ощущений**, необходимого для разрешения психологических проблем. Работа с телесными ощущениями позволяет клиентам справиться с внутренним напряжением, пережить и осознать свои глубинные чувства, трансформировать травматические переживания. Телесные переживания рассматриваются в гештальт-терапии не как болезненные симптомы, от которых следует избавиться, а как переживание человеком своего Я, открывающее доступ к глубинным проблемам личности<sup>116</sup>.

При ПТСР нарушаются способы функционирования личности в окружающем мире. Развитие психических нарушений инициируется тем, что при столкновении с трудностями человек вырабатывает разные способы избегания проблем, затрудняющие контакт с окружающей средой, мешающие осознанию внутреннего опыта, своего Я, препятствующие полному и глубокому переживанию реальности. Известно, что при ПТСР нарушаются цикл контакта, процессы саморегуляции и клиенты прибегают к самоманипуляции. Самоманипуляция — способ прекратить нормальный цикл выявления

<sup>114</sup> Подробнее см. Приложение 17.

<sup>115</sup> *Гештальт* (gestalt) — от немецкого слова, означающего целостность формы, структуры.

<sup>116</sup> Мазур Е. С. Гештальт-терапия пациентов с пограничными психическими расстройствами // Старые и новые проблемы пограничной психиатрии / под ред. Ю. А. Александровского. М.: ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 1997. С. 132–142.



и удовлетворения потребности. Это происходит, если клиент обнаруживает болезненные или запретные чувства, избегает проживания их, полагает, что его потребности должны удовлетворяться другими людьми. Нарушение происходит также, если клиент направляет свои действия, адресованные среде, на самого себя.

## МЕХАНИЗМЫ ЗАЩИТЫ

Психологические нарушения при ПТСР во многом зависят от характера механизмов защиты или специфических способов прерывания цикла контакта организма со средой. Стоит отметить, что механизмы прерывания контакта присущи и здоровым людям, но у клиентов с ПТСР они выражены в большей степени. Эти основные механизмы называются слияние, интроекция, проекция, ретрофлексия. Остановимся на них более подробно.

**Слияние** — механизм защиты или тип прерывания контакта, при действии которого нарушаются границы между Я и не-Я, теряются различия между фигурой и фоном. Этот механизм наблюдается у тех личностей, которые не переносят различий, стараясь умерить неприятные переживания нового и чуждого. Одна из проблем слияния — ненадежность основы человеческих отношений. Слияние же — это своего рода игра, в которой «скованные одной целью» партнеры заключили негласное соглашение не спорить. Однако люди могут пренебречь различиями ради важной цели. Такие отношения отличаются от слияния как прерывания контакта, поскольку строятся на основе собственного выбора.

При **интроекции** клиент пассивно принимает то, что предлагает среда, и прилагает мало усилий, чтобы определить собственные потребности и желания. Когда его жизненная ситуация начинает меняться, он использует свою энергию не на изменение ситуации, а на поддержание «интроецированных» ценностей окружающей среды. При интроекции к минимуму сводится различие между интроектом и потребностью личности, личность утрачивает собственный выбор, нейтрализует собственные чувства, избегает агрессии, необходимой для изменения своей жизненной ситуации, в окружающей среде он игнорирует новый опыт и выделяет только то, что соответствует прошлому опыту. В процессе психотерапии «интроективный» клиент мобилизует свою агрессию, которая побуждает его к изменению.

Следующий защитный механизм или тип прерывания контакта — **проекция**. Согласно определению, проекция — это механизм, направленный на среду. Он заключается в том, что клиент приписывает другим людям собственные чувства и поступки, которые он не может признать своими. Человек прибегает к проекции, когда испытывает определенные чувства и совершает поступки, которые он, по его мнению, «не должен» чувствовать и совершать. В результате возникает рассогласование между знанием о себе и реальными чувствами и действиями.

В проекции человек осознает импульс по направлению к объекту окружающей среды, но теряет ощущение принадлежности импульса себе и возможности его осуществления. Вместо действия он ожидает решения своих проблем извне. Однако проекция — не только нарушение; проецирование — это еще и нормальная человеческая реакция, с помощью которой устанавливается контакт с миром, так как деятельность в окружающем мире во многом построена на планировании и предвидении ситуаций. Механизм проекции становится патологическим, когда возникает фиксация на нем.

**Ретрофлексия** — это обращение человека с самим собой таким образом, каким ему хотелось бы обращаться с другими. В данном случае энергия возбуждения перестает

направляться вовне, где происходит манипуляция людьми и объектами, и объектом манипуляции становится личность клиента, которая расщепляется на субъект и объект воздействия. Механизм ретрофлексии называют обратными чувствами, он формируется в детском возрасте, когда в результате запретов родителей импульс к внешнему действию направляется ребенком на себя и, например, гнев, обращенный вовне, превращается в вину. Полезная функция ретрофлексии состоит в сдерживании деструктивных импульсов. Однако если она становится чертой характера, может возникнуть конфликт противоположных стремлений человека, и тогда естественная задержка спонтанного поведения, временная и разумная, закрепляется в отказе от действия.

Согласно гештальт-терапии, **психологическими причинами** посттравматического стрессового расстройства являются так называемые **незавершенные ситуации**, возникающие в результате прерывания цикла формирования и завершения гештальта или цикла контакта под влиянием описанных выше механизмов.

Механизмы защиты блокируют потребностный цикл и противостоят естественному выражению потребностей. Эти механизмы удерживают личность в постоянно незавершенном состоянии, что, в свою очередь, влияет на качество жизни: непрерывность переживания и поведения нарушается из-за невыраженных или неосуществленных действий, затрудняя возникновение нового опыта. «Индивид остается как бы подвешенным на „невыраженном“; жизнь медленно погружается в отчаяние и скуку с недостатком автономии, спонтанности и интимности»<sup>117</sup>.

«Незавершенные ситуации» содержат негативные эмоциональные переживания, которые не были выражены и разрешены в прошлом опыте<sup>118</sup>. Гештальт-терапия считает, что клиенты остаются с незавершенными ситуациями, если они полностью не пережили такие чувства, как боль, тревога, гнев, возмущение, печаль, страх, возникавшие в отношениях со значимыми людьми — родителями, супругами, друзьями. Эти чувства прошлого, не интегрированные сознанием, продолжают проецироваться на настоящую жизнь клиентов и препятствуют эффективному контакту с миром, собой и другими людьми. У психически здоровой личности действует тенденция к завершению незавершенных ситуаций и достижению чувства полноты и целостности, а у невротической сильно выражена тенденция к избеганию завершенности, чтобы не испытывать неприятных эмоций. «Клиенты вырабатывают разного рода средства избегания, чтобы не испытывать неприятных эмоций, связанных с незаконченными ситуациями. Они скорее склонны избегать этих эмоций, чем делать то, что необходимо для изменения»<sup>119</sup>. Все это мешает личности в полной мере присутствовать в настоящем и создает хронически незавершенные ситуации, которые порождают и поддерживают психические нарушения — тревогу, депрессию, навязчивые страхи, дезадаптивные черты характера и др. При незавершенных ситуациях происходит постоянное прерывание цикла контакта. Задача гештальт-терапевта — помочь клиентам с ПТСР завершить незаконченные ситуации и восстановить нормальный цикл контакта: возобновить эти ситуации на уровне цикла контакта, осознать механизмы его прерывания, пережить и интегрировать незавершенные чувства.

<sup>117</sup> Энрайт Д. Гештальт, ведущий к просветлению. СПб., 1994.

<sup>118</sup> Мазур Е. С. Гештальт-терапия пациентов с пограничными психическими расстройствами // Старые и новые проблемы пограничной психиатрии / под ред. Ю. А. Александровского. М.: ГИЦ ССП им. В. П. Сергеевского, 1997. С. 132–142.

<sup>119</sup> Кори Д. Гештальт-терапия // Гештальт-94: Сборник материалов МГИ. Минск, 1995. С. 36–45.



## ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЦИКЛ

В процессе гештальт-терапии у клиентов происходят позитивные изменения за счет перехода от использования нездоровых, неконструктивных стратегий поведения (при помощи которых они пытались манипулировать окружением для получения поддержки) к более конструктивным, здоровым стратегиям. В ходе практической работы психотерапевт использует концепцию терапевтического цикла, которая является основой психотерапевтического процесса в гештальт-терапии и применяется как в индивидуальной, так и в групповой работе с клиентами. Этот **терапевтический цикл** включает ряд ступеней<sup>120</sup>:

**«Здесь и сейчас».** На этой ступени терапевт устанавливает контакт с клиентом, собирает информацию, ставит диагноз и определяет стратегию вмешательства. В ходе работы клиент может предъявлять события, которые являются либо современными и находятся в настоящей жизни клиента, либо «историческими» и представляют собой незаконченные дела прошлого, влияющие на текущую жизнь клиента. Вне зависимости от характера предъявляемого события терапевтический процесс всегда фокусируется на происходящем «здесь и сейчас».

**Выделение проблемы.** На второй ступени психотерапевт определяет характер психотерапевтической работы. Он выясняет, есть ли у клиента кризис, требующий немедленного и безотлагательного вмешательства, либо проблема глубинного характера и более продолжительного исследования. В случае кризиса (например, потери, развода/сепарации и/или оскорбления) роль терапевта состоит в обеспечении поддержки, безопасности, помощи клиенту в принятии решения и выработке новых способов действия и поведения. Разрешение кризиса представляет собой процесс укороченного терапевтического цикла.

**Начало эксперимента.** Это творческий аспект гештальт-терапии. Терапевт создает эксперимент, основанный на жизненно важной информации, полученной от клиента, и на результатах диагностики характера невротических процессов. Психотерапевт может использовать многообразные формы эксперимента, однако необходимо выбрать тот, который учитывает потребности клиента, его готовность к работе, а также возможность завершить незавершенную ситуацию. Важно определить ту глубину эмоционального осознания, к которой клиент готов прикоснуться, выполняя предложенный терапевтом эксперимент. В начале работы терапевт должен совершить «тренировочное путешествие», дающее представление о глубине осознания клиента.

**Углубление эксперимента: вскрытие причин поведения.** На данной ступени клиент начинает понимать глубинные источники своих жизненных проблем и переживаний. Здесь важно помнить о терапевтических отношениях между психотерапевтом и клиентом, как о жизнеспособном инструменте вмешательства, которые должны быть построены на доверии, позитивном безусловном принятии и уважении.

**Исследование альтернативных форм поведения.** После того как клиент идентифицировал и открыл причины и источники своего поведения, терапевт помогает внедрить это осознание в жизнь. Процесс проходит через исследование альтернативных форм и паттернов поведения.

**Интеграция.** Эта стадия — одна из самых важных — состоит из двух частей: а) восстановления внутреннего (глубинного) Я клиента; б) внедрения новых способов поведения в жизнь клиента. Восстановление внутреннего Я клиента предполагает смену внешнего

<sup>120</sup> Лебедева Н. М., Иванова Е. А. Путешествие в Гештальт: теория и практика. СПб.: Речь, 2004.

фокуса поддержки на внутреннюю поддержку, смену внешних опор на внутренние или преобразование внешней регуляции во внутреннюю саморегуляцию. Процесс интеграции предполагает совместное исследование возможных альтернативных форм действия как клиентом, так и терапевтом. Стадия интеграции завершает работу и помогает клиенту использовать новые формы поведения и действия в жизни. Прохождение этой стадии усиливает и устойчивость клиента после окончания терапевтической работы.

Проведение эксперимента является специфической особенностью гештальт-терапии как психотерапевтического направления.

Цель эксперимента в гештальт-терапии заключается в осознании клиентом опыта переживания момента настоящего («здесь и сейчас») на разных уровнях (физическом, эмоциональном, когнитивном, поведенческом и духовном). Предложенный психотерапевтом эксперимент оценивается как эффективный или успешный, если клиент пережил опыт осознания, который привел к поведенческим и эмоциональным изменениям либо изменениям в межличностных отношениях. В ходе эксперимента изменения возникают в результате взаимодействия клиент—терапевт, группового взаимодействия или внутреннего интрапсихического процесса самого клиента.

Эксперимент проходит более эффективно, если он опирается на темы, которые предлагаются клиентом или группой, а не терапевтом. Использование метафор и языка клиента позволяют уменьшить сопротивление в ходе психотерапии. При постановке эксперимента необходима кооперация с клиентом, важно уважение его желаний и потребностей.

## НЕЙРОЛИНГВИСТИЧЕСКОЕ ПРОГРАММИРОВАНИЕ<sup>121</sup>

Нейролингвистическое программирование (НЛП) — психотерапевтическая техника, в которой за счет изменения в сознании психического образа жизненной ситуации изменяется психическое состояние человека, что способствует эффективной реализации и удовлетворению актуальных потребностей. Теория и практика НЛП описаны во многих работах, как новых, так и ставших классическими [Альдер, 1998, 2000; Андреас и др., 2000; Гриндер, Бэндлер, 1996; Дилтс, 1994, 1997, 1998; О'Коннор, Сеймор, 1997; Мак-Дермотт, О'Коннор, 1998; Таланов, Малкина-Пых, 2003]. В данном разделе мы приводим только те испытанные техники НЛП, которые уже себя хорошо зарекомендовали в терапии ПТСР.

Одним из базисных положений НЛП является утверждение, что каждый человек несет в себе скрытые, неиспользованные психические ресурсы. Главные задачи НЛП-терапевта — обеспечение доступа клиента к этим скрытым ресурсам, извлечение их из подсознания, доведение до уровня сознания, а затем обучение клиента тому, как ими пользоваться. Выполнение этих задач достигается использованием различных техник («Интеграция якорей», «Визуально-кинестетическая диссоциация», «Шестишаговый рефрейминг», «Взмах»).

**Техника интеграции якорей.** Методика проста, обладает большой терапевтической широтой и позволяет значительно редуцировать невротическую симптоматику у участников экстремальных ситуаций уже на начальных этапах работы. Ее применение особенно

<sup>121</sup> Подробнее см. Приложение 18.



желательно при фиксации клиента на негативных аспектах своего жизненного опыта, связанных с травматической ситуацией. Она может использоваться как основная или как вспомогательная в составе других технических приемов НЛП-терапии.

**Якорение** — процесс, посредством которого любое внутреннее или внешнее событие (звук, слово, поднятие руки, интонация, прикосновение) может быть связано с той или иной реакцией или состоянием и запускать ее проявление. Якоря могут возникать естественным образом и устанавливаться намеренно. **Положительный якорь** — якорь, вызывающий ресурсное состояние (приятное переживание). **Отрицательный якорь** — якорь, вызывающий проблемное состояние (неприятное переживание).

При установке якоря пользуются тремя правилами.

1. Якорь ставится незадолго до пика переживания. В момент пика его нужно постепенно убирать. Это очень важно. Только в этом случае произойдет связывание; мозг свяжет состояние и внешнее событие.

2. Якорем может быть движение, звук, прикосновение.

3. Производить якорь следует чрезвычайно точно: точно такой же звук или слово, произнесенное с точно такой же интонацией, точно такое же движение или прикосновение.

Тактильные якоря — самые надежные и удобные в установке. Это якоря, которые ставятся прикосновением к телу клиента. Они достаточно удобны и надежны. Аудиальный якорь обычно трудно удерживать, визуальный неудобен тем, что клиент может отвернуться или закрыть глаза, а прикосновение всегда замечается и сбрасывается.

**Техника визуально-кинестетической диссоциации.** Это одна из самых эффективных и быстродействующих психотехник при работе с людьми, перенесшими тяжелую психотравму или экстремальную ситуацию. Пострадавший чувствует себя беспомощным и беззащитным. Это ведет к формированию своеобразной фобической реакции, имеющей, как правило, охранительный, защитный характер в специфическом контексте, связанном с опасностью для клиента. В дальнейшем эта реакция генерализируется, то есть этот паттерн реагирования переносится в другие — неадекватные и отличные от первоначального — контексты. Это, в свою очередь, приводит к формированию патологического реагирования в самом широком диапазоне ситуаций, то есть к дезадаптивному поведению и разнообразным формам невротических проявлений, а в дальнейшем, возможно, к патохарактерологическому развитию и делинквентному поведению.

В большинстве случаев после подобной ситуации человек не отдает себе сознательного отчета, насколько сильно психотравмирующее переживание накладывает отпечаток на его жизнь и деформирует систему отношений. При таком характере психической травмы найти позитивное переживание достаточной интенсивности для совмещения обоих состояний (техника якорения) просто невозможно. Здесь уместно предположить наличие некой отщепленной субличности, которая продолжает страдать, вновь и вновь переживая травматическую ситуацию, и взаимодействует с миром через призму боли и страдания. Отсюда становится понятной необходимость отреагировать на «ущемленный аффект», психотравмирующую ситуацию, изменить к ней отношение, позволить страдающей части получить поддержку и сострадание и в конечном итоге интегрировать ее с личностью клиента.

Эти задачи решаются посредством диссоциации клиента от негативных чувств, пережитых во время психической травмы. Пострадавший должен посмотреть на происшедшее с ним со стороны, перейти от ассоциированного повторного переживания психотравмирующего события к диссоциированному. Вспоминая психотравмирующее событие в

ассоциированной форме, человек вновь и вновь переживает его, словно оно происходит «здесь и сейчас», он как бы снова возвращается назад в прошлое, чтобы вновь переживать чувства безнадежности, страха и боли. Но существует другой способ восприятия и переработки информации, обеспечивающий способность, оставаясь эмоционально невовлеченным, посмотреть со стороны на свой прошлый психотравмирующий опыт, располагая при этом всеми ресурсами и знаниями, всем опытом прошлого, жизнеощущением настоящего и целеполаганием на будущее. Таким способом является диссоциированная форма восприятия. При диссоциированном отношении к собственному жизненному опыту можно оставаться сострадающим, сопереживающим, пережившим и во многом постигшим происшедшее, но в то же время пребывать в настоящем и смотреть на все происшедшее со стороны. Находясь в такой новой, более конструктивной позиции, клиент может изменить отношение к происшедшему, вернуть психотравмирующую ситуацию в ее ограниченный контекст, оказать эмоциональную поддержку страдающей части себя, повернуться к ней душой и сердцем, интегрировать ее в себя.

**Рефрейминг** (от англ. *frame* — рамка) — переформирование. Смысл любого события зависит от того, в какую рамку мы его вставим, с какой точки зрения на него посмотрим. Меняется рамка — меняется смысл, реакции и поведение тоже становятся иными. Умение помещать события в различные рамки и придавать им различное значение очень важно и дает человеку больше свободы выбора. Существуют два основных вида рефрейминга: рефрейминг контекста и рефрейминг содержания.

**Рефрейминг контекста.** Практически любое поведение может оказаться полезным в соответствующих обстоятельствах. Лишь очень немногие формы поведения нацело лишены ценности и целесообразности. Рефрейминг контекста лучше всего работает с утверждениями типа «Я слишком...» или: «Я бы хотел прекратить...». Спросите себя: Когда это поведение было бы полезным? При каких обстоятельствах это поведение является ценным ресурсом?

Когда клиент найдет тот контекст, в котором данное поведение является подходящим, он может мысленно прорепетировать его именно в этом контексте и выработать уместное поведение для первоначального контекста.

**Рефрейминг содержания.** Содержание опыта — это то, на чем человек фокусирует свое внимание, придавая ему более подходящее значение. Рефрейминг содержания полезно применять к утверждениям типа: «Я начинаю сердиться, когда мною командуют» или: «Я впадаю в панику, когда приближается крайний срок».

Задайте себе вопросы: что еще это могло бы означать? какова позитивная направленность этого поведения? как еще я мог бы описать это поведение?

**Шестишаговый рефрейминг.** В самом общем виде круг проблем, решаемых с помощью этой психотехники, можно разделить на два типа.

К первому, основному, относятся паттерны когнитивно-эмоционального и поведенческого реагирования, часто возникающие при ПТСР. Клиент воспринимает их как неадекватные, не удовлетворяющие его в данном контексте, но несмотря на понимание, он не может или не хочет исправить их. К этому часто примешиваются некоторая навязчивость в их возникновении и развитии, чувства их автоматичности, неуправляемости, неподвластности сознательному контролю. Ко второму типу относятся самые разнообразные психосоматические проблемы, также часто встречающиеся у страдающих ПТСР. С помощью этой техники можно сформировать новые, более адекватные способы поведения; сделать личность более цельной, интегрированной; построить



чувство доверия к себе, веру в свои способности; вывести на сознательный уровень истинные мотивы и цели поведения; разрешить возникшие в результате перенесенных травм внутриличностные и межличностные конфликты.

**Техника взмаха.** Эта техника позволяет быстро и эффективно изменять ригидные стереотипы на более адекватные и приемлемые способы реагирования. В результате формируются не только новые, более позитивные реакции, формируется и продуктивный Я-образ.

## ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ И РАЗМЫШЛЕНИЙ

1. Как вы понимаете термин «сотравматизация»? Каковы причины сотравматизации? В чем она выражается у членов семьи травмированного?
2. Охарактеризуйте основные принципы оказания психологической помощи при ПТСР.
3. Опишите особенности психодинамической психотерапии ПТСР.
4. Опишите особенности когнитивно-бихевиоральной психотерапии ПТСР.
5. Опишите особенности гештальт-терапии ПТСР.
6. Опишите особенности клиентцентрированной психотерапии ПТСР.
7. Опишите особенности арт-терапии ПТСР.
8. Охарактеризуйте комплексный подход в психотерапии ПТСР.

## ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Бодров В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление. М. : ПЕР СЭ, 2006.  
Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / под ред. Э. Фоа, Т. М. Кина, М. Фридмана. М. : Когито-Центр, 2005.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Ассаджиоли Р. Психосинтез: Принципы и техники : [пер. с англ.] М. : Психотерапия, 2008.  
Боевой стресс: стратегии коррекции : сборник научных трудов / под ред. И. Б. Ушаова, Ю. С. Голова. М. : Воентехиздат МО РФ, 2002.  
Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением. М. : Медицина, 1989.  
Бюдженаль Д. Наука быть живым. М. : Класс, 1998.  
Гарфилд С. Практика краткосрочной психотерапии. СПб. : Питер., 2002.  
Залевский Г. В. Основы современной бихевиорально-когнитивной терапии и консультирования. Томск : ЦПКЖК, 2002.  
Красило А. И. Психологическое консультирование посттравматических состояний : учебное издание. М. : Московский психолого-социальный институт, 2004.

Повелле Р. П. Психотерапевтическое лечение фобических состояний и посттравматического стресса. М., 2001.

Меновщиков В. Ю. Психологическое консультирование: работа с кризисными и проблемными ситуациями. М. : Смысл, 2005.

Нелекарственные методы реабилитации больных с пограничными психическими расстройствами : сборник научных трудов / под ред. В. А. Тихоненко. М. : ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2005.

Ромек В. Г., Контрович В. А., Крукович Е. И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. СПб. : Речь, 2004.

Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз : основные принципы, протоколы и процедуры. М. : Класс, 1998.



## Глава 7.

# ОСОБЕННОСТИ ПТСР У ДЕТЕЙ

## ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ ПТСР В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Дети более незащищены и уязвимы, полностью зависят от взрослых, и при этом они достаточно часто оказываются в зоне техногенных и природных катастроф, свидетелями военных действий, становятся заложниками, жертвами физического, сексуального и эмоционального насилия. Также к травматическим ситуациям для детей можно отнести тяжелый ожог или болезнь, смерть или заболевание близкого человека.

Проявление и развитие ПТСР у детей имеет ряд особенностей по сравнению со взрослыми, которым был поставлен аналогичный диагноз. Это связано в первую очередь с особенностями детской психики. Дети не всегда могут связать свои посттравматические симптомы с фактом психологической травмы, что крайне важно при проработке травмы во время психотерапии.

Критерий, определяющий ПТСР в DSM-IV, подразумевает «фактическую или угрожающую смертью опасность, или серьезное повреждение, или угрозу физической целостности по отношению к себе или другим» в дополнение к опыту «интенсивного страха, беспомощности или ужаса», а также нарушенное или возбужденное поведение детей непосредственно после травматического события. Это определение расстройства исключает такие события, как развод родителей или запугивание в школе без реальной угрозы физического вреда. Однако многие исследователи считают, что дети, пережившие эти события, удовлетворяют требованиям признака.

Посттравматическое стрессовое расстройство протекает по-разному в зависимости от возраста. Детям, пережившим психологическую травму, достаточно трудно понять, что с ними произошло. Это, прежде всего, связано с их возрастными особенностями, недостаточной социальной и психологической зрелостью. Ребенок не в состоянии полностью осознать смысл происходящего, он просто запоминает саму ситуацию и свои переживания в этот миг. В память врезается визг тормозов, свист падающего снаряда, гул вертолетов, взрыв, жар огня и так далее. Травмированные дети выражают свои связанные с пережитым чувства через поведение. Так, у детей дошкольного возраста (4–7 лет) отмечается стремление к однообразным играм с использованием предметов, имеющих отношение к психотравме.

Спектр посттравматических симптомов у детей включает в себя изменения на физиологическом, эмоциональном, когнитивном и поведенческом уровне. К общим симптомам, характерным для детского возраста, относятся:

### На физиологическом уровне:

1. Различные нарушения сна, частые пробуждения во время сна вследствие кошмара. У детей могут быть сны, вызывающие ужас. Ребенок может не понимать, что во сне каким-то образом отражена катастрофа, тогда как взрослому человеку это очевидно.

2. Многие дети жалуются на боли в животе, головные боли, не имеющие физической причины, частое мочеиспускание, расстройство стула, дрожание, тики, подергивания.

### На эмоциональном уровне:

1. Самая общая и самая первая реакция на пережитый стресс — страх, тревога. Со временем у детей могут развиваться специфические фобии: расстройство из-за страха разлуки, нарушение характеризуется выраженной тревогой, боязнью засыпать в темноте одному.

2. Некоторые дети часто испытывают чувство вины за случившееся, у них формируется представление о том, что «плохие вещи случаются с плохими детьми», и они воспринимают волнения и страхи родителей как вызванные их поведением.

3. Психотравмированные дети становятся более агрессивными, чаще в подавленной и скрытой (особенно у девочек) форме. Подавленная агрессия проявляется в виде высокой напряженности, аутоагрессии (самообвинения, отказ от еды).

4. Развивается депрессия.

5. Дети становятся плаксивыми.

### На когнитивном уровне:

1. Ухудшается концентрация внимания, они становятся рассеянными.

2. Нарушается память, дети становятся забывчивыми, зачастую не могут вспомнить важную персональную информацию.

3. Диссоциативная fuga. Характеризуется неспособностью вспомнить прошлое и беспорядком, путаницей воспоминаний в сочетании с внезапным и неожиданным стремлением убежать из дома.

4. Часто появляются мысли о смерти.

Нарушения в познавательной сфере у детей порой достигают такой выраженности, что их успехи в обучении сильно ухудшаются. Отличники становятся двоечниками, очень болезненно переживая это.

У детей имеют место тревожные мысли неосознаваемого содержания, вызванные травматическими переживаниями. Часто ребенок не может представить себе, что у него будет долгая жизнь, семья, карьера, дети и т. д.

А. Л. Венгер с соавторами<sup>122</sup> отмечают, что у детей после террористического акта в г. Беслан нарушилось отношение к школе и учебе. Особенно остро эта проблема коснулась первоклассников, которые пришли на праздник первого учебного дня вместе со своими семьями. Многие из детей потеряли одного или обоих родителей (в Беслане таких семей более ста; 17 детей осталось круглыми сиротами, среди них немало первоклассников), более того — дети стали свидетелями их гибели. Первое столкновение первоклассников со школой оказалось подлинно трагическим. Это наложило отпечаток на все, что связано со школой и учебой, вызывая у детей страх и отторжение. Многие отказывались прикасаться к любым предметам, которые были хоть как-то связаны с обучением, — к тетрадям, книгам и т. п., хотя ранее с удовольствием занимались в подготовительных группах.

Более 30 первоклассников в течение всего 2004–2005 учебного года не посещали никаких учебных учреждений. У некоторых были диагностированы пограничные психические расстройства. Многие дети были записаны в ту или иную бесланскую школу, но фактически ее не посещали. Отдельные дети учились на дому, что лишало их общения со сверстниками и возможности нормальной социальной адаптации.

<sup>122</sup> Венгер А. Л., Морозова Е. И., Морозов В. А. Психологическая помощь детям и подросткам в чрезвычайных ситуациях (на опыте работы с жертвами террористического акта в Беслане) // Московский психотерапевтический журнал. 2006. № 1. С. 136.



Приведем примеры<sup>123</sup>:

У Давида, семи лет, согласно записи в медицинской карте, наблюдались острая психическая реакция, астеноневротический синдром. Ребенок был на нескольких занятиях в школе, но в дальнейшем категорически отказался туда ходить. В период посещения школы учиться не мог: озирался на малейшие звуки, вздрагивал, начинал плакать из-за любого пустяка. В итоге от посещения школы отказался. Мама отмечает у ребенка повышенную нервозность, беспокойство, нарушение сна. В ответ на предложение продолжить обучение в школе Давид сказал маме: «Потерпите, я же не могу сразу все забыть...» Запрещал говорить про школу, сам высказывался следующим образом: «Вы на войну меня повели, а не в школу...»

У Амины, шести с половиной лет, погибли отец и старший брат. Мать получила тяжелые ранения, долгое время находилась в критическом состоянии, лежала в больнице — сначала в Беслане, потом в Москве. Согласно записи в медицинской карте, у Амины наблюдались посттравматическое стрессовое расстройство, депрессивное состояние. Отмечались выраженные страхи, панические реакции, нарушения сна, отказ от еды. Девочка неоднократно посещалась психологами на дому и получала разнообразные виды психологической помощи. Затем она ходила в реабилитационный центр при поликлинике. Весь год Амина упорно отказывалась посещать школу и заниматься дома чем-либо, связанным с учебой. В настоящее время состояние девочки существенно улучшилось, однако по-прежнему имеются нарушения сна. Даже после летнего отдыха на курорте она все же отказалась в сентябре 2005 г. ходить в школу, при этом продолжала посещать реабилитационный центр в поликлинике.

В качестве типичного примера неустойчивого психического состояния при положительной общей динамике приведем более подробную характеристику Дианы, семи лет.

В заложниках оказалась вся семья Дианы. Погибла любимая бабушка. Папа выпрыгнул из окна, когда по распоряжению террористов выбрасывал тела расстрелянных мужчин, и какое-то время о нем ничего не было известно. Маму с младшей дочерью (полутора лет) вывели из осажденной школы на второй день, и Диана осталась там одна. В сентябре девочка регулярно приходила вместе с младшей сестренкой в реабилитационный центр при поликлинике. В тот период у Дианы отмечались острая невротическая реакция, нарушение сна и трудности при вступлении в контакт, панический страх при малейшем изменении ситуации, симбиотическая связь с мамой. Так, например, после двух недель посещения Центра, когда девочки привыкли к психологам и чувствовали себя довольно комфортно, мама с разрешения сестренки ненадолго покинула их, чтобы отнести передачу родственнице, которая лежала в больнице в том же самом здании. После ухода мамы девочки спокойно играли вдвоем около 5 минут, вдруг Диана схватила сестренку на руки, прижала ее крепко к себе, громко расплакалась и запричитала: «Мамочка, мамочка, где ты?!» Никакие уговоры и объяснения психолога, что мама рядом, вот-вот придет и прочее, не успокаивали ее. Малышка с недоумением смотрела на сестренку, а Диана продолжала еще крепче прижимать ее к себе, еще громче плача и причитая, в глазах у нее появился ужас. Она потеряла контроль над своими эмоциями, у нее началась паническая реакция. Пришлось вывести девочек в коридор и отправиться на поиски мамы, которая, к счастью, уже шла им

навстречу. В дальнейшем с мамой договорились, что, даже получив от детей согласие, она пока не будет оставлять их одних. В течение года Диана не посещала школу, ходила с мамой к репетитору и осваивала с ним программу первого класса. Со слов мамы, страх школы и невозможность находиться в большом скоплении детей отмечаются у дочери до сих пор, хотя уже к концу апреля 2005 г. она стала спокойно оставаться без мамы в привычной для нее обстановке реабилитационного центра, играя с небольшим числом детей.

#### На поведенческом уровне:

1. У травмированных детей возможно резкое изменение поведения: они не хотят расстаться с родителями даже ненадолго, некоторые могут в прямом смысле слова цепляться за родителей и нуждаются в их постоянном присутствии, физическом контакте с ними и успокоении.

2. Многие дети временами возвращаются к поведению, свойственному более младшему возрасту, мочатся в постель, утрачивают навыки опрятности, сосут пальцы и ведут себя как малыши.

3. Травмированные дети становятся более упрямыми, гневными, агрессивными. Их поведение характеризуется враждебностью и конфликтностью по отношению к другим.

4. У травмированных детей обычно отмечается широкий круг проявлений тревожного или избегающего поведения — страх выходить из дома, оставаться одному или находиться в замкнутом пространстве.

5. Реактивное расстройство привязанности характеризуется заметным нарушением развития социальных навыков у детей до пятилетнего возраста.

6. Навязчивое воспроизведение травматического эпизода у детей может иметь форму повторяющихся игр, в которых прослеживаются тема или аспекты травмы. Это особый вид игры, когда дети однообразно, монотонно повторяют один и тот же сюжет, не внося туда никаких изменений, никакого развития. В таких играх, как правило, отсутствуют катарсические элементы, то есть дети, проиграв определенные сюжеты, не испытывают облегчения.

Американский психотерапевт Питер Левин, один из самых крупных специалистов США по детской психической травме, утверждает: реакция на травмирующее событие может наступить не сразу, а через несколько лет или даже десятилетий. Но при этом он считает, что любое необычное для ребенка поведение вскоре после опасного эпизода (психической травмы) может говорить о том, что ребенок травмирован. *Так, например, мама пришла за дочерью в детский сад. Девочка начала молча одеваться, вынимая одежду из шкафчика. Усталая мать не придавала значения молчанию ребенка, и только на улице ей это показалось странным. «Доченька, что же ты не отвечаешь мне?» — спросила мать и, внимательно посмотрев в лицо своего ребенка, попыталась разжать ей челюсти... Челюсти были плотно сжаты: рот полон винограда. Источником травмы явилось поведение воспитателя, продиктованное его стремлением во что бы то ни стало накормить детей.*

Родителям, а иногда и психологу трудно отличить естественную реакцию страха ребенка от реакции на травматическую ситуацию. Родители очень эмоционально и тяжело принимают физическую травму их ребенка, глубоко сопереживая ему, и даже идентифицируют себя с ним, или же, наоборот, впадают в депрессивное состояние.

В силу этого родители оказываются не в состоянии адекватно оценить эмоциональное состояние своего ребенка. Они лишь фиксируют изменения в его эмоциональном

<sup>123</sup> Венгер А. Л., Морозова Е. И., Морозов В. А. Психологическая помощь детям и подросткам в чрезвычайных ситуациях (на опыте работы с жертвами террористического акта в Беслане) // Московский психотерапевтический журнал. 2006. № 1. С. 136.



состоянии, но не связывают это с происшедшей травмой; часто скрывают от психологов историю травмы, не придавая ей особого значения или из-за чувства собственной вины, теряя время, необходимое для оказания своевременной помощи.

Некоторые примеры посттравматических реакций у детей:

1. К психологу обратилась за помощью мать двухлетней девочки, которая, по определению мамы, была очень капризным и даже конфликтным ребенком.

Выяснилось, что конфликты участились, когда девочке было полтора годика. Можно было бы поставить точку и списать все на «буйство двухлеток», однако после беседы оказалось, что именно в то время мама попала в автомобильную аварию, после чего долгое время находилась в больнице.

Пока мама была в больнице, за ребенком ухаживали соседи. Чтобы девочка не испугалась страшных картин отделения травматологии, они никогда не брали ее с собой в больницу. Никто из взрослых тогда не подумал о том, что для ребенка не может быть ничего страшнее, чем исчезновение и отсутствие мамы. Соседи регулярно сообщали матери о ее тихой и кроткой дочери, не доставляющей им абсолютно никаких хлопот. Когда же мама вернулась из больницы, то девочка, «вместо того чтобы отнестись с пониманием к состоянию матери», стала очень капризной, не отходила от мамы ни на секунду, часто плакала, плохо стала спать и есть.

Маленькая девочка пережила стресс и, подобно всем маленьким детям, отреагировала на это плохим сном, капризами и отказом от еды.

2. Две сестры пяти и трех лет. По сообщению матери, старшая дочь сильно заикается, а трехлетняя выдергивает волосы на одном и том же участке головы до образования лысины, а затем их поедает.

Мать девочек описала историю своей семьи и развития детей. Из рассказа выяснилось, что она болеет раком груди. Несколько раз была госпитализирована, перенесла операцию, сеансы химиотерапии и радиологическое облучение. Даже находясь дома, молодая женщина не могла уделять необходимого внимания детям из-за постоянного плохого самочувствия.

Ни сама мама, ни один из членов семьи не объяснили девочкам суть происходящего; напротив, все тщательно от них скрывалось. Сначала таинственное исчезновение мамы, а потом ее непонятное постоянное нахождение в постели посеяли тревогу в детях, подорвали их уверенность в себе и в близких, вызвали потерю ощущения безопасности.

Когда ослабевает внешняя защита в лице родителей, ребенок вынужден защищать себя сам. Если же он не справляется с этим, то посылает сигнал SOS, чтобы кто-нибудь обратил на него внимание. И тогда появляются различные симптомы: заикание, агрессия, потеря аппетита или сна. Это и произошло со старшей девочкой, когда она начала заикаться...

Младшая сестра, выдергивая свои волосы, неосознанно компенсировала отсутствие защиты и внимания. Поедая волосы, она тем самым удовлетворяла свою потребность в оральной стимуляции. Возможно также, что так выражалось ее неосознанное стремление походить на маму, у которой вследствие химиотерапии выпали волосы на голове.

Хотя причины, вызывающие ПТСР, различаются, можно выделить типичные симптомы, характерные для детей (табл. 15).

Таблица 15

**Основные симптомы у детей разного возраста  
(в хронической или отсроченной стадии развития ПТСР)**

Изменения	Дошкольный и младший школьный возраст (4–7 лет)	Младший школьный и ранний подростковый возраст (8–11 лет)	Подростковый и ранний юношеский возраст (12–17 лет)
<b>Физиологические</b>	Нарушения сна: частые просыпания, кошмары и т. д. Энурез, энкопрез. Боли в животе	Нарушения сна. Головные боли. Боли в животе. Тошнота. Рвота. Расстройства стула. Частое мочеиспускание	Нарушение сна. Головные боли. Тремор. Тики
<b>Эмоциональные</b>	Генерализованный страх. Недостаточность речевых выражений беспокойства — отказ от речи, «немые вопросы». Тревоги, связанные с непониманием смерти, фантазии о «лечении от смерти»; ожидания, что умершие могут вернуться, напасть. Агрессивность	Поглощенность собственными действиями во время событий: озабоченность своей ответственностью и/или виной. Специфические страхи, запускаемые воспоминаниями или пребыванием в одиночестве. Страх быть подавленным собственными переживаниями. Пристальное внимание к состоянию родителей, страх расстроить их своими тревогами. Страх и чувство измененности, вызванное собственными реакциями горя, страх призраков, привидений и др.	Стыд и чувство вины. Страх казаться ненормальным. Жажда мстить и построение планов мести. Острое чувство одиночества
<b>Когнитивные</b>	Познавательные трудности, проявляющиеся в непонимании. Приписывание воспоминаниям о травме мистических свойств. Трудности при распознавании тревоги	Нарушение концентрации внимания. Нарушения памяти. Трудности при обучении	Нарушение концентрации внимания, рассеянность. Нарушения памяти. Осмысление своих страхов, чувства уязвимости и других эмоциональных реакций
<b>Поведенческие</b>	Беспомощность и пассивность в привычной деятельности. Повторяющиеся переживания травмы. Тревожная привязанность (цепляние за взрослых, нежелание быть без родителей). Регрессивные симптомы (сосание пальца, лепетная речь). Различные нарушения общения. Трудности адаптации к детским учреждениям	Пересказы и проигрывание событий (травматические игры), искажение их картины и навязчивая детализация. Забота о безопасности — своей и других людей. Нарушенное или нестабильное поведение (например, обычно агрессивное или безразсудное поведение, негативизм). Забота о других жертвах травмы и их семьях	«Срывы» в алкоголизацию, наркотизацию, секс, противоправное поведение. Опасный стиль жизни. Саморазрушающее или рискованное поведение. Резкие изменения в межличностных отношениях. Преждевременное вхождение во взрослую жизнь (уход из школы, ранний брак, нежелание жить дома)



## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ПТСР

Последствия травмы могут зависеть от того, как быстро после травмирующего события ребенок получил помощь, насколько хорошо работают его собственные защитные механизмы: самооценка, вера в свои силы, навыки решения проблем, а также от веры, что он способен справиться с изменившейся ситуацией, от имеющейся у него эмоциональной поддержки. Самый большой вред можно нанести ребенку, откладывая обращение за помощью. Травма не «заживает» сама по себе. Она уходит все глубже и глубже — ребенок стремится похоронить ее под защитами и стратегиями, при помощи которых он пытается справиться с ситуацией. Собственно говоря, после того как ребенок задействует все эти механизмы защиты и преодоления, травма может «выглядеть» лучше. Но она продолжает оказывать влияние на характер ребенка, на его сны, чувства, доверие и планы на будущее.

**Задачи психологической помощи.** Задачи психологической помощи детям и подросткам, пережившим тяжелую психическую травму, принципиально различаются в зависимости от времени ее получения — непосредственно после травмы или несколько месяцев спустя. На первом этапе психологической помощи работа в целом может быть охарактеризована как медико-психологическая, на втором — как психологическая. Этим определяется и подбор специалистов, осуществляющих такую работу.

Сразу после психотравмы основная задача психологической помощи пострадавшим детям и подросткам — экспресс-коррекция острой симптоматики, препятствующей нормальному функционированию ребенка:

- восстановление нормального сна и питания (что создает благоприятные условия для восстановления ЦНС);
- обеспечение нормального уровня общей активности и ее упорядочение;
- преодоление острых фобий, депрессивных состояний, острой тревоги, флэшбек-эффектов;
- коррекция грубых нарушений общения.

Снятие этих симптомов способствует дальнейшей нормализации психологического состояния, активизирует использование ребенком имеющихся у него стратегий преодоления и защитных механизмов психики. Подобные задачи типичны для краткосрочной психотерапии, которая направлена не на обеспечение глубоких личностных преобразований, а на «избавление от негативных переживаний, дискомфорта или депрессии» [Гарфилд, 2002]<sup>124</sup>. Согласно имеющимся данным, существенное повышение уровня субъективного благополучия вполне может быть достигнуто уже за один-два психотерапевтических сеанса. Преодоление или снижение эмоционального дискомфорта представлялось важным не только само по себе, но и как профилактическая мера, снижающая риск последующего развития посттравматического стрессового расстройства. Установлено, что при отсутствии специальной профилактической работы это расстройство в ряде случаев проявляется у 70% детей и подростков, переживших тяжелую психотравму<sup>125</sup>.

### Экстренная помощь маленьким детям.

1. Установить телесный контакт с ребенком — взять на руки, обнять, покачать, это дает ребенку ощущение безопасности.

<sup>124</sup> Гарфилд С. Практика краткосрочной психотерапии. СПб.: Питер, 2002. С. 24.

<sup>125</sup> Howard K. I., Lueger R. J., Maling M. S., Martinovich R. A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change // Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1993. P. 61, 678–685.

2. Успокоить: «Все позади, я с тобой...»

3. Как можно более быстрое удаление ребенка с места травмирующего события.

### Экстренная помощь подросткам.

1. Телесный контакт: прикосновение к плечу, к руке...

2. По возможности более полное информирование о происходящем.

3. Возможность активного участия подростка в разрешении ситуации — оказание помощи другим, более маленьким и слабым.

4. Вербальная поддержка: «Ты молодец, ты мне здорово помог (можешь помочь...)».

Основной задачей работы с отсроченными последствиями психотравмы становится восстановление нормального социального и внутрисемейного функционирования детей. Важно обеспечить регулярное посещение школы (детского сада). Требуется специальная работа по преодолению нарушений общения с родителями и сиблингами, возникших вследствие психотравмы. Для восстановления нормального состояния и функционирования детей необходима специальная работа с ближайшим окружением ребенка, с родителями и педагогами.

У детей, как и у взрослых, при ПТСР утрачивается доверие к миру. Поэтому **ключевыми моментами психотерапевтического взаимодействия с ребенком будут следующие:**

1. Постепенное завоевание доверия ребенка с учетом того, что у него наблюдается выраженная утрата доверия к миру.

2. Отказ от стандартных диагностических процедур перед разговором о травматических событиях.

3. Создание надежного окружения во время проведения терапии.

4. Адекватное исполнение ритуалов, способствующих удовлетворению потребности ребенка в безопасности.

Для постепенного формирования доверия полезны высказывания психолога, в которых признаются трудности, пережитые ребенком.

Для эффективной работы с травмированными детьми необходимо иметь помещение, разделенное на отдельные зоны, каждая из которых должна быть снабжена оборудованием и материалами, необходимыми для определенного вида деятельности:

- зона сюжетно-ролевой игры («кукольный домик» с куклами, игрушечной мебелью и посудой; «гараж» с разнообразными машинами и техникой; наборы «парикмахерская», «магазин», «больница»; мягкие игрушки);
- зона конструктивной деятельности (наборы самоделок, строительного материала и «конструкторов» разного типа);
- зона спортивных занятий (тренажеры. шведская стенка. маты, сухой бассейн; мячи, хула-хупы; пружинный матрас);
- зона отреагирования агрессии (боксерская груша и перчатки; надувные мечи, молотки и дубины);
- зона художественной деятельности (краски, кисти, вода, карандаши, пастель, пластилин, белая и цветная бумага);
- зона игр с водой (таз с водой, плавающие игрушки, черпаки);
- зона релаксации (искусственный аквариум, музыкальный центр, матрасы, коврики, подушки, мелкие «магические» аксессуары-слоники, колокольчики, «уловители снов»).

Пространство должно быть организовано таким образом, чтобы наполняющие его предметы сами побуждали детей к соответствующей активности. Игрушки и материалы необходимо развешивать на стенах, раскладывать на полу, как бы оставленными посередине уже начатой деятельности.



При психологической помощи детям с ПТСР диагностику не требуется выделять в самостоятельный этап. Это объясняется особой яркостью и самоочевидностью симптоматики, на которую нацелена терапия, а также необходимостью экстренной помощи. Оценка состояния ребенка осуществлялась на основе наблюдений, беседы, жалоб родителей, анализа реакций на психологическое воздействие и т. п. Только в отдельных случаях можно использовать специальные диагностические приемы (в частности, ребенку можно предлагать некоторые рисуночные пробы).

С младшими детьми психологическая работа может проводиться с использованием методов игровой терапии (подробнее изложено ниже), со старшими — арт-терапии.

Каждое занятие с ребенком необходимо строить по принципу «волны»: сначала происходит постепенное включение ребенка в деятельность, ее интенсивность повышается, доходит до некоторого максимума, определяемого психологическим состоянием ребенка, а затем снижается. Занятие заканчивается спокойной деятельностью, например рисованием или сеансом релаксации.

Перед уходом домой ребенку можно дарить игрушку, которая служит напоминанием о совместной деятельности с психологом и тем самым способствует закреплению результатов психологической помощи. Детям также необходимо предлагать материалы для художественной деятельности; задавать «домашние задания» (на выполнении которых можно не настаивать): нарисовать и принести рисунок, сделать и принести какую-нибудь поделку.

Работая с ребенком, психологу необходимо постоянно демонстрировать готовность выслушать его рассказ о его поведении в экстремальной ситуации, но никогда не стимулировать актуализацию травмирующих переживаний, если сам ребенок не хочет о них рассказывать. Это вызвано опасением нарушить работу защитных механизмов психики и тем самым усилить патогенное воздействие психотравмы. Как справедливо отмечает Дж. Кори, «...нападать на защитные системы без понимания их важности для поддержания баланса — значит подвергать клиентов риску психологического ущерба»<sup>126</sup>.

Важная составляющая работы психолога — вовлечение в терапию родителей (если это возможно), восстановление их нормального общения с ребенком.

Ребенка, впервые пришедшего к психологу, необходимо сначала ознакомить с помещением и рассказать подробнее о игрушках (предметах), находящихся в выделенных для работы зонах. Если ребенок отказывается осматривать помещение (например, сидит на ковре и долго сидит, ничем не занимаясь), то психолог может неторопливо и ненавязчиво предлагать различные занятия: принести бумагу и краски, подать воздушный шарик и т. п.

**Восстановление физиологических функций и активности.** В начале работы с ребенком, имеющим признаки ПТСР, необходимо особое внимание уделять преодолению нарушений сна, что позволяет обеспечить благоприятные условия для восстановления нервной системы. Восстановлению сна способствуют различные формы релаксации и контроля за ритмом дыхания. Один из вариантов такого контроля — задание на подстройку дыхания к ритму, непосредственно задаваемому психологом (психолог неторопливо считает, а ребенок делает вдох на каждый счет). Можно задавать ритм, взяв ручки ребенка в свои и медленно, равномерно поднимая (вдох) и опуская их (выдох), подобно тому, как это делается при искусственном дыхании, но не так резко. Еще один вариант контроля — сосредоточение внимания ребенка на дыхании («Прислушайся

<sup>126</sup> Техники групповой психотерапии / Кори Дж. [и др.]. СПб.: Питер, 2001. С. 17.

к тому, как ты дышишь, но не старайся ничего делать со своим дыханием, не старайся управлять им»). Благодаря этому дыхание становится ровнее и глубже.

Подобные занятия с детьми (родителей можно обучить проведению таких заданий в домашнем режиме) способствуют не только восстановлению нормального сна, но и снижению общей напряженности, помогают преодолеть состояние острой тревоги, типичное для человека, пережившего тяжелую психотравму.

Для восстановления общего уровня активности необходимо использовать формы работы, выбор которых зависит от степени исходной заторможенности ребенка. Так, при особо выраженной пассивности психолог может предложить различные простые задания на выбор: рисование, собирание паззлов или простейшей модели из конструктора, игру в куклы и т. п. Психолог сам активно должен участвовать в деятельности, поощряя малейшие проявления детской инициативы. В случае отказа ребенка от всех этих видов деятельности он должен начинать сам играть или рисовать на глазах у ребенка, периодически побуждая его принять в этом участие.

Большую роль в восстановлении общей активности играет арт-терапия. Дети могут рисовать гуашью на листе обоев, расстеленном на полу. Иногда на начальном этапе ребенок охотнее соглашается рисовать губкой, смоченной в краске (прием «примакивания»). Можно использовать также краски для рисования руками.

Упорядочение активности и отреагирование агрессии. Восстановление активности служит эффективным средством преодоления детской депрессии. Вместе с тем оно нередко сопровождается актуализацией симптоматики, которую ранее не удавалось выявить именно вследствие общей заторможенности ребенка. Наблюдаются хаотические, малоцеленаправленные действия, деструктивные и агрессивные проявления. У большинства детей, уровень активности которых на момент обращения не был снижен, подобное поведение может отмечаться сразу.

Для структурирования и упорядочивания активности ребенка необходимо постепенное увеличение количества правил и ограничений (например: «Поиграл — убери за собой игрушки; только после этого можно переходить к другому занятию»). Детям, состояние которых исходно характеризуется высокой активностью, правила и ограничения можно задавать уже с самого начала психологической помощи.

Значительное место необходимо уделять отреагированию агрессии. Детям можно предлагать такие занятия:

- фехтование надувными мечами и дубинками;
- удары по боксерской груше или по картонной коробке;
- прокалывание воздушных шариков;
- игры со «страшилками» и с игрушками, изображающими агрессивных персонажей (волк, крокодил, баба-яга);
- марширование, топание ногами;
- создание рисунков с агрессивным содержанием;
- разрывание бумаги или картона.

Нужно тщательно следить за тем, чтобы агрессия не направлялась непосредственно на другого человека. Так, даже при фехтовании разрешается ударять мечом только по другому мечу, но не по человеку. Обычно отреагирование агрессии сопровождается громкими звуками, что полезно и для преодоления акузофобии (боязни громких звуков), имеющейся у большинства детей с ПТСР. Каждое занятие по отреагированию агрессии необходимо завершать сеансом релаксации.



В групповой работе, как и в индивидуальной, необходимо широко применять различные формы арт-терапии с заданиями, требующими выполнения определенных правил. Например, групповое рисование с передачей кисточки по кругу: каждый участник группы набирает краску, рисует до тех пор, пока краска на кисточке не кончится, затем моет кисточку и передает ее следующему участнику.

В случае массовых травмирующих ситуаций (землетрясения, захват заложников) необходимо организовывать масштабную групповую работу с детьми. Так, в результате теракта в Беслане психологическую травму получили не только заложники. Травмированным оказался практически весь город. Как одно из последствий этого, у бесланских подростков резко нарушился процесс становления личности, оказались утеряны жизненные перспективы и планы. Типичной для старшеклассников Беслана стала пассивная жизненная позиция, широко распространились рентные установки. Бесланское общество оказалось разделено на заложников и «не пострадавших». Между этими группами населения существовала серьезная напряженность. А. Л. Венгер с коллегами для преодоления этих проблем разработали программу работы с подростками г. Беслана «Новое Завтра»<sup>127</sup>. Цели этой программы таковы:

- возвращение бесланским подросткам ощущения мирной жизни;
- преодоление пассивности и рентной установки;
- пробуждение у подростков социальной активности, направленной на благоустройство жизни в городе;
- преодоление разобщенности подростков.

Целевой группой программы являлись не только жертвы теракта, но и все старшеклассники города.

На предварительном этапе работы была подготовлена команда тренеров — ведущих программы.

Первый этап программы: в горах, в 40 км от Беслана, проводилась серия тренинговых марафонов. Они были направлены на создание пространства, способствующего социальной самореализации подростков и молодежи. Всего за время первого этапа прошло четыре трехдневных потока, в каждом из которых участвовало по 60–70 человек.

В процессе работы поток распределялся на четыре подгруппы так, чтобы в каждой из них были представлены учащиеся из разных учебных заведений. Благодаря этому в ходе тренинга устанавливались взаимоотношения в межшкольных группах.

Ключевым словом первого дня программы было «взаимодействие»: ребята обучались работать вместе. Результат группового взаимодействия был следующей ступенью занятий: подростки готовили «новости Беслана из 2015 года», строили планы собственной жизни, картины будущего города. В итоге старшеклассники-участники программы предложили ряд социальных проектов, направленных на разрешение проблем, беспокоящих молодежь города. Например, были выдвинуты проекты проведения марафона здоровья, озеленения своими силами городского парка и т. п. Для каждого проекта был разработан конкретный план действий по его воплощению.

С наиболее активными участниками был проведен специальный дополнительный семинар-тренинг, направленный на подготовку их к работе с дошкольниками и младшими школьниками в качестве волонтеров.

<sup>127</sup> Венгер А. Л., Морозова Е. И., Морозов В. А. Психологическая помощь детям и подросткам в чрезвычайных ситуациях (на опыте работы с жертвами террористического акта в Беслане) // Московский психотерапевтический журнал. 2006. № 1. С. 131–159.

После проведения первого этапа программы был отобран один из социальных проектов, разработанных школьниками во время тренинга. Он предусматривал проведение в центральном городском парке массового праздника, посвященного Дню защиты детей. Реализация этого проекта стала вторым этапом программы. Праздник прошел в городском Детском парке Беслана. За время праздника в парке побывало около 1000 взрослых и детей, которых принимали волонтеры-участники программы «Новое Завтра». Авторство, разработка, планирование и подготовка (дизайн, расклейка афиш, приглашение людей к участию) проводились самими подростками. Они также вели праздник: игры, конкурсы, занятия с детьми. В подготовке этого мероприятия приняло активное участие 50 выпускников первого этапа программы, в его проведении — более 100.

Таким образом, социальная инициатива и активность подростков, пробужденная проведенным тренингом, нашла свою практическую реализацию (некоторые технологии детского и подросткового тренинга при ПТСР см. в Приложении 19).

**Работа с семьей.** Для восстановления нормального психологического состояния ребенка после пережитой психотравмы большое значение имеет психокоррекционная работа с семьей в целом<sup>128</sup>. В результате травмы нарушаются нормальные детско-родительские связи, возникают симбиотические либо вынужденно дистанцированные отношения между ребенком и родителями. Эти два вида нарушений внутрисемейного общения нередко сочетаются друг с другом: в бытовом отношении наблюдается симбиотическая связь, в то время как эмоциональные контакты существенно ослаблены. При появлении дисфункциональных форм детского поведения родители ощущают свою некомпетентность и беспомощность и невольно способствуют закреплению у ребенка негативных поведенческих стереотипов.

Если психическую травму пережили и родители, и ребенок (что типично для массовых катастроф), то темпы восстановления их психологического состояния существенно различаются. Обычно дети быстрее возвращаются к нормальному эмоциональному уровню благодаря большей психической гибкости и адаптивным возможностям. Состояние родителей изменяется медленнее и препятствует нормализации психического состояния детей. Несмотря на то что родители озабочены оказанием помощи своим детям, недостаточная критичность к собственному психологическому состоянию нередко заставляет их самих избегать психологической помощи. В связи с этим специальное внимание обращалось на то, чтобы привлечь родителей к работе над собственными психологическими проблемами и трудностями.

Особенно важна работа с семьями в тех случаях, когда структура семьи нарушается вследствие гибели отца или матери. При этом резко нарушаются внутрисемейные связи, функции умершего родителя не переходят к оставшемуся. Наиболее тяжелая категория — мужчины-вдовцы, воспитывающие маленьких детей. Проявление каждодневной заботы о ребенке — непривычная для них функция. Их эмоциональное состояние долго может оставаться очень тяжелым. Это усугубляется широко распространенным представлением о том, что обращение за психологической помощью унижительно для мужчины и свидетельствует о непростительной слабости. Часто большую нагрузку берут на себя прародители, которые не всегда физически способны к выполнению

<sup>128</sup> Юл У., Уильямс Р. М. Стратегия вмешательства при психических травмах, возникших вследствие масштабных катастроф // Детская и подростковая психотерапия / под ред. Д. А. Лейна, Э. Миллера. СПб.: Питер, 2001. С. 275–308; Allen A., Bloom S. L. Group and family treatment of post-traumatic stress disorder // The Psychiatric Clinics of North America / ed. D. A. Tomb, 1994. P. 8, 425–438.



этой роли и также испытывают психическую травму. (Рекомендации для специалистов помогающих профессий о том, как можно помочь семьям, пережившим травму, см. в Приложении 20.)

Рассмотрим некоторые психотерапевтические подходы при ПТСР у детей и подростков: игротерапия, психосинтез, бихевиорально-когнитивная психотерапия, гештальт-терапия.

## ИГРОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ ПРИ ПТСР

Игротерапия является основным методом для работы с детьми от 2 до 12 лет вследствие ограниченного возрастом когнитивного развития и способности вербализовать свои мысли и чувства. Игра — это неотъемлемая часть жизни детей, которая представляет собой средство обучения общественным правилам, а также установления отношений с окружающими людьми.

По результатам исследований, игровая деятельность детей, переживших психическую травму, как правило, примитивна и хаотична, что отражает поведенческие проблемы. Также эти дети чувствуют себя бессильными повлиять на поведение окружающих. Следовательно, именно посредством организации игровой деятельности психолог обучает ребенка контролировать свои импульсы и поддерживать социально одобряемое взаимодействие со взрослыми. С помощью игры дети способны выразить свои чувства и переживания; проиграть, то есть вновь пережить и, следовательно, переработать травматическую ситуацию; наконец, позволить проявить себя в безопасной, комфортной обстановке.

Предлагаются несколько критериев для оценки терапевтической динамики [Barnes, 1993]:

- 1) ребенок на каждой следующей сессии выглядит более спокойным и расслабленным;
- 2) ребенок становится более уверенным в себе;
- 3) ребенок в состоянии обобщить, что происходило на сессии и чему он научился;
- 4) взаимодействие ребенка с родителями становится более позитивным;
- 5) наблюдаются изменения в поведенческих паттернах, языке тела, игре, взаимодействии с окружающими;
- 6) ребенок открыто обсуждает свои проблемы и тревоги.

**Директивная игротерапия.** В директивной игротерапии психолог использует игру как средство интерпретации, наблюдая за игровым процессом и сюжетом. В определенные моменты в ходе разговора психолог помогает ребенку осознать свои мысли и чувства, а также то, как игровая ситуация связана с реальной жизнью, в частности с перенесенной психической травмой. Далее психолог направляет деятельность ребенка таким образом, чтобы «отыграть» травматическую ситуацию, сопутствующие ей мысли и чувства и новые, более конструктивные способы выхода из нее.

**Недирективная игротерапия.** Данный подход основан на идее К. Роджерса о том, что у каждого человека есть подсознательное стремление к независимости, личностному росту и зрелости, поэтому ребенка необходимо принимать таким, какой он есть, а не таким, каким бы его хотели видеть взрослые. Психолог помогает ребенку почувствовать, что тот совершенно свободен в выражении своих чувств и мыслей, какими бы они

негативными, разрушительными ни были. Важно следить за тем, что происходит с ребенком, и своевременно это отражать на вербальном и невербальном уровнях (имеются в виду такие методы Роджерса, как, например, «отзеркаливание» или «активное слушание»). Психолог постоянно демонстрирует уважение к стремлению ребенка решить свои проблемы и не пытается направить в какую-либо сторону его действия или речь.

**Игровой материал.** Игровой материал должен быть удобен для игры, соответствовать возрасту ребенка, способствовать успешности при его использовании.

К игровому материалу относятся: куклы тряпичные, бумажные, пластмассовые, деревянные; кукольный дом и обстановка; одежда для кукол; игрушечные солдатики; игрушечные животные; бумага для рисования или вырезания; картинки с нарисованными людьми; песок; вода; кукольный театр; карандаши; пластилин.

## ИГРЫ С ПЛАСТИЛИНОМ

**Задачи,** которые решает психолог:

- помочь ребенку расслабиться;
- помочь ребенку проявить свои чувства (прежде всего чувство вины, агрессию, подавленность, растерянность, душевную боль);
- установить и поддерживать контакт с ребенком;
- помочь ребенку в формировании адекватной самооценки, соблюдая следующие правила: 1) все принимать безусловно и не оценивая, что бы ребенок ни делал с пластилином; 2) помнить, что нет правильного или неправильного подхода к действиям с пластилином.

**Варианты** проведения игры с пластилином: предложить ребенку слепить какие-то фигурки и поговорить с ними (с помощью направляющих идей психолога); слепить что-то конкретное и рассказать психологу об этом; предложить ребенку «стать» пластилином, дать возможность ребенку просто поиграть с пластилином, не разговаривая.

## ИГРЫ С КУКЛАМИ

Ирвин [Irwin, 1993] рассматривает игры с куклами как диагностическое и терапевтическое средство одновременно. Обычно рекомендуется набор из 15–20 различных кукол: агрессивные, дружелюбные, куклы, изображающие семью, учителей, милицию, врачей; куклы-ведьмы, животные.

Эффективны и игры с пальчиковыми куклами [Jenkins, Beckh, 1993]. Несмотря на то что кукла находится на руке ребенка, дети рассматривают их отдельно от себя и способны посредством кукол выражать запрещенные чувства и говорить о своих внутренних конфликтах. Также можно провести куклотерапию, предложив ребенку создать куклы из ниток, клубков, пуговиц и т. п.

Профессиональный психолог, работающий с пережившими травму детьми, может использовать игрушку как одно из эффективных средств своей деятельности. Игрушка может способствовать общению; быть средством диагностики психических и личностных особенностей; средством психологического сопровождения, развития, коррекции и терапии.



Все названные способы использования игрушки реально связаны между собой. Они выступают в работе психолога как привлекательная для ребенка, подростка форма его активного взаимодействия с самой игрушкой и со взрослыми.

Игрушка — предмет, служащий для забавы и развлечения, одновременно являющийся средством психического развития ребенка. Чтобы развитие ребенка было своевременным и всесторонним, игрушки необходимо тщательно отбирать, чтобы они наилучшим образом соответствовали возможностям ребенка определенного возраста и связанного с ним физического и психического развития.

Назначение игрушек можно рассматривать в соответствии с ведущей деятельностью, определяющей особенности психического развития ребенка.

**Задачи,** которые решает психолог:

- 1) помочь ребенку осознать страхи, внутренние конфликты посредством проигрывания травматических ситуаций;
  - 2) способствовать усилению эмоций с целью их выведения на поверхность;
  - 3) помочь ребенку общаться посредством метафор;
  - 4) сделать игру с куклами отражением реальной жизни ребенка;
  - 5) помочь ребенку почувствовать себя защищенным посредством кукол: «Это не я сказал, это так кукла говорит»; «Я чувствую то же, что чувствует кукла»;
  - 6) помочь ребенку идентифицироваться с куклой;
  - 7) помочь ребенку почувствовать себя принятым;
  - 8) сделать куклу средством связи ребенка и взрослых — психолога, родителей, учителей;
  - 9) создать атмосферу поддержки и эмпатии, хотя вначале ребенок может принимать поддержку скорее от куклы, нежели от взрослого.
- Процедура** проведения игротерапии:
1. Психолог предлагает познакомиться с куклами.
  2. Предлагается выбрать кукол, с помощью которых ребенок хотел бы рассказать какую-нибудь историю (или конкретно о тех людях, кого ребенок знает; или о ситуации травмы).
  3. Психолог отмечает, каких кукол ребенок выбирает, а каких отвергает.
  4. Психолог вступает в игру и просит ребенка познакомить его с куклами, помогая ему их описывать с помощью вопросов открытого типа.
  5. По мере проигрывания сюжета психолог вмешивается только при необходимости или по просьбе ребенка.
  6. По окончании игры психолог разговаривает с куклами, задавая вопросы открытого типа о мыслях, чувствах и действиях кукол, а затем постепенно и незаметно переводит свои вопросы и интерпретации непосредственно ребенку.

## РИСОВАНИЕ

Дети не осознают, что их рисунки отражают их мысли и чувства, поэтому при рисовании минимально используют защитные механизмы [Lyons, 1993]. Рисование всегда являлось активным средством в психотерапии для работы с детьми, пережившими психическую травму. Оно применяется с целью установления контакта с ребенком, общения, переживания инсайта и разрешения эмоциональных конфликтов; также оно дает

возможность психологу через символы понять, что происходит с ребенком. Использование рисунков в психотерапии ПТСР способствует более эффективному приспособлению ребенка к реальной жизни и личностному росту. Для рисования подходят карандаши, фломастеры, мелки. Краски используются в меньшей степени. Немногие дети используют только красный цвет; дети от четырех до десяти лет используют основные цвета, в то время как более старшие дети могут рисовать все в одном цвете; травмированные дети выбирают более темные цвета и оставляют пустые пространства на бумаге; дети с выраженной агрессией часто заходят за края бумаги [Arlow, Kadis, 1993].

**Варианты** проведения терапии:

1. Предложить ребенку нарисовать лучшее, что с ним произошло сегодня или в течение недели; либо нарисовать худшее, что с ним произошло.
2. Предложить ребенку нарисовать свою семью; можно попросить представить членов семьи в виде образов животных; нарисовать свою семью в какой-либо обстановке.
3. Предложить нарисовать самого себя; себя через какое-то время.
4. Предложить нарисовать своего лучшего друга; самого близкого взрослого.
5. Предложить нарисовать свое желание, свою мечту.
6. Используя вырезки из журналов, создать коллаж о самом себе.
7. Нарисовать дорогу своей жизни: препятствия, барьеры, места для отдыха. Показать, где на этой дороге ребенок находится сейчас и где хотел бы оказаться.
8. Психолог рисует линию (прямую, кривую, зигзаг) и просит ребенка создать из этой линии рисунок. Затем ребенок рисует линию, а психолог заканчивает рисунок.

**Процедура** проведения терапии:

1. Попросить ребенка поделиться своими чувствами и переживаниями во время процесса рисования.
2. Попросить ребенка рассказать об уже законченном рисунке.
3. Задать ребенку вопросы открытого типа о каких-то деталях рисунка; сделать детали более четкими, очевидными; рассказать о формах рисунка, цветах, изображенных людях и объектах.
4. Попросить ребенка описать рисунок, используя местоимение «я», как если бы ребенок стал этим рисунком — «Я это рисунок, я весь закрашен красным цветом...».
5. Сконцентрировать внимание ребенка на каких-то деталях рисунка: «О чем думает этот кружок?», «А что он собирается делать?» и т. п.
6. При необходимости задать вопрос: «На кого ты больше всего похож на этом рисунке?»
7. Предложить ребенку провести диалог между двумя частями рисунка, например между машиной и дорогой, между счастливым человечком и несчастным человечком.
8. Предложить ребенку обратить внимание на выбранные им цвета: «А что яркие (или темные) цвета означают для тебя?», «Похоже на то, что для тебя было очень важно закрасить это черным цветом».
9. Следить за голосом ребенка, его позой, выражением лица, дыханием, молчанием. Молчание может означать переживание, осмысление, воспоминание, тревогу, страх или осознание чего-то.
10. Работать над идентификацией ребенка по мере описания им рисунка: «В каких ситуациях ты чувствовал себя подобным образом?», «Что похожее было (или есть) в твоей жизни на события, изображенные на рисунке?».



11. Обращать внимание на пропущенные детали или пустые места на рисунке и обсуждать это с ребенком.

12. Начинать процесс обсуждения с того, о чем легче всего говорить ребенку, постепенно переходя к более трудным и болезненным моментам.

Необходимо придерживаться следующих правил:

- предоставлять полную свободу выражения;
- безусловно принимать ребенка таким, какой он есть;
- с уважением относиться к уровню развития ребенка;
- обеспечивать чувство безопасности у ребенка;
- внимательно следить за процессом;
- не оценивать, не торопить;
- не давить командами или инструкциями.

## РАССКАЗЫВАНИЕ ИСТОРИЙ

**Задачи,** которые ставит перед собой психолог:

- 1) переработка травматической ситуации с использованием метафор (не лобовых и не угрожающих);
- 2) появление инсайта: понимание роли семьи и окружающих в жизненных обстоятельствах; видение ребенком самого себя в этих ролях;
- 3) исследование и выражением ребенком своих чувств: тревоги, страха, вины;
- 4) формирование творческих вариантов выхода из ситуации, подкрепление высвобождения творческой энергии;
- 5) принятие ребенком различных решений в ситуациях и их последствия;
- 6) обретение надежды в трудных и, казалось бы, безнадежных ситуациях;
- 7) не директивно представленная информация о возможностях справиться с изменяющимися обстоятельствами.

**Варианты** проведения процедуры рассказывания историй:

- совместное рассказывание историй;
- ребенок рассказывает историю от начала и до конца;
- ребенок рассказывает о том, какой вывод он сделал из этой истории;
- психолог в ответ рассказывает другую историю;
- психолог рассказывает о том, какова мораль этой истории, что дает возможность увидеть разрешение испытываемых ребенком трудностей и проблем;
- ребенку предлагается, чтобы он выбрал историю, которую психолог будет рассказывать;
- психолог пересказывает историю и придумывает другое окончание.

## ПЕСОЧНАЯ ТЕРАПИЯ

Данный вариант игротерапии был создан в 1939 г. М. Лоуэнфельд; она назвала его «техника создания мира». Барнс [Barnes, 1991] отмечает, что игра с песком позволяет психологу найти доступ во внутренний мир ребенка; также это является естественным

методом исцеления психики, который стимулирует процесс самопознания. Песочная терапия не требует от ребенка каких-то особых умений, как в случаях рисования или рассказывания историй. Берри [Berry, 1993] предлагает использовать два водонепроницаемых ящика с песком размерами примерно  $50 \times 75 \times 7,5$  см — один для сухого, другой для влажного песка. Barnes рекомендует ограничиться одним ящиком, однако чтобы вода была доступна. Также необходимо множество маленьких игрушек, отображающих мир ребенка — куклы, животные, домики, мебель, посуда, солдатики, машинки, игрушки — персонажи популярных книг и фильмов.

**Задачи,** стоящие перед психологом:

- 1) помочь ребенку проявить свои мысли, чувства, фантазии;
- 2) помочь ребенку отработать внутренние конфликты и травмы, полученные вследствие экстремальной ситуации путем:
  - приобретения ребенком ощущения контроля над фантазиями;
  - постепенного изменения сцен из песка;
  - изменения фантазий и разрешения конфликтов;
- 3) помочь ребенку сконцентрироваться на пространстве, ограниченном песочным ящиком.

**Процедура** проведения песочной терапии (20–30 минут):

1. Предложить ребенку закрыть глаза и представить какую-то сцену, ситуацию, какой-то мир.
2. Изобразить этот мир на песке.
3. Предложить использовать любые имеющиеся игрушки.
4. По окончании процесса или время от времени просить ребенка рассказать о том, что он хочет изобразить или описать, что происходит. Не интерпретировать или анализировать вслух то, что происходит с ребенком во время игры.
5. Зарисовать последнюю сцену либо сфотографировать с целью анализа прогресса терапии.

**Инструкции** психологу:

1. Наблюдать, слушать.
2. Не прерывать игру конфронтацией («Нет, не так ты делаешь»), интерпретациями («Ой, какой славный человечек») или ассоциациями («Похоже на..., правда?»).
3. Если ребенок разговаривает во время игры, использовать прием уточнения или активного слушания, перефразируя сказанное.
4. Наблюдать за поведением, а также за темами, повторяющимися из раза в раз.
5. Наблюдать за изменениями в процессе терапии в сюжетах и выборе игрушек.
6. Внимательно следить за собственными реакциями, ощущениями, тем, что подсказывает интуиция.
7. По мере готовности ребенка можно осторожно задавать ему вопросы типа: «А где здесь ты находишься?», «А что в твоей жизни тебе эта сценка напоминает?».

## РОЛЕВЫЕ ИГРЫ

Обычно ролевые игры используются для проигрывания каких-то ситуаций или для обучения новому поведению. Левенсон и Харрис [Levenson, Harris, 1993] рекомендовали



ролевые игры с целью обеспечения «внутреннего корректирующего эмоционально переживаемого опыта». Ролевые игры позволяют детям непосредственно прикоснуться к своим болевым точкам и обсудить их. Также ролевые игры дают возможность психологу увидеть, как дети воспринимают мир и взаимодействуют с окружающими. Селано [Celano, 1990] использовал ролевые игры с детьми, пережившими психическую травму; в терапию были включены такие превентивные техники, как асертивное поведение, высвобождение детских чувств, работа с тревожностью. Ролевые игры легко включить в процесс психотерапии, и большинство детей получают удовольствие от проигрывания ситуаций.

Ролевые игры позволяют детям увидеть свое поведение со стороны, получая о своих действиях обратную связь, способствуют обучению процессу принятия решения; анализу последствий конкретного поведения, и это происходит в безопасной для детей обстановке.

#### Варианты проведения ролевых игр:

1. *Ролевые игры, определяющие существующую проблему.* Пережившим психическую травму детям трудно описать словами, что произошло в конкретной ситуации, тем более если это связано с родителями, учителями или сверстниками. Так, например, жертвы насилия часто не способны увидеть, каким образом их конкретные действия вызывают нежелательную реакцию окружающих. Именно проигрывание своей роли помогает детям осознать свои действия.

2. *Смена ролей.* Не стоит спрашивать ребенка: «А что бы ты чувствовал, если бы был на его (ее) месте?» По мнению Пиаже, дети примерно до восьмилетнего возраста не способны мысленно поставить себя на место другого человека. Использование ролевой игры, когда ребенку предлагается сыграть роль другого человека, позволяет ему лучше понять, что окружающие видят, слышат и понимают.

3. *Ролевая игра как репетиция поведения.* Детям легче пробовать новые действия в реальных условиях после того, как они проигрывают ситуацию в безопасной, комфортной обстановке и постепенно обучаются новому, более конструктивному поведению.

### ДРУГИЕ ВАРИАНТЫ ИГРОТЕРАПИИ

**Музыкотерапия.** Используется в качестве вспомогательного приема в психотерапии ПТСР в те моменты, когда в эмоциональном состоянии ребенка преобладают стресс, напряжение, тревога. Простые, знакомые ребенку песенки помогают им расслабиться и быть более открытыми при обсуждении своих проблем.

**Водная терапия.** Этому виду терапии уделяется недостаточно внимания, в то время как дети обычно получают истинное удовольствие от возни с водой [Hartley, Frank, Goldenson, 1993]. Водная терапия, по мнению авторов, способствует ослаблению агрессии и релаксации.

**Фокусы.** Используются как средство коммуникации с детьми. Психологу рекомендуется наблюдать, как ребенок реагирует на фокусы — удивленно, критично, пассивно; пытается ли он разгадать фокус или ему неинтересно, в чем секрет. Не следует использовать фокусы с детьми-психотиками.

**Настольные игры.** Используются как вспомогательное средство с целью установления контакта с ребенком, для снятия тревожности в процессе терапии.

## НАПРАВЛЕННАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ОБРАЗА (ПСИХОСИНТЕЗ)

Используется с целью помочь детям создать позитивные установки по отношению к жизни. Визуализация включает как обучение детей релаксации, так и воспроизведение ситуаций, в которых ребенок оказывается в сложных или опасных обстоятельствах и успешно с ними справляется. Психолог делает акцент на сильных качествах характера, которые проявляет ребенок, и на его позитивных установках, помогающих в трудных ситуациях. Для формирования позитивной Я-концепции ребенка необходимо научить принимать собственную внешность и обучить умению держаться прямо, устанавливать контакт глаз, выражать свою силу голосом.

Существует ряд **техник направленной визуализации образа.**

1. **Дыхательное упражнение.** Простая дыхательная техника позволяет изменить эмоциональное состояние ребенка от напряжения и тревоги к безмятежности и расслабленности.

*Процедура проведения.* Тихим, спокойным голосом ведущий говорит: «Устройтесь поудобнее, поставьте ноги на пол, не скрещивая их. Положите руки спокойно на колени или на стол. Выпрямите спину, чтобы ваши легкие дышали, как следует. Держите голову прямо и, если хотите, можете спокойно закрыть глаза... Теперь сделайте глубокий вздох так тихо, чтобы никто вас не услышал. Почувствуйте, как воздух проникает глубоко в вашу грудь и она расширяется, когда воздух ее заполняет. Медленно и спокойно выдохните. Сделайте глубокий вздох еще раз, снова почувствуйте, что с вами происходит, что происходит с вашим телом, когда ваша грудь расширяется. Возможно, вы почувствуете, как воздух проходит ниже, в область живота. Выдохните, медленно и спокойно, в удобном для вас темпе. Сделайте еще один вдох и просто получите удовольствие от ощущений внутри вас».

*Комментарии.* Техника может быть использована в группе или индивидуально. Как только дети ей научатся, ее можно будет использовать в любое время. Особенно данная техника эффективна для детей, находящихся в остром негативном эмоциональном состоянии.

2. **Прием подготовки к направленной визуализации образа.** Процесс подготовки очень важен для установления соответствующей восприимчивости детей к визуализации и последующей успешности упражнения.

*Процедура проведения.* Необходимо рассказать детям, что направленная визуализация образа позволяет им творить, фантазировать, мечтать. «Все, что происходит в вашем воображении, все хорошо, поэтому не думайте об этом, а просто фантазируйте и ощутите свои фантазии. Если вам вдруг что-то не понравится, вы можете это стереть. Помните, что ваши фантазии и мечты зависят от вас, вы их создатели. После окончания упражнения вы можете вспомнить все, что происходило, подумать об этом и понять, что для вас было хорошо, а что не очень».

Предложите детям посидеть тихо, расслабиться и проведите с ними дыхательную технику. По мере релаксации тела мозг остается в бодрствующем состоянии и готов к сосредоточению. После первых нескольких вдохов предложите детям выдохнуть из себя все негативные эмоции, которые они испытали в течение дня.

«Дайте возможность этим чувствам покинуть вас... гнев, боль, отчаяние... что бы это ни было, пусть это уходит вместе с выдохом из вашего тела... если вы захотите, вы потом можете к ним вернуться. Вдохните теперь ощущение покоя, удовлетворения».



*Комментарии.* Некоторые дети испытывают большие трудности в начале визуализации в связи с неспособностью сконцентрироваться. Это упражнение как раз и предназначено для развития концентрации. Не настаивайте, чтобы дети закрывали глаза, просто объясните, что с закрытыми глазами они получают больше удовольствия от своих фантазий. По мере повторения упражнения дети начинают доверять ведущему, они будут готовы сидеть тихо, с закрытыми глазами.

**3. Путешествие в лес.** Упражнение направлено на достижение ребенком ощущения безмятежности и на осознание того, что с помощью воображения он может достичь желаемого состояния. Данное упражнение снимает напряжение, успокаивает детей.

*Процедура проведения.* Упражнение необходимо начать с дыхательной подготовки. Предложите детям занять удобное положение, выпрямиться; объясните им, что с выпрямленными спинами легкие больше вдыхают кислорода, следовательно, мозг их лучше дышит. Предложите детям сделать три медленных глубоких вдоха так тихо, чтобы никто их не слышал, и медленно выдохнуть. Начните говорить тихим голосом:

«Сегодня мы совершим маленькое путешествие. Мы будем использовать нашу фантазию и, фантазируя, создавать различные картинки в нашем воображении. Мы с вами отправимся в лес. Вы дышите спокойно и представляете себе, что идете по лесной тропинке. День прекрасный, и вас окружает сказочный лес. Светит солнце, и вы ощущаете, как оно вас греет, какое оно теплое и ласковое. Дует нежный ветерок, который вас освежает. Солнце светит сквозь листву деревьев. В воздухе стоит удивительный лесной аромат. Вы идете вперед, ощущая твердую почву и то, как под ногами шелестят листья. Тропинка выводит вас к прекрасному лесному ручью. Он дышит прохладой. Вы сидите на камушке, он очень удобный, и смотрите на воду. Она сверкает в лучах солнышка, пузырится и поет, протекая мимо вас. Вы легко можете перейти через ручеек, если захотите. Но вы продолжаете сидеть на камушке, свесив ноги в прохладную воду. Вы глубоко дышите и наслаждаетесь своим дыханием. Небо синее над вами. Все дышит миром и спокойствием. Вы видите, как листья тихо падают с деревьев в воду и плывут, переворачиваясь в потоке. Вы слышите, как поют птицы. Вам очень хорошо. Ничто вас не тревожит, все в жизни в порядке, и вы можете оставаться там столько, сколько захотите. (Пауза.)

Вы оборачиваетесь и видите оленя, который выходит из леса к другой стороне ручейка. Олень останавливается и оглядывается. Вы сидите тихо-тихо, наблюдая за оленем. Вам он очень нравится, и вы передаете ему свои мысли, что все в порядке и что вы его друг. Он смотрит на вас и, кажется, понимает, что может вам доверять. Он склоняет голову к ручью и пьет. Затем медленно и спокойно поворачивается и снова уходит в лес.

Вы по-прежнему сидите на камушке, наслаждаясь своим спокойным, безмятежным состоянием, лесом, ручейком, вспоминая прекрасного оленя. Вы знаете, что с вами все в порядке.

Потом вы неторопливо встаете с камушка, возвращаетесь на лесную тропинку, которая выводит вас обратно из леса сюда, в эту комнату. Вы ощущаете ваше тело, как вы сидите на стуле и как ваши ноги дотрагиваются до пола. Вы начинаете слышать звуки в комнате. Когда вы почувствуете себя готовыми, спокойно открывайте глаза».

*Комментарии.* Дети обычно очень любят это упражнение. Однако необходимо убедиться в том, что дети во время упражнения чувствуют себя в безопасности.

**4. Путешествие к морю.** Это упражнение также используется для достижения детьми ощущения спокойствия и безмятежности, что в дальнейшем ведет к принятию себя и повышению уверенности в себе.

*Процедура проведения.* Предложите детям выбрать удобное для них место в комнате. Напомните, что их спины должны быть выпрямлены, а головы подняты — таким образом легкие будут лучше наполняться кислородом, а мозг — лучше работать.

Начните говорить тихим медленным голосом, как будто вы рисуете картину с помощью слов:

«Сегодня мы с вами совершим путешествие к морю. Мы будем использовать нашу фантазию, чтобы создать тот мир, который мы хотим увидеть. Чтобы подготовиться к путешествию, сделайте три-четыре глубоких вдоха. Дышите тихо-тихо, чтобы никто вас не услышал. Задержите на мгновение свое дыхание, затем медленно выдохните. Ваше тело успокаивается, расслабляется, а голова начинает работать еще лучше.

Теперь используйте ваше воображение и представьте себе, что вы находитесь на прекрасном морском берегу, нежно и ласково светит солнышко. Вас мягко обдувает прохладный морской ветерок.

Погода замечательная. Вы ложитесь на песок и чувствуете его тепло. Вы закрываете глаза и слушаете звуки моря, слышите, как тихо плещутся волны. Слышите крики морских чаек и видите, как они лениво летают в синем небе... Вам очень хорошо и спокойно. Вы лежите, глядя на белые пушистые облака, на морских чаек, чувствуете запах свежего солончатого от моря воздуха, слушаете ритм моря... чувствуете теплоту песка. Все вокруг спокойно, и вам очень хорошо. Вы лежите на песке и наслаждаетесь красотой дня... (Пауза.)

А теперь, если вы готовы, постепенно поднимайтесь с песка, садитесь на берег и, не торопясь, возвращайтесь в нашу комнату». (Необходимо дать на это время.)

*Комментарии.* Это упражнение дает возможность детям полностью поменять свое эмоциональное состояние. По мере того как дети научатся доверять созданным ими образам, растет их уверенность в себе. Направленная визуализация образа проводит ребенка через позитивные ощущения прикосновений, запахов, звуков и видений. Ребенок эмоционально успокаивается, и возникает позитивный образ самого себя. Мышление ребенка направлено на творчество. Это 5-минутное упражнение гораздо более эффективно для работы с негативным эмоциональным состоянием ребенка, чем любые лекции на тему «Тебе следует» и «Ты должен».

**5. Визуализация эмоций.** Это упражнение помогает детям осознать свои негативные и позитивные эмоции; дает возможность заглянуть в себя, исследовать свое эмоциональное состояние, признать свои чувства и принять ответственность за них. Специалисту необходимо в этом упражнении быть осторожным и не использовать оценки типа «плохо» или «хорошо», поскольку они могут повлиять на эмоциональное состояние детей.

*Процедура проведения.* Заранее подготовьте для каждого ребенка карандаши и бумагу. Снова проведите с детьми процедуру подготовки к направленной визуализации образа посредством дыхательного упражнения.

«Теперь давайте попробуем использовать ваше воображение, фантазию, увидеть картинку. Вы будете исследовать те чувства, которые вы испытываете.

Вспомните то время, когда вам было очень плохо, возможно, вы чувствовали печаль или одиночество... может быть, вас обидели, и вы плакали... или очень на что-то злились, или вам было очень стыдно... Выберите какое-то одно чувство и представьте себе ситуацию, в которой оно возникло. Что же тогда происходило? Что вы делали? Видите ли вы себя? Как вы выглядели в тот момент? А теперь, поскольку сейчас это



все лишь в вашем воображении и вы можете изменить с помощью фантазии все, что угодно, мысленно сделайте что-нибудь в той ситуации такое, что поможет вам чувствовать себя лучше. Что вы такое сделаете, что изменит ваше первоначальное состояние? Что-то такое, что только в ваших силах... А теперь, после новых действий, что вы делаете сейчас? Что вы сейчас чувствуете? Ощутите то новое чувство, которое у вас появилось... быть может, вы теперь счастливы, радуетесь, или спокойны, или сильны, или ласковы, или дружелюбны. Пусть эти чувства останутся с вами, станут вашей частью. Цените их.

А теперь посидите некоторое время спокойно, когда вы будете готовы, запишите то, что вы испытывали. Вспомните то время, когда вам было плохо, и то, что вы сделали чтобы изменить это состояние к лучшему».

**Комментарии.** Необходимо, чтобы все материалы были приготовлены заранее, поскольку процесс визуализации должен плавно перейти в описание детьми своего состояния. Обычно дети пишут о том, что с ними происходило в полном молчании, полностью захваченные процессом, и даже те, кто обычно сопротивляется письменным заданиям, могут быть поглощены работой в течение 20–30 минут без особых усилий.

## БИХЕВИОРАЛЬНО-КОГНИТИВНАЯ ТЕРАПИЯ

Бихевиорально-когнитивная терапия рекомендует пройти совместно с ребенком следующие шаги:

1. Ребенку предлагается описать письменно то, что случилось.
2. Ребенку предлагается стать как бы видеокамерой и рассказать о том, что бы он видел и слышал, будучи видеокамерой.
3. Ребенку предлагается записать свои мысли о том, что произошло.
4. Ребенку предлагается соотнести свои чувства в каждый конкретный момент ситуации со своими последующими действиями.
5. Ребенку предлагается решить, являлись ли его мысли полезными для него. Для этого психолог просит его ответить на следующие вопросы:
  - Насколько мои мысли реальны, это ли я видел и слышал, будучи «видеокамерой»?
  - Помогают ли мне мои мысли жить дальше и быть в хорошей физической форме?
  - Помогают ли мне мои мысли добиться того, чего я хочу?
  - Помогают ли мне мои мысли избегать неприятностей?
  - Помогают ли мне мои мысли чувствовать себя так, как я хочу себя чувствовать?
6. Ребенку задается вопрос: «Как бы ты хотел себя чувствовать?»
7. Ребенку предлагается записать свои более «полезные» мысли.
8. Задается вопрос: «Что бы ты теперь хотел сделать?» Таким образом, создается план действий, которые ребенок может использовать в следующий раз в подобной ситуации.

Исследования показывают, что бихевиорально-когнитивная терапия действительно эффективна при работе с детьми, пережившими психическую травму и демонстрирующими такие эмоционально-поведенческие отклонения, как агрессия, тревожность, депрессивные состояния.

## БИХЕВИОРИСТСКАЯ ТЕРАПИЯ

Основная задача психолога, проводящего терапию ПТСР в русле бихевиоризма, — помочь детям изменять свое поведение самостоятельно, обучившись процессу самоуправления для лучшего удовлетворения собственных потребностей. Данная задача относится к трем основным категориям: 1) изменение дисфункционального поведения; 2) обучение процессу принятия решения; 3) предотвращение возникновения проблем.

**Контракты.** При заключении контрактов с детьми необходимо учитывать, что при достижении желаемого поведения оно нуждается в немедленном подкреплении, причем постепенно подкрепление из внешнего (любое материальное поощрение) переводится во внутреннее (похвала, поддержка, одобрение). Обычно процесс заключения контрактов состоит из шести шагов:

1. Психолог вместе с ребенком определяет проблему, которую надо решить.
2. Психолог собирает данные о том, как давно и как часто продолжалось нежелательное поведение.
3. Совместно с ребенком определяются взаимоприемлемые цели работы.
4. Психолог определяет техники и методы терапии для достижения поставленной цели.
5. Психолог оценивает эффективность использованных техник.
6. Если выбранные техники оказываются неэффективными, повторяется четвертый шаг. Если техники эффективны, психолог и ребенок работают над дальнейшим изменением поведения.

**Самоуправление.** Данный метод используется в работе с детьми, способными принять на себя ответственность за свое поведение (преимущественно это дети среднего и старшего школьного возраста). Предпринимаются следующие шаги:

1. Выбрать наблюдаемое и доступное измерению поведение, которое ребенок хочет изменить.
2. Записывать в течение как минимум одной недели: а) поведение, которое желательно изменить; б) условия, при которых оно происходит; в) предшествующие события; г) последствия поведения.
3. Поставить цель, которую ребенок желает достигнуть.
4. Изменить условия и предшествующие события, приводящие к нежелательному поведению.
5. Изменить последствия, подкрепляющие нежелательное поведение.
6. Вести четкую запись происходящего — удач и неудач.
7. Создать план для сохранения достигнутых целей.

**Формовка.** Общая задача — ввести новые действия, подкрепляя поведение, которое приближено к желаемому. При обсуждении проблем ребенка психолог наблюдает за его поведением, ждет, пока не произойдут желаемые действия, и сразу подкрепляет их. Сложность состоит в том, что бывает труднее уловить у ребенка неявно выраженное «хорошее» поведение, нежели «плохое». Также используется система внешних и внутренних поощрений.

**Моделирование поведения.** Моделирование поведения предполагает, что ребенку демонстрируется то поведение, которое ему желательно усвоить. Обычно поведение демонстрируется либо самим психологом, либо сверстниками, либо с помощью видеозаписи. Моделирование — это процесс обучения ребенка произвольным действиям посредством наблюдения и повторения этих действий за моделью.



**Систематическая десенсибилизация.** Данная процедура используется для уменьшения тревожности и страхов. Ребенок может испытывать тревожность, связанную с конкретными стимульными ситуациями, например страхи перед отцом, избивающим его. Первое, что делает психолог, — определяет иерархию ситуаций, связанных со страхом или тревожностью, от наименее пугающих до самых травмирующих. Далее происходит процесс обучения ребенка глубокой мышечной релаксации, в процессе которой ребенка просят визуализировать ситуации в иерархическом порядке.

Релаксационные упражнения включают попеременное напряжение и расслабление 19 мышечных групп через каждые шесть секунд до тех пор, пока максимальное расслабление не будет достигнуто. Процесс напряжения-расслабления происходит до тех пор, пока ребенок, почувствовав тревогу при воспроизведении какой-то ситуации, не сигнализирует об этом психологу, поднимая один палец, и тогда психолог вместе с ребенком возвращаются к воспроизведению менее стрессогенной ситуации. Это упражнение подкрепляется другими бихевиористскими техниками, такими как моделирование и ролевые игры.

**Чаще всего используются следующие релаксационные упражнения:**

Мышечная релаксация. Время: 10 минут. Возраст: 6–9 лет. (Маленькие дети могут выполнять отдельные элементы этого упражнения вместе со взрослыми.) Инструкция:

1. Сядь в удобное кресло или ляг на пол. Спина опирается на спинку кресла или прижата к полу. (Если ты сидишь в кресле, поставь ноги на пол, но не скрещивай их. Если ноги не достают до пола, подложи под них подушку.)

2. Начнем с рук. Сожми руки в кулаки. Как можно сильнее напряги мышцы. Представь ощущение этого напряжения — как тугая тетива, которую вот-вот отпустят. Разожми кулаки и пошевели пальцами. Они извиваются, как спагетти. Встряхни их. Испытай чувство освобождения, релаксации.

3. Переходим к ногам. Напряги их, включая пальцы в «тугую тетиву». Затем напряги икры, колени, бедра, всю ногу. Потряси ногами и пошевели пальцами.

4. Напряги туловище — начни с плеч, затем перейди к груди и животу. Ощути пространство вокруг пояса, в том месте, где обычно носят ремень. Расслабь живот. Потом — грудь. Если ты чувствуешь напряжение в плечах, мягко положи руки на пол или на подлокотники. Несколько раз глубоко вдохни животом, пока напряжение не пропадет. Затем расслабь поясницу. Ты чувствуешь себя спокойно и расслабленно, как отпущенная тетива.

5. Наморщи лоб. Плотно закрой глаза. Затем открой. Наморщи ненадолго нос. Сожми и разожми зубы. Погримасничай, напрягая и расслабляя разные части лица. Расслабься и запомни это чувство.

6. Проверь, не чувствуешь ли ты напряжения в какой-нибудь части тела. Избавься от него, напрягая и расслабляя мышцы. Если ты сидишь в кресле, медленно поднимись, если на полу, медленно перекались на бок и встань. (Некоторые технологии в детском и подростковом тренинге при ПТСР см. в Приложении 19.)

## ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ

Основной задачей психолога, работающего в формате гештальт-терапии, является помощь ребенку в осознании того, что с ним происходит «здесь и сейчас». Гештальт-терапевт — директивный терапевт, который фрустрирует клиента, приводя его

к осознанию «здесь и сейчас». Для детей с ПТСР и особенно для жертв насилия это осознание особенно актуально, поэтому некоторые гештальт-техники рекомендуются для работы с детьми в возрасте 5–12 лет.

**Принятие ответственности.** Данная техника заключается в том, чтобы обучать клиента использовать слово «я» вместо «мы» или «вы», таким образом предлагая ему принимать ответственность на себя. Например, вместо «Ну вы же понимаете, как это бывает, когда мать начинает орать и драться», предлагать формулировку «Я знаю, что это такое, когда мать начинает орать и драться». Дети таким образом обучаются принятию ответственности за свои мысли, чувства и поведение.

**Замена «не могу» на «не хочу».** Данная техника также помогает ребенку помочь понять, какую долю ответственности в случившемся он берет на себя. Например, обучают говорить «Я знаю, что не смогу ему отказать, когда он ко мне пристаёт» вместо «Я не знаю, как ему отказать, когда он ко мне пристаёт».

**Замена «почему» на «что» и «как».** Обычно вопрос клиенту, «почему» он сделал то-то и то-то, довольно бессмысленный, поскольку все сознательные объяснения не что иное, как рационализация. Поэтому предлагается задавать вопросы типа «Как ты себя чувствовал после случившегося?» или «Что же происходит с тобой в тот момент, когда к тебе приближается твой насильник?».

**Замена вопросов на утверждения.** Данная техника предполагает обучение детей более прямым и открытым выражениям своих чувств и мыслей. Например, вместо «Вы думаете, мне следует прекратить с этими ребятами общаться?» лучше сказать «Я думаю, мне следует прекратить с этими ребятами общаться».

**Незаконченные предложения.** Как и предыдущие техники, этот прием позволяет детям осознать, каким образом они сами себе вредят или помогают. Например, используются предложения типа «Я помогаю себе, когда я...» или «Я делаю себе больно, когда я...». «Я должен» и «Я хочу». Предлагаемая техника предполагает работу с личностной bipolarностью, которая особенно ярко проявляется у детей в ситуации посттравматического стресса. Одна сторона нашей личности авторитарна, «правильна» и «знает, как лучше». Другая защищается, извиняется, изображает плачущего малыша.

Чтобы помочь детям разрешить противоречие между «Я должен» и «Я хочу», могут быть использованы два стула. Детям предлагается, попеременно сидя на каждом из стульев лицом ко второму стулу, представляющих собой «Я должен» и «Я хочу» стороны, выдвигать лучшие, с их точки зрения, аргументы по каждой из позиций. Ребенок перемещается со стула на стул до тех пор, пока не остается сидеть на каком-то из стульев, когда почувствует в этот момент максимальную интеграцию «хочу» и «должен».

Данная техника просто необходима для работы с личностными диссоциациями детей, возникшими в результате травмы. Ребенок в конце концов определяет те жизненные сферы, где его «должен» и «хочу» приходят к согласию, что способствует интеграции полярностей.

**«Пустой стул».** Эта техника используется для разрешения внутренних или межличностных конфликтов. Ребенок, сидя на одном из стульев, может изображать себя, затем, сидя на другом стуле, он предполагает, что бы другой человек сказал или сделал в ответ. Или, сидя на одном стуле, ребенок выдвигает аргументы «за» какое-то решение, сидя на другом стуле, оспаривает эти решения. Например, если ребенку трудно принять решение, сказать ли о произошедшем сексуальном насилии со стороны отца своим



матери, можно использовать данную технику, позволяющую взглянуть на последствия возможных действий и принять решение.

Вариант техники «пустого стула» — предлагается представить себе, что на пустом стуле сидит гипотетический человек, обладающий качествами, действиями и проблемами, сходными с тем, что есть у самого ребенка. Детям иногда легче обсуждать гипотетического ребенка и возможности его изменений.

**«Моя самая большая слабость».** Ребенку предлагается назвать свою самую большую слабость и написать несколько фраз о том, как эта слабость может обернуться сильной стороной. Эту технику можно также назвать техникой «переклеивания ярлыков». Как только ребенок понимает, что свою слабость он может обернуть в свою же пользу, возникает осознание, что это явление можно контролировать. Так же важно, чтобы ребенок понял, что психолог не заставляет его отказаться от своих слабостей или «починить» их.

**«Я обижаюсь, я требую, я благодарен».** Ребенку предлагается выбрать трех людей, самых близких ему и по отношению к каждому подумать о том, на что он обижается, чего бы от них хотел и за что благодарен. Эта техника также позволяет осознать смешанные чувства в отношении окружающих и то, как противоположные мысли и чувства могут быть интегрированы. Осознавая, что с ним происходит, ребенок перестает испытывать личностную раздвоенность; bipolarность уменьшается. Это значит, что наличие одной стороны перестает исключать наличие другой.

**Фантазии.** Фантазийные игры способствуют осознанию детьми своих чувств. Наиболее широко используемые игры: «Куст роз» и «Мудрец». В первой игре ребенку предлагается представить себя кустом розы и ответить на следующие вопросы: какой куст, сильный или слабый? какие корни, глубокие или на поверхности? сколько цветков, много или мало? сколько шипов, много или мало? среда, в которой растет куст, хороша для него или плоха? хватает ли кусту места? какие у него отношения с другими растениями? какое у него будущее?

Игра в мудреца предполагает, что ребенок, находясь в роли мудреца, задает сам себе один, очень важный вопрос, дает себе время подумать и на него отвечает. Как вопрос, так и ответ должны привести больше осознания и понимания в жизнь ребенка. После каждого подобного упражнения уместно попросить закончить предложение: «Я понял, что...» и продолжить работу с ребенком с помощью релаксационных упражнений.

**Музыка.** Можно предложить ребенку внимательно прослушать музыку и затем записать, что он чувствовал во время прослушивания, какие мысли возникали, насколько понравилась ему эта музыка и почему. Тем самым детям дается возможность соприкоснуться со своими сегодняшними чувствами, а также оценить, что они слышат и о чем думают.

**Невербальные упражнения.** Данное упражнение часто выполняется в группе, оно направлено на осознание контакта глаз и процесса слушания. Детям предлагается проиграть какую-то неприятную ситуацию и пронаблюдать за тоном голоса и движениями тела, выражающими определенные эмоции. Затем психолог предлагает детям подумать о других эмоциях и невербально показать их в ролевой игре. Необходимо обратить внимание детей на то, что одни и те же эмоции могут быть выражены совершенно по-разному и нам нужно научиться распознавать эмоциональное состояние окружающих.

### Упражнения на осознание настоящего:

1. **«Осознание чувств».** Детям дается следующая инструкция: «В течение примерно пяти минут сконцентрируйте свое внимание на том, что ощущает ваша кожа... как вы своим весом надавливаете на стул, как стоят ваши ноги на полу... что вы чувствуете в тех местах, где ваше тело соприкасается с одеждой... А теперь давайте дотронемся и ощутим разные предметы». В процессе этого упражнения детям предлагается вербализовать свои ощущения.

2. **«Вкусовые ощущения».** Приготовьте несколько кусочков различной на вкус еды, дайте ребенку следующие инструкции: «Примерно на пять минут сконцентрируйте ваше внимание на том, как по-разному вы ощущаете разную еду. Постарайтесь не разговаривать во время этого упражнения. Почувствуйте, как по-разному ощущает разную еду ваш язык, губы, зубы, рот. Почувствуйте различие между мягкой и твердой пищей. Возьмите один кусочек в рот, разжуйте его, затем проглотите. Не проглатывайте его до тех пор, пока он абсолютно не растворится».

3. **«Зеркало».** Возьмите большое зеркало и предложите ребенку посмотреть на себя в течение 30 секунд. Затем попросите клиента описать все, что он видел. Будут ли мягки, но настойчивы: просите его дать как можно больше описаний.

4. **«Здесь и сейчас».** Ребенку дается следующая инструкция: «Ты сядешь и сидишь спокойно на стуле. Попробуй сказать как можно больше предложений, описывающих твоё состояние, начиная со слов: «Сейчас я...» Наконец, погрузись в своё состояние здесь и сейчас без слов, не разговаривая».

### Упражнения на формирование уверенности в себе:

1. **«Прикосновение».** Детям необходимо понять разницу между «хорошим» и «плохим» прикосновением. В репертуаре психолога обязательно должны быть различные варианты прикосновений. Эта техника используется и в групповой работе, что дает возможность детям научиться доверять окружающим и осознать, что прикосновение может отражать заботу друг о друге и не нести никакой сексуальной информации.

2. **«Аплодисменты, аплодисменты!».** Данное упражнение выполняется в группе: дети садятся в круг, по очереди выходят в середину круга. В этот момент группа начинает громко приветствовать, аплодировать, кричать «Браво!». Детям в ответ на это предлагается реагировать так, как они сами захотят.

3. **«Формирование уверенности».** В комнате размещаются различные препятствия: коробки, наклоненные доски, веревки и т. п. Ребенку предлагается пройти через эти препятствия. Помимо развития двигательной координации, у ребенка формируется положительная Я-концепция, ощущение своего мастерства, установка «Я это смогу». Дети начинают верить, что смогут решить свои проблемы и более уверенно чувствовать себя в окружающем мире.

## ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ И РАЗМЫШЛЕНИЙ

1. Охарактеризуйте особенность эмоциональной симптоматики ПТСР у детей.
2. Охарактеризуйте особенность когнитивной симптоматики ПТСР у детей.
3. Опишите поведенческие проявления ПТСР у детей.



- ## ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. СПб. : Речь, 2005.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

Руководство по предупреждению насилия над детьми / под ред. Н. К. Асановой. М., 1997.

Журавлева Т. М., Сафонова Т. Я., Цымбал Е. И. Помощь детям — жертвам насилия. М.: Генезис, 2006.

# ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ЧЕЛОВЕКА К ЭКСТРЕМАЛЬНЫМ СИТУАЦИЯМ



## Глава 8.

# СУЩНОСТЬ И СОДЕРЖАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ К ЭКСТРЕМАЛЬНЫМ УСЛОВИЯМ

## ЦЕЛИ, ЗАДАЧИ, СОДЕРЖАНИЕ И ВИДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ К ЭКСТРЕМАЛЬНЫМ СИТУАЦИЯМ

Под **психологической подготовкой** понимается процесс целенаправленного формирования психических качеств, обеспечивающих устойчивое выполнение профессиональной деятельности в различных экстремальных ситуациях. В данном случае подразумеваются качества, от степени выраженности которых в человеке зависит его **готовность** применять приобретенные в ходе профессиональной (учебной) деятельности навыки и умения в любых экстремальных ситуациях. Поэтому правомерно определить цель психологической подготовки как формирование **психологической готовности** человека к действиям в различных экстремальных ситуациях.

Основными профессиями, при освоении которых встает вопрос о психологической подготовке, кроме военных, являются: космонавты, летчики, подводники, авиадиспетчеры, операторы атомных станций, пожарники, сотрудники различных силовых ведомств.

Это объясняется тем, что психологическая подготовка требуется в тех видах человеческой деятельности, в которых: во-первых, условия освоения деятельности (обучения сотрудника) существенно отличаются от реальных условий и, во-вторых, ошибки в выполнении деятельности сразу могут привести к невосполнимым или очень существенным потерям (людским, материальным или моральным). Это две наиболее важные особенности всякой профессиональной деятельности, требующей психологической подготовки<sup>129</sup>.

Результатом психологической подготовки следует считать способность выполнять предусмотренную деятельность в реальных условиях и желание успешно ее выполнить, что в очень сильной степени зависит от воспитания и от всей совокупности общественных условий, определяющих значимость данной деятельности.

Психологический анализ особенностей профессиональной деятельности позволяет выйти на пути осуществления психологической подготовки. Применительно, например, к военной деятельности такая особенность, как отличие условий повседневной жизни от боевых условий и экстремальных ситуаций, очевидна и основным направлением, по которому здесь идет психологическая подготовка, является стирание граней между

повседневной деятельностью и боевыми условиями; это проводится путем внесения различных элементов характерных для боевой обстановки в выполнение военнослужащими учебных задач. Чаще всего это осуществляется с помощью различных «вводных» упражнений или путем имитации каких-то внешних признаков боя (разрывы, шумы, дымы). Вторая особенность воинской деятельности, связанная с высокой ценой ошибки в условиях боя, в учебном процессе воспроизводится значительно реже и воссоздается моделированием опасности.

Динамику формирования психологической подготовки можно представить следующим образом: заблаговременно (до экстремальных условий) у личности формируется психологическая устойчивость, то есть система психологических качеств, определяющая потенциальную возможность преодолевать трудности и успешно выполнять поставленные задачи. Ее психологическое содержание состоит в степени теоретического ознакомления с трудностями различных экстремальных ситуаций (знания, умения и навыки, взгляды, убеждения, мотивы и установки, качества личности), их практического осмысления и преодоления.

Выделяются различные уровни психологической готовности<sup>130</sup>.

**1. Общая (длительная) психологическая готовность** — потенциальная возможность актуализации наиболее адекватного вида выполняемых профессиональных (экстремальных) задач психического состояния, опирающегося на сформированную систему морально-психологических качеств, определяющих потенциальную готовность человека к преодолению трудностей экстремальных ситуаций.

**2. Ситуативная психологическая готовность** — психическое состояние, способствующее преодолению конкретных трудностей деятельности в экстремальных условиях, в которой ведущую роль играют следующие компоненты:

- мотивационный компонент представлен проявлением различных мотивационных тенденций, выполняющих побудительную, смыслообразующую и регулятивную функцию;
- эмоционально-волевой компонент выполняет контрольно-оценочную функцию сохранения и восстановления целесообразной регуляции деятельности;
- познавательный компонент обеспечивает функцию создания, структурирования ориентировочной основы экстремального действия, текущего анализа и прогнозирования динамики экстремальных ситуаций;
- операциональный (моторный) компонент обеспечивает владение способами и приемами деятельности, необходимыми навыками и умениями по использованию технических и специальных средств, высокую физическую подготовку;
- коммуникативный компонент характеризует социально-психологический аспект деятельности человека, состояние готовности к взаимодействию в экстремальных ситуациях.

**3. Операционно-исполнительная психологическая готовность** формируется на основе общей и ситуативной психологической готовности и включает в себя поведенческие реакции человека, способы действия, которые приобрели рефлекторный характер и не требуют включения сознания для построения программы деятельности.

<sup>129</sup> Психологическая подготовка в дальнейшем будет рассматриваться в контексте боевой подготовки.

<sup>130</sup> Сысоев В. В. Психологическая подготовка воздушных десантников к боевым действиям в тылу про-



В основе достижения каждым человеком состояния психологической готовности лежит процесс формирования психических качеств, определяющих потенциальную возможность сохранения заданных параметров выполнения деятельности в различных экстремальных ситуациях. Психологическая подготовка способствует формированию, сохранению и развитию у человека таких качеств, которые обеспечивают своевременную актуализацию необходимого состояния, определяющего высокую психическую активность, способность противостоять психотравмирующим факторам.

Но возникает вопрос: каковы те критерии, по которым можно различать психологическую готовность и устойчивость, и что способствует их повышению? Ответ на этот вопрос кроется в наличии одних и тех же психологических компонентов психологической готовности и устойчивости, а также в различных рейтинговых местах, которые занимают данные компоненты в структуре готовности и устойчивости.

Целью психологической подготовки, таким образом, является достижение состояния психологической готовности человека выдерживать высокие нервно-психические и физические нагрузки в различных экстремальных условиях деятельности. Переходя к рассмотрению задач психологической подготовки, необходимо подчеркнуть, что она проводится как в ходе учебной деятельности, так и в ходе повседневной профессиональной деятельности. Ее содержание заключается в изменении характера влияния возникающей в ходе экстремальной деятельности напряженности на функционирование психики и служебную активность человека от угнетающего до нейтрального и даже стимулирующего.

Исходя из цели психологической подготовки и имея в виду структурные компоненты состояния психологической готовности, опираясь на выделенные ее уровни, можно определить следующие задачи психологической подготовки на различных этапах профессионализации человека:

**На этапе подготовки к выполнению профессиональных обязанностей** в учебных заведениях осуществляется формирование уровня общей психологической готовности. Основные задачи психологической подготовки на этом этапе таковы:

- формирование профессиональной направленности личности;
- мотивирование человека к активным и самоотверженным действиям в экстремальных ситуациях будущей профессиональной деятельности;
- ознакомление с характерными трудностями деятельности в экстремальных ситуациях и спецификой их влияния на психику;
- физическая подготовка, формирование силовой и скоростной выносливости, способности переносить длительные физические нагрузки;
- формирование навыков взаимодействия и коммуникации в условиях групповой деятельности по охране границы;
- обучение приемам управления своими психическими состояниями и способами влияния на состояние в экстремальных ситуациях, способов мобилизации дополнительных психологических возможностей для преодоления этих трудностей;
- формирование навыков и умений психологической саморегуляции, волевой мобилизации, снижения болевых ощущений, определения и активизации психических и физических возможностей для решения задач в экстремальных условиях.

**На этапе подготовки к реальному выполнению** обязанностей в экстремальных условиях формируется ситуативная психологическая готовность, а на ее основе оперативно-исполнительная психологическая готовность. Основными задачами этого этапа являются развитие и упрочение мотивационного, эмоционально-волевого,

познавательного, коммуникативного и моторного компонентов психологической готовности человека.

В содержание **мотивационного компонента** входит: придание личностного смысла выполнению задач деятельности в экстремальных условиях.

**Эмоционально-волевой компонент** представляют: психологическая адаптация к факторам экстремальных условий; развитие чувства уверенности в себе, в товарищах, успешном выполнении поставленных задач, развитие самообладания, самоконтроля, самомобилизации; формирование способности преодолевать страх и противостоять панике; поддержание оптимального возбуждения; формирование помехоустойчивости по отношению к неблагоприятным воздействиям.

**В познавательный компонент** включаются: формирование представлений у человека о предстоящих действиях в экстремальных условиях, возможных изменениях обстановки, развитие долговременной и оперативной памяти и их устойчивости в период эмоциональной нагрузки, развитие способностей быстро оценивать обстановку; формирование потребности в новых профессиональных знаниях.

В основе **коммуникативного компонента**: развитие способности к эффективному взаимодействию, общению сотрудников, находящихся в экстремальных ситуациях, стремление к взаимопомощи; формирование правильного стиля профессионального и неформального общения; формирование способности к установлению контактов с пострадавшими (местным населением) в интересах профессиональной деятельности.

В структуре **операционного (моторного) компонента** выделяются: совершенствование физической подготовки, способности длительное время переносить высокие физические нагрузки; развитие скорости, четкости, точности и безошибочности движений в условиях эмоциональной нагрузки, предупреждение типичных промахов и ошибок в действиях и поведении сотрудников; выработка высокой работоспособности.

Перечисленные задачи решаются не только в интересах психологической подготовки, но и для успешной психологической реабилитации получивших психическую травму. Большая часть работ, связанных с их решением, должна выполняться психологом и требует от него определенного уровня подготовки.

Сушность психологической подготовки — в работе внутреннего механизма перестройки психологических реакций и поведения. Экстремальная ситуация вызывает у всех людей состояние психического напряжения, которое часто трансформируется в психическую напряженность (стресс) и отрицательно сказывается на эффективности деятельности. Путем активных многократных напряженных действий это состояние перестает быть угнетающим. Поэтому содержанием психологической подготовки является изменение влияния возникающей в обстановке опасности психического напряжения на работоспособность и поведение сотрудника: превращение факторов, угнетающих психику, в нейтральный или даже стимулирующий боевое поведение фактор.

Логическую последовательность проведения психологической подготовки сотрудников можно представить следующим образом:

1. Психологический анализ предстоящей экстремальной деятельности конкретных специалистов. Выявление трудностей, характерных для этой деятельности.

2. Моделирование трудных ситуаций в процессе экстремальной деятельности сотрудников.

3. Включение сотрудников в процесс преодоления трудностей и препятствий, характерных для ЭС (риск, опасность, новизна, неопределенность и неожиданность) и порождающих у них психическое напряжение.



4. Мобилизация сотрудников на преодоление моделируемых трудностей, накопление опыта, знаний, навыков и умений действовать в сложных условиях, формирование их устойчивости к психологическим факторам ЭС, привитие навыков саморегуляции.

5. Контроль психологической устойчивости и готовности сотрудников к решению экстремальных задач (перегрузка, нагрузка).

6. Коррекция моделей экстремальных ситуаций.

## ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ К ЭКСТРЕМАЛЬНЫМ УСЛОВИЯМ

**1. Принцип экстремальной природосообразности.** Общеобразовательный принцип природосообразности впервые сформулировал выдающийся чешский педагог Я. А. Коменский, подчеркивая важность построения обучения на основе понимания объективных закономерностей, лежащих в его основе. Психологическая подготовка не может быть успешной без глубокого понимания закономерностей целенаправленного формирования компонентов экстремальной подготовленности и экстремальных способностей в процессе подготовки.

**2. Принцип научности.** Психологическую подготовку недопустимо строить на глазок. Это сложный вид подготовки, который может дать результат только при опоре на научные данные экстремальной психологии; промахи при ее проведении недопустимы.

**3. Принцип психолого-педагогического единства.** Психологическая подготовка обязана учитывать и психологические, и педагогические закономерности, приносить психологические и педагогические результаты во взаимосвязи. Руководитель подготовки должен быть одновременно и психологом, и педагогом, и сам обучающийся должен заботиться об укреплении своих духовных сил и обеспечении собственной безопасности.

**4. Принцип экстремальной целеустремленности и надежности.** Все, что делается при организации и проведении психологической подготовки, должно быть строго подчинено достижению ее главной цели. Все, что не работает на требуемый результат, устраняется. Особое внимание должно быть уделено устранению формализма, упрощенчества, условностей. Нельзя останавливаться на половине дороги, не доводить подготовку до требуемого качественного результата. Обучающемуся нужно не кое-что узнать и кое-что уметь, а быть основательно подготовленным.

**5. Принцип оптимизма и позитивности.** Выбирая формы, средства, методы и приемы подготовки человека к преодолению экстремальных трудностей, важно не запугивать его ими, а укреплять оптимизм, отношение к трудностям как к жизненной обыденности, веру в личную способность успешно преодолевать их.

Ошибочно считать, что готовить человека к преодолению трудностей — значит без конца намеренно погружать его в душевные муки, страдания, страхи, чтобы приучить к ним. Исследованиями высшей нервной деятельности человека доказано, что угасательное торможение по ослаблению влияния и уничтожению какого-то сильного очага нервного возбуждения развивается обычно с трудом, протекает медленно и не стирает полностью след от него. Эффективен иной путь — формирование конкурирующего с «болезненным» очагом возбуждения, максимальное увеличение его силы, обеспечение

доминирования в процессах высшей нервной деятельности и подавления им первого очага по физиологическим законам доминанты и индукции.

Этот принцип имеет и немалое психогигиеническое значение, ограждая психику обучающихся от травмирования в ходе трудной экстремальной подготовки.

Основными видами психологической подготовки являются общая, специальная и целевая.

**Общая психологическая подготовка** имеет целью формирование мировоззрения, образа жизни и мышления человека, его фундаментальных представлений об экстремальных ситуациях, систему психологических установок, мотивов и личностных смыслов относительно возможного участия в них, волевых качеств и навыков регуляции собственных эмоционально-волевых состояний. Огромное значение здесь имеет развитие у личности такого Я-образа, который основывался бы на уверенности в собственных возможностях, побуждал к профессиональному совершенствованию, служил основой высокого морального духа.

Важнейшей задачей общей психологической подготовки является формирование у сотрудников **устойчивой**, адаптированной к психотравмирующим факторам экстремальной ситуации психики. Это достигается посредством применения таких **технологических способов** подготовки, как психологическое просвещение, психоакцентированное обучение, участие в различных моделируемых или реальных экстремальных ситуациях, овладение приемами управления своими психическими функциями, оказание экстренной психологической поддержки пострадавшим.

**Психологическое просвещение** представляет собой систематическое и организованное распространение среди обучающихся психологической информации с целью формирования у них понимания закономерностей функционирования человеческой психики и поведения людей в экстремальных условиях; знания путей, способов управления возможностями собственной психики, оказания психологической помощи окружающим. Другими словами, его **цель** — **формирование когнитивной составляющей психологической подготовки.**

Практика показывает, что зачастую простое знание тех психологических явлений, с которыми может столкнуться человек в сложных условиях, позволяет психологически подготовиться к встрече с неблагоприятными событиями. Ознакомление людей с типами возможных реакций на стресс-факторы экстремальных ситуаций выполняет функцию своеобразной «прививки», действующей по принципу «Предупрежден — значит защищен».

В этой связи А. И. Китов отмечает, что острая необходимость действовать и отсутствие нужной информации «делают человека неразборчивым в оценке источников информации», «длительный дефицит информации вызывает информационный голод, при котором люди, образно говоря, заглатывают чудовищные небылицы».

Доказано, что если в экстремальной обстановке внезапно наступает событие, по отношению к которому у человека нет опыта реагирования, его поведение становится непредсказуемым. О том, как информация влияет на человека, свидетельствует листовка, психологическое воздействие которой изучалось в ходе одного из учений армии США. В ней утверждалось: «Эта не листовка, призывающая вас к сдаче в плен. Вас не просят сдаваться — вы сами будете вынуждены в течение часа прибыть к американцам за помощью. Этот простой кусочек бумаги радиоактивен. Пока вы читаете эти строки, через ваши пальцы пройдет достаточное количество рентгеновских лучей, чтобы создать в теле смертельную дозу радиации. Листовка специально обработана. Для того чтобы умертвить вас в течение нескольких часов, если вы не перейдете к нам и не обратитесь за помощью.



Мы гарантируем вам спасение». Ясно, что влияние такой информации на психологически неподготовленного человека может быть шокирующим. Знание же о самой возможности подобной провокации существенно снизит ее психологический эффект.

Практика показывает, что **психологическое просвещение** — это деятельность, которая должна осуществляться в обязательном порядке. Оно непереносимое условие и важнейший элемент психологической подготовки.

Эффективность психологического просвещения повышается в том случае, если распространяемая информация конкретизирована на специфике предстоящей деятельности, отвечает уровню подготовки сотрудников и их настроениям, не запугивает людей, а дает ключ к пониманию происходящего. Естественно, ознакомление людей с такого рода информацией само по себе не гарантирует надежную защиту их психики от травмирующего воздействия опасности, внезапности и других факторов ЭС. Однако это позволяет предупредить превращение самого восприятия внутренних ощущений и переживаний в дополнительный источник психотравматизации.

**Психоакцентированное обучение** как технологический способ психологической подготовки предполагает моделирование в процессе занятий таких факторов, которые по своим психологическим характеристикам аналогичны психологическим факторам экстремальных ситуаций. Иными словами, в основе этого способа лежит принцип вне-сения в процесс обучения элементов напряженности и внезапности, опасности и риска, свойственных реальной экстремальной обстановке и многократная тренировка обучающихся в выполнении изучаемых приемов и действий в этих условиях. Его цель — формирование **адекватного перцептивного и операционального элементов образа ЭС**.

К основным отрицательным психологическим факторам ЭС принято относить опасность, напряженность, дефицит информации и времени (внезапность, новизна обстановки, информационная перегрузка, увеличение темпа деятельности), высокая ответственность, утрата близких и др.

Практика показывает, что перечисленные факторы должны моделироваться в процессе обучения в комплексе, создавая многомерную, полимодальную, реалистическую картину современной ЭС. Но моделирование не должно являться самоцелью, главное — тренировать обучающихся для активных и инициативных действий в условиях повышенных психических нагрузок, обеспечить приобретение ими необходимого опыта преодоления трудностей и отрицательных психических состояний, сформировать у них комплекс таких волевых качеств, как решительность, стойкость, самообладание, мужество.

Важнейшей задачей общей психологической подготовки также является формирование **навыков управления собственными психическими состояниями**. При этом речь не идет об овладении сложными комплексными психотехниками. Необходимо обучить простейшим приемам психофизической саморегуляции, основанным на использовании различных типов дыхания, изменении тонуса скелетной мускулатуры, воздействию на биологические активные точки тела, самоубеждении, самовнушении, рефлексорном закреплении эмоциональных состояний, психотропных свойств лечебных трав и продуктов питания.

**Специальная подготовка** предполагает формирование у человека экстремальной устойчивости психики применительно к конкретной специальности: адаптация психики к экстремальным стресс-факторам; развитие чувствительности различных анализаторов в соответствии с потребностями специальности, профессиональной памяти, внимания, мышления, способности бороться со страхом, усталостью, болью, преодолевать дискомфорт.

**Целевая подготовка** предусматривает формирование психологической готовности преодолевать трудности конкретных экстремальных ситуаций: извлечение пострадавших из-под завалов, спасение из огня.

Психологическая подготовка призвана максимально уменьшить вероятность встречи с неизвестным стресс-фактором экстремальной ситуации, а также развивать:

- психические познавательные процессы (ощущения, восприятие, внимание, память, представления, воображение, мышление, речь);
- интеллектуальные качества (широта, глубина, гибкость, мобильность, логичность ума, находчивость, интуиция);
- волевые качества (дисциплинированность, целеустремленность, решительность, смелость);
- качества психологической надежности (психическая устойчивость, готовность и способность к максимальному напряжению сил, способность к преодолению боли, усталости, проявлению активности при изменении ритмов жизнедеятельности);
- социально-психологические качества (коллективизм, сопереживание, взаимовыручка);
- мотивационную сферу (чувство выполненного долга, честь, ответственность) методами обучения и воспитания, как в ходе занятий, так и в ходе повседневной профессиональной деятельности.

По характеру влияния на психологическое состояние методы психологической подготовки составляют две основные группы. К первой группе относятся методы создания психологической напряженности в ходе занятий и формирующие представления о характере влияния факторов экстремальных условий на психику — **методы моделирования** психологических факторов экстремальных условий деятельности. Вторую группу составляют методы преодоления негативных состояний психики человека — **специальные методы** психологической подготовки.

## ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ И РАЗМЫШЛЕНИЙ

1. Дайте определение психологической подготовки к экстремальным условиям деятельности и назовите ее основную цель и задачи.
2. Вспомните классификацию видов психологической подготовки к экстремальным условиям деятельности.
3. Перечислите специальные системные принципы психологической подготовки и дайте им характеристику.
4. Оцените имеющийся опыт и современное состояние практики психологической подготовки к экстремальным условиям деятельности. Что в этом опыте вам понравилось и что бы вы использовали в своей практике?
5. Какие специфичные учебные средства нужны для проведения психологической подготовки к экстремальным условиям деятельности?
6. Какие средства имитации нужны для проведения психологической подготовки к экстремальным условиям деятельности?
7. Что означает «психологическое приближение условий подготовки к экстремальным»? Как оно достигается?



8. Попробуйте разработать сценарий учебно-тренировочного фильма «Работа психолога по организации психологической подготовки к экстремальным условиям деятельности».

### **ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА**

- Бодров В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление. М. : ПЕР СЭ, 2006.  
Столяренко А. М. Экстремальная психопедагогика : учебное пособие для вузов. М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2002.  
Караяни А. Г. Психологическое обеспечение боевых действий личного состава частей сухопутных войск в локальных военных конфликтах : монография. М., 1998.

### **ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА**

- Гринберг Дж. Управление стрессом. 7-е изд. СПб. : Питер, 2002.  
Емельянов Ю. Н. Активные групповые методы социально-психологической подготовки специалистов. Л., 1985.  
Игумнов С. А. Управление стрессом: современные психологические и медикаментозные подходы. СПб. : Речь, 2007.  
Кадочников А. А. Психологическая подготовка к рукопашному бою. Ростов н/Д : Феникс, 2003.  
Каменюкин А. Г., Ковпак Д. В. Антистресс-тренинг. СПб. : Питер, 2004.  
Комаров К. Э. Психологическая подготовка к действиям в условиях повышенного риска (стресс-менеджмент) : учебно-методическое пособие. М., 2002.  
Организация профессиональной психологической подготовки сотрудников органов внутренних дел : методическое пособие. М. : ГУК МВД России, 2003.  
Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных / под общей ред. Ю. С. Шойгу. М. : Смысл, 2007.  
Психологическая подготовка военнослужащих : учебно-методическое пособие. М. : ЦВСПИП ВС РФ, 1993.  
Психологическая подготовка сотрудников отделов специального назначения к действиям в экстремальных условиях: развитие навыков саморегуляции и саморефлексии. М. : ФСИН России, УФСИН России по Костромской области, 2007.  
Хрестоматия по военной психологии / Сост. Р. В. Кадыров. Владивосток: ТОВМИ, 2008.  
Шлахтер В. В. Человек — оружие. Курс профессиональной психофизической подготовки бойца. СПб. : РЕСПЕКС, 2002.

## **Глава 9.**

# **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА К РАБОТЕ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ**

## **ОБУЧЕНИЕ ПРИЕМАМ САМОРЕГУЛЯЦИИ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ**

Основная идея в преодолении экстремальной ситуации заключается в том, что человек может быть не в силах контролировать стрессор, но может научиться контролировать свою реакцию (психическое состояние).

Примерами техник, которые могут быть эффективными в регуляции психического состояния, являются глубокое дыхание, тренинг прогрессирующей мышечной релаксации, визуализация.

Умение регулировать свое психическое состояние — это способ обрести контроль над собственными эмоциональными и физиологическими реакциями вместо того, чтобы позволять другим людям влиять на этот процесс. Вы обнаружите, что эти техники очень полезны в ситуациях, когда вас беспокоит или раздражает чужое поведение, которое вы не в состоянии изменить.

На некоторые события можно повлиять или изменить их, сделав менее травмирующими, то есть при столкновении с ними ваше прямое действие может разрядить стрессовую ситуацию.

### **ТЕХНИКА «ГЛУБОКОЕ ДЫХАНИЕ»**

Техника позволяет выработать фундаментальный навык саморегуляции психического состояния в экстремальных ситуациях.

Упражнения, ориентированные на глубокое дыхание, — важная составляющая всех видов расслабляющих процедур. Они представляют собой один из простейших и наиболее эффективных методов, способствующих релаксации. Глубокое дыхание особенно облегчает жизнь людям, склонным в экстремальных ситуациях к панике, быстрой утомляемости, гипервентиляции, головным болям, мышечному напряжению, тревоге и апатии. Эти расстройства часто являются результатом недостаточного насыщения организма кислородом и накопления в нем шлаков, хотя в отдельных случаях возможно сочетание целого ряда факторов. Независимо от причины или конкретной природы расстройства глубокое дыхание — исключительно оправданная стратегия быстрого снижения стресса различных уровней.

Грудное дыхание представляет собой поверхностный дыхательный паттерн, свойственный большинству взрослых людей. Этот тип дыхания зачастую бывает ускоренным по темпу, неритмичным, связанным с чувством тревоги и эмоциональной лабильностью. Поверхностное дыхание не способствует преодолению экстремальных



ситуаций и в равной степени может усугублять приступы паники, тревогу, головные боли и утомляемость.

**Инструкция клиенту.** Дышать по возможности лучше носом. Выберите удобное положение и закройте глаза. Положите одну руку на грудь, а другую на живот. Вначале попробуйте дышать как обычно, сосредоточившись на том, как поднимаются и опускаются грудная клетка и живот. Хорошо ли согласована их работа? Чувствуете ли вы в них скованность или ригидность? Нет ли напряжения в горле, груди и животе? Выполняя это упражнение в первый раз, сфокусируйтесь на вдохе, чтобы рука, лежащая на животе, смогла первой ощутить его, после чего поднимутся ваши грудная клетка и плечи. В первый раз это упражнение может показаться несколько неестественным, но с практикой оно станет более привычным.

1. Упражнение выполняется сидя или стоя, в удобной для вас позе.

2. Сделайте медленный вдох через нос.

3. Вдыхая, заполните воздухом нижние отделы легких. Ваша диафрагма будет заставлять живот выпячиваться, чтобы освободить место для воздуха, и рука, лежащая на животе, будет подниматься.

Продолжайте вдыхать и ощутите, как расширяется средняя часть легких по мере того, как нижние ребра и грудная клетка слегка расправляются впереди, чтобы вместить в себя воздух. Наконец, ощутите расширение верхних отделов легких, в то время как поднимается ваша грудная клетка, поднимаются плечи, и вы чувствуете, как поднимается ваша рука, лежащая под ключицей. Слегка втяните живот, чтобы помочь легким. Этот медленный глубокий вдох можно выполнить за несколько секунд как одно плавное, непрерывное вдыхание.

4. Теперь на несколько секунд задержите дыхание.

5. Постепенно выдыхая через рот, слегка втяните живот и медленно поджимайте его по мере опустошения легких. Выдохнув полностью, расслабьте живот и грудную клетку, затем плечи.

6. В конце фазы вдоха слегка поднимите плечи и ключицы так, чтобы легкие можно было вновь до самых верхушек наполнить воздухом.

Продолжайте дышать очень глубоко и очень медленно, заполняя легкие снизу доверху, так как было описано выше. Позвольте плечам подняться и задержите вдох на несколько секунд, после чего медленно выдохните через рот. Дайте животу и грудной клетке расслабиться, избавьтесь от напряжения в плечах. Не пытайтесь выполнить это сразу в совершенстве. Попробуйте один раз, чтобы познакомиться с ощущениями, снова перечитайте инструкции и попытайтесь еще раз. В идеальном случае, если одна ваша рука лежит на животе, а другая — на верхней части грудной клетки, вы обнаружите, как на вдохе первой поднимается рука, лежащая на животе, а следом та, что покоится на груди. Прodelайте это упражнение несколько раз, пока не научитесь с легкостью нагнетать воздух в нижние отделы легких на вдохе.

Идеальной целью для тренировки будет осуществление трех глубоких, медленных вдохов 5–6 раз в день по 45 секунд каждым способом, который мы описали выше. Чтобы не забыть об упражнении, можно отвести для него определенное время в течение дня (например, непосредственно перед едой, перед каждым занятием, после пробуждения утром, перед сном) или особые ситуации (например, при посадке в машину, перед включением телевизора). Глубокое дыхание является фундаментальным упражнением, которое вы можете использовать для регуляции своих эмоциональных и физиологических реакций в экстремальных (стрессовых) ситуациях.

## ТЕХНИКА «ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ МЫШЕЧНАЯ РЕЛАКСАЦИЯ»

Джекобсон [1938] обнаружил, что благодаря смене мышечного напряжения и расслабления может быть значительно снижен мышечный тонус, после чего наступает чувство глубокого расслабления. Цель метода — в пошаговом усвоении все более совершенного контроля над напряжением и расслаблением определенных мышечных групп. Изначально метод применялся Джекобсоном при нарушениях сна, сегодня он используется и для коррекции эмоциональных расстройств и расстройств поведения.

Прогрессирующую мышечную релаксацию в качестве основной релаксирующей техники рекомендуется практиковать, так как ей свойственны некоторые особенности, делающие технику особенно эффективной в достижении расслабления: легко самостоятельно обучиться расслабляющей процедуре, упражнение на прогрессирующую мышечную релаксацию физиологически вызывает расслабление мышц. Многим людям, страдающим от напряжения и тревоги, сначала трудно осознать, что их мышцы напряжены. Эта техника гарантирует, что мышцы станут более расслабленными, а ее заключительная часть направлена на осознание изменения уровня мышечного напряжения.

**Подготовка.** На этом этапе клиент знакомится с принципами метода, целью которого является снижение мышечного напряжения, и узнает, что при расслаблении он будет чувствовать все меньше тревоги и напряжения. Он овладевает способностью расслаблять одновременно все большую группу мышц, что сопровождается чувством покоя и комфорта.

### В процессе работы.

- Концентрация на соответствующих мышцах при напряжении и расслаблении.
- Напряжение сильное, но не до судорог, особенно при напряжении мышц ног.
- Концентрация на ощущениях в момент напряжения и расслабления.
- Дать сигнал психологу, например, подняв палец, когда наступает чувство полного расслабления.
- Фаза расслабления длится 30–40 секунд.
- Обратит внимание на различия в ощущениях при напряжении и расслаблении.
- Начинать с доминирующих рук и ног.

**Инструкция.** Выделите 20–30 минут и помещение, где вам никто не будет мешать. Лучше делать упражнения на расслабление в положении лежа или удобно сидя. Пригасите немножко свет. Вдохните и выдохните несколько раз и приведите ваше тело в состояние расслабления и приятной тяжести. Напрягите одну за другой мышцы вашего тела приблизительно на пять секунд настолько, чтобы вы почувствовали легкое напряжение, это не должно переходить в судороги. Расслабьтесь опять, не делая для этого каких-то движений. Почувствуйте расслабление в течение десяти секунд. Повторите этот цикл, если вы не сразу получите ощущение расслабления. В то время, когда какие-то мышцы напрягаете, постарайтесь, чтобы остальные мышцы были расслаблены.

- Сожмите ваш правый кулак (для левшей левый). Считайте медленно от одного до пяти. Затем разожмите кулак. Наслаждайтесь чувством расслабления (10 сек).
- Сожмите левый кулак. Считайте медленно от одного до пяти и затем отпустите.
- Теперь напрягите верхние части рук (бицепсы). При этом согните нижние части рук так, чтобы образовался прямой угол к верхним частям. Затем опять расслабьтесь.



- Напрягите мышцы нижних частей рук (трицепсы), при этом нажимая ладонями на то, что находится под руками, затем опять расслабьтесь.
- Соберите морщины на лбу. Откройте как можно шире глаза. Поднимите как можно выше брови так, чтобы на лбу образовались складки, затем расслабьтесь.
- Соберите брови вместе так, чтобы образовалась вертикальная складка, идущая через нос, а затем расслабьтесь, расправив морщины на лбу.
- Закройте очень сильно глаза. Считайте медленно от одного до пяти, затем расслабьтесь.
- Сожмите губы вместе, не сжимая зубы.
- Как можно сильнее надавите языком на небо, затем расслабьте язык.
- Сожмите зубы как можно сильнее, затем расслабьтесь.
- Надавите как можно сильнее затылком на спинку кресла или просто наклонитесь назад и расслабьтесь.
- Надавите сильно подбородком на грудь, расслабьтесь.
- Подтяните как можно выше ваши плечи до ушей, расслабьтесь.
- Нажмите вашими лопатками назад на позвоночник, затем расслабьтесь.
- Теперь вдохните как можно глубже, так чтобы ваша грудная клетка округлилась. Поддержите ее таким образом и продолжайте неглубоко дышать. Затем опустите грудную клетку, расслабьтесь.
- Постарайтесь ваш живот сделать большим и так поддержать некоторое время, продолжая дышать. Затем втяните живот и расслабьтесь.
- Если вы находитесь в позиции лежа, поднимите заднюю часть и сделайте пригибание. Напрягите мышцы задней части тела, затем расслабьтесь.
- Напрягите ваши лодыжки таким образом, как будто вы хотите коленями что-то отодвинуть. Если вы лежите, то ноги вначале подтяните, потом выпрямите, а затем расслабьтесь.
- Напрягите нижнюю часть ваших ног, при этом поставьте ноги на подставку, нажмете сильно, а затем расслабьтесь.
- Напрягите нижнюю часть ног, поднимая их и опуская.

Продолжайте после этих упражнений на некоторое время лежать или сидеть и наслаждайтесь расслаблением. Мысленно пройдите по всем мышечным группам и постарайтесь их еще больше расслабить. Спросите себя, чувствуете ли вы еще напряжение в области плеч, в области спины, в другой области тела. Затем посчитайте от пяти до одного. При счете «один» произнесите: «Я чувствую себя прекрасно, хорошо отдохнувшим, спокойным» и заканчивайте упражнение.

Выполняя упражнение, дышите глубоко, медленно, равномерно. Думайте в конце упражнения при вдохе слово «совершенно», при выдохе «спокойно». Мешающие вам мысли постарайтесь пропустить мимо себя, при этом концентрируясь на расслаблении.

Для некоторых клиентов полезным является вместе со словом «спокойный» представлять себе приятную ситуацию. Проводите это упражнение каждый день, и вы заметите, как все более и более удается расслабление. Со временем только слова «совершенно спокойный» уже будут вызывать расслабление, и вы все быстрее и быстрее будете достигать состояния полной релаксации. Упражнение на расслабление хорошо зарекомендовало себя при трудностях засыпания.

Если вы хотите, можете наговорить упражнения на кассету.

Итак, техника прогрессирующего расслабления основана на последовательной смене напряжения и расслабления мышц. В ситуации, которую вы оцениваете как угрожающую, не находящаяся под контролем воли мышечная система реагирует на это соответственным напряжением, ускоряется кровообращение, учащается пульс, повышается давление крови, а также это приводит к напряжению и тех мышц, которые подчиняются воле. Они сокращаются, сжимаются, и это все воспринимается как напряжение.

При прогрессирующем расслаблении мышц вы очень четко можете заметить, какие части вашего тела охвачены судорогой. Произвольно расслабляя мышцы, вы тем самым успокаиваете периферическую нервную систему и заменяете ваше чувство страха чувством покоя. Разумеется, чтобы освоить эту форму расслабления, необходимо поупражняться.

### ТЕХНИКА «СПОНТАННОЕ РАССЛАБЛЕНИЕ»

Через целенаправленное дыхание можно сознательно вызвать чувство расслабления и контролировать негативное напряжение и чувство страха. Простой путь достижения — это техника спонтанного расслабления.

**Инструкция.** Вдохните несколько глубже, чем вы обычно это делаете. Затем, не задерживая дыхания, выдохните. При выдохе задержите дыхание, приблизительно на 6–10 секунд. Сами определите, какое время для вас является наиболее приемлемым. Считайте мысленно от тысячи до тысячи шести, тысячи десяти (одна тысяча один, одна тысяча два и т. д.). После того как вы задержали дыхание, вдохните опять, выдохните и опять задержите дыхание, приблизительно на 6–10 секунд.

Повторяйте это упражнение на дыхание две-три минуты или так долго, пока вы не испытаете ошутимо спокойствие и комфорт. Эта техника дыхания имеет свое преимущество, поскольку она действует без особой тренировки. С ее помощью вы снижаете поступление кислорода и уменьшаете напряжение. Кроме того, благодаря нейтральному счету вы отвлекаетесь от ваших тревожащих мыслей.

### МЕТОДЫ ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТНЫХ УСТАНОВОК И УБЕЖДЕНИЙ

Для преодоления стресса очень важна адекватная самооценка. Самооценка влияет на способность идентифицировать ситуации, связанные со стрессовой реакцией, возможность соизмерять с ними собственную стрессовую реакцию и определять соответствующий образ поведения, который позволит сохранять равновесие.

Можно предложить начать работу с простого описания наиболее важных аспектов пяти основных источников стресса в жизни человека.

### ПЯТЬ ОСНОВНЫХ ИСТОЧНИКОВ СТРЕССА

**Инструкция.** Опишите наиболее важные аспекты пяти основных стрессоров в вашей жизни. Помните, что стресс может быть прошлым, настоящим и будущим. Составляя список, подумайте над каждым из этих типов стрессоров. Отметьте контролируемые



и неподконтрольные черты установленных источников стресса. Позже вы сможете внести в список изменения, но пока оцените в целом, какие факторы представляются вам самыми проблематичными. Вы можете включить сюда как важные события настоящего, так и застаревшие проблемы, те, которые угнетают вас много лет, а также страхи, испытываемые по поводу будущего.

Стрессовая реакция не развивается в вакууме. Ощущение стресса обычно связывается с конкретными ситуациями. Оценка событий, являющихся фоном для стрессовых реакций, может продемонстрировать ваше понимание ситуационных детерминант стрессовой реакции и помочь вам выявить собственные способы преодоления трудностей. Это упражнение особо выделяет предпосылки, поведение и последствия. В роли предпосылок выступают события или ситуации, которые запускают стрессовые реакции. Поведение отражает непосредственно стрессовую реакцию: мысли, чувства и действия во время стресса. Последствиями являются такие события. Простое знание того, «что будет дальше», может привести к осознанию того, почему в определенных ситуациях вы реагируете так, а не иначе. Однако большинство людей не слишком часто сталкиваются в жизни с крупными травмирующими событиями. Многие повседневные тяготы могут привести к накоплению или усугублению хронического стресса. Мелкие жизненные проблемы, повседневные тяготы не производят такого эффекта, как крупные события, и многие люди, существуя в обстановке ежедневного стресса, не считают нужным обращать на это внимание. Повседневные проблемы редко вызывают предложение социальной поддержки, как это происходит при значительных травмирующих событиях. Кроме того, многие люди не признают повседневные невзгоды источниками стресса и не обращаются за помощью. Тем не менее ежедневные проблемы могут стать причиной соматических и психологических расстройств.

Ключом к самопознанию является самонаблюдение. Ведение записей помогает обнаружить индивидуальные поведенческие паттерны и привлечь к ним внимание. Осознание есть первый шаг к изменению поведения. Самопознание начинается с четкого определения того, что вы хотите сделать предметом изменения. Первой ступенью в снижении степени вашего стресса будет выбор цели и уточнение элементов поведения, которые нужно изменить, чтобы достичь этой цели. Загляните в свой список пяти основных источников стресса. Все ли в нем указано? Теперь добавьте, если хотите, дополнительные стрессоры. Проранжируйте их в порядке убывания от самого значительного (приносит вам самые большие огорчения, оказывает самое негативное воздействие на качество вашей жизни) до самого минимального, наименее проблематичного. Теперь, когда вы построили их в порядке убывания значимости, поставьте знак (+) напротив тех, над которыми вы хотите поработать, и знак (–) напротив тех, работу с которыми лучше отложить на время. Другими словами, для того чтобы максимально точно обозначить проблему, нужно поместить ее в ситуационный контекст.

Теперь давайте сделаем цель более специальной, увяжем ее с вашими конкретными обстоятельствами. Давайте обозначим проблему как поведение в ситуации. Для этого можно воспользоваться анкетой, помещенной ниже.

В каких ситуациях вы переживаете стрессовую реакцию?

Подробно опишите конкретную ситуацию и стрессовую реакцию, что вы думаете, чувствуете и делаете или не делаете в состоянии стресса.

Заполните эту таблицу, продолжите ее при желании, отмечая подробности ситуаций, в которых вы испытываете стресс, и мысли, действия и чувства, связанные с состоянием стресса в этой ситуации.

Если вам трудно выделить детали, предусмотренные таблицей, то некоторые подсказки помогут вам уточнить их.

1. *Составьте список обыденных примеров проявления проблемы.* Перечислите детали проблемы. Перечень деталей часто помогает поиску путей разрешения проблем. Предположим, например, что ваша цель, стрессор или поведение требует снижения тревоги в социально значимых ситуациях. Вы можете уточнить, что избегаете контактов с друзьями, которые всегда собираются пообщаться после занятий, или чувствуете себя особенно неуютно, когда один входите в комнату, в которой уже находятся другие люди. Отразив детали ситуации, вы сможете сделать мишенями эти отдельные сферы, что поможет вам установить контроль над общей целью.

Таблица 16

### Стрессовая реакция (поведение), развивающаяся в конкретных ситуациях

Ситуация — предпосылки	Мысли, действия, чувства = поведение
Стрессор — предэкзаменационная тревога, до и после экзамена. Обычно начинается за 24 часа до экзамена. Усиливается, если я занимаюсь в одиночку	Мысли: «Я провалюсь», «Мне всего этого никогда не выучить». Действия: не могу заниматься, спешу, нервничаю. Чувства: опасения, напряжение, дурнота

2. *Наблюдайте за собой.* Имея общее представление о ситуациях, вызывающих у вас стресс, вы можете в процессе самонаблюдения сделать ряд интересных замечаний и неожиданных выводов. Подмечайте мелкие детали ситуации и ваших реакций на нее. Если вы пытаетесь утвердиться в новых поведенческих паттернах, то проследите за тем, что вы делаете вместо того, что хотели бы сделать.

3. *Иногда людям трудно обнаружить в своей жизни стресс, с которым они не умели бы хорошо справиться.* Независимо от того, находитесь вы сейчас в состоянии стресса или нет, мы все рискуем оказаться в стрессовых ситуациях, которые превзойдут нашу способность справиться с ними.

Вы можете воспользоваться этим упражнением, чтобы обучиться фундаментальным блокирующим «защитным» навыкам на случай, если вдруг стрессоры в будущем будут серьезнее.

Вы поставили себе конкретную цель. Теперь необходимо научиться видеть и оценивать уровень стресса в особой ситуации, которую вы выбираете для анализа. Чтобы модифицировать свои действия, вы должны в буквальном смысле понять, что именно вы делаете. Наши поступки стали для нас столь естественными, что осуществляются фактически бессознательно.

В двух описанных случаях подсчет частоты был простейшим способом добиться цели, поставленной ведением записей. Этот метод требует простого отслеживания поведения по мере его проявления.

- Записывайте. Люди не умеют держать информацию «в голове». Если вы запишете в первый раз, то вам будет легче записывать в дальнейшем.
- Записывайте сразу, как только поведенческий паттерн актуализируется, или позже, при первой возможности. Воспоминание о собственном поведении не всегда точно.



- Старайтесь подсчитывать строго и учесть все случаи поведения-мишени. Однако если это происходит столь часто, что у вас уйдет слишком много времени на запись каждого эпизода, выделите себе определенное время в течение дня, когда вы будете отчитываться за целый период.

4. Сделайте ваш метод сбора данных максимально простым и превратите его в привычку.

## ИЗМЕНЕНИЕ МЫСЛЕЙ И УБЕЖДЕНИЙ

**Инструкция.** Стресс, который вы переживаете в отдельных ситуациях, есть результат вашей оценки или интерпретации ситуации. Если в ситуации заключено нечто, являющееся, по вашему мнению, потенциальной угрозой для вашего достоинства или физического благополучия, то вы, столкнувшись с этой ситуацией, наверняка испытаете тревогу и стресс. Убеждения неадекватны, когда они приводят к крайностям в эмоциях и поведении. Если вы тревожитесь, злитесь, пребываете в депрессии, разочарованы или испытываете любую другую негативную эмоцию, которую, быть может, даже не осознаете, то вам следует обратить внимание на убеждения, которых вы придерживаетесь в отношении стрессора или активирующего события, чтобы изменить эту эмоцию.

Представленная ниже анкета поможет оценить адекватность или неадекватность эмоциональных и поведенческих реакций. Если клиент проставит высокий уровень эмоции в одной или большем числе категорий или обнаружит, что его поведение в ситуации мало помогает решению проблемы, то ему пойдут на пользу некоторые техники когнитивного переструктурирования, описанные далее.

**Эмоции и поведение — подспорье или помеха?**

Запишите событие, которое произошло с вами недавно и которое вы находите наиболее травмирующим.

1. Укажите, как и насколько сильно вы прочувствовали его, оценивая свою эмоциональную реакцию по 10-балльной шкале (от 1 — «не испытывал этой эмоции» до 10 — «сильнейшее переживание этой эмоции»).

\_\_\_ Злость \_\_\_ Вина \_\_\_ Тревога \_\_\_ Депрессия

2. Запишите, что вы делали (как вы себя вели).

3. Было ли ваше поведение эффективным? Помогло ли оно сиюминутному решению проблемы?

4. Помогло ли ваше поведение надолго избавиться от проблемы?

5. Помогли ли вам сильные чувства ясно мыслить и решать проблему или разобратся с волнующим событием?

6. Для того чтобы ясно мыслить и, таким образом, эффективно справляться со стрессовыми ситуациями и решать практические проблемы, вам нужно сначала установить контроль над собственными эмоциями.

## ТЕХНИКА «КОГНИТИВНОЕ ПЕРЕСТРУКТУРИРОВАНИЕ»

Термин «когнитивное переструктурирование» был предложен в работах А. Эллиса. Когнитивным переструктурированием называется процесс, через который проходят,

чтобы преобразовать свое неадекватное, ригидное мышление в его более адекватные формы. Основная цель — понять, что можно изменить; найти те аспекты убеждений, которые приводят к стрессу, раздражению, и не утратить при этом все те достоинства, которыми можно гордиться.

Иногда мы мыслим ригидными, жесткими стереотипами, считая, что все «должно», «обязано» происходить именно так, а не иначе. В этом случае мы обрекаем себя на эмоциональные потрясения и склонны к саморазрушительному поведению.

Выявление нереалистичных установок является первым шагом в изменении убеждений клиента. Когда бы человек ни испытывал тревогу, злость, разочарование или другие негативные эмоции, он может обнаружить провоцирующее эту эмоцию убеждение, обратив внимание сначала на стрессор или активирующее событие, связанные с этой эмоцией. Затем необходимо задать вопрос: «Что я думаю об этой ситуации или проблеме такого, что вынуждает меня чувствовать себя именно так?» (табл. 17).

Таблица 17

### Рациональные и иррациональные мысли

Иррациональные мысли, вызывающие тревогу	Рациональные мысли, которые обеспечивают контроль над эмоциями
Как ужасно	Ничего страшного
Мне этого не вынести	Я могу смириться с тем, что мне не нравится
Я глуп	Я сделал глупость
Он — урод!	Он тоже несовершенен
Этого не должно было произойти	Это должно было произойти, ибо произошло!
Меня убить мало	Я виноват, но убивать меня не за что
Он не имеет права	Он имеет полное право делать по-своему
Мне обязательно нужно, чтобы он/она это сделали	Я хочу/желаю/предпочитаю, чтобы он/она это сделали, но я не обязательно должен иметь то, что хочу
Дела всегда идут плохо	Дела будут идти плохо если не часто, то иногда
Всякий раз, когда я стараюсь, ничего не получается	Иногда, и даже часто, у меня получается
Дела никогда не клеятся	Дела не клеятся чаще, чем мне хотелось бы
Это больше, чем жизнь	Это важная часть моей жизни
Это должно быть проще	Я хочу, чтоб это было проще, но то, что для меня благо, редко достигается безболезненно
Я должен был сделать лучше	Хотелось бы сделать лучше, но я сделал все, что было тогда в моих силах
Я неудачник	Я человек, который иногда допускает промахи

## МОДЕЛЬ РАЦИОНАЛЬНОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ

**Активирующее событие.** Опишите проблему, уже возникшую или вероятную в будущем, которая мешает вам работать эффективно и/или заставляет переживать исключительно негативную эмоциональную реакцию, затрудняющую решение проблем и достижение целей.



Опишите свое неэффективное поведение и негативные эмоциональные стрессовые реакции, которые постоянно возникают в вышеописанной ситуации.

**Убеждения.** Запишите ваши убеждения, мысли, действия, разговоры с самим собой по поводу активирующего события, которые являются неадекватными, неразумными, ложными или бесполезными и приводят к деструктивным действиям и эмоциям.

**Цели.** Опишите, как бы вам хотелось себя чувствовать и вести в проблемной ситуации в будущем.

**Сомнение / Сопротивление.** Подберите рациональные утверждения и установки, которые помогут вам противостоять вашим неадекватным убеждениям, управлять своими эмоциями и поведением и позволят достичь целей в случае очередной проблемной ситуации.

**Анкета для рационального самоуправления.**

Активирующее событие (что вы делали, с кем, где, когда; будьте конкретны): \_\_\_\_\_

Последствия (негативное поведение и стрессовые эмоции).

Мое поведение: \_\_\_\_\_

Мои эмоции: \_\_\_\_\_

Мои убеждения (иррациональные, неадекватные, ложные, не слишком здравые мысли): \_\_\_\_\_

Цели (как вы хотели бы себя вести и чувствовать): \_\_\_\_\_

Новое поведение: \_\_\_\_\_

Новые чувства: \_\_\_\_\_

Рациональные убеждения (разумные, справедливые, адекватные утверждения, которые помогут вам достичь своих целей): \_\_\_\_\_

## ПРЯМЫЕ ДЕЙСТВИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ИЗМЕНЕНИЕ СТРЕССОВОЙ СИТУАЦИИ

Техники прямых действий, направленных на преодоление стресса, включают в себя все попытки клиента непосредственно изменить природу стрессора или стрессовой ситуации, связанных с его переживанием. Техники прямого действия, рассмотренные в этом разделе, охватывают более широкий круг техник, чем те, что следует классифицировать строго как проблемно-ориентированные преобладающие навыки. Этот набор методик вы можете применить к индивидуальному поведению клиента в ситуации, чтобы помочь увязать описываемые ниже вмешательства с его конкретными обстоятельствами. Большинство ситуаций, с которыми клиент столкнется в жизни, будут включать в себя как контролируемые, так и неконтролируемые факторы. Из этого следует, что сочетание проблемно-ориентированных и эмоционально-ориентированных преобладающих навыков может быть идеальным в совершенствовании его способностей справиться с ситуацией, равно как и в вероятности благоприятного исхода. Такие эмоционально-ориентированные преобладающие навыки, как релаксация и когнитивное реструктурирование, позволяют клиенту приобрести контроль над собственными эмоциональными реакциями. Однако прямое обращение к проблемной ситуации также может способствовать устранению источника гнева. Проблемно-ориентированные преобладающие навыки (например, навыки уверенного поведения) могут помочь изменить саму ситуацию.

## ТЕХНИКА УПРАВЛЯЕМОГО ДЕЙСТВИЯ

Проблемно-ориентированные действия требуют порой большей работы и усилий, зато приводят к стойким положительным результатам. При планировании прямых действий, направленных на преодоление стресса, нужно помнить о некоторых фактах. В отдельных случаях, касающихся межличностных ситуаций, необходимо учитывать возможные *последствия, выражающиеся в изменении отношений*. Если изменение межличностных отношений является конечной целью, этому может помочь заблаговременное обдумывание, какие изменения окажутся удовлетворительными, а какие — нежелательными.

Уотсон, Тарп и др. предложили систему классификации разнообразных доступных вмешательств на основе азбучной модели. Они описывают три основные категории вмешательств: основанные на предпосылках, основанные на поведении и основанные на последствиях (табл. 18). Некоторые из этих техник помогают контролировать эмоциональные реакции (эмоционально-ориентированные); другие дают возможность прямо воздействовать на проблемную ситуацию (проблемно-ориентированные). Лучшие стратегии преодоления стресса сочетают в себе оба вида техник.

Таблица 18

### Основные категории вмешательств

Предпосылки (А)	Поведение (В)	Последствия (С)
Изменение предшествующих событий, служащих триггерами нежелательному поведению	Модификация мыслей, чувств и действий путем замещения нежелательного поведения желательным или путем отработки желательных действий	Изменение событий, следующих за нежелательным поведением и поддерживающих его. Закрепление желательного поведения

**Модификация старых предпосылок.** В модификации поведения-мишени может сыграть важную роль изменение существующего поведенческого фона. На этом основаны четыре вида вмешательств: избегание предпосылок, сужение контролирующего влияния предпосылок, новое восприятие предпосылок и изменение звеньев в цепи событий.

**Избегание предпосылок.** Зачастую хорошим методом совладания становится простое избегание раздражителя, который «заводит» человека и заканчивается нежелательным поведением. Однако некоторых ситуаций нельзя избегать постоянно. В этих случаях избегание предпосылок может оказаться полезным — клиент может применять ее до тех пор, пока не научится контролировать свое поведение с помощью других вмешательств.

**Сужение контролирующего влияния предпосылок.** Сужение круга или уменьшение количества ситуаций, в которых может развиваться нежелательное поведение, помогает прекратить нежелательное поведение.

**Новое восприятие предпосылок.** Если предпосылок нельзя избежать, то контроль над поведением может помочь изменение мыслей в отношении пускового фактора. Новый взгляд на ситуацию — эффективная уловка в борьбе с искушением.

**Изменение звеньев в цепи событий.** Многие разновидности поведения являются результатом достаточно длинной цепочки событий, входящих в «азбуку». Последствия



могут превращаться в предпосылки нового поведения. По мере удлинения цепь становится прочнее и с большим трудом поддается изменению. Цель состоит в том, чтобы разорвать звенья цепи и этим изменить события, ведущие к нежелательному поведению. Цель лучше разрывать ближе к началу — там, где ее звенья слабее всего. Изменить звенья в цепи, приводящей к тому или иному поведению, помогут три совета: сделать паузу, прежде чем ответить; сделать паузу для записи и разъединить цепь событий.

**Основные техники модификации старых предпосылок.** Пауза перед ответом. Смысл заключается в том, чтобы взять паузу, в которой клиент отказывается от действий, прежде чем отреагирует. Пауза для записи. Сделайте паузу, чтобы записать поступок до того, как он произойдет, — это часто помогает снизить частоту проявлений того или иного поведения. Чем ближе к началу цепочки событий клиент вмешивается, тем выше его шансы на успех. Разъединить цепь событий. Другая техника изменения звеньев поведения состоит в том, чтобы вставить предпосылки, приводящие к желательному поведению.

**Создание новых предпосылок.** Создание новых событий, запускающих желаемое поведение, часто оказывается очень полезной стратегией в рамках проекта по успешному изменению поведения. Существует *шесть техник, основанных на этой идее*: обращение к позитивному самовнушению, устранение негативного самовнушения, остановка мыслей, создание новых контролирующих стимулов, генерализация стимулов и заблаговременное привлечение / программирование социальной среды.

**Обращение к позитивному самовнушению.** Эта техника призвана развивать новый и позитивный внутренний диалог в проблемных ситуациях. Составьте перечень фраз, которые вы скажете себе в трудной ситуации, — они напомнят вам, что нужно сделать. Например, непосредственно перед публичным выступлением вы можете сказать себе: «Расслабься, глубоко вздохни; ты готов к этому; улыбнись; говори громко и поддерживай контакт глаз».

**Устранение негативного самовнушения.** Предположим, вы вернулись в исходную ситуацию и нервничаете. Возможно, вы ловите себя на мысли: «Все эти люди устали на меня; я наверняка скажу или сделаю какую-нибудь глупость, а они будут смеяться, и мне придется просто уйти». Это негативное самовнушение, и задача техники — устранить его. Если вы будете говорить себе, что провалитесь, то так оно и будет. Замените негативные инструкции позитивными из тех, что мы упомянули выше.

**Остановка мыслей.** Это другой способ самовнушения, который можно использовать в сочетании с двумя предыдущими техниками. Цель здесь — мысленно крикнуть «Стоп!» при первом появлении нежелательной мысли. Затем замените ее более подходящей мыслью, которая способствовала бы вашему продвижению к цели.

**Создание новых контролирующих стимулов:** материальная и социальная среда. Идея этой техники состоит в том, чтобы контролировать материальное и социальное окружение так, чтобы запускать желаемое поведение. Просто поместите себя в обстановку, в которой вы склонны вести себя желаемым образом. Например, если вы, наблюдая за своим обычным поведением, открыли, что для вас слишком велико искушение смотреть телевизор вместо того, чтобы заниматься, то измените обстановку так, чтобы она облегчала учебу, то есть отправляйтесь в библиотеку, чтобы продлить свое учебное время. Вы не сможете смотреть там телевизор и, кроме того, окажетесь в окружении других занятых людей.

**Генерализация стимулов.** Эта техника описывает процесс, посредством которого поведение, приобретенное под действием одной предпосылки, будет актуализироваться действием аналогичных предпосылок. Другими словами, его цель — распространить желательное поведение на самые разнообразные ситуации. Например, если вы

научились избавляться от нервозности при выступлениях, снабдив себя позитивными инструкциями, попробуйте применить их и к другим социальным триггерам, скажем вечеринкам или встречам с новыми людьми.

**Заблаговременное привлечение / программирование социальной среды.** Эта техника предполагает создание условий, в которых смогут включиться полезные навыки. Возможно, окажется полезным «контракт», заключенный с самим собой. Кроме того, можно обратиться за помощью к другим людям.

## ТЕХНИКА «СОЗДАНИЕ РАССЛАБЛЯЮЩИХ ОБРАЗОВ»

Работу с этой техникой необходимо начинать с упражнения на прогрессирующую мышечную релаксацию, описанную выше.

**Инструкция.** Позвольте своему вниманию сфокусироваться на ощущениях напряжения и расслабления по мере того, как вы будете задействовать все девять мышечных групп. Если вас посетят беспокойные или нежелательные мысли, спокойно отодвиньте их в сторону, возвращая внимание к ощущениям, которые вы создаете в ваших мышцах.

Когда вы закончите упражнение, оставайтесь в расслабленном состоянии и дышите очень глубоко и медленно, одновременно фокусируясь на характере ощущений, вызываемых релаксацией. Последняя может ощущаться как легкость или тяжесть, тепло или прохлада, свет или темнота. Это лишь несколько примеров того, как люди обычно описывают ощущение расслабленности. Отметьте в уме лишь несколько определений, которые наилучшим образом описывают ваше личное ощущение расслабленности.

Теперь проработайте основные ощущения, соответствующие вашему состоянию расслабленности, и постарайтесь развить четкие образы, ассоциирующиеся с ними. Если, например, расслабленность ощущается очень тяжелой, прохладной и темной, вы можете усилить эти чувства, вообразив себя лежащим посередине большой кровати, утопающим в матрасе, который полностью поглощает и поддерживает вас. Вы можете представить, что смотрите из недр постели в прекрасную звездную ночь, а приятный прохладный ветерок мягко шелестит листьями за вашим распахнутым окном. Если вы обнаружите, что ощущение расслабленности больше соответствует легкому, теплomu и светлomu, то можете представить себя лежащим на пляже в ясный солнечный день. Ощущение тепла и тяжести можно усилить, представив себя погруженным в мягкий теплый песок; слушающим волны, которые накатываются на берег, и пение далеких птиц. Почувствуйте нежный океанский бриз, вдыхая характерные запахи океана. Вы приобретаете контроль над образами, стараясь сделать их как можно более приятными. Привяжите образы к ситуациям, которые действуют на вас особенно расслабляюще.

В данном случае работает ваше воображение; образы, которые вы создаете, не существуют в реальном мире. Ваша кровать может стоять в лесу или на пляже. Вы можете убрать комаров, приказав солнцу не быть слишком жарким, обеспечить себе полную и постоянную безопасность. Здесь нет никаких правил; вы — хозяин этих образов. Ваша единственная цель состоит в том, чтобы создать живые образы, в которых будут задействованы все сенсорные модальности (зрение, слух, обоняние, вкус, осязание), усиливающие для вас чувство расслабленности. Ваша основная задача — создать четкие образы и связать их с ощущениями расслабленности так, чтобы вы могли с их помощью вызывать релаксацию в ситуациях, в которых другие релаксирующие техники могут оказаться неуместными.



## ТЕХНИКА «СВОБОДНАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ»

Эту технику также желательно совмещать с техниками мышечной релаксации.

К визуализации можно также прибегать с целью сделать более приятной и глубокой релаксацию. Например, некоторые люди находят в ощущении релаксации чрезвычайную легкость, как будто они плавают. Сравнительно легко создавать образы, где ощущение плавания может быть трансформировано в ощущение полета, а это чувство многим людям кажется очень приятным, расслабляющим и освежающим.

**Инструкция** (после выполнения упражнения ТПР). Продолжайте дышать глубоко и медленно и обратите внимание на ощущение легкости в конечностях и теле. Для первого полета позвольте себе в положении сидя выплыть из кресла, а затем дайте своему телу плавно вернуться обратно. Упражняйтесь с этим образом до тех пор, пока не сможете легко «взлетать» и «приземляться». Помните, что здесь мы работаем с образами. Если вы хотите летать, то не сможете взять с собой материал из учебника физики. Вы можете как угодно управлять своим полетом, но вот вам простой совет: поднимите голову, когда вы захотите взлететь, и опустите ее, когда захотите опуститься.

Увеличивайте и уменьшайте скорость при помощи рук (распростертые руки с растопыренными пальцами будут медленно опускать вас вниз, а плотно прижатые к телу — устремлять вверх) и ног. Веселое занятие — летать с птицами и кататься на облаках. Если вы хотите летать или создать свой личный мир релаксации, то все, что вам нужно, — это выполнить релаксирующие упражнения ТПР, а потом обратиться к помощи воображения, творя яркие образы для создания собственной расслабляющей обстановки.

Большинство из нас имеет опыт создания внешних образов. Это касается визуального представления себя, совершающего какое-либо действие (как будто на экране домашнего кинотеатра). Внешние образы помогают, когда вы впервые приступаете к освоению нового навыка, и могут помочь исправить неточности, поскольку позволяют «увидеть» примененный навык и выявить ошибку. Затем вы продолжаете фантазировать, исправляя недостаток, пока не получите совершенный мысленный образ. Внутренние образы могут потребовать больших усилий, но это самый важный навык, который необходимо выработать. При внутреннем воображении зрительное представление захватывает вас целиком. В противоположность внешнему воображению, при котором вы воспринимаете свое тело как зритель, в процессе внутреннего воображения вы рассматриваете себя самого и испытываете те же телесные ощущения, какие возникают, когда вы практикуетесь в спортивном мастерстве.

Вам надо пробовать упражняться в визуализации по пять-семь минут несколько раз в неделю.

## КОНТРОЛЬ НАД ГНЕВОМ И ВЫРАБОТКА УСТОЙЧИВОСТИ К ФРУСТРАЦИИ

Гнев — естественная повседневная эмоция, которая, как и тревога, может привести к серьезным негативным последствиям для душевного и физического здоровья, если останется неразрешенной. Гнев может быть реакцией на стрессовую ситуацию (кто-то подрезает вас на трассе) и причиной стресса. В гневе нет ничего неправильного или дурного. Когда с гневом обходятся с должной уверенностью, его негативные

последствия сводятся к минимуму и могут послужить началом адекватного изменения. Гнев превращается в проблему, когда люди либо держат его в себе и позволяют гневу разрушать себя изнутри, никогда по-настоящему не выпуская негативную эмоцию, либо гнев приводит их к неадекватному агрессивному поведению. Проблемы контроля над гневом касаются как ощущения избыточного и нежелательного гневного чувства, так и агрессивного / патогенного поведения, которое может его сопровождать.

Одной из простейших и самых действенных техник обуздания гнева является следующая: при первых признаках растущего гнева три раза глубоко вздохните и сбросьте напряжение с плеч. Глубокое дыхание — самая фундаментальная техника эмоционального регулирования, которую вы можете использовать в борьбе с гневом и другими негативными эмоциями.

**Инструкция.** Позитивные утверждения могут быть исключительно полезными для контроля над гневом. Рассмотрите некоторые позитивные утверждения, представленные в таблице, и соотнесите их с вашей конкретной ситуацией.

Таблица 19

### Позитивные утверждения

Общее утверждение	Индивидуально значимое утверждение
Я не собираюсь позволить этому факту расстроить меня	
Я намерен сохранять спокойствие и держать себя в руках	
Я не хочу, чтобы это со мной происходило, но я смогу с этим справиться	
Расстройство только ухудшит ситуацию	
Я могу принять это, даже не будучи согласным	
Я сильнее, чем эта эмоция	
Я не могу контролировать развитие этой ситуации, но я могу контролировать себя	
Я скорее получу желаемое, если не буду поднимать шум из-за этого	
Он может потратить на это свой день, но я не собираюсь дать ему вывести меня	

Вы можете сделать это, вставляя имена реальных людей и описывая реальные ситуации. Излагайте утверждения наиболее удобными для вас словами (например, первое общее позитивное утверждение «Я не собираюсь дать этому делу расстроить меня» могло бы превратиться в «Я не позволю расстроить себя из-за несогласия с мужем в том, где нам провести отпуск»). В минуты гнева дышите глубоко и медленно, повторяя про себя разработанные вами позитивные утверждения. Сочетающиеся с глубоким дыханием, они являются техникой, которая позволяет вам контролировать вашу реакцию на стрессовую ситуацию. После того как вы обретете больший контроль над своим гневом, вы можете воспользоваться одной из деятельно-ориентированных техник (например, выработкой навыков уверенности в себе, чтобы попытаться более конструктивно управлять ситуацией).

### Выпускные клапаны для гнева

**Устранитесь от ситуации.** Это проблемно-ориентированная стратегия, которая создает дистанцию между человеком и причиной, вызывающей его гнев. Эта дает ему возможность



остыть и с большей эффективностью воспользоваться техникой глубокого дыхания и позитивными утверждениями. Не менее важно то, что выход из ситуации предохранит клиента от импульсивных или агрессивных действий, которые могут усугубить ситуацию.

**Выполняя упражнения, гоните гнев прочь.** Рекомендуется ходить, бегать или выполнять любые другие физические упражнения, чтобы попытаться разрядить сдерживаемое возбуждение. Клиент может упражняться, пока не устанет и пока не отступят гневные чувства.

**Изометрические упражнения.** Если нет возможности заняться физическими упражнениями, попробуйте изометрические упражнения. Упритесь руками в стену и толкайте изо всех сил, пока мышцы не обессилят.

**Вопите и кричите.** В буквальном смысле слова. Предложите клиенту вопить и кричать, сколько хватит воздуха в легких, пока не выбьется из сил. Но вопить и кричать в одиночестве, а не на кого-то еще.

**Бейте подушку.** Если клиент рассердился настолько, что чувствует потребность кого-нибудь ударить, можно рекомендовать ему отправиться в спальню и выбить дух из его подушки. Взять полотенце и лупить постель, пока не устанет.

**Гнев и нереалистичные убеждения.** Когда жизнь к нам несправедлива, нам очень трудно увидеть, что в гневе и фрустрации, которые мы испытываем, отчасти повинны наши собственные мысли и убеждения. И все же неприглядная истина в том, что жизнь не является справедливой, никогда такой не была и никогда не будет. Мы превратимся в вечно злобных и жалких людей, коль скоро критерием нашего счастья станет идеальный мир, в котором с нами всегда будут поступать по справедливости.

И все же если позволить себе остаться сердитым из-за того, что кто-то доставил неприятности, и дать гневу возможность терзать нас и саднить, как открытая рана, то мы откажемся от контроля над нашим эмоциональным и физическим здоровьем. Люди и вещи не властны над тем, чтобы сделать нас злыми, пока мы не откажемся от власти над своими эмоциями. То, как мы думаем, весьма направленно влияет на то, что мы чувствуем. Иногда людям трудно принять идею, гласящую, что нереально ждать от жизни неизменной справедливости; эти люди ошибочно полагают, будто принимать вещи такими, какие они есть, равнозначно их одобрению. Принятие и одобрение — во все одно и то же.

**Контроль над гневом через прощение.** Исследования показали, что человек, стремясь избавиться от гнева и прощая тех, кто причинил ему вред, должен найти способ проникнуться чувствами и мыслями этого другого человека. Мы должны постараться увидеть события с другой точки зрения. Вера в высшую силу оказывается поистине универсальной в различных культурах. В жизни многих людей молитва, исповедь и милосердие — могущественные силы, к которым можно обратиться в минуты сильного гнева, наряду с рассмотренными выше дыханием, воображением и техниками когнитивного переструктурирования.

## ТЕХНИКА «ПОДАВЛЕНИЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ МЫСЛЕЙ»

В целом техники подавления мыслей позволяют справиться с рецидивизирующими тревожными мыслями, еще не приобретшими характера истинных навязчивостей. Другой тип нежелательных мыслей, при котором эффективно подавление, — повторяющиеся

грезы наяву. У некоторых людей повторяющиеся грезы наяву становятся навязчивыми, вызывая заторможенность и апатию в ситуациях, где действие оказалось бы более эффективной стратегией преодоления. Техника подавления мыслей требует полной погруженности в тревожные или неприятные размышления, чтобы затем, по сигналу, резко их оборвать. При этом сигнал, выполняющий роль стимула, может быть достаточно демонстративным. Типичные стимулы к приостановке мыслей включают выкрикивание слова «Стоп!» с одновременным вставанием или ударом по столу или каким-нибудь другим подобным действием.

### Процедура подавления мыслей

1. **Избавьтесь от всего, что вам мешает.** Проводите упражнение в таком месте, где вас никто не услышит.

2. **Вызовите нежелательные мысли.** Позвольте себе погрузиться в нежелательные размышления. Подавление мыслей работает лучше, когда вы действительно проникнетесь ими, нежели в случае, когда вы просто представляете себе определенную ситуацию. Если вас преследуют навязчивые мысли о микробах, думайте обо всех микробах, с которыми вы сегодня соприкоснулись. Если вы склонны тревожиться, выключили ли вы плиту или утюг, то подумайте, что, может быть, сегодня вы забыли ее выключить. Если вами овладевает повторяющаяся нежелательная фантазия, погрузитесь в нее. Какой бы ни была ваша обычная тревожная или беспокойная мысль, обычно вы в состоянии позволить ей проявиться, просто дав себе волю подумать на соответствующую тему.

3. **Прервите нежелательные мысли.** Подавите нежелательные мысли, встав и громко выкрикнув: «Стоп!» Вы должны действительно громко крикнуть. Если прерывание не будет демонстративным, техника не сработает. Стоя в течение 30 секунд, думайте о чем-то нейтральном, не вызывающем тревоги. Если через 30 секунд нежелательные мысли вернутся, то снова кричите: «Стоп!»

4. **Постепенно найдите замену «громкому подавлению».** Когда громогласное «Стоп!» будет на 30 или более секунд избавлять вас от нежелательной мысли, попробуйте заменить крик сигналами, которые будут требовать все меньшего и меньшего участия голоса. От крика перейдите к произнесению этого слова обычным голосом. Затем перейдите на шепот. Наконец, кричите себе «Стоп!» беззвучно. «Услышьте» в мыслях, как вы произносите это, напрягая голосовые связки и двигая языком так, как если бы произносили слово вслух, но проговорите его про себя.

5. **Выберите более приемлемые мысли.** Когда вы придете к тому, что будете подавлять нежелательные мысли, сказав себе «Стоп», начните замещать их более адекватными компенсирующими утверждениями.

## ТЕХНИКА «ЛОКАЛИЗАЦИЯ ТРЕВОГИ»

Вмешательство, предполагающее локализацию тревоги, имеет целью выделить специально предназначенные для беспокойства периоды времени, когда человек напряженно думает и беспокоится о своих проблемах. В другое время суток беспокойство запрещено. Индивид, изолируя процесс беспокойства и привязывая его к ограниченному набору условий, тем самым ограничивает количество сигналов, связанных с беспокойными мыслями. Это вариант техники, описанной выше в связи с сужением



контроля со стороны предпосылок. Идея здесь заключается в том, чтобы изменить условия и, следовательно, триггеры беспокойного поведения.

#### Процедура локализации тревоги

1. Воспользуйтесь структурированным дневником, изложенным ранее для пристального наблюдения за своими мыслями в течение дня. Идентифицируйте ситуации и последствия, которые вызывают эпизоды беспокойства. Обратите особое внимание на триггеры, запускающие ваше беспокойство.

2. Выделите получасовой «период беспокойства», который будет иметь место ежедневно в одно и то же время и в одном и том же месте.

3. Не допускайте никакого беспокойства вне вашего специально выделенного периода.

4. Если беспокойные мысли будут одолевать вас вне этого периода, отвлекитесь от них, сфокусировав внимание на задачах момента или чем-то еще, входящем в ваше непосредственное окружение. На этой стадии некоторые люди предпочитают описанную выше технику подавления мыслей в том случае, если они не в состоянии отвлечься от них.

5. Необходимо использовать «период беспокойства» именно для беспокойства. Проведите полчаса в напряженных размышлениях и тревогах о ваших проблемах. Такая практика поможет вам разорвать цепь сигналов, которые провоцируют тревогу в другое время суток.

### ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ И РАЗМЫШЛЕНИЙ

1. Вспомните основы техники волевой саморегуляции.
2. Что представляет собой прогрессивная мышечная релаксация?
3. Вспомните основные дыхательные техники саморегуляции.
4. Как следует готовить себя к преодолению экстремальных физических трудностей?
5. Что представляет собой контроль над гневом и выработка устойчивости к фрустрации?
6. Что представляет собой группа техник визуализации и воображения?
7. В чем заключается специфика экстремально-управленческой подготовки руководителей?

### ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Бодров В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление. М. : ПЕР СЭ, 2006.
- Столяренко А. М. Экстремальная психопедагогика : учебное пособие для вузов. М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2002.
- Караяни А. Г. Психологическое обеспечение боевых действий личного состава частей сухопутных войск в локальных военных конфликтах : монография. М., 1998.

### ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Гринберг Дж. Управление стрессом. 7-е изд. СПб. : Питер, 2002.
- Игумнов С. А. Управление стрессом: современные психологические и медикаментозные подходы. СПб. : Речь, 2007.
- Емельянов Ю. Н. Активные групповые методы социально-психологической подготовки специалистов. Л., 1985.
- Кадочников А. А. Психологическая подготовка к рукопашному бою. Ростов н/Д. : Феникс, 2003.
- Каменюкин А. Г., Ковпак Д. В. Антистресс-тренинг. СПб. : Питер, 2004.
- Комаров К. Э. Психологическая подготовка к действиям в условиях повышенного риска (стресс-менеджмент) : учебно-методическое пособие. М., 2002.
- Организация профессиональной психологической подготовки сотрудников органов внутренних дел : методическое пособие. М. : ГУК МВД России, 2003.
- Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных / под общей ред. Ю. С. Шойгу. М. : Смысл, 2007.
- Психологическая подготовка военнослужащих : учебно-методическое пособие. М. : ЦВСПИ ВС РФ, 1993.
- Психологическая подготовка сотрудников отделов специального назначения к действиям в экстремальных условиях: развитие навыков саморегуляции и саморефлексии. М. : ФСИН России, УФСИН России по Костромской области, 2007.
- Сандомирский М. Е. Защита от стресса. М., 2001.
- Хрестоматия по военной психологии / Сост. Р. В. Кадыров. Владивосток : ТОВМИ, 2008.
- Шлахтер В. В. Человек — оружие. Курс профессиональной психофизической подготовки бойца. СПб. : РЕСПЕКС, 2002.



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Высокие требования предъявляет современная жизнь, насыщенная экстремальными ситуациями, к каждому человеку. Успешность или неудача человека в испытаниях жизни определяются в решающей степени не самим фактом экстремальных ситуаций, а его подготовленностью к ним.

Психологическую помощь людям, пережившим чрезвычайную ситуацию, необходимо оказывать, отказавшись от привычной «терапии симптомов», и рассматривать как психологическое сопровождение личности, направленное на позитивные изменения с целью интеграции и развития всех уровней функционирования индивида. Для этого психологу нужно помнить следующее:

1. Основная профессиональная функция психолога в этой работе — помощь человеку в удержании экзистенциальных противоречий, неизбежных в процессе изменений. Для этого надо быть сопереживающим и «любящим, а не добреньким»: только так можно удержать человека от абсолютно естественного желания убежать от боли.

2. Чтобы реально помочь человеку, нужно много знать. Здесь знания и об особенностях позитивного и негативного переживания психической травмы, и о тех внутренних трудностях, которые могут тормозить перестройку образа жизни человека, и о динамике переживания последствий экстремальной ситуации.

3. Кроме знаний нужны и умения — важно в совершенстве овладеть психотехниками, которые наиболее адекватны и эффективны на различных этапах работы с пострадавшими. При этом необходимо учитывать, что работа обязательно должна вестись на всех уровнях личности одновременно (телесном, социальном, психологическом и духовном).

4. Психологу, работающему с людьми, пережившими экстремальную ситуацию, важно быть в ладу с чувствами, возникающими у него в процессе работы. Признаем мы это или нет, но психолог неизбежно подвергается воздействию со стороны своих клиентов, состояние которых может быть заразительно.

5. Для работы с психотравмированными людьми также необходима личностная зрелость. Психолог должен быть психически устойчивым, надежным, осознавать свои достоинства и трезво оценивать ограниченность собственных возможностей и свою человеческую уязвимость.

Оказывая психологическую помощь лицам, пережившим травмирующие ситуации, психологу необходимо помнить, что их реакции нормальны и что нет человека, который не переживал бы последствия кризисных или экстремальных ситуаций.

## ЛИТЕРАТУРА<sup>131</sup>

- Абабков В. А., Перре М. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. СПб. : Речь, 2004. 166 с.
- Абдурахманов Р. А. Психологические трудности общения и их коррекция у ветеранов боевых действий в Афганистане : дис. ... канд. психол. наук. М., 1994. 223 с.
- Аболин Л. М. Психологические механизмы эмоциональной устойчивости человека. Казань: Казанский университет, 1997. 262 с.
- Абульханова-Славская К. А. Стратегия жизни. М. : Мысль, 1991. 299 с.\*
- Авдеев В. В. Психологические основы повышения эффективности деятельности работников ОВД в экстремальных условиях. М. : Академия МВД СССР, 1999. 124 с.\*
- Акулич А. Л. Возможности психологического влияния православия на личностный смысл боевой деятельности офицера : автореферат дис. ... канд. психол. наук. М., 1996. 24 с.
- Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. Ростов н/Д. : Феникс, 1997. 576 с.\*
- Александровский Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация. М. : Наука, 1976. 272 с.
- Алиев Х. М. Ключ к себе: Этюды о саморегуляции. М. : Молодая гвардия, 1990. 222 с.\*
- Алиев Х. М. Методическое руководство по использованию метода психофизиологической саморегуляции «Ключ» для специалистов детских центров реабилитации. М., 1997. 121 с.\*
- Алман Б. М., Ламбру П. Т. Самогипноз: Руководство по изменению себя / Пер. с англ. Т. К. Круловой. М. : Класс, 1995. 192 с.
- Антипов В. В. Психологическая адаптация к экстремальным ситуациям. М. : ВЛАДОС-ПРЕСС, 2004. 174 с.
- Анцупов А. Я. Социально-психологические проблемы предупреждения и разрешения межличностных конфликтов во взаимоотношении офицеров. М. : ГАВС, 1992. 261 с.
- Апчел В. Я., Цыган В. Н. Стресс и стрессоустойчивость человека. СПб. : ВМА, 1999. 86 с.
- Аръес Ф. Человек перед лицом смерти. М. : Прогресс, 1992. 526 с.
- Ассаджиоли Р. Психосинтез: Принципы и техники : [пер. с англ.]. М. : Психотерапия, 2008. 384 с.\*
- Бабосов Е. М. Катастрофы: Социологический анализ. Минск, 1995. 471 с.
- Барабаш В. И., Баронов В. А., Лобастов О. С. Психоневрологическая помощь в условиях современной войны : учебное пособие. Л. : ВМедА, 1968. 106 с.
- Баскаков В. Ю. Танатотерапия: теоретические основы и практическое применение. М. : Институт Общегуманитарных Исследований, 2007. 176 с.
- Бассин Ф. В., Рожнов В. Е., Рожнова М. А. Психическая травма (к современному пониманию ее природы и общих принципов ее психотерапии) // Руководство по психотерапии / под ред. В. Е. Рожнова. Ташкент : Медицина, 1979. 620 с.
- Белюсова Г. И. Формирование психической устойчивости к факторам чрезвычайной ситуации : методические рекомендации. Пермь : МИГ, 2006. 108 с.

<sup>131</sup> Источники, выделенные \*, использовались при составлении данного пособия.



- Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. М. : Наука, 1988. 207 с.
- Березовец В. В. Социальная защита и социально-психологическая реабилитация ветеранов локальных войн. М. : Вера плюс, 1997. 110 с.
- Беркон Т. Экстремальная духовность. Потрясающее путешествие за внутренние границы / под ред. И. Старых. Киев : София; М. : София, 2004. 224 с.
- Бермант-Полякова О. В. Посттравма: диагностика и терапия. СПб. : Речь, 2006. 248 с.
- Бодров В. А. Информационный стресс : учебное пособие для вузов. М. : ПЕР СЭ, 2000. 352 с.
- Бодров В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление. М. : ПЕР СЭ, 2006. 528 с. \*
- Боевой стресс: стратегии коррекции : сборник научных трудов / под ред. И. Б. Ушакова, Ю. С. Голова. М. : Воентехиниздат МО РФ, 2002. 146 с.
- Брагин В. А. Мотивы совершения террористического акта и способы самооправдания современного террориста : автореферат дис. ... канд. психол. наук. М., 2001.
- Броневицкий Г. А. Психология военных моряков: психические состояния. СПб. : Образование—Культура, 2001. 158 с.
- Булавцев В. Д. Войсковая психологическая реабилитация летного состава : дис. ... канд. психол. наук. М., 1994. 203 с.
- Бурлачук Л. Ф., Коржова Е. Ю. Психология жизненных ситуаций : учебное пособие. М. : Рос. педаг. агентство, 1998. 263 с.
- Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением. М. : Медицина, 1989.
- Бьюдженталь Д. Искусство психотерапевта. СПб., 2001.
- Бьюдженталь Д. Наука быть живым. М. : Класс, 1998. 336 с. \*
- Вагин И. Психология жизни и смерти. СПб. : Питер, 2001. 160 с. \*
- Василюк Ф. Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций. М. : МГУ, 1984. 200 с.
- Ведяев Ф. П., Воробьева Т. М. Модели и механизмы эмоциональных стрессов. Киев : Здоров'я, 1983. 136 с.
- Велик Я. Я. Психологическая саморегуляция в экстремальных условиях деятельности. М., 1989. 214 с. \*
- Виткин Дж. Женщина и стресс. СПб., 1996. 320 с.
- Владиславова Н. Русское НЛП. Полный курс НЛП-практик. М. : София, 2008. 512 с.
- Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. СПб. : Питер, 2008. 336 с.
- Военная психология и педагогика. М. : Совершенство, 1998. 376 с.
- Военная психология: методология, теория, практика. Ч. 1–2. М. : ВУ, 1998. 192 с.
- Возможности ранней диагностики и коррекции острых стрессовых нарушений у участников ликвидации последствий террористических актов : учебно-методическое пособие. М. : ФГУ «ВЦМК «Защита», 2005. 27 с.
- Воинский труд: наука, искусство, призвание : монография / Л. Г. Лаптев [и др.]. М. : Совершенство, 1998. 471 с.
- Волкан В., Зинтл Э. Жизнь после утраты : психология горевания / [пер. с англ.]. М. : Когито-Центр, 2007. 160 с.

- Волович В. Г. Человек в экстремальных условиях природной среды. М. : Мысль, 1983. 203 с.
- Волошин В. М. Посттравматическое стрессовое расстройство (клиника, динамика, течение и современные подходы к психофармакотерапии) : автореферат дис. ... докт. мед. наук. М., 2004.
- Вольф Д., Меркеле Р. Как понимать чувства и справляться с проблемами: Практические рекомендации по преодолению страхов, неуверенности, неполноценности, вины, ревности, депрессивных состояний / [пер. с нем.]. Новосибирск : Наука, 2000. 128 с.
- Вяткин Б. А. Управление психическим стрессом в спортивных соревнованиях. М. : Физкультура и спорт, 1981. 112 с.
- Гарик Дж. Двенадцать шагов: Программа самостоятельной реабилитации для ветеранов войны в Афганистане : [пер. с англ.]. New York, 1992. 31 с.
- Гарфилд С. Практика краткосрочной психотерапии. СПб. : Питер, 2002. 256 с. \*
- Гиляровский В. А. Избранные труды. М., 1973. 328 с.
- Гиляровский В. А. Старые новые проблемы психиатрии. М., 1946. 197 с.
- Гиссен Л. Д. Клиника и профилактика невротических реакций, возникающих в экстремальных условиях : автореферат дис. ... докт. мед. наук. М., 1975.
- Гнездилов А. В. Психология и психотерапия потерь. Пособие по паллиативной медицине для врачей, психологов и всех интересующихся проблемой. СПб. : Речь, 2004. 162 с.
- Грачева Л. В. Тренинг внутренней свободы. Актуализация творческого потенциала. СПб. : Речь, 2003. 60 с.
- Гринберг Дж. Управление стрессом. 7-е изд. СПб. : Питер, 2002. 496 с.
- Гришина Л. Н. Прогнозирование склонности к совершению несанкционированных действий военнослужащих в особых условиях деятельности : дис. ... канд. психол. наук. Тверь, 1999. 191 с.
- Гроф С., Хэлифакс Дж. Человек перед лицом смерти. М., 1996. 246 с.
- Гроф С. За пределами мозга: Рождение, смерть, и трансценденция в психотерапии / [пер. с англ.]. А. Андрианова, Л. Земской, Е. Смирновой; под общ. ред. А. Дегтярева. М. : АСТ, 2002. 504 с.
- Гуревич К. М. Профессиональная пригодность и основные свойства нервной системы. М. : Наука, 1970. 272 с.
- Гуревич П. С. Психология чрезвычайных ситуаций. М. : Юнити, 2007. 495 с.
- Гурин И. В. Клиническая динамика и терапия посттравматических стрессовых расстройств у пострадавших с ожогами : автореферат дис. ... канд. мед. наук. М., 1996.
- Дако П. Новое искусство жить / [пер. с франц.]. М. : Институт практической психологии. 1995. 256 с.
- Данильченко С. А., Кадыров Р. В., Кулешов В. Е. Отношение к смерти и бессмертию на войне : монография. Владивосток : ТОВМИ им. С. О. Макарова, 2007. 112 с.
- Дейтс Б. Жизнь после потери. М. : Фаир-пресс, 1999. 304 с.
- Деркач А. А., Зазыкин В. Г. Профессионализм деятельности в особых и экстремальных условиях (психолого-акмеологические основы). М. : РАГС, 1998. 178 с.
- Дерягина Л. Е., Сидоров П. И., Соловьев А. Г. Адаптивное поведение человека в экстремальных условиях среды. Архангельск : СГМУ, 2001. 123 с.
- Джеймс Х. Душевные омуты: Возвращение к жизни после тяжелых потрясений : [пер. с англ.]. М. : Когито-Центр, 2006. 192 с.



- Диагностика в арт-терапии. Метод «Мандала» / под ред. А. И. Копытина. СПб. : Речь, 2005. 80 с.
- Дикая Л. Г. Психическая саморегуляция функционального состояния человека (системно-деятельностный подход). М. : Институт психологии РАН, 2003. 318 с.
- Доскин В. А. Профилактика экзаменационного стресса // Школа и психическое здоровье учащихся / под ред. С. М. Громбаха. М. : Медицина, 1988.
- Дружинин В. Ф. Мотивация деятельности в чрезвычайных ситуациях. М. : МНЭПУ, 1996. 165 с.
- Дьяченко М. И. Психологический анализ боевой деятельности советских воинов. М. : ВПА, 1974. 105 с.
- Дьяченко М. И., Кандыбович Л. А., Понаморенко В. А. Готовность к деятельности в напряженных ситуациях: Психологический аспект. М. : МГУ, 1985. 206 с.
- Евдокимов В. И. Рефлексопрофилактика утомления и профессионального стресса. Кировоград : Кировоградская правда, 1990. 104 с.
- Емельянов Ю. Н. Активные групповые методы социально-психологической подготовки специалистов. Л., 1985. 168 с.\*
- Ещенко Н. Г. Негативные психические состояния в деятельности сотрудников специальных отрядов быстрого реагирования и пути преодоления их последствий : дис. ... канд. психол. наук. Тверь, 1997. 186 с.
- Жариков Е. С. Психологические средства стрессоустойчивости. М. : Моск. кадровый центр, 1990. 32 с.
- Жданов О. И. Технологии самосбережения в экстремальных условиях: Практикум для госслужащих / под ред. А. А. Деркача. М. : РАГС, 1998. 79 с.
- Жмуров В. А. Психопатология. Психопатологические синдромы : учебное пособие. Иркутск : Изд-во Иркут. Ун-та, 1994. С. 61–86.
- Журавлева Т. М., Сафонова Т. Я., Цымбал Е. И. Помощь детям — жертвам насилия. М. : Генезис, 2006. 112 с.
- Зазыкин В. Г. Деятельность специалистов в особых условиях (психолого-акмеологические основы) / отв. ред. А. А. Деркач. М. : НИИВО, 1994. 267 с.
- Залевский Г. В. Основы современной бихевиорально-когнитивной терапии и консультирования. Томск : ЦПКЖК, 2002. 112 с.
- Захарик С. В. Формирование психологической устойчивости у воинов-десантников к влиянию современного боя (на основе опыта боевых действий в Афганистане) : дис. ... канд. психол. наук. М., 1993. 271 с.
- Зейгарник Б. В., Братусь Б. С. Очерки по психологии аномального развития личности. М. : МГУ, 1980. 169 с.
- Зиновьева Н. О., Михайлова Н. Ф. Психология и психотерапия насилия. Ребенок в кризисной ситуации. СПб. : Речь, 2003. 248 с.
- Иванников В. А. Психологические механизмы волевой регуляции. М. : УРАО, 1998. 144 с.
- Иванов Ф. И. Реактивные психозы в военное время. Л. : Медицина, 1970. 167 с.
- Игумнов С. А. Управление стрессом: современные психологические и медикаментозные подходы. СПб. : Речь, 2007. 112 с.
- Идрисов К. А. Динамика посттравматических стрессовых расстройств у гражданских лиц, переживших угрозу жизни в зоне локального конфликта : дис. ... канд. мед. наук. М., 2002.

- Избранные вопросы медицинской психологии, психиатрии и морской медицины / под ред. Г. Ю. Шараевского. М. : Военное издательство, 1993. 123 с.
- Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. СПб. : Речь, 2005. 400 с.
- Искусство исцеления души: Этюды о психологической помощи. Пособие для практических психологов / Е. П. Караблина [и др.]; под ред. Е. П. Караблиной. СПб. : Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена; СОЮЗ, 2001. 319 с. (Практическая психология).\*
- Каганов Л. Медитация — путь к себе. М., 1991. 55 с.
- Кадочников А. К бою готов! Стрессоустойчивость в рукопашном бою. Ростов н/Д. : Феникс, 2004. 160 с. (По системе спецназа).
- Кадочников А. А. Психологическая подготовка к рукопашному бою. Ростов н/Д. : Феникс, 2003. 107 с.
- Кадыров Р. В. Влияние боевых действий на личностные особенности профессиональных военнослужащих (на примере офицеров морской пехоты) : дис. ... канд. психол. наук. М., 2005. 261 с.\*
- Кадуцков Н. К. Психологическое обеспечение тактико-огневой подготовки воинов-десантников : дис. ... канд. психол. наук. М., 2000. 275 с.
- Калшед Д. Внутренний мир травмы: архетипические защиты личностного духа / [пер. с англ.]. М. : Академический проект, 2001. 368 с.
- Каменюкин А. Г., Ковпак Д. В. Антистресс-тренинг. СПб. : Питер, 2004. 192 с.
- Караяни А. Г. Психологическое обеспечение боевых действий личного состава частей сухопутных войск в локальных военных конфликтах : монография. М., 1998. 194 с.\*
- Караяни А. Г., Сыромятников И. В. Прикладная военная психология. СПб. : Питер, 2006. 480 с.
- Карсавина Е. Как преодолеть стресс и сохранить душевное равновесие. М. : Центрполиграф, 2004.
- Картрайт С., Купер К. Л. Стресс на рабочем месте. М. : Гуманитарный Центр, 2004. 236 с.
- Кекелидзе З. И. Психиатрия чрезвычайных ситуаций : руководство : в 2 т. / под ред. Т. Б. Дмитриевой. М., 2004. 361 с.\*
- Киришбаум Э. И., Еремеева А. И. Психические состояния. Владивосток : ДВГУ, 1990. 141 с.
- Киришбаум Э. И., Еремеева А. И. Психологическая защита. Владивосток : ДВГУ, 1993. 103 с.
- Кириянова Е. Н. Проявления риска в деятельности специалистов опасных профессий : дис. ... канд. психол. наук. М., 2003. 242 с.
- Китаев-Смык Л. А. Психология стресса. М. : Наука, 2000. 368 с.\*
- Когнитивная психотерапия депрессии / А. Бек [и др.]. СПб. : Питер, 2003. 223 с.
- Когнитивная психотерапия расстройств личности / под ред. А. Бека, А. Фримена. СПб. : Питер, 2002. 240 с.\*
- Козлов В. В. Работа с кризисной личностью : методическое пособие. 2-е изд., доп. М. : Психотерапия, 2007. 336 с.
- Кокс Т. Стресс. М. : Медицина, 1981. 212 с.
- Колодзин Б. Как жить после психической травмы. М. : НИИ «Геодезия», 1992. 94 с.



- Комаров К. Э. Психологическая подготовка к действиям в условиях повышенного риска (стресс-менеджмент) : учебно-методическое пособие. М., 2002. 184 с.\*
- Комышанов А. А. Психологические условия эффективности деятельности командиров подразделений частей оперативного назначения ВВ МВД России в экстремальных ситуациях : дис. ... канд. психол. наук. М., 2001. 227 с.
- Конфликт и травма. Вып. 1. Актуальные вопросы оказания помощи при травматических и посттравматических стрессовых расстройствах. СПб. : Институт психотерапии и консультирования «Гармония», 2002.\*
- Копленд Н. Психология и солдат. М. : Воениздат, 1960. 312 с.
- Копытин А. И. Теория и практика арт-терапии. СПб. : Питер, 2002.
- Кораблева Е. В. Устойчивость самоконтроля в экстремальных условиях в связи с эмоционально-волевыми особенностями личности : дис. ... канд. психол. наук. М., 1993. 170 с.
- Корнилова Т. В. Психология риска и принятия решений : учебное пособие для вузов. М. : Аспект Пресс, 2003. 286 с.
- Короленко Ц. П. Психофизиология человека в экстремальных условиях. Л., 1978. 271 с.
- Корчемный П. А. Военная психология : учебник для студентов вузов / под общей ред. Е. Б. Перельгиной. М. : Изд-во ОВЛ, 2005. 320 с.
- Корчемный П. А. Психологическая подготовка летного состава ВВС к активным боевым действиям в условиях современной войны : дис. ... д-ра психол. наук. М., 1990.
- Косицкий Г. И., Смирнов В. М. Нервная система и стресс. М. : Наука, 1970. 200 с.
- Космолинский Ф. П. Эмоциональный стресс при работе в экстремальных условиях. М. : Медицина, 1976. 192 с.
- Косова Е. Г. Психическая ригидность как фактор развития посттравматического стрессового расстройства у сотрудников оперативных подразделений, перенесших боевой стресс : автореферат дис. ... канд. психол. наук. Томск, 2006. 24 с.
- Костров А. Н. Обеспечение жизнедеятельности в экстремальных ситуациях : учебное пособие. М. : Ассоциация поддержки военной печати «Армпресс», 2002. 120 с.
- Костров А. Н. Психологическое обеспечение безопасности службы моряков-подводников : дис. ... канд. психол. наук. М., 2003. 220 с.
- Котенев И. О. Психологическая диагностика постстрессовых состояний у сотрудников органов внутренних дел : методическое пособие / МЦ при ГУК МВД России. М., 1997. 40 с.
- Красило А. И. Психологическое консультирование посттравматических состояний : учебное издание. М. : Московский психолого-социальный институт, 2004. 96 с.\*
- Кристалл Г. Интеграция и самоисцеление. Аффект, травма и алекситимия. М. : Институт общегуманитарных исследований, 2006. 800 с.\*
- Крюков К. Ю. Роль темперамента в экстремальных условиях летной деятельности : дис. ... канд. психол. наук. М., 2003. 144 с.
- Крюкова М. А., Никитина Т. И., Сергеева Ю. С. Экстренная психологическая помощь. М. : НЦ ЭНАС, 2003. 64 с.
- Кузнецов Л. Н. Формирование состояния психологической готовности к боевым действиям у офицеров-операторов в процессе боевого дежурства : дис. ... канд. психол. наук. М. : ВПА, 1980. 187 с.

- Кузнецов О. Д., Лыткин В. М. Динамически-ситуативная акцентуация личности у участников локальных войн // Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии : учебное пособие. СПб. : ВМА, 1995. С. 115–116.
- Куликов Л. В. Психогигиена личности. Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики : учебное пособие. СПб. : Питер, 2004. 464 с.
- Куницын Н. В. Особенности психического состояния военнослужащих, проходивших боевую службу в горно-пустынной местности // Вопросы психологии и физиологии труда корабельных специалистов. СПб., 1993. 84 с.
- Ладанов И. Д. Управление стрессом. М. : Профиздат, 1989. 144 с.
- Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования // Эмоциональный стресс. М., 1970. С. 178–208.
- Лазебная Е. О. Психологические последствия психической травмы как фактор травматизации общества. Посттравматический и поствоенный стресс // Проблемы реабилитации и социальной адаптации участников чрезвычайных ситуаций: междисциплинарный подход : материалы конференции. Пермь, 1988. С. 24–25.
- Лебедев В. И. Личность в экстремальных условиях. М. : Политиздат, 1989. 304 с.
- Лебедев В. И. Экстремальная психология. Психическая деятельность в технических и экологически замкнутых системах. М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2001. 431 с.
- Лебедева Л. Д., Никонорова Ю. В., Тараканова Н. А. Энциклопедия признаков и интерпретаций в проективном рисовании и арт-терапии. СПб. : Речь, 2006. 336 с.
- Лебедева Н. М., Иванова Е. А. Путешествие в Гештальт: теория и практика. СПб. : Речь, 2004. 560 с.\*
- Левин П. А., Фредерик Э. Пробуждение тигра — исцеление травмы. Природная способность трансформировать экстремальные переживания: [пер. с англ.] / науч. ред. Е. С. Мазур. М. : АСТ, 2007. 316 с.
- Леонова А. Б., Кузнецова А. С. Психологическая профилактика стрессов. М. : МГУ, 1993. 122 с.
- Леонова А. Б., Медведев В. И. Функциональные состояния человека в трудовой деятельности. М. : МГУ, 1981. 110 с.
- Литвак М. Е., Минович М. О. Как преодолеть острое горе. Ростов н/Д. : Феникс, 2000. 320 с.
- Литвинцев С. В. Клинико-организационные проблемы оказания психиатрической помощи военнослужащим в Афганистане : дис. ... д-ра мед. наук : в 2 т. СПб., 1994. Т. 1 371 с., Т. 2 271 с.
- Литвинцев С. В., Снедков Е. В., Резник А. М. Боевая психическая травма: Руководство для врачей. М. : Медицина, 2005. 432 с.
- Личная примерность офицера в экстремальных условиях / под ред. В. Ф. Молчанова. М., 1987. 134 с.
- Личность и профессия: психологическая поддержка и сопровождение / под ред. Л. М. Митиной. М. : Academia, 2005.
- Ловелле Р., Малимонова С. Когнитивно-имажинативные методы в психотерапии травматического стресса // Психологическая помощь мигрантам в России: исследования и практика. М., 2003. 181 с.
- Ловелле Р. П. Психотерапевтическое лечение фобических состояний и посттравматического стресса. М., 2001. 154 с.\*



- Лэйк Д. Как преодолеть стресс / [пер. с англ.]. Н. А. Кириленко. СПб. : Норинт, 2000. 80 с.
- Магомед-Эминов М. Ш. Позитивная психология человека. М. : Наука, 2007. 275 с.
- Магомед-Эминов М. Ш. Трансформация личности. М. : Психологическая Ассоциация, 1999. 494 с.
- Магомед-Эминов М. Ш. Феномен экстремальности. 2-е изд. М. : Психологическая Ассоциация, 2008. 218 с.\*
- Магомед-Эминов М. Ш. Экстремальная психология. Т. 2. М. : Психоаналитическая Ассоциация, 2006. 576 с.\*
- Мазо Г. Е. Аутогенная тренировка режима труда. Минск : Полымя, 1992. 96 с.
- Макаренко А. Д. Деятельность психолога по диагностике эмоциональной напряженности оператора боевого расчета : дис. ... канд. психол. наук. Тверь, 2000. 148 с.
- Маклаков А. Г. Основы психологического обеспечения профессионального здоровья военнослужащих : дис. ... д-ра психол. наук. СПб., 1996. 392 с.
- Малкина-Пых И. Г. Психология поведения жертвы. М. : Эксмо, 2006. 935 с. (Справочник практического психолога).
- Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. М. : Эксмо, 2005. 960 с. (Справочник практического психолога).\*
- Маришук В. Л., Евдокимов В. И. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса. СПб. : Сентябрь, 2001. 260 с.
- Марченко Т. А. Социальная и психологическая реабилитация пострадавших от Чернобыльской катастрофы: опыт и перспективы : сборник статей. М. : Ин-т социологии, 1996. 238 с.
- Марьин М. И., Касперович Ю. Г. Психологическое обеспечение антитеррористической деятельности. М. : Академия, 2007. 208 с.
- Медведев В. И. Устойчивость физиологических и психологических функций человека при действии экстремальных факторов. Л. : Наука, 1982. 106 с.
- Медицинская и профессиональная реабилитация участников ликвидации последствий чрезвычайных происшествий: современные методологические подходы : пособие для врачей / А. Ф. Бобров [и др.]; под ред. С. Ф. Гончарова, В. Н. Преображенского. М. : Всерос. центр медицины катастроф «Защита», 1998. 52 с.
- Меерсон Ф. З. Адаптация, стресс и профилактика. М. : Наука, 1981. 278 с.
- Меерсон Ф. З., Пшенникова М. Г. Адаптация к стрессовым ситуациям и физическим нагрузкам. М. : Медицина, 1988. 256 с.
- Меновщиков В. Ю. Психологическое консультирование: работа с кризисными и проблемными ситуациями. М. : Смысл, 2005. 182 с.
- Метелев А. В. Психологическая экспертиза посттравматических стрессовых состояний сотрудников органов внутренних дел : автореферат дис. ... канд. психол. наук. М., 2006. 24 с.
- Мильман В. Э. Стресс и личностные факторы регуляции деятельности // Стресс и тревога в спорте. М. : Физкультура и спорт, 1983. С. 24–46.
- Наврузова С. К. Психическая адаптация участников локальных вооруженных конфликтов : автореферат дис. ... канд. биол. наук. М., 2002.
- Наенко Н. И. Психическая напряженность. М. : МГУ, 1976. 112 с.
- Назаретян А. П. Агрессивная толпа, массовая паника, слухи : лекции по социальной и политической психологии. СПб. : Питер, 2003. 192 с.
- Наиболее распространенные формы психических нарушений у населения на разных этапах локального вооруженного конфликта и при террористических актах: клинические особенности, диагностика и лечение : пособие для врачей. М. : ВЦМК «Защита», 2004. 27 с.
- Намикоши Т. Шицу — японская терапия надавливанием пальцами / Пер. с англ. В. П. Лысенюка. 4-е изд., стер. Киев : Выща шк., 1989. 72 с.
- Нелекарственные методы реабилитации больных с пограничными психическими расстройствами : сборник научных трудов / под ред. В. А. Тихоненко. М. : ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2005. 190 с.
- Николаев А. Н. Стресс: его преодоление и профилактика. М. : Знание, 2005.
- Николаева Е. И. Психофизиология. Психологическая физиология с основами физиологической психологии : учебник. Новосибирск : Лада; Наука; РАН, 2001. 442 с.
- Николаи Г. Ф. Биология войны: Мысли естествоведа : [пер. с нем.] / предисл. Р. Ролана. Изд. 2-е. М. : Издательство ЛКИ, 2007. 248 с.
- Новые аспекты психотерапии травматического стресса: Методические рекомендации / М. Ш. Магомед-Эминов [и др.]. Харьков, 1990. 32 с.
- Обознов А. А. Психическая регуляция операторской деятельности в особых условиях : дис. ... д-ра психол. наук. М., 2003. 283 с.
- Организация медико-психологической реабилитации военнослужащих внутренних войск МВД России, принимающих участие в выполнении служебно-боевых задач : методическое пособие / под ред. Ю. В. Сабанина; ГК ВВ МВД России ВМУ. М., 2003. 75 с.\*
- Организация профессиональной психологической подготовки сотрудников органов внутренних дел : методическое пособие. М. : ГУК МВД России, 2003. 154 с.
- Организация психологического обеспечения деятельности сотрудников органов внутренних дел в экстремальных условиях : методическое пособие / под общ. ред. В. М. Бурыкина. М. : ИМЦ ГУК МВД РФ, 2004. 240 с.\*
- Организация психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел. М. : МВД РФ ГУК, 2002. 272 с.\*
- Осипова А. А. Справочник практического психолога по работе в кризисных ситуациях. Изд. 2-е. Ростов н/Д. : Феникс, 2006. 315 с.
- Основные типы психической дезадаптации у бывших воинов-интернационалистов. Психологическая диагностика и психотерапия : методические рекомендации / Д. А. Алексеева [и др.]. Л. : Изд-во института им. В. М. Бехтерева, 1990. 18 с.
- Основные типы психической дезадаптации у бывших воинов-интернационалистов. Психологическая диагностика и психотерапия : методические рекомендации. Л. : ЛНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1990. 17 с.
- Основы военного профессионального отбора / под общ. ред. В. И. Лазуткина, Н. Н. Зацарного, Г. М. Зараковского. 178 НПЦ ГШ ВС РФ. М., 1999. 357 с.
- Осухова Н. Г. Применение психодраммы в психотерапии с детьми, пережившими насилие. М. : Чистые пруды, 2005. 32 с.\*
- Осухова Н. Г. Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях. М. : Academia. 2005. 288 с.\*
- Отвечников А. В. Психические состояния военнослужащих в особых условиях ведения боевых действий. М. : ГА ВС, 1991. 111 с.
- Панин Л. Е. Биохимические механизмы стресса. Новосибирск : Наука, 1983. 234 с.



- Панкратов В. Н. Саморегуляция психического здоровья : практическое руководство. М. : Изд-во Института Психотерапии, 2001. 352 с.
- Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия : [пер. с нем.] 2-е изд. М. : Институт позитивной психотерапии, 2006. 464 с.
- Пезешкиан Н. Психотерапия повседневной жизни: тренинг разрешения конфликтов. СПб. : Речь, 2004. 288 с.
- Первов Л. Г. Нервность. Л. : Медицина, 1976. 88 с.
- Пергаменщик Л. А. Кризисная психология : учебное пособие. Минск : Выш. шк., 2004. 239 с.\*
- Перлз Ф. Теория гештальт-терапии. М. : Институт общегуманитарных исследований, 2001. 384 с.\*
- Петер С. Л. Психологическая помощь лицам, перенесшим психотравмирующий стресс. М., 2000. 85 с.\*
- Петров Н. Н. Аутогенная тренировка для вас: практическое пособие (с примечаниями для инструкторов). М. : ЦП и П, 1990. 19 с.\*
- Пицелко А. В. Психосоциальная реабилитация работников органов внутренних дел после чрезвычайных ситуаций : учебное пособие // МВД РФ, Республ. ин-т повыш. квалиф. работников МВД. Домодедово, 1998. 32 с.\*
- Пицелко А. В., Сочивко Д. В. Реадаптация и ресоциализация. М. : ПЕР СЭ, 2003. 208 с.\*
- Пицелко А. В., Сочивко Д. В. Теория и практика психодинамической диагностики личности : монография. Домодедово : ВИПК МВД России, 1999. 117 с.
- Полежаев В. Г., Савка И. С., Чобан В. И. Стрессовые переломы. Киев, 2003. 160 с.
- Попов В. Е. Психологическая реабилитация военнослужащих после экстремальных воздействий (на материале землетрясения в Ленинкане, межнационального конфликта в Фергане и боевых действий в Афганистане) : дис. ... канд. психол. наук. М., 1992. 171 с.
- Посттравматическое стрессовое расстройство / под ред. Т. Б. Дмитриевой. М. : ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2005. 204 с.\*
- Практикум по инженерной психологии и эргономике : учеб. пособие для вузов / С. К. Сергиенко [и др.]; под ред. Ю. К. Стрелкова. М. : Академия, 2003. 400 с.
- Практикум по психологии состояний : учебное пособие / под ред. А. О. Прохорова. СПб. : Речь, 2004. 480 с.
- Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1. Теория и методы / Н. В. Тарабрина [и др.]. М. : Когито-Центр, 2007. 208 с.\*
- Проблемность в профессиональной деятельности: теория и методы психологического анализа. М. : ИП РАН, 1999. 356 с.
- Проблемы социальной реабилитации участников войны в Афганистане (1979–1989) : сб. статей // отв. ред. А. В. Кинсбургский, М. Н. Топалов. М. : Ин-т социологии РАН, 1993. 139 с.\*
- Проект методического пособия «Медико-психологическая коррекция и реабилитация военнослужащих». М. : ГМУ ВС РФ, 1998. 306 с.
- Психические состояния / сост. и ред. Л. В. Куликов. СПб. : Питер, 2000. 512 с.
- Психическое здоровье ветеранов афганской войны / П. И. Сидоров [и др.]; под ред. П. И. Сидорова. Архангельск, 1999. 384 с.\*
- Психогении в экстремальных условиях / Ю. А. Александровский [и др.]. М. : Медицина, 1991. 115 с.\*

- Психозы и психоневрозы войны : сборник / под ред. В. П. Осипова. Л., М. : ОГИЗ, 1934. 149 с.
- Психологическая подготовка военнослужащих : учебно-методическое пособие для командиров и войсковых психологов. М. : ЦВСПиПИ ВС РФ, 1993. 46 с.
- Психологическая подготовка сотрудников отделов специального назначения к действиям в экстремальных условиях: развитие навыков саморегуляции и саморефлексии. М. : ФСИН России, УФСИН России по Костромской области, 2007. 31 с.\*
- Психологическая помощь мигрантам: травма, смена культуры, кризис идентичности / под ред. Г. У. Солдатовой. М. : Смысл, 2002.
- Психологическая психотерапия в условиях воинской деятельности. М. : ВУ, 2001. 322 с.
- Психологическая реабилитация участников боевых действий и лиц, пострадавших в чрезвычайных ситуациях : материалы научно-практической конференции. Вологда, 25–27 февраля 2003 г. / под ред. проф. Ю. А. Александровского. М. : ГЭОТАР-Мед, 2004. 224 с.\*
- Психологическое обеспечение служебной деятельности сотрудников ОВД в период их профессиональной адаптации : методическое пособие / И. А. Андреева [и др.]; под ред. В. П. Сальникова, А. С. Никитченко, В. В. Федорова. СПб., 1998. 85 с.
- Психологическое обеспечение деятельности органов внутренних дел в экстремальных условиях. М. : МВД РФ ГУК и КП, 2001. 308 с.
- Психология и педагогика профессиональной деятельности офицера. Ч. 1–2. М. : ВУ, 1998. 510 с.
- Психология и педагогика управленческой деятельности командира (военного инженера). Ч. 1–2. М. : ВА им. Ф. Э. Дзержинского, 1995. 231 с.
- Психология экстремальных ситуаций / под ред. В. В. Рубцова, С. Б. Малых. М. : Психологический ин-т РАО, 2007. 304 с.
- Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных / под общ. ред. Ю. С. Шойгу. М. : Смысл, 2007. 319 с.\*
- Психология экстремальных ситуаций : хрестоматия. Минск : Харвест, 1999. 476 с.
- Психофизиологический профессиональный отбор спасателей международного класса : пособие для врачей. М. : ФГУ «ВЦМК «Защита», 2005. 60 с.
- Психофизиологическое обеспечение профессиональных контингентов, участвующих в ликвидации чрезвычайных ситуаций : сборник нормативных и методических документов. М. : ВЦМК «Защита», 2003. 230 с.
- Психофизиологическое обеспечение участников ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций : практическое руководство. М. : ФГУ «ВЦМК «Защита», 2005. 212 с.
- Пуговский Н. Н. Психопатологические последствия чрезвычайных ситуаций. М. : Академический Проект, 2000. 286 с.\*
- Пушкарев А. Л., Доморацкий В. А., Гордеева Е. Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика и лечение. М. : Изд-во института психотерапии, 2000. 113 с.
- Ранна М. Любовь и смерть: путь к разлуке. СПб. : Речь, 2006. 890 с.
- Расходчиков Е. В. Эффективность адаптации сотрудников налоговой полиции к деятельности в экстремальных условиях : дис. ... канд. психол. наук. М., 1998. 191 с.
- Резвый Г. Г. Сравнительный анализ эффективности различных методов психотерапии при хроническом психоэмоциональном стрессе у жителей Севера. Архангельск, 1997. 21 с.



- Рейнуотер Дж. Это в ваших силах. Как стать собственным психотерапевтом / [пер. с англ.]. М. : Прогресс, 1992. 240 с.
- Репнова Т. Фантазии между строк: Мета-рисунок в психологическом консультировании. Киев : ШкІл. світ: Изд-во Л. Галицина, 2006. 120 с.
- Решетников М. М. Психическая травма. СПб. : Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2006. 322 с.\*
- Ромек В. Г., Контрович В. А., Крукович Е. И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. СПб. : Речь, 2004. 256 с.
- Руководство для командиров по контролю над боевым стрессом (Полевой Устав Сухопутных войск США FM 22-51) : [пер. с англ.] // Зарубежная военная медицина (Информационный сборник). № 96. СПб., 1999. С. 8-84.
- Руководство по лечению психологической травмы у детей и подростков. С. Аршад Хусейн, М. Д., Вилиам Р. Холокомб, Р. Д. 36 с.\*
- Руководство по предупреждению насилия над детьми : учеб. издание / под ред. Н. К. Асановой. М., 1997. 512 с.\*
- Руководство по реабилитации лиц, подвергшихся стрессовым нагрузкам. М. : Медицина, 2004. 400 с.
- Рутман Э. М. Надо ли убежать от стресса. М. : Физкультура и спорт, 1990. 128 с.
- Рыбников В. Ю. Психологическое прогнозирование надежности деятельности специалистов экстремально профиля : дис. ... д-ра психол. наук. СПб., 2000. 433 с.
- Рыжков Б. Н. Психическая работоспособность в экстремальных условиях профессиональной деятельности : дис. ... д-ра. психол. наук. М., 2001. 443 с.
- Самоукина Н. В. Психология оптимизма. М. : Изд-во Института психотерапии, 2001. 240 с.
- Сандомирский М. Е. Защита от стресса. М., 2001. 331 с.
- Сандомирский М. Е. Психосоматика и телесная психотерапия : практическое руководство. М. : Класс, 2005. 592 с.
- Свядош А. М. Неврозы и их лечение. М. : Медицина, 1982. 368 с.
- Святецкий В. Н. Реабилитация подводников и ветеранов подразделений особого риска с дезадаптивными нервно-психическими состояниями : автореферат дис. ... канд. мед. наук. СПб., 1999.
- Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. М. : Медицина, 1960. 254 с.\*
- Селье Г. Стресс без дистресса. М., 1982. 234 с.
- Семке В. Я. Умейте властвовать собой, или Беседы о здоровой и больной личности. Новосибирск : Наука, 1991. 237 с.
- Серый А. В. Психологические механизмы функционирования системы личностных смыслов. Кемерово : Кузбассвуиздат, 2002. 183 с.
- Сидоров П. И., Мосягин И. Г., Маруняк С. В. Психология катастроф : учебное пособие для студентов вузов / под ред. П. И. Сидорова. М. : Аспект Пресс, 2008. 414 с.\*
- Синявская Е. С. Психология войны в XX веке: исторический опыт России. М. : РОС-СПЭН, 1999. 383 с.
- Скрыпников А. И., Зубрилова И. С. Психологическое обеспечение оперативно-служебной деятельности сотрудников органов внутренних дел : методическое пособие. М. : ИМЦ ГУК МВД России, 2001. 141 с.
- Смирнов А. В. Отдаленные последствия воздействия экстраординарных стрессовых событий у ветеранов войны в Афганистане и членов семей погибших : автореферат ... канд. дис. СПб., 1997. 19 с.

- Смирнов В. Н. Использование нетрадиционных психотехник в профессионально-психологической подготовке сотрудников органов внутренних дел к действиям в экстремальных условиях : дис. ... кан. псих. наук. Рязань, 1999.
- Смирнов В. Н. Психология управления персоналом в экстремальных условиях. М. Академия, 2007. 256 с.
- Снедков Е. В. Боевая психическая травма : автореферат дис. ... доктора мед. наук. СПб., 1997.
- Снедков Е. В. Психогенные реакции боевой обстановки (клинико-динамическое исследование на материале афганской войны) : дис. ... канд. мед. наук. СПб., 1992. 325 с.
- Соловьев И. В. Психологическая адаптация военнослужащих ВВ МВД России к СБД в условиях вооруженного конфликта : дисс. ... канд. психол. наук. М., 1999. 257 с.
- Соловьева С. Л. Психология экстремальных состояний. СПб. : ЭЛБИ-СПб., 2003. 128 с.
- Солодовников М. П., Голобородько С. А. Психозомоциональная регуляция // Методические рекомендации. СПб. : Санкт-Петербургский военный институт внутренних войск МВД России, 2004. 21 с.
- Соломин И. Л. Современные методы психологической экспресс-диагностики и профессионального консультирования. СПб. : Речь, 2006. 280 с.
- Социальный стресс и психическое здоровье / под ред. Т. Б. Дмитриевской, А. И. Волжина. М. : ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. 248 с.
- Сочинко Д. В. Расколотый мир. Опыт анализа психодинамики человека в экстремальных условиях жизнедеятельности. М. : ПЕР СЭ, 2002. 304 с.
- Спиваковская А. С. Профилактика детских неврозов (комплексная психологическая коррекция). М. : Изд-во МГУ, 1988. 200 с.
- Старшенбаум Г. В. Психосоматика и психотерапия: Исцеление души и тела. М. : Изд-во Института психотерапии, 2005. 496 с.
- Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия. М. : Когито-Центр, 2005. 376 с.
- Столяренко А. М. Экстремальная психопедагогика : учебное пособие для вузов. М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2002. 607 с.
- Стрелков Ю. К. Инженерная и профессиональная психология : учебное пособие для вузов. М. : Академия; Высшая школа, 2001. 360 с.
- Стрельников А. А. Патогенез посттравматических стрессовых расстройств у ветеранов локальных военных конфликтов : автореферат дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 1998. 39 с.
- Стресс жизни : сборник. СПб. : Лейла, 1994. 384 с.
- Стресс и тревога в спорте / сост. Ю. Л. Ханин. М., 1983. 123 с.
- Стрессология — наука о страдании. Ереван : Мегполис, 1996. 220 с.
- Суворова В. И. Психофизиология стресса. М. : Педагогика, 1975. 208 с.
- Судаков К. В. Эмоциональный стресс в современной жизни. М. : Союзмедицинформ, 1991. 82 с.
- Съедин С. И., Абдурахманов Р. А. Психологические последствия воздействия боевой обстановки. М., 1992. 32 с.
- Сыромятников И. В., Чайка В. Г. Психология девиантного поведения военнослужащих и его профилактика. М. : ВУ, 2000. 107 с.



- Сысоев В. В. Психологическая подготовка воздушных десантников к боевым действиям в тылу противника : дис. ... д-ра психол. наук. М. : ВПА, 1989. 421 с.
- Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб. : Питер, 2001. 272 с.\*
- Тарабрина Н. В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 2. Бланки методик. М. : Когито-Центр, 2007. 77 с.\*
- Тарабрина Н. В. Экспериментально-психологическое исследование состояний фрустрации и эмоционального стресса при неврозах : автореферат. Л., 1973. 22 с.
- Татура Ю. В. Стресс: Тонкости, хитрости и секреты. М. : Новый издат. дом, 2004. 352 с.
- Тигранян Р. И. Стресс и его значение для организма. М. : Наука, 1988. 176 с.
- Тимошенко Г. В., Леоненко Е. А. Работа с телом в психотерапии: Практическое руководство. М. : Психотерапия, 2006. 480 с.
- Травма и психологическая помощь / Н. Сараджвеладзе [и др.]. М. : Смысл; ЧеРо, 2005. 180 с.
- Травматический невроз. Краткое изложение современного состояния вопроса / сост. Б. С. Грейнденберг [и др.]. Харьков, 1918. 147 с.
- Трансформация личности: нейролингвистическое программирование / Комментар. О. Ксендзюк. Одесса : Хаджибей, 1995. 352 с.
- Трифонов Е. В. Психофизиология профессиональной деятельности: словарь. СПб.: 1996. 320 с.
- Трошин В. Д. Стресс и стрессогенные расстройства: диагностика, лечение, профилактика. М. : Медицинское информационное агентство, 2007. 784 с.
- Трубицина Л. В. Процесс травмы. М. : Смысл; ЧеРо, 2005. 218 с.
- Тураходжаев А. М. Социально-трудовая адаптация при психических расстройствах у участников войны в Афганистане : автореферат дис. ... канд. психол. наук. М., 1992.
- Тьюбсинг Д. А. Избегайте стрессовых ситуаций / [пер. с англ.]. М. : Медицина, 1993. 144 с.
- Уровни субъективно-личностного восприятия и переживания «невидимого» стресса / Н. В. Тарабрина [и др.] // Гуманитарная наука в России: Соросовские лауреаты. Материалы Всероссийского конкурса научно-исследовательских проектов в области гуманитарных наук 1994 г.: Психология, философия. М., 1996. С. 213–220.
- Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства. М. : Медицина, 1987. 304 с.
- Федотов А. Ю. Индивидуальный психофизический тренинг как средство повышения эффективности деятельности воинов-десантников в трудных ситуациях : дис. ... канд. психол. наук. М., 1995. 222 с.\*
- Фоменко Г. Ю. Личность в экстремальных условиях: Два модуса бытия. Краснодар : Кубанский государственный университет, 2006. 342 с.
- Фоменко Г. Ю. Личность как субъект бытия в экстремальных условиях : автореферат дис. ... доктора психол. наук. Краснодар, 2006. 49 с.
- Франкл В. Человек в поисках смысла. М. : Прогресс, 1990. 368 с.
- Фрейд З. Введение в психоанализ : лекции / [пер. с нем.]. М. : Наука, 1989. 455 с.
- Фролова А. А. Лечение и профилактика пограничных психических расстройств у работников опасных профессий (инкассаторы, милиционеры патрульно-постовой службы) : дисс. ... канд. мед. наук. М., 1998.

- Харитонов А. Н., Тимченко Г. Н. Психологическая помощь семьям профессиональных военнослужащих. М. : ВУ, 2002. 302 с.
- Харитонova И. В. Деадаптивные проявления у людей с различным типом темперамента при эмоциональном стрессе : автореферат дис. ... канд. мед. наук. СПб., 1997. 22 с.
- Хлудова О. В. Психотехники по формированию стрессоустойчивости личности к экстремальным ситуациям : материалы для тренинга. Тамбов : Изд-во Тамб. гос. техн. ун-та, 2004. 48 с.
- Холмогорова А. Б., Гараян Н. Г. Психологическая помощь людям, пережившим травматический стресс. М. : МГППУ, 2006. 112 с.
- Хрестоматия по военной психологии / сост. Р. В. Кадыров. Владивосток : ТОВМИ, 2008. 260 с.
- Цыганков Б. Д., Тюнева А. И., Былим А. И. Психические расстройства у жертв насилия и их медико-психологическая коррекция. М., 2006. 174 с.
- Черепанова Е. М. Психологический стресс: Помогите себе и ребенку. М. : Академия, 1997. 143 с.\*
- Черепанова Е. М. Саморегуляция и самопомощь при работе в экстремальных условиях. М., 1995. 33 с.
- Чистякова М. М. Психогимнастика / под ред. М. И. Буянова. М. : Просвещение, 1990. 128 с.
- Шаверен Д. Умиравший пациент в психотерапии: Желания, Сновидения. Индивидуация / [пер. с англ.]. М. : Когито-Центр, 2006. 318 с.
- Шапарь В. Б. Психология войны и конфликтов. М. : Феникс, 2005. 325 с.\*
- Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: Основные принципы, протоколы и процедуры. М. : Класс, 1998. 496 с.
- Шевчук Л. Е. Медико-психологическое обеспечение военно-профессиональной деятельности морских пехотинцев (в связи с задачами профилактики нарушения психической адаптации) : автореферат дис. ... канд. псих. наук. СПб., 1997. 19 с.
- Шефов С. А. Психология горя. СПб. : Речь, 2007. 144 с.
- Шипилов А. И. Психологические основы взаимодействия офицеров в трудных межличностных ситуациях. М. : ВУ, 1999. 172 с.
- Шлахтер В. В. Человек — оружие. Курс профессиональной психофизической подготовки бойца. СПб. : РЕСПЕКС, 2002. 160 с.
- Щербатых Ю. В. Психология страха: популярная энциклопедия. М. : ЭКСМО-Пресс, 2002. 512 с.
- Щербатых Ю. В. Психология стресса и методы коррекции. СПб. : Питер, 2006. 256 с.
- Эверли Дж., Розенфельд Р. Стресс: природа и лечение / [пер. с англ.]. М. : Медицина, 1985. 224 с.
- Юл У., Уильямс Р. М. Стратегия вмешательства при психических травмах, возникших вследствие масштабных катастроф // Детская и подростковая психотерапия / под ред. Д. А. Лейна, Э. Миллера. СПб. : Питер, 2001. С. 275–308.\*
- Элкин А. Стресс для «чайников» : [пер. с англ.]. М. : Вильямс, 2005. 320 с.
- Эмоциональная саморегуляция: теоретические основы и прикладные аспекты / авт.-сост. Г. В. Апопов [и др.]. Изд. 2-е, испр. и доп. Самара : Сам. ИКП., 2002. 168 с.
- Эмоциональный стресс / под ред. Л. Леви. Л. : Медицина, 1970. 328 с.



- Эмоциональный стресс в этиологии и патогенезе психических и психосоматических заболеваний / Н. Е. Бачериков [и др.]. Харьков : Основа, 1995. 276 с.
- Энрайт Д. Гештальт, ведущий к просветлению. СПб., 1994. 140 с.\*
- Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / под ред. Э. Фoa, Т. М. Кина, М. Фридмана. М. : Когито-Центр, 2005. 467 с.
- Юрѳева Л. Н. Кризисные состояния : монография. Днепропетровск : Арт-Пресс, 1999. 160 с.
- Яковлев Г. М., Новиков В. С., Хавинсон В. Х. Резистентность, стресс, регуляция. Л. : Наука, 1990. 238 с.
- Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. М. : Класс, 2005. 576 с.\*
- Bootzin R. R. Abnormal Psychology. Fifth Edition. Current Perspectives. Random House, Inc., 1988. 639 p.\*
- Costin F., Draguns J. G. Abnormal Psychology. Patterns, Issues, Interventions. John Wiley & Sons, Inc., 1989. 616 p.\*
- Davidson G. C., Neale J. M. Abnormal Psychology. Fifth Edition. John Wiley & Sons, Inc., 1990. 646 p.\*
- Experiential Treatment for PTSD: The Therapeutic Spiral Model by Kate Hudgins, M. Katherine Hudgins Springer Pub Co., 2002. 224 с.\*
- Khan M. M. R. (1963) The concept of cumulative trauma. In: The privacy of the self. Ed. by M. M. R. Khan. L., 1974.
- Scott M. J. & Stradling S. G. Counseling for Post-Traumatic Stress Disorder. SAGE, 1992. 85 p.\*
- Warren R., Zgourides G. D. Anxiety Disorders. A Rational-Emotive Perspective. Pergamon Press, Inc., 1991. 244 p.\*
- Wilson G. T., O'Leary K. D., Nathan P. Abnormal Psychology. Prentice Hall, Englewood, 1992. 590 с.\*
- Zettl L., Josephs E. Self-Regulation Therapy. Canadian Foundation for trauma Research and Education. Vancouver, 2001.
- Абдурахманов Р. А. Стрессовые состояния в боевой обстановке и их психологические последствия // Мир психологии. 1998. № 2. С. 85–95.
- Абдурахманов Р. А. Психологические проблемы послевоенной адаптации ветеранов Афганистана // Психологический журнал. 1992. Т. 13. № 1. С. 131–134.
- Адаптация к условиям воинской службы и профилактика дезадаптационных расстройств / Вязицкий П. В. [и др.] // Военно-медицинский журнал. 1988. № 8. С. 45–47.
- Аллахвердова О. В. Роль сработанности и совместимости при совместной деятельности в напряженных условиях // Психическая напряженность в трудовой деятельности : сборник научных трудов. М. : ИП АН СССР, 1989. С. 289–299.
- Аболин Л. М. Эмоциональная устойчивость и пути ее повышения // Вопросы психологии. 1989. № 4. С. 141–149.
- Анашкина А. В. Посттравматический стресс у родителей ожоговых детей // Семейная психология и семейная терапия. 2001. № 1. С. 28–32.
- Аствацатуров М. И. Душевные болезни в связи с условиями военной службы, I. Статистические данные о душевных заболеваниях в различных армиях // Военно-медицинский журнал. 1912. Т. ССХХV. С. 68–88.
- Агрелль Я. Стресс: его военные следствия — психологические аспекты проблемы // Эмоциональный стресс / под ред. Л. Леви. Л. : Медицина, 1970. С. 248–253.
- Александрова Л. А. Психологические ресурсы адаптации личности к условиям повышенного риска природных катастроф : автореферат дис. ... канд. психол. наук. М., 2004. 24 с.
- Александровский Ю. А. Диагностика социально-стрессовых расстройств // Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. СПб. : ВМЕД, 1995. С. 15–21.
- Александровский Ю. А. Чрезвычайные ситуации и психогенные расстройства // Врач. 1997. № 9. С. 2–6.
- Александровский Ю. А. Психические расстройства во время и после чрезвычайной ситуации // Психиатрия и психофармакотерапия. 2001. Т. 3. № 4. С. 17–29.
- Амбрумова А. Г. Анализ состояний психологического стресса и их динамика // Психологический журнал. 1985. Т. 6. № 6. С. 107–115.
- Амбрумова А. Г. Анализ состояний психологического кризиса и их динамика // Психологический журнал. 1985. Т. 6. № 6. С. 107–115.
- Андреева А. Д. Как помочь ребенку пережить горе // Вопросы психологии. 1991. № 2. С. 87–96.
- Анциферова Л. И. Способность личности к преодолению деформации своего развития // Психологический журнал. 1999. Т. 20. № 1. С. 6–19.
- Анциферова Л. И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал. 1994. Т. 15. № 1. С. 3–18.
- Анциферова Л. И. Психология повседневности: жизненный мир личности и «техники» ее бытия // Психологический журнал. 1993. № 2. С. 3–16.
- Архангельский В. Г. Особенности течения психогений военного времени у лиц, перенесших травму мозга // Нервные и психические заболевания военного времени / под ред. А. С. Шмарьяна. М., 1948. С. 402–409.
- Астафьев О., Степин В., Шантырь И. и др. Медицинские последствия масштабных ЧС как фактор психогенной нагрузки на спасателей // Гражданская оборона. 1999. № 10. С. 36–37.
- Ахмедова Х. Б. Фанатизм и идея мести у лиц, имеющих посттравматические стрессовые расстройства // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. Т. 13. № 2. С. 24–32.
- Ахмеров Р. А. Биографические кризисы личности : автореферат дис. ... канд. психол. наук. 1994. 22 с.
- Баканова А. А. Отношение к жизни и смерти в критических жизненных ситуациях : дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2000. 188 с.\*
- Баканова А. А. Смерть и работа горя // Е. П. Кораблина [и др.]. Искусство исцеления души: Этюды о психологической помощи : пособие для практических психологов / под ред. Е. П. Кораблиной. СПб. : Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2001. С. 182–212.
- Барановский А. М. Некоторые аспекты не боевой травмы у военнослужащих после возвращения из мест боевых конфликтов // Военно-медицинский журнал. 1999. Т. 30. № 9. С. 140–143.
- Барлас Т. В. Особенности социально-психологической адаптации при психосоматических и невротических нарушениях // Психологический журнал. 1994. Т. 15. № 6. С. 116–120.
- Блошинский И. А., Киселев А. Ф. О психофизиологических показателях в оценке работоспособности утомления и переутомления моряков // Военно-медицинский журнал. 2001. № 10. С. 51.



- Беленки Г., Ной Ш., Соломон З. Стресс на поле боя: опыт Израиля // Милитари ревью. 1985. № 7. С. 28–37.
- Берг Т. Н. Психологическая адаптация младших специалистов подводного флота : дис. ... канд. психол. наук. М., 2003. 202 с.
- Березовец В. В. Социально-психологическая реабилитация ветеранов боевых действий : автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1997. 24 с.
- Бехтерев В. М. Война и психозы // Обзор. психиат., неврол. и эксперим. психол. 1914 / 1915. Т. 19. № 4/6. С. 317–335.
- Бодров В. А. Когнитивные процессы и психологический стресс // Психологический журнал. 1996. Т. 17. № 4. С. 28–37.
- Бобнева М. И. Социально-психологические аспекты исследований состояний напряженности и надежности работы человека в экстремальных и аварийных ситуациях // Психическая напряженность в трудовой деятельности : сборник научных трудов. М. : ИП АН СССР, 1989. С. 250–271.
- Бондарев Н. И. Условия возникновения и развития реактивных состояний // Труды Военно-морской медицинской академии. Л. : ВМедА, 1944. С. 46–52.
- Бойко Ю. П. Особенности антистрессовой медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях и их последствиях // Социал. и клинич. психиатр. 2003. Т. 13. № 2. С. 60–67.
- Борневассер М. Стресс в условиях труда // Иностранная психология. 1994. Т. 2, № 1 (3). С. 44–51.
- Боченков А. Н. Динамика социально-психологического состояния моряков АПЛ «Комсомолец» в постстрессовый период // Психол. журн. 1995. Т. 16. № 1. С. 52–63.
- Вандыш В. В., Кровяков В. М. Психогении в структуре некоторых профессиональных патогенных факторов // Социальная и клиническая психиатрия. 1996. № 2. С. 66–71.
- Варга А. Я., Жорняк Е. С. Время после трагедии // Московский психотерапевтический журнал. 2005. № 1. С. 124–139.
- Варламов В. А., Богданова Т. С. Психофизиологическое обеспечение деятельности спасателей в экстремальных условиях // Медицина катастроф. 1998. № 1 (17). С. 77–82.
- Василук Ф. Е. Жизненный мир и кризис: типологический анализ критических ситуаций // Психологический журнал. 1995. Т. 16. № 3. С. 90–101.
- Василук Ф. Е. Типология переживания различных критических ситуаций // Психологический журнал. 1995. Т. 16. № 5. С. 104–114.
- Вахов В. П. Психические нарушения у сотрудников правоохранительных органов, возникающие при деятельности в экстремальных условиях // Медицина катастроф. 1997. № 1(17). С. 42–44.
- Вахов В. П., Назаренко Ю. В., Колос И. В. Психическое состояние сотрудников правоохранительных органов, перенесших землетрясение // Военно-медицинский журнал. 1992. № 1. С. 39.
- Венгер А. Л., Морозова Е. И., Морозов В. А. Психологическая помощь детям и подросткам в чрезвычайных ситуациях (на опыте работы с жертвами террористического акта в Беслане) // Московский психотерапевтический журнал. 2006. № 1. С. 131–159.
- Венгер А. Л., Морозова Е. И. Опыт оказания экстренной психологической помощи бывшим заложникам // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2003. № 1 (3). С. 42–48.
- Волосников А., Мухина В. Психологическое сопровождение сотрудников спецподделений ФСБ // Развитие личности. 1999. № 1. С. 87–104.

- Волошин В. М. Современные подходы к психофармакотерапии хронического посттравматического стрессового расстройства // Психиатрия. 2003. № 6. С. 36–44.
- Волошин В. М. Типология хронического посттравматического стрессового расстройства // Журнал неврол. и психиатр. 2004. Т. 104. № 1. С. 17–23.
- Воробьев А. И. Разработка методов и средств профилактики боевой психической травмы в армии США // Военно-медицинский журнал. 1993. № 12. С. 61–62.
- Воробьев А. И. Синдром посттравматического стресса у ветеранов войны, перенесших боевую психическую травму // Военно-медицинский журнал. 1992. № 8. С. 71–74.
- Ворона А. А., Шалимов П. М. Психологические последствия аварий // Военно-медицинский журнал. 1996. № 6. С. 44.
- Высоцкий В. Влияние современного боя на психику воина // Ориентир. 2001. № 3. С. 40–45.
- Герасимов А. В. Психофизиологические критерии прогноза эффективности профессиональной деятельности операторов энергопредприятий на этапе приема в учебно-тренировочный центр // Физиология человека. 1993. № 4. С. 77–88.
- Гервер А. В. О душевных расстройствах на театре военных действий // Русский врач. 1915. № 34. С. 793–800; № 35. С. 817–821; № 36. С. 841–844.
- Гилген А., Гилген К. Американская психология во время второй мировой войны // Психологический журнал. 1994. № 2. С. 162–170.
- Гольман С. В. Неврозы военного времени // Психозы и психоневрозы войны / под ред. В. П. Осипова. Л. : М., 1934. С. 41–66.
- Горовой-Шалтан В. А. Реактивные неврозы // Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. М. : Медгиз, 1949. Т. 26. С. 91–97.
- Григорьев А. И., Федоров Б. М. Стрессы в условиях нормального образа жизни, при гипокинезии и в космических полетах // Физиология человека. 1996. № 2. С. 10–19.
- Грининг Т. Посттравматический стресс с позиций экзистенциально-гуманистической психологии // Вопросы психологии. 1994. № 1. С. 92–96.
- Данилов А. Профилактика боевых психических травм в Вооруженных Силах США // Зарубежное военное обозрение, 1991. № 9. С. 11–16.
- Даровских И. В. Посттравматические стрессовые расстройства у военнослужащих, получивших тяжелые ранения в военном конфликте // Медицина катастроф. 1998. № 1 (17). С. 48–52.
- Добровотворский Н. М. Душевные заболевания в связи с войной (по литературным данным за 1915–1918 гг.) // Научная медицина, 1919. № 1. С. 378–386.
- Дохолян С., Степанов А. Психологическая готовность к выполнению поставленных задач // Ориентир. 2002. № 6. С. 37–43.
- Дубяга В. Ф. Формирование психологической готовности воинов оперативных частей ВВ МВД России к деятельности по охране общественного порядка : дис. ... канд. психол. наук. М., 1998. 251 с.
- Дудин С. Профилактика боевых психических расстройств у военнослужащих специальными методами психологической подготовки // Информационно методический сборник ЦВС и ПИ ВС РФ. 1993. № 4 (7). С. 38–45.
- Дудин С. Психодиагностика предрасположенности к аффективным расстройствам у военнослужащих // Информационно методический сборник ЦВС и ПИ ВС РФ. 1993. № 1. С. 42–48.
- Еникиолопов С. Н. Психотерапия при посттравматических стрессовых расстройствах // Российский психиатрический журнал. 1998. № 3. С. 50–56.



- Жуков Г. А. О последствиях войны в районе Персидского залива // Военно-медицинский журнал. 1992. № 12. С. 17–19.
- Методика полуструктурированного интервью для оценки психологического статуса ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС / В. П. Зайцева [и др.] // Психологический журнал. 1994. Т. 15. № 3. С. 117–122.
- Захаров Б. В., Кучер А. А. Особенности боевой травмы и способы психологической реабилитации военнослужащих // Мир психологии. 1998. № 2. С. 80–85.
- Звонников В. М. Особенности развития психических нарушений и оказания помощи лицам, участвовавшим в ликвидации последствий Чернобыльской катастрофы и в боевых действиях в Афганистане // Психология травматического стресса сегодня: тез. докл. междунар. конф. Киев, 1992. С. 40.
- Звонников В. М., Стрельченко А. Б. Особенности межполушарных взаимоотношений в условиях психотравмирующих воздействий различной интенсивности // Психология травматического стресса сегодня: тез. докл. междунар. конф. Киев, 1992. С. 39.
- Зеленова М. Е., Лазебная Е. О., Тарабрина Н. В. Психологические особенности посттравматических стрессовых состояний у участников войны в Афганистане // Психологический журнал. 1997. Т. 18. № 2. С. 34–49.
- Знаков В. В. Понимание воинами-интернационалистами ситуаций насилия и унижения человеческого достоинства // Психологический журнал. 1989. № 10. С. 113–125.
- Знаков В. В. Психологические причины непонимания «афганцев» в межличностном общении // Психологический журнал. 1990. Т. 11. № 2. С. 99–108.
- Знаков В. В. Психологическое исследование стереотипов понимания личности участников войны в Афганистане // Вопросы психологии. 1990. № 4. С. 108–116.
- Знаков В. В. Письмо в редакцию (сравнительный анализ психологических последствий участия в войне для ветеранов Вьетнама и Афганистана) // Психологический журнал. 1990. Т. 11. № 5. С. 164–165.
- Знаков В. В. Психологический портрет участника войны в Афганистане в массовом сознании // Психологический журнал. 1991. Т. 12. № 6. С. 26–39.
- Зубарев Ю. Г. Нервно-психические расстройства в экстремальной обстановке // Военно-медицинский журнал. 1990. № 11. С. 14–16.
- Иванов П. Посттравматический военный стресс // Морской сборник. 2002. № 8. С. 27–33.
- Иванов П., Саталкина Е. Опыт социально-психологической реадaptации участников боевых действий // Морской сборник. 2002. № 9. С. 27–34.
- Идрисов К. А. Динамика посттравматического стрессового расстройства у гражданских лиц, переживших угрозу жизни в зоне локального военного конфликта // Социальная и клиническая психиатрия. 2002. Вып. 3. Т. 12. С. 34–37.
- Кадыров Р. В. Особенности смысловой сферы у профессиональных военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях // Психология саморазвития человека: Материалы II Всероссийской научно-практической конференции. Киров: Изд-во ВятГГУ, 2008. С. 93–100.
- Кадыров Р. В. Интегральный подход в работе с психологической травмой // Актуальные проблемы клинической и прикладной психологии: материалы Второй межрегиональной науч.-практ. конф. с международным участием / под ред. Р. В. Кадырова, Н. А. Кравцовой. Владивосток: ВГМУ, 2008. С. 46–52.
- Кадыров Р. В. Смерть в системе мировоззрения участников боевых действий (по материалам исследований участников боевых действий в Чеченской республике) //

- Гуманитарные и социально-экономические аспекты обучения и воспитания кадров военно-морского флота: сборник научных статей. Вып. 7. Владивосток: ТОВМИ, 2004. С. 68–77.
- Кадыров Р. В. Особенности мотивационно-смысловой сферы воинов-профессионалов (участников боевых действий) // Гуманитарные и социально-экономические аспекты обучения и воспитания кадров военно-морского флота: сборник научных статей. Вып. 6. Владивосток, ТОВМИ, 2002. С. 118–124.
- Кадыров Р. В. Исследование личностных особенностей профессионалов, принимавших участие в боевых действиях // Статьи и доклады Первой Приморской практической конференции психологов и специалистов органов воспитательной работы силовых структур. Владивосток: ТОВМИ, 2001. С. 33–40.
- Кадыров Р. В. Проблема прогнозирования успешности профессиональной деятельности офицеров в боевых действиях // Статьи и доклады Первой Приморской практической конференции психологов и специалистов органов воспитательной работы силовых структур. Владивосток: ТОВМИ, 2001. С. 40–42.
- Кадыров Р. В. Современный взгляд на боевую психическую травму. Владивосток: ТОВМИ, 1999. С. 23–31.
- Кадыров Р. В., Елизарьев С. А. Стресс в условиях боевой деятельности на примере подразделений ТОФ и МВД Приморского края. Благовещенск: АмГУ, 2000. С. 523–529.
- Кадыров Р. В., Елизарьев С. А., Березин А. В. Регуляция психической напряженности в условиях боевого дежурства в подразделениях Тихоокеанского флота. Благовещенск: АмГУ, 2000. С. 519–523.
- Кадыров Р. В., Кравцова Н. А. Особенности отношения ко времени у профессиональных военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях // Сибирский психологический журнал. Томск, 2009. С. 53–62.
- Калан М., Матвеева Н. Токсическая катастрофа и стресс // Гражданская оборона. 2000. № 1. С. 26–27.
- Калмыкова Е. С. Реконструкция психической травмы: восстановление связи времен и событий // Журнал практической психологии и психоанализа. 2003. № 3. С. 20–30.
- Калмыкова Е. С., Миско Е. А., Тарабрина Н. В. Особенности психотерапии посттравматического стресса // Психологический журнал. 2001. Т. 22. № 4. С. 70–80.
- Каменченко П. В. Посттравматическое стрессовое расстройство // Журнал невропатологии и психиатрии. 1993. № 9. С. 95–99.
- Кекелидзе З. И., Портнова А. А. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей и подростков // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2002. Т. 102. № 12. С. 56–62.
- Келиш Э. В поисках смысла визуальных образов // Исцеляющее искусство: журнал арт-терапии. 2002. Т. 5. № 1. С. 33–34.
- Киндрас Г. П., Миронова О. А. Вопросы адаптации при посттравматических расстройствах (ПТСР) // Материалы 12 съезда психиатров России. М., 1995. С. 149–151.
- Киндрас Г. П., Тураходжаев А. М. Влияние посттравматических стрессовых расстройств на адаптацию воинов — ветеранов войны в Афганистане // Социал. и клинич. психiatr. 1992. № 1. С. 33–36.
- Кипор Г. В. Проблемы психофизиологии лиц, принимающих решение // Медицина катастроф. 1999. № 3. С. 23–25.
- Китов А. Морально-психологические критерии эффективности решения командира // Военная мысль. 1973. С. 48–57.



- Колос И. В., Назаренко Ю. В. Психологические нарушения у сотрудников службы обеспечения порядка, работающих в зоне аварии на Чернобыльской АЭС // Военно-медицинский журн. 1992. № 9. С. 33.
- Корнюхин А. И. Актуальные проблемы медицины катастроф // Вестник Уральского экологического фонда. 2000. № 6. С. 5–7.
- Короленко Ц. П. Аддиктивное поведение: общая характеристика и закономерности развития // Обзор психiatr. и мед. психол. 1991. № 1. С. 8–16.
- Котенев И. О. Психологические реакции работников милиции в чрезвычайных обстоятельствах и постстрессовые состояния: предупреждение и психологическая коррекция // Психопедагогика в правоохранительных органах. 1996. № 1(3). С. 76–84.
- Котенев И. О., Богданова М. Б. Террористический акт в Буденновске: постстрессовые состояния у работников милиции / Известия МЦПО и КНИ/МВД России, ГУК. 1996. № 3. С. 49–56.
- Краснушкин Е. К. Психогении военного времени // Нервные и психические заболевания военного времени / под ред. А. С. Шмарьяна. М., 1948. С. 245–252.
- Краснянский А. Н. Посттравматическое стрессовое расстройство у участников военных конфликтов // Синапс. 1993. № 3. С. 14–35.
- Кристал Г. Травма и аффекты // Журнал практической психологии и психоанализа. Ежеквартальный научно-практический журнал электронных публикаций. М. : ИППА, 2002.
- Крылов В. И. Актуальные проблемы диагностики и систематики психических расстройств, связанных с чрезвычайными ситуациями. Война и психическое здоровье. СПб., 2002. С. 189–92.
- Лазебная Е. О., Зеленова М. Е. Военно-травматический стресс: особенности посттравматической адаптации участников боевых действий // Психологический журнал. 1999. Т. 20. № 5. С. 62–74.
- Линде Н. Д. Коррекция фобий методом эмоционально-образной терапии // Вопросы психологии. 2006. № 2. С. 68–79.
- Литвинцев С. В., Нечипоренко В. В. Актуальные вопросы патогенеза боевой психической травмы // Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. СПб. : ВМедА, 1995. С. 30–38.
- Литвинцев С. В., Снедков Е. В. Некоторые особенности формирования невротических расстройств у личного состава ограниченного контингента советских войск в Республике Афганистан // Опыт советской медицины в Афганистане : тез. докл. Всесарм. науч. конф. М., 1992. С. 102.
- Литвинцев С. В., Нечипоренко В. В., Снедков Е. В. Аддиктивное поведение военнослужащих в боевых условиях // Военно-медицинский журнал. 1995. № 11. С. 39–43.
- Ловелле Р., Малимонова С. Когнитивно-имажинативные методы в психотерапии травматического стресса // Психологическая помощь мигрантам в России: исследования и практика. М., 2003. С. 179–186.
- Левин П. Исцеление от травмы: уроки природы // Московский психотерапевтический журнал. 2003. № 1. С. 58–69.
- Леонова А. Б. Основные подходы к изучению профессионального стресса // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. 2001. № 11. С. 2–16.
- Люнберг Л. Стресс: его военное следствие — медицинские аспекты и проблемы // Эмоциональный стресс. М. : Медицина, 1974. С. 255–260.
- Магомед-Эминов М. Ш. Личность и экстремальная жизненная ситуация // Вестник МГУ. Серия психология. 1996. № 4. С. 26–35.
- Мазур Е. С. Психическая травма и психотерапия // Московский психотерапевтический журнал. 2003. № 1. С. 31–53.
- Мазур Е. С. Гештальт-терапия пациентов с пограничными психическими расстройствами // Старые и новые проблемы пограничной психиатрии / под ред. Ю. А. Александровского. М. : ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 1997. С. 132–142.
- Маклаков А. Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях // Психологический журнал. 2001. Т. 22. № 1. С. 16–24.
- Маклаков А. Г. Проблема психологической оценки состояния военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях // Теоретические и прикладные вопросы обитаемости и профессионального отбора. СПб. : ВМедА, 1996. С. 58–59.
- Маклаков А. Г., Мухин А. П. Медико-психологические последствия воздействия на человека психогенных факторов военных конфликтов // Проблемы безопасности при чрезвычайных ситуациях. М. : ВИНТИ, 1996. Вып. 8. С. 67–78.
- Маклаков А. Г., Чермянин С. В., Шустов Е. Б. Проблемы прогнозирования психологических последствий локальных военных конфликтов // Психологический журнал. 1998. Т. 19. № 2. С. 15–26.
- Медицинская реабилитация участников войн и локальных вооруженных конфликтов / Э. А. Нечаев [и др.] // Военно-медицинский журнал. 1994. № 2. С. 4–7.
- Мозговой С. К проблеме стрессоустойчивости военнослужащих // Морской сборник. 1999. № 8. С. 49–56.
- Мухина В. Выставка «Кабинет детского психолога — игротерапия в экстремальной и повседневной практике» в Художественно-педагогическом музее игрушки РАО, Сергиев Посад // Журн. РАО Развитие личности. 2005. № 1. С. 15–25.
- Мухина В. Телесная презентация души // Развитие личности. 2003. № 1. С. 83–110.
- Мызников И. Л., Погост Л. В., Соловьев В. Н. Состояние здоровья подводников в послепоходовый период // Военно-медицинский журнал. 1997. № 3. С. 53–56.
- Назаренко Ю. В., Колос И. В. Динамическая характеристика психических расстройств у лиц, перенесших спитакское землетрясение // Медицина катастроф. М., 1990. С. 389–395.
- Напреенко А. К., Марчук Т. Е. Посттравматические стрессовые расстройства (обзор литературы) // Архив психіатрії. 2001. № 3. С. 14–19.
- Нечаев А. П. Посттравматические стрессовые расстройства (информационно-лингвистические аспекты) // Зарубежная военная медицина. 1999. № 96. С. 4–6.
- Нечипоренко В. В., Литвинцев С. В., Снедков Е. В. Современный взгляд на проблему боевой психической травмы // Военно-медицинский журнал. 1997. № 4. С. 22–26.
- Никонов В. П., Козловский И. И. Психическая адаптация в боевой обстановке режима чрезвычайного положения (Северо-Кавказский регион) // Безопасность. Информационный сборник. 1995. № 7–8. С. 94–103.
- Новиков В. С., Боченков А. А., Чермянин С. В. Психофизиологическое обоснование проблемы коррекции и реабилитации участвовавших в боевых действиях военнослужащих // Военно-медицинский журнал. 1997. № 9. С. 36–38.
- Оливер Е. Посттравматический стрессовый синдром // Зарубеж. воен. мед. 1993. № 3. С. 25–26.



- Особенности оказания медико-психологической помощи родственникам погибших моряков атомной подводной лодки «Курск» / А. Г. Маклаков [и др.] // Психологический журнал. 2001. Т. 22. № 2. С. 5–13.
- Погосов А. В., Смирнова Л. В. Некоторые актуальные аспекты посттравматических стрессовых расстройств // Архив психіатрії. 2001. № 4. С. 81–83.
- Посттравматические стрессовые расстройства в Украине / Б. В. Михайлов [и др.] // Архив психіатрії. 2001. № 1–2. С. 14–19.
- Посттравматическое стрессовое расстройство: психологические и клинические особенности, вопросы терапии / Н. В. Тарабрина [и др.] // *Materia medica*. 1996. № 1 (9). С. 57–68.
- Психическое состояние военнослужащих освобожденных из плена / В. В. Морозов [и др.] // Военно-медицинский журнал. 1997. № 5. С. 46–48.
- Психологические особенности пострадавших в локальных вооруженных конфликтах на Северном Кавказе / М. А. Ларцев [и др.] // Медицина катастроф. 2002. № 3, 4. С. 66–69.
- Психосоматические аспекты развития психических нарушений у ликвидаторов аварии на ЧАЭС / О. А. Кравцова [и др.] // Психиатрия и психофармакотерапия. 2002. Т. 4. № 1. С. 35–49.
- Психофизиологическая реактивность у ликвидаторов аварии на ЧАЭС / Н. В. Тарабрина [и др.] // Психол. журн. 1996. Т. 17. № 2. С. 30–45.
- Психофизиологические аспекты состояния, поведения и деятельности пострадавших в очаге стихийного бедствия / М. М. Решетников [и др.] // Психологический журнал. 1989. Т. 10. № 4. С. 125–128.
- Рончевский С. П. Психогенные реакции, психопатии и основные психозы в военное время // Вопросы психиатрической практики военного времени / под ред. В. П. Осипова. Л., 1941. С. 38–91.
- Ременников М. М., Баранов Ю. А. Психофизиологические аспекты состояния, поведения и деятельности людей в очагах стихийных бедствий и катастроф // Военно-медицинский журнал. 1992. № 9. С. 11.
- Рыбаков Ф. Е. Душевные расстройства в связи с последними политическими событиями. М., 1906.
- Секацкий К. И. Об опыте применения телесно-ориентированной психотерапии в оказании помощи при тяжелых психотравмах // Психологическая газета. 2003. № 12. С. 17–19.
- Средства управления рабочими стрессами / А. В. Родионов [и др.] // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. 2002. № 3, 4. С. 57–79.
- Тарабрина Н. В. Психологические последствия войны // Психологическое обозрение. 1996. № 1(2). С. 26–29.
- Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние и проблемы // Психол. журн. 1992. Т. 13. № 2. С. 14–29.
- Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О., Зеленова М. Е. Психологические особенности посттравматических стрессовых состояний у ликвидаторов последствий аварий на ЧАЭС // Психол. журн. 1994. Т. 15. № 5. С. 67–77.
- Тарабрина Н. В., Петрухин Е. В. Психологические особенности восприятия и оценки радиационной опасности // Психол. журн. 1994. Т. 15. № 1. С. 27–40.
- Томас Н. К. Межличностное понимание травмы // Журнал практической психологии и психоанализа. Ежеквартальный научно-практический журнал электронных публикаций. М., 2002.
- Торчинская Е. Е. Роль ценностно-смысловых образований личности в адаптации к хроническому стрессу // Психол. журн. 2001. Т. 22. № 2. С. 27–35.
- Тукаев Р. Д. Психическая травма и суицидальное поведение: аналитический обзор литературы с 1986 по 2001 год // Социал. и клинич. психиатрия. 2003. Т. 13. № 1. С. 151–163.
- Шапкин С. А., Дикая Л. Г. Деятельность в особых условиях: компонентный анализ структуры и стратегии адаптации // Психол. журн. 1996. Т. 17. № 1. С. 19–34.
- Шевалев Е. А. Течение и исход реактивных состояний, связанных с психической травмой // Невропатология и психиатрия. 1937. Т. 6. С. 3–20.
- Ханзян Э. Травма, связанная с зависимостью, страдание и самолечение // Журнал практической психологии и психоанализа. Ежеквартальный научно-практический журнал электронных публикаций. М., ИПППА, 2002.
- Холмогорова А. Б., Гараян Н. Г. Многофакторная модель депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств как основа их интегративной психотерапии // Социал. и клинич. психиатрия. 1998. № 1. С. 94–101.
- Хохлов Л. К. Посттравматическое стрессовое расстройство и проблема коморбидности // Социал. и клинич. психиатрия. 1998. № 2. С. 116–122.
- Худяков В. Исследование воздействия боевых психологических травм на израильских военнослужащих // Зарубежное военное обозрение. 1989. № 5. С. 15.
- Черкасов В. Г. Посттравматические стрессовые расстройства и принципы их восстановительной терапии // Медицинские исследования. 2001. Т. 1. Вып. 1. С. 137.
- Этико-психологические и гигиенические аспекты при ликвидации последствий катастроф / С. А. Лопатин [и др.] // Военно-медицинский журнал. 2000. № 2. С. 23–27.
- Якушкин Н. В. Психологическая помощь воинам-афганцам в Реабилитационном центре Республики Беларусь // Психол. журн. 1996. № 5. Т. 17. С. 102–105.
- Яковлев Г. Рецензия на книгу Рукьера «Психоневрозы войны» // Военно-санитарное дело. 1930. № 10. С. 48–50.
- Allen A., Bloom S. L. Group and family treatment of post-traumatic stress disorder // *The Psychiatric Clinics of North America* / Ed. D. A. Tomb. 1994. 8. P. 425–438.
- Howard K. I., Lueger R. J., Maling M. S., Martinovich R. A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1993. 61. P. 678–685.\*
- Мусиенко Г. А., Бараненко А. В. Некоторые особенности алкогольной зависимости, протекающей на фоне посттравматических стрессовых расстройств // Новости украинской психиатрии. Харьков, 2003. Режим доступа: <http://www.psychiatry.ua/articles/paper088.html>, свободный.



## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение 1.

#### ЧЕМОДАН ПСИХОЛОГА<sup>132</sup>

Суть этого «чемодана» — иметь под рукой то, что наиболее вероятно может понадобиться при оказании экстренной психологической помощи пострадавшим, их родственникам, случайным свидетелям происшедшего и всем тем, кому такой вид помощи необходим «здесь и сейчас».

Коньяк (во фляге) — 0,5 литра.  
Одноразовые стаканчики (маленькие) — 10 шт.  
Одеяло (небольшое, половина стандартного, 1–2 шт.).  
Фиточай — набор (мелисса, мята).  
Чай в пакетиках — 2 пачки.  
Лимон — 2–4 шт.  
Термос — 1 шт.  
Вода — 8 литров.  
Кофе растворимый — 10 одноразовых пакетиков.  
Одноразовые чашки (стаканы) — 25 шт.  
Одноразовые чайные ложки — 25 шт.  
«Бабушкина аптечка» — комплект: Валидол (в таблетках) — 2 упаковки, Валерьяна (в таблетках) — 2 упаковки, Нашатырный спирт. Вата.  
Одноразовые платочки — 50 пачек по 10 шт.  
Четки — 1–2 шт.  
Мягкие детские игрушки (для мальчика и девочки) — 4 шт.  
Набор цветных карандашей — 2 набора.  
Альбом для рисования — 2 шт.  
Ручки — 5–10 шт.  
Листы формата А-4 — 20 шт.  
Конверты — 10 шт.  
Кусковой сахар — 2 упаковки.  
Шоколад — 25 маленьких плиток.  
Кусковой сахар — 2 упаковки.  
Ножницы — 1 шт.  
Нож — 1 шт.  
Рабочая тетрадь психолога — 1 шт.  
Диктофон (с комплектом запасных батарей) — 1 шт.  
Цифровой фотоаппарат (с комплектом запасных батарей) — 1 шт.  
Фонарик (с комплектом запасных батарей) — 1 шт.  
Карточки для пополнения счета мобильной связи.  
Сигареты — 2 пачки.

<sup>132</sup> «Чемодан психолога» разработан в лаборатории экстремальной и кризисной психологии Харьковского Университета гражданской защиты (Украина).

Спички — 2 коробки.  
Мягкий мячик, желательно с шипами — 2–3 шт.  
Иконка — 4 шт.  
Свечка — 3 шт.  
Непрозрачный пластиковый пакет для переноса различных вещей — 2 шт.  
Жевательная резинка — 1 упаковка.  
Галеты (или военный сухой паек, бананы, то есть что-то съестное и не быстропортящееся) — для работы с суицидентом.  
Одноразовые резиновые перчатки — 2 пары.  
Марлевая повязка — 5 шт.

### Приложение 2.

#### СТРУКТУРИРОВАННОЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИНТЕРВЬЮ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ПТСР

**Введение.** Мы хотели бы задать вам несколько вопросов, касающихся той проблемы или проблем, которые заставили вас обратиться за помощью.

Укажите, пожалуйста, ваш возраст и место жительства.

Работаете ли вы?

Если да — то в чем состоит ваша работа?

Если нет — то:

Когда вы перестали работать? В чем состояла ваша работа? Почему вы прекратили работать?

Каково ваше семейное положение? Расскажите немного о вашей семье, друзьях, о том, как проводите свободное время.

**А. Травматический опыт.**

Находились ли вы когда-нибудь в экстремальной ситуации, такой, например, как боевые действия, изнасилование, разбойное нападение, плен, похищение, пожар, нанесение серьезной физической травмы, угроза вашей жизни, присутствие при смерти другого человека, причинение вам материального ущерба, угрозы в адрес членов вашей семьи? Что вы помните о случившемся? Где это произошло?

Как долго вы находились в этой ситуации?

1. Месяцы.

2. Недели.

3. Дни.

4. Часы.

5. Минуты.

Что, по Вашему мнению, было в экстремальной ситуации наихудшим для вас?

Сколько лет вам было во время события? (Если таковых было несколько, укажите то, которое считаете наиболее травмирующим.)

**А-1. Выходит ли Ваш случай за рамки обычного человеческого опыта?** Как вы считаете, был бы в подобной ситуации нарушен покой практически любого человека?

**А-2. Определите вид травмирующего события.** Если потребуется, дополнительно прокомментируйте этот эпизод ниже.



1. Боевые действия.
2. Разбойное нападение.
3. Изнасилование.
4. Присутствие при смерти или физических страданиях другого человека.
5. Стихийное бедствие.
6. Физическая травма, несчастный случай.
7. Плен.
8. Другое.

**Б. Воспроизведение травмирующего события.**

После того как все закончилось, вспоминаете ли вы случившееся снова и снова?

Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Бывают ли у вас:

Ночные кошмары, связанные с травмирующим событием?

Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Часто возникающие помимо вашей воли яркие образы пережитого?

Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Случаи, когда вы ведете себя таким образом, как если бы травмирующее событие снова происходило с вами (прячетесь, убегаете, нападаете на кого-либо)?

Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Если да, то спустя какой промежуток времени после травмирующего события это произошло впервые?

**Б-1. Многократно повторяющиеся воспоминания.**

Появляются ли у вас связанные с травмирующим событием болезненные образы или воспоминания, от которых вы не можете избавиться по собственному желанию? Как часто в течение дня это происходит?

0. Никогда не появлялись.

1. Незначительно: редко, не беспокоят.

2. Умеренно: с частотой по крайней мере один раз в неделю и / или реже, но доставляют значительное беспокойство или нарушают нормальную жизнедеятельность.

3. Значительно: с частотой по крайней мере 4 раза в неделю.

4. Очень серьезно: ежедневно и/или делают невозможной нормальную жизнедеятельность.

5. Не хочу говорить об этом.

Состояние на момент обращения \_\_\_\_\_

Состояние спустя 3 месяца \_\_\_\_\_

**Б-2. Ночные кошмары.**

1. Видите ли вы повторяющиеся сны о насилии, войне, смерти или других событиях, связанных с травмой?

2. Где происходит действие, в котором вы участвуете во сне?

3. Вы узнаете людей в этих снах?

4. Ваши сны непосредственно касаются травмирующего события?

5. Как часто повторяются эти сны?

Бывает ли так, что вы просыпаетесь, сильно вспотев, с криком, дрожью, сердцебиением, одышкой?

Доставляют ли ваши ночные кошмары беспокойство вашему супругу/супруге или партнеру / партнерше?

0. Не сталкивался с такой проблемой.

1. Незначительно: нечасто и / или не беспокоит.

2. Умеренно.

3. Значительно: с частотой по крайней мере раз в неделю; партнер / партнерша вынужден спать в другой постели.

4. Очень серьезно: с частотой более трех раз в неделю; партнер / партнерша вынужден спать в другой комнате.

5. Не хочу говорить об этом.

Состояние на момент обращения \_\_\_\_\_

Состояние спустя 3 месяца \_\_\_\_\_

**Б-3. Действия, обусловленные повторным переживанием события «в реальном времени».** Бывает ли, что вы реагируете на происходящее так, как если бы вы снова находились в условиях травмирующего события (прячетесь, убегаете, нападаете на кого-либо или хотите напасть)?

Если да, то вам кажется, что оно повторяется, или вы каждый раз проживаете его заново?

Как это происходит?

Стараетесь ли вы избегать напоминаний о травмирующем событии (звука, запаха, места, чего-либо другого)?

0. Подобного никогда не случалось.

1. Редко.

2. Иногда.

3. Часто / один случай, вызывающий серьезное беспокойство.

4. Ежедневно / более одного случая, вызывающего серьезное беспокойство.

5. Не хочу говорить об этом.

Состояние на момент обращения \_\_\_\_\_

Состояние спустя 3 месяца \_\_\_\_\_

**Б-4. Психологический дистресс.**

Ухудшается ли ваше состояние (появляются / усиливаются некоторые симптомы), если что-либо или кто-либо (телевизионные программы, новости, погодные условия, «особые даты», потери и утраты) напоминает вам о травмирующем событии. Что вы испытываете: печаль, тревогу, испуг, раздражение, злость, гнев?

0. Никогда не испытывал(а).

1. Незначительно: нечасто / не беспокоит.

2. Умеренно: появляются один-два симптома.

3. Значительно: появляется несколько симптомов / появляется один симптом, вызывающий серьезное беспокойство.

4. Очень серьезно: вызывает сильнейшее беспокойство, обострение соматических заболеваний, требует госпитализации и т. п.

5. Не хочу говорить об этом.

Состояние на момент обращения \_\_\_\_\_

Состояние спустя 3 месяца \_\_\_\_\_

**В. Избегание напоминаний о травмирующем событии.**

**В-1. Стараетесь ли вы избегать мыслей и чувств, касающихся травмы?** Если да, то как вы делаете это? Используете ли вы в этих целях алкоголь или наркотики?

0. Не избегаю / ничто не напоминает о событии.



1. Незначительно: редко и / или не беспокоит.
2. Умеренно: прилагаю определенные усилия для поддержания нормальной жизнедеятельности и социальной активности.
3. Значительно: попытки избежать напоминаний о травме изменяют повседневную жизнь (не нахожу себе места / не могу работать как обычно/работаю слишком много / иногда прибегаю к алкоголю или наркотикам).

4. Очень серьезно: избегание драматически изменяет повседневную жизнь (часто прибегаю к наркотикам / совершенно не могу работать/испытываю значительные трудности при общении с другими людьми).

5. Не хочу говорить об этом.
- Состояние на момент обращения \_\_\_\_\_  
Состояние спустя 3 месяца \_\_\_\_\_

**В-2. Избегание деятельности, провоцирующей пробуждение воспоминаний о травме.** Стараетесь ли вы не оказываться в ситуациях, напоминающих вам о травмирующем событии (просмотр определенных кинокартин, шумные места, общение с некоторыми людьми, другие ситуации)?

0. Не испытываю подобных проблем.

1. Незначительно: редко / испытываю некоторый дискомфорт, но не пытаюсь избегать этих ситуаций.

2. Умеренно: иногда стараюсь избегать некоторых ситуаций.

3. Значительно: постоянно испытываю дискомфорт / избегание определенным образом меняет повседневную жизнь.

4. Очень серьезно: избегаю любой активной деятельности.

5. Не хочу говорить об этом.

Состояние на момент обращения \_\_\_\_\_

Состояние спустя 3 месяца \_\_\_\_\_

**В-3. Психогенная амнезия.**

Существует ли такой аспект травмирующего события, который вы не сможете вспомнить, как бы ни старались?

Бывает ли так, что событие кажется вам нереальным? Произшедшим не с вами?

Испытываете ли вы трудности при описании того, что чувствовали во время травмирующего события?

0. Помню все детали случившегося.

1. Незначительно: помню большую часть деталей.

2. Умеренно: не могу вспомнить ряд важных аспектов травмирующего события.

3. Значительно: помню лишь некоторые детали.

4. Очень серьезно: не могу вспомнить ни одного важного аспекта травмы.

5. Не хочу говорить об этом.

Состояние на момент обращения \_\_\_\_\_

Состояние спустя 3 месяца \_\_\_\_\_

**В-4. Потеря интереса к ранее значимым аспектам жизни.**

Отмечаете ли вы снижение интереса к занятиям, которые раньше приносили вам радость? Какие это занятия? Какие занятия по-прежнему доставляют вам удовольствие?

0. Не потерял(а) интереса.

1. Одно или два занятия стали менее приятными.

2. Несколько занятий перестали доставлять удовольствие.

3. Большинство занятий не доставляют прежнего удовольствия.

4. Практически никакая деятельность не приносит радости.

5. Не хочу говорить об этом.

Состояние на момент обращения \_\_\_\_\_

Состояние спустя 3 месяца \_\_\_\_\_

**В-5. Отдаление от других людей, отчуждение.**

*Психические расстройства у жертв насилия и их медико-психологическая коррекция*

Стали ли вы меньше общаться с людьми после перенесенной травмы?

0. Круг общения остался неизменным.

1. Контакт стало меньше / иногда избегаю общения.

2. Мало общаюсь с людьми / избегаю встреч.

3. Избегаю даже тех людей, с которыми заранее договорился о встрече.

4. После травмы полностью отказался от общения.

5. Не хочу говорить об этом.

Состояние на момент обращения \_\_\_\_\_

Состояние спустя 3 месяца \_\_\_\_\_

**В-6. Ограничение диапазона аффективных реакций.** Агедония.

Способны ли вы испытывать теплые чувства, ощущать близость с другими людьми?

Не кажется ли вам время от времени, что эмоции покинули вас?

0. Живу насыщенной эмоциональной жизнью.

1. Незначительно: не испытываю по этому поводу беспокойства.

2. Умеренно: иногда ощущаю равнодушие к близким людям.

3. Значительно: редко испытываю положительные эмоции.

4. Очень серьезно: после травмы произошло отчуждение от семьи.

5. Не хочу говорить об этом.

Состояние на момент обращения \_\_\_\_\_

Состояние спустя 3 месяца \_\_\_\_\_

**В-7<sup>133</sup>. Усиленный контроль над эмоциями в ходе диагностического интервью** (по наблюдению врача).

Отмечается ли смена выражений радости, грусти, гнева, раздражения, подозрения и других реакций на лице пациента?

0. Полный диапазон аффективных реакций, соответствующих обсуждаемым вопросам.

1. Незначительное ограничение диапазона; соответствие обсуждаемым вопросам.

2. Умеренное ограничение диапазона; при обсуждении некоторых вопросов пациент сдерживает эмоции усилием воли.

3. Значительный контроль над своими переживаниями; эмоциональные реакции проявляются редко и немедленно подавляются пациентом.

4. Пациент пресекает любые внешние проявления своих переживаний.

Состояние на момент обращения \_\_\_\_\_

Состояние спустя 3 месяца \_\_\_\_\_

**В-8. Планы на будущее.** Каким вы видите ваше ближайшее будущее? Каким (какой) вы видите себя в старости? Чего вы ожидаете от дальнейшей жизни?

0. Пациент описывает свое будущее позитивно / реалистично.

1. Виды на будущее зависят от внешних обстоятельств с преобладанием пессимистических мыслей.

<sup>133</sup> Пункты В-7 и В-8 заполняются врачом.



3. Пациенту присущ глубокий пессимизм.
  4. Пациент не видит для себя будущего / ожидает ранней смерти (вне связи с физическим самочувствием).
  5. Пациент не хочет говорить о будущем.
- Состояние на момент обращения \_\_\_\_\_
- Состояние спустя 3 месяца \_\_\_\_\_

#### Г. Повышенный уровень тревоги.

##### Г-1. Нарушения сна.

Испытываете ли вы трудности, связанные с засыпанием?

Да Нет

Просыпаетесь ли вы среди ночи?

Да Нет

Бывает ли так, что вы не можете заснуть после того, как проснулись ночью?

Да Нет

0. Сон спокойный и непрерывный.

1. Незначительно: не более двух раз в неделю.

2. Умеренно: нарушения сна по крайней мере три раза в неделю.

3. Значительно: проблемы со сном каждую ночь.

4. Очень серьезно: длительность сна составляет менее трех часов в сутки.

5. Не хочу говорить об этом.

Состояние на момент обращения \_\_\_\_\_

Состояние спустя 3 месяца \_\_\_\_\_

##### Г-2. Раздражительность, беспричинный гнев.

Как вы считаете, стали ли вы более раздражительным(ной), чем обычно? Легко ли вывести вас из себя?

Каким образом вы показываете окружающим, что раздражены?

Бывают ли у вас вспышки гнева, ярости по незначительному поводу?

0. Не испытываю чувство досады, гнева.

1. Незначительно: редко испытываю чувство досады или гнева, которые могут остаться незамеченными для окружающих.

2. Умеренно: стал(а) более раздражительным(ной); испытываю чувство досады или гнева по крайней мере раз в две недели; окружающие находят объяснение моим чувствам.

3. Значительно: практически постоянно испытываю чувство досады, окружающие стараются избегать общения со мной.

4. Очень серьезно: постоянно испытываю чувство гнева по отношению к окружающим, возникает желание отомстить, унижить их: люди боятся и избегают меня.

5. Не хочу говорить об этом.

Состояние на момент обращения \_\_\_\_\_

Состояние спустя 3 месяца \_\_\_\_\_

##### Г-3. Нарушения памяти и концентрации внимания.

Бывает ли вам трудно сосредоточить свое внимание на каком-либо предмете?

Легко ли вам сконцентрироваться? Испытываете ли вы трудности при чтении или просмотре телевизионных программ? Вы рассеяны (забывчивы)?

Пациенту предлагается произвести серийное вычитание.

0. Пациент выполняет вычитание без ошибок.

1. Пациент совершает одну ошибку / признает наличие незначительных нарушений концентрации внимания.

2. Пациент совершает две ошибки / сообщает об определенных трудностях, связанных с концентрацией внимания и усвоением информации.

3. Пациент совершает три ошибки / нарушения памяти и концентрации внимания мешают в работе и повседневной жизни.

4. Пациент совершает четыре ошибки / не может или не пытается произвести серийное вычитание / испытывает постоянные трудности с усвоением информации / не способен выполнить простые задания.

Состояние на момент обращения \_\_\_\_\_

Состояние спустя 3 месяца \_\_\_\_\_

#### Г-4. Чрезмерная бдительность, боязливость.

Испытываете ли вы необходимость постоянно контролировать все, что происходит вокруг вас?

Легко ли вас отвлекать?

Представьте, что стоите на краю крыши. Что вы чувствуете?

0. Не испытываю необходимости в постоянном контроле, ощущение себя на краю крыши не пугает.

1. Незначительно: в редких случаях испытываю дискомфорт от невозможности все держать под контролем.

2. Умеренно: представляя себя на краю крыши, испытываю дискомфорт / стараюсь быть бдительным(ой) в большинстве жизненных ситуаций.

3. Значительно: представляя себя на краю крыши, испытываю острый дискомфорт / часто чувствую опасность, угрозу своей жизни / находясь в помещении, предпочитаю располагаться спиной к стене / стараюсь постоянно держать ситуацию под контролем.

4. Очень серьезно: постоянно озабочен(а) необходимостью быть бдительным(ой).

5. Не хочу говорить об этом.

Состояние на момент обращения \_\_\_\_\_

Состояние спустя 3 месяца \_\_\_\_\_

#### Г-5. Физиологический ответ на внешние раздражители, напоминающие какой-либо аспект травмирующего события. Пугливость.

Часто ли вы вздрагиваете (или совершаете другие резкие движения) при неожиданно громком звуке, появлении кого-либо за спиной, в других непредвиденных ситуациях?

Как часто бывает так, что, увидев или услышав что-либо, напоминающее вам о травмирующем событии, вы испытываете сердцебиение (тошноту, головокружение, чувство холода), учащенно дышите, дрожите, сильно потеете?

0. Не испытываю таких ощущений.

1. Незначительно: редко испытываю подобные ощущения.

2. Умеренно: иногда испытываю подобные ощущения, стараюсь их игнорировать.

3. Значительно: это происходит со мной достаточно часто, вызывает определенное беспокойство.

4. Очень серьезно: эти и подобные ощущения послужили причиной обращения к врачу.

5. Не хочу говорить об этом.

Состояние на момент осмотра \_\_\_\_\_

Состояние спустя 3 месяца \_\_\_\_\_



**Г-6. Чувство собственной вины.**

Страдаете ли вы от чувства вины за свои действия во время травмирующего события?

Да Нет

0. Не испытываю чувства вины.

1. Незначительно: изредка сомневаюсь в том, что любой на моем месте вел бы себя аналогичным образом.

2. Умеренно: часто испытываю беспокойство, обусловленное чувством вины.

3. Значительно: испытываю чувство вины большую часть времени.

4. Очень серьезно: испытываю чувство вины постоянно / считаю, что не заслуживаю нормального отношения окружающих.

5. Не хочу говорить об этом.

Состояние на момент обращения

Состояние спустя 3 месяца

**Приложение 3.**

# **ШКАЛА ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПТСР<sup>134</sup> (Clinical-administered PTSD Scale – CAPS)**

**A. Травматическое событие.****B. Постоянно повторяющееся переживание травматического события.****1. Повторяющиеся навязчивые воспоминания о событии, вызывающие дистресс.**

**Частота.** Случалось ли так, что вы непроизвольно, без всякого повода, вспоминали об этих событиях? Было ли это только во сне? (Исключить, если воспоминания появлялись только во сне.) Как часто это происходило в течение последнего месяца?

0 — никогда;

1 — один или два раза в неделю;

2 — несколько раз в неделю;

3 — ежедневно или почти каждый день.

**Интенсивность.** Если из этих случаев взять самый тяжелый, насколько сильны были переживания, вызванные этими воспоминаниями? Были ли вы вынуждены прерывать дела, которыми в этот момент занимались? В состоянии ли вы, если постараетесь, преодолеть эти воспоминания, избавиться от них?

0 — отсутствие дистресса;

1 — низкая интенсивность симптома: минимальный дистресс;

2 — умеренная интенсивность: дистресс отчетливо присутствует;

3 — высокая интенсивность: существенный дистресс, явные срывы в деятельности и трудности в преодолении возникших воспоминаний о событии;

4 — очень высокая интенсивность: тяжелый, непереносимый дистресс, неспособность продолжать деятельность и невозможность избавиться от воспоминаний о событии.

<sup>134</sup> Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. С. 116, 210–224.

**2. Интенсивные, тяжелые переживания при обстоятельствах, символизирующих или напоминающих различные аспекты травматического события, включая годовщины травмы.**

**Частота.** Были ли у вас случаи, когда вы видели что-то, напомнившее об этих событиях, и вам становилось тяжело и грустно, вы расстраивались? (Например: определенный тип мужчин — для жертв изнасилования, цепочка деревьев или лесистая местность — для ветеранов войны.) Как часто это с вами случалось в течение последнего месяца?

0 — никогда;

1 — один или два раза;

2 — один или два раза в неделю;

3 — несколько раз в неделю;

4 — ежедневно или почти каждый день.

**Интенсивность.** Если из этих случаев взять самый тяжелый, насколько вы были взволнованы и расстроены, насколько сильны были переживания?

0 — нисколько;

1 — слабая интенсивность симптома: минимальный дистресс;

2 — умеренная интенсивность: дистресс отчетливо присутствует, но еще контролируется;

3 — высокая интенсивность: значительный дистресс;

4 — очень высокая интенсивность: непереносимый дистресс.

**3. Ощущение, как будто травматическое событие происходило снова, или соответствующие внезапные действия, включая ощущение оживших переживаний, иллюзии, галлюцинации, диссоциативные эпизоды (флэшбек-эффекты), даже те, которые появляются в просономном состоянии.**

**Частота.** Приходилось ли вам когда-нибудь внезапно совершать какое-либо действие или чувствовать себя так, как будто бы то событие происходит снова? Как часто это с вами случалось в течение последнего месяца?

0 — никогда;

1 — один или два раза;

2 — один или два раза в неделю;

3 — несколько раз в неделю;

4 — ежедневно или почти каждый день.

**Интенсивность.** Если из этих случаев взять самый тяжелый, насколько реальным было это ощущение? Насколько сильно вам казалось, что то событие(я) происходило(и) снова? Как долго это продолжалось? Что вы делали при этом?

0 — никогда такого не было;

1 — слабая интенсивность симптома: ощущение незначительно большей реалистичности происходящего, чем при простом размышлении о нем;

2 — умеренная интенсивность: ощущения определенные, но передающие диссоциативное качество, однако при этом сохраняется тесная связь с окружающим, ощущения похожи на грезы наяву;

3 — высокая интенсивность: в сильной степени диссоциативные ощущения, пациент рассказывает об образах, звуках, запахах, но все еще сохраняется некоторая связь с окружающим миром;

4 — очень высокая интенсивность: ощущения полностью диссоциативны, флэшбек-эффект, полное отсутствие связи с окружающей реальностью, возможна амнезия данного эпизода — «затмение», провал в памяти.



#### 4. Повторяющиеся сны о событии, вызывающие тяжелые переживания (дистресс).

**Частота.** Были ли у вас когда-нибудь неприятные сны о том событии? Как часто это с вами случалось в течение последнего месяца?

- 0 — никогда;
- 1 — один или два раза;
- 2 — один или два раза в неделю;
- 3 — несколько раз в неделю;
- 4 — ежедневно или почти каждый день.

**Интенсивность.** Если из этих случаев взять самый худший, как сильны были те неприятные, тяжелые переживания и чувство дискомфорта, которые вызывали у вас эти сны? Вы просыпались от этих снов? (Если да, спросите: «Что вы чувствовали или делали, когда просыпались? Через какое время вы обычно засыпали?» Выслушайте рассказ и отметьте симптомы паники, громкие крики, положения тела.)

- 0 — отсутствовали;
- 1 — слабо выраженная интенсивность симптома: минимальный дистресс не вызывал пробуждения;
- 2 — умеренная интенсивность: просыпается, испытывая дистресс, но легко засыпает снова;
- 3 — высокая интенсивность: очень тяжелый дистресс, затруднено повторное засыпание;
- 4 — очень высокая интенсивность: непреодолимый дистресс, невозможность заснуть снова.

#### С. Устойчивое избегание раздражителей, ассоциирующихся с травмой, или «блокада» общей способности к реагированию (*numbing* — «оцепенение») (симптомы не наблюдались до травмы).

#### 5. Усилия, направленные на то, чтобы избежать мыслей или чувств, ассоциирующихся с травмой.

**Частота.** Пытались ли вы отгонять мысли о событии? Прилагали ли вы усилия, чтобы избежать ощущений, связанных с событием, например: чувств гнева, печали, вины? Как часто это с вами случалось в течение последнего месяца?

- 0 — никогда;
- 1 — один или два раза;
- 2 — один или два раза в неделю;
- 3 — несколько раз в неделю;
- 4 — ежедневно или почти каждый день.

**Интенсивность.** Как велики были усилия, которые вы прилагали, чтобы не думать о том событии, чтобы не испытывать чувств, имеющих к нему(ним) отношение? (Дайте оценку всех попыток сознательного избегания, включая отвлечение, подавление и снижение возбужденности при помощи алкоголя или наркотиков.)

- 0 — никакого усилия;
- 1 — слабая интенсивность симптома: минимальное усилие;
- 2 — умеренная интенсивность: некоторое усилие, избегание определенно есть;
- 3 — высокая интенсивность: значительное усилие, избегание, безусловно, есть;
- 4 — очень высокая интенсивность: отчетливо выраженные попытки избегания.

#### 6. Усилия, направленные на то, чтобы избежать действий или ситуаций, которые вызывают воспоминания о травме.

**Частота.** Пытались ли вы когда-либо избегать каких-либо действий или ситуаций, которые напоминали бы вам о событии?

- 0 — никогда;
- 1 — один или два раза;
- 2 — один или два раза в неделю;
- 3 — несколько раз в неделю;
- 4 — ежедневно или почти каждый день.

**Интенсивность.** Как велики были усилия, которые вы прилагали для того, чтобы избежать каких-то действий или ситуаций, связанных с событием? (Дайте оценку всех попыток поведенческого избегания; например, ветераны войны, избегающие участия в ветеранских мероприятиях, просмотрах военных фильмов.)

- 0 — никакого усилия;
- 1 — слабая интенсивность симптома: минимальное усилие;
- 2 — умеренная интенсивность: некоторое усилие, избегание определенно есть;
- 3 — высокая интенсивность: значительное усилие, избегание, безусловно, есть;
- 4 — очень высокая интенсивность: отчетливо выраженные попытки избегания.

#### 7. Неспособность вспомнить важные аспекты травмы (психогенная амнезия).

**Частота.** Случалось ли так, что вы не могли вспомнить важные обстоятельства произошедшего с вами события (например, имена, лица, последовательность событий)? Многие ли из того, что имело отношение к происшедшему, вам было трудно вспомнить в прошедшем месяце?

- 0 — ничего, ясная память о событии в целом;
- 1 — некоторые обстоятельства, события было невозможно вспомнить (менее 10%);
- 2 — ряд обстоятельств, событий было невозможно вспомнить (20–30%);
- 3 — большую часть обстоятельств, событие было невозможно вспомнить (50–60%);
- 4 — почти совсем невозможно было вспомнить событие (более 80%).

**Интенсивность.** Как велики были усилия, которые вам понадобилось приложить, чтобы вспомнить о важных обстоятельствах того, что произошло с вами?

- 0 — какие-либо затруднения при воспоминании о событиях отсутствовали;
- 1 — слабая интенсивность симптома: незначительные затруднения при воспроизведении обстоятельств события;
- 2 — умеренная интенсивность: определенные затруднения, однако при сосредоточении сохраняется способность к воспроизведению события в памяти;
- 3 — высокая интенсивность: несомненные затруднения при воспроизведении обстоятельств события;
- 4 — очень высокая интенсивность: полная неспособность вспомнить о событии.

#### 8. Заметная утрата интереса к любимым занятиям.

**Частота.** Чувствуете ли вы, что потеряли интерес к занятиям, которые были для вас важными или приятными, — например, спорт, увлечения, общение? Если сравнить с тем, что было до происшедшего, сколько видов занятий перестали вас интересовать за прошедший месяц?

- 0 — потери интереса вообще не было;
- 1 — потеря интереса к отдельным занятиям (менее чем 10%);
- 2 — потеря интереса к нескольким занятиям (20–30%);
- 3 — потеря интереса к большому числу занятий (50–60%);
- 4 — потеря интереса почти ко всему (более чем 80%).



**Интенсивность.** В самом худшем случае: насколько глубока или сильна была утрата интереса к этим занятиям?

- 0 — вообще не было потери интереса;
- 1 — слабая интенсивность симптома: только незначительная потеря интереса, не исключающая получения удовольствия в процессе занятий, если они все-таки начались;
- 2 — умеренная интенсивность: безусловная потеря интереса, но все-таки сохраняется некоторое чувство удовольствия от занятия;
- 3 — высокая интенсивность: очень значительная потеря интереса к занятиям;
- 4 — очень высокая интенсивность: полная потеря интереса, не вовлекается ни в какую деятельность.

#### 9. Чувство отстраненности или отчужденности от окружающих.

**Частота.** Не было ли у вас чувства отдаленности или потери связи с окружающими? Отличалось ли это состояние от того, что вы чувствовали перед тем, как произошло это событие(я)? Как часто вы чувствовали себя так в течение последнего месяца?

- 0 — такого вообще не было;
- 1 — редко (менее 10% времени);
- 2 — иногда (20–30%);
- 3 — часто (50–60%);
- 4 — почти всегда или постоянно (более 80%).

**Интенсивность.** В самом худшем случае: насколько сильно было ваше чувство отстраненности или отсутствия связи с окружающими? Кто все-таки оставался вам близок?

- 0 — отсутствуют подобные чувства;
- 1 — слабая интенсивность симптома: эпизодически чувствует себя «идущим не в ногу» с окружающими;
- 2 — умеренная интенсивность: определенное наличие чувства отдаленности, но сохраняются какие-то межличностные связи и чувство принадлежности к окружающему миру;
- 3 — высокая интенсивность: значительное чувство отстраненности или отчужденности от большинства людей, сохраняется способность взаимодействия только с одним человеком;
- 4 — очень высокая интенсивность: чувствует себя полностью оторванным от других людей, близкие отношения не поддерживает ни с кем.

#### 10. Сниженный уровень аффекта, например, неспособность испытывать чувство любви.

**Частота.** Были ли у вас такие периоды, когда вы были «бесчувственны» (вам было трудно испытывать такие чувства, как любовь или счастье)? Отличалось ли это состояние от того, как вы себя чувствовали перед тем, как произошло это событие(я)? Как часто вы чувствовали себя так в течение последнего месяца?

- 0 — такого вообще не было;
- 1 — редко (менее 10% времени);
- 2 — иногда (20–30%);
- 3 — часто (50–60%);
- 4 — почти всегда или постоянно (более 80%).

**Интенсивность.** В самом худшем случае: насколько сильным у вас было ощущение «бесчувственности»? (В оценку этого пункта включите наблюдения за уровнем эффективности во время интервью.)

0 — ощущения бесчувственности нет;

1 — слабая интенсивность симптома: такое ощущение имеется, но незначительное; испытывать эмоции все-таки сохранена;

2 — умеренная интенсивность: явное ощущение бесчувственности по отношению по крайней мере к двум основным эмоциям — любви и счастья;

3 — высокая интенсивность: значительное ощущение бесчувственности по отношению по крайней мере к двум основным эмоциям — любви и счастья;

4 — очень высокая интенсивность: ощущает полное отсутствие эмоций.

#### 11. Ощущение отсутствия перспектив на будущее, например, пациент ожидает продвижения по службе, женитьбы, рождения детей, долгой жизни.

**Частота.** Было ли когда-нибудь, что вы чувствовали отсутствие необходимости строить планы на будущее, что почему-либо у вас «нет завтрашнего дня»? (Если да, уточните наличие реального риска, например, опасных для жизни медицинских диагнозов.) Отличалось ли это состояние от того, как вы себя чувствовали перед тем, как произошло это событие(я)? Как часто вы чувствовали себя так в течение последнего месяца?

- 0 — такого вообще не было;
- 1 — редко (менее 10% времени);
- 2 — иногда (20–30%);
- 3 — часто (50–60%);
- 4 — почти всегда или постоянно (более 80%).

**Интенсивность.** В самом худшем случае: насколько сильным было чувство, что у вас не будет будущего? Как вы думаете, как долго вы будете жить? Какие основания у вас предполагать, что вы умрете преждевременно?

- 0 — ощущения сокращенного будущего нет;
- 1 — слабая интенсивность симптома: незначительные ощущения по поводу сокращения жизненной перспективы;
- 2 — умеренная интенсивность симптома: определенно присутствует ощущение сокращенной жизненной перспективы;
- 3 — высокая интенсивность симптома: значительно выражены ощущения сокращенной жизненной перспективы, могут иметь место определенные предчувствия о продолжительности жизни;
- 4 — очень высокая интенсивность симптома: всепоглощающее чувство сокращенной жизненной перспективы, полная убежденность в преждевременной смерти.

#### D. Устойчивые симптомы повышенной возбудимости (не наблюдались до травмы).

#### 12. Трудности с засыпанием или с сохранением нормального сна.

**Частота.** Были ли у вас какие-либо проблемы с засыпанием или с тем, чтобы спать нормально? Отличается ли это от того, как вы спали перед событием? Как часто у вас были трудности со сном в прошлом месяце?

- 0 — никогда;
- 1 — один или два раза;
- 2 — один или два раза в неделю;
- 3 — несколько раз в неделю;
- 4 — каждую ночь (или почти каждую).

Трудности с засыпанием? («Да — нет»).

Пробуждения среди сна? («Да — нет»).

Очень ранние пробуждения? («Да — нет»).

Количество часов сна (без пробуждений) за ночь

Желательное количество часов сна для обследуемого



**Интенсивность.** (Задайте уточняющие вопросы и оцените все перечисленные нарушения сна.) Как много времени надо вам, чтобы заснуть? Как часто вы просыпаетесь среди ночи? Сколько часов подряд, не просыпаясь, вы спите каждую ночь?

0 — нет проблем со сном;

1 — слабая интенсивность симптома: несколько затруднено засыпание, некоторые трудности с сохранением сна (потеря сна до 30 мин);

2 — умеренная интенсивность: определенное нарушение сна — ясно выраженная увеличенная продолжительность периода засыпания или трудности с сохранением сна (потеря сна — 30–90 мин);

3 — высокая интенсивность: значительное удлинение времени засыпания или большие трудности с сохранением сна (потеря сна — 90 мин — 3 ч);

4 — очень высокая интенсивность: очень длительный латентный период сна.

### 13. Раздражительность или приступы гнева.

**Частота.** Были ли такие периоды, когда вы чувствовали, что необычно раздражительны, или проявляли чувство гнева и вели себя агрессивно? Отличается ли это состояние от того, как вы себя чувствовали или как действовали до события? Как часто вы испытывали подобные чувства или вели себя подобным образом в прошлом месяце?

0 — никогда;

1 — один или два раза;

2 — один или два раза в неделю;

3 — несколько раз в неделю;

4 — ежедневно или почти каждый день.

**Интенсивность.** Насколько сильный гнев вы испытывали и каким образом вы его выражали?

0 — не было ни раздражительности, ни гнева;

1 — слабая интенсивность симптома: минимальная раздражительность, в гневе — повышение голоса;

2 — умеренная интенсивность: явное наличие раздражительности, в гневе с легкостью начинает спорить, но быстро «остывает»;

3 — высокая интенсивность: значительная раздражительность, в гневе — речевая или поведенческая агрессивность;

4 — очень высокая интенсивность: непреодолимый гнев, сопровождаемый эпизодами физического насилия.

### 14. Трудности с концентрацией внимания.

**Частота.** Не казалось ли вам трудным сосредоточиться на каком-то занятии или на чем-то, что окружало вас? Изменилась ли ваша способность к сосредоточению с тех пор, как случилось это событие (я)? Как часто у вас наблюдались затруднения с сосредоточением внимания в течение прошлого месяца?

0 — вообще не было;

1 — очень редко (менее 10% времени);

2 — иногда (20–30% времени);

3 — большую часть времени (50–60%);

4 — почти всегда или постоянно (более 80%).

**Интенсивность.** Насколько трудно для вас было сосредоточиться на чем-либо? (При оценке этого пункта учтите свои наблюдения в процессе интервью.)

0 — никакой проблемы не было;

1 — слабая интенсивность: для сосредоточения требовались незначительные усилия;

2 — умеренная интенсивность: определенная потеря способности к сосредоточению, но при усилии может сосредоточиться;

3 — высокая интенсивность: значительное ухудшение функции, даже при особых усилиях;

4 — очень высокая интенсивность: полная неспособность к сосредоточению и концентрации внимания.

### 15. Повышенная настороженность (бдительность).

**Частота.** Приходилось ли вам быть как-то особенно настороженным или бдительным даже тогда, когда для этого не было очевидной необходимости? Отличалось ли это от того, как вы себя чувствовали перед событием? Как часто в прошлом месяце вы были насторожены или бдительны?

0 — вообще не было;

1 — очень редко (менее 10% времени);

2 — иногда (20–30% времени);

3 — большую часть времени (50–60%);

4 — почти всегда или постоянно (более 80%).

**Интенсивность.** Как велики усилия, которые вы прилагаете, чтобы знать обо всем, что происходит вокруг вас? (При оценке этого пункта используйте свои наблюдения, полученные в ходе интервью.)

0 — симптом отсутствует;

1 — слабая интенсивность симптома: минимальные проявления гипербдительности, незначительно повышенное любопытство;

2 — умеренная интенсивность: определенно имеется гипербдительность, настороженность в общественных местах (например, выбор безопасного места в ресторане или кинотеатре);

3 — высокая интенсивность: значительные проявления гипербдительности, субъект очень насторожен, постоянное наблюдение за окружающими в поисках опасности, преувеличенное беспокойство о собственной безопасности (а также своей семьи и дома);

4 — очень высокая интенсивность: гипертрофированная бдительность, усилия по обеспечению безопасности требуют значительных затрат времени и энергии и могут включать активные действия по проверке ее наличия; в процессе беседы — значительная настороженность.

### 16. Преувеличенная реакция испуга («стартовая» реакция на внезапный стимул).

**Частота.** Испытывали ли вы сильную реакцию испуга на громкие неожиданные звуки (например, на автомобильные выхлопы, пиротехнические эффекты, стук захлопнувшейся двери и т. п.) или на что-то, что вы вдруг увидели (например, движение, замеченное на периферии вашего поля зрения — «углом глаза»)? Отличается ли это от того, как вы себя чувствовали до события?

0 — никогда;

1 — один или два раза;

2 — один или два раза в неделю;

3 — несколько раз в неделю;

4 — ежедневно или почти каждый день.

**Интенсивность.** В самом худшем случае: насколько сильной была эта реакция испуга?

0 — симптом отсутствовал: реакции испуга не было;

1 — слабая интенсивность симптома: минимальная реакция испуга;



2 — умеренная интенсивность: определенная реакция испуга на внезапный раздражитель, «подпрыгивание»;

3 — высокая интенсивность: значительная реакция испуга, сохранение возбуждения после первичной реакции;

4 — очень высокая интенсивность: крайне выраженная реакция испуга, явное защитное поведение (например, ветеран войны, который «падает лицом в грязь»).

#### 17. Физиологическая реактивность при воздействии обстоятельств, напоминающих или символизирующих различные аспекты травматического события.

**Частота.** Приходилось ли вам отмечать у себя наличие определенных физиологических реакций, когда вы сталкивались с ситуациями, напоминающими вам о событии? (Выслушайте сообщение о таких симптомах, как учащенное сердцебиение, мышечное напряжение, дрожь в руках, потливость, но не задавайте испытуемому наводящих вопросов о симптомах). Как часто они наблюдались в прошлом месяце?

0 — никогда;

1 — один или два раза;

2 — один или два раза в неделю;

3 — несколько раз в неделю;

4 — ежедневно или почти каждый день.

**Интенсивность.** В самом худшем случае: как сильны были эти физиологические реакции?

0 — симптом отсутствует;

1 — слабая интенсивность симптома: минимальная реакция;

2 — умеренная интенсивность: явное наличие физиологической реакции, некоторый дискомфорт;

3 — высокая интенсивность: интенсивная физиологическая реакция, сильный дискомфорт;

4 — очень высокая интенсивность: драматическая физиологическая реакция, сохранение последующего возбуждения.

Был ли какой-либо период после травмы, когда симптомы, о которых я только что вас расспрашивал, беспокоили вас значительно больше, чем в течение последнего месяца? («Да — нет».)

Этот период продолжался не менее одного месяца? («Да — нет».)

Примерно когда этот период начался и закончился? («От \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_».)

### Приложение 4.

## ОПРОСНИК ТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА<sup>135</sup>

**Инструкция и текст опросника.** Внимательно читая каждое утверждение, выбирайте тот вариант ответа, который больше всего соответствует вашему нынешнему состоянию, мнению или настроению. В каждой строке справа обводите только одну цифру, обозначающую ваш ответ: 5 — абсолютно верно; 4 — скорее верно; 3 — отчасти верно, отчасти неверно; 2 — скорее неверно; 1 — абсолютно неверно.

<sup>135</sup> Организация психологического обеспечения деятельности сотрудников органов внутренних дел в экстремальных условиях: методическое пособие / под. общ. ред. В. М. Бурыкина. М.: ИМЦ ГУК МВД РФ, 2004. С. 74–87.

1. По утрам я просыпаюсь свежим и отдохнувшим.

2. Я хорошо координирую свои движения.

3. Я испытываю утомление.

4. Мне необходимо усилие, чтобы вникнуть в то, что говорят окружающие.

5. Внезапно у меня бывает сильное сердцебиение.

6. Я принимаю пищу машинально, не испытывая при этом удовольствия.

7. Окружающий меня мир кажется нереальным.

8. Я вздрагиваю от внезапного шума.

9. Я настолько живо вспоминаю отдельные события, что при этом как бы вновь переживаю их.

10. Я абсолютно здоров физически.

11. Мне доставляет удовольствие быть среди людей.

12. Часто я действую так, будто мне угрожает опасность.

13. Меня нельзя упрекнуть в рассеянности.

14. Я часто вижу один и тот же страшный сон.

15. Определенно, я виноват перед людьми.

16. Пустяки раздражают меня.

17. Я стараюсь не смотреть телевизор, если показывают хронику драматических событий.

18. Мне нравится моя работа.

19. Я пережил серьезную утрату.

20. Я хорошо высыпаюсь по ночам.

21. Я никогда не вижу страшных снов.

22. Иногда мне хочется напиться.

23. Мои близкие сильно беспокоятся из-за моей работы.

24. У меня бывает ощущение, что время течет как бы замедленно.

25. Иногда я обращаюсь к врачу только потому, что хочу немного отдохнуть.

26. Многие вещи потеряли для меня интерес.

27. Без всякого повода я могу выйти из себя.

28. Мне следовало бы соблюдать диету.

29. Я стараюсь избегать разговоров на неприятные темы.

30. Бывает, что я забываю вещи.

31. Иногда мне кажется, что даже близкие люди не понимают меня.

32. Мне необходимо лучше контролировать эмоции.

33. Прошлые события подчас вспоминаются более ярко, чем то, что происходит сейчас.

34. Мне иногда кажется, что мир вокруг меня теряет краски.

35. Я просыпаюсь от внезапного страха.

36. Мне стоит больших усилий работать в прежнем ритме.

37. Временами я испытываю озноб.

38. Мне хочется помогать людям, попавшим в беду.

39. Недавно мне пришлось столкнуться с весьма опасными обстоятельствами.

40. Я чувствую себя более опытным человеком, чем многие из моих сверстников.

41. Я засыпаю с трудом.

42. Я испытываю чувство одиночества.

43. Мне бывает трудно вспоминать то, что происходило совсем недавно.

44. Я чувствую, что становлюсь другим человеком.



45. Меня радуют порой самые незначительные вещи.
46. Я чувствую прилив сил.
47. По утрам я просыпаюсь с большим трудом.
48. Мои мысли постоянно возвращаются к тому, о чем не хочется думать.
49. Я испытываю чувство стыда.
50. Обычно я не обращаюсь к врачу, даже если чувствую, что не совсем здоров.
51. Мой сон настолько крепок, что громкие звуки или яркий свет не могут мне помешать.
52. Мне говорят, что я вскрикиваю во сне.
53. Я часто думаю о будущем.
54. Иногда я сержусь.
55. Я боюсь, что могу натворить что-то вопреки своим намерениям.
56. Бывает, что я забываю то, что хотел сказать или сделать.
57. В последнее время мое настроение ухудшилось.
58. Мне не на кого положиться.
59. Хотелось бы, чтобы моя семья уделяла мне больше внимания.
60. Определенно, я люблю рисковать.
61. Мне нравится «черный юмор».
62. Я во всем полагаюсь на самого себя.
63. Я постоянно чувствую потребность что-нибудь жевать, даже не испытывая голода.
64. Иногда мне кажется, что я запутался в жизни.
65. Мне кажется, что я не сумел сделать того, что от меня требовалось.
66. Я испытываю интерес и вкус к жизни.
67. Мне весело и легко в компании друзей.
68. Я много и плодотворно работаю.
69. Часто я забываю, куда положил ту или иную вещь.
70. Я стараюсь ни с кем не обсуждать свои проблемы.
71. Я никогда не испытывал страха.
72. Мне было бы полезно побыть одному.
73. Делая какое-либо дело, я часто думаю совсем о другом.
74. Моя жизнь разнообразна и насыщена событиями.
75. Я никогда не совершал поступков, за которые мне было бы стыдно.
76. Чужие трудности мало кого волнуют.
77. Я ощущаю себя гораздо старше своих лет.
78. Мне кажется, что меня ожидает счастливое будущее.
79. В жизни мне пришлось испытать такое, что лучше не вспоминать.
80. Я остро воспринимаю чужую боль.
81. Мне кажется, я потерял способность радоваться жизни.
82. Меня беспокоят головные боли.
83. Легкие заработки обычно связаны с нарушением закона.
84. Я не прочь подзаработать лишнего.
85. Посторонние звуки отвлекают меня.
86. Я стараюсь не вступать в драку, если дело меня не касается.
87. Я верю в торжество справедливости.
88. Мое сердце работает как обычно.
89. Иногда я принимаю таблетки.
90. Есть вещи, которые я не могу себе простить.

91. Определенно, мне нужно время, чтобы прийти в себя.
92. Алкоголь хорошо снимает любой стресс.
93. Я не склонен жаловаться на здоровье.
94. Мне хочется все крушить на своем пути.
95. Большинство людей озабочены лишь собственным благополучием.
96. Мне нелегко сдерживать свой гнев.
97. Я не считаю, что прав тот, кто сильнее.
98. У меня никогда не было обмороков.
99. Мне следовало бы научиться избегать конфликтов.
100. Я приобрел в жизни хороших друзей.
101. Меня считают уравновешенным человеком.
102. Нервное напряжение хорошо снимает сауна.
103. Я чувствую растерянность.
104. Часто мне кажется, что меня подстерегает опасность.
105. Я работаю, не чувствуя усталости.
106. Я испытываю сильное внутреннее возбуждение.
107. Часто я совершаю непроизвольные действия в ответ на неожиданный звук или движение.
108. Мне трудно сосредоточиться одновременно на нескольких делах.
109. Я чувствую себя вполне уверенным.
110. Мне есть, за что благодарить судьбу.

Интерпретация результатов производится с использованием ключа методики. В ключе выделяются «прямые» (не требующие перекодирования при подсчете) и «обратные» утверждения, ответы на которые должны быть перекодированы: ответам «5» (абсолютно верно) и «4» (скорее верно) присваиваются значения 1 и 2 соответственно, а ответам «1» (абсолютно неверно) и «2» (скорее неверно) — 5 и 4. При машинной обработке перекодирование «обратных» ответов производится по формуле  $(6 - x)$ , где  $x$  — первичный ответ испытуемого.

Затем простым суммированием подсчитываются значения контрольных и основных субшкал ПТСР и ОСР: L (ложь), Ag (агрессия), Di (диссимуляция), depres (депрессия), ПТСР: A(1) (событие травмы), B (повторное переживание травмы — «вторжение»), C (симптомы «избегания»), D (симптомы гиперактивации), F (дистресс и дезадаптация), ОСР: A(1) (событие травмы), B (диссоциативные симптомы), c (повторное переживание травмы — «вторжение»), d (симптомы «избегания»), e (симптомы гиперактивации), f (дистресс и дезадаптация).

**Итоговые показатели ПТСР и ОСР получаются в результате суммирования значений основных субшкал:**

$$\text{ПТСР} = A(1) + B + C + D + F;$$

$$\text{ОСР} = A(1) + b + c + d + e + f.$$

1. Разработана и прошла валидизацию дополнительная шкала — шкала депрессии, отражающая наличие чувства вины, пониженный фон настроения и ряд других специфических проявлений психогенного депрессивного состояния. Обнаружена, в частности, значимая положительная корреляционная связь данной шкалы с опросником депрессивности Бека, субшкалами SCL-90<sup>136</sup> «враждебность» и «депрессия».

Полученные «сырые» значения переносятся на таблицу для перевода в T-баллы путем обведения соответствующего значения по каждой шкале (субшкале). Соединив

<sup>136</sup> Опросник выраженности психопатологической симптоматики Cneck List-90-Revised, SCL-90-R.







### НОРМАТИВНЫЕ ДАННЫЕ К ОПРОСНИКУ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА

Мужчины.  $N = 1054$  чел., средний возраст — 28,5 лет.

#### Контрольные шкалы и шкала депрессии

	L (ложь):	Ag (аггравация)	Di (диссимуляция)	depres
Ср. знач. (M)	13,08	5,74	11,29	30,76
Ст. откл. (S)	3,45	2,20	2,20	7,72

#### Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)

	Субшкалы (критерии)					Общий показатель ПТСР
	A(1)	B	C	D	F	
Ср. знач. (M)	7,75	20,73	24,90	30,28	12,54	96,20
Ст. откл. (S)	3,10	5,52	5,59	7,29	3,49	20,11

#### Острое стрессовое расстройство (ОСР)

	Субшкалы (критерии)						Общий показатель ОСР
	A(1)	b	c	d	e	f	
Ср. знач. (M)	7,75	13,80	19,14	7,39	35,76	11,12	94,95
Ст. откл. (S)	3,10	3,83	5,11	2,13	7,35	3,02	18,95

Женщины.  $N = 80$  чел., средний возраст — 28,1 года.

#### Контрольные шкалы и шкала депрессии

	L (ложь):	Ag (аггравация)	Di (диссимуляция)	depres
Ср. знач. (M)	12,05	6,91	10,41	33,66
Ст. откл. (S)	3,39	2,23	2,29	7,85

#### Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)

	Субшкалы (критерии)					Общий показатель ПТСР
	A(1)	B	C	D	F	
Ср. знач. (M)	7,48	22,04	27,45	33,14	13,75	103,85
Ст. откл. (S)	3,09	5,57	6,06	7,70	3,57	21,26

#### Острое стрессовое расстройство (ОСР)

	Субшкалы (критерии)						Общий показатель ОСР
	A(1)	b	c	d	e	f	
Ср. знач. (M)	7,48	15,38	20,15	8,06	38,66	11,96	101,69
Ст. откл. (S)	3,09	4,13	5,35	2,39	7,95	3,38	20,72

### Таблицы для перевода «сырых» результатов в Т-баллы (м)

Т-балл	«Сырые» значения показателей		
	ПТСР	ОСР	depres
96			
94		178	
92	181	175	
90	177	171	
88	173	167	60
86	169	163	59
84	165	159	57
82	161	156	55
80	157	152	54
78	152	148	52
76	148	144	51
74	144	140	49
72	140	137	48
70	136	133	46
68	132	129	45
66	128	125	43
64	124	121	42
62	120	118	40
60	116	114	38
58	112	110	37
56	108	106	35
54	104	103	34
52	100	99	32
50	96	95	31
48	92	91	29
46	88	87	28
44	84	84	26
42	80	80	25
40	76	76	23
38	72	72	21
36	68	68	20
34	64	65	18
32	60	61	17
30	56	57	15
28	52	53	
26		49	
24			
Т-балл	ПТСР	ОСР	depres



## М

Т-балл	«Сырые» значения показателей (м)												
	L	Ag I	Di	A(1)	B	C	U	F	b	c	d	e	f
96	29												
94	28	15											
92	28												
90	27	14			44	48							
88	26				43	47		26		40			23
86	25	13			42	46	58	26	28	39		64	23
84	25	13			41	45	57	25	28	38	15	62	22
82	24				39	44	55	24	27	36		61	21
80	23	12			38	43	54	24	26	35	14	59	21
78	23				37	42	52	23	25	34	14	58	20
76	22	11			36	41	51	22	25	33		56	20
74	21	11			35	39	49	22	24	32	13	55	19
72	21	10		15	34	38	48	21	23	31		53	18
70	20	10	16	14	33	37	46	20	22	30	12	52	18
68	19		15	13	32	36	45	20	21	29	12	50	17
66	19	9	15	14	31	35	43	19	21	28	11	49	17
64	18		14	12	30	34	42	18	20	27	11	48	16
62	17	8	14	11	28	33	49	17	19	26		46	15
60	17	8	13	11	27	32	39	17	18	25	10	45	15
58	16		13	10	26	30	38	16	18	24		43	14
56	15	7	13	10	25	29	36	15	17	23	9	42	14
54	14		12	9	24	28	35	15	16	22	9	40	13
52	14	6	12	8	23	27	33	14	15	21	8	39	12
50	13	6	11	8	22	26	32	13	15	20	8	37	12
48	12	5	11	7	21	25	30	13	14	19	7	36	11
46	12	5		7	20	24	29	12	13	18	7	34	11
44	11		10	6	19	23	27	11	12	17		33	10
42	10	4		5	17	22	26	10	11	16	6	31	9
40	10		9	5	16	20	24	10	10	15	6	30	9
38	9	3	9	4	15	19	23	9	9	14	5	28	8
36	8	3	8	3	14	18	22	8	8	13	5	27	7
34	8		8	3	13	17	20	8	8	12		25	7
32	7		7		12	16	19	7		11	4	24	6
30	6		7		11	15	17	6		10		23	6
28	6				10	14	16			9	3	21	5
26	5				13	14						20	
24		6			11							18	
22			5									17	
												15	

## Таблицы для перевода «сырых» результатов в Т-баллы (ж)

Т-балл	«Сырые» значения показателей		
	ПТСР	ОСР	depres
94			
92			
90			
88		180	
86	180	176	
84	176	172	60
82	172	168	59
80	168	164	57
78	163	160	56
76	159	156	54
74	155	151	53
72	151	147	51
70	146	143	49
68	142	139	48
66	138	135	46
64	134	131	45
62	129	127	43
60	125	122	42
58	121	118	40
56	117	114	38
54	112	110	37
52	108	106	35
50	104	102	34
48	100	98	32
46	95	93	31
44	91	89	29
42	87	85	27
40	83	81	26
38	78	77	24
36	74	73	23
34	70	69	21
32	66	64	20
30	61	60	18
28	57	56	16
26	53	52	15
24	49	48	
22			
Т-балл	ПТСР	ОСР	depres



## Ж

Т- балл	«Сырые» значения показателей (ж)												
	L	Ag	Di	A(1)	B	C	D	F	b	c	d	e	f
96	28												
94	27												
92	26												
90	26												
88	25				44					40			
86	24	15			43				30	39			24
84	24				42	48		26	29	38			23
82	23	14			41	47	28	25	29	37			23
80	22				39	46	56	24	28	36	15	63	22
78	22	13			38	44	55	24	27	35		61	21
76	21	13			37	43	53	23	26	34	14	59	21
74	20	12		15	36	42	52	22	25	33	14	58	20
72	19	12		14	35	41	50	22	24	32	13	56	19
70	19	11	15	14	34	40	49	21	24	31	13	55	19
68	18	11		13	32	38	47	20	23	30	12	53	18
66	17		14	12	31	37	45	19	22	29	12	51	17
64	17	10	14	12	30	36	44	19	21	28	11	50	17
62	16		13	11	29	35	42	18	20	27	11	48	16
60	15	9	13	11	28	34	41	17	20	26	10	47	15
58	15	9	12	10	27	32	39	17	19	24	10	45	15
56	14	8	12	9	26	31	38	16	18	23		43	14
54	13	8	11	9	24	30	36	15	17	22	9	42	13
52	13	7	11	8	23	29	35	14	16	21		40	13
50	12	7	10	7	22	27	33	14	15	20	8	39	12
48	11		10	7	21	26	32	13	15	19	8	37	11
46	11	6		6	20	25	30	12	14	18	7	35	11
44	10		9	6	19	24	29	12	13	17	7	34	10
42	9	5		5	17	23	27	11	12	16	6	32	9
40	9	5	8	4	16	21	25	10	11	15	6	31	9
38	8	4	8	4	15	20	24	9	10	14	5	29	8
36	7	4	7	3	14	19	22	9	10	13	5	28	7
34	7	3	7		13	18	21	8	9	12	4	26	7
32	6		6		12	17	19	7	8	11	4	24	6
30	5		6		10	15	18	7		9		23	
28			5			14	16	6			3	21	5
26			5			13	15					20	
24						12						18	
22		4										16	

## Приложение 5. МИССИСИПСКАЯ ШКАЛА (ГРАЖДАНСКИЙ ВАРИАНТ)<sup>137</sup>

**Инструкция и текст опросника.** Ниже приводятся утверждения, в которых обобщен разнообразный опыт людей, переживших тяжелые, экстремальные события и ситуации. К каждому утверждению дается шкала от 1 до 5 (1 — совершенно неверно; 2 — иногда верно; 3 — до некоторой степени верно; 4 — верно; 5 — совершенно верно). Обведите кружком выбранный вами номер ответа, лучше всего описывающий ваши чувства. Если у вас возникнут вопросы, обратитесь за разъяснением к экспериментатору.

1. В прошлом у меня было больше близких друзей, чем сейчас.
2. У меня нет чувства вины за все то, что я делал в прошлом.
3. Если кто-то выведет меня из терпения, то, вероятнее всего, я не сдержусь (применю физическую силу).
4. Если случается что-то, напоминающее мне о прошлом, это выводит меня из равновесия и причиняет боль.
5. Люди, которые очень хорошо меня знают, боятся меня.
6. Я способен вступать в эмоционально-близкие отношения с другими людьми.
7. Мне снятся по ночам кошмары о том, что было со мной реально в прошлом.
8. Когда я думаю о неких вещах, которые я делал в прошлом, мне просто не хочется жить.
9. Внешне я выгляжу бесчувственным.
10. Последнее время я чувствую, что хочу покончить с собой.
11. Я хорошо засыпаю, нормально сплю и просыпаюсь только тогда, когда нужно вставать.
12. Я все время задаю себе вопрос, почему я еще жив, в то время как другие уже умерли.
13. В определенных ситуациях я чувствую себя так, как будто я вернулся в прошлое.
14. Мои сны настолько реальны, что я просыпаюсь в холодном поту и заставляю себя больше не спать.
15. Я чувствую, что больше не могу.
16. Вещи, которые вызывают у других людей смех или слезы, меня не трогают.
17. Меня по-прежнему радуют те же вещи, что и раньше.
18. Мои фантазии реалистичны и вызывают страх.
19. Я обнаружил, что мне работать нетрудно.
20. Мне трудно сосредоточиться.
21. Я беспричинно плачу.
22. Мне нравится быть в обществе других людей.
23. Меня пугают мои стремления и желания.
24. Я легко засыпаю.

<sup>137</sup> Организация психологического обеспечения деятельности сотрудников органов внутренних дел в экстремальных условиях : методическое пособие / под общ. ред. В. М. Бурькина. М. : ИМЦ ГУК МВД РФ, 2004. С. 59–61; Пушкарев А. Л., Доморацкий В. А., Гордеева Е. Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика и лечение. М. : Изд-во института психотерапии, 2000. С. 107–108; Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб. : Питер, 2001. С. 98–105; 178–179.



25. От неожиданного шума я сильно вздрагиваю.
  26. Никто, даже члены моей семьи, не понимают, что я чувствую.
  27. Я легкий, спокойный, уравновешенный человек.
  28. Я чувствую, что о каких-то вещах, которые я делал в прошлом, я никогда не смогу рассказать кому-либо, потому что этого никому не понять.
  29. Временами я употребляю алкоголь (наркотики или снотворные), чтобы помочь себе заснуть или забыть о тех вещах, которые случились со мной в прошлом.
  30. Я не испытываю дискомфорта, когда нахожусь в толпе.
  31. Я теряю самообладание и взрываюсь из-за мелочей.
  32. Я боюсь засыпать.
  33. Я пытаюсь избегать всего, что могло бы напомнить мне о том, что происходило со мной в прошлом.
  34. Моя память так же хороша, как и раньше.
  35. Я испытываю трудности в проявлении своих чувств, даже по отношению к близким людям.
  36. Временами я вдруг веду себя или чувствую так, как будто то, что было со мной в прошлом, происходит снова.
  37. Я не могу вспомнить некоторые важные вещи, которые произошли со мной в прошлом.
  38. Я очень бдителен и насторожен большую часть времени.
  39. Если случается что-нибудь, напоминающее мне о прошлом, меня охватывает такая тревога или паника, что у меня начинается сильное сердцебиение и перехватывает дыхание; я весь дрожу и покрываюсь потом; у меня кружится голова, появляются «мурашки», и я почти теряю сознание.
- Ключи**
- Сумма баллов по пунктам с прямой шкалой: 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39.
- Сумма баллов по пунктам с обратной шкалой (оцениваются в обратном порядке): 2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34.
- Сложите все баллы. Это позволит вам получить сумму, по которой с достоверностью до 90% можно разделить испытуемых на имеющих ПТСР и не имеющих ПТСР.
- ПТСР — 112 баллов и больше.
- Психические расстройства —  $86 \pm 26$ .
- Хорошо адаптированные — 96 баллов и менее.

### Приложение 6.

## ШКАЛА ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ВОЗДЕЙСТВИЯ ТРАВМИРУЮЩЕГО СОБЫТИЯ (Impact of Event Scale — IOES) Горовица

**Инструкция и текст опросника.** Ниже приведены описания переживаний людей, перенесших тяжелые стрессовые ситуации. Оцените, в какой степени вы испытывали такие чувства по поводу подобной ситуации, когда-то пережитой вами (\_\_\_\_\_).

Для этого выберите цифру, соответствующую тому, как часто вы испытывали подобное переживание в течение *последних 7 дней, включая сегодняшний* (0 — никогда; 1 — редко; 3 — иногда; 5 — часто).

1. Любое напоминание об этом событии (ситуации) заставляло меня заново переживать все случившееся.
2. Я не мог спокойно спать по ночам.
3. Некоторые вещи заставляли меня все время думать о том, что со мной случилось.
4. Я чувствовал постоянное раздражение и гнев.
5. Я не позволял себе расстраиваться, когда я думал об этом событии или что-то напоминало мне о нем.
6. Я думал о случившемся против своей воли.
7. Мне казалось, что всего случившегося со мной как будто не было на самом деле или все, что тогда происходило, было нереальным.
8. Я старался избегать всего, что могло бы мне напомнить о случившемся.
9. Отдельные картины случившегося внезапно возникали в сознании.
10. Я был все время напряжен и сильно вздрагивал, если что-то внезапно пугало меня.
11. Я старался не думать о случившемся.
12. Я понимал, что меня до сих пор буквально переполняют тяжелые переживания по поводу того, что случилось, но ничего не делал, чтобы их избежать.
13. Я чувствовал что-то вроде оцепенения, и все мои переживания по поводу случившегося были как будто парализованы.
14. Я вдруг замечал, что действую или чувствую себя так, как будто бы все еще нахожусь в той ситуации.
15. Мне было трудно заснуть.
16. Меня буквально захлестывали непереносимо тяжелые переживания, связанные с той ситуацией.
17. Я старался вытеснить случившееся из памяти.
18. Мне было трудно сосредоточить внимание на чем-либо.
19. Когда что-то напоминало мне о случившемся, я испытывал неприятные физические ощущения — потел, дыхание сбивалось, начинало тошнить, учащался пульс.
20. Мне снились тяжелые сны о том, что со мной случилось.
21. Я был постоянно насторожен и все время ожидал, что случится что-то плохое.
22. Я старался ни с кем не говорить о случившемся.

### Приложение 7.

## ГАРВАРДСКИЙ ОПРОСНИК ДЛЯ ВЫЯСНЕНИЯ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ТРАВМ (по Mollica et al., 1992)

**Инструкция.** Мы хотели бы задать вам несколько вопросов в отношении вашей прошлой истории и симптомов, которые имеются у вас сейчас. полученная информация будет использована для того, чтобы оказать вам соответствующую медицинскую



помощь. Тем не менее некоторые вопросы, возможно, могут вас огорчить. В таком случае, пожалуйста, не отвечайте на них. Ответы на вопросы будут сохраняться в тайне.

### Первая часть. Случаи травм

Пожалуйста, укажите, пережили ли вы сами какие-либо из приведенных ниже событий, либо были свидетелем, либо слышали о них.

П — пережил(а). Св — был(а) свидетелем. Сл — слышал(а). Нет.

Недостаток пищи и воды.

Отсутствие медицинской помощи в случае заболевания.

Отсутствие укрытия.

Заключение в тюрьму.

Серьезные травмы и ранения.

Ситуация боя.

Идеологическая обработка.

Изнасилование или сексуальное жестокое обращение.

Принудительная изоляция от других лиц.

Ситуация, близкая к смерти.

Принудительная разлука с членами семьи.

Убийство члена семьи либо друга.

Неестественная смерть члена семьи либо друга.

Убийство незнакомого человека либо знакомых людей.

Пропавший либо насильно вывезенный.

Пытки.

Какая-либо другая ужасная ситуация либо такая, в которой чувствовали, что вы и ваша жизнь в опасности.

### Вторая часть. Личное описание

Пожалуйста, опишите пережитые вами самые болезненные события либо такие, которые вызвали у вас ужас, если они вообще были. (Пожалуйста, уточните, где и когда они произошли.)

### Третья часть. Травма головы

Да Нет Дата

1. Что вам пришлось пережить из приведенного ниже?

Утопление.

Удушье.

Удары по голове.

2. Теряли ли вы сознание? Если да, то как долго?

### Четвертая часть. Психотравмы

Ниже приводятся симптомы, которые бывают у людей после пережитых болезненных событий либо таких, которые вызывают ужас. Внимательно прочитайте каждый пункт и оцените, в какой мере описанные симптомы беспокоили вас на прошлой неделе.

1 — несколько, 2 — немного, 3 — очень, 4 — чрезвычайно.

Периодические мысли либо воспоминания о самых страшных событиях.

Ощущение, как будто события происходят снова.

Периодические ночные кошмары.

Чувство оторванности либо изолированности от людей.

Неспособность испытывать эмоции.

Чувство нервозности, легкая пугливость, вздрагивание.

Трудности сосредоточения.

Беспокойный сон.

Чувство настороженности.

Раздражительность или вспышки гнева.

Избегание тех видов деятельности, которые напоминают вам о психотравмирующих событиях.

Неспособность вспомнить отдельные эпизоды наиболее психотравмирующих событий.

Пониженный интерес к повседневной деятельности.

Ощущение, как будто у вас нет будущего.

Избегание мыслей либо чувств, связанных с психотравмирующим либо болезненным переживанием.

Внезапная эмоциональная или телесная реакция при воспоминании о наиболее психотравмирующих либо болезненных событиях.

Ощущение, что люди не понимают того, что с вами произошло.

Трудно работать или выполнять обязанности повседневной жизни.

Укоры в свой адрес, самообвинения за то, что произошло.

Чувство вины из-за того, что выжил.

Безнадежность.

Чувство стыда из-за психотравмирующих событий.

Расходование времени на размышления, почему эти события произошли именно с вами.

Ощущение, как будто вы сошли с ума.

Ощущение, что вы единственный, кто выстрадал эти события.

Ощущение, как будто окружающие люди относятся к вам враждебно.

Ощущение, что у вас нет никого, на кого можно было бы положиться.

Самостоятельное выяснение либо сообщения других людей о том, что вы что-то делали, о чем в дальнейшем не можете вспомнить.

Чувство, как будто вы расщеплены на два человека и один из вас следит за тем, что делает другой.

Ощущение, как будто кто-то, кому вы доверяли, предал вас.

## Приложение 8.

## МЕТОДИКА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ В. А. ЖМУРОВА<sup>138</sup>

**Инструкция и текст опросника.** Прочтите каждую группу показаний и выберите подходящий вариант ответа — 0, 1, 2 или 3.

1	0	Мое настроение сейчас не более подавлено(печально), чем обычно.
	1	Пожалуй, оно более подавлено(печально), чем обычно.
	2	Да, оно более подавлено(печально), чем обычно.
	3	Мое настроение намного более подавлено(печально), чем обычно.

<sup>138</sup> Практическая психодиагностика: методики и тесты. Самара, 1998. С. 77–78.



2	0	Я чувствую, что у меня нет тоскливого (траурного) настроения.
	1	У меня иногда бывает такое настроение.
	2	У меня часто бывает такое настроение.
	3	Такое настроение бывает у меня постоянно.
3	0	Я не чувствую себя так, будто я остался без чего-то очень важного для меня.
	1	У меня иногда бывает такое чувство.
	2	У меня часто бывает такое чувство.
	3	Я постоянно чувствую себя так, будто я остался без чего-то очень важного для меня.
4	0	У меня не бывает чувства, будто моя жизнь зашла в тупик.
	1	У меня иногда бывает такое чувство.
	2	У меня часто бывает такое чувство.
	3	Я постоянно чувствую себя так, будто моя жизнь зашла в тупик.
5	0	У меня не бывает чувства, будто я состарился.
	1	У меня иногда бывает такое чувство.
	2	У меня часто бывает такое чувство.
	3	Я постоянно чувствую, будто я состарился.
6	0	У меня не бывает состояний, когда на душе очень тяжело.
	1	У меня иногда бывает такое состояние.
	2	У меня часто бывает такое состояние.
	3	Я постоянно нахожусь в таком состоянии.
7	0	Я чувствую себя спокойно за свое будущее, как обычно.
	1	Пожалуй, будущее беспокоит меня несколько больше, чем обычно.
	2	Будущее беспокоит меня значительно больше, чем обычно.
	3	Будущее беспокоит меня намного больше, чем обычно.
8	0	В своем прошлом я вижу плохого не больше, чем обычно.
	1	В своем прошлом я вижу плохого несколько больше, чем обычно.
	2	В своем прошлом я вижу плохого значительно больше, чем обычно.
	3	В своем прошлом я вижу намного больше плохого, чем обычно.
9	0	Надежд на лучшее у меня не меньше, чем обычно.
	1	Таких надежд у меня несколько меньше, чем обычно.
	2	Таких надежд у меня значительно меньше, чем обычно.
	3	Надежд на лучшее у меня намного меньше, чем обычно.
10	0	Я боязлив(а) не более обычного.
	1	Я боязлив(а) несколько более обычного.
	2	Я боязлив(а) значительно более обычного.
	3	Я боязлив(а) намного более обычного.
11	0	Хорошее меня радует, как и прежде.
	1	Я чувствую, что оно радует меня несколько меньше прежнего.
	2	Оно радует меня значительно меньше прежнего.
	3	Я чувствую, что оно радует меня намного меньше прежнего.
12	0	У меня нет чувства, что моя жизнь бессмысленна.
	1	У меня иногда бывает такое чувство.
	2	У меня часто бывает такое чувство.
	3	Я постоянно чувствую себя так, будто моя жизнь бессмысленна.
13	0	Я обидчив(а) не больше, чем обычно.
	1	Пожалуй, я несколько более обидчив(а), чем обычно.
	2	Я обидчив(а) значительно больше, чем обычно.
	3	Я обидчив(а) намного больше, чем обычно.
14	0	Я получаю удовольствие от приятного, как и раньше.
	1	Я получаю такого удовольствия несколько меньше, чем раньше.
	2	Я получаю такого удовольствия значительно меньше, чем раньше.
	3	Я не получаю теперь удовольствия от приятного.

15	0	Обычно я не чувствую вины, если нет на это причины.
	1	Иногда я чувствую себя так, будто в чем-то я виноват(а).
	2	Я часто чувствую себя так, будто в чем-то я виноват(а).
	3	Я постоянно чувствую себя так, будто в чем-то я виноват(а).
16	0	Если что-то у меня не так, я виню себя не больше обычного.
	1	Я виню себя за это несколько больше обычного.
	2	Я виню себя за это значительно больше обычного.
	3	Если что-то у меня не так, я виню себя намного больше обычного.
17	0	Обычно у меня не бывает ненависти к себе.
	1	Иногда бывает, что я ненавижу себя.
	2	Часто бывает так, что я себя ненавижу.
	3	Я постоянно чувствую, что ненавижу себя.
18	0	У меня не бывает чувства, будто я погряз в грехах.
	1	У меня иногда теперь бывает это чувство.
	2	У меня часто бывает теперь это чувство.
	3	Это чувство у меня теперь не проходит.
19	0	Я виню себя за проступки других не больше обычного.
	1	Я виню себя за них несколько больше обычного.
	2	Я виню себя за них значительно больше обычного.
	3	За проступки других я виню себя намного больше обычного.
20	0	Состояние, когда все кажется бессмысленным, у меня обычно не бывает.
	1	Иногда у меня бывает такое состояние.
	2	У меня часто бывает теперь такое состояние.
	3	Это состояние у меня теперь не проходит.
21	0	Чувства, что я заслужил (а) кару, у меня не бывает.
	1	Теперь иногда бывает.
	2	Оно часто бывает у меня.
	3	Это чувство у меня теперь практически не проходит.
22	0	Я вижу в себе не меньше хорошего, чем прежде.
	1	Я вижу в себе несколько меньше хорошего, чем прежде.
	2	Я вижу в себе значительно меньше хорошего, чем прежде.
	3	Я вижу в себе намного меньше хорошего, чем прежде.
23	0	Обычно я думаю, что во мне плохого не больше, чем у других.
	1	Иногда я думаю, что во мне плохого больше, чем у других.
	2	Я часто так думаю.
	3	Я постоянно думаю, что плохого во мне больше, чем у других.
24	0	Желания умереть у меня не бывает.
	1	Это желание у меня иногда бывает.
	2	Это желание у меня бывает теперь часто.
	3	Это теперь постоянное мое желание.
25	0	Я не плачу.
	1	Я иногда плачу.
	2	Я плачу часто.
	3	Я хочу плакать, но слез у меня уже нет.
26	0	Я не чувствую, что я раздражителен(на).
	1	Я раздражителен(на) несколько больше обычного.
	2	Я раздражителен(на) значительно больше обычного.
	3	Я раздражителен(на) намного больше обычного.
27	0	У меня не бывает состояний, когда я не чувствую своих эмоций.
	1	Иногда у меня бывает такое состояние.
	2	У меня часто бывает такое состояние.
	3	Это состояние у меня теперь не проходит.



28	0	Моя умственная активность никак не изменилась.
	1	Я чувствую теперь какую-то неясность в своих мыслях.
	2	Я чувствую теперь, что я сильно отупел(а), в голове мало мыслей.
	3	Я совсем ни о чем теперь не думаю («голова пустая»).
29	0	Я не потерял(а) интерес к другим людям.
	1	Я чувствую, что прежний интерес к людям несколько уменьшился.
	2	Я чувствую, что мой интерес к людям намного уменьшился.
	3	У меня совсем пропал интерес к людям (я никого не хочу видеть).
30	0	Я принимаю решения, как и обычно.
	1	Мне труднее принимать решения, чем обычно.
	2	Мне намного труднее принимать решения, чем обычно.
	3	Я уже не могу сам(а) принять никаких решений.
31	0	Я не менее привлекателен(а), чем обычно.
	1	Пожалуй, я несколько менее привлекателен(на), чем обычно.
	2	Я значительно менее привлекателен(на), чем обычно.
	3	Я чувствую, что я выгляжу теперь просто безобразно.
32	0	Я могу работать, как обычно.
	1	Мне несколько труднее работать, чем обычно.
	2	Мне значительно труднее работать, чем обычно.
	3	Я совсем не могу теперь работать (все валится из рук).
33	0	Я сплю не хуже, чем обычно.
	1	Я сплю несколько хуже, чем обычно.
	2	Я сплю значительно хуже, чем обычно.
	3	Теперь я почти совсем не сплю.
34	0	Я устаю не больше, чем обычно.
	1	Я устаю несколько больше, чем обычно.
	2	Я устаю значительно больше, чем обычно.
	3	У меня уже нет никаких сил что-то делать.
35	0	Мой аппетит не хуже обычного.
	1	Мой аппетит несколько хуже обычного.
	2	Мой аппетит значительно хуже обычного.
	3	Аппетита у меня теперь совсем нет.
36	0	Мой вес остается неизменным.
	1	Я немного похудел(а) в последнее время.
	2	Я заметно похудел(а) в последнее время.
	3	В последнее время я очень похудел(а).
37	0	Я дорожу своим здоровьем, как и обычно.
	1	Я дорожу своим здоровьем меньше, чем обычно.
	2	Я дорожу своим здоровьем значительно меньше, чем обычно.
	3	Я совсем не дорожу теперь своим здоровьем.
38	0	Я интересуюсь сексом, как и прежде.
	1	Я несколько меньше интересуюсь сексом, чем прежде.
	2	Я интересуюсь сексом значительно меньше, чем прежде.
	3	Я полностью потерял(а) интерес к сексу.
39	0	Я не чувствую, что мое «Я» как-то изменилось.
	1	Теперь я чувствую, что мое «Я» несколько изменилось.
	2	Теперь я чувствую, что мое «Я» значительно изменилось.
	3	Мое «Я» так изменилось, что теперь я не узнаю себя сам(а).
40	0	Я чувствую боль, как и обычно.
	1	Я чувствую боль сильнее, чем обычно.
	2	Я чувствую боль слабее, чем обычно.
	3	Я почти не чувствую теперь боли.

41	0	Некоторые расстройства (сухость во рту, сердцебиение, запоры, удушье) у меня бывают не чаще, чем обычно.
	1	Эти расстройства бывают у меня несколько чаще обычного.
	2	Некоторые из этих расстройств бывают у меня значительно чаще обычного.
	3	Эти расстройства бывают у меня намного чаще обычного.
42	0	Утром мое настроение обычно не хуже, чем к ночи.
	1	Утром оно у меня несколько хуже, чем к ночи.
	2	Утром оно у меня значительно хуже, чем к ночи.
	3	Утром мое настроение намного хуже, чем к ночи.
43	0	У меня не бывает спадов настроения весной (осенью).
	1	Такое однажды со мной было.
	2	Со мной такое было два или три раза.
	3	Со мной было такое много раз.
44	0	Плохое настроение у меня бывает, но это длится недолго.
	1	Подавленное настроение у меня может длиться по неделе, до месяца.
	2	Подавленное настроение у меня может длиться месяцами.
	3	Подавленное настроение у меня может длиться до года и больше.

**Обработка и интерпретация данных.** Определяется сумма отмеченных номеров ответов (они одновременно являются баллами).

1–9 — депрессия отсутствует либо незначительна;

10–24 — депрессия минимальна;

25–44 — легкая депрессия;

45–67 — умеренная депрессия;

68–87 — выраженная депрессия;

88 и более — глубокая депрессия.

#### Характеристика депрессивных состояний.

**Апатия.** Состояние безучастности, равнодушия, полной индифферентности к происходящему, окружающим, своему положению, прошлой жизни, перспективам на будущее. Это стойкое или преходящее тотальное выпадение как высших и социальных чувств, так и врожденных эмоциональных программ.

**Гипотимия** (сниженное настроение). Аффективная подавленность в виде печали, тоски с переживанием потери, безысходности, разочарования, обреченности, ослабления привязанности к жизни. Положительные эмоции при этом поверхностны, истощаемы, могут полностью отсутствовать.

**Дисфория** («плохо переносу»; «несу плохое, дурное»). Мрачность, озлобленность, враждебность, угрюмое настроение с ворчливостью, брюзжанием, недовольством, неприязненным отношением к окружающим, вспышками раздражения, гнева, ярости с агрессией и разрушительными действиями.

**Растерянность.** Острое чувство неумения, беспомощности, непонимания самых простых ситуаций и изменений своего психического состояния. Типичны изменчивость, неустойчивость внимания, вопрошающее выражение лица, позы и жесты озадаченного и крайне неуверенного человека.

**Тревога.** Неясное, непонятное самому человеку чувство растущей опасности, предчувствия катастрофы, напряженное ожидание трагического исхода. Эмоциональная энергия действует столь мощно, что возникают своеобразные физические ощущения: «Внутри все сжалось в комок, напряглось, натянулось как струна, вот-вот порвется, лопнет...» Тревога сопровождается двигательным возбуждением, тревожными возгласами, оттенками интонаций, утрированными выразительными актами.



**Страх.** Разлитое состояние, переносимое на все обстоятельства и проецирующееся на все в окружающем. Страх также может быть связан с определенными ситуациями, объектами, лицами и выражается переживанием опасности, непосредственной угрозы жизни, здоровью, благополучию, престижу. Может сопровождаться своеобразными физическими ощущениями, свидетельствующими о внутренней концентрации энергий: «внутри похолодело, оборвалось», «шевелился волосы», «скова-ло грудь» и т. п.

### Приложение 9. ВЕРБАЛЬНЫЙ ФРУСТРАЦИОННЫЙ ТЕСТ (опросник для взрослых)

**Описание и текст опросника.** Процедура обследования включает в себя не только ответы-высказывания («Что бы я сказал?»), но и описание испытанных при этом чувств («Что бы я почувствовал?»), когда испытуемый пытается ответить на поставленные в эксперименте фрустрирующие вопросы.

**«Что бы я сказал(а) и что бы при этом почувствовал (а), если бы...»**

#### 1. Мой отец сказал мне:

- A. Ну и дурацкая у тебя прическа!
- B. Ты совсем не следишь за своим здоровьем!
- C. До чего же у тебя противный характер!
- D. Если бы ты постарался, мог бы зарабатывать больше!
- E. Так тебе и не удалось ничего в жизни добиться!
- F. Ты ни в чем не разбираешься, поэтому и не спорь со старшими!
- G. Бессовестный ты человек, ничего для отца сделать не хочешь!

#### 2. Моя мать сказала мне:

- A. Нужно же такое нагородить на голове!
- B. Ты питаешься так, чтобы окончательно испортить свое здоровье!
- C. С тобой никогда ни о чем договориться нельзя!
- D. Опять ты без денег и мать должна тебе помогать!
- E. Мне стыдно людям сказать, кто ты у меня и чем занимаешься!
- F. Ты так мало знаешь и так много мнишь о себе!
- G. И не стыдно тебе вести себя так безнравственно!

#### (Для женатого мужчины)

#### 3. Моя жена сказала мне:

- A. У тебя как-то изменилось лицо, раньше ты мне больше нравился.
- B. Какой-то ты стал вялый, бледный, и аппетит хуже, чем раньше.
- C. До чего же ты тяжелый человек, ни в чем с тобой не нахожу взаимопонимания!
- D. Опять у тебя нет денег!
- E. Твой дружок опять пошел на повышение! А у тебя ничего не получается!
- F. Боже, какое невежество! Ты не читал Набокова!
- G. Как ты можешь так оскорблять меня, слабую женщину!

#### (Для замужней женщины)

#### 4. Мой муж сказал мне:

- A. Ну и платье ты напялила: оно идет тебе как корове седло!
- B. Что-то у тебя плохой цвет лица и бледность нехорошая.
- C. Более склочной женщины я в жизни не встречал!
- D. Наше жилье выглядит убого, никакого уюта!
- E. В конце концов — что ты собой представляешь, чтобы предъявлять мне какие-либо претензии.

#### F. Боже, какая серость!

#### G. Ты просто бессовестная и корыстная женщина!

#### (Если есть сын или дочь)

#### 5. Моя дочь сказала мне:

- A. И прическа, и одежда у тебя старомодные!
- B. Опять ты не следишь за своим весом, не придерживаешься диеты!
- C. И все-то ты меня мучаешь, и все тебе не так!
- D. Опять ты мне не можешь дать необходимую сумму! Живем как нищие.
- E. Мне не хочется знакомить тебя с моим другом, неловко — что ты собой представляешь!

#### F. Боже мой, ты даже не знаешь, что такое высокая мода!

#### G. Тебе никого не жалко!

#### 6. Мой сын сказал мне:

- A. Ну и вид у тебя! Приведи себя в порядок — мои друзья могут зайти!
- B. Ты последнее время все хандришь!
- C. Надоело твое постоянное ворчание и недовольство! Сколько можно пилить человека!
- D. Вечно тебе для сына жалко лишней сотни!
- E. Всю жизнь вкалывать и ничего особенного не добиться — как это тебя угораздило!

#### F. Это ужасно — ты не знаешь, что такое «тяжелый металл»!

#### G. Тебе нет никакого дела до моих проблем!

#### 7. Мой приятель сказал мне:

- A. Да тебя разнесло как на дрожжах!
- B. Что-то ты плохо выглядишь!
- C. А ты, как всегда, со своим особым мнением!
- D. Что-то не заметно, чтобы тебе привалило богатство!
- E. А ты все на прежнем месте работаешь!
- F. Как, ты не можешь ответить на такой простой вопрос? В твоём возрасте каждый образованный человек в этом разбирается!

#### G. Слушай, а ведь ты поступаешь не красиво, не по-приятельски!

#### 8. Моя приятельница сказала мне:

- A. Прическа как у тебя давно уже не в моде.
- B. У тебя болезненный вид, сходи к врачу.
- C. Ну, с тобой спорить бесполезно, твое упрямство давно известно.
- D. А ты по-прежнему бедствуешь...
- E. Так тебе и не удалось чего-то в жизни добиться...
- F. Боже, с тобой и говорить не о чем: ничего не читаешь, в театр не ходишь...
- G. Ну, тебе подвести человека ничего не стоит.



**9. Мой сотрудник сказал мне:**

- A. Ты в последнее время потерял форму.  
B. Смотрю, ты ходишь как-то осторожно, опять болит что-нибудь...  
C. Ну ты и зануда!  
D. Что, опять ни на что денег не хватает? Я не смогу дать тебе в долг.  
E. А тебя с премией олять обошли!  
F. У меня вопрос один назрел, но ты вряд ли сможешь мне на него ответить.  
G. Кто бы меня в трудную минуту выручил? Ты мне вряд ли поможешь, от тебя не дождешься!

10. Моя сотрудница сказала мне:

- А. Ну и вид у тебя, страшнее войны!  
В. Я последнее время замечаю, что у тебя усталый, болезненный вид.  
С. Думала, сумею с тобой договориться, но с твоим характером это невозможно.  
Д. Твоя необеспеченность тебя, как видно, вполне устраивает.  
Е. Ты так и будешь всю жизнь на побегушках у тех, кто чего-то добился в жизни.  
F. Вряд ли ты можешь мне что-нибудь рассказать об импрессионистах, это за пределами твоих интересов.

11. **Мой начальник (директор):**

11. Мой начальник (руководитель) сказал мне:

- А. В таком виде на работу ходить не стоит.  
В. Вы опять на больничном! Вашу работу за вас никто не будет делать!  
С. С вами каши не сварить: я вам одно, а вы мне — другое! Трудный у вас характер!  
D. Все сотрудники внесли на мероприятие необходимую сумму, а вы, конечно, беднее других!  
Е. Уж вам-то в ближайшее время повышение по службе не угрожает.  
F. Такую сложную работу я вам поручить не решусь: тут нужна хорошая осведомленность во многих вопросах.

- Г. На вас трудно рассчитывать в трудную минуту: вы можете подвести и меня, и весь коллектив!

**12. Уличные контакты:**

- А. Прохожий в мой адрес: «Ну и чучело!»  
В. Пассажир в автобусе: «Садитесь, ведь вы еле на ногах стоите, больны, наверное...»  
С. Пассажир в вагоне метро: «Ну и склочная вы личность, вам бы только учить других как себя вести!»  
D. Продавец в зале: «Не трогайте товар! Это вам не по карману!»  
Е. В кинозале сидящий сзади: «Ходят тут всякие, строят из себя, а на деле...»  
F. Продавец книжного лотка: «Ну, эта книга не про вас. Сложновато — не осилите!»  
Г. Прохожий у входа в метро: «Пропустите немедленно! Не видите — я тороплюсь!»

## Варианты ответов

Высказывания или действия	Чувства	Оценка в баллах
Агрессивные действия в адрес обидчика. Резкие высказывания: Убью! Уничтожу! Стукну! Двину! Дам пощечину!	Ярость, злость Ненависть	6

Высказывания или действия	Чувства	Оценка в баллах
Ругань, обвинения в адрес обидчика: Пошел ты! Ах ты дрянь! Сам дурак (дура). На себя по-смотри! Не ваше дело!	Возмущение, гнев	5
Отрицание вины: Это не так! Неправда! Ничего подобного! Не могу с этим согласиться!	Раздражение, обида	4
Стремление оправдаться или ссылка на обстоятельства, смягчающие вину: Возможно это так, но иначе не получается. Да, но этому есть причины. Нехорошо, но, что поделаешь. Так вышло, но это — не моя вина.	Неловкость.	3
Признание вины: Да, нескладно вышло. Приходится признать, что это моя вина. Прошу извинить меня. Вы правы.	Стыд, смущение	2
Обвинение в свой адрес, выраженное чувство вины, самобичевание: Вечно у меня все хуже, чем у всех! Это — мой рок! Так мне и надо! Я виноват. Простите!	Недовольство собой	1

### Регистрационный лист

[illegible]



Источник фрустрации	Фрустрированные ценности							
	A	B	C	D	E	F	G	
11. Начальник								Σа 11/7 Σб 11/7
12. Преподаватель								Σа 12/7 Σб 12/7
13. Уличные контакты								Σа 13/7 Σб 13/7
	ΣА	ΣВ	ΣС	ΣD	ΣЕ	ΣF	ΣG	Σа общ. /7 Σб общ. /7 Σ/2 общ. Агресс. по всем ценностям
	Σ/п*	Σ/п	Σ/п	Σ/п	Σ/п	Σ/п	Σ/п	Σ общ. сумма

Σ — это сумма всех баллов по вертикали, деленная на число лиц, *n*, вызывающих фрустрацию у испытуемого своими высказываниями; лица выбираются произвольно в зависимости от ситуации и возраста испытуемого.

**Интерпретация результатов.** Максимальные баллы по пунктам F, B, C, D, E, F, G выявляют наиболее значимые ценности, фрустрация которых вызывает наиболее агрессивную реакцию. Минимальные баллы по пунктам 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 выявляют тех значимых других, в присутствии которых повышается самоконтроль.

### Приложение 10.

### ОПРОСНИК МЛО «АДАПТИВНОСТЬ»<sup>139</sup>

**Инструкция и текст опросника.** Сейчас вам будет предложено ответить на ряд вопросов, на которые вы должны ответить только «Да» (+) или «Нет» (–). Вопросы касаются непосредственно вашего самочувствия, поведения или характера. «Правильных» или «неправильных» ответов здесь быть не может, поэтому не старайтесь долго их обдумывать или советоваться с товарищами — отвечайте исходя из того, что больше соответствует вашему состоянию или представлению о самом себе. Если у кого-либо возникнут вопросы — поднимите руку.

1. Бывает, что я сержусь.
2. Обычно по утрам я просыпаюсь свежим и отдохнувшим.
3. Сейчас я примерно так же работоспособен, как и всегда.
4. Судьба определенно несправедлива ко мне.
5. Запоры у меня бывают очень редко.
6. Временами мне очень хотелось покинуть свой дом.
7. Временами у меня бывают приступы смеха или плача, с которыми я никак не могу справиться.

<sup>139</sup> Основы военного профессионального отбора / под общ. ред. В. И. Лазуткина, Н. Н. Зацарного, Г. М. Зараковского. 178 НПЦ ГШ ВС РФ, М., 1999. С. 461–470; Проект методического пособия «Медико-психологическая коррекция и реабилитация военнослужащих» (по приоритетной теме КНИР № 2.97.187. п.7 шифр «Кладезь»). С. 144–171.

8. Мне кажется, что меня никто не понимает.
9. Считаю, что если кто-то причинил мне зло, я должен ему ответить тем же.
10. Иногда мне в голову приходят такие нехорошие мысли, что лучше о них никому не рассказывать.
11. Мне бывает трудно сосредоточиться на какой-либо задаче или работе.
12. У меня бывают очень странные и необычные переживания.
13. У меня отсутствовали неприятности из-за моего поведения.
14. В детстве я одно время совершал мелкие кражи.
15. Бывает, что у меня появляется желание ломать или крушить все вокруг.
16. Бывало, что я целыми днями или даже неделями ничего не мог делать, потому что никак не мог заставить себя взяться за работу.
17. Сон у меня прерывистый и беспокойный.
18. Моя семья относится с неодобрением к той работе, которую я выбрал.
19. Бывали случаи, что я не сдерживал своих обещаний.
20. Голова у меня болит часто.
21. Раз в неделю или чаще я без всякой видимой причины внезапно ощущаю жар во всем теле.
22. Было бы хорошо, если бы почти все законы отменили.
23. Состояние моего здоровья почти такое же, как у большинства моих знакомых (не хуже).
24. Встречая на улице своих знакомых или школьных друзей, с которыми я давно не виделся, я предпочитаю проходить мимо, если они со мной не заговаривают первыми.
25. Большинство людей, которые меня знают, я нравлюсь.
26. Я человек общительный.
27. Иногда я так настаиваю на своем, что люди теряют терпение.
28. Большую часть времени настроение у меня подавленное.
29. Теперь мне трудно надеяться на то, что я чего-нибудь добьюсь в жизни.
30. У меня мало уверенности в себе.
31. Иногда я говорю неправду.
32. Обычно я считаю, что жизнь — стоящая штука.
33. Я считаю, что большинство людей способны солгать, чтобы продвинуться по службе.
34. Я охотно принимаю участие в собраниях и других общественных мероприятиях.
35. Я ссорюсь с членами моей семьи очень редко.
36. Иногда я сильно испытываю желание нарушить правила приличия или кому-нибудь навредить.
37. Самая трудная борьба для меня — это борьба с самим собой.
38. Мышечные судороги или подергивания у меня бывают крайне редко (или почти не бывают).
39. Я довольно безразличен к тому, что со мной будет.
40. Иногда, когда я себя неважно чувствую, я бываю раздражительным.
41. Большую часть времени у меня такое чувство, что я сделал что-то не то или даже что-то плохое.
42. Некоторые люди до того любят командовать, что меня так и тянет делать все наперекор, даже если я знаю, что они правы.
43. Я часто считаю себя обязанным отстаивать то, что нахожу справедливым.



44. Моя речь сейчас такая же, как всегда (ни быстрее и ни медленнее, нет ни хрипоты, ни невнятности).
45. Я считаю, что моя семейная жизнь такая же хорошая, как у большинства моих знакомых.
46. Меня ужасно задевает, когда меня критикуют или ругают.
47. Иногда у меня бывает такое чувство, что я просто должен нанести повреждение себе или кому-нибудь другому.
48. Мое поведение в значительной мере определяется обычаями тех, кто меня окружает.
49. В детстве у меня была такая компания, где все старались стоять друг за друга.
50. Иногда меня так и подмывает с кем-нибудь затеять драку.
51. Бывало, что я говорил о вещах, в которых не разбираюсь.
52. Обычно я засыпаю спокойно и меня не тревожат никакие мысли.
53. Последние несколько лет я чувствую себя хорошо.
54. У меня никогда не было ни припадков, ни судорог.
55. Сейчас мой вес постоянен (я не худею и не полнею).
56. Я считаю, что меня часто наказывали незаслуженно.
57. Я легко плачу.
58. Я мало устаю.
59. Я был бы довольно спокоен, если бы у кого-нибудь из моей семьи были неприятности из-за нарушения закона.
60. С моим рассудком творится что-то не ладное.
61. Чтобы скрыть свою застенчивость, мне приходится затрачивать большие усилия.
62. Приступы головокружения у меня бывают очень редко (или почти не бывают).
63. Меня беспокоят сексуальные (половые) вопросы.
64. Мне трудно поддерживать разговор с людьми, с которыми я только что познакомился.
65. Когда я пытаюсь что-то сделать, то часто замечаю, что у меня дрожат руки.
66. Руки у меня такие же ловкие и проворные, как и прежде.
67. Большую часть времени я испытываю общую слабость.
68. Иногда, когда я смущен, я сильно потею и меня это раздражает.
69. Бывает, что я откладываю на завтра то, что должен сделать сегодня.
70. Думаю, что я человек обреченный.
71. Бывали случаи, что мне было трудно удержаться от того, чтобы что-нибудь не стащить у кого-либо или где-нибудь, например в магазине.
72. Я злоупотреблял спиртными напитками.
73. Я часто о чем-нибудь тревожусь.
74. Мне бы хотелось быть членом нескольких кружков или обществ.
75. Я редко задыхаюсь, и у меня не бывает сильных сердцебиений.
76. Всю свою жизнь я строго следую принципам, основанным на чувстве долга.
77. Случалось, что я препятствовал или поступал наперекор людям просто из принципа, а не потому, что дело было действительно важным.
78. Если мне не грозит штраф и машин по близости нет, я могу перейти улицу там, где мне хочется, а не там, где положено.
79. Я всегда был независимым и свободным от контроля со стороны семьи.
80. У меня бывали периоды такого сильного беспокойства, что я даже не мог усидеть на месте.

81. Зачастую мои поступки не правильно истолковывались.
82. Мои родители и(или) другие члены моей семьи придираются ко мне больше, чем надо.
83. Кто-то управляет моими мыслями.
84. Люди равнодушны и безразличны к тому, что с тобой случится.
85. Мне нравится быть в компании, где все подшучивают друг над другом.
86. В школе я усваивал материал медленнее, чем другие.
87. Я вполне уверен в себе.
88. Никому не доверять — самое безопасное.
89. Раз в неделю или чаще я бываю очень возбужденным и взволнованным.
90. Когда я нахожусь в компании, мне трудно найти подходящую тему для разговора.
91. Мне легко заставить других людей бояться меня, и иногда я это делаю ради забавы.
92. В игре я предпочитаю выигрывать.
93. Глупо осуждать человека, обманувшего того, кто сам позволяет себя обманывать.
94. Кто-то пытается воздействовать на мои мысли.
95. Я ежедневно выпиваю много воды.
96. Счастливее всего я бываю, когда один.
97. Я возмущаюсь каждый раз, когда узнаю, что преступник по какой-то причине остался безнаказанным.
98. В моей жизни был один или несколько случаев, когда я чувствовал, что кто-то посредством гипноза заставляет меня совершать те или иные поступки.
99. Я очень редко заговариваю с людьми первым.
100. У меня никогда не было столкновений с законом.
101. Мне приятно иметь среди своих знакомых значительных людей, это как бы придает мне вес в собственных глазах.
102. Иногда безо всякой причины у меня вдруг наступают периоды необычной веселости.
103. Жизнь для меня почти всегда связана с напряжением.
104. В школе мне было очень трудно говорить перед классом.
105. Люди проявляют по отношению ко мне столько сочувствия и симпатии, сколько я заслуживаю.
106. Я отказываюсь играть в некоторые игры, потому что это у меня плохо получается.
107. Мне кажется, что я завожу друзей с такой же легкостью, как и другие.
108. Мне неприятно, когда вокруг меня люди.
109. Как правило, мне не везет.
110. Меня легко привести в замешательство.
111. Некоторые из членов моей семьи совершали поступки, которые меня пугали.
112. Иногда у меня бывают приступы смеха или плача, с которыми я никак не могу справиться.
113. Мне бывает трудно приступить к выполнению нового задания или начать новое дело.
114. Если бы люди не были настроены против меня, я достиг бы в жизни гораздо большего.



115. Мне кажется, что меня никто не понимает.
116. Среди моих знакомых есть люди, которые мне не нравятся.
117. Я легко теряю терпение с людьми.
118. Часто в новой обстановке я испытываю чувство тревоги.
119. Часто мне хочется умереть.
120. Иногда я бываю так возбужден, что мне бывает трудно заснуть.
121. Часто я перехожу на другую сторону улицы, чтобы избежать встречи с тем, кого я увидел.
122. Бывало, что я бросал начатое дело, так как боялся, что я не справлюсь с ним.
123. Почти каждый день случается что-нибудь, что пугает меня.
124. Даже среди людей я обычно чувствую себя одиноким.
125. Я убежден, что существует лишь одно-единственное правильное понимание смысла жизни.
126. В гостях я чаще сижу где-нибудь в стороне или разговариваю с кем-нибудь одним, чем принимаю участие в общих развлечениях.
127. Мне часто говорят, что я вспыльчив.
128. Бывает, что я с кем-нибудь посплетничаю.
129. Часто мне бывает неприятно, когда я пытаюсь предостеречь кого-либо от ошибок, а меня понимают неправильно.
130. Я часто обращаюсь к людям за советом.
131. Часто, даже тогда, когда для меня складывается все хорошо, я чувствую, что для меня все безразлично.
132. Меня довольно трудно вывести из себя.
133. Когда я пытаюсь указать людям на их ошибки или помочь, они часто понимают меня неправильно.
134. Обычно я спокоен и меня нелегко вывести из душевного равновесия.
135. Я заслуживаю сурового наказания за свои проступки.
136. Мне свойственно так сильно переживать свои разочарования, что я не могу заставить себя не думать о них.
137. Временами мне кажется, что я ни на что не пригоден.
138. Бывало, что при обсуждении некоторых вопросов я, особо не задумываясь, соглашался с мнением других.
139. Меня весьма беспокоят всевозможные несчастья.
140. Мои убеждения и взгляды непоколебимы.
141. Я думаю, что можно, не нарушая закон, попытаться найти в нем лазейку.
142. Есть люди, которые мне настолько неприятны, что я в глубине души радуюсь, когда они получают нагоняй за что-нибудь.
143. У меня бывали периоды, когда из-за волнения я терял сон.
144. Я посещаю всевозможные общественные мероприятия, потому что это позволяет побывать мне среди людей.
145. Можно простить людям нарушение тех правил, которые они считают разумными.
146. У меня есть дурные привычки, которые настолько сильны, что бороться с ними просто бесполезно.
147. Я охотно знакомлюсь с новыми людьми.
148. Бывает, что неприличная или даже непристойная шутка у меня вызывает смех.

149. Если дело идет у меня плохо, то мне сразу хочется все бросить.
150. Я предпочитаю действовать согласно собственным планам, а не следовать указаниям других.
151. Люблю, чтобы окружающие знали мою точку зрения.
152. Если я плохого мнения о человеке или даже презираю его, я мало стараюсь скрыть это от него.
153. Я человек нервный и легко возбудимый.
154. Все у меня получается плохо и не так, как надо.
155. Будущее кажется мне безнадежным.
156. Люди довольно легко могут изменить мое мнение, даже если до этого оно казалось мне окончательным.
157. Несколько раз в неделю у меня бывает такое чувство, что должно случиться что-то страшное.
158. Большую часть времени я чувствую себя уставшим.
159. Я люблю бывать на вечерах и просто в компаниях.
160. Я стараюсь уклониться от конфликтов и затруднительных положений.
161. Меня очень раздражает то, что я забываю, куда кладу вещи.
162. Приключенческие рассказы мне нравятся больше, чем о любви.
163. Если я захочу сделать что-то, но окружающие считают, что этого делать не стоит, я могу легко отказаться от своих намерений.
164. Глупо осуждать людей, которые стремятся ухватить от жизни все, что могут.
165. Мне безразлично, что обо мне думают другие.

**Обработка результатов.** Для решения задач психологического сопровождения боевой деятельности (оценки боеспособности) военнослужащих используются 3-й и 4-й уровни МЛО «Адаптивность».

Обработку результатов целесообразно начинать с 3-го уровня. Для этого необходимо иметь набор «ключей», соответствующих шкалам: «Достоверность» (Д), «Поведенческая регуляция» (ПР), «Коммуникативный потенциал» (КП), «Моральная нормативность» (МН).

На каждый вопрос теста обследуемый может отвечать или «да», или «нет». Поэтому при обработке результатов учитывается количество ответов, совпавших с «ключом». Каждое совпадение ответа с «ключом» оценивается в один балл.

Шкала достоверности оценивает степень объективности ответов. В случае, если общее количество баллов превышает 10, то полученные результаты целесообразно считать необъективными вследствие стремления испытуемого как можно больше соответствовать социально желаемому личностному типу.

«Сырые» баллы шкал: «Поведенческая регуляция», «Коммуникативный потенциал», «Моральная нормативность» суммируются, что соответствует значению шкалы 4-го уровня — «Личностный адаптационный потенциал» (ЛАП).

Полученные «сырые» значения ЛАП переводятся в стены, и определяется группа боеспособности военнослужащих.

Для получения более подробных сведений о психологических особенностях военнослужащего необходимо «сырые» значения шкал 3-го уровня перевести в стены. При этом следует иметь в виду, что значение в 4–6 стенов является средним. Превышение этих значений свидетельствует о высоком развитии данного качества, а более низкие значения — о недостаточном развитии рассматриваемой характеристики.



В случае отсутствия достаточного количества времени (например: необходимо обследовать большое число военнослужащих в кратчайшие сроки) процедура определения группы профессиональной психологической пригодности на основе оценки личностного потенциала социально-психологической адаптации может быть ускорена. Для этого необходимо иметь два комплекта ключей: для шкалы достоверности и для шкалы 4-го уровня, так как шкала 4-го уровня объединяет вопросы шкал 3-го уровня, что ускоряет обработку результатов, но не позволяет получить дополнительную информацию о психологических особенностях обследуемых.

### Ключи многоуровневого личностного опросника «Адаптивность»

Шкалы 3-го уровня	
Достоверность	Нет
	1, 10, 19, 31, 51, 69, 78, 92, 101, 116, 128, 138, 148
Поведенческая регуляция (ПР)	
«Да»	«Нет»
4, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 28, 29, 30, 37, 39, 40, 41, 47, 57, 60, 63, 65, 67, 68, 70, 71, 73, 75, 80, 82, 83, 84, 86, 89, 94, 95, 96, 98, 102, 103, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 117, 118, 119, 120, 122, 123, 124, 129, 131, 135, 136, 137, 139, 143, 146, 149, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 161, 162	2, 3, 5, 23, 25, 32, 38, 44, 45, 49, 52, 53, 54, 55, 58, 62, 66, 87, 105, 127, 132, 134, 140
Коммуникативный потенциал (КП)	
«Да»	«Нет»
9, 24, 27, 33, 43, 46, 61, 64, 81, 88, 90, 99, 104, 106, 114, 121, 126, 133, 142, 151, 152	26, 34, 35, 48, 74, 85, 107, 130, 144, 147, 159
Морально-нравственная нормативность (МН)	
«Да»	«Нет»
14, 22, 36, 42, 50, 56, 59, 72, 77, 79, 91, 93, 125, 141, 145, 150, 164, 165	13, 76, 97, 100, 160, 163

### Перевод «сырых» показателей по методике МЛЮ в 10-балльную шкалу нормального распределения (стены) для определения условных групп боеспособности военнослужащих

Стены	ЛАП	Группы боеспособности
1	103 и больше	3
2	81–120	3
3	73–80	2
4	60–72	2
5	51–59	2
6	45–50	1
7	36–44	1
8	31–35	1
9	23–30	1
10	22 и меньше	1

### Интерпретация групп боеспособности военнослужащих по тесту МЛЮ («Адаптивность»)

Группа	Краткая интерпретация
1	Группа хорошей адаптации. Лица этой группы достаточно легко адаптируются к условиям боевой деятельности, быстро входят в новый коллектив, достаточно легко и адекватно ориентируются в ситуации, быстро вырабатывают стратегию своего поведения и социализации. Как правило, неконфликтны, обладают высокой нервно-психической устойчивостью. Функциональное состояние лиц этой группы в период адаптации к условиям боевой деятельности остается в пределах нормы, работоспособность сохраняется. Мотивация к деятельности достаточно устойчивая.
2	Группа с удовлетворительной адаптацией. Большинство лиц этой группы обладают признаками различных акцентуаций, которые в привычных условиях частично компенсированы, но могут проявляться при смене деятельности, особенно при переходе к условиям боевой обстановки. Поэтому успех адаптации во многом зависит от внешних условий среды, интенсивности боевой деятельности, сложности выполняемых задач. Такие лица, как правило, обладают невысоким уровнем нервно-психической устойчивости. Процесс социализации осложнен, возможны асоциальные срывы, проявление агрессивности и конфликтности. Функциональное состояние на начальных этапах адаптации к условиям боевой деятельности может быть снижено. Мотивация к деятельности недостаточно устойчивая.
3	Группа неудовлетворительной адаптации. Лица этой группы обладают признаками явных акцентуаций характера и отдельными признаками психопатий. Психическое состояние можно охарактеризовать как пограничное. Процесс адаптации к условиям боевой деятельности протекает тяжело. Весьма вероятны нервно-психические срывы, особенно в экстремальной обстановке, при высокой интенсивности боевой деятельности, сложности и опасности боевой обстановки. Лица этой группы обладают высоким уровнем межличностной конфликтности, склонны к делинквентному и аддиктивному поведению. Мотивация к деятельности, как правило, неустойчивая. В условиях боевой деятельности отличаются неэффективной профессиональной работоспособностью, ненадежны при выполнении боевой задачи, требуют постоянного контроля со стороны командования и медицинской службы.

### Перевод в 10-балльную шкалу нормального распределения (стены) результатов, полученных по шкалам 3-го уровня теста МЛЮ

Группы боеспособности	Стены	Шкалы МЛЮ		
		ПР	КП	МН
3	1	46>	27–31	18>
	2	38–45	22–26	15–17
2	3	30–37	17–21	12–14
	4	22–29	13–16	10–11
	5	16–21	10–12	7–9
1	6	13–15	7–9	5–6
	7	9–12	5–6	3–4
	8	6–8	3–4	2
	9	4–5	1–2	1
	10	0–3	0	0



### Краткая интерпретация шкал 3-го уровня МЛО «Адаптивность»

Наименование шкалы	Интерпретация высоких значений (10–6 стенов)	Интерпретация низких значений (2–1 стена)
<b>ПР</b>	Высокий и достаточный уровень нервно-психической устойчивости и поведенческой регуляции. Высокая и достаточная толерантность к неблагоприятным факторам профессиональной деятельности, в том числе при чрезвычайных нагрузках	Низкий уровень нервно-психической устойчивости и поведенческой регуляции. Низкая толерантность к неблагоприятным факторам профессиональной деятельности. При высоких нагрузках вероятен срыв профессиональной деятельности
<b>КП</b>	Высокий уровень коммуникативных способностей. Легко устанавливает контакты с окружающими. В межличностном общении неконфликтен. Адекватно оценивает свою роль в коллективе	Низкий уровень коммуникативных способностей. Испытывает затруднения в построении контактов с окружающими. Проявление агрессивности. Повышенная конфликтность
<b>МН</b>	Высокий уровень социализации. Руководствуется общепринятыми нормами поведения. Ориентирован на соблюдение общепринятых норм поведения, групповых и корпоративных требований	Недостаточный уровень социализации. Не всегда стремится соблюдать общепринятые нормы поведения и корпоративных требований. Личные интересы ставит выше групповых

### Обработка результатов обследования военнослужащих с использованием МЛО «Адаптивность» (1-й уровень методики МЛО)

Для осуществления углубленного психологического изучения или выбора методов индивидуальной комплексной психологической и фармакологической коррекции обследуемого необходимо провести обработку шкал 1-го уровня, которые аналогичны базовым шкалам СМЛ (ММР).

При обработке результатов обследования подсчитывается количество совпадений с «ключом» по каждой шкале. Затем «сырые» значения переводятся в Т-баллы в соответствии с правилами перевода шкал СМЛ. Особенностью перевода является то, что к «сырым» показателям отдельных шкал прибавляются, с учетом коэффициента, значения шкалы К (коррекция), после чего только осуществляется перевод в Т-баллы:

- 1 Hs (невротический контроль) + 0,5K;
- 4 Pd (импульсивность) + 0,4K;
- 7 Pt (тревожность) + 1K;
- 8 Sc (индивидуалистичность) + 1K;
- 9 Ma (оптимистичность) + 0,2K.

### «Ключи» к базовым шкалам СМЛ в методике МЛО «Адаптивность-Л» (шкалы 1-го уровня)

Шкалы	«Да»	«Нет»
<b>L</b>	–	1, 10, 31, 69, 78, 92, 101, 116, 128, 148
<b>F</b>	4, 8, 11, 18, 20, 22, 37, 41, 47, 60, 72, 82, 84, 86, 91, 96, 98, 103, 115, 153	2, 25, 43, 44, 53
<b>K</b>	35	15, 46, 48, 64, 73, 90, 102, 151
<b>Hs (1)</b>	17, 67	2, 3, 5, 23, 38, 53, 55, 58, 62, 75, 93
<b>D (2)</b>	16, 17, 30, 39, 46	5, 14, 23, 26, 27, 32, 34, 50, 52, 53, 54, 55, 67, 68, 77, 102
<b>Hu (3)</b>	11, 17, 20, 21, 28, 65, 67	2, 3, 23, 33, 38, 42, 45, 48, 53, 58, 61, 62, 64, 75, 88, 90, 95, 97, 99
<b>Pd (4)</b>	6, 8, 11, 12, 14, 41, 42, 56, 72, 81, 82, 91, 114	13, 35, 45, 48, 55, 79, 90, 97, 100, 102
<b>Mf (5)</b>	63, 66, 73	9, 43, 50, 74, 86, 87
<b>Pa (6)</b>	4, 7, 8, 10, 18, 39, 43, 46, 48, 98, 104, 125, 150, 152	33, 42, 84, 137, 145, 155
<b>Pt (7)</b>	7, 10, 11, 16, 28, 30, 37, 41	2, 52, 67, 73, 80, 88, 103, 104, 110, 117, 120, 122, 123
<b>Sc (8)</b>	4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 16, 21, 24, 36, 39, 56, 60, 63, 70, 80, 89, 98, 103, 105, 106, 108, 111, 119, 123, 124	13, 38, 44, 66, 107
<b>Ma (9)</b>	6, 7, 27, 36, 42, 49, 56, 59, 76, 77, 80, 89, 90, 93, 95	40, 43, 64, 96
<b>Si (0)</b>	64, 85, 126, 160, 163	12, 49, 90, 74, 144, 147, 159

При интерпретации результатов обследования следует помнить, что популяционные нормы для военнослужащих находятся в пределах: 30–70 Т-ед. Значения показателей в пределах 71–89 Т-ед. свидетельствуют о личностных акцентуациях. В случаях, если показатели превышают значения 90 Т-ед., обследуемому необходима консультация психиатра (психоневролога).

### Интерпретация основных шкал 1-го уровня методики МЛО

Обозначение шкал	Значения показателей (Т-ед.)	Краткая интерпретация основных шкал (популяционные нормы для летчиков = 30–70 Т-ед.)
<b>L</b>	30–70 >71	Результаты обследования достоверны Результаты обследования недостоверны
<b>F</b>	71–80 >81	Умеренные признаки агравации Выраженные признаки агравации
<b>K</b>	71–80 >81	Умеренные признаки защитных реакций Выраженные признаки защитных реакций
<b>Hs (1)</b>	71–80 >81	Признаки ипохондрической фиксации Выраженные признаки ипохондрической фиксации
<b>D (2)</b>	71–80 >81	Склонность к депрессивным состояниям Нозологический уровень депрессии



Обозначение шкал	Значения показателей (Т-ед.)	Краткая интерпретация основных шкал (популяционные нормы для летчиков = 30–70 Т-ед.)
Hy (3)	71–80 >81	Признаки эмоциональной лабильности Выраженные признаки эмоциональной лабильности
Pd (4)	71–80 >81	Склонность к импульсивным реакциям Выраженная склонность к импульсивным реакциям
Mf (5)	71–80 >81	Склонность к сенситивным реакциям Выраженные признаки сенситивности (впечатлительность, обидчивость)
Pa (6)	71–80 >81	Признаки ригидности мышления Выраженные признаки ригидности мышления
Pt (7)	71–80 >81	Склонность к психастеническим проявлениям Выраженные признаки психастенических реакций
Sc (8)	71–80 >81	Отдельные признаки аутичности мышления Шизоидная направленность личности
Ma (9)	71–80 >81	Склонность к гипертимным реакциям Выраженная склонность к гипертимным реакциям
Si (0)	71–80 >81	Склонность к интроверсии Выраженные признаки интроверсии

### Приложение 11.

## ГРАФИЧЕСКАЯ МЕТОДИКА «ИСТОРИЯ ЖИЗНЕННЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ ЛИЧНОСТИ»<sup>140</sup>

Методика рассчитана на выявление особенностей одного из важнейших компонентов образа мира — психологического времени личности, в частности соотношения «прошлое — настоящее — будущее». Это могут быть причинно-следственные связи, связь через концепцию судьбы («карма», «знак судьбы», «рок») либо связь через актуализированную и опредмеченную важным событием потребность, которая осталась неудовлетворенной. В этом случае событие прошлого может «длиться» в настоящем и служить источником дискомфорта («Война для меня никогда не кончится») или способом компенсации «экзистенциального вакуума».

Методику можно применять как в индивидуальной работе, так и в работе с семьей. Особенно хорошо она работает на начальной, психодиагностической стадии: с одной стороны, дает возможность разговаривать человека, а с другой — вовлекает его в совместное с психологом исследование жизненной ситуации в контексте жизненного пути, помогает взглянуть на свои проблемы со стороны.

Клиент совместно с психологом чертит систему координат: на листе бумаги вертикальная линия — это положительный — отрицательный полюса переживаний (со

<sup>140</sup> Осухова Н. Г. Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях. М.: Academia, 2005. С. 221–224.

шкалой от +3 до –3); горизонтальная — переживания прошлого — будущего. Психолог задает клиенту вопросы о наиболее важных событиях его прошлого, настоящего и предполагаемого будущего, а также о его переживаниях, которые вызвало каждое из этих событий. В ходе беседы в системе координат отмечают наиболее важные события жизни в прошлом, настоящем и предполагаемом будущем. Далее отмеченные события соединяются линией.

Анализ построенного в ходе беседы графика производится совместно с клиентом. Он позволяет определить эмоциональное состояние клиента, наличие или отсутствие кризисных состояний, оценку клиентом прошедших событий, перспектив на будущее, особенностей жизненного мифа клиента и его влияние на определение ситуации и оценку своего будущего и т. д.

При анализе необходимо учитывать, что клиент называет «переломные события жизни», то есть те значимые события, которые нарушают плавность его существования. Как известно, изменения в кризисной ситуации могут носить как позитивный характер (стимулировать личностный рост), так и негативный (сужать возможности личностного развития). Переломное значение события разделяет временную ось биографии на время «до» и «после», возникает феномен «неравноправия этапов прошлого», который определяет репертуар выборов в процессе «жизнетворчества» обращением лишь к недавним событиям.

Можно выделить четыре типа воспоминаний о важных событиях:

- 1) важные для планирования будущего;
- 2) важные для понимания внешнего мира (поведения других людей, правил социальной жизни, универсальных законов природы и т. д.);
- 3) важные для придания ценности своему прошлому и осознания уникальности собственной жизни;
- 4) важные для формирования представления о себе как личности и отношения к себе и своим ресурсам (образ Я).

История одной личности формирует ее восприятие себя и других и определяет личностные ценности и ожидания, которые, в свою очередь, влияют на стиль взаимодействия. Опыт личности определяют степень и гибкость стратегий, используемых ею для того, чтобы управлять различными жизненными ситуациями. Если же стратегии совладания становятся неэффективными, то человек оказывается перед выбором: либо следовать прежним стратегиям взаимодействия с окружающими, пока ситуация не примет характер необратимости; либо пересмотреть свои прежние установки (несмотря на болезненность данного процесса) и изменить свою жизнь, а возможно, и окружение.

### Приложение 12.

## АНКЕТА ДЛЯ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

В целях всестороннего изучения личностных особенностей военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях, просим вас принять участие в социально-психологическом опросе. Из предложенных вариантов ответов на вопросы необходимо выбрать такой вариант (или несколько вариантов), который совпадает с вашей точкой зрения, и обвести кружком его цифровой код. Если ваше мнение предусмотреть не удалось, то запишите его в свободных строках.



## I. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Возраст \_\_\_\_\_ Образование \_\_\_\_\_

Семейное положение \_\_\_\_\_ Состав семьи \_\_\_\_\_

Календарный срок службы \_\_\_\_\_

## 1. Когда вы пошли в военное училище?

- 1) сразу после окончания школы;
- 2) после прохождения срочной службы;
- 3) во время прохождения срочной службы.

## 2. Как вы относитесь к выбранной вами профессии военнослужащего?

- 4) положительно;
- 5) жалею, что выбрал;
- 6) никак.

## 3. Ваша успеваемость в военном училище?

- 7) выше среднего;
- 8) средняя;
- 9) ниже среднего.

## 4. Почему вы выбрали профессию военнослужащего? (Можно отметить до 6 позиций.)

- 10) стремился к активной, разнообразной и живой работе, связанной с общением, с людьми;
- 11) хотел сделать профессиональную карьеру в ВС РФ;
- 12) следовал семейным традициям;
- 13) следовал примеру друзей, знакомых, служащих в ВС РФ;
- 14) была романтическая мечта, навеянная приключенческими произведениями литературы;
- 15) повлияло занятие в военно-патриотическом клубе;
- 16) служил в морской пехоте или специальных частях;
- 17) хотел решить материальные проблемы;
- 18) хотел испытать себя в сложных условиях;
- 19) возможность физического совершенствования;
- 20) привлекли воинские традиции, ритуалы, форма одежды;
- 21) интересная профессия, которая просто нравится;
- 22) заинтересовал организованный, упорядоченный образ жизни;
- 23) захотел быть причастным к важному делу по защите отечества.

Другое: \_\_\_\_\_

**Внимание! Следующие 7 вопросов предназначены для изучения вашего самочувствия, настроения и работоспособности в настоящее время. Прочитайте вопрос, выберите только один из предложенных вариантов ответа.**

## 5. Оцените степень тяжести и напряженности вашей работы в настоящее время:

- а) очень тяжелая, напряженная;
- б) тяжелее, напряженнее, чем всегда;
- в) обычная, как всегда;
- г) легкая.

## 6. Каково ваше самочувствие в настоящее время?

- а) чувствую себя прекрасно;
- б) чувствую себя очень хорошо;

30) чувствую себя хорошо;

31) чувствую себя удовлетворительно;

32) устал;

33) очень устал;

34) предельно устал.

## 7. Какое настроение преобладает у вас в настоящее время?

35) большую часть времени хорошее;

36) бывает, ощущаю подавленность;

37) бываю раздражителен, вспыльчив;

38) большую часть времени плохое, подавленное настроение;

39) стал невыносимо раздражителен, вспыльчив.

## 8. Сколько часов в среднем вы спите?

(Укажите среднеарифметическое время за последний месяц.) \_\_\_\_\_ часов.

## 9. На какое время суток приходится ваш сон?

40) сплю, как правило, ночью;

41) сплю, как придется;

42) сплю, как правило, днем.

## 10. Каково качество вашего сна?

43) сплю спокойно, хорошо отдыхаю;

44) сплю вроде достаточно, но не высыпаюсь;

45) сон тревожный, часто просыпаюсь;

46) подолгу не могу уснуть;

47) страдаю бессонницей.

## 11. Удовлетворены ли вы материально-бытовыми условиями службы?

48) да, полностью удовлетворен;

49) да, в целом удовлетворен;

50) условия могли быть лучше;

51) крайне не удовлетворяет.

**Теперь просим ответить вас на ряд вопросов, связанных с количеством и продолжительностью вашего пребывания в зоне вооруженного конфликта.**

## 12. В каком году и где участвовали в боевых действиях?

## 13. Укажите срок вашего пребывания в районе боевых действий.

## 14. Сколько раз вы до этого участвовали в боевых действиях?

52) 1 раз;

53) 2 раза;

54) более 2 раз.

## 15. Сколько дней (месяцев) вы непосредственно участвовали (постоянное огневое соприкосновение) в боевых действиях?

55) 1–10 дней;

56) 10–20 дней;

57) более 1 месяца;

58) более 2 месяцев;

59) не участвовал.

**Теперь просим ответить вас на ряд вопросов и утверждений, относящихся к подготовительному периоду командировки в зону вооруженного конфликта.**



### 16. Какие чувства влияли на ваше решение о командировке в зону вооруженного конфликта?

№	Чувства	Отметьте «+»
16.1	Патриотизм	
16.2	Стремление к справедливости	
16.3	Воинский долг	
16.4	Ненависть к противнику	
16.5	Коллективизм, боевое товарищество	
16.6	Уважение и доверие к вышестоящим командирам	
16.7	Чувство мести	
16.8	Боевой азарт	
16.9	Стремление испытать свои профессиональные качества	
16.10	Стремление испытать свои личные качества, характер	
Другие (напишите какие):		
Другое:		

### 17. Согласны ли вы со следующими утверждениями, относящимися к подготовительному периоду командировки в зону вооруженного конфликта?

№	Утверждения	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
17.1	Я был полностью уверен в своей профессиональной (служебно-боевой) подготовленности			
17.2	Я чувствовал себя готовым к участию в боевых действиях			
17.3	Я сам принял решения на убытие в командировку без чьего-либо постороннего влияния			
17.4	В служебном коллективе я находил внимание и поддержку			
17.5	В моей семье было хорошее взаимопонимание			
17.6	В моей семье были натянутые отношения			
17.7	Я был удовлетворен своим социальным положением и статусом своей семьи			
17.8	Я чувствовал понимание и поддержку общества, когда принимал решение об убытии в командировку			
Другое:				

## II. УЧАСТИЕ В БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЯХ

### 18. Во время пребывания в зоне вооруженного конфликта приходилось ли вам участвовать (отметьте те события, в которых вы участвовали):

№	События	Отметьте «+»
18.1	В специальных операциях по зачистке населенных пунктов	
18.2	В штурмовых операциях по захвату зданий, объектов	
18.3	В разминировании дорог и населенных пунктов	
18.4	В выводе подразделений из окружения	

Окончание таблицы

№	События	Отметьте «+»
18.5	В спасении раненых сослуживцев	
18.6	В сборе разведывательных данных о противнике	
18.7	В уничтожении противника в ближнем бою, видя, как вы поражаете его	
18.8	В выполнении боевой задачи под сильным обстрелом, когда приходилось «ломать» себя, чтобы подняться, двинуться с места	
18.9	В оказании первой медицинской помощи раненому в боевой обстановке	
18.10	В долгом ожидании активных боевых действий и специальных операций	
18.11	В сопровождении автоколонн	
18.12	В осуществлении пропускного режима на блокпостах	
18.13	В организации засады	
18.14	В длительном бою, под постоянным обстрелом противника	
Напишите, в каких еще мероприятиях вы участвовали		

### 19. Что вы можете сказать о себе и о своих чувствах, которые вы испытывали в командировке:

№	Чувства	Отметьте «+»
19.1	В первые дни участия в боевых действиях я испытывал страх и неуверенность в своих силах	
19.2	Я чувствовал себя защищенным	
19.3	Я долго не мог успокоиться, впервые увидев обезображенное тело	
19.4	Мне нравилось участие в спецоперациях и перестрелке	
19.5	Я не боялся получить травму или физическое увечье	
19.6	Я боялся за свою жизнь больше, чем за жизнь своих подчиненных	
19.7	Я не беспокоился о семье, о доме	
19.8	В период затишья я мечтал и строил планы на будущее	
19.9	Я честно исполнял свои обязанности	
19.10	Я испытывал страх из-за постоянной близости смерти, угрозы получить ранение, быть искалеченным	
19.11	Я испытывал чувство солидарности, взаимопомощи и взаимовыручки	
19.12	Я испытывал злость на нерадивых политиков и генералов	
19.13	Я испытывал ненависть к противнику, врагу	
19.14	Я чувствовал боевой азарт	
19.15	Чувство коллективизма и боевого товарищества	
19.16	Я постоянно испытывал чувство ответственности за свои действия и своих подчиненных	
Другие:		



20. Какие чувства вы испытывали к противнику в первые дни боевых действий?

21. Какие чувства вы испытывали к противнику по прошествии половины срока вашего пребывания на войне?

22. Был ли ваш командир (начальник) для вас авторитетным и уважаемым? (Почему?)

23. Какое влияние оказывало на ваши действия ваше отношение к своему начальнику?

24. Какие из нижеприводимых групп раздражителей произвели на вас наибольшее воздействие в бою? (Оцените каждый по силе воздействия на психику по 10-балльной шкале с право от названия раздражителя.)

60) визуальные (зрительные) —

61) обонятельные ощущения —

62) осязательные ощущения —

63) собственные представления —

64) воспоминания —

25. Опишите, какие возникали у вас нижеперечисленные ощущения в процессе участия в боевых действиях? (Отметьте частоту встречаемости по 10-балльной шкале.)

65) неопределенность —

66) нервозность —

67) боязнь боя —

68) неуверенность в действиях старших начальников —

69) чувство одиночества —

70) боязнь замкнутого пространства —

71) боязнь открытого пространства —

72) чувство дискомфорта —

73) чувство опасности —

74) дефицит времени —

75) сложность в принятии решений —

76) чувство усталости, утомления —

77) агрессивность —

Какие-либо другие чувства —

26. Отметьте психические состояния, которые вы переживали («+»):

Психические состояния	До боя	После боя	В ожидании следующего боя
78) раздражительность			
79) безразличие			
80) тревога			
81) боязнь			
82) состояние усталости			
83) страх			
84) рассеянность			
85) разбитость			
86) сонливость			

Окончание таблицы

Психические состояния	До боя	После боя	В ожидании следующего боя
87) тяжесть в голове			
88) неуверенность в собственных силах			
89) напряженность			
90) собранность			
91) душевный подъем, порыв			
92) состояние боевой активности			
93) состояние спокойствия			
94) отчаяние, беспокойство			
95) ощущение бессмысленности происходящего			
96) ответственность за подчиненных			
97) отчаяние, безнадежность положения			
Другие:			

27. Оказывали ли на вас негативное воздействие такие особенности вооруженного конфликта, как:

№	Особенности	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
27.1	Отсутствие четко очерченных границ линии фронта и тыла, партизанский характер войны			
27.2	Непривычные климатически-географические условия, отсутствие безопасных районов			
27.3	Трудности в распознавании противника, ощущение «невидимого врага», от рук которого гибнут твои товарищи			
27.4	Отсутствие «здорового смысла» в войне			
27.5	Несправедливое освещение в прессе и на телевидении происшедших событий			
27.6	Замалчивание «окопной правды» о войне			
27.7	Непродолжительный сон			
27.8	Изолированность от своих основных сил			
Другое:				

28. Как вы относились к своему участию в вооруженном конфликте в период пребывания в командировке?

№	Утверждение	Отметьте «+»
28.1	Это соответствовало моим личным убеждениям	
28.2	Это мой профессиональный долг, который я выполнял	
28.3	Это установленная законом обязанность, которую я вынужден был выполнять	
28.4	Это мой долг перед Родиной, который я выполнял	
28.5	Это была возможность финансово поддержать семью	
28.6	Это была возможность отомстить за своего друга	



Окончание таблицы

№	Утверждение	Отметьте «+»
28.7	Это была возможность будущего продвижения по службе	
28.8	Это была возможность испытать свои профессиональные возможности (умения и навыки)	
28.9	Это была возможность самореализации (испытать себя, приблизиться к боевому братству и т. п.)	
28.10	Это была возможность временно отложить решение гражданских проблем	
Другое:		

## 29. Что запомнилось из вашего опыта боевых действий и насколько сильно?

№		Запомнилось			Не запомнилось
		Очень сильно	Сильно	Не очень сильно	
29.1	Восприятие окружающей среды как враждебной				
29.2	Ощущение беспомощности перед обстоятельствами, не зависящими от тебя				
29.3	Возможность попадания в плен				
29.4	Отсутствие элементарных санитарно-гигиенических норм				
29.5	Большие разрушения зданий и др. объектов (руины городов)				
29.6	Трупный запах				
29.7	Лицо врага				
29.8	Картина боя				
29.9	Опасение за свою жизнь из-за отсутствия непосредственного боевого опыта				
29.10	Гибель друзей-сослуживцев				
29.11	Стоны и боль раненых				
29.12	Сопровождение раненых				
29.13	Сопровождение убитых				
29.14	Угрызение совести по поводу пролитой крови				
29.15	Ночные дежурства и обстрелы				
29.16	Штурм зданий				
29.17	Отсутствие надежных средств связи				
29.18	Первый выстрел в человека в пределах видимости				
29.19	Безнадежность ситуации, в которой уже не надеялся на свое спасение				
29.20	Постоянное изменение погодноклиматических условий (холод, жара и т. п.)				
Другое:					

Теперь, пожалуйста, постарайтесь вспомнить боевую ситуацию, которая вам больше всего запомнилась, и ответьте на следующие вопросы:

30. Как бы вы назвали пережитую вами боевую ситуацию?

31. Время суток \_\_\_\_\_ Погода \_\_\_\_\_ Длительность ситуации \_\_\_\_\_

32. Какую задачу выполняли вы, ваше подразделение до начала событий (что вы делали?)

33. Краткий сюжет ситуации (опишите в произвольной форме свои действия, действия товарищей, противника, как и почему развивались события)

34. Нарисуйте приблизительный план местности, порядок расположения подразделения, противника, отобразите динамику боевых действий

35. Принятое вами в боевой ситуации решение:

№	Решение	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
35.1	Является оптимальным для этой ситуации			
35.2	Имеет другие более правильные варианты решения			
35.3	Зависело от полученной вами информации			

## 36. Какие источники информации вы использовали при принятии решения?

№	Решение	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
36.1	Личное наблюдение за противником			
36.2	Доклады подчиненных			
36.3	Информация от вышестоящего командования			
36.4	Предыдущая информация разведки			
36.5	Звуковой фон боя			
36.5	Информация, полученная от военнопленных			
36.6	Информация, полученная от местного населения			
Другие:				

## 37. Что из увиденного вами больше всего запомнилось? (Что произвело наибольшее впечатление?)

№	Событие	В начале ситуации	В процессе ее развития	По ее окончании
37.1	Внезапное появление противника			
37.2	Первые пули над головой			
37.3	Борьба со снайперами противника			
37.4	Сложности (тонкости) обнаружения позиций противника			
37.5	Бездействие подчиненных, связанное с увиденными картинами боя			
37.5	Смерть сослуживцев			
37.6	Смерть противника			
Другие:				



## 38. Какие звуки произвели наибольшее впечатление (запомнились больше всего)?

№		В начале ситуации	В процессе ее развития	По ее окончании
38.1	Стоны и крики о помощи раненых			
38.2	Звуки выстрелов и падающих рядом пуль			
38.3	Прекращение огня (тишина)			
38.4	Крики противника			
38.5	Взрывы гранат (снарядов)			
38.6	Стук пуль по броне			
Другие:				

## 39. Опишите свои мысли (о чем вы думали) в процессе развития ситуации (какие мысли запомнились больше всего)

## 40. Какие чувства и эмоции вызывала у вас картина развивающихся событий, ваши собственные представления?

№		В начале ситуации	В процессе ее развития	По ее окончании
40.1	Азарта			
40.2	Контроль за ситуацией			
40.3	Досада			
40.4	Страх за жизнь подчиненных			
40.5	Страх за свою жизнь			
40.6	Сильное возбуждение и волнение			
40.7	Радость			
40.8	Неуверенность в своих силах			
40.9	Ненависть к противнику			
Другие:				

## 41. Оцените степень силы воздействия психологических факторов боевой обстановки по 10-балльной шкале:

- 98) опасность —  
 99) дефицит времени —  
 100) внезапность —  
 101) увеличение темпа действий —  
 102) новизна —  
 103) недостаток информации —  
 104) неопределенность —  
 105) избыток информации —  
 106) ответственность —  
 107) погоднo-климатические условия —

## 42. Оцените, насколько сложной была ситуация для вас, по нижеприводимой шкале:

- 108) безвыходная —  
 109) очень сложная —  
 110) сложная —  
 111) средняя —

112) простая —

113) очень простая —

43. Готовы ли вы были пожертвовать жизнью, если не было бы другой возможности выполнить боевую задачу?

114) Да.

115) Нет.

Другое

44. Изменилось ли ваше отношение к жизни сцены смерти?

116) Да.

117) Нет.

Другое

45. Какие чувства у вас возникали при виде погибших?

Врагов

Своих

46. Задумывались ли вы о смерти?

При каких обстоятельствах?

Как часто?

И к каким выводам пришли?

47. Какую цель вы ставили лично перед собой при выполнении боевой задачи?

118) точно выполнить команды;

119) лучше всего применить оружие;

120) не оказаться хуже, чем другие;

121) добиться выполнения поставленной задачи;

122) преодолеть волнение, скованность;

123) помочь менее стойким товарищам;

124) заметить, откуда ведут огонь боевики;

125) своими правильными действиями добиться награды, поощрения;

126) найти менее опасное место.

Другое

## III. ПОСЛЕ УЧАСТИЯ В БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЯХ

Теперь постарайтесь, пожалуйста, вспомнить себя в первые два месяца после возвращения из командировки и ответьте на вопрос.

48. Чувствовали ли вы какие-либо изменения в себе и своих взглядах на жизнь в первые два месяца после возвращения?

№		Да	Нет	Затрудняюсь ответить
48.1	Я стал зрелым, знающим жизнь человеком			
48.2	Я чувствовал вкус к жизни			
48.3	В ситуациях угрозы для своей жизни или жизни моих близких я мог бы убить человека			
48.4	Я стал больше употреблять спиртных напитков			
48.5	Мне тяжело было сдерживать слезы, когда речь шла о погибших и искалеченных на войне			



## Продолжение таблицы

№		Да	Нет	Затрудняюсь ответить
48.6	Мне было трудно сдерживать раздражение в отношении тех, кто хорошо устроился в этой жизни и не знает, что такое война			
48.7	Я видел сны, в которых воюю			
48.8	Я часто укорял себя за то, что не смог сохранить жизнь своего товарища			
48.9	Я часто укорял себя за то, что не смог сохранить жизнь своего подчиненного			
48.10	Я чувствовал вину перед родственниками тех, кто не вернулся			
48.11	Когда я видел человека, напоминающего мне по национальным признакам врага, то сильно раздражался и еле сдерживал себя			
48.12	У меня пропал интерес к общению с людьми, они не понимали меня			
48.13	Периодически меня мучила бессонница			
48.14	Я настолько живо вспоминал отдельные события, что при этом как бы вновь переживал их			
48.15	У меня было предчувствие того, что все лучшее осталось там, в прошлом, и ничего не ждет в будущем			
48.16	Когда я видел несправедливость, то раздражался и еле сдерживал себя			
48.17	У меня ухудшились отношения в семье			
48.18	Меня настойчиво преследовали мысли о бессмысленности жизни			
48.19	Мне хотелось помогать людям, попавшим в беду			
48.20	Я избегаю тем и разговоров о войне			
48.21	Мне нравилось рисковать			
48.22	Я ощущал себя гораздо старше своих лет			
48.23	Я совершал непроизвольные действия в ответ на сильный неожиданный звук или движение			
48.24	Я остро воспринимал любую несправедливость			
48.25	Я разочаровался, у меня не было перспективных целей в жизни			
48.26	Я мог нарушить закон			
48.27	В экстремальных ситуациях я действовал быстро, не задумываясь			
48.28	Я чувствовал в своей душе смятение			
48.29	Мой приобретенный боевой опыт мешал мне в служебной деятельности			

## Окончание таблицы

№		Да	Нет	Затрудняюсь ответить
48.30	Мне казалось, что настоящее менее реально, чем воспоминания о прошлом			
48.31	В служебной деятельности я делал упор на кардинальное решение возникающих проблем и ситуаций			
48.32	Я стал ценить свою жизнь и жизнь окружающих			
48.33	Я потерял интерес к службе			
48.34	Мне было все безразлично и не хотелось идти на службу			
48.35	Я избегал делать то, что напоминало мне о событиях войны			
48.36	Я понял, что больше не поеду в такие командировки			
Другие:				

Теперь постарайтесь, пожалуйста, здесь и сейчас ответить на следующие вопросы:

49. Испытываете ли вы чувство отчуждения, отстраненности от окружающих? (Отметьте наличие этого чувства «+».)

№	Окружающие	До войны	Сразу после войны	Сейчас
49.1	Жена / подруга			
49.2	Дети			
49.3	Мать			
49.4	Отец			
49.5	Родной брат / сестра			
49.6	Друзья			

50. Оцените, как часто вы способны испытывать нижеперечисленные чувства:

№	Чувства	Совсем нет	Иногда	В среднем	Очень часто
50.1	Счастье				
50.2	Печаль / грусть				
50.3	Злость				
50.4	Любовь				
50.5	Страх				
50.6	Ненависть				
50.7	Удовлетворение				
50.8	Ревность				
50.9	Подозрение				



## 51. Какие чувства вы переживали после возвращения с войны и сейчас?

№	Чувства	После войны	Сейчас
51.1	Чувство честно выполненного долга		
51.2	Удовлетворение		
51.3	Гордость за участие в событиях		
51.4	Непонимание происходящих событий		
51.5	Желание вновь участвовать в подобных событиях		
51.6	Ненависть к противнику		
51.7	Чувство благодарности старшим командирам (начальникам)		
51.8	Чувство неуверенности в своих силах		
51.9	Ощущение, что участников боевых действий «подставили», предали		
51.10	Постоянные воспоминания о войне		
51.11	Ночные кошмары о войне		
51.12	Агрессивность		
51.13	Ощущение своей ненужности		
Другие:			

## 52. С каким из следующих суждений вы бы согласились?

- 127) время, в котором я сейчас живу, — это мое время;  
 128) мое время ушло — лучшее осталось на войне;  
 129) мое время еще не пришло;  
 130) затрудняюсь ответить.

## 53. В будущее вы смотрите:

- 131) со страхом;  
 132) с надеждой;  
 133) с отчаянием;  
 134) с безразличием.

## 54. Оцените свое пребывание на войне.

№	Опыт	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
54.1	В целом позитивный жизненный опыт			
54.2	Негативное жизненное событие, повлекшее за собой тяжкие последствия			
Другое:				

## 55. Есть ли у вас занятия, которые интересовали вас раньше, но теперь они вам не интересны? Перечислите их.

1.

2.

## 56. Ответьте на следующие утверждения.

№	Утверждения	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
56.1	Выполненный вами воинский долг имел значимость для общества			

№	Утверждения	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
56.2	Наше общество готово достойно принять и оценить людей, честно исполнявших свой воинский долг			
56.3	В обществе существует мнение, что участники боевых действий опасны для окружающих их людей			
56.4	Средства массовой информации помогают участникам боевых действий адаптироваться к мирным условиям жизни			
56.5	Средства массовой информации дают правильную и объективную оценку тому, что происходит в зоне военного конфликта			

## 57. Как вы сейчас относитесь к своему участию в боевых действиях?

№	Отношение	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
57.1	Это соответствует моим личным убеждениям			
57.2	Это мой профессиональный долг, который я выполнял			
57.3	Это установленная законом обязанность, которую я вынужден был выполнять			
57.4	Это мой долг перед Родиной, который я выполнял			
57.5	Это возможность финансово поддержать семью			
57.6	Это возможность отомстить за своего друга			
57.7	Это возможность будущего продвижения по службе			
57.8	Это возможность испытать свои профессиональные возможности (умения и навыки)			
57.9	Это возможность самореализации (испытать себя, приобщиться к боевому братству и т. п.)			
57.10	Это была возможность временно отложить решение гражданских проблем			
Другое:				

## 58. Какие изменения произошли в вас и как изменились ваши взгляды на жизнь в последнее время?

№	Изменения	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
58.1	Я стал зрелым, знающим жизнь человеком			
58.2	Я ощутил вкус к жизни			
58.3	В ситуациях угрозы для своей жизни или жизни моих близких я мог бы убить человека			
58.4	Я стал больше употреблять спиртных напитков			
58.5	Мне тяжело сдерживать слезы, когда речь шла о погибших и покалеченных на войне			



Продолжение таблицы

№	Изменения	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
58.6	Иногда мне трудно сдерживать раздражение в отношении тех, кто хорошо устроился в этой жизни и не знает, что такое война			
58.7	Я вижу сны, в которых воюю			
58.8	Я часто укоряю себя за то, что не смог сохранить жизнь своего товарища			
58.9	Я часто укоряю себя за то, что не смог сохранить жизнь своего подчиненного			
58.10	Я чувствую вину перед родственниками тех, кто не вернулся			
58.11	Когда я видел человека, напоминающего мне по национальным признакам врага, то сильно раздражался и еле сдерживал себя			
58.12	У меня пропал интерес к общению с людьми, они не понимали меня			
58.13	Периодически меня мучит бессонница			
58.14	Я настолько живо вспоминаю отдельные события, что при этом как бы вновь переживаю их			
58.15	У меня постоянное предчувствие того, что все лучшее осталось там, в прошлом, и ничего не ждет в будущем			
58.16	Когда я вижу несправедливость, то раздражаюсь и еле сдерживаю себя			
58.18	У меня ухудшились отношения в семье			
58.19	Меня настойчиво преследуют мысли о бессмысленности жизни			
58.20	Мне хочется помогать людям, попавшим в беду			
58.21	Я избегаю тем и разговоров о войне			
58.22	Мне стало нравиться рисковать			
58.23	Я ощущал себя гораздо старше своих лет			
58.24	Я стал совершать произвольные действия в ответ на сильный неожиданный звук или движение			
58.25	Я остро воспринимаю любую несправедливость			
58.26	Я разочаровался в жизни, у меня нет перспективных целей			
58.27	Я могу нарушить закон			
58.28	Я стал профессионалом, в экстремальных ситуациях я действую быстро, не задумываясь			
58.29	Я чувствую в своей душе смятение			
58.30	Мой приобретенный боевой опыт мешает мне сейчас в служебной деятельности			
58.31	Мне кажется, что события текущего момента менее реальны, чем воспоминание о прошлом			

Окончание таблицы

№	Изменения	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
58.32	В служебной деятельности я делаю упор на кардинальное решение возникающей проблемы и ситуации			
58.33	Я ценю свою жизнь и жизнь окружающих			
58.34	Меня не интересует служба			
58.35	Мне сейчас все безразлично и не хочется идти на службу			
58.36	Я избегаю делать то, что напоминает мне о событиях войны			
58.37	Я принял решение больше не ездить в такие командировки			
Другие:				

**59. Стремитесь ли вы сейчас совершенствовать свое профессиональное мастерство?**

135) да, стремлюсь и постоянно профессионально совершенствуюсь;

136) скорее да, чем нет;

137) скорее нет, чем да;

138) такого стремления нет, так как не вижу в этом необходимости;

139) затрудняюсь ответить.

**60. Что из перечисленного ниже вы будете защищать, несмотря на угрозу вашей жизни? Можно отметить несколько пунктов, а наиболее значимое подчеркнуть.**

140) мир в государстве и конституционный строй;

141) демократические идеи и принципы;

142) интересы правительства;

143) равенство и справедливость между людьми;

144) независимость России;

145) свою семью;

146) свои идеи и убеждения;

147) товарищей и сослуживцев;

148) целостность границ России;

149) более слабого и беззащитного человека;

150) жизнь граждан России;

151) правопорядок и общественную безопасность.

Другое

**61. Чему, по вашему мнению, необходимо уделить больше внимания при подготовке специальных подразделений к выполнению боевых задач?**

152) обучению действиям с оружием;

153) обучению тактике ведения боевых действий исходя из будущей задачи;

154) физической подготовке;

155) информированию об обстановке, условиях предстоящей задачи и ее особенностях;

156) воспитанию уверенности в своих силах, убежденности в своей правоте;

157) психологической подготовке;



158) обучению взаимодействию или групповым действиям, в составе подразделения;  
159) обучению использования средств индивидуальной защиты.  
Другое \_\_\_\_\_

*Благодарим вас за участие в исследовании!*

### Приложение 13.

## МЕТОДЫ И ТЕХНИКИ ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ<sup>141</sup>

**Упражнение «Прогрессивная мышечная релаксация».** Инструкция: «Сядьте поудобнее, правую руку в кулак. Сжимайте крепче, почти с максимальным усилием! Через 10–12 секунд свободно бросьте руку и откройте глаза. Прислушайтесь к ощущениям в кисти и в правом предплечье». Через небольшой промежуток — повтор (несколько раз).

Затем следует обсуждение. Необходимо поощрять клиента (или группу) рассказывать об ощущениях. При этом чем больше метафор состояниям напряжения и расслабления будет подобрано, тем лучше. Таким образом создается вербальное «якорение» физических состояний и улучшается управление телом.

Упражнение основано на законе «маятника»: произвольное расслабление той или иной группы мышц всегда следует за ее напряжением. Чтобы расслабить, например, стопы и голени, нужно вызвать в соответствующих местах напряжение, вытянув ноги и с силой потянув носки на себя.

В классической технике прогрессивной мышечной релаксации Джекобсона движение «напряжения-расслабления» идет по следующей схеме: 1) кисти; 2) мышцы рук; 3) плечи; 4) грудь и спина; 5) стопы; 6) голени и бедра; 7) верхняя треть лица; 8) средняя треть лица; 9) нижняя треть лица.

В идеале необходимо обучить клиента последовательному расслаблению (через напряжение) всех частей тела. Однако при обращении внимания на определенные участки может возникнуть чувство неловкости, мешающее процессу. Поэтому возможный вариант упражнения — начинать с тех частей тела, работа с которыми не будет вызывать излишнего напряжения, — кисти, руки, стопы. Только затем можно постепенно переходить к работе с более «трудными» аспектами.

Если работа проводится в группе, то большего эффекта можно достичь в обстановке, когда люди почти не замечают друг друга, — в полумраке или с закрытыми глазами.

**Упражнение «Мысленное движение — пальцы рук».** Упражнение основано на идее о том, что идеомоторные движения (то есть движения в воображении) ведут к мышечному расслаблению.

Исходное положение: правая кисть лежит на коленях ладонью вверх, ладонь левой руки лежит поверх правой. Описание базового действия: 1. Закрыв глаза, мысленно

<sup>141</sup> Левин П. А. Пробуждение тигра — исцеление травмы. Природная способность трансформировать экстремальные переживания: [пер. с англ.] / науч. ред. Е. С. Мазур. М.: АСТ, 2007. 316 с.; Мазур Е. С. Психическая травма и психотерапия // Московский психотерапевтический журнал. 2003. № 1. С. 31–52; Сандомирский М. Е. Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство. М.: Класс, 2005. 592 с.

представляем правую кисть, наблюдаем за ощущениями в ней. 2. Начинаем представлять, как пальцы правой кисти сжимаются в кулак... одновременно чуть-чуть сгибаем их на самом деле и напрягаем мышцы кисти. 3. Левая ладонь чувствует небольшое давление со стороны пальцев правой. 4. Расслабляем правую кисть, одновременно чуть сильнее прижимая левую ладонь к правой. 5. Затем еще раз повторяем и воображаемое и действительное движение пальцев (базовое действие). Но теперь реальное движение делаем с еще меньшей амплитудой, то есть менее выражено. 6. Повторяем все снова с еще меньшей амплитудой... еще меньшей... еще...

Критерий успешности упражнения: ощущение, что левая ладонь перестала воспринимать движение пальцев правой. При этом в мысленном представлении и в реальных ощущениях напряжение правой кисти сохраняется.

**Упражнение «Мысленное движение по всему телу».** Предназначено для обучения релаксации через последовательное расслабление различных групп мышц и соответствующие мысленно представляемые движения.

Необходимые движения для каждой группы мышц представлены ниже.

### Краткая схема мышечного расслабления

Группа расслабляемых мышц	Представляемое движение
<i>Руки и плечи</i>	
Кисти рук	Сжатие кулака.
Руки от кисти до локтя	Сгибание и разгибание в лучезапястных суставах со сжатыми кулаками
Руки от локтя до плеча	Сгибание и разгибание рук в локте
Плечи	«Пожимание» плечами
<i>Туловище и шея</i>	
Затылок, спина, шея (задняя поверхность)	Прогибание («мостик»)
Грудь, живот, шея (передняя поверхность)	Напряжение с прижиманием подбородка к груди
Грудь, живот, шея (боковая поверхность)	Боковые наклоны
<i>Ноги</i>	
Стопы	Максимальное сгибание и разгибание стоп (тянуть носки на себя и от себя с усилием, до предела)
Ноги целиком	Приседание; «ножницы»
<i>Лицо и мышцы головы</i>	
Мимические мышцы	Наморщить лоб, нахмурить брови
Мышцы лба	«Разгладить» лоб, «растягивая» кожу задней части головы
Мышцы, окружающие глаза	Зажмурить глаза; круговые движения глаз
Мышцы, окружающие рот	Вытянуть губы, как при поцелуе
Мышцы щек	Надуть щеки
Жевательные мышцы	Стиснуть зубы; сместить челюсть вправо / влево
Язык	Прижатие к зубам / «западение» языка



Последовательность действий:

1. Принять удобное для расслабления положение (сидя или лежа). Закрывать глаза. Сосредоточить все внимание на ощущениях внутри тела. Дышать в медленном темпе.

2. Внешние движения. Ведущий дает команды проделать движения согласно последовательности в табл. 3. Все движения выполняются не менее 8–10 раз. При этом первый раз движения выполняются с максимальным напряжением.

3. Обучение внутренним движениям. Клиент пробует проделывать то же самое, что и на предыдущем этапе, только в мысленном представлении, без реальных движений.

Этот этап сложнее. Поэтому можно попробовать поработать отдельно каждой группой мышц порознь (по 4–5 минут) и только потом объединить их в последовательность.

4. Закрепление внутренних движений. Клиент три раза повторяет в своем представлении очередность движений по табл. 3. Ведущий следит за качеством расслабления.

5. Завершающее расслабление. Инструкция при этом следующая: «Понаблюдайте за общим ощущением расслабления. Постарайтесь в полной мере ощутить силу земного притяжения. Представьте, что тяжесть как будто наваливается на все тело, придавливает его. Возникает ощущение, будто вы не владеете собственным телом, не можете пошевелить ни рукой, ни ногой, словно бы мозг еще не научился это делать, как у новорожденного ребенка...»

Продолжая сравнение с ребенком, можете представить все тело мягким и податливым. Представьте, что даже косточки как будто сделались мягкими, еще не пропитанными кальцием, как у ребенка в утробе матери.

Теперь представьте, будто руки и ноги... увеличиваются в размере, удлинняются, становятся объемнее... затем то же самое происходит с шеей...

Побудьте немного в этом состоянии, не торопитесь выйти из него, отдыхайте в нем. Когда вы решите вернуться, не забудьте проделать активизирующий выход.

6. Активизирующий выход — любое проявление небольшой двигательной активности, помогающее установить контакт с реальностью.

**Упражнение «Дыхание через ладони»** («Взять себя в руки»). В этом упражнении навыки концентрации сочетаются с направленным дыханием. Оно достаточно сложное, однако овладение этой техникой дает хорошие результаты.

**Этап 1.** Проделайте упражнение «Ладони». При этом, когда ваши ладони приближаются друг к другу, наблюдайте, как ощущения в них меняются вместе с дыханием. Наблюдайте, как ощущения (особенно чувство тепла) меняются при вдохе и выдохе.

**Этап 2.** Мысленно направьте в кисти ваше дыхание. Представьте, как во время выдоха теплая волна от центра груди распространяется по наружной стороне плеча... предплечья... наконец, доходит до кисти.

Проследите за прохождением волны тепла на протяжении 8–10 выдохов. Убедитесь, что тепло в ладонях, в пальцах растет. Продолжайте дышать «через ладони» еще несколько минут, добиваясь устойчивого, интенсивного симметричного ощущения тепла. Параллельно достигается состояние внутреннего комфорта.

**Завершение.** Запомнив это состояние, проделайте активизирующий выход.

**Техника «Темп движения».** «Походите по комнате в том темпе, в каком вы обычно ходите. Почувствуйте ваше тело, энергию движения. А теперь ускорьте темп вашего движения. Представьте, что вы очень спешите и даже опаздываете. Вы двигаетесь так быстро, как можете. Ощутите энергию вашего движения, свои чувства и ощущения в теле. А сейчас вы достигли своей цели, можете расслабиться и замедлить темп движения. Еще больше замедлите темп вашего движения и сконцентрируйте все свое внимание на ногах. Отметьте, как вы двигаетесь, как вы делаете шаги. Двигается правая нога, затем левая нога, ноги попеременно поднимаются вверх и опускаются вниз. Постарайтесь осознать детали вашего движения. Обратите внимание на устойчивость вашего движения, насколько плотно ваши ступни соприкасаются с полом. Каждый ваш шаг — это контакт с землей. Обратите внимание на ощущения в своих ногах, как они меняются. С каждым вашим шагом все напряжение, вся ваша тяжесть уходит вниз, в землю и вам становится легче. Постепенно ваша походка становится более легкой, и вы начинаете ощущать все тело: спину, руки, плечи. Пробыте ощутить ваше тело целиком, почувствуйте импульс к движению и последуйте за этим импульсом».

После выполнения упражнения в группе проводится обсуждение опыта. Акцент в обсуждении делается на комфорте и напряжении в теле, на устойчивости, ощущении опоры и др. Проводятся параллели между проблемами жизни и переживаниями во время выполнения упражнения. Обсуждаются темы устойчивости при переживании стресса в жизни, связи болезни и стресса. Ведущий обращает внимание на то, что переживают клиенты при замедлении движения, как меняется их состояние. При замедлении движения, как правило, актуализируется проблематика клиентов.

**Техника «Движение в образе животного».** Клиентам предлагается подвигаться в свободном темпе, ощутить свое тело, почувствовать импульс к движению и сделать это движение, которое комфортно и приятно для тела. Предлагается найти образ привлекательного животного и подвигаться в этом образе. Ведущий предлагает двигаться в одиночестве и в контакте с другими участниками группы, с открытыми глазами и с закрытыми. После выполнения упражнения клиенты объединяются в пары и обсуждают свои переживания.

Затем ведущий предлагает обсудить опыт выполнения упражнения в группе. Специально обсуждаются телесные ощущения, сопровождавшие движения; определяются те потребности, которые клиенты удовлетворяли с помощью этих движений. Эти переживания позволяли определить проблемную, фрустрированную сферу жизни клиентов, нуждающуюся в терапии. Данная техника позволяет пробудить спонтанность клиентов, снять излишнее напряжение, получить ощущения ресурсов на уровне тела.

Далее описаны **техники соматической терапии травмы**.

**Техника «Разрядка».** Основной принцип данной техники — концентрация на спонтанных движениях разрядки (то есть сброса травматической энергии). Это движения от подрагиваний до бурного двигательного всплеска.

В примере, приведенном ниже, описан пример открытия П. Левиным данного метода: «В 1969 г. психиатр направил ко мне на прием пациентку, страдавшую от острой тревоги и приступов страха. Приступы приобрели такую силу и настойчивость, что женщина (Нэнси) не могла выходить из дому без сопровождения. Психиатр, мой друг, который знал о моем интересе к проблеме психического / телесного исцеления (в то время совершенно новой области), счел, что пациентке может помочь разработанная мной техника, основанная на телесном осознании как способе глубокой релаксации».



Релаксация не помогла. На нашей первой сессии я, по наивности и из лучших побуждений, пытался помочь ей расслабиться. В результате моих усилий Нэнси испытала сильный приступ страха. Она казалась парализованной и не могла дышать. Ее сердце бешено колотилось, а затем почти перестало биться. Я сильно испугался, когда мы вместе подошли к ее кошмарному приступу.

Охваченный собственным страхом, но тем не менее стараясь сохранять присутствие в настоящем, я увидел в своем воображении прыгающего тигра. Повинуясь образу, я громко воскликнул: «На тебя напал большой тигр. Представь, как он подбегает к тебе. Спасайся, беги к дереву и влезай на него!»

К моему удивлению, ее ноги задрожали, как будто она побежала. Она издала холодящий кровь вопль, на который прибежал полицейский (к счастью, мой коллега смог объяснить ему ситуацию). Она начала вздрагивать, дрожать и сотрясаться в конвульсиях всем телом.

Нэнси продолжала дрожать почти целый час. Потом она рассказала об ужасном детском воспоминании. Когда ей было три года, ей удаляли гланды и во время операции привязали к столу. Анестезию делали эфиром. Не способная двигаться, чувствуя удушье (обычная реакция на эфир), она пережила чудовищные галлюцинации. Этот ранний опыт оказал на нее сильнейшее воздействие. Нэнси была сильно напугана и в результате стала демонстрировать физиологическую реакцию оцепенения, которую биологи называют реакцией иммобилизации. Другими словами, ее тело буквально обрело себя на гибель, и реакция бегства просто не могла осуществиться...

После прорыва, который был сделан на нашей первой сессии, Нэнси покидала мой кабинет с чувством, что она вновь, по ее словам, «обрела себя». Мы встречались еще некоторое время, на сессиях она продолжала дрожать, но приступ тревоги, испытанный в тот день, был последним. Она прекратила принимать лекарства, в дальнейшем поступила в университет и защитила диссертацию, и рецидивов болезни у нее больше не было.

Однако здесь есть одна проблема. Часто резкий выплеск энергии — дополнительная травма для человека. Так, находясь на фазе шока, человек может подавлять спонтанный плач, чтобы не войти еще больше в шоковое состояние.

Тогда мы предоставляем возможность медленной и контролируемой разрядки.

Пример работы Л. Зеттл в ситуации острой травмы:

«— Я боюсь выпустить грусть.

— И это понятно, ведь у тебя так много ее. У нас нет задачи, чтобы ты теряла контроль. Посмотри, как движется твое дыхание... и грусть движется вместе с ним... Обрати внимание, как твое тело не дает тебе плакать... как оно справляется с плачем... (осознание сопротивления). Посмотри, как напряжение возникает и дыхание медленно его освобождает... (снижение интенсивности сопротивления).

Это горе может захлестнуть тебя, если ты будешь плакать. Поэтому мы будем потихоньку... Представь, что твои слезы по одной текут... с такой скоростью, как ты хочешь... У тебя есть столько времени, сколько нужно (снижение активации через вообразимый плач, не приводящий к росту напряжения).

В ситуации стойкого сопротивления единственный выход — присоединение к нему.

— Там слезы, которые я не готова тронуть.

— Вообрази, что могло бы защитить эти слезы... сохранять их...»

Осознание сопротивления (точнее, ощущений, связанных с ним) дает ресурс на будущее — возможность его уменьшения при изменении ситуации.

#### Техника «Контейнирование».

**Этап 1. Создание ощущения безопасности.** Базовая техника — установление ясных и безопасных отношений с психологом. Основное условие этого — хорошее психическое самочувствие самого психолога. По выражению Л. Зеттл, «мы не можем восстановить саморегуляцию, не отрегулировав себя». При этом говорить следует не спеша, спокойно (но не тихо), не задавая много вопросов. «Чем вы больше усовершенствуете свою способность молчать, тем лучше вы будете замечать, что происходит» (Л. Зеттл).

Вспомогательные техники: 1) любые упражнения (индивидуальные и групповые), повышающие доверие; 2) визуализации, драматизации, рисунки, связанные с «безопасным местом».

**Этап 2. Создание и активация ресурсов.** «Ресурсы» в данном подходе — различные виды позитивных самоощущений на уровне тела. Они могут проявляться в виде приятных симптомов (ощущение тепла, покалывания, дрожи, потока энергии и т. д.).

Базовая техника — обучение расслаблению + отслеживание мельчайших позитивных ощущений в теле.

Основные вопросы: «Что ты замечаешь в теле? Где ты это замечаешь?»

При возникновении негативных ощущений — снятие фиксации на них. Например:

— Я чувствую боль в...

— Что ты еще ощущаешь в теле?

Постоянно переносим внимание на ощущения клиента. Например:

— Я чувствую грусть.

— Как ты узнаешь, что это грусть?.. Какие специфические ощущения?.. Где это (ощущение) начинается... где заканчивается?

Вспомогательные техники: 1) визуализация (мысленное представление) ресурсного места, ситуации + отслеживание возникающих позитивных ощущений в теле; 2) ресурсные драматизации (постановки сценок) + отслеживание возникающих позитивных ощущений в теле.

**Этап 3. Создание границ переживания, или контейнирование.** По выражению Е. Мазур, «контейнирование определяется как осознание, которое позволяет происходящему внутри пациента быть воспринятым на телесном уровне в виде различных соматических проявлений. Благодаря осознанию эти проявления наделяются характеристиками телесно переживаемых смыслов и чувств, которые становятся направляющей силой психотерапевтического процесса».

Особый акцент на этом этапе — на осознании границ травматического опыта. Это происходит через «прояснение» на уровне ощущений тех мест в теле, где напряжение (связанное с травмой) переходит в его отсутствие.

Здесь применяются различные техники, специфичные для метода «Соматическая терапия травмы».

Кратко опишем одну из них как последовательность инструкций и вопросов, обращенных к клиенту.

— Отследи напряжение, которое есть в твоём теле... где оно находится?

— Теперь медленно «двигайся» в сторону, от напряжения... где оно пропадает?

— Сосредоточься на ощущении там, где нет напряжения... замечай свое дыхание (как ты дышишь)... все ощущения в теле.



— Медленно двигайся обратно, в сторону напряжения... дойди до места, где оно появляется... сосредоточься на «краю» напряжения.

— Теперь медленно двигайся от границы к месту, где нет напряжения... Как ты замечаешь, как уходит дискомфорт... Обрати внимание на твоё дыхание... Что ты замечаешь в своих ощущениях?

Иногда (в случае острой травмы) границы напряжения найти сложно. Травма как бы занимает «все тело».

Тогда мы просим клиента представить такую границу, которая была бы «потрясающе защищенной... идеал границы... защищающей от всего на свете».

Затем можно попросить представить себя в центре, защищенном такой границей, и отследить ощущения в теле.

Затем мы сосредоточиваемся на самом ярком из возникших ощущений. После этого двигаемся в сторону напряжения. Как только оно возникает, представляем границу.

Следующие упражнения также используются в рамках телесно-ориентированного подхода.

**Упражнение «Осознавание границ».** Упражнение демонстрирует эффект направленности внимания и осознания на определенные участки — физические границы тела, занимающие важное место во внутренней психологической карте человека и связанные с устойчивым «образом себя» (на языке физиологии именуемым «схемой тела»), влияющим на самооценку и отношения с окружающими.

Исходное положение: лежа, после предварительной релаксации.

**Этап 1.** Внимание и вместе с ним дыхание направляются на ступни. Удерживайте внимание на ступнях в течение нескольких минут. Наблюдайте, как с каждым выдохом дыхание «передается» в выбранные участки тела, постепенно создавая в них ощущение тепла.

**Этап 2.** Через 3–5 минут переключайте внимание и дыхание на ладони. Удерживайте внимание на ладонях в течение нескольких минут. Наблюдайте, как с каждым выдохом дыхание «передается» в выбранные участки тела, постепенно создавая в них ощущение тепла.

**Этап 3.** Через 3–5 минут переключайте внимание и дыхание на темя (макушка головы). Удерживайте внимание на макушке головы в течение нескольких минут. Наблюдайте, как с каждым выдохом дыхание «передается» в выбранные участки тела, постепенно создавая в них ощущение тепла.

**Этап 4.** Распределите внимание одновременно на пять точек (две точки — кисти, две точки — стопы + точка макушки головы). Представьте, что тело как бы растягивается, вы словно растете, становитесь выше... Вдоль позвоночника возникает ощущение «натянутой струны».

Представьте, что ваше тело со всех сторон заключено в непроницаемую сферическую оболочку. Мысленно постарайтесь раздвинуть этот «кокон», упираясь в него в пяти граничных точках (две точки — кисти, две точки — стопы + точка макушки головы).

Завершение. Запомнив это состояние, сделайте активизирующий выход.

**Упражнение «Перегрузка и невесомость».** Исходное положение: сидя или полулежа, тело расслаблено, дыхание брюшное, медленное и глубокое...

**Этап 1.** Наблюдайте за ощущениями, почувствуйте, как с каждым выдохом тело становится все тяжелее... Постепенно руки и ноги наливаются свинцовой тяжестью... ими трудно пошевелить. Все сильнее ощущается давление тела на все вокруг — пол...

сиденье и спинку кресла... Все тело впечатывается в кресло... как будто тяжесть придавливает его сверху... как ощущение перегрузки у космонавта на старте...

**Этап 2.** Представьте, что вы вышли за пределы земного притяжения... как будто наступает невесомость. С каждым вдохом тело начинает становиться все легче... будто воздушный шар, который стремится вывысь, наполняясь газовой смесью, которая легче воздуха... Тело становится все более легким, невесомым... Кажется, что руки, ноги вот-вот оторвутся от опоры и начнут подниматься вверх... Ощущение легкости появляется в голове.

**Этап 3.** Представьте, что с каждым выдохом накапливается чувство тяжести в нижней части тела, особенно в стопах ног.

В верхней части тела с каждым вдохом нарастает другое чувство — легкости, невесомости.

Следите за одновременным нарастанием легкости вверх и тяжести вниз.

**Завершение.** Запомнив это состояние, сделайте активизирующий выход.

Далеко не всегда стоит после прохождения второго этапа переходить сразу на третий. Главный принцип этого упражнения — постепенность. Переходите к совмещению ощущений легкости и тяжести только тогда, когда оба по отдельности будут освоены.

**Упражнение «Центр тяжести».** Основная идея этого упражнения в том, что «центр тяжести» тела тесно связан с нашей психологической устойчивостью. Поэтому концентрация на нем позволяет улучшить психическое состояние.

Прделайте этапы упражнения «Перегрузка и невесомость». Затем медленно чередуйте эти два состояния. При этом наблюдайте за ощущениями тела. Вы замечаете, что при изменениях только один участок тела сохраняет свой вес. Это центр тяжести тела.

Направьте внимание в этот центр тяжести... как будто он слегка приподнимается с каждым вдохом и опускается вместе с выдохом... Наблюдайте за центром тяжести столько, сколько сможете...

Зафиксируйте появившиеся ощущения владения собой, самоконтроля и самообладания.

**Упражнение «Опоры внешние и внутренние».** Задача упражнения — на телесном уровне дать почувствовать и осознать ощущения, связанные с опорой.

Исходное положение: стоя или сидя.

Ощутите ноги как опору для тела... Ноги, уверенно стоящие на земле... создающие опору и в прямом, и в переносном смысле...

Почувствуйте контакт стоп с землей... Это состояние «заземления».

Перемещая внимание, постарайтесь почувствовать продолжение опоры — позвоночник. Ощутите его как продолжение ваших ног... как скрытый внутри тела каркас, придающий ему внутреннюю устойчивость... уверенность... надежность... как физическую опору... на самого себя.

**Завершение.** Запомнив это состояние, сделайте активизирующий выход.

**Упражнение «Заземление».** Разработано на основе представлений А. Лоуэна о «заземлении» и предназначено для выработки соответствующего практического навыка. Это достаточно сложная техника. Проводящему требуется определенное время для овладения, только потом с ней можно работать в группе и индивидуально.

**Этап 1.** Вначале упражнение проводится в статическом варианте.

В позе стоя необходимо сместить центр тяжести тела вперед, перенести его проекцию на носки, что сопровождается одновременным выдвиганием таза вперед.



Затем необходимо перенести центр тяжести тела назад, смещая его проекцию на пятки; при этом таз, соответственно, отодвигается назад. Задача состоит в том, чтобы, переходя поочередно из одного положения в другое, нащупать, «поймать» срединное положение таза и запомнить его. При этом обычно проекция центра тяжести тела приходится на границу передней и средней трети стопы.

Необходимо постараться проанализировать весь комплекс ощущений, связанных с опорой: области стоп, как будто «врастающих» в землю; в области коленных суставов, гибко пружинящих и гасящих неравномерность нагрузки; таза.

Далее следует прочувствовать, как управление позой тела и наблюдение за ощущениями придадут одновременно и физическую, и психологическую устойчивость.

**Этап 2. Динамическая часть.** Проводится на фоне ходьбы.

При ходьбе направляем внимание то, как таз и вместе с ним центр тяжести тела с каждым шагом слегка перемещаются.

При этом необходимо наблюдать за ощущением передвижения центра тяжести постоянно и безотрывно. (Наиболее простой вариант упражнения на начальном этапе для самостоятельных занятий — просто считать шаги при ходьбе.)

**Упражнение «Взять голову в руки».** Упражнение хорошо зарекомендовало себя при головных болях, снижении работоспособности, при нарушениях памяти и внимания.

**Этап 1. Телесные ощущения.** «Разогрейте» кисти рук (упражнение «Дыхание через ладони»).

Поместите одну ладонь в области лба — так, чтобы она не соприкасалась с кожей лица, а находилась от него на небольшом расстоянии. Другую ладонь расположите в области затылка. Расстояние должно быть таким, на котором чувствуется исходящее от ладони слабое тепло (обычно это 0,5–1,5 см).

Понаблюдайте за ощущением тепла в области лба, представьте, как оно распространяется в область затылка.

Установите ровный, спокойный ритм брюшного дыхания с замедленным выдохом (живот приподнимается и опускается как бы сам собой).

Постарайтесь уловить пульсации тепла, возникающие при вдохе и выдохе. Усиьте колебания тепла с помощью небольших движений ладони. На вдохе слегка отдаляйте ладонь от лица, на выдохе — приближайте. Наблюдайте ощущение пульсирующего тепла, которое равномерно наполняет голову от лба до затылка.

**Этап 2. Слуховые ощущения.** Прислушайтесь к звукам, которые вас окружают. Представьте, будто звуки волнообразно нарастают: тише — громче. Теперь представьте, что звуки приближаются вместе со вдохом и стихают (или удаляются) на протяжении выдоха.

**Этап 3. Зрительные ощущения.** Представьте одноцветный экран приятного цвета. Представьте, что его яркость и освещенность волнообразно нарастают: ярче — темнее.

Теперь представьте, что яркость нарастает вместе со вдохом и ослабевает на выдохе. (Для облегчения задачи можно использовать образное представление — как будто о время выдоха перед вашими глазами включается источник света, а во время вдоха свет гаснет.)

**Этап 4. Переключение ощущений.** Позвольте вниманию поочередно переключаться с одного вида ощущений на другой с промежутком в 1–2 минуты. После некоторой практики постарайтесь совместить ощущения всех трех видов. Попробуйте добиться, чтобы все они — пульсирующее тепло, волнообразный звук и мерцающий цветовой

фон — синхронизировались с ритмом дыхания. Побудьте в этом комфортном состоянии несколько минут.

Очень часто достижение этапа 4 полностью затруднено (особенно в ситуации острого стресса). Положительным эффектом будет выполнение той части упражнения, с которой клиент эффективно справился.

Итак, подведем итоги.

Основная ее идея проста — с острым состоянием травмы нельзя работать напряженно, то есть активно и целенаправленно выводить человека на воспоминание произошедшего. Причем это касается не только (а возможно, и не столько) шоковой фазы, сколько общей характеристики состояния. Травма может быть острой и через десять лет после события.

Тогда мы работаем с отражением травмы. В первую очередь мы действуем через разнообразные ее проявления в теле, используя как простейшие техники релаксации, так и сложные методы из арсенала телесно-ориентированной терапии или соматической терапии травмы.

Однако здесь мы останавливаемся только на снятии первичного напряжения. Это эффективно, эффективно, но недостаточно. Нам нужно знать, как строить свою работу дальше, иметь перед глазами некий перспективный план.

Наиболее глобальная наша задача — содействие естественному переживанию травмы. Сняв у клиента острое состояние, мы переключаем свои силы на помощь ему в успешном самостоятельном прохождении необходимых фаз «переваривания травматического опыта».

**Метод «Ключ» Х. М. Алиева<sup>142</sup>.** Метод «Ключ» отличается от мировых аналогов скоростью освоения и эффективностью в экстремальных условиях (помогает в сложных ситуациях сохранять ясность головы и действовать уверенно), не зависит от внушаемости (так как при обучении, если не подходит один прием, подбирают другой), снимает нервные зажимы и ускоряет реабилитацию. Специалисты, использующие методы ауто-тренинга, психокоррекции, психоанализа, НЛП или другие методы, могут значительно повысить качество своей работы, включив идеомоторные приемы в свою систему.

«Ключ» — управляемый идеомоторный прием, рефлексивно снимающий стресс и вызывающий особое управляемое психофизиологическое состояние, например, для реабилитации (физиологически — межуровневый альфа-синхронизатор, вызывающий согласование психических и физиологических процессов).

«Ключ» — парадоксальное движение: происходит по вашей воле, но автоматически, с минимальным мускульным усилием. Например, рука по вашему волевому желанию «всплывает». Для этого нужно, сосредоточившись на результате, внутренне расслабиться.

Обучаясь управлять идеомоторными движениями, человек научается управлять и своим состоянием (по принципу биологической обратной связи). С помощью ключевых управляемых идеомоторных приемов возможно: 1) проверить себя на зажатость; 2) тестировать зажатость у других; 3) определять у себя и других степень внушаемости; 4) снимать стресс; 5) включать психическую релаксацию для реабилитации и реализации самовнушений и установок; 6) обучаться навыкам саморегуляции.

<sup>142</sup> Алиев Х. М. Методическое руководство по использованию метода психофизиологической саморегуляции «Ключ» для специалистов детских центров реабилитации. М., 1997. 121 с.



Обучение и реабилитация по «Ключу» может производиться без комфортных условий, в любой позе, при шуме. Новый «принцип подбора путем перебора», вместо старого традиционного принципа тренировки — «принципа повторения» (пока не получится), выгодно отличается от других методов, основанных на традиционном правиле «шаг за шагом», требующих поэтапного освоения приемов путем их многократного повторения. К примеру, в аутогенной тренировке, созданной немецкой культурой, действует классическое правило: «Нельзя переходить к следующему приему, пока не освоен предыдущий».

**Внимание!** Желаемый результат — комфортное состояние реабилитации (внутреннего раскрепощения и легкости, «как будто гора с плеч!», с чувством ясности в голове и бодрости, уверенности в себе), может наступить: а) во время управляемых идеомоторных движений; б) через некоторое время после завершения приемов. Такой результат (комфортное, раскрепощенное состояние) обычен для лиц, которые при выполнении приемов сдерживают их реализацию излишним самоанализом.

Основные компоненты: 1) управляемые идеомоторные движения (вызывающие гармонизирующее состояние саморегуляции); 2) волевые программные психологические установки (реализующиеся посредством состояния саморегуляции).

Дополнительные компоненты общие: 1) физические упражнения; 2) упражнение «Сканирование» для раскрепощения. Дополнительные компоненты специальные (психологические и медицинские).

Количество компонентов, привлекаемых для процедуры саморегуляции, регулируется в зависимости от исходной напряженности с помощью «Теста на зажатость» и сокращается по мере выработки навыков саморегуляции.

«Тест на зажатость». Путем перебора 3 базовых приемов найдите тот, который у вас лучше получается. Базовые идеомоторные приемы:

1. Разведение рук: представьте себе, что вытянутые перед собой руки начинают плавно расходиться в стороны без ваших мышечных усилий, как бы автоматически.
2. Сведение рук: представьте себе их обратное движение.
3. Подъем руки, рук: представьте себе, что ваша опущенная рука (руки) всплывает вверх, так, например, как у космонавта в невесомости. (Если у вас не получается ни один из идеомоторных приемов, значит, вы зажаты. Подключите дополнительные компоненты — сделайте обыкновенную раскрепощающую разминку с помощью любых физических упражнений. После этого снова проверьте себя на «зажатость» — повторите идеомоторный прием.)

Если приемы начали получаться — внутренний баланс восстановлен.

На фоне идеомоторных приемов можно решать различные психологические проблемы: представляя себе мысленно желаемый результат, можно вызывать улучшение самочувствия, вырабатывать желаемые качества характера, повышать устойчивость к стрессу и т. д.

Как лучше снять «нервные зажимы»? Нужно повторить тот идеомоторный прием, который лучше получается, несколько раз подряд. «Внимание! Когда тело начинает переходить в режим автоколебания, помогаем этому, найдем ритм гармоничного автоколебания вперед-назад, или по кругу. Этим можно натренировать координацию. Никто не падает! Можете поставить ноги шире! Можете встать у стены или делать это сидя».

Навыки саморегуляции формируются учебно-реабилитационной тренировкой в три стадии, одна за другой, в течение тридцати минут: 1) «Подбор „Ключа“» — 10 минут; 2) «Саморегуляция» — 10 минут; 3) «Завершение. Момент истины» — 10 минут.

Перебирая приемы из «Звезды саморегуляции» путем их поочередного выполнения, вы находите «свой» ключевой прием. На каждый прием затрачивается примерно 1 минута.

Во время выполнения приемов следует помнить желаемые результаты (например, улучшение самочувствия, бодрость, ясность в голове). На фоне приемов можно решать свои проблемы, это ускорит их решение. Запомните это приятное состояние саморегуляции, эту «ниточку» внутренней связи, которая возникает между «волей и рукой», это особое чувство внутренней целостности, которое часто сопровождается легкостью в теле, почти невесомостью. Потом, пользуясь памятью об этом внутреннем «контакте с самим собой» и состоянием внутренней гармонии, можно улучшать свое самочувствие, снимать головную боль, регулировать артериальное давление, улучшать свое настроение, в общем — управлять своим состоянием.

«Звезда саморегуляции» состоит из шести базовых ключевых приемов и приемов, созданных вами по принципу «Ключа»: 1) расхождение рук; 2) сведение рук; 3) левитация рук; 4) полет; 5) автоколебания тела; 6) движения головой.

Напоминание! Это нужно только как временная тренировка. После нескольких тренировок с «Ключом» формируются навыки управления своим состоянием.

**Прием 1. «Расхождение рук».** Этот и другие приемы можно выполнять стоя. Или сидя, как удобнее. Стоя — интереснее. Кроме того, сразу видно, что и как получается. Наконец, когда это делается стоя, то вы сразу убеждаетесь в высокой эффективности приемов, потому что они помогают сбросить напряжение и получить комфортное состояние и даже глубоко расслабиться без необходимости в удобной позе.

Держите руки свободными перед собой. Голову держите удобно и дайте мысленную команду на то, чтобы руки начали расходиться в стороны с минимальным мышечным усилием, как бы автоматически.

Подберите себе для этого удобный образ, помогающий добиться этого движения. Представьте себе для этого, например, что они отталкиваются друг от друга, как отталкиваются однополярные магниты, или найдите какой-либо другой образ. Как удобнее. Можете начать с того, что попытаетесь разводить их обычным механическим способом, но делая это без помощи мышц.

Для того чтобы ваша воля «сработала» и руки по вашему желанию начали расходиться, нужно снять внутренние «препятствия» между волей и организмом (создать «связь» между сознанием и организмом): найдите в себе состояние внутреннего равновесия, расслабления.

Стараясь поймать состояние, при котором получается желаемое идеомоторное движение, мы учимся этим самым управлять своим состоянием.

Не имеет особого значения, как вы это делаете. Делайте как приятнее, перебирайте варианты (отклоните или склоните голову, сделайте глубокий вдох или задержите на мгновение дыхание), главное — найти это чувство внутреннего комфорта, при котором ваша воля начнет распространяться на управление автоматикой движения. Само идеомоторное движение будет свидетельствовать о том, что состояние найдено. Иначе оно не получится.





Можно это делать с открытыми или закрытыми глазами. Выбирайте, как легче. Это очень простой способ для проверки себя на «зажатость»: если руки остаются неподвижными, значит, следует поделаться несколько обычных физических упражнений, чтобы снять «нервные зажимы» и еще раз попробовать этот прием. Если руки устают, опустите их, встряхните. Затем попробуйте снова.

**Прием 2. «Схождение рук».** Если вы затрудняетесь выполнить первый прием, то отбросьте его. Разведите руки механически в стороны обычным способом, а теперь настройтесь на их обратное автоматическое движение друг к другу. Может быть, это действие вам удастся легче. Если прием получается, повторите это идеомоторное движение несколько раз. Это развивает состояние «внутренней свободы». А теперь снова попробуйте сделать первое движение — руки в стороны.

Иногда при выполнении этих движений возникает чувство, что руки тянет какая-то сила. Подключение физических «телесных» ощущений свидетельствует о глубине наступающей психической релаксации, о развитии «связи ума и тела».

Расхождение и схождение рук надо повторить несколько раз, добиваясь как бы непрерывного движения. В моменты, когда руки как бы застревают, можно слегка подтолкнуть их. Или — улыбнуться. Или вздохнуть.

Улыбка снимает напряжение. Помните — вы ищете через идеомоторное движение чувства легкости. Занимайтесь этим как танцем, как песней. Это охота за легкостью.

Может быть, у вас наступило состояние релаксации, но не хочется делать движения, тогда опустите руки, отдохните в этом состоянии несколько минут.

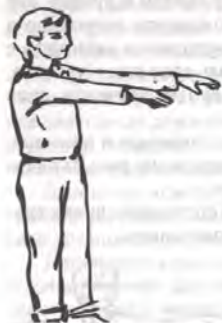
**Прием 3. «Левитация руки».** Руки опущены. Можно смотреть на руку, тогда это нужно делать неотрывно, или же закрыть глаза. Ищите как легче. Но не бегайте глазами по сторонам, иначе вы теряете наступающее гармонизирующее состояние, внутренний «контакт с самим собой». Настройтесь, чтобы рука стала легче и стала подниматься, всплывать.

Этот прием легче всего выполняется непосредственно после двух предыдущих. Или после разминки. Если он не получается, снова разведите и сведите руки, а затем попробуйте поднять руку еще раз.

После знакомства с этим приемом вам затем будет интересно проверять себя: поднимется рука или нет. Это как новая увлекательная игра, снижающая стресс. Потом вы сможете контролировать стресс без помощи этих приемов.

Когда рука начинает всплывать, возникает масса новых и приятных ощущений. В первый раз это ощущение настолько неожиданное, что невольно вызывает улыбку. Если прием не получился, нужно искать другое движение. Или, например,

этот прием может срабатывать после других приемов. В таком случае удачные приемы следует повторить. И тогда, когда вы будете делать то, что получается, начнет получаться и то, что раньше не получалось.



**Прием 4. «Полет».** Если рука начала всплывать, дайте через несколько секунд возможность всплывания и для второй руки. Пусть они поднимаются. Пусть поднимаются, как крылья. Помогите себе в этом приятными образными представлениями. Представьте себе, например, что вы летите, что руки — это крылья!

Вы — высоко-высоко над землей! Чистое небо! Навстречу теплоте Солнцу! При этом позвольте открыться дыханию. Позвольте себе дышать свободно. Позвольте себе ощутить состояние полета. Это чудесное чувство, которого нам часто не хватает на земле. Это состояние внутренней свободы!

Вы можете помочь себе ощутить это состояние памятью о чувстве полетов во сне или о других приятных ощущениях, связанных с радостью раскрепощения. Это центральное упражнение «Ключа». В нем развивается опыт внутренней свободы. Настройтесь на прилив свежих сил и здоровья, мечтая об этом. В первый раз это чувство может захлестнуть вас, это эйфория, но затем это чувство уверенности в своих возможностях становится умеренней, а чувство уверенности в себе превращается в естественную часть вашей сущности.

**Прием 5. «Автоколебания тела».** При выполнении приемов «Ключа» часто возникает ослабление возникает явление автоколебания тела.

Как только возникают автоколебания тела, руки можно опустить и покачаться на волнах этого «гармонизирующего биоритма», как покачивается ребенок на качелях. Этот прием тренирует координацию. Человек с хорошей внутренней координацией меньше других поддается и внешним влияниям, обладает самостоятельностью мышления и поэтому быстрее находит выход в самых различных сложных ситуациях. Поэтому все упражнения, направленные на развитие координации, формируют и устойчивость к стрессу. После приемов поиска «Ключа» это покачивание возникает естественно. Но если оно не возникло, встанем и будем слегка раскачиваться вперед или назад, или как захочется, например круговыми движениями. Прислушаемся к организму и будем раскачиваться так, как приятнее. Руки можем сложить на груди или держать как обычно.

Глаза можно закрыть или оставить открытыми: как приятнее. После нескольких повторений это начинает легко получаться. Главное — искать приятный ритм раскачивания. Это такой ритм, когда как бы не хочется из этого выходить. При этом снимается нервное напряжение и возникает чувство глубокого душевного и физического покоя, чувства внутреннего равновесия. Вспомним: так покачиваниями убаюкивает мать своего малыша, так покачиваются люди иногда в ритме молитвы, так нас покачивает в вагоне или в автомобиле. Когда вы находите свой ритм, покачивание тела становится красивым, гармоничным. Как водоросль в воде, как цветок на ветру, как березка...

Никто никогда при этом не падает. Но если вы боитесь упасть, можете шире расставить ноги или встать спиной к стене.

Если при покачивании проявляется слабость координации, то путем тренировки и помощью этого же приема происходит улучшение координации. Для этого в моменты, когда вас может заносить в сторону, придайте этим толчкам красивую форму. Это





легко сделать маленькими волевыми усилиями. Так тренируется и способность управлять своим состоянием маленькими волевыми усилиями. Вспомните танец. Переведите свои движения в танец. В любую другую гармоничную форму. Очень скоро исчезнет и страх упасть. Этот страх упасть подспудно всегда есть внутри нас и так же подспудно руководит нашей жизнью, а благодаря этому приему он исчезает. Человек, который боится упасть, и человек, который уже не боится упасть, — это совсем разные люди, меняется линия судьбы.

**Прием 6. «Движения головой».** Стоя или сидя, механически вращаем головой в поиске приятного ритма и приятных точек поворота. Это такой ритм, при котором голову можно как бы отпустить, и дальше она пойдет автоматически. Надо обходить болевые или напряженные места, а если они активно проявляются, их следует слегка массировать по ходу выполнения приема. Когда вы делаете эту приятную работу, вы успокаиваетесь, потому что в поиске приятных ощущений, как в ожидании праздника, становится легче дышать. Когда вы найдете приятную точку поворота, на которой так и хочется оставить голову, следует ее так и оставить. Приятная точка поворота — это точка релаксации. Это вам знакомо из повседневной жизни, в момент, например, усталости или, например, когда сидишь, глубоко задумавшись, откинув слегка голову назад или в сторону. Или вперед, как приятнее.

**Задача** — найти такое движение, которое делается легко, с минимальным усилием, с приятными ощущениями, которые хочется продолжать. Можно помочь себе в поиске расслабления и с помощью движений глазных яблок, горизонтальных или вертикальных, ищите, как приятнее.

Глаза при этом могут быть закрытыми или открытыми, как приятнее. Можно и начинать движения головой с движения глазных яблок. Или, если приятнее, можно ограничиться только движениями глазных яблок. Ищите приятный ритм и направление колебания глазных яблок, и пока вы ищете в этом движении чувство приятности, наступает расслабление, которое вы сможете потом вызывать без помощи приемов.

Полезный совет. Можно найти «Ключ» к себе не только с помощью настройки на «облегчение» движений, но и с помощью «обратного правила», путем поиска «облегченных» движений. Для этого нужно искать именно те движения, которые идут особенно легко, как бы автоматически, которые можно повторять без усталости, как бы бесконечно. Поделайте несколько обычных произвольных или физкультурных упражнений. Прислушайтесь к себе: какое из них вам было бы легко повторять без усталости? Попробуйте его автоматизировать.

Или просто расслабьтесь и постоит так несколько секунд. Прислушайтесь к телу. Откройте и закройте глаза, как приятнее. А теперь снова поднимите руки. Подтолкните их слегка к началу движения и вспомните, например, как вы плаваете... Или представьте себе еще раз, что руки — крылья, и они, быть может, в этот раз уже начнут подниматься и вместе с этим звать вас к полету. Или, может быть, приятнее вспомнить игру на скрипке. Или теннис. Или лыжную прогулку... Или греблю на байдарке.

Запомните! Выходить из состояния саморегуляции очень легко: достаточно этого пожелать. Но если вам хочется побыть в этом отдыхе еще несколько минут, побудьте. Значит, это требуется организму. А выходите из отдыха, обязательно настроившись на то, что голова — ясная, а в теле полнота свежих сил и бодрости. Можно вспомнить, например, то, что обычно вас бодрит. Чашку кофе, контрастный душ, лыжную прогулку. Потянитесь, сделайте несколько бодрящих движений. И вы будете чувствовать

себя свежим и бодрым, как утром после сна, даже если за спиной был целый день напряженного труда.

Такой выход с освежением следует делать тогда, когда требуется бодрое настроение, и никогда так не делайте непосредственно перед сном, иначе снова уже сможете работать, как «во вторую смену».

Для тех, кто хочет избавиться от бессонницы, вовсе не обязательно практиковать «Ключ» обязательно перед сном. Его регулирующее оздоровительное влияние во время учебно-реабилитационных тренировок улучшит и ночной сон.

Но если вы делаете это перед сном, то при выходе из состояния саморегуляции настройтесь на приятный сон, выходите из процедуры с расслабленным чувством, с дремотой, с желанием сна.

**Заключение.** «Момент истины». В первые два-три раза после идеомоторных приемов нужно сесть и просто посидеть несколько минут нейтрально (секрет технологии: глаза закрывать следует не сразу, а только если они сами закрываются). При этом возникает явление чувства пустоты в голове. Это реабилитационное состояние (как режим перезагрузки в компьютере): происходят психологическая разгрузка и накопление новых сил. А теперь настроимся на свежесть!

Если идеомоторные приемы не получаются, то до них или между ними нужно еще раз добавить: любые физические упражнения; упражнение «Сканирование» для раскрепощения; 30 сек — любые повторяемые повороты головой в приятном ритме; 30 сек — любые повторяемые движения на уровне плеч в приятном ритме; 30 сек — любые повторяемые движения на уровне ног в приятном ритме; повторить найденное раскрепощающее движение еще раз. А затем снова идеомоторные приемы.

Если идеомоторные приемы не получаются, необходим ряд мер:

1. Психологическая консультация, в частности выявление подсознательных блокирующих установок.
2. Медицинская диагностика с выявлением признаков внутричерепного давления.
3. Психотерапевтическая коррекция, регулирующая фактор ожидания.
4. Мануальная коррекция.
5. Массаж или самомассаж точек «Фен-чи» в области затылка (сняющий спазмы сосудов мозга и улучшающий венозный отток (специальная методика за 10 мин до процедуры учебно-реабилитационной тренировки)).
6. Релаксирующий массаж или самомассаж шеи в наиболее напряженных участках (специальная методика за 10 минут до процедуры учебно-реабилитационной тренировки).
7. Рефлексотерапия (специальная методика). Приведенную учебно-реабилитационную тренировку желательно произвести в течение пяти дней по 30 мин в удобное время. При этом вырабатываются навыки саморегуляции и повышается устойчивость к стрессу.

После пяти дней уже можно пользоваться по желанию либо полной тренировкой, либо отдельными компонентами (идеомоторными приемами или только памятью об их эффекте) в нужный для себя момент.

Радость от жизни (результат реабилитации). Охота за легкостью с помощью идеомоторных приемов стимулирует иммунную систему, самолечение и омоложение организма. На этой волне легче избавляться от вредных привычек и зависимостей и обучаться



новым видам деятельности. Попытки управлять автоматикой движений стимулирует поисковую активность мозга и приводит организм к гармонизации. Приемы «Ключа» развивают способность достигать цели, четкое представление, чего мы хотим, и находить в себе состояние, помогающее их достичь. Этот дополнительный опыт жизни открывает возможность находить лучшие пути для достижения цели и веру в себя и новые силы, когда не хватает сил. Это делает жизнь более полной и открывает редкое чувство радости от факта самой жизни (Патент № 2041721, утвержден Минздравом СССР в 1987 г.).

### Приложение 14. МЕТОДЫ И ТЕХНИКИ БИХЕВИОРАЛЬНО- КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ<sup>143</sup>

**Когнитивно-имагинативный метод.** Название метода «когнитивно-имагинативный», как отмечает Р. Ловелле, «означает, что синхронно и отчасти асинхронно применяются к пациенту приемы, направленные на изменения определенных конструктов личности, связанных с травматическим стрессом и другими психологическими проблемами жертв, что является общей целью любой когнитивной терапии. Эти приемы взяты из символдрамы и других имагинативных методов для достижения психотерапевтических целей более сложного порядка».

Применение метода проходит в несколько этапов. Важно наличие подходящего помещения, в котором можно работать лежа. В принципе, возможно проведение данной техники сидя, но это менее эффективно.

**Этап 1. Подготовительный.** Цель — достижение состояния расслабления.

Участникам предлагается лечь поудобнее, закрыть глаза. Затем ведущий просит дышать полной грудью, глубоко и медленно и концентрировать свое внимание на ощущениях в собственном горле.

Далее участникам предлагается почувствовать контакт своего тела с ковриком, на котором лежит каждый из них. Это усиливает переключение внимания на свои телесные ощущения.

Далее ведущий медленно и ритмично повторяет внушения чувства спокойствия, тяжести и тепла в теле (по методу расслабления Шульца).

**Этап 2. Работа с позитивными образами.** Начинается только тогда, когда все участники лежат неподвижно и дышат спокойно и поверхностно. Основным показателем расслабления для работы по данному методу служит ровный дыхательный ритм.

Этап состоит из последовательных направленных визуализаций.

**2.1.** Ведущий предлагает представить какой-нибудь приятный момент своей жизни. Это помогает установить, есть ли, помимо травматического стресса, еще и невроз. При

<sup>143</sup> Залевский Г. В. Основы современной бихевиорально-когнитивной терапии и консультирования. Томск, ЦПКЖ, 2002. 112 с.; Ловелле Р. П. Психотерапевтическое лечение фобических состояний и посттравматического стресса. М., 2001; Ловелле Р., Малимонова С. Когнитивно-имагинативные методы в психотерапии травматического стресса // Психологическая помощь мигрантам в России: исследования и практика. М., 2003. С. 179–186; Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: основные принципы, протоколы и процедуры. М.: Класс, 1998.

неврозах пациенту трудно вспомнить приятные моменты в жизни, а при посттравматическом стрессе эта задача, как правило, затруднения не вызывает. Кроме того, мысленное возвращение пациента к хорошим моментам собственной жизни обеспечивает мощное психотерапевтическое воздействие, особенно при травматическом стрессе.

**2.2.** Следующая установка — представить, что клиент сидит перед большим экраном и смотрит веселый и смешной фильм. Так тренируется умение проецировать на мысленный экран определенные сюжеты — оно понадобится для дальнейшей десенсибилизации по отношению к травмирующим факторам. Кроме того, вспоминание комедий улучшает настроение.

**2.3.** Третья установка — мысленно перенестись на некоторую поляну, где стоит дом, проходит река, растет лес, вдалеке виднеются какие-то горы. Так можно ввести пациента в определенный мир образов, которые могут понадобиться для дальнейшей работы, если помимо травматического стресса имеются другие проблемы, требующие более углубленной психотерапии.

**2.4.** Четвертая установка — представить, что вы купаетесь и отдыхаете на очень красивом пляже, где солнечно, тепло, а вода и песок — чистые.

**2.5.** Выход из состояния расслабления. Производится медленно, снимая чувство тяжести в теле.

Для усиления эффекта возможна запись внушения на магнитофонную пленку и прослушивание клиентами записи 2 раза в день между встречами.

**Этап 3. Работа с негативными (травматическими) образами.** Начинается после освоения визуализации на этапе 2.

**3.1.** Когда ведущий считает, что группа или клиент готовы, то после образа 2.1 («приятное событие из жизни») дается следующая инструкция: «Вспомните ситуацию из вашей жизни, которая вызвала наиболее неприятные чувства, сильную боль. Представьте, что вы смотрите фильм, в котором эта ситуация (случай) как бы заснята со стороны, кинооператором».

Ведущий должен внимательно следить за телесным состоянием участников. Как только он замечает, что нарастает напряжение или возбуждение, необходимо идти дальше.

**3.2.** После «травматического образа» ведущий предлагает визуализировать «поляну» (этап 2.3) и «отдых на пляже» (этап 2.4).

**Этап 4. Работа с потерей.** Схема данного этапа повторяет предыдущий. Отличие в базовой инструкции, которая дается во время визуализации «поляны»: «Я предлагаю вам войти в дом и найти ту комнату, где находится тот человек, который был потерян».

У вас есть возможность с ним поговорить, пообщаться... сказать ему, что вы хотите... Теперь нужно проститься... Закройте эту комнату ключом, держите этот ключ при себе и медленно уходите... Помните, что вы всегда сможете вернуться туда, если захотите».

Завершается этот этап представлением «отдыха на пляже» (этап 2.4).

**Метод десенсибилизации и переработки травм движениями глаз (ДПДГ).** С успехом применяется для лечения посттравматического стрессового расстройства у участников боевых действий, жертв насилия, катастроф и стихийных бедствий, а также лиц, страдающих фобиями, паническими и диссоциативными расстройствами.

Оригинальный метод ДПДГ был разработан Ф. Шапиро (США) в 1987 г.

С первых лет своего использования ДПДГ обнаружил высокую эффективность у ветеранов военных конфликтов, которые в ходе терапии смогли освободиться от



тягостных навязчивых мыслей и воспоминаний, кошмарных сновидений и других проявлений ПТСР.

В основе метода лежит представление о существовании у всех людей особого психофизиологического механизма — **адаптивной информационно-перерабатывающей системы**. При ее активизации происходит спонтанная переработка и нейтрализация любой травмирующей информации, причем этому сопутствуют позитивные изменения в когнитивной сфере, эмоциях и поведении.

Тяжелые психические травмы и стрессы могут блокировать деятельность системы. В этих случаях воспоминания о травме и связанные с ними представления, аффективные, соматовегетативные и поведенческие реакции не получают своего адаптивного разрешения, продолжая храниться в центральной нервной системе в форме, обусловленной пережитым состоянием. Негативная информация как бы «замораживается» и длительное время сохраняется в своем первоначальном, не переработанном виде за счет изоляции нейронных сетей мозга, обеспечивающих доступ к этим воспоминаниям, от других ассоциативных сетей памяти. При этом не происходит нового научения, поскольку соответствующая специфическая информация не может связываться с изолированной информацией о травмирующем событии. В результате негативные эмоции, образы, ощущения и представления из прошлого клиента проникают в его настоящее, вызывая сильный душевный и физический дискомфорт.

Предполагается, что движения глаз (или другие альтернативные раздражители), используемые при ДПДГ, запускают процессы, активизирующие ускоренную переработку травматического опыта по аналогии с той, что в норме происходит на стадии сна с быстрыми движениями глазных яблок (БДГ-сна). Ряд исследователей считает, что фаза БДГ-сна — это тот период, когда бессознательный материал, в том числе связанный со стрессами, всплывает для адаптивной переработки. Повторные ночные кошмары с пробуждениями, весьма характерные для ПТСР, прерывают и искажают БДГ-сон, а вызывающий сильное беспокойство дисфункциональный материал остается переработанным.

Использование в ходе проведения процедуры ДПДГ повторяющихся серий движений глаз, вероятно, приводит к разблокированию изолированной нейронной сети мозга, где хранится травматический опыт, который, в свою очередь, подвергается десенсибилизации и ускоренной когнитивной переработке. Воспоминания, имеющие высокий отрицательный эмоциональный заряд, переходят в более нейтральную форму, а соответствующие им представления и убеждения клиентов приобретают конструктивный характер.

ДПДГ может применяться как самостоятельный метод психотерапии при ПТСР либо как один из этапов лечебного воздействия, направленный на быстрое устранение у клиентов наиболее тягостных переживаний и симптомов, связанных с перенесенными в прошлом психическими травмами. В зависимости от поставленных целей и задач количество сеансов ДПДГ может варьировать от 1–2 до 6–16, а продолжительность каждого из них составляет от 60 до 90 минут. Средняя частота сеансов 1–2 раза в неделю.

#### **Восемь стадий стандартной процедуры ДПДГ:**

1. *Оценка факторов безопасности клиента*, изучение его истории болезни и планирование психотерапии. Основным критерий отбора клиентов для ДПДГ — их способность справиться с высоким уровнем беспокойства, который может возникнуть во время сеанса при переработке воспоминаний о травме, а иногда и между специальными

сессиями. Поэтому важно правильно оценить личностную устойчивость клиентов и уровень возможного эмоционального дискомфорта из-за неблагоприятных жизненных обстоятельств (семейный кризис, финансовые проблемы, потеря работы и т. п.). В большинстве случаев следует вначале оказать человеку поддержку в разрешении текущих проблем и лишь затем переходить к переработке прошлых психических травм. Для обеспечения максимальной безопасности клиентов на стадии подготовки целесообразно обучить их приемам снижения эмоционального стресса: упражнению по созданию в воображении безопасного места; технике светового потока; самостоятельному использованию движений глаз или нервно-мышечной релаксации.

Если специалист принимает решение об использовании метода ДПДГ, ему необходимо провести анализ всей клинической картины расстройства и выделить специфические цели, требующие переработки. В некоторых случаях клиенты, страдающие ПТСР, могут быть излечены с помощью ДПДГ при переработке конкретных, связанных с травмой воспоминаний. Однако значительно чаще необходимо последовательное избирательное в качестве целей воздействия как травмирующих событий прошлого, так и нынешней ситуации, стимулирующей болезненные симптомы и дезадаптивное поведение. Важный этап психотерапии — работа с будущим, который предполагает создание в воображении клиента «положительного примера» и закрепление новых адаптивных форм поведения и эмоционального реагирования.

*У клиентов ПТСР можно выделить четыре основные цели воздействия для ДПДГ:*

- 1) воспоминания о действительно произошедшем травмирующем событии;
- 2) любые другие тягостные навязчивые воспоминания, даже если они отличаются от реально произошедших событий;
- 3) кошмарные сновидения;
- 4) различные внешние или внутренние раздражители, которые напоминают о травме и вызывают связанные с ней эмоции, чувства, мысли и поведенческие реакции (например: звуки, похожие на выстрел, и т. п.).

Для полноценного разрешения травматического опыта и достижения стабильного клинического эффекта в качестве цели должен поочередно избираться каждый из четырех вышеуказанных элементов.

2. *Подготовка*. Стадия подготовки предполагает установление продуктивных терапевтических отношений с клиентом и создание атмосферы безопасности и доверия. Необходимо кратко разъяснить смысл ДПДГ-терапии, например, так: «Если происходит травмирующее событие, оно может блокироваться и длительно сохраняться в мозге вместе с первоначальной картиной стрессовой ситуации и имевшими место в тот момент звуками, мыслями и чувствами. При любом напоминании о психической травме переживания оживают с прежней остротой, серьезно нарушая душевное и физическое состояние человека. Движения глаз, которые мы используем при ДПДГ, разблокируют нервную систему и позволяют мозгу перерабатывать травматический опыт. Нечто подобное происходит на стадии «быстрого сна», когда мы видим сновидения, когда возникающие спонтанно движения глаз помогают переработать полученную информацию. По сути, методика активизирует естественный процесс самоисцеления от душевных травм, причем пациент сам может его контролировать, давая специалисту обратную связь о том, что с ним происходит в ходе сеанса».

На этой же стадии определяется способность клиента выполнять движения глаз. В ДПДГ используют несколько различных видов движений глаз. Задача специалиста



состоит в том, чтобы определить наиболее комфортные движения для конкретного клиента. Необходимо учесть, что боль в глазах при выполнении ими движений требует немедленного прекращения процедуры с последующей консультацией с окулистом на предмет выявления возможных противопоказаний к нагрузкам на глазодвигательные мышцы.

Задача специалиста — вызывать у клиента движения глаз от одного края его визуального поля до другого. Такие полные двухсторонние движения выполняются с максимальной возможной скоростью, но следует избегать появления чувства дискомфорта. Обычно два пальца руки специалиста используют как точку фокусировки взгляда клиента.

При этом специалист держит пальцы вертикально с ладонью, обращенной к клиенту, на расстоянии 30–35 см от его лица. Далее пальцы начинают медленно, а затем все быстрее двигаться горизонтально от правого края визуального поля до левого, указывая клиенту направление движений глаз. Таким образом подбирают оптимальную скорость движения, расстояние до пальцев, высоту, на которой держится рука, и т. п. Если при выполнении тестирования обнаруживается, что клиенту трудно следить за пальцами (происходит сбой движений, остановка или непроизвольные движения), достаточно попросить его просто надавить пальцами на глазные яблоки. В большинстве случаев это помогает восстановить контроль за движением глаз. Затем можно проверить эффективность других вариантов движений глаз: диагональных, круговых или в форме восьмерки. Вертикальные движения оказывают успокаивающее действие и особенно полезны для снижения беспокойства или чувства тошноты, а также при головокружении.

Обычно в ходе ДПДГ-терапии применяются серии, состоящие из 24 движений глаз (туда и обратно — 1 движение). В зависимости от конкретной реакции клиента и скорости переработки травматического материала серии могут быть увеличены до 36 движений, а при возникновении эмоционального отреагирования — до еще большего их числа.

Для клиентов с повреждением зрения или считающих движения глаз дискомфортными, с достаточным эффектом используются альтернативные формы стимуляции (постукивание по рукам или звуку). Специалист ритмически и с такой же скоростью, как при проведении серий движений глаз, постукивает поочередно по лежащим на коленях и обращенным вверх ладоням клиента. При звуковой стимуляции специалист поочередно щелкает пальцами то у одного, то у другого уха клиента.

Для снижения уровня беспокойства клиентов перед началом переработки, во время и между сеансами полезно обучить их технике «Безопасное место». Клиенту предлагают вспомнить ситуацию, где он чувствовал себя спокойно, в полной безопасности. При этом важно сосредоточиться на образе безопасного места, почувствовать возникающие при этом позитивные эмоции и приятные физические ощущения. Специалист внушает усиление воображаемых образов, чувства комфорта и душевного покоя. Положительная реакция клиента может быть усилена, если на фоне погружения в приятные воспоминания он совершит от 4 до 6 серий движений глаз. Можно предложить клиенту назвать ключевые слова, подходящие к образу безопасного места (дерево, озеро, запах леса, покой и т. п.), и повторять их про себя, соединяя с соответствующими им картинками, звуками и ощущениями. При этом отмечается чувство полной безопасности, которое подкрепляется специалистом дополнительными суггестиями и проведением 4–6 серий движений глаз. В последующем, при необходимости снизить эмоциональное напряжение, пациент может самостоятельно вернуться в воображении в это безопасное место.

Сильные отрицательные эмоции, которые иногда возникают в ходе сеанса ДПДГ, также могут потребовать для клиента передышки и усиления чувства безопасности, что достигается его обращением к приятным и успокаивающим событиям прошлого.

На стадии подготовки клиенту объясняют, что во время сеанса он будет контролировать все происходящее и в любой момент сможет остановить процедуру, приподняв руку или подав другой условный сигнал специалисту. Установление сигнала «стоп» служит дополнительным фактором безопасности клиента. Фактически две первые стадии относятся лишь к первому сеансу ДПДГ. В дальнейшем специалист начинает каждый сеанс с оценки состояния клиента и анализа достигнутых результатов, а затем переходит сразу к третьей стадии.

**3. Определение предмета воздействия.** На этой стадии специалист определяет цель воздействия. Как указывалось выше, при лечении клиентов с ПТСР вначале это будут реальные травмирующие события (боевые действия, катастрофы и т. д.), затем переработке подвергаются навязчивые мысли и другие негативные воспоминания, кошмарные сновидения, любые факторы, оживляющие болезненные переживания прошлого.

После идентификации связанного с травмой конкретного воспоминания клиенту предлагают избрать образ, который лучше всего соответствует ему (отражает наиболее неприятную часть произошедшего события). Затем выявляются снижающие самооценку убеждения клиента по поводу травмирующего инцидента. Его просят выразить словами те неприятные, болезненные представления о себе, которые в настоящее время соответствуют хранящейся в памяти информации о психической травме. Высказывать это негативное убеждение о себе (отрицательное самопредставление) пациент должен в настоящее время, с использованием местоимения «Я». Примеры отрицательных самопредставлений: «Я плохой человек»; «Я не заслуживаю уважения»; «Я не могу доверять самому себе»; «Я делал что-то плохое»; «Я заслуживаю смерти»; «Я ничтожество» и т. п.

Следующий шаг — определение желаемого положительного самопредставления, то есть более уместного, конструктивного представления, которое хотел бы иметь пациент в настоящий момент, когда он вспоминает о травмирующей ситуации. Например: «Я хорош такой, как Я есть»; «Я заслуживаю уважения»; «Я могу доверять самому себе»; «Я контролирую себя»; «Я сделал лучшее, что мог»; «Я могу справиться с этим» и т. п.

Позитивное представление позднее используется для замены отрицательного представления на пятой стадии — инсталляции. Введение положительного самопредставления стимулирует когнитивное переструктурирование (переоценку) клиентом травмирующих событий и облегчает формирование более адекватного к ним отношения. На третьей стадии положительное самопредставление оценивается по семибалльной Шкале соответствия представлений (ШСП), где 1 балл — полное несоответствие, а 7 баллов — полное соответствие истинному представлению о себе. Пациент дает оценку, не опираясь на логические построения, а исходя из интуитивного ощущения того, насколько далеко положительное самопредставление от его сегодняшнего взгляда на пережитое. Если эта оценка не выше 1 балла по ШСП, специалист должен взвесить, насколько реалистичны пожелания клиента, и вместе с ним уточнить или изменить положительное самопредставление.

На следующем шаге пациент определяет негативные эмоции, которые возникают у него при сосредоточении на картине травмирующего события и повторении слов, соответствующих отрицательному представлению. После того как эти эмоции названы, специалист предлагает клиенту оценить уровень беспокойства, причиняемого



воспоминаниями, по Шкале субъективного беспокойства (ШСБ), где 0 — состояние полного спокойствия, а 10 — максимальное беспокойство (наихудшее из того, что только можно представить). На этом же этапе определяются локализация и интенсивность дискомфортных телесных ощущений, сопутствующих погружению клиента в травмирующее воспоминание. В дальнейшем изменение ощущений в теле будет одним из важных индикаторов переработки травматического материала.

**4. Десенсибилизация.** Стадия сосредоточена на снижении негативных эмоций клиента при его обращении к воспоминанию о травме до 0 или 1 балла по ШСБ. При проведении десенсибилизации клиенту предлагают вспомнить картину события. Далее специалист просит его следить глазами за движениями пальцев, одновременно удерживая образ, отражающий наиболее неприятную часть воспоминания, произошедшего про себя отрицательное самопредставление («Я плохой человек» и т. п.) и отмечая ощущения, которые возникают в теле.

Если пациент испытывает трудности с визуализацией травмирующего эпизода, он может просто о нем думать в ходе выполнения движений глаз. После каждой серии клиенту говорят: «А теперь отдыхайте. Сделайте вдох и выдох. Пусть все идет, как идет (забудьте об этом)». Затем его спрашивают: «Что происходит сейчас?» или «Что вы ощущаете в теле? Что приходит в голову?». Важно, чтобы пациент сообщал об изменениях зрительных образов, звуков, мыслей, эмоций и физических ощущений, которые являются индикатором происходящей переработки дисфункционального материала.

В ряде случаев сосредоточение клиента на травмирующем событии в ходе повторяющихся серий движений глаз, которые чередуются с отдыхом, приводит к снижению эмоционального и физического дискомфорта, а воспоминания постепенно утрачивают прежний болезненный характер. Специалист контролирует эффекты переработки травмирующего материала, время от времени задавая клиенту вопрос: «На сколько баллов шкалы беспокойства вы оцениваете свое состояние сейчас?» Необходимо добиваться снижения уровня беспокойства по ШСБ до 0–1 балла.

Нередко в процессе работы наблюдается кратковременное усиление негативных эмоций и ощущений или наступает отреагирование. В случае отреагирования пациент как бы заново переживает ситуацию психической травмы, испытывая при этом прежние мысли, эмоции и ощущения. При ДПДГ, в отличие от гипноза, не происходит полного погружения в воспоминание, поскольку пациент сохраняет двойную фокусировку — как на осознании прошлого, так и на чувстве безопасности в настоящем. Начало отреагирования предполагает увеличение количества непрерывных движений глаз до 36 и более, чтобы по возможности завершить его в ходе одной серии. Часто это удается, поскольку абреакция в ходе сеанса ДПДГ происходит в 4–5 раз быстрее, чем в трансе, а пациент при этом перескакивает от одного ключевого момента события к другому. После завершения отреагирования дальнейшая работа продолжается в обычном ключе.

Возможен другой вариант, когда после двух подряд серий движений глаз пациент не отмечает никаких изменений в своем эмоциональном состоянии, образах, мыслях и ощущениях. Первое, что необходимо делать в таком случае, — сменить направление движений глаз. Отсутствие новых изменений после попыток использования двух или трех различных направлений движений глаз свидетельствует о заблокированной переработке, что требует применения дополнительных стратегий (см. ниже).

В случаях, когда при обращении к травмирующему эпизоду у клиента возникают новые отрицательные идеи и представления, перед началом очередной серии ему

предлагают сосредоточиться на этих негативных мыслях и связанных с ними ощущениях в теле, после чего серии движений глаз следует повторять до их нейтрализации. Если пациент начинает высказывать более адаптивные суждения о пережитом, их следует закрепить в сознании, предложив сосредоточиться на позитивных мыслях во время последующих серий, а затем снова возвратиться к первоначальной цели (воспоминание о травме, отрицательное самопредставление, дискомфортные ощущения и эмоции).

В ходе переработки основного травматического материала на фоне очередной серии движений глаз в сознании клиента могут всплывать дополнительные воспоминания, ассоциативно связанные с психической травмой. Такие воспоминания являются объектом фокусировки для проведения следующей серии. Если одновременно возникает несколько воспоминаний, клиенту предлагают сосредоточиться на наиболее беспокоящем из них. Ветераны войны, страдающие ПТСР, нередко предъявляют все новые и новые воспоминания, которые последовательно возникают у них во время каждой серии движений глаз. Для того чтобы десенсибилизация происходила успешно, необходимо подвергать переработке весь ассоциативный материал (эпизоды бывших действий; негативные воспоминания, непосредственно не связанные с войной; отдельные звуки или ощущения в теле и т. п.), который может стать доступным осознанию при работе с конкретным, избранным в качестве цели травмирующим событием.

Каждое из вновь приходящих воспоминаний поочередно становится фокусом для воздействия во время очередной серии движений глаз. Когда цепь ассоциаций исчерпается и ничего нового не приходит в голову, клиента просят возвратиться к первоначальной цели для выполнения дополнительных серий движений глаз. Если при обращении к травмирующему событию (цели сеанса) в ходе выполнения 2–3 серий движений глаз другие воспоминания, новые переживания и идеи не возникают, а уровень беспокойства клиента не превышает 1 балла (оптимальный вариант — 0 баллов) по ШСБ, можно переходить к следующей стадии — инсталляции.

Нужно отметить, что всплывшее в сознании дополнительное воспоминание иногда бывает чрезвычайно беспокоящим и дискомфортным. В таком случае оно может быть избрано новой целью для следующего сеанса ДПДГ. Однако полномасштабная работа с новой целью должна начинаться лишь после завершения переработки предыдущего воспоминания, связанного с травмой.

**5. Инсталляция.** Цель стадии — связать желаемое положительное самопредставление с избранной в качестве цели связанной с травмой информацией, что ведет к повышению самооценки клиента.

Сначала следует попросить клиента оценить первоначальное положительное представление о себе с точки зрения его привлекательности после проведения десенсибилизации. «Остаются ли уместными слова (повторить положительное самопредставление) или вы чувствуете, что более подходящим сейчас является другое положительное высказывание?» На этом этапе клиенты нередко уточняют или полностью изменяют значение для них представление. Далее клиенту предлагают подумать о первоначальном травмирующем событии и об этих словах, а затем ответить на вопрос: «Насколько истинными вам кажутся сейчас эти слова, от 1 — «полностью не соответствуют» до 7 — «полностью соответствуют (истинны)»? После этого клиенту следует удерживать вместе картину события (думать о нем) и положительное представление. Специалист проводит ему серию движений глаз и спрашивает: «А теперь, насколько истинными, в баллах от 1 до 7, кажутся вам эти слова, если вы думаете о травмирующем событии?» Цель специалиста



состоит в проведении такого количества серий движений глаз, которое необходимо для усиления положительного самопредставления до 7 баллов. Когда это удается — серии движений повторяют до тех пор, пока соответствие представления и чувство его пригодности не достигнуто максимума, а затем переходят к стадии сканирования тела.

Нередко из-за неполной переработки других воспоминаний и негативных убеждений, ассоциативно связанных с избранным в качестве цели травмирующим событием, уровень соответствия положительного представления не превышает 4–5 баллов. С учетом временных рамок сеанса работу с дополнительными воспоминаниями переносят на другую сессию, а процедуру ДПДГ ведут к завершению, минуя стадию сканирования.

**6. Сканирование тела.** Стадия сосредоточена на устранении возможного остаточного напряжения или дискомфортных ощущений в теле.

Когда положительное представление достигает на стадии инсталляции 7 баллов по ШСП (или 6 баллов, если это экологично для конкретного клиента), начинают сканирование. Клиенту предлагают закрыть глаза и, удерживая в сознании первоначальное воспоминание и положительное представление, мысленно пройти по различным частям своего тела, начиная с головы и постепенно опускаясь вниз. Клиенту следует сообщать вслух обо всех местах, в которых он обнаружит какое-либо напряжение, зажатость или другие необычные ощущения. Если такие ощущения отсутствуют, проводят серию движений глаз. При возникновении комфортных ощущений выполняют дополнительную серию для усиления позитивных чувств. В случае, когда пациент сообщает о неприятных ощущениях или мышечном напряжении, их перерабатывают с помощью очередных серий движений глаз, пока дискомфорт не снизится. Иногда телесное напряжение, вскрытое при сканировании тела, может проявить новую цепь негативных ассоциаций, для переработки которых потребуются время.

**7. Завершение.** Стадия направлена на возвращение клиента в состояние эмоционального равновесия в конце каждого сеанса, вне зависимости от того, полностью ли завершена переработка дисфункционального материала. Если в конце специального сеанса пациент проявляет признаки беспокойства или продолжает отреагировать, специалисту следует применить гипноз или управляемую визуализацию (техника «Безопасное место»), чтобы вернуть его в комфортное состояние.

Если травматический материал переработан не полностью, велика вероятность продолжения переработки после окончания сеанса. При этом пациент может испытывать тревогу различной степени, о чем следует его предупредить. Целесообразно предложить клиенту запомнить (записать) беспокоящие его воспоминания, сновидения, мысли и ситуации, которые возникают между сеансами. Впоследствии они могут стать новыми целями воздействия ДПДГ-терапии.

**8. Первооценка.** Первооценка проводится перед началом каждого нового сеанса ДПДГ. Специалист вновь возвращает клиента к ранее переработанным целям и оценивает реакцию клиента для определения того, сохраняется ли эффект лечения. Новый дисфункциональный материал можно подвергнуть переработке только после того, как произойдет полная интеграция психических травм, подвергшихся лечению ранее.

#### **Стратегии, используемые при заблокированной переработке**

Примерно в половине случаев применение стандартной процедуры ДПДГ приводит к завершению процесса переработки и излечению даже наиболее тяжелых психических травм. Однако если переработка соответствующего материала тормозится, ее можно стимулировать с помощью ряда дополнительных приемов:

1. Изменение направления, продолжительности, скорости или амплитуды движений глаз, постепенно сдвигая их то вверх, то вниз в горизонтальной плоскости. Большой успех дает сочетание этих приемов.

2. Сосредоточение клиента на всех телесных ощущениях сразу или только на наиболее дискомфортных из них (отбросив образ и представление), в то время как характер движений глаз подвергается систематическим изменениям.

3. Стимулирование клиента к открытому выражению подавленных эмоций, невысказанных слов или свободному проявлению всех движений, ассоциирующихся у него с тем или иным физическим напряжением в теле. При этом выполняются серии движений глаз.

4. С началом очередной серии движений клиенту предлагают надавить пальцем или всей рукой на то место тела, где локализуется, не меняются дискомфортные ощущения. Увеличение давления может привести к уменьшению негативных ощущений либо к возникновению новых образов и мыслей, так или иначе связанных с травмирующим воспоминанием. Проявившийся ассоциативный материал затем избирают в качестве предмета воздействия.

5. Изменение точки фокусировки во время выполнения последующих серий движений. Клиента просят сосредоточиться на другой части образа травмирующего события либо сделать образ более ярким, уменьшить или увеличить его, превратить в черно-белый и т. д. Можно предложить клиенту припомнить звуковой стимул, вызывающий наибольшее беспокойство, и сконцентрироваться на нем.

6. В сложных случаях применяется когнитивное взаимопереплетение. Эта стимулирующая стратегия соединяет адаптивную информацию, исходящую от специалиста, с материалом, появляющимся в процессе психотерапии у клиента.

#### **Существует несколько вариантов взаимопереплетения:**

1. Специалист сообщает клиенту новую информацию, которая позволяет повысить степень его понимания драматических событий прошлого и собственной роли в них. Затем клиенту предлагают думать о сказанном ему и проводят серию движений глаз.

2. Переопределение травмирующей ситуации через обращение к значимым для клиента лицам. Например, один из ветеранов продолжал обвинять себя за то, что, когда командир приказал пригнуться, он выполнил приказ, а его лучший друг этого не сделал и был убит. Ветеран испытывал сильное чувство вины перед погибшим за то, что он вовремя нагнулся, благодаря чему остался жив, но, как ему казалось, не сделал ничего, чтобы предотвратить смерть друга. Специалист спросил клиента: «Если бы это был ваш шестнадцатилетний сын, что бы вы велели ему сделать?» — «Пригнуться!» — ответил ветеран. Специалист предложил ему «просто думать об этом» и провел серию движений глаз, после чего чувство вины снизилось и переработка была успешно завершена.

3. Использование метафор (аналогий) в форме притч, вымышленных историй или примеров из жизни, контекстуально соответствующих проблеме клиента. С помощью аллегорических историй могут быть проведены параллели с реальной ситуацией клиента, даны скрытые подсказки для наиболее адаптивного ее разрешения. Введение метафорической информации может быть осуществлено как в ходе серии движений глаз, так и вне ее, с предложением клиенту поразмыслить обо всем услышанном во время следующей серии.

4. Сократический диалог, в ходе которого специалист задает ряд последовательных вопросов. Отвечая на них, человек постепенно приходит к определенному логическому умозаключению. После чего ему предлагают думать об этом и проводят серию движений глаз.



**Метод систематической десенсибилизации** основывается на поведенческом принципе противообусловливания, утверждающего, что субъект может преодолеть дезадаптивное поведение, вызванное ситуацией или предметом, путем постепенного приближения к вызывающим страх ситуациям, нивелируя возникающую при этом тревогу состоянием релаксации. Страх, тревога могут быть подавлены, если объединить во времени стимулы, вызывающие страх, и стимулы, антагонистичные страху. Таким стимулом является релаксация. Сущность методики заключается в том, что у человека, находящегося в состоянии глубокой релаксации, вызываются представления о ситуациях, приводящих к возникновению страха. Затем путем углубления релаксации он снимает возникшую тревогу. В воображении представляются различные ситуации, от самых легких, к трудным, вызывающим наибольший страх. Процедура заканчивается, когда самый сильный стимул перестает вызывать у человека страх. Процедура проходит в **три этапа**: 1) овладение методикой мышечной релаксации (по Джекобсону); 2) составление иерархии ситуаций, вызывающих страх (человеком, перенесшим стресс, составляется список ситуаций от самых легких до более тяжелых); 3) собственно десенсибилизация (соединение представлений о психотравмирующей ситуации с релаксацией). На этом этапе обсуждается **методика обратной связи** — информирование человеком психолога о наличии или отсутствии у него страха в момент представления ситуации. Например, об отсутствии тревоги сообщается поднятием указательного пальца правой руки, о наличии ее — поднятием пальца левой руки. Человек воображает ситуацию 5–7 секунд, затем устраняет возникшую тревогу путем усиления релаксации. Период длится до 20 секунд. В течение одного занятия отрабатывается 3–4 ситуации из списка.

В целях коррекции страхов наряду с методикой систематической десенсибилизации применяется метод иммерсии (затухания, угасания, погружения). **Метод иммерсии** — метод поведенческой психотерапии, основанный на демонстрации пациенту объектов, вызывающих страх, без расслабления, но в присутствии психотерапевта. Главной техникой является систематическая экспозиция (демонстрация, предъявление) объекта страха. К иммерсивным методикам относится также **метод парадоксальной интенции** — метод В. Франкла, основанный на осуществлении клиентом того, чего он боится, с чувством юмора. Метод применяется при фобии — страхе ожидания повторения симптома. Например, человек, попавший в аварию, боится снова сесть за руль. В данной ситуации юмор дает возможность занять дистанцию по отношению к самому себе, своему страху и тем самым обрести над собой полный контроль. Парадоксальное предложение формулируется в юмористической форме. При работе данным методом важно, чтобы человек сам захотел осуществить то, что он боится сделать.

В отличие от метода систематической десенсибилизации, в методах иммерсии и парадоксальной интенции не используется состояние релаксации, поэтому они могут быть применены для работы с психическими травмами малой интенсивности и невротическими страхами.

**Методика структуризации ценностных ориентаций личности**<sup>144</sup>. Основу работы составляет прямое ранжирование клиентом в ходе индивидуальной беседы списка ценностей, предъявляемых ему на отдельных карточках.

Методика предполагает два списка ценностей по 18 в каждом: 1) терминальные — убеждения в том, что какая-то конечная цель индивидуального существования стоит того, чтобы к ней стремиться (ценности — цели); 2) инструментальные — убеждения

<sup>144</sup> Соловьев И. В. Техника структуризации ценностных ориентаций личности в комплексе психологической реабилитации участников боевых действий.

в том, что какой-то образ действий или свойство личности предпочтительнее в данной ситуации (ценности — средства).

Клиенту последовательно предъявляются оба списка, выполненные машинописным текстом на отдельных карточках размером 12х5 см (по одной ценности на каждой).

Необходимо учесть, что неаккуратное и неряшливое выполнение отдельных карточек может существенно повлиять на выбор. Карточки должны предъявляться таким образом, чтобы респондент мог охватить взглядом все сразу. Вначале предъявляется набор терминальных ценностей, затем — инструментальных.

**Инструкция:** «Сейчас вам будет предъявлен набор из 18 карточек с обозначением ценностей. Ваша задача — разложить их по порядку значимости для вас как принципов, которыми вы руководствуетесь в своей жизни.

Каждая ценность написана на отдельной карточке. Внимательно изучите карточки и, выбрав ту, которая для вас наиболее значима, поместите ее на первое место. Затем вверните вторую по значимости ценности и поместите ее вслед за первой. Затем продолжайте то же со всеми оставшимися карточками. Наименее важная останется последней и займет 18-е место.

Работайте не спеша, вдумчиво. Если в процессе работы вы измените свое мнение, то можете исправить свой выбор, поменяв карточки местами. Конечный результат должен отражать вашу истинную позицию».

#### Стимульный материал

##### Список А (терминальные ценности):

- активная деятельная жизнь (полнота и эмоциональная насыщенность жизни);
- жизненная мудрость (зрелость суждений и здравый смысл, достигаемый жизненным опытом);
- здоровье (физическое и психическое);
- интересная работа;
- красота природы и искусства (переживание прекрасного в природе и искусстве);
- любовь (духовная и физическая близость с любимым человеком);
- материально обеспеченная жизнь (отсутствие материальных затруднений);
- наличие хороших и верных друзей;
- общественное признание (уважение окружающих, коллектива, товарищей);
- познание (возможность расширения своего образования, кругозора, общей культуры, интеллектуальное развитие);
- продуктивная жизнь (максимальное использование своих возможностей, сил и способностей);
- развитие (работа над собой, постоянное физическое и духовное совершенствование);
- развлечения (приятное, необременительное времяпрепровождение, отсутствие обязанностей);
- свобода (самостоятельность, независимость в суждениях и поступках);
- счастливая семейная жизнь;
- счастье других (благополучие, развитие и совершенствование других людей, всего народа, человечества в целом);
- творчество (возможность творческой деятельности);
- уверенность в себе (внутренняя гармония, свобода от внутренних противоречий, сомнений).



**Список Б** (инструментальные ценности):

- аккуратность (чистоплотность), умение содержать в порядке вещи, порядок в делах);
- воспитанность (хорошие манеры);
- высокие запросы (высокие требования к жизни и высокие притязания);
- жизнерадостность (чувство юмора);
- исполнительность (дисциплинированность);
- независимость (способность действовать самостоятельно, решительно);
- непримиримость к недостаткам в себе и других;
- образованность (широта знаний, высокая общая культура);
- ответственность (чувство долга, умение держать слово);
- рационализм (умение здраво и логично мыслить, принимать обдуманные, рациональные решения);
- самоконтроль (сдержанность, самодисциплина);
- смелость в отстаивании своего мнения, своего взгляда);
- твердая воля (умение настоять на своем, не отступать перед трудностями);
- терпимость (к взглядам и мнениям других, умение прощать другим их ошибки и заблуждения);
- широта взглядов (умение понять чужую точку зрения, уважать иные вкусы, обычаи, привычки);
- честность (правдивость, искренность);
- эффективность в делах (трудолюбие, продуктивность в работе);
- чуткость (заботливость).

Возможная неискренность респондента, его подверженность социальной желательности сводится к минимуму тем, что все предлагаемые ценности социально одобряемы, а также надежным доверительным контактом с психологом, атмосферой эмпатии.

В целях формирования перспективной жизненной стратегии психолог последовательно задает несколько оснований для ранжирования: 1) в какой степени предложенные ценности значимы для данного испытуемого; 2) каким образом они ранжированы, по мнению испытуемого, у безупречного во всех отношениях человека, довольного жизнью; 3) в какой степени эти ценности реализованы у испытуемого в настоящий момент его жизни; 4) в какой степени он хотел бы их реализовать в ближайшем будущем в период его военной службы, после службы и т. д.

Свобода творчества психолога в определении оснований для ранжирования может быть ограничена лишь его внутренними критериями и реальными возможностями, исходя из условий работы с конкретной личностью.

Результаты каждого ранжирования фиксируются любым удобным способом, но важно не привлекать к этому внимания испытуемого или объяснить ему, что это необходимо для последующих уточняющих вопросов.

Эта работа позволяет инициировать рефлексивный процесс, направленный на осознание своих мотивов, целей, желаний, устремлений и оценку собственных возможностей по их реализации. Задача психолога заключается в активизации и поддержании этого процесса, направлении его в конструктивное русло.

Сравнить результаты ранжирования по различным основаниям в ходе беседы с испытуемым возможно с помощью вопросов (Что мешает реализовать эти ценности так, как они «живут» у «идеального человека»? Что необходимо для того, чтобы это сделать? От кого(чего) зависит успех реализации ваших ценностей? И т. п.).

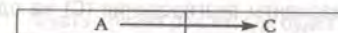
Кропотливая и творческая совместная работа психолога с военнослужащим (клиентом) по данной методике должна закончиться формированием его ближайших перспектив достижения: а) во внутриличностной сфере; б) в межличностной сфере; в) в служебной деятельности (профессиональной сфере).

Эта работа может иметь (и, как правило, имеет) циклический характер и включается в общий комплекс психореабилитационных мероприятий наряду с другими техниками и методиками психоэмоциональной регуляции, психокоррекции и психотерапии.

В результате происходит своеобразная структуризация ценностных ориентаций личности, выстраивается иерархия ценностей, определяются их приоритеты. Именно этот фактор — одно из условий успешной постбоевой реабилитации, установления внутренней гармонии у участников боевых действий, адекватной их оценки окружающей действительности, своего места в ней и личных перспектив и возможностей.

**Техника «Обучение основной формуле АВС».** Первый шаг в любой когнитивной терапии — доказать клиенту важность мышления. Чтобы прояснить ситуацию, начните с двух простых формул.

Старая формула:

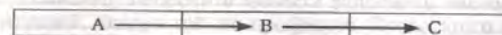


Нарисуйте эту схему клиенту.

А — активизирующее событие, ситуация, в которой вы оказались, толчок из внешнего мира, стимул; все, что обуславливает процесс реагирования в целом; С — либо ваши эмоции, либо поведение вследствие А.

Старая теория утверждает, что А вызывает С, что внешняя ситуация вызывает внутреннее чувства и заставляет вас действовать определенным образом.

Правильная же формула следующая:



Нарисуйте эту схему клиенту.

В — когниции, убеждения, установки; наши представления о ситуации, мысли, образы, восприятие, воображение, интерпретации и выводы, которые мы делаем относительно А.

По окончании первого сеанса дайте клиенту домашние задания.

**Задание 1.** В следующих примерах описаны ситуации АВС, но во всех отсутствует В. Вам нужно угадать, какие мысли (В) нужно вставить, чтобы связать ситуацию (А) и эмоции (С). Определите в каждом случае А и С и впишите В.

Начальник Анатолия отчитал его за опоздание. После этого Анатолий чувствовал себя подавленным.

Елена прошла два сеанса терапии и бросила ее, потому что посчитала, что терапия не действует.

У Катерины заболел живот. Ей стало страшно.

Олега оштрафовали за превышение скорости, и он сильно разозлился.

Ирина смутилась, когда ее друзья заметили, что она плачет на романтических сценах фильма.

Сергей был разъярен, когда служащий попросил его документы в то время, как он заполнял анкету.



**Задание 2.** Приведите пять примеров из своей жизни, в которых ваши мысли (В) вызывали болезненные эмоции (С). Опишите их в терминах АВС.

**Техника «Доказательства того, что мышление определяет эмоции»**

**Упражнение «Лучшие примеры из собственного прошлого клиента».** Обычно клиент уже имеет представление о силе В из собственной жизни. Полезно напомнить ему о том, что он уже знает. Попросите его подумать о тех моментах, когда он был сильно обеспокоен, потрясен или расстроен тем, что сегодня уже не имеет над ним власти, — тем, что он смог преодолеть. Попросите его сосредоточиться на первоначальном событии и определить А и С. Пусть он обрисовывает ситуацию, пока она не проявится в его сознании, а затем попросите его установить В. Что он говорил себе, когда был так расстроен? Наконец, дайте ему сконцентрироваться на том, в чем он убежден на сегодняшний день. Во что из того, что он говорит сам себе сейчас, он не верил прежде?

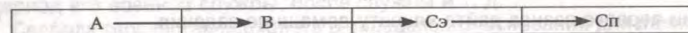
**Упражнение «Если изменится В, то изменится и С».** Приведите клиенту несколько примеров АВ. Возьмите в качестве константы ситуацию (А), а в качестве переменной — внутренний диалог. Попросите его определить эмоцию, которую будут вызывать различные мысли (В). Проанализируйте различные варианты реагирования (С) на одно и то же событие (А).

Лучшие примеры — те, которые создает сам клиент. Их преимущество в том, что они лично значимы и поэтому обладают внутренне присущей им убеждающей силой. Терапевт должен побуждать клиента думать, как в его собственных примерах В вызывают С.

В \_\_\_\_\_  
 С \_\_\_\_\_  
 А \_\_\_\_\_  
 В \_\_\_\_\_  
 С \_\_\_\_\_  
 и т. д.

**Техника «Определение ожиданий»**

Отдельные В появляются до того, как случается А. Чаще всего это глобальная философия, взгляд на мир, обуславливающий то, как клиент реагирует на событие.



**Ожидания**

А — активирующее событие, или стимул; В — когниции и убеждения разных видов (в данном случае это ожидания); Сэ — эмоциональная реакция — то, что мы чувствуем; Сп — поведенческая реакция — то, что мы делаем.

Ожидания — это то, что клиент хочет от себя, других и мира в целом. Это его собственные притязания на то, как он должен себя вести, критерии, которые он использует, чтобы решить, было поведение успешным или неудачей. У клиента могут быть заниженные или завышенные ожидания относительно себя, других или мира. Когда он стремится достичь желаемого, ожидания становятся требованиями. Зачастую нереалистичные ожидания являются единственной причиной эмоциональных проблем.

Попросите клиента сосредоточиться на проблемной ситуации и продолжать представлять ее до тех пор, пока она не почувствуется достаточно отчетливо.

Попросите его определить наилучший исход в данной ситуации и отметить свой ответ по десятибалльной шкале. Крайние деления на шкале соответствуют наилучшему и наихудшему событиям, которые могли случиться с ним в жизни. Например, завоевание Нобелевской премии (10) может быть противопоставлено обнаружению у клиента рака последней стадии (0).

(0) \_\_\_\_\_ (5) \_\_\_\_\_ (10)  
 Наихудшее Наилучшее  
 событие в жизни событие в жизни

Пусть клиент представит наилучший и наихудший возможные исходы в конкретной проблемной ситуации и отметит их значения на шкале.

(0) \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ (5) \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ (10)  
 Наихудший Наилучший  
 исход исход

Пусть клиент решит, где будет находиться точка ПДП (просто-достаточно-приемлемое). Объясните, что ПДП — «это тот исход, который вы сочли бы просто достаточно приемлемым, — минимум, необходимый для вас, чтобы воспринимать событие как позитивное».

(0) \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ (ПДП) \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ (10)  
 Наихудший Наилучший  
 исход исход

Наконец, попросите клиента заполнить несколько шкал для других проблемных ситуаций, следуя той же процедуре. После этого вы будете в состоянии определить, какие ожидания и требования к себе и ориентиры он использует, чтобы оценивать других и себя.

Эти шкалы помогут вам выявить различные аспекты невидимых ожиданий вашего клиента. Пронаблюдайте, как измерительные шкалы клиента отличаются от таковых большинства людей, сталкивающихся с подобными ситуациями.

**Техника «Определение самооффективности»**

В \_\_\_\_\_ А \_\_\_\_\_ Сэ \_\_\_\_\_ Сп \_\_\_\_\_  
 Самооффективность

Сделайте так, чтобы клиент расслабился и сосредоточился на определенной проблемной ситуации (АС).

Попросите его предсказать свою способность успешно с ней справиться и представить это значение на континууме (можете использовать те же шкалы, что и для ожиданий).

(0) \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ (5) \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ (10)  
 Мало шансов Много шансов  
 на успех на успех



Пройдитесь по нескольким различным ситуациям, чтобы установить, как клиент понимает свою самооценку. Занижена ее оценка или завышена?

Будучи тесно связанной с ожиданием относительно себя, самооценку (Эф) обычно обсуждается вкупе с ней; их соотношение синергично. Можно попросить клиента поместить обе переменные на одном континууме, как это показано ниже.

(0) \_\_\_\_\_ Эф \_\_\_\_\_ Эф \_\_\_\_\_ (ПДП) \_\_\_\_\_ Эф \_\_\_\_\_ (10)  
Низкая \_\_\_\_\_ Средняя \_\_\_\_\_ Высокая

«Покажите мне на этой шкале, что вы считаете для себя „просто достаточно приемлемым“ результатом (ПДП). А теперь отметьте, какой эффективности, на ваш взгляд, вы можете добиться». Высокие ожидания и низкая самооценки — одна из самых неблагоприятных комбинаций. Депрессивные клиенты зачастую требуют от себя слишком много и мало надеются на то, что они этого достигнут. Клиенты, которые видят свои проблемы подобным образом, впадут в уныние. Им будут казаться бессмысленными любые попытки, поскольку ожидаемый успех слишком далек даже от минимально приемлемого исхода.

#### Техника «Определение Я-концепции»

В \_\_\_\_\_ А \_\_\_\_\_ Сэ \_\_\_\_\_ Сп \_\_\_\_\_  
Я-концепция

Несмотря на то что существует множество достаточно эффективных способов измерить Я-концепцию, вероятно, наиболее ценным для когнитивного терапевта методом будет извлечение Я-концепции из составленного клиентом списка В. Составьте список ведущих идей клиента. Выберите те В, которые напрямую обращены к Я. Найдите позитивные и негативные валентности, которые клиент проявляет в каждом из этих убеждений. Например, такое В: «Мир — огромное и опасное место» — демонстрирует соответствующую Я-концепцию: «Я слабый и беспомощный». Такая установка будет негативной «Я-валентностью».

#### Техника «Определение внимания»

В \_\_\_\_\_ А \_\_\_\_\_ Сэ \_\_\_\_\_ Сп \_\_\_\_\_  
Внимание

То, на что клиенты обращают внимание, — одна из самых трудных для обнаружения когнитивных. Многие клиенты даже не понимают, что существует что-либо еще в ситуации, что может не попасть в фокус. Они уверены, что среда (внутренняя или внешняя) заставляет их сосредотачиваться на тех или иных предметах именно так, как это у них получается. Они отрицают собственное участие в выборе того, на что переключается внимание, отрицают избирательное выделение стимулов из окружающего и утверждают, что это сами стимулы вынуждают фокусировать внимание определенным образом.

Дайте своему клиенту инструкцию в следующий раз, когда почувствуете, что он расстроен, создать мысленную картинку того, что его беспокоит. Если он сможет, пусть составит список ключевых компонентов.

Затем предложите ему построить еще одну мысленную картинку, но сфокусированную на других ключевых компонентах. Это будет трудно, потому что к нему постоянно будет возвращаться изначальный образ. Вдохновите его на то, чтобы он продолжал практиковаться: эта методика хорошо помогает научиться и в реальной жизни изменять свою точку зрения на различные проблемы.

#### Техника «Избирательность памяти»

##### Упражнение 1. Избирательная память.

В \_\_\_\_\_ А \_\_\_\_\_ Сэ \_\_\_\_\_ Сп \_\_\_\_\_  
Избирательное запоминание

Объясните своему клиенту принципы избирательности памяти (возможный вариант такого объяснения приведен ниже):

«Каждый раз, предаваясь воспоминаниям о прошлом — о великих событиях, произошедших с вами, когда вы были старшеклассником, о своей первой любви, о том чудном времени, что вы провели, живя в Петербурге, — вы должны быть осторожны, потому что ваши воспоминания могут обманывать вас. Вы могли создать фантазию о том, чего никогда не было, потому что выборочно опустили те предметы, эмоции и события, которые несовместимы с желаемым настроением. Принимая самообман за истину, вы воспринимаете это сфабрикованное прошлое как реальное. Иногда искаженная память о прошлом создает ощущение несчастья в настоящем. В таких случаях единственный способ получить удовлетворение сегодня — это заставить себя аккуратнее воспроизводить прошлое. Только в том случае, если вы будете вспоминать о своей истории самым беспристрастным и непредубежденным образом, уроки прошлого опыта станут вашим ориентиром. Относитесь к тому, что выбираете из прошлого, осторожнее».

Предложите клиенту письменно изложить его понимание избирательности памяти.

**Упражнение 2. Смутное припоминание.** Попросите клиента вспомнить какое-нибудь событие, но не в деталях, а только общее впечатление. Пусть он запишет свои воспоминания на бумаге или сделает аудиозапись.

**Релаксация.** Введите клиента в состояние релаксации (обучить его навыкам релаксации следует заранее). Желательно включить запись со звуками природы или успокаивающей музыкой.

**Детальное припоминание.** Попросите его представить, что он путешествует назад в прошлое и возвращается к ранним эпизодам. Выберите определенную сцену для рассмотрения. Напомните клиенту, чтобы он подключил все ощущения для ее воспроизведения: зрение — какие цвета, освещение, предметы, движения, перспективу он видит? Слух — может ли он слышать разговоры? Воспринимает ли фоновые звуки, музыку, разговор в соседней комнате, гул машин на улице? Обоняние — какие замечает запахи? Кинестетика — как двигается, стоит или лежит? Эмоции — чувствует он себя счастливым, грустным, испуганным, злым? С какой силой и в какой комбинации? Пройдите по всем ступеням, не перепрыгивая и не обобщая. Память можно стимулировать просмотрением фотографий, дневников и писем. Напомните клиенту о других событиях, происходивших в то время. Используйте любые подсказки, которые помогут ему вспомнить как можно больше деталей.

**Запись.** Законспектируйте или запишите то, о чем вспомнил ваш клиент.

Сравните первое (смутное) воспоминание с последним (детальным). Что не удалось вспомнить сразу? Почему?



## Техника «Определение атрибуции»

В \_\_\_\_\_ А \_\_\_\_\_ Сз \_\_\_\_\_ Сп \_\_\_\_\_  
 Атрибуция

Следующая важная когниция — это атрибуция (от англ. *attribute* — приписывать). Это то, что клиенты делают с мысленной картой окружающего мира, когда приписывают причины и следствия тому, что ощущают. Они не находят и не открывают атрибуции, а создают их сами. Атрибуции могут быть абсолютно неверными, не имеющими к причине никакого отношения, но клиент все равно выбирает именно их. Предложите клиенту выбрать одну из самых проблемных для него ситуаций (АС).

Что, по его мнению, вызвало эту проблему? Помогите ему составить список всех других возможных причин, какие он может себе представить. Продолжайте до тех пор, пока не составите большой список. Вместе найдите объективные доказательства «за» и «против» каждого пункта списка. Отберите причину с наибольшим числом доказательств «за» и наименьшим — «против».

**Техника «Определение оценки».** Интенсивность любой эмоции зависит в том числе и от того, как она была воспринята. Некоторые клиенты преувеличивают любую эмоцию. Негативные оценки эмоций создают чрезвычайно низкую терпимость к фрустрации. Если клиент говорит себе, что не может вынести чего-либо, это убеждение мешает ему справиться с чувствами.

Помогите клиенту составить список из десяти событий прошлого, которые сильно расстроили его. Отметьте степень расстройства на континууме от 1 до 7. На данном континууме вызванное событием расстройство оценено в 6 баллов.

Урон \_\_\_\_\_ Расстройство \_\_\_\_\_  
 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_  
 Небольшой \_\_\_\_\_ Космическое и ужасное

Затем пусть клиент оценит реальный урон, который он понес вследствие этого события. На данном континууме показана оценка в 2 балла.

Разница в баллах показывает, насколько клиент преувеличивает события: + 4.

Напомните клиенту, чтобы в следующий раз, когда он будет расстраиваться, он вспомнил, насколько он преувеличивает событие, и попробовал снизить свое огорчение до реалистичного уровня.

## Техника «Определение самоинструктирования»

В \_\_\_\_\_ Сз \_\_\_\_\_ В \_\_\_\_\_ Сп \_\_\_\_\_  
 Самоинструктирование

Человек постоянно ведет внутренний диалог с самим собой, как если бы у него в голове находился советчик. Это непрерывные разговоры, советы, оценки, осуждение новых стратегий и принципов. В терапевтической работе необходимо открыть доступ к этому текущему диалогу.

Скажите клиенту, чтобы он, когда не занят чем-то особенным, старался обратить внимание на свой автоматический внутренний разговор, который и является самоинструктированием. Пусть он записывает, о чем думает. Если ему необходима помощь,

вы можете вместе записать это на одном из сеансов. Скажите клиенту, чтобы он не сообщал об этих мыслях привычным образом. Пусть не пытается построить законченное предложение, выбросить неуместные или отвлекающие мысли, не подвергает их грамматической или личной цензуре. Пусть он каждый раз, как появляется какая-нибудь автоматическая мысль, дословно записывает ее. Вы должны начать исследование после появления нескольких первых записей.

Попросите клиента отложить свои записи и возобновить их через несколько дней. Помогите ему соотнести его последние записи с предыдущими.

Продолжайте анализировать спонтанные мысли клиента и выбирать из них те, которые относятся к самоинструктированию. Они станут для вас четкими снимками его внутренних процессов.

## Техника «Определение скрытого убеждения»

В \_\_\_\_\_ Сз \_\_\_\_\_ В \_\_\_\_\_ Сп \_\_\_\_\_  
 Скрытое убеждение

Между эмоцией и поведением стоит еще одна когниция, которая называется скрытым убеждением. Скрытым, потому что большинство клиентов не знают о его существовании. Это В появляется после того, как клиент пережил эмоцию, но на мгновение раньше, чем он совершает какое-либо действие.

Многие клиенты отрицают, что обладают такой когницией. Они убеждены, что между чувством и действием нет промежутка и что, как только возникает эмоция, она мгновенно заставляет их вести себя определенным образом. Попросите клиента сосредоточиться на том моменте, когда в последний раз он вел себя импульсивно. Ищите поведение, а не мысль или эмоцию. Выберите ситуацию, когда он хлопнул дверью, проклинал кого-то или убежал от опасности. Помогите клиенту припомнить те скоротечные мысли и ключевые когниции, которые позволили ему действовать именно так. Вот несколько возможных мыслей, которые вы можете обнаружить: «Я должен выразить свои чувства»; «Я не могу их контролировать»; «Это правильный образ действий»; «Так я смогу избежать наказания»; «Я не виноват, что-то вынудило меня сделать это»; «Я должен сделать это»; «Я обязан так поступить»; «Я не могу избежать этого»; «Я желаю это сделать».

Сосредоточьтесь на одной из мыслей клиента и измените ее, чтобы убедиться, что вы нашли нужную когницию. Пусть клиент представит, что он думает противоположным образом. Пусть он вообразит себе эту сцену так живо, насколько это возможно. Спросите его: если бы вы думали по-другому, вы бы все равно так себя повели? Если он ответит — нет, он не повел бы себя подобным образом, значит, вы нашли его скрытое убеждение.

## Техника «Объяснение проблем»

В \_\_\_\_\_ Сз \_\_\_\_\_ В \_\_\_\_\_ Сп \_\_\_\_\_  
 Способ объяснения

После того как произошло какое-то событие и клиент сопоставил его с содержанием своей памяти, нашел причину (атрибуция), назвал переживаемое чувство, оценил его, прислушался к внутреннему советчику и выполнил действие, он должен прийти к какому-то заключению. Он придает событию значение и смысл, суммируя опыт, говоря



себе, почему это случилось, и планируя, что с этим можно сделать в будущем. Существуют три измерения стилей объяснения: интернальный — экстернальный, стабильный — нестабильный, глобальный — специфический [Seligman, 1975]. Люди, объясняющие негативные происшествия при помощи интернальных стабильных и глобальных когний, в большей мере склонны к депрессии.

Пусть ваш клиент составит список своих центральных проблем. Например: «У меня неприятности во взаимоотношениях».

Помогите ему решить, сколько из этих проблем долговременны и неизменны. Например: «Я буду всегда портить отношения» или: «Я испытываю трудности прямо сейчас».

Как много у него глобальных проблем по сравнению с частными? Например: «У меня ни с кем не может быть хороших взаимоотношений» или: «У меня неприятности в отношениях с Олегом».

Уверен ли ваш клиент в том, что сам вызвал свои проблемы, или же думает, что некие внешние силы создали их? Например: «Что-то не так во мне, если у меня проблемы в общении» или: «Мне не везет со взаимоотношениями».

Помогите клиенту найти альтернативные объяснения. Если он оценил свои проблемы как внутренние и постоянные, превратите их во внешние и временные. Прodelайте то же самое, если клиент оценил проблемы как внешние и преходящие. Заметьте, как изменятся ощущения клиента, какие эмоции у него возникнут.

#### Метод «Группы убеждений»

**Техника «Определение центральных убеждений».** Для всей последующей работы очень важно найти центральные убеждения клиента. Когнитивная терапия эффективна, только когда терапевт работает над верными центральными убеждениями.

Пусть ваш клиент расслабится на пять минут. Переведите его внимание с внешних событий на внутреннее.

Затем обратите его внимание на А. Пусть он как можно более ясно представит волнующую его ситуацию. Пусть он использует все свои ощущения (зрительные, слуховые, обаятельные, осязательные, вкусовые, кинестетические), чтобы как можно живее вообразить А.

Когда у него получится представить в уме А, пусть он сфокусирует внимание на С, своих эмоциях. Какие эмоции у него возникают, когда он представляет А? Попросите клиента не придумывать эмоцию, пусть она появится сама. Дайте ему возможность прочувствовать ее.

Теперь попросите клиента сосредоточиться на своих мыслях. Спросите его: «Что вы говорите себе прямо сейчас об А такого, что это приводит вас к эмоции С? Пусть это будут первые возникшие у вас в уме мысли. Если необходимо, прервитесь ненадолго и запишите эти убеждения, затем вернитесь к мысленной концентрации». (На этом этапе вы знакомитесь с поверхностными убеждениями клиента.)

Запомните или запишите его убеждение и задайте вопрос вроде: «И что из того, что?..» или: «Почему это так важно, чтобы?..» Продолжайте задавать один и тот же вопрос, пока не найдете ключевой ответ. Очень важно выслушать ответы клиента и поощрять, пока мысли не возникнут в его воображении. (Полезно записать весь процесс, чтобы облегчить себе анализ ответов.)

У клиентов обычно бывает серия центральных идей. Работая над изменением убеждений, лучше не начинать сразу с самого главного. Центральные идеи слишком отдалены от непосредственно воспринимаемых и обычно не осознаются.

#### Техника «Определение жизненных ориентиров»

**Упражнение «Список критических событий и жизненных ориентиров».** Составьте список из 30 самых критических событий, случившихся в жизни вашего клиента. Выберите не только негативные события, но и другие поворотные точки, которые могут быть и позитивными, и негативными. Включайте в список и те случаи, которые могут не представлять значения для стороннего наблюдателя, но важны для клиента. Вам необходимы три списка: 10 случаев из детского возраста, 10 — из подросткового, 10 — из взрослого.

Разберите события в терминах А и Сэ. Что случилось и что чувствовал клиент?

Когда вы соберете все 30 АС-событий, попытайтесь найти «тогдашние» центральные В для каждого из них. Это не то, что клиент думает об этом сейчас, а его мысли в то время. К каким выводам о себе, о других людях и о мире привело это событие?

Вернитесь к началу списка и проработайте его до конца, обращая внимание на повторение тем или В. Слова для обозначения тем с годами могут меняться. Составьте список подобных убеждений.

**Упражнение «Главный список идей».** В качестве заключительного упражнения соберите убеждения своего клиента и составьте основной список его идей. Этот список должен включать в себя главные В клиента, собранные вами в процессе всей работы. В нем должно быть не менее 30 пунктов, и он должен быть как можно более исчерпывающим.

Каждую мысль пронумеруйте и запишите отдельно. Не беспокойтесь о точных формулировках, вы можете исправить их после. Единственная ошибка, которую вы можете сейчас допустить, — это не включить в список все В своего клиента. Записывайте все: если вы повторитесь, то потом можете вычеркнуть эти мысли.

**Техника «Когнитивные карты».** Составьте из списка основных идей вашего клиента когнитивную карту. Вы можете сделать это, взяв каждую мысль из списка и сопоставив ее со всеми остальными мыслями. Спросите себя и своего клиента: чем похожи эти мысли, в чем их отличия, какая мысль идет сначала, а какая следует за ней? Например, если в списке есть мысли: «Я скверный человек» и: «Мне нужно быть совершенным», то они определяются как связанные. Попытки стать совершенным могут быть компенсацией чувства неполноценности. Чувство своей неполноценности может быть результатом неосуществленных перфекционистских стандартов.

Зафиксируйте отношения между мыслями с помощью графика или когнитивной карты.

Через один сеанс просмотрите карту и внесите все предложенные изменения. У людей с разными эмоциональными проблемами разные будут и когнитивные карты.

#### Метод «Жесткие техники опровержения»

##### Техника «Контратака»

**Упражнение 1.** Помогите клиенту найти веские контраргументы для каждой иррациональной мысли. Проверьте, действительно ли он ее опровергает. Например, аргумент: «Невозможно преуспевать во всем» сильнее, чем: «Часто бывает довольно сложно во всем добиваться успеха».

Пусть клиент составит как можно больше контраргументов. Убедитесь, что контраргументы реалистичны и логичны. Когнитивная реструктурирующая терапия не поддерживает мнение о силе позитивного мышления, являющегося самообманом. Вместо этого она подчеркивает силу правдивого, реалистичного мышления и просит клиентов говорить себе не только то, что приятно звучит.

Проинструктируйте клиента постоянно оспаривать иррациональные мысли. Иногда требуются месяцы, чтобы эта техника принесла плоды, и многие клиенты отказываются



от такой траты времени, говоря, что уже опробовали ее и безрезультатно. Выясняя, сколько клиент затратил усилий, терапевт обычно обнаруживает, что тот спорил сам с собой в течение часа или двух. Клиент должен понять, что ему нужно опровергнуть утверждение столько же раз, сколько раз он до этого за него ратовал. Может быть, ему придется по часу в день в течение года или более преодолевать то коренное убеждение, с которым он прожил всю жизнь.

Проверьте, чтобы каждый контраргумент был одной модальности с иррациональной мыслью. Соотнесите визуальные иррациональности с контрвизуализациями, лингвистические ошибки — с лингвистическими поправками, гневные мысли — с сострадательными, пассивные — с активными, проприоцептивную неразумность — с проприоцептивной реальностью и т. д. Когда опровержение относится к одной модальности и тому же логическому типу, что и иррациональная мысль, больше вероятности, что оно будет иметь пробивную силу.

Атакуйте все иррациональные идеи клиента, а не только избранные. Важно привязать опровержение ко всем ошибочным когнициям, вызывающим эмоциональный отклик. Если были упущены главные установки, терапевт может потерпеть неудачу в работе по нейтрализации эмоций.

**Упражнение 2.** Составьте список веских контраргументов.

Помогите клиенту подобрать мощное опровержение. Клиент должен попрактиковаться в технике контратаки в вашем присутствии, имитируя ваше поведение, пока не будет достигнут необходимый уровень напряженности. Постепенно подводите ответы клиента к драматичной, напряженной и энергичной контратаке.

Терапевт может усилить контратаку, поощряя использование клиентом физического выражения эмоций, когда тот постепенно напрягает мышцы. Вначале клиенты проводят контратаку с расслабленными мышцами, затем со слегка напряженными, потом — с сильно сжатыми. Часто физическое и эмоциональное напряжение у клиентов нагнетается параллельно.

Клиенты также могут усилить контратаку, модулируя голос, постепенно повышая тон и увеличивая громкость. Контрутверждение поначалу может произноситься мягко и в нос, затем — нормальным голосом, громко после неглубокого вдоха, очень громко, с легкими, полными воздуха. Как и при физическом выражении эмоции, голос становится аналогом степени разгневанности клиента.

**Техника «Контрутверждения».** Обучите клиента основным принципам тренинга уверенности. Помогите ему стать уверенным наедине с самим собой прежде, чем он начнет практиковать уверенность с другими. Например, вы можете сказать клиенту, критикующему себя за невыгодное вложение денег, что существует четыре различных способа справляться с ошибками. Вы можете быть: пассивным — проигнорируйте свою ошибку и притворитесь, что ничего не произошло. Это невыгодно, потому что вы, скорее всего, будете снова совершать ту же ошибку и не достигнете своих целей.

Агрессивным — атакуйте себя. Вините себя нещадно зато, что были так глупы и растратили деньги. Такой подход вызовет боль, снизит самоуважение и приведет к тому, что вы, вероятно, не воспользуетесь в будущем ни одним шансом выгодно вложить деньги.

Пассивно-агрессивным — вы можете наказать себя косвенно: выпивкой, передеванием или намеренно неадекватным употреблением денег. Это вредно не только потому, что вы не достигнете своих целей, но и потому, что, играя в прятки с самим собой, вы перестанете понимать, какую ошибку совершили.

Ассертивным — будьте честны с собой в том, что вы допустили ошибку. Воспринимайте этот промах как недостаток суждения, а не характера. Уточните природу ошибки. Опишите, что именно вы постараетесь сделать по-другому в будущем.

Эффективными могут быть многие практические техники, но наиболее полезны для развития уверенности в себе ролевые игры и репетиция с аудиозаписью.

**Ролевая игра.** Составьте список типичных конфликтных ситуаций, в которые попадает ваш клиент. Однако, в отличие от стандартного тренинга уверенности, конфликт должен быть не внешний, а внутренний. После этого пусть клиент потренируется в озвучивании четырех различных вариантов внутренней реакции. Попросите его обратить внимание на различные эмоции, которые вызывает каждый из подходов.

**Репетиция с аудиозаписью.** Клиент отрабатывает свои уверенные ответы, записывая их на кассету до тех пор, пока содержание и тон их не будет, на его взгляд, удовлетворительным.

**Техника «Диспут и оспаривание».** Помогите клиенту сосредоточиться на центральной иррациональной мысли, вызывающей вину, страх, гнев или депрессию. Попробуйте найти аргументы против этого убеждения.

Обсудите «катастрофизацию» (например: «Это так ужасно, кошмарно и катастрофично, что...») и требования клиента к себе («Я должен, я обязан, мне надо...»).

В большинстве случаев опровержения не выдаются терапевтом прямо. Вместо этого используются косвенные вопросы, помогающие клиенту найти собственные опровержения.

Поощряйте обсуждение и оспаривание клиентом иррациональных мыслей каждый раз, как они проявляются. Предполагается ежедневная формальная практика. Часто полезно использовать записывающие устройства.

**Техника «Форсированный выбор».** Найдите центральное ошибочное убеждение, которое вызывает наибольшую боль у клиента. Например, клиент может верить, что его или ее цель в жизни — это исполнить воображаемые «должен», «надо» и «обязан».

Опровергните ошибочные убеждения клиента, предоставив как можно больше убедительных противоположных взглядов. Например, что «должен» и «обязан» нигде, кроме человеческого ума, не существуют. Мир такой, какой он есть. И в нем нет ни «должен», ни «надо», ни «обязан».

Разыграйте ситуацию, в которой клиент сталкивается только с двумя выборами: следовать старому восприятию или перейти к новому. Например, предложите ситуацию, в которой два «должен» одинаковой силы противопоставлены друг другу и оба приводят к серьезным негативным последствиям.

Делайте все, что в ваших силах, чтобы помочь клиенту встретиться лицом к лицу с конфликтом. Если вы поддержите его и предложите дорогу к бегству, которая не требует смены убеждений, он воспользуется ею.

На высшей точке конфликта определите, какие перемены необходимы, и мотивируйте клиента их осуществить.

**Метод «Мягкие техники опровержения»**

**Техника «Оспаривание в состоянии релаксации».** Наиболее распространенный тип мягкого опровержения использует релаксационный тренинг. Сначала клиентам даются инструкции по одному или нескольким способам релаксации, а затем применяются техники опровержения. Наиболее существенно в данной технике то, что клиент должен оставаться расслабленным на протяжении всей процедуры.



**Упражнение 1.** Сначала клиент упражняется в одном или нескольких методах релаксации. К ним относятся аутогенная тренировка, применение биологической обратной связи по показателям кожно-гальванической реакции, электромиограммы, частоты сердечных сокращений; чтобы облегчить расслабление, используют белый шум, звуки природы, релаксационную музыку.

Постройте иерархию иррациональных убеждений, которые вызывают тревогу. Расположите их по силе вызываемого страха или по приверженности клиента этим мыслям.

Попросите клиента представить наименее тревожащую мысль из иерархии. Когда представление становится отчетливым, начинайте глубокое мышечное расслабление. Продолжайте эту процедуру до тех пор, пока напряжение клиента не вернется к нулевому уровню, то есть когда мысль больше не вызывает тревоги. После этого перейдите к следующему пункту списка. Например: «Теперь, пожалуйста, представьте следующую мысль в вашей иерархии. Нарисуйте ее в уме так ясно, как только сможете. Если хотите, вообразите какую-нибудь конкретную ситуацию из прошлого, в которой у вас чаще всего появлялась эта мысль. Продолжайте думать об этом, пока мысль не станет совсем отчетливой. Дайте мне при этом сигнал правой рукой... Хорошо, стоп! Теперь расслабьтесь, и расслабляйтесь до тех пор, пока вам снова станет комфортно. Сообщите мне об этом. Теперь повторить, это еще раз, но сцена должна отличаться от той, что использовалась вами ранее».

Двигайтесь по иерархии страхов клиента, пока его тревога относительно всех ее компонентов не сойдет на ноль. Сделайте аудиозапись, чтобы клиент мог упражняться дома.

**Упражнение 2.** Вы можете варьировать технику, применяя не релаксацию, а изменения ответных реакций. Вы можете использовать позитивные физические реакции, ассертивные реакции записи звуков природы, приятные образы, которые помогают данному клиенту. Можно контролировать состояние по показателям сердцебиения, КГР, ЭМГ.

**Упражнение 3.** Вместо релаксации можно использовать связь некоторых образов с иррациональными мыслями. Терапевт помогает клиенту переплести эти образы с иррациональными мыслями так, чтобы эмоциональный заряд образа передался убеждению. Оказались полезными следующие образы: супермен, «зеленый берет», любимые герои и героини, любимые предметы, подсолнух, цветущий лотос, солнце, звезды, луна, религиозные фигуры (Иисус, Будда и др.), мудрый гуру, природные стихии (реки, океаны, горы), визуализация себя в качестве родителя, взрослого, ребенка, какого-либо животного.

В идеале с негативным убеждением сцепляются один или более таких образов. Например, переплетение мысли: «Я должен быть лучше всех» с теми чувствами, которые клиент испытывает по отношению к детям, может вселить идею о том, что ребенок ценен, даже если взрослый сильнее и мудрее его и достиг гораздо большего. Следовательно, превосходство еще не означает того, что ты стоящий человек. Таким же методом образ супермена можно связать с мыслью: «Я хуже других, потому что не умею кататься на велосипеде».

Релаксация — физиологическая реакция, в то время как мысли — явление когнитивное. Таким образом, в технике смешиваются две абсолютно разные перцептивные модальности, что, по всей вероятности, снижает ее эффективность. Лучшая замещающая реакция — та, что относится к той же модальности, что и первоначальный отрицательный условный стимул (визуальная, аудиальная, кинестетическая, сенсорная или эмоциональная). В таком случае данное упражнение эффективнее связывает негативные мысли с позитивными.

**Техника «Антикатастрофизующая практика».** Перечислите ситуации, которые клиент превращает в катастрофы. Запишите прогнозируемый урон для каждой ситуации, описанной выше, по шкале от 0 до 10 отметьте значение того урона, которого клиент ожидает (0 — отсутствие катастрофы, 5 — потери, 10 — ужасающие потери). После дискуссии опровержением преувеличения попросите клиента представить лучший возможный исход для каждой ситуации. Отметьте этот исход на той же шкале от 0 до 10.

Пусть клиент, опираясь на прошлый опыт, решит, что более вероятно — наилучший исход или катастрофа.

Попросите клиента использовать ту же шкалу для предсказания опасности в предстоящей ему ситуации, которой он боится. После того как событие произойдет, клиент может свериться со шкалой и оценить, насколько точно он предсказал степень опасности.

Клиент должен упражняться в антикатастрофизировании регулярно, пока не научится оценивать предполагаемую опасность реалистичнее.

**Метод «Объективные техники опровержения».** Ниже перечислены ключевые принципы, лежащие в основе различных типов объективного опровержения.

Пусть клиент идентифицирует центральные убеждения, которые приводят к негативным эмоциям.

Помогите клиенту разбить каждое утверждение на его основные логические компоненты. Тщательно избегайте субъективных суждений как о самом убеждении, так и о составляющих его частях.

С помощью клиента исследуйте каждое убеждение с позиций индуктивной и дедуктивной логики. Совместно решите, является ли данное убеждение логичным.

Если клиент оценивает суждение как ложное, пусть он запишет все логические доводы для такого опровержения.

Попросите клиента вспоминать все эти опровергающие доводы каждый раз, когда возникает ложное убеждение, пока оно не перестанет повторяться совсем.

**Техника «Альтернативная интерпретация».** Пусть клиент в течение недели делает записи о самых неприятных эмоциях, которые у него за это время возникнут, в одном-двух предложениях отмечая провоцирующее события (ситуацию) и свою первую интерпретацию события (убеждение).

Пусть клиент продолжит это упражнение и на следующей неделе, но теперь попросите его придумать по крайней мере четыре интерпретации для каждого события. Каждая новая интерпретация должна отличаться от предыдущей, но быть не менее правдоподобной.

На очередном сеансе помогите клиенту решить, какая из предложенных им интерпретаций поддерживается наибольшим числом объективных доказательств.

Попросите клиента продолжать поиск альтернативных интерпретаций, временно откладывая первоначальные суждения и принимая решение о корректной оценке только тогда, когда время и расстояние обеспечат необходимую объективность. Продолжайте тренировку по меньшей мере в течение месяца, пока клиент не научится выполнять эту процедуру автоматически.

**Техника «Рациональные убеждения».** Составьте список ситуаций, в которых клиент расстраивается. Это могут быть конкретные ситуации из прошлого и настоящего или типичные ситуации, с которыми клиент чаще всего сталкивается.

Подготовьте рациональные убеждения или самовнушения, которые клиент в этих ситуациях сможет использовать. Эти убеждения должны преувеличивать положительные



либо отрицательные стороны ситуации, но должны основываться на объективном взгляде на происходящее. Потратьте время на то, чтобы найти для ситуации наиболее рациональные интерпретации.

На одной стороне карточки запишите пусковые стимулы к каждой ситуации. На другой ее стороне — полное описание рационального восприятия, которого клиент хочет достичь. В течение как минимум шести недель несколько раз в день клиент должен представлять себя в одной из ситуаций как можно отчетливее. Когда визуализация будет достаточно ясной, клиент должен представить рациональную мысль и также сделать ее отчетливой.

Клиент должен выполнять это упражнение до тех пор, пока он не начнет рефлекторно воспроизводить рациональное убеждение каждый раз, как воображает событие. Если иррациональные мысли внедряются в сознание клиента, он долго медленно старается остановиться и снова воспроизвести рациональное убеждение.

Рациональные убеждения — это необязательно самое полное, но всегда — наиболее реалистичное восприятие ситуации; в большинстве случаев терапевту нужно тщательно исследовать ситуацию, чтобы определить самую разумную точку зрения.

**Техника «Утилитарные доводы».** Подготовьте список иррациональных мыслей клиента. Составьте список ситуаций, в которых обычно возникают эти мысли. Вместе с клиентом проработайте все ситуации, двигаясь вверх по иерархии и меняя невыгодные мысли на полезные.

Помогите клиенту выбрать конкретную поведенческую цель, которую он должен достичь в каждой ситуации. Пусть он спросит себя: «Чего я хочу сейчас добиться?» Целью может быть ассертивный ответ на несправедливую критику, открытое признание ошибки и т. д.

Пусть клиент спрашивает себя относительно каждой мысли: «Способствует эта мысль достижению цели или нет?» Помогите клиенту найти утверждения, наиболее полезные для достижения его целей, независимо от того, является мысль правдивой или нет. Попросите клиента менять непрактичное убеждение на прагматичное при каждой возможности.

**Техника «Деперсонализация Я».** Составьте список из 20 неприятных событий, которые произошли с вашим клиентом за последние несколько месяцев или недель. Запишите убеждения клиента, которые, по его мнению, послужили внутренними причинами этих событий.

Научите клиента искать причины событий во внешней среде. Используйте научный метод: отыщите стимулы, подкрепление, операнты или сопутствующие элементы среды, которые послужили пусковыми механизмами негативных событий. Переделайте все внутренние причины во внешние.

Если причин много, примените принцип Оккама: самое простое объяснение должно рассматриваться в первую очередь, как наиболее вероятное.

Пусть клиент практикуется в определении внешних и внутренних причин тех событий, которые происходят с ним в течение дня. Учите его смотреть на себя и на другого как объект, подверженный влиянию окружающей среды.

Как только клиент научится не брать на себя ответственность за внешние влияния, расскажите ему про различные методы решения проблем, которые можно использовать для преобразования среды.

#### **Метод «Ресинтез прошлого»**

**Техника «Ресинтез критических жизненных событий».** Вместе с клиентом составьте и проанализируйте список критических событий его жизни. В списке не должно быть

обобщений, в него следует включать только конкретные события, связанные с симптоматикой клиента. Вы должны удостовериться, что убеждения, которые сформировались в результате каждого из травмирующих событий, остаются причиной проблем в настоящем.

Обсудите с клиентом, как изменились его эмоции и поведение из-за сформированных во время критического события убеждений. Помогите клиенту переинтерпретировать старые события, прибегнув к новым, более полезным убеждениям. Попросите его воспользоваться преимуществом отдаленности события во времени и пространстве и тщательно проанализировать, чтобы при помощи зрелых рассуждений можно было исправить прошлое ошибочное восприятие.

Пересмотрите все основные критические события, выявите каждое ошибочное убеждение и попросите клиента вообразить, что он исправляет ситуацию прошлого — думает и ведет себя в ней в соответствии с нынешними убеждениями.

**Техника «Ресинтез жизненных ориентиров».** Используйте составленные вами когнитивные карты, но сделайте их «историческими». Проследите истоки каждой мысли клиента: как она трансформировалась в убеждения и как представления менялись на разных стадиях жизни.

Какие еще мысли, эмоции, поступки или внешние стимулы стали ассоциироваться с данным убеждением после его формирования? Как неверная интерпретация распространилась из одной сферы жизни клиента на другие?

Попросите клиента представить себе, какой была бы его жизнь, если бы у него было другое восприятие. Попросите его вообразить, как бы он себя вел, не будь у него неверных жизненных ориентиров.

#### **Техника «Ресинтез ранних воспоминаний»**

**Упражнение 1. «Исправление прошлого».** Попросите клиента представить себе нынешнюю ситуацию, в которой он испытывает сильные эмоции. Помогите клиенту использовать все ощущения, чтобы живо вообразить эту ситуацию. Когда сцена будет отчетливой, попросите его сфокусировать внимание на своем центральном убеждении, гештальте, ориентире.

Клиент должен сконцентрироваться на исходной ситуации, где возникла эта эмоция, сосредоточиться на первом или самом раннем воспоминании, в котором сформировалось деструктивное убеждение. Попросите клиента снова представить сцену и ясно ее визуализировать. Чтобы это было легче выполнить, он может произнести ложное убеждение голосом ребенка или подростка.

Спросите клиента: «Какие ошибки содержит ваша интерпретация события? Что способствовало неверному восприятию? Что неправдоподобного вы говорили себе? Почему ваша интерпретация была ошибочной? Кто или что навело вас на ложную интерпретацию?»

Обсудите с клиентом тот факт, что он оценивает нынешнюю ситуацию так же неверно, как неверно он оценивал прошлую.

Скорректируйте раннее ошибочное убеждение. Попросите клиента представить, как он переделывает ситуацию, придерживаясь полезных реалистических убеждений вместо того, во что он верил изначально. Попросите его представить, как он ведет и чувствует себя по-другому, опираясь на другой образ мышления.

Наконец, попросите клиента по-другому представить себе затруднения в настоящем. Исправьте ошибочное убеждение в настоящем точно так же, как было исправлено прошлое.

**Упражнение 2. «Рабочий бланк для ресинтеза».** Этот бланк может пригодиться вам в работе над ресинтезом.



Ситуация в настоящем

Эмоциональная реакция относительно теперешней ситуации

Раннее воспоминание (предшествовавшие события)

Эмоциональная реакция

Ошибочное раннее убеждение

Исправленное раннее убеждение

Исправленное теперешнее убеждение

Используйте основной список убеждений клиента и попросите его связать убеждения с ситуациями, в которых они проявляются. Каждую из таких ситуаций нужно записать в строке «Ситуация в настоящем» рабочего бланка. Убеждения, связанные с каждой ситуацией, должны быть перечислены в строке «Теперешнее убеждение».

Займитесь поисками критического переживания клиента до или во время раннего подросткового периода. Во-первых, идентифицируйте события. Самые ранние события ваши клиенты могут помнить лишь смутно, но даже если имеются только фрагментарные ощущения и впечатления, попросите клиента как можно ярче их визуализировать. Зафиксируйте их на рабочем бланке.

Сформулируйте одним предложением ошибочное убеждение, которое явилось результатом каждого из этих событий. Занесите эти предложения в рабочий бланк.

После детального обсуждения с клиентом скорректируйте каждую из ранних мыслей. Запишите эту информацию в рабочий бланк. Прежние ошибочные интерпретации ранних событий должны быть вычеркнуты, когда клиент найдет им правильное истолкование. Замените все прежние ошибочные когниции, связанные с событиями.

Как только прежние иррациональности были скорректированы, помогите клиенту исправить иррациональный образ мышления на текущий момент.

Попросите клиента регулярно использовать рабочий бланк — находить ошибочные убеждения, идентифицировать их первоисточник, корректировать прежнюю неверную интерпретацию и затем принимать более функциональное убеждение в качестве основы своего поведения в настоящем.

**Техника «Ресинтез семейных убеждений».** Нарисуйте схему, изображающую основных членов семьи клиента. Перечислите их имена и возраст и отразите при помощи или числа стрелок значимость их для клиента. Проверьте, включили ли вы в схему всех значимых членов семьи.

Перечислите основные убеждения, принципы, ценности и установки, которых придерживаются обозначенные на схеме люди. Посмотрите, нет ли убеждений, которые разделяют большинство членов семьи. Можете ли вы свести эти принципы к нескольким центральным убеждениям?

Как семья сформировала эти центральные убеждения? Как поощряла своих членов и исполнение этих принципов и как наказывала за несогласие?

Опишите, в каких поступках семья вашего клиента отличается от других семей из-за своих убеждений. Сравните семейные убеждения с теми, что перечислены в основном списке убеждений самого клиента. Какие из них сопоставимы? Зависимы ли они, схожи, противоположны или синергичны?

**Техника «Выживание и убеждения».** Пересмотрите основной список убеждений клиента. Помогите ему понять, помогают ли эти мысли решать насущные проблемы и, напротив, мешают.

Если убеждение не помогает, помогите клиенту спланировать стратегию его изменения. Если когда-то убеждение было полезным, а в настоящее время — нет, помогите клиенту осознать перемену.

## Приложение 15. МЕТОДЫ И ТЕХНИКИ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ<sup>145</sup>

**Техника «Исполнение желаний».** Просим клиента представить: в какой ситуации, в каком месте ему бы хотелось бы сейчас оказаться, где бы он чувствовал себя наполненным силой. Крайне важно правильно сфокусировать ситуацию и добиться представления действительно ресурсной ситуации. В случае затруднения можно использовать помощь группы и / или самому вносить какие-то предложения.

Подробно расспрашиваем про ситуацию, выясняя то, как ее видит клиент: «Что вокруг тебя? Кто рядом с тобой? Что ты видишь, слышишь? Какие запахи?» и т. д. Наша задача — выяснить, какие фигуры, персонажи живой и неживой природы, реальные и символические необходимы для создания ситуации.

Клиент распределяет роли и осуществляет расстановку фигур в пространстве. Одновременно с «постановкой» персонажа клиент «озвучивает» его послание, обращенное к своему дублю, через обмен ролями.

Когда все готово, мы вводим клиента в сцену на свою роль и просим каждого персонажа произнести свое послание. При этом персонажи говорят в том порядке, в каком их поставили на сцене.

Спрашиваем у клиента: «Чей голос ты хотел бы услышать еще раз, может быть не один раз?» Просим соответствующих персонажей повторить сообщение столько раз, сколько будет нужно клиенту. Здесь очень важно следить за невербальными проявлениями. Иногда клиенты останавливаются из «ложной скромности» или некоего рационального убеждения, что «уже хватит». Если это действительно так, то мы обязательно должны наблюдать соответствующие невербальные проявления — глубокий, облегченный вдох, распрямление плеч и пр. Когда этого нет, возможно, мы сталкиваемся с рационализацией, и следует ненавязчиво предложить клиенту продолжить.

«Хор». Все персонажи одновременно повторяют свои послания столько времени, сколько это будет нужно клиенту.

Возможно предложение по завершению постановки сцены. Один из вариантов — сделать со стороны «фотографию», к образу которой можно обращаться в последующей работе. Тем самым можно «заякорить» позитивное переживание.

В завершение — рассказ клиента о своих чувствах и ощущениях. Эту технику (как и все последующие) можно проводить и в индивидуальной работе. Тогда в качестве вспомогательных лиц используются предметы или игрушки, именно они расставляются в пространстве, а все роли играет психолог. Единственное отличие в последнем этапе «хора» — сообщения произносятся не одновременно (это технически

<sup>145</sup> Ассаджиджили Р. Психосинтез: Принципы и техники : [пер. с англ.]. М. : Психотерапия, 2008. 384 с.; Рейнхольд Дж. Это в ваших силах. Как стать собственным психотерапевтом / [пер. с англ.]. М. : Прогресс, 1992. 240 с.



невозможно). Для создания «хорового» эффекта психолог произносит сообщения одно за другим, как можно быстрее меняя роли.

**Техника «Источник сил».** Вначале мы проводим фокусировку через такое обращение к клиенту: «Вы пережили тяжелые события. Но все-таки вы выжили — ведь я вас вижу перед собой. Значит, есть то, что помогло вам выжить».

Возможно, вы сейчас и не представляете, откуда эти силы, возможно, вы и не чувствуете их. Но это не важно. Они у вас есть.

Сейчас я хочу предложить почувствовать эти силы, вступить с ними в союз. Согласны?..

Представьте себе свою жизнь в течение последнего времени как тяжелую дорогу в горах. Это изматывающий путь то вверх, то вниз.

И на этом пути вам встречается источник. Вы пьете из него, и он, как любой горный источник, дает вам силы. Вы чувствуете, как вода, проникая в вас, приносит энергию. Она дает вам способность двигаться дальше.

Она проникает в мышцы (руки и ноги) и дает вам силы двигаться и делать то, что нужно. Она проникает в голову и дает вам силы управлять своей жизнью. Она проникает в сердце и дает вам силы чувствовать то, что происходит вокруг».

Далее мы предлагаем клиенту поставить эту сцену. Сначала мы просим описать этот источник — что его окружает. Распределяем роли предметов живой и неживой природы, необходимых для постановки сцены. Отдельно (в самом начале) клиент раздает три фиксированные роли воды: вода, проникающая в мышцы, вода, дающая силы управлять жизнью, и вода, которая дает силы чувствовать.

Клиент расставляет персонажей, последовательно озвучивает их через обмен ролями (сообщения к дублю) и организует сценическое пространство.

Начинаем разыгрывать сцену в динамическом ключе, то есть все начинается с подхода к источнику. При этом психолог спрашивает клиента о состоянии (физическом, мыслях и чувствах).

Клиент подходит к источнику и символически «пьет» из него. При этом три фигуры — ипостаси воды говорят свои сообщения о том, что они дают клиенту.

Остальные персонажи по очереди озвучивают свое сообщение.

Повторение сообщений, которые клиент хочет послушать еще раз (подробнее см. предыдущую технику).

«Хор». Все персонажи одновременно повторяют свои послания столько времени, сколько это будет нужно клиенту.

Клиент продолжает путь дальше. При этом психолог опять спрашивает клиента о состоянии (физическом, мыслях и чувствах) и фиксирует изменения.

Выход из сцены. В завершение — рассказ клиента о своих чувствах и ощущениях. Возможна модификация, несколько упрощающая проведение данной техники.

После того как мы предлагаем клиенту почувствовать силы, а он соглашается, мы говорим: «Эта сила есть где-то внутри вас. Почувствуйте, где внутри, в своем теле вы ощущаете ее сосредоточение. Попробуйте представить, на что она похожа, ее размер, плотность и пр. Поговорите с ней... Попросите у нее талисман, с помощью которого вы могли бы напрямую обращаться к ней. Поблагодарите ее».

Далее, как и в основном варианте, возможна постановка-драматизация того, что представлял клиент, для усиления и закрепления результата.

**Техника «Убежище».** Вначале мы предлагаем клиенту направленную визуализацию со следующей инструкцией: «Вы мысленно создаете себе убежище — спокойное

и комфортное место, где вас никто не потревожит и не побеспокоит, и мысленно находитесь в нем некоторое время.

Это может быть что угодно: комната, хижина в горах, шалаш в лесу, берег моря, другая планета. Единственное условие — чтобы вы там сейчас чувствовали себя спокойно, комфортно, в безопасности.

Представили такое место? ...Вы можете побыть там, позволяя себе полностью ощутить приятные чувства уверенности, покоя, комфорта. В этом состоянии может измениться ощущение времени: несколько мгновений могут растянуться и стать несколькими часами — временем, достаточным, чтобы можно было успокоиться, отдохнуть, набраться сил.

Когда вы почувствуете себя успокоившимся и отдохнувшим, вы можете выйти из своего убежища и вернуться в реальный мир — для этого достаточно глубоко вдохнуть и открыть глаза».

Уже сама визуализация эффективно снимает напряжение и способствует улучшению состояния.

Далее мы предлагаем клиенту построить убежище здесь и сейчас. Для этого мы подробно расспрашиваем его о том, как выглядит безопасное место, какие у него необходимые атрибуты. После этого мы выделяем необходимые для постановки сцены фигуры живой и неживой природы.

Клиент распределяет роли и осуществляет расстановку фигур в пространстве. Одновременно с «постановкой» персонажа клиент «озвучивает» его послание, обращенное к своему дублю, через обмен ролями.

Когда все готово, мы вводим клиента в сцену на свою роль и просим каждого персонажа произнести свое послание. При этом персонажи говорят в порядке их постановки в сцене.

Спрашиваем у клиента: «Чей голос ты хотел бы услышать еще раз, может быть не один раз?»

Просим соответствующих персонажей повторить сообщение столько раз, сколько будет нужно клиенту (подробнее см. соответствующий момент в технике «Исполнение желаний»).

«Хор». Все персонажи одновременно повторяют свои послания столько времени, сколько это будет нужно клиенту.

В завершение — рассказ клиента о своих чувствах и ощущениях.

## Приложение 16. МЕТОДЫ И ТЕХНИКИ АРТ-ТЕРАПИИ В РАБОТЕ С ПТСР<sup>146</sup>

Курс занятий в группе рассчитан на 1 месяц. Сессии должны проводиться ежедневно, по возможности с минимальным количеством выходных; продолжительность одного занятия 1,5–2 часа.

<sup>146</sup> Нелекарственные методы реабилитации больных с пограничными психическими расстройствами: сборник научных трудов / под ред. д-ра мед. наук, профессора В. А. Тихоненко. М.: ГНЦ ССП им. В. П. Сергеевского, 2005. 190 с.



**Сессия 1.** Рисование мандал. Клиентов просят нарисовать круг величиной с голову и выполнить в нем рисунок начиная с центра. При желании можно выйти за границы круга. Интерпретировать работы следует в соответствии с рекомендациями А. И. Копытина<sup>147</sup>.

**Сессия 2.** Фотоколлаж на свободную тему.

**Сессия 3.** Направленная визуализация в сочетании с изобразительной деятельностью.

**Сессии 4–5.** Теоретическое объяснение психологии форм и цвета. Парное интервьюирование. Участники группы самостоятельно анализируют созданные рисунки, используя полученные знания и технику прояснения. Рисование автопортрета.

**Сессии 6–7.** Неструктурированная групповая работа с предварительным выбором темы самими участниками. Участники путем обсуждения выбирают тему и работают на общем пространстве склеенных между собой 4–6 листов ватмана размером А1.

**Сессия 8.** Техника психосоматического исследования «Джорноллинг». Данная техника состоит из нескольких этапов. На этапе медитативной настройки и направленной визуализации клиентов просят сесть, принять удобные для себя позы и, следуя за инструкциями ведущего, совершить «путешествие» по собственному телу. Возникающие ощущения (позитивные либо негативные) в различных участках тела по возможности должны ассоциироваться с визуальными образами. В итоге предлагается «почувствовать все тело сразу» и кумулировать полученные ощущения в целостный визуальный образ. Зарисовку образа делают левой рукой.

**Сессия 9.** Строевание психического аппарата, по представлению К. Г. Юнга. Упражнение «Маска». Участники изготавливают себе маски, затем, надев их, представляются группе. Далее контактируют друг с другом, при желании обмениваясь масками.

**Сессии 10–11.** Составление индивидуальной ролевой карты. Драматическая структура сознания. Создание предметной композиции.

**Сессия 12.** Техника «Драматическая арена».

1. Группа делится на две части (произвольно или по определенному признаку).
2. Выбирается тема, предполагающая противопоставление двух взглядов или начал.
3. Подгруппы тянут жребий или иным образом определяют, кто какую роль исполняет. Им предстоит затем выразить доставшееся качество или начало на общем большом листе бумаги, утверждая свой приоритет.
4. Подгруппы расходятся в разные места и обсуждают, как они собираются реализовать свои роли. Затем подгруппы выбирают себе материалы, создают на отдельных листах бумаги образы, соответствующие определенному началу или качеству, и вырезают их.
5. Подгруппы сходятся и начинают располагать созданные образы на общем большом листе бумаги (лежащем на столе или полу либо прикрепленном к стене). Могут быть опробованы разные варианты расположения образов, до тех пор, пока подгруппы не придут к ощущению завершенности композиции.

6. В финале происходит обсуждение хода работы и ее результатов. Вот примеры вопросов: «Удалось ли создать целостную композицию? Сопровождалась ли работа положительными или отрицательными эмоциями? Удалось ли членам группы действовать сообща? Каким мог бы быть результат работы при ином поведении участников?»

**Сессии 13–14.** Изготовление глиняных миниатюр. Игровая юнгианская песочная терапия.

**Сессия 15.** Работа с монотипиями. На стекло формата 15х15 см наносят гуашь и воду в произвольной манере, затем делают отпечаток на белом либо цветном листе. Полученные образы используются для дальнейшей работы.

<sup>147</sup> Диагностика в арт-терапии. Метод «Мандала» / под ред. А. И. Копытина. СПб.: Речь, 2005. 141 с.

**Сессия 16.** Парная неструктурированная работа на общем пространстве. Клиенты молча рисуют на одном листе без предварительного выбора темы.

**Сессия 17.** Работа с театральным гримом. Клиенты с помощью грима отражают на лице свой культурный опыт.

**Сессии 18–19.** Упражнение «Метафора терминации». Клиенты совместно с ведущим обсуждают и разрабатывают оригинальный сценарий завершающего ритуала, отвечающий уникальному характеру психотерапевтического процесса.

Исследуя арт-терапевтический процесс, необходимо отметить, что групповая динамика должна быть выражена в достаточной степени, интерпретации психотерапевта по возможности должны носить аналитический характер. Позицию ведущего по время творческого процесса можно назвать как «позиция активного невмешательства».

## Приложение 17.

### МЕТОДЫ И ТЕХНИКИ ГЕШТАЛТ-ТЕРАПИИ<sup>148</sup>

**Техника «Работа с переживанием горя».** Горе — универсальное переживание утраты, связанное со смертью или уходом близких, разводом, потерей работы, материальных ценностей и другими жизненными потерями. Горе — сложный процесс, включающий в себя такие эмоции, как печаль, скорбь, вину, любовь, злость, страх и одиночество. Горе терапевтично, поскольку в процессе работы душевная боль уходит и человек находит ресурсы для восстановления.

Работа с горем опирается на положение о том, что наличие невыраженных чувств препятствует истинному существованию человека в настоящем, в ситуации «здесь и сейчас». Поэтому процесс переживания невыраженного опыта очень важен. Одним из путей достижения этого — выражение клиентом в фантазии / диалоге своих чувств ушедшему человеку. В работе с горем используется техника «горячего стула», когда клиенту предлагается представить покинувшего его человека сидящим перед ним на стуле и выразить те чувства, которые не были выражены в реальной жизни.

Другой путь, помогающий клиенту соприкоснуться с собственными чувствами, — использование фотографии или памятной вещи в целях диалога с ушедшим. Эти предметы помещаются напротив клиента, и ему предлагается выразить то, что он испытывает, когда представляет умершего. Чтобы облегчить эксперимент, терапевт может задавать клиенту следующие вопросы: «Что вы хотите взять с собой от этого человека и что вы хотите похоронить?», «Какую часть отношений вы хотите унести с собой и что хотите оставить?», «Что вы хотите от этого человека?», «Какие у вас любимые воспоминания об этом человеке?». Когда клиент завершает свое переживание, психотерапевт может спросить, чувствует ли он себя готовым попрощаться. Это важный момент для завершения работы с клиентом.

**Техника «Фантазия»** широко используется для исследования неизвестного или опробования нового поведения в безопасном окружении. Путешествия по телу, по местам, где никогда не был, разговоры с людьми, которых никогда не встречал, — типичный пример экспериментов такого рода. Фантазии также используются, когда клиенту

<sup>148</sup> Нелекарственные методы реабилитации больных с пограничными психическими расстройствами: сборник научных трудов / под ред. д-ра мед. наук, профессора В. А. Тихоненко. М.: ГНЦ ССП им. В. П. Сергеева, 2005. 190 с.



необходимо опробовать новое поведение в будущих ситуациях или поучить хотя бы опыт возможности осуществления такого поведения.

**Техника «Работа со сном (сновидениями)».** В гештальт-подходе элементы сновидения рассматриваются как части Я человека. Эти части представляют собой элементы личности, которые находятся в конфликте. Ф. Перлз открыл, что полярности над- и под-сознания спонтанно появляются, когда человек вновь взаимодействует со своим сном (сновидениями) в технике диалога. Во сне вскрывается один из важных «тупиков», который больной неврозом стремится разрешить. Следование ему — кратчайший путь работы со сном в гештальт-подходе.

Происходит она следующим образом. Клиенту предлагается рассказать сон от первого лица в настоящем времени, представляя, что действие сна происходит «здесь и сейчас». Проигрывается выбранный отрывок сна. В ходе проигрывания клиент идентифицируется с каждым действующим лицом или элементом / вещью сна. Главные действующие лица действуют, сталкиваются и разговаривают друг с другом под руководством терапевта до тех пор, пока их роли не станут понятными клиенту и пока не будет достигнуто некоторое разрешение или интеграция. С этой целью клиенту предлагается придумать окончание сна и разыграть его.

На протяжении всей работы используются следующие техники: клиента поощряют повторять важные фразы; физически выражать чувства, возникающие во сне; осуществляется углубление эксперимента.

**Техника «Возвращение отторгнутых частей себя».** Некоторые эксперименты направлены на возвращение чувств, характеристик или способностей, которые оценивались взрослыми как «плохие». Когда ребенок выражал себя подобным образом, он не был принят своими родителями. Эксперимент проводится следующим образом: клиент встречается лицом к лицу со своей, не дающей поддержки и принятия, семьей, самим собой или другими лицами и заявляет о непринятой части себя, вне зависимости от реакции окружающих. Результатом — достижением возможности предъявления всех частей себя — становится чувство целостности.

**Техника «Работа с телом».** Работа с телом является, по сути дела, глобальной философией гештальт-терапии. Рассматривая разум и тело как целостное и не способное существовать одно без другого, гештальт-терапия обладает более эффективным способом терапии, чем при воздействии на «разум» вне зависимости от «тела».

Базовая теория работы с телом придерживается идеи о том, что энергия течет по телу в вертикальном направлении. Когда этой энергии не позволено течь свободно, клиент чувствует себя незаземленным, несвязанным, ощущает потерю энергии и оказывается не очень эффективным в своей повседневной жизни. Одни из наиболее частых причин блокирования энергии — это стрессы, эмоциональные травмы и незавершенные ситуации. Пациенты обычно не осознают свои энергетические блоки и иногда даже специально создают их, чтобы не переживать тяжелых чувств в сложной ситуации.

Работа с телом в гештальт-терапии преследует две цели. Первая — это реинтеграция частей тела (разум рассматривается как часть тела); вторая — высвобождение эмоций, заключенных в теле. Реализация этих целей происходит посредством техник дыхания, различных упражнений и экспериментов, помогающих клиенту познать свое тело, свои скрытые чувства и эмоции.

**Техника «Интеграция полярностей»**

**Упражнение «Разыгрывание ролей».** Участники группы по предложению терапевта по очереди проигрывают свои внутриличностные конфликты, которые ими до конца не

осознаются, но очевидны для окружающих. Например, если участник, не замечая этого, излишне часто извиняется, говорит тихим голосом, смущается, то ему можно предложить сыграть роль застенчивого, робкого молодого человека. При этом его просят несколько утрировать именно те черты характера, которые у него особенно выражены.

Если участник осознает свое поведение и желает от него избавиться, ему можно поручить сыграть роль человека с противоположными чертами характера, например Хлестакова или Начальника, который разговаривает с подчиненными только в тоне приказания и нравоучений.

Для разыгрывания роли каждому участнику дается по 5–10 минут. Остальное время нужно оставить для обмена впечатлениями.

**Упражнение «Борьба противоположностей».** Психотерапевт определяет тему дискуссии, затем одному из участников поручает роль Нападающего, другому — Защищающегося.

Участники садятся лицом друг к другу и начинают дискуссию. Каждый из участников должен твердо придерживаться своей роли. Нападающий должен критиковать партнера, ругать его, поучать, говорить твердым авторитарным голосом. Защищающийся — извиняться, оправдываться, объяснять, почему у него не получается все то, что требует от него Нападающий.

Дискуссия длится 10 минут. После этого партнеры меняются ролями. Каждому участнику диалога нужно как можно полнее и глубже осознать чувство власти, агрессию Нападающего и чувство робости, унижения, незащищенности Защищающегося.

Сравните сыгранные вами роли с вашим поведением в реальной жизни. Обсудите полученный опыт вместе с группой.

**Упражнение «Антикварный магазин».** Сядьте на стул, закройте глаза, расслабьтесь. Представьте себе, что вы находитесь в магазине, где продают антикварные вещи. Мысленно выберите себе любой предмет и вообразите себя этим предметом.

Рассказывайте от имени этого предмета о себе: как вы себя чувствуете; почему оказались в магазине; кто и где ваш прежний хозяин и т. д. Откройте глаза и поделитесь своими ощущениями с группой.

Точно так же можно идентифицироваться с цветком, деревом, животным, вообразив себя в соответствующих условиях. Не стесняйтесь своих ощущений. Старайтесь, чтобы у вас не осталось незавершенных переживаний.

**Упражнение «Два стула».** Нередко человек ощущает некоторую двойственность, расщепление противоположностями, чувствует себя в конфликте этих противоположностей, противостоящих сил. Вам предлагается сыграть диалог между этими сторонами. С каждой сменой роли вы будете менять стулья: «дружелюбное Я» и «раздраженное Я».

Исполняемая роль может быть ролью человека, каков он сейчас; ролью ребенка, матери, отца, супруги или начальника. Роль может быть физическим симптомом — язвой, головной болью, болью в пояснице, сильным сердцебиением. Она может быть предметом, встретившимся во сне, например частью мебели, животным и т. д.

**Упражнение «Работа с именем».** Ощущение идентичности развивается под влиянием окружения. Это реакция на воздействия и влияния, адресованные человеку. Даже имя или имена, которые записаны в документах, влияют на судьбу. Они отражают родительские ожидания, направленные на ребенка, культурный и исторический фон, часто историю рода или историю страны. Кроме официального имени, человек несет детские имена, клички и прозвища — те, которыми его называли в детстве родственники и родители, как его называют сейчас близкие люди или враги.



Предлагается несколько вариантов упражнений, которые могут активизировать чувства, связанные с именем, и ассоциированные с именем отношения в семье детства.

Разные упражнения, выделяя разные фигуры, позволяют фокусироваться на разнообразных аспектах одной большой темы. Нет смысла делать их подряд, но стоит выбрать подходящие для данной сессии.

Вспомните имена и прозвища, которыми вас называли в детстве. Кто дал вам эти имена, в каких обстоятельствах вас называли тем или иным именем? Кто называл? Какие чувства вы испытываете сейчас, когда думаете об этих именах?

Выберите наиболее яркие детские имена. Какие чувства они вызывали? Соединитесь с проекцией. Поэкспериментируйте прямо сейчас. Какие чувства выражало это имя? Как к вам относились те, кто давал это имя или прозвище? Проиграйте сценки с вашим партнером.

Какие у вас прозвища или ласкательные имена сейчас? Откуда они взялись? Какие области жизни они затрагивают? Есть ли у вас разные имена дома и на работе? Если да, с чем это связано?

Вспомните ваши имена (определения, характеристики) в разные периоды жизни. Как они влияли или влияют на ваше представление о себе сейчас?

Представьте в кругу тремя разными именами, сопровождая каждое соответствующей интонацией и пантомимой.

Вспомните отношение к своему имени в разные периоды жизни. Как оно менялось? Гордились ли вы им, любили ли свое имя — или были периоды негативного отношения?

Какие у вас сейчас варианты имен? В каких ситуациях вас так называют, когда вы таким образом представляетесь, кому, где? Какие чувства у вас ассоциируются с этими именами? Какие отношения с называющими вас так людьми?

Были ли случаи, когда вас называли именем, не соответствующим вашему полу или насмешливым?

Как выбирали ваше имя родители? В честь кого? Их ожидания — что вы об этом знаете?

Какое символическое значение вашего имени, что оно значит в переводе, что оно значило для вас в разные периоды жизни?

Как вы себя чувствуете с вашим именем среди других? Как относитесь к тем, у кого такие же имена: чувствуете ли вы себя хорошо или у вас возникают негативные чувства, когда есть еще люди с таким же именем? Если ваше имя уникальное — как вам среди тех, кто носит обыкновенное имя?

Если бы вы выбрали себе имя заново — какое бы вы выбрали имя и почему, что оно могло бы символизировать? Какие есть доводы для сохранения старого имени? Какие резоны для выбора нового?

Осознайте, как вы представляетесь — например, в данной группе; как вас называют — так, как вы представились, или иначе. Как вы на это реагируете? Как вы предпочитаете, чтобы вас называли, кто и когда? Какие варианты своего имени вы не любите?

(Для замужних.) Как повлияла на вашу идентичность смена или оставление девичьей фамилии после свадьбы, в случаях развода или вдовства? То, чью фамилию носите и почему, — что это значит для вас? Если ваша фамилия отличается от фамилии мужа, то как на это реагируют люди?

### Техника «Преодоление сопротивления»

Метод «Превращение слияния в контакт»

**Упражнение 1.** Отметьте некоторые свои привычки: как вы одеваетесь, как чистите зубы, как открываете или закрываете дверь, как печете пирог. Если привычки кажутся не самыми эффективными или новый образ действий не хуже, а кроме того, принесет разнообразие, попробуйте изменить старые привычки. Что произойдет? Получите ли вы удовольствие, учась делать что-то по-новому? Или вы встретитесь с сильными сопротивлениями? Не опрокинет ли изменение одной какой-нибудь частности всю схему вашего заведенного порядка? Что происходит, когда вы наблюдаете, как кто-то выполняет работу, похожую на вашу? Не раздражают ли вас отличия, хотя бы небольшие, от того, как делаете это вы сами?

**Упражнение 2.** Проснувшись, прежде чем встать, подумайте о возможности чувствовать или действовать как-то иначе, не так, как обычно. Не принимайте решений, которые необходимо выполнить, просто живо визуализируйте возможные простые и легко выполнимые изменения в вашем обычном расписании.

**Упражнение 3.** Рассмотрите как можно больше своих характерных черт: речь, одежду, поведение в целом и т. д. — и задайте себе вопрос, в подражание кому вы их обрели. Другам? Врагам? Если вы одобряете в себе эту особенность, чувствуете ли вы благодарность к ее источнику?

**Упражнение 4.** Понаблюдайте за своими реакциями на кинофильм или спектакль. Отметьте, насколько, не замечая этого, вы отождествляетесь с героями. С какими именами? Не испытываете ли вы при этом внутреннего сопротивления?

**Упражнение 5.** Вспомните, по отношению к кому вы чувствуете вину или обиду. Если бы те же действия совершил кто-нибудь другой, вызвали ли бы они то же чувство? Теперь вспомните свои отношения с этим человеком в целом. В какой степени вы принимаете как само собой разумеющееся то, что, может быть, он не принимает за само собой разумеющееся? Хотите ли изменить статус-кво?

Тогда, вместо того чтобы мучить себя чувствами вины или обиды поищите пути расширения области контакта.

Метод «Работа с ретрофлексией. Исследование ложно направленного поведения»

**Упражнение 1.** Когда мы употребляем такие выражения, как «Я спрашиваю себя» или «Я говорю себе», что имеется в виду? Эти выражения, которые мы используем на каждом шагу, молчаливо предполагают, что человек как бы разделен на две части, что это как бы два человека, живущие в одном теле и способные разговаривать друг с другом.

Попробуйте действительно понять, что, «спрашивая себя» о чем-то, вы задаете ретрофлексивный вопрос. Вы не знаете ответа, иначе бы вы не задавали вопрос. Кто в вашем окружении знает или должен был бы знать? Если вы можете определить, кто это, можете ли вы почувствовать желание задать свой вопрос не себе, а ему? Что вас удерживает? Застенчивость? Боязнь отказа? Нежелание обнаружить свое невежество?

Когда вы «советуетесь с собой» о чем-то, можете ли вы осознать свои мотивы? Они могут быть разными. Это может быть игра, домогательство, утешение или выповор самому себе. Чем бы это ни было, кого вы подменяете собой?

Рассмотрите угрызания совести. Вы найдете здесь не подлинное чувство вины, а лишь притворство. Обратите упрек к тому, к кому он реально обращен. Кого вы хотите укорить? Кого вы хотите переделать? В ком вы хотите вызвать чувство вины, притворяясь, что испытываете его сами?



Рассмотрите случаи саможаления и самонаказания и попробуйте ответить на следующие вопросы: «Кого вы хотите пожалеть? От кого вы хотели бы получить сочувствие? Кого вы хотите наказать? Кем вы хотели бы быть наказаны?»

**Упражнение 2.** Хотя немногие из нас страдают неврозом навязчивости, но всем нам свойственна известная мера самопринуждения, когда вы пытаетесь заставить себя делать то, чего вы сами не хотите делать, вы работаете против мощного сопротивления. Перспектива достижения цели проясняется, если вместо принуждения вы займетесь выяснением того, какие препятствия стоят на вашем пути.

Обратите ситуацию, в которой вы принуждали бы себя в ситуацию, когда вы принуждаете другого выполнить задание за вас. Будете ли вы манипулировать им с помощью вежливых слов? Или вы будете угрожать, командовать, подкупать, награждать?

С другой стороны, как вы реагируете, когда вас принуждают? Притворяетесь глухим? Даете обещания, которые не собираетесь выполнять? Или вы реагируете чувством вины и выплачиваете долг презрением к себе и отчаянием?

**Упражнение 3.** Еще одна важная ретрофлексия — чувство презрения к самому себе, самоуничижение. Когда отношения человека с самим собой нарушены, все его межличностные отношения тоже нарушены. Человек хронически пребывает в плохих отношениях с собой, если у него сложилась привычка все время оценивать себя и сравнивать свои реальные достижения со своими завышенными идеалами.

В чем вы сомневаетесь относительно себя? Не доверяете себе? За что осуждаете себя?

Можете ли вы обратить эти отношения? Кто этот X, в котором вы сомневаетесь? Кого вы презираете? С кого хотели бы сбить спесь? Не является ли ваше чувство неполноценности скрытым высокомерием? Можете ли вы рассмотреть свое самоуничижение и увидеть в нем ретрофлексированное желание уничтожить некоего X?

**Упражнение 4.** Еще один важный тип ретрофлексии — интроспекция. Это взгляд на самого себя. Наблюдающий раздвоен, отделен от наблюдаемой части, и пока это разделение не «зарастет», человек не почувствует, что возможно самоосознание себя как целостной личности.

Рассмотрите свою интроспекцию. Какова ваша цель? Вы ищете какую-то тайну? Пытаетесь вытащить какое-то воспоминание? Надеетесь (или боитесь) столкнуться с чем-то неожиданным? Не смотрите ли вы на себя пристальным оком сурового родителя, чтобы удостовериться, что вы не наделали недозволенного? Или вы стараетесь найти что-то, что будет действовать теории, — например, той, которая развивает этих страниц? Или, наоборот, вы находите, что таких подтверждений нет? Обратите подобные отношения на окружающих людей. Есть кто-нибудь, чьи «внутренности» вы хотели бы рассмотреть?

Есть ли кто-нибудь, за кем вы хотели бы строго смотреть? Независимо от цели вашего интроспектирования, как вы это делаете? Докапываетесь до чего-то? Или вы похожи на грубого полицейского, который стучит в дверь и требует немедленно ее открыть? Или вы смотрите на себя робко, украдкой, или уставились на себя невидящими глазами? Или вы подтасовываете события, чтобы они соответствовали вашим ожиданиям? Фальсифицируете их путем преувеличения? Или вы выделяете только то, что соответствует вашим ближайшим целям? Короче, обратите внимание, как функционирует ваше Я. Это гораздо важнее, чем конкретное содержание наблюдения.

**Метод «Работа с проекцией. Обнаружение проекций»**

**Упражнение 1.** Страх быть отвергнутым очень важен для всех невротиков, поэтому мы можем начать упражнения с него. Картина отвергнутости — сначала родителями,

а теперь друзьями — создается, обыгрывается и поддерживается невротиком. Хотя это может иметь основания, противоположное также верно — невротик отвергает других за то, что они не живут в соответствии с фантастическим идеалом или стандартом, который он им предписывает. Поскольку он спроецировал свое отвержение на других, он может, не чувствуя никакой ответственности за ситуацию, считать себя пассивным объектом необоснованной вражды, недоброжелательства и даже мести.

Что касается вас — вы чувствуете себя отвергнутым? Кем? Матерью, отцом, сестрой, братом? Таите ли вы на них зло за это? На каких основаниях вы отвергаете их? В чем они не отвечают вашим требованиям?

Вызовите в фантазии кого-нибудь из знакомых. Любите вы его (или ее) или не любите? Любите вы или не любите ту или иную его черту или образ его действия? Визуализируйте его и поговорите с ним вслух. Скажите ему, что вы принимаете в нем то-то и то-то, но не хотите больше терпеть того-то, не выносите, когда он делает то-то и т. д. Повторяйте этот эксперимент много раз. Говорите ли вы неестественно? Неуклюже? Смущенно? Чувствуете ли вы то, что говорите? Не появляется ли тревожность? Чувство вины? Боитесь ли вы, что своей искренностью можете непоправимо испортить отношения? Убедитесь в разнице между фантазией и реальностью: именно эти две вещи проецирующий обычно путает.

Теперь важнейший вопрос: не чувствуете ли вы, что это вы отвергаете — на тех самых основаниях, на которых считаете себя отвергнутым? Вам кажется, что люди смотрят на вас свысока? Если так, можете ли вы вспомнить случаи, когда вы смотрели свысока (или хотели бы так смотреть) на других? Не отвергаете ли вы в себе тех самых черт, за которые, как вы думаете, другие отвергают вас? Тощий, жирный, с кривыми зубами — что еще вы не любите в себе? Полагаете ли вы, что другие так же презирают вас за эти недостатки, как вы сами? С другой стороны, не замечаете ли вы, как вы приписываете другим качества, нежелательные в себе? Обманув кого-то, не говорите ли вы: «Он чуть было не обманул меня!»?

**Упражнение 2.** Рассмотрите свои словесные выражения. Переведите их как с одного языка на другой: все предложения, в которых «оно» или другие безличные слова являются подлежащим, а «я» — второстепенным членом предложения, замените такими, где «я» будет подлежащим. Например: «Мне вспомнилось, что мне назначили встречу» — поменяйте на: «Я вспомнил, что у меня встреча». Ставьте себя в центр предположений, которые вас касаются; например, выражение: «Я должен это сделать» означает: «Я хочу это сделать», или: «Я не хочу этого делать и не буду, но при этом я выдумываю себе оправдания», или: «Я удерживаюсь от чего-то другого». Переделайте также предложения, в которых вы действительно должны быть объектом, в такие, где вы переживаете что-то. Например: «Он ударил меня» в: «Он ударил меня, и я испытал удар»; «Он говорит мне» в: «Он говорит мне нечто, и я слушаю это».

Тщательно рассматривайте содержание этого «оно» в таких выражениях: переведите словесную структуру в визуальную фантазию. Например: «Мысль пришла мне в голову». Как она это сделала? Как она шла и как вошла? Если вы говорите: «У меня болит сердце», испытываете ли вы боль по всякому поводу всем своим сердцем? Если вы говорите: «У меня болит голова», не напрягаете ли вы мускулы таким образом, что создаете головную боль — может быть, даже намеренно?

Вслушайтесь в язык других людей и попробуйте переводить его таким же образом. Это прояснит для вас многое в их отношениях. В то же время вы начнете понимать,



что в жизни, как в искусстве, хотя важно и то, что говорится, еще важнее структура, синтаксис, стиль — они выражают характер и мотивацию.

**Метод «Работа с проекцией. Ассимилирование проекций».** Чтобы растворить иррациональную «совесть», нужно сделать два шага. Во-первых, переведите фразу типа: «Моя совесть или мораль требует...» в: «Я требую от себя...», то есть переведите проекцию в ретрофлексию.

Во-вторых, обратите последнюю в обоих направлениях, то есть в: «Я требую от X» и: «X (например, общество) требует от меня». Нужно отличать действительные требования и ожидания общества как от своих личных требований, так и от своих интроектов. Посмотрите, как вы ведете себя, становясь «совестью». Придираетесь? Ворчите? Угрожаете? Шантажируете? Бросаете горькие, обиженные взгляды? Если вы сосредоточитесь на этих фантазиях, то увидите, сколь многое в «моральном долге» является вашей собственной скрытой атакой, что представляют собой частично интроецированные влияния и какая часть этих требований рациональна.

**Метод «Работа в группе».** Как и в других групповых методиках, после окончания каждого из описанных ниже упражнений тренер просит всех участников сесть в общий круг. Далее проводится обсуждение упражнения, при этом особо выделяются два аспекта: во-первых, процесс выполнения упражнения (как участники его выполняли и что при этом чувствовали), а во-вторых, содержание (то, о чем участники говорили, выполняя данное упражнение). Как и во многих других случаях, процесс важнее содержания, и иногда тренер может принимать решение проводить обсуждение только процесса. Тренер должен помогать группе в поиске способов, которые позволяют соотносить знания, полученные от данного упражнения, с личной или профессиональной жизнью участников. По возможности тренер также участвует в выполнении упражнения.

После обсуждения упражнения всех просят потратить несколько минут на обсуждение своих планов на ближайшее будущее: что они собираются делать на каникулах, в отпуске, на выходных, предстоящие «выходы в свет» и т. д. Такая процедура позволяет участникам немного отстраниться от упражнений и вернуться к своим «нормальным» ролям.

**Упражнение 1. «Я и объект».** Участники разбиваются на пары. Их просят начать перемещаться по комнате и за ее пределами до того момента, пока они не натолкнутся на какой-то крупный объект, например на картину, арку или какую-то другую архитектурную или декоративную деталь. После этого один из членов пары начинает описывать данный объект, говоря от первого лица. Например, человек, остановившийся рядом с картиной, может сказать следующее: «Я большой, имею продолговатую форму. Я преимущественно выкрашен в зеленый цвет и поделен на две части. Моя нижняя половина темнее верхней...» Этот процесс продолжается до тех пор, пока не будет дано достаточно подробное описание объекта. Далее члены пары меняются ролями, находят другой объект, и участник, который только что слушал, сам начинает описывать выбранный объект.

Часто мы приписываем качества, являющиеся на самом деле нашими собственными, другим людям. Например, мы можем заметить, что какой-то человек чересчур разговорчив, в то время как окружающим абсолютно ясно, что в действительности это вы сами чересчур разговорчивы. Данное упражнение позволяет увидеть, что мы можем приписывать объектам собственные качества. По ходу выполнения или последующего обсуждения данного упражнения нередко все участники начинают понимать, что они описывали различные аспекты собственной личности, а не особенности объекта.

Тренер просит всех участников по очереди рассказать о двух вещах, которыми, как они считают, им удалось научиться, выполняя данное упражнение.

Участникам дается пять минут на вопросы, выражение чувств, обращение к другим участникам группы и на проговаривание всего того, что возникло в процессе выполнения.

**Упражнение 2. «Самоописание».** Все участники разбиваются на пары, каждые двое партнеров садятся друг напротив друга. Затем один из пары начинает описывать себя в третьем лице. Описание в третьем лице может быть, например, таким: «Сергей Петров — высокий мужчина, его вес находится практически в идеальном соотношении с ростом. У него светло-коричневые волосы с легкой проседью. Он носит очки и выглядит...» Каждый участник описывает себя в течение пяти минут, затем партнеры меняются ролями.

**Упражнение 3. «Я и не-Я».** Один из вариантов медитативного упражнения. Участники разбиваются на пары, каждые двое партнеров садятся друг напротив друга. Затем один из них начинает описывать себя, говоря о наличии у себя какого-либо качества, а затем заявляя о его отсутствии: «Я испытываю чувство злости — и я не испытываю чувство злости... Я добрый — и я недобрый... Я человек спокойный — и я человек неспокойный...» Он продолжает говорить пять-десять минут, за это время нужно успеть рассказать партнеру о самых разнообразных собственных качествах, обозначая при этом оба полюса. Затем двое меняются ролями.

## Приложение 18.

### МЕТОДЫ И ТЕХНИКИ НЕЙРОЛИНГВИСТИЧЕСКОГО ПРОГРАММИРОВАНИЯ<sup>149</sup>

Здесь и далее приводятся примеры указаний, которые психолог дает клиенту для обучения данной технике. В обращении с клиентом вполне допустимо применять формулировки, пусть и не совпадающие с использованными здесь терминами НЛП, зато более понятные клиенту.

**Техника «Интеграции якорей».** Методика проста, обладает большой терапевтической широтой и позволяет значительно редуцировать невротическую симптоматику уже на начальных этапах работы. Ее применение особенно желательно при фиксации клиента на негативных аспектах своего жизненного опыта.

1. **Определить негативное состояние** (неприятные воспоминания, эмоции, мысли и т. д.).

2. **Обеспечить «доступ» к этому состоянию.** Иначе говоря, клиент должен пережить его в ассоциированном виде или актуализировать негативное состояние. Возможный вариант инструкции: «Вспомните это состояние (событие) так полно, насколько это возможно для вас. Войдите внутрь себя настолько глубоко, насколько вам нужно, чтобы вновь вспомнить и пережить это чувство. И чем более ясно и четко вы вспоминаете, чем более полно вы вновь ощущаете происходящее тогда и переживаете это состояние, тем быстрее и полнее вы навсегда избавитесь от него в конце нашего сеанса. И как

<sup>149</sup> Организация медико-психологической реабилитации военнослужащих внутренних войск МВД России, принимающих участие в выполнении служебно-боевых задач: методическое пособие / под ред. Ю. В. Сабанина; ГК ВВ МВД России ВМУ. М., 2003. 75 с.



только вы вновь начнете испытывать это неприятное состояние — кивните мне, поднимите указательный палец или подайте какой-либо другой знак».

3. *Дождаться выраженного эмоционального реагирования*, определяемого по изменению дыхания, цвета кожи, мимики.

4. *Ввести добавочный стимул в момент наиболее интенсивной реакции*, или, говоря языком НЛП, «поставить якорь».

Общие принципы постановки якоря: наиболее действенно использование кинестетических якорей; самое простое и распространенное — прикосновение к колену или руке клиента. Чем необычнее устанавливаемый якорь, тем он лучше запоминается и более эффективен; якорь вы должны полностью воспроизвести в дальнейшем. Это касается не только места якорения, но и интенсивности, силы прикосновения; длительность якорения определяется индивидуально, однако в среднем от 10 с до 1 мин, в зависимости от интенсивности переживаемой реакции.

5. *Выход из негативного состояния*. Необходимо тщательно проконтролировать, чтобы клиент полностью вышел из негативного состояния. Это достигается несколькими приемами. Быстро убрав руку с места якорения, резко изменив интонацию, сказать: «Хорошо. Теперь вернитесь назад, сюда, в „здесь и теперь“». После этого попросить сделать глубокие вдох и выдох, потянуться. Очень эффективным является любой неожиданный в данной ситуации вопрос или просьба сделать что-то неожиданное. Например: «Кстати, а вы любите, когда идет снег?» или попросить поворачивать глазами по часовой стрелке и против нее. Последнее задание кроме реакции удивления часто вызывает смех или замешательство, что способствует более полному выходу из негативного состояния.

6. *Найти ресурсное позитивное состояние и обеспечить доступ к нему*.

А. Попросить клиента отыскать на основании личного опыта какое-нибудь ресурсное позитивное состояние, в котором он чувствовал или чувствует себя уверенным, спокойным и свободным (подбор определений обуславливается конкретной ситуацией). Можно пояснить, что искомое состояние относится к негативному по принципу контрастности, как «плюс к минусу», «белое к черному» и т. д. Желательно, чтобы ресурсное состояние находилось в полярных взаимоотношениях с негативным. Возможная инструкция: «Вы можете вспомнить какую-то противоположную отрицательной ситуации, в которой вы вели себя наиболее адекватным и правильным образом. Состояние, в котором вы были уверены и внутренне независимы. Или это могла быть какая-то счастливая случайность или стрессовая ситуация, или тот случай, когда вы обычно ведете себя наиболее устраивающим вас образом. И неважно, давно это было или недавно. Важно, чтобы вы не спеша нашли такую ситуацию и дали мне знать об этом».

Б. Обеспечить доступ к ресурсному состоянию. Этот этап проводится по аналогии со вторым шагом.

7. *Дождаться выраженного эмоционального реагирования*, определяемого по изменению дыхания, цвета кожи, мимики и т. д.

8. *Ввести добавочный стимул в момент наиболее интенсивной реакции*. Здесь сохраняют силу те же положения, что и в отношении якорения негативной реакции. Необходимо учесть, что якорь ресурсного состояния (в дальнейшем «положительный якорь») ставится на противоположной, симметричной области другой рукой (ногой, если использовалось прикосновение стопы психотерапевта к стопе клиента). Например, при якорении отрицательной реакции левой рукой на правом колене ресурсное состояние якорится правой рукой на левом колене.

9. *Выход из ресурсного состояния*.

10. *Сравнение негативного и ресурсного состояния*. Клиенту предлагается сравнить два состояния. Необходимо подчеркнуть, что сравнение происходит по «силе», «эмоциональному (энергетическому) заряду», а не по «приятности», «желательности».

Для наглядности и упрощения задания можно применить ряд простых приемов. Например, клиентам с выраженным кинестетическим вектором можно предложить представить, что в одной руке находится негативное состояние, а в другой — ресурсное, и определить, какое из них перевешивает. Лицам с выраженным визуальным вектором можно предложить представить зрительно весы и «взвесить» на них обе реакции.

В результате сравнения возможны два варианта. При первом более сильным оказывается ресурсное состояние. В этом случае переходим к следующему шагу. При втором негативное состояние «перетянуло» или обе реакции оказались приблизительно равны. Тогда необходимо вернуться на шестой шаг для поиска более сильного ресурса.

Однако возможны ситуации, когда клиент говорит, что не может найти подобного состояния в своем прошлом. В этом случае вы можете попросить его вспомнить и заново пережить ряд различных позитивных состояний, до тех пор, пока они все вместе не «перевесят» отрицательное. Если клиент утверждает, что никогда в жизни не вел себя подобным образом, можно применить технику генерации нового поведения.

Необязательно, но в ряде случаев очень полезна инструкция клиенту представить эти состояния, сравнивая их между собой в виде наглядных образов или локализуя в определенных областях тела. Такой простой прием часто предоставляет очень интересную информацию для дальнейшей работы. При вынужденном использовании нескольких позитивных состояний очень важно оказывается не только представить в виде конкретных образов, но и проинтегрировать их. Выполняется это так: «Сейчас просмотрите, пожалуйста, все найденные вами позитивные ситуации и свое в них поведение с наиболее приемлемой для вас скоростью. И после этого позвольте им слиться, наслоиться друг на друга, чтобы вместо них появилось интегрирующее их всех одно переживание. И при этом вы сможете увидеть в какой-нибудь ситуации себя, ведущим каким-то новым, более полезным и эффективным образом... Хорошо. И теперь сделайте то же самое с найденными вами символами ваших ресурсных состояний. Представьте, как они сливаются в какой-то новый интегрирующий их символ». Такой несложный прием может, с одной стороны, и сам приводить к позитивным изменениям, а с другой — многократно усиливает интенсивность ресурсного состояния.

11. *Интеграция якорей*. Попросить клиента снова войти в негативное состояние, используя при этом отрицательный якорь, и практически сразу после наложения отрицательного поставить положительный якорь. Таким образом, эти противоположные якоря оказываются установленными одновременно, что приводит к «сшибке» обоих состояний и «аннигиляции» негативного. Происходящий процесс, как правило, хорошо заметен со стороны. Вначале можно наблюдать быструю смену или даже одновременное сосуществование обоих состояний, постепенно сменяющихся выражением спокойствия, легкой релаксации, а иногда — смехом или удивлением. Дождавшись этого, можно убрать отрицательный якорь и оставить еще на какое-то время положительный для закрепления изменений.

12. *Проверка достигнутого результата и синхронизация с будущим*. Вначале при разговоре можно затронуть проблемную ситуацию, задействовав при этом негативный якорь. Смешанная реакция или отсутствие реакции свидетельствует о положительном результате.



После этого следует попросить клиента вернуться в ранее проблемную для него ситуацию. Отсутствие отрицательной реакции также свидетельствует об успехе процедуры.

Если мы работали не с каким-то психотравмирующим воспоминанием, а с ситуацией, которая может повториться и в будущем, клиенту нужно предложить представить наиболее ярко и полно, что он через какое-то время вновь попадет в нее. Если старый паттерн реагирования сменился положительным, то эту проблему можно считать успешно решенной.

**Техника «Тройной диссоциация».** Это одна из самых эффективных и быстродействующих психотехник при работе с людьми, перенесшими серьезную психотравму, связанную с угрозой для жизни и нанесением серьезного вреда психическому или физическому благополучию. Особенно это касается ситуаций, в которых они оказывались практически беспомощными и беззащитными.

Подобная психотравма приводит к формированию своеобразной фобической реакции, имеющей, как правило, охранительный, защитный характер в специфическом контексте, связанном с опасностью для клиента. В дальнейшем посредством обобщения эта реакция генерализуется, то есть этот паттерн реагирования переносится в другие неадекватные ему и отличные от первоначального контексты. Это, в свою очередь, приводит к формированию патологического реагирования в самом широком диапазоне ситуаций, то есть к дезадаптивному поведению и разнообразным формам невротических проявлений и делинквентного поведения, а в будущем — к патохарактерологическому развитию.

В большинстве случаев клиент практически не отдает сознательного отчета в том, насколько сильно психотравмирующее переживание накладывает отпечаток на его жизнь и деформирует систему отношений. При таком характере психотравмы найти позитивное переживание достаточной интенсивности для совмещения обоих состояний (техника якорения) просто невозможно. Здесь уместно говорить о наличии некой отщепленной части человека, которая продолжает страдать, вновь и вновь переживать прежнюю ситуацию и заставляет всю личность воспринимать и взаимодействовать с миром через призму этой боли и страдания. Отсюда становится понятной необходимость отреагировать на «ущемленный аффект», психотравмирующую ситуацию, изменить к ней отношение, позволить страдающей части получить поддержку, сострадание и в конечном итоге интегрировать ее с личностью клиента.

В технике тройной диссоциации эти задачи решаются следующим образом. Диссоциация клиента от негативных чувств, пережитых во время психотравмы. Клиент должен посмотреть на происшедшее с ним со стороны, то есть перейти от ассоциированного повторного переживания психотравмирующего события к диссоциированной форме. При воспоминании психотравмирующего события в ассоциированной форме человек вновь и вновь переживает его, словно оно происходит «здесь и сейчас», как бы снова и снова возвращается назад в прошлое, чтобы вновь и вновь переживать чувства безнадежности, страха и боли. Но существует другой способ восприятия и переработки информации, обеспечивающий способность, оставаясь эмоционально не вовлеченным, пересмотреть со стороны свой прошлый психотравмирующий опыт и при этом располагать всеми ресурсами и знаниями личности, всем опытом прошлого, жизнеощущением настоящего и целеполаганием будущего. Таким способом является диссоциированная форма восприятия. Обычно приятные события запоминаются в ассоциированном восприятии, а негативные — в диссоциированном. Достоинство этого вида отношения к собственному жизненному опыту в возможности оставаться сострадающим, сопереживающим, пережившим и во многом постигшим происшедшее, но

в то же время существующим в настоящем как целостная личность, смотрящая на все происшедшее со стороны.

Находясь в такой новой, более конструктивной позиции, клиент может изменить отношение к происшедшему, вернуть психотравмирующую ситуацию в ее ограниченный контекст, оказать эмоциональную поддержку страдающей части себя, повернуться к ней душой и сердцем, интегрироваться с ней.

Техника проведения такова:

1. **Формирование «базисного» состояния безопасности, надежности и доверия.** Этот процесс базируется на сформированных доверительных и партнерских отношениях с лечащим врачом и на проведенных ранее занятиях по психической саморегуляции, создавших состояние безопасности и уверенности в себе.

2. **Перевод клиента в вышеуказанное позитивное состояние.**

3. **Предложить клиенту представить себя со стороны как более молодого, непосредственно перед переживанием психотравмирующего эпизода, еще не знающим, что с ним произойдет в дальнейшем.**

Возможны два варианта проведения: предложить непосредственно представить себя со стороны до происшедших психотравмирующих событий; предложить «прокрутить» назад свою жизнь «как некий фильм, проигрываемый в обратном порядке и максимально убыстренном темпе». В конечном счете клиент находится рядом с вами, визуализируя себя со стороны, непосредственно до психотравмирующего события. Это вторая («сопереживающая») позиция.

4. **Предложить клиенту представить, «увидеть со стороны себя настоящего», «словно увидеть себя со стороны» с третьей «визуальной» («наблюдающей») позиции.**

Расхожей метафорой является следующее предложение: «Представьте, что вы видите себя более молодого и беззащитного как бы на экране и при этом смотрите на себя как на находящегося в кинозале и сопереживающего происходящему на экране». Желательно зафиксировать («заякорить») данное состояние, как это указано выше.

5. **Просмотреть психотравмирующее событие с «третьей» позиции.** При этом желательнее пользоваться при необходимости якорем «тройной диссоциации», а также употреблять вербальные паттерны, четко разделяющие времена: «И вот вы здесь, гораздо более мудрый и опытный, смотрите на себя, того, более молодого и раненого; вы знаете, что ему предстоит пройти через это; и вы сейчас следите за ним с позиции наблюдающего» и т. д.

6. **После полного «просмотра» произвести интеграцию третьей («наблюдающей») и второй («сопереживающей») позиций.**

7. **Попросить клиента, как «более опытного, способного испытывать чувство заботы, тепла и сострадания», приобщиться к «себе более молодому, нуждающемуся в помощи и защите».** Выразить ему свое сострадание, объяснить, что он сможет пережить это, и т. д.

8. **Интегрировать оставшиеся две части.**

Например, можно предложить представить клиенту, что он, после вербального выражения поддержки себе более молодому, обнимает себя более молодого, «сливается» с ним, становится одним целым с ним и т. д.

В очень редких случаях приходится повторять несколько раз, начиная с п. 3.

**Техника «Модифицированный шестишаговый рефрейминг».** В самом общем виде круг проблем, решаемых с помощью этой психотехники, можно разделить на два типа.



К первому, основному, относятся паттерны когнитивного, эмоционального и поведенческого реагирования в различных ситуациях, для которых характерны восприятие их как неадекватных, не устраивающих (не удовлетворяющих) его в данном контексте и, несмотря на понимание, невозможность изменить, исправить их. К этому часто пришиваются некоторая насильственность при их возникновении и динамике, осознание какой-то автономности, неуправляемости, недостаточности их сознательного контроля. Сюда входят различные обсессивно-фобические явления и компульсии, не удовлетворяющие человека поведенческие стереотипы, выражающиеся в избыточном весе, пристрастии к курению.

Ко второму типу относятся самые разнообразные проблемы психосоматического уровня. С помощью этой техники добиваемся формирования новых удовлетворяющих клиента способов поведения; большей цельности, интеграции личности клиента; формирования чувства доверия к себе, своим способностям и возможностям; выведения на сознательный уровень истинных мотивов и целей поведения; разрешения некоторых внутри- и межличностных конфликтов.

Общая схема шестишагового рефрейминга:

- 1) определить нежелательный паттерн поведения или симптом;
- 2) войти в контакт с субличностью (частью), порождающей этот симптом или поведение: создать зрительный образ субличности (части), символизирующий данный паттерн; установить контакт с субличностью;
- 3) отделить намерения от поведения, то есть изначальную цель от ее воплощения в поведении или симптоме;
- 4) заменить старый паттерн новой позитивной формой поведения: создать новые, позитивные формы поведения; оценить найденные формы поведения и выбрать из них наиболее подходящую;
- 5) синхронизация с будущим (экологическая проверка);
- 6) заключение договора.

Техника проведения:

**1-й шаг.** Клиенту предлагается определить или выбрать паттерн нежелательного поведения или симптом, отвечающий вышеуказанным параметрам.

**2-й шаг.** Для укрепления доверия клиента к процедуре можно использовать понятные и приемлемые сравнения, пояснения и метафоры, укладывающиеся в мировоззренческие схемы клиента. Необходимо показать, что в основе его патологического стереотипа поведения или симптома лежат своеобразные неосознаваемые им «части», или «субличности». Например, можно сослаться на научную работу, где указанные нарушения рассматриваются как «сложные динамические структуры, которые в процессе нашего развития стали изолированными от сознательного Я и поэтому оказывают неконтролируемое действие на наше поведение». Также можно сравнить их с «вытесненными комплексами», сослаться на транзактный анализ Э. Берна, на феномен «альтернирующего сознания», привести в пример субличности из психосинтеза и т. д. Иными словами, необходимо:

- а) сформировать доверительное отношение к предстоящей методике;
- б) показать, что, по существу, в ней нет ничего слишком уж странного и необычного;
- в) доказать, что она опирается на вполне научные и проверенные исследования. При этом необходимо отметить, что лица, которые до этого проходили ассоциативную методику саморегуляции, проделывали техники якорения, взмаха, линии времени,

а также выполняли упражнения из психосинтеза, включаются и выполняют данную методику без особых трудностей. Поэтому шестишаговый рефрейминг рекомендуется применять уже на основе указанных методов.

Для создания зрительного образа субличности (части), символизирующей неудовлетворяющий паттерн поведения или симптом, который в дальнейшем можно называть «частью», или субличностью, с целью активизации творческих способностей клиента можно применять различные приемы эриксоновского гипноза, например используемые в ассоциативной методике ПОР. Крайне желательно, чтобы образ появился не в результате активного, волевого напряжения, а на фоне своеобразной релаксации «... и, оставшись по возможности в состоянии покоя, внутренней сосредоточенности и комфорта, мысленно переберете одну или несколько ситуаций, в которой проявлялось это не удовлетворяющее вас поведение... Позвольте той части, которая стоит за этим поведением (симптомом), предстать перед вашим внутренним взором в виде какого-то зрительного образа... и т. д. Людям, предъявляющим жалобы на «врожденную неспособность» конструировать зрительные образы, достаточно предложить следующее: «Представьте, что вы будто бы в уме воображаете этот образ». Подчеркнуть, что эта часть может появиться перед «внутренним взором» в практически любой, порой крайне неожиданной форме. Это может быть как одушевленный субъект (человек, животное), так и неодушевленный объект (растение, камень). Форма проявления особого значения не имеет, так как «в этом особом внутреннем мире мы можем установить контакт с любым предметом, объектом».

Прекрасной иллюстрацией к предстоящему установлению контакта с субличностью служит определение В. А. Жмурова [1994]: «Субъектами внутреннего общения являются, надо думать, не отдельные мысли и черты характера, а сложные состояния личности, более или менее самостоятельные внутренние „люди“, с которыми, вероятно, человек ранее идентифицировал себя в той или иной социальной роли». На этом этапе (в зависимости от желания ведущего) или на предыдущих для клиента необходимо сформулировать «правила общения или взаимодействия» с субличностью. Суть их в следующем: субличность — это полноправный партнер по общению; разговор с ней строится как с «настоящим, реальным» собеседником; как бы субъективно неприятной или даже отталкивающей ни представлялась субличность изначально, разговор должен строиться в уважительной манере, с ориентацией на позитивные, положительные ее черты и свойства. («Тем более что, в отличие от обычного собеседника, от нее нигде не спрячешься и не убежишь. А отринутая, она всегда найдет способ отомстить и испортить вам жизнь. Кстати сказать, именно с последним вариантом вы раньше и имели дело. Теперь у вас есть шанс исправить это»); необходима определенная последовательность: вопрос — ответ и лишь затем — очередной вопрос или предложение.

Хотя в большинстве случаев с субличностью возможно установление вербального контакта, встречаются исключения. В этих случаях контакт осуществляется через различные характеристики объекта, такие, как изменение формы, цвета, величины и т. д. Можно спросить у этой части, каким образом она даст ответ «да», а каким «нет».

Далеко не лишней является характеристика клиентом субличности, особенности ее внешнего вида, преобладающих цветов, окружающем ее пространстве; впечатление, производимое ею на клиента (дружелюбное, ласковое, суровое и т. д.). В результате этой процедуры, с одной стороны, врач зачастую получает крайне ценную дополнительную информацию об особенностях личности клиента, а с другой — концентрирует внимание на внутренних образах, что позволяет усилить состояние измененного



сознания (в обычной жизни крайне маловероятно, чтобы кто-то имел обыкновение в бодрствующем состоянии общаться с «внутренними человечками» и другими еще более странными существами).

На этом же этапе происходит «знакомство» с субличностью: нужно поздороваться с возникшей частью; спросить, является ли она той частью, которая ответственна за проблемное поведение или симптом.

Далеко нередко первоначальное появление образа, не связанного непосредственно с обозначенной проблемой. Наш опыт позволяет выделить два варианта. Иногда, пассивно наблюдая за возникающими образами, клиент выделяет и ошибочно удерживает в сознании наиболее яркий, привлекательный для его сознания. Характерно, что для этого клиенту приходится прилагать значительные сознательные усилия. Второй вариант представляет гораздо больший практический интерес. В этом случае возникающий образ символизирует некую часть, тем или иным образом связанную с рассматриваемой проблемой. И здесь только ведущий решает, работать с найденной частью или отказаться от нее и вернуться на предыдущий шаг; в случае положительного ответа необходимо спросить, как эта часть хочет чтобы ее называли (узнать имя).

**3-й шаг.** Общение продолжается в «диалоговом режиме». Характер вопросов зависит от предыдущих ответов, специфики конкретной ситуации и т. д. Однако во всех случаях должен соблюдаться определенный алгоритм.

1. Попросить клиента в произвольной форме сообщить части, ответственной за данное поведение, об имеющейся проблеме и испытываемым им в связи с этим беспокойстве.

2. Попросить клиента проинформировать эту часть, что, несмотря на имеющуюся проблему, отношение к самой субличности остается самым уважительным и ее мнение будет обязательно учитываться в дальнейшем. Этот момент очень важен, так как субличности, особенно имеющие корни в детстве клиента, отличаются «капризностью» и повышенной требовательностью к признанию их полноправными участниками психотерапевтического процесса. Пренебрежение этим правилом может привести даже к отказу субличности от дальнейшего сотрудничества.

3. Дать задание клиенту попросить в произвольной форме помощи у этой части в решении рассматриваемой проблемы и после положительного ответа перейти к следующему пункту.

4. Попросить субличность проинформировать клиента о цели (истинном намерении) проблемного поведения (чего положительного, позитивного для клиента она добивается этим поведением, какую цель преследует, вызывая это поведение или симптом). Возможные кажущиеся осложнения могут быть такими.

1. Субличность может «забыть» о цели вызываемого ею поведения. В этом случае самым простым будет перейти к следующему шагу.

2. Субличность по различным причинам может отказаться информировать сознание о цели или намерении не удовлетворяющего поведения. Как правило, это происходит в случае, если осознание слишком травматично для сознания клиента. В такой ситуации наиболее приемлемы два варианта:

- 1) признав право за субличностью не информировать сознание об истинной цели поведения и удовлетворившись тем, что эта часть обладает необходимой информацией, перейти к следующему шагу;
- 2) ввести клиента каким-либо способом в более глубокое состояние транса (гипноза), используя примерно следующую инструкцию: «И пока сознание спит, ты (назвать

субличность по имени) можешь непосредственно поведать мне о причинах этого поведения. И на это время ты можешь сама, или с помощью какой-либо другой части, или с помощью меня отключить сознание от всего происходящего здесь на необходимое тебе время». Следует подчеркнуть, что и вы без разрешения субличности не выдадите сознанию сообщенного вам «секрета».

В подавляющем большинстве случаев эта часть практически сразу называет эту цель или намерение, хотя на сознательном уровне клиент не имеет о ней никакого понятия.

**4-й шаг.** Для создания новых позитивных форм поведения в форме, подразумевающей положительный ответ, спросить, не была бы часть согласна применить новые способы достижения той же цели при условии, что эти способы будут удовлетворять ее саму, положительно восприниматься и оцениваться на сознательном уровне и как следствие, не встречая сопротивления со стороны сознания, приводить к желаемому частью результату.

Затем следует применить несколько новых способов достижения цели. Эта, пожалуй, самая важная задача всей процедуры может достигаться несколькими путями.

- 1) попросить саму субличность на основе полученного на сеансе опыта и новых знаний найти несколько (не меньше пяти-шести) новых способов достижения желаемой цели;
- 2) попросить самого клиента найти пять-шесть новых вариантов достижения цели субличности, учитывая при этом полученные знания о своей части;
- 3) «классический» способ: вернуться ко второму шагу и получить доступ к творческой части субличности. Затем попросить эту часть найти вышеуказанные способы достижения цели.

Оценить найденные формы поведения и выбрать наиболее подходящие. Независимо от того, какой из трех вариантов нахождения новых способов использовался, необходимо провести «совместное обсуждение» найденных способов всеми «участниками» происходящего процесса и выбрать удовлетворяющие всех. Если это осуществлялось субличностью — попросить сознание, то есть клиента, оценить их и выбрать те из них, которые его полностью устраивают. В случае обращения на предыдущем этапе к сознанию — попросить субличность оценить полученные способы. При использовании третьего варианта — проинструктировать сознание и часть, ответственную за проблемное поведение, совместно рассмотреть найденные способы и отобрать устраивающие обоих.

В результате клиент должен обладать, как минимум, двумя или тремя новыми способами реагирования в проблемной ситуации. Это обеспечит ему возможность выбора в дальнейшем.

**5-й шаг.** Клиенту предлагается представить как можно более реалистично свое поведение в будущем на основе обнаруженных новых способов реагирования. Техника выполнения практически аналогична достижению «желаемого Я-образа» в ассоциативной методике саморегуляции. Обращают внимание на следующее. Все ли варианты по-прежнему продолжают удовлетворять клиента? Достаточно часто бывает, что то, что «теоретически», вне определенного контекста представляется клиенту крайне привлекательным, на самом деле оказывается трудновыполнимым и даже нереалистичным в конкретных проблемных ситуациях.

Так называемая экологическая проверка (5-й шаг) заключается в оценке новых способов реагирования всеми частями личности. Для простоты ее проведения нужно дать клиенту следующую инструкцию: «Обратитесь внутрь себя и определите, есть



ли внутри вас хотя бы одна часть, которая возражала против какого-то из найденных новых способов достижения цели? При этом вы можете обратиться за помощью к известным вам частям».

Если «недовольная» часть найдена, необходимо или сразу вернуться ко второму пункту и найти другие способы реагирования, или (и это предпочтительнее) «проработать» обнаруженную часть: что за часть, какие цели она преследует, что ее не устраивает, какие варианты реагирования ей подходят?

Если при выполнении синхронизации с будущим, или экологической проверки, в распоряжении клиента останется лишь один способ реагирования (тем более не одного), то необходимо вернуться к четвертому пункту.

**6-й шаг.** Субличности предлагается принять ответственность (заключить договор) за «воплощение в жизнь» найденных новых способов достижения цели. В договоре необходимо отразить следующее:

- субличность добровольно принимает на себя ответственность за новые формы реагирования, поведения;
- указанные способы реагирования должны проявляться в определенных ситуациях (задание контекста);
- в свою очередь, клиент берет на себя ответственность за выполнение конкретных обязательств перед субличностью («Я прошу мою часть дать мне знать, что мне требуется делать для того, чтобы она могла наиболее эффективно применять новые способы реагирования»);
- определить промежуток времени, на который часть берет на себя ответственность за новые варианты поведения; наиболее оптимально — время до следующего сеанса (от четырех до двух недель).

Если по истечении указанного срока не возникает проблем и новые способы становятся устойчивой формой реагирования в определенных контекстах, договор закрепляется на все будущее.

Дополнительный и часто встречающийся критерий эффективности — определенные специфические и зависящие от конкретной ситуации трансформации субличности в течение сеанса.

Таким образом, данная методика не только не исключает, но и прямо подразумевает опору на творчество клиента и близкое сотрудничество с врачом. Кроме того, она открывает большой простор для знакомства с личностью клиента, историей и происхождением его проблем и психических расстройств.

**Техника «Взмах».** Эта техника позволяет быстро и эффективно менять ригидный стереотип реагирования на какие-то другие более адекватные и устраивающие клиента. В результате формируются не только новые более позитивные способы реагирования, но более продуктивный Я-образ. Отсюда и широкий спектр применения — от работы с вредными привычками до особенностей проблемного поведения.

Техника проведения:

1. **Определить контекст.** «В какой ситуации вы хотите вести себя или реагировать иначе, чем сейчас? Это может касаться нежелательной привычки или не удовлетворяющего вас поведения в какой-то ситуации».

2. **Определить пусковой фактор.** Необходимо определить фактор, запускающий проблемное поведение и являющийся его стимулом. Другими словами, необходимо обнаружить внешний или внутренний фактор, всегда непосредственно предшествующий

неудовлетворяющему реагированию. Это может быть определенный внешний объект, запускающий вредную привычку (вид пачки сигарет), или внутренняя зрительная картина (например, в различных внешне не схожих ситуациях клиент зрительно представляет определенную привлекающую или отталкивающую картину). К последней категории пусковых факторов могут относиться также ощущения строго определенного рода (напряжение в руках непосредственно перед возникающей агрессивной реакцией). Значительно реже встречаются слуховые стимулы.

Указанный пусковой фактор часто практически не осознается человеком, и, чтобы его выявить, необходимо попросить клиента представить проблемную ситуацию «еще до того, как она началась» и заново пережить ее. После этого необходимо ответить на следующие вопросы: «Что запускает эту реакцию, что ей предшествует?», «Как вы узнаете, что... (хотите курить, раздражены и т. д.)?». Необходимо отметить, что этот образ клиент должен всегда переживать в ассоциированной форме.

3. **Создание желаемого Я-образа.** «Представьте себя со стороны. Себя, для которого данная проблема уже в прошлом; себя, который давно ее решил и способен вести себя наиболее адекватным и подходящим образом; обладающим всеми нужными и необходимыми ресурсами, навыками поведения; сильным, уверенным... и т. д.»

Необходимо постоянно обращать внимание на следующее:

- реалистичность желаемого Я-образа;
- он должен вызывать положительные ассоциации у клиента, нравиться ему;
- клиент представляет его в диссоциированной форме, то есть со стороны представляет, рассматривает себя, если это необходимо, смотрит, как он по-новому взаимодействует с окружающими, слышит свой голос, смех и т. д.
- крайне желательно акцентировать внимание клиента на притягательности желаемого Я-образа, например: «И представьте теперь себя на таком расстоянии, на котором вы уже можете ощутить притягательность этого желательного образа, как словно магнитом, тянет к нему и, если бы вы захотели, то могли слиться с ним, стать с ним одним целым...»

Некоторые отличия существуют, если ключевым является слуховой или тактильный фактор. В этих случаях следует уделить особое внимание проработке соответствующих модальностей. Например, если проблемное поведение запускается каким-то определенным тембром голоса, то в моделировании желаемого Я-образа нужно с особой тщательностью отработать его вербальные характеристики.

Дальнейшие шаги будут обсуждаться на примере зрительной модальности как наиболее встречаемой.

4. **Взмах.** Необходимо «махнуть» оба зрительных образа: пусковой фактор и желаемый Я-образ. Пусковая картина в начале процедуры должна быть максимально реалистичной (Я-образ должен быть таким, каким он всегда возникает перед нежелательной реакцией), а желаемый Я-образ, наоборот, практически незаметным. В большинстве случаев первый образ большой, яркий и близкий, а второй маленький, тусклый, темный (в виде точки где-то на фоне первой картины). Образы должны сменять друг друга максимально быстро. При этом пусковой фактор становится маленьким, незаметным, не привлекающим к себе внимания и практически исчезает из поля зрения клиента, а желаемый Я-образ достигает своего наиболее притягательного вида. Такой взмах проводится несколько раз по команде (хлопок ладонями, громко сказать «и раз» и т. п.). Каждый из них должен занимать минимально короткое время (сколько



длится команда). Каждый раз после выполнения необходимо очищать поле зрения от желаемого Я-образа.

5. Проверка. Синхронизация с будущим. Проводится по аналогии с техникой якорения.

#### Техника «Постановка ресурсных якорей».

1. *Выявите ситуацию*, в которой вам не хватает ресурсов (это может быть ситуация постоянного мысленного переживания травматической ситуации).

2. *Определите необходимый ресурс* (например, уверенность или чувство спокойствия).

3. *Убедитесь в том, что ресурс действительно подходит*, — спросите себя: «Если бы у меня был этот ресурс, улучшилось бы мое восприятие этой ситуации и мои действия в ней?» (Если да, продолжайте, если нет, вернитесь к шагу 2).

4. *Вспомните несколько случаев из жизни, когда у вас был этот ресурс*, и выберите из них один-два, когда он проявился интенсивнее всего.

5. *Определите якоря, которые вы собираетесь использовать* (визуальные, аудиальные, кинестетические).

6. *В воображении полностью вернитесь в переживание ресурсного состояния, переживите его снова.*

7. *Когда переживание достигнет пика интенсивности, выйдите из него.*

8. *Снова переживите свое ресурсное состояние*, и в тот момент, когда оно достигнет пика, поставьте якорь. Повторите это несколько раз.

9. *Проверьте качество якорения*, убедившись, что вы действительно входите в это состояние, включив якоря. Если вы не удовлетворены, повторите шаг 6.

#### Техника «Создание цепочки якорей».

1. *Определите, как именно вы узнаете, что испытываете неприятные переживания*, связанные с травматическим событием. Что дает вам узнать об этом — мысли, поза, движение, мысли и т. д.

2. *Решите, к какому первому состоянию вы хотели бы перейти*, как только получите этот внутренний сигнал. К какому второму после этого? К какому третьему и т. д.? (Например, ваша «цепочка» может выглядеть следующим образом: волнение — спокойствие — любопытство — творчество.)

3. *Вспомните о времени, когда вы были очень спокойны*, и закрепите это состояние тактильным якорем (удобнее всего использовать касание определенным пальцем определенной части тела).

4. *Выйдите из этого состояния спокойствия*, вспомните, когда вас обуревало любопытство, и поставьте якорь этого состояния, заметно отличающийся от предыдущего.

5. *Прodelайте это для состояния творчества* (тоже «заякорите» его).

6. *Вернитесь к переживанию волнения* (например, вспомните то, из-за чего вы серьезно волновались в последний раз).

7. *Как только вы почувствуете сигнал волнения*, включите якорь спокойствия, когда это состояние достигнет максимума, «запустите» якорь любопытства, а после — творчества.

#### Техника «Интеграция якорей 2».

Принцип «смешивания» двух противоположных неврологических процессов положен в основу очень мощной техники сталкивания, или интеграции, якорей.

Сядьте поудобнее, вспомните случай, когда вы были особенно уверены в себе, полны творческой энергии или просто здоровы (выберите что-то одно).

1. *Заякорите это воспоминание на своем правом колене легким нажатием своей правой руки*. Убедитесь, что выставите якорь именно в момент, когда вы наиболее интенсивно переживаете данное воспоминание.

2. *Теперь вспомните травматическую ситуацию, которая вызывает у вас негативные воспоминания*. Установите якорь левой рукой на своем левом колене.

3. *Двумя руками одновременно нажмите на оба якоря*. В результате две модели поведения столкнутся в одном месте и времени, так что неврологически будет необходимо интегрировать их. Ресурсное и нересурсное состояния сольются, заставляя ваш мозг искать новые возможности в ситуации, которая раньше воспринималась как проблемная, и / или менять состояние с нездорового на более здоровое.

4. *Теперь вообразите себе проблемную или травматическую ситуацию в будущем*. Если ваша работа была успешной, вы обнаружите, что вам куда легче найти ресурсы в данной ситуации (по мере того как вы будете представлять ситуацию, будут появляться признаки ресурсного состояния). И будьте уверены в том, что впоследствии вы сможете действительно испытать «доступность ресурса», попав в соответствующую проблемную ситуацию, или просто выздороветь значительно быстрее.

**Техника «Круг совершенства».** Цель этой техники заключается в том, чтобы восстановить, описать, укрепить и дополнить ресурсные состояния тела и психики человека. По своей сути это интеграция якорей с многократным нахождением ресурса.

1. *Определите ваше совершенное состояние*. Выберите из вашего прошлого состояние, в котором все ваши ресурсы были для вас доступны настолько, что это позволяло вам быть в наилучшей форме и действовать в полную меру своих способностей.

2. *Создайте «круг совершенства»*. Нарисуйте воображаемый круг на полу. Вообразите, что это — ваш «круг совершенства». Попробуйте представить, что в нем появляется цвет — какой?

3. *Вспомните состояние совершенства, достигните, опишите его, дополните, если надо, и ассоциируйте с кругом* (просто войдя в него в «совершенном» состоянии).

а) переживите вновь ваш опыт совершенного состояния, как будто это происходит сейчас;

б) опишите — осознайте свою позу, дыхание, внутренние образы, звуки и особенно то, как вы видите и слышите все, что происходит;

в) дополните ощущение, если оно не совсем полно, систематическим повторением упражнения, пока вы не получите сильного и полного переживания. Определите наиболее яркие или «выпуклые» ощущения (чувства, тип дыхания, образ или звук), которые создают «дополненное» состояние совершенства, определите, как вы выглядите и как звучит ваш голос в этом состоянии.

4. *Осуществите разделение состояний*. Выйдите из круга и вернитесь в ваше обычное состояние.

5. *Теперь вступите в круг и проверьте, возвращаются ли к вам спонтанно все физиологические ощущения совершенства*. Выйдите из круга. Еще несколько раз повторите вход и выход. Если вам не удастся полностью достичь чувства совершенства без сознательного усилия, вернитесь к шагу 3.

6. *Создайте необходимый контекст*. Определите будущую ситуацию, которая для вас, как правило, проблематична, но в которой бы вы хотели быть способным в любой момент автоматически получить чувство совершенства. Найдите триггер этой ситуации (то, что вы видите, слышите и чувствуете такого, что дает вам знать, что сейчас вы столкнетесь с проблемой).



7. Установите связи. Мысленно поставьте себя в эту ситуацию, вступите в круг и, получив доступ к совершенству, посмотрите, каким образом все это совершенство отражается на ситуации. Заметьте виды связи, которую вы можете установить со своим совершенством. Выйдите из круга.

8. Проверьте себя. Опять подумайте о той будущей ситуации. Можете даже задать себе несколько вопросов о ней (например: «Что происходит сейчас, когда я думаю о том, что обычно бывает для меня неприятным или трудным?»). Главное здесь — быстро и автоматически достигнуть состояния совершенства. Вы можете проверить это, замечая, присутствуют ли определяющие ощущение совершенства признаки из вашего описания (шаг 3).

#### Техника «Буквальный рефрейминг».

1. Подумайте о ситуации, при мысли о которой вы чувствуете себя плохо. Это может быть все, что угодно: воспоминание о травмирующем событии, нынешняя проблемная ситуация или чувство страха, что-нибудь еще.

2. Тщательно рассмотрите визуальную часть своего проблемного опыта, затем мысленно шагните из него назад, так, чтобы вы видели себя в этой ситуации (диссоциируетесь). Если вы не сможете создать эту диссоциацию осознанно, то просто «почувствуйте», что проделываете это, или притворитесь, что сделали.

3. Теперь поместите вокруг этой картины большую золотую раму в стиле барокко примерно в два метра шириной. Отметьте, как это изменяет ваше восприятие проблемной ситуации.

4. Если изменения недостаточны, поэкспериментируйте. Используйте овальную рамку, какие употреблялись много лет назад для старых семейных портретов; раму из нержавеющей стали с острыми краями или цветную пластиковую рамку.

5. После того как рама выбрана, поразвлекайтесь, украшая картину и пространство вокруг нее. Музейное яркое освещение над картиной проливает иной свет на предмет, нежели тусклая свеча, стоящая на подставке под ней. Видение реальной обрамленной картины среди других картин на стене в музее или в чьем-то чужом доме может создать совершенно другую перспективу. Если хотите, то даже просто мысленно выберите знаменитого — или не очень — художника и превратите свою картину в полотно, исполненное этим художником или в его стиле.

#### Техника «Визуально-кинестетическая диссоциация».

1. Представьте себя сидящим в центре пустого кинотеатра.

2. На экране вы видите черно-белый фотоснимок. На нем вы видите себя в ситуации за мгновение до возникновения сильного эмоционального переживания.

3. Выйдите из своего тела и переберитесь в проекционную будку. Оттуда вы можете видеть себя в центре кинотеатра, наблюдающего за собой на экране.

4. Включите кинопроектор, и черно-белый снимок превратится в черно-белый фильм о ситуации, которая вызвала переживание. Для контроля над состоянием диссоциации держите руку на выключателе. Если вы начнете ассоциироваться с ситуацией, то одновременно с выходом из будки выключится кинопроектор, и вы «потеряете» ситуацию.

5. Просмотрите фильм от начала до конца и остановите его в кадре сразу после окончания переживания.

6. Из проекционной будки перейдите в свое тело в зале, а затем — в тело на экране. Другими словами, ассоциируйтесь с ситуацией на экране. Чтобы изображение не исчезло, нажмите предварительно выключатель кинопроектора посильнее, и он зафиксирован.

7. Сделайте фильм цветным и прокрутите его в обратном порядке. Вы имеете дело со своим воображением, а в воображении можно сделать все, что угодно.

8. Прodelайте процедуру шага 7 за две секунды.

9. Повторите процедуру шага 7 за одну секунду. Сделайте это три или пять раз.

10. Проверка. Подумайте о ситуации, вызывавшей у вас ранее сильное переживание. Другой способ проверки — это в реальной жизни пройти через беспокоившую ситуацию. Эта процедура используется при работе с сильными эмоциональными переживаниями, которые существенно нарушают внутреннее равновесие человека.

### Приложение 19.

## НЕКОТОРЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ТРЕНИНГЕ ПРИ ПТСР

#### Техники восстановления физиологических функций и активности

Техника «Метафорический автопортрет». Задачи: развитие интереса к себе, осознание различных ролей и развитие гибкого ролевого поведения, формирование Эго-идентичности, развитие креативности. Материалы: бумага, краски, карандаши, фломастеры, журналы, ножницы, клей, цветная бумага.

Необходимо представить себя в виде какого-нибудь предмета или животного, которым подросток хотел бы себя видеть. Можно нарисовать с одной стороны листа предмет, а с другой — животное либо растение. После создания образа необходимо рассказать о нем от первого лица либо придумать историю (сказку): кто он, как его зовут, что он любит и что не любит и т. д.

Далее разрабатывается и разыгрывается сценарий, в котором бы присутствовали все эти герои.

Техника «Автопортрет». Задачи: психодиагностика, развитие интереса к себе, повышение самооценки, развитие позитивной Я-концепции, развитие саморегуляции и самоуправления. Материалы: бумага, обои, ватман, краски, кисти, стаканчик для воды, журналы, ножницы, клей, карандаши, фломастеры, мелки, цветная бумага, фольга, пластилин, соленое тесто или глина, ветошь для вытирания рук.

Подросткам предлагается, используя различные материалы, создать автопортрет. Существует несколько вариантов такой работы:

- Обвести свою фигуру на ватмане или куске обоев, затем дорисовать автопортрет. Можно использовать для заполнения фигуры разные материалы; придумывать оригинальную одежду, отражающую внутренний мир; отобразить в рамках силуэта свои ощущения в разных частях тела и др.
- Нарисовать автошарж с преувеличением тех черт, которые не нравятся в себе. Рекомендуется сделать изображение в полный рост, используя при этом различные материалы.
- Вылепить из соленого теста, пластилина или глины свой автопортрет, фигуру или маску. Перед работой над маской подросткам предлагается закрыть глаза и медленно исследовать руками свое лицо, стараясь запомнить его особенности, а затем приступить к лепке. Можно усложнить это упражнение: вылепить автопортрет с закрытыми глазами.
- Изготовить изображающую подростка марионетку.



**Техника «Прошлое, настоящее, будущее».** Задачи: интеграция опыта; снятие психоэмоционального напряжения, связанного с событиями прошлого, настоящего; построение жизненной перспективы. Материалы: карандаши, фломастеры, мелки, краски, кисти, стаканчик для воды, журналы, ножницы, клей, бумага.

Подростки получают задание создать три рисунка или композиции, иллюстрирующие их прошлое, настоящее и будущее. Возможны различные варианты выполнения этого задания:

- составить коллаж по этой тематике, используя журналы, газеты, свои фотографии и другие материалы;
- в каждой из картин, по заданной тематике, изобразить людей, занимающих важное место для ребенка в прошлом, настоящем, будущем;
- при изображении будущего представить его в виде перекрестка с тремя путями: направо пойдешь..., прямо пойдешь..., налево пойдешь...

Следующий шаг — презентация своих работ, с подробным описанием каждого брза. Из этих работ можно затем сделать выставку.

Платон определял для человека три наиболее важных вопроса, на которые человек должен получить ответ в своей жизни: «Кто я?» — это аспект настоящего; «Откуда я пришел?» — это аспект прошлого; «Куда я иду?» — это аспект будущего. В процессе работы у подростков происходит структурирование и интеграция представлений, роектируется будущее. Эта технология представляет интерес и в плане диагностики. Проанализировав работы подростков и их интерпретации, можно получить достаточно много материала о прошлом опыте, настоящей ситуации и представлениях будущем.

**Техника «Окружающая среда».** Задачи: осознание своих телесных границ, причинно-следственных связей человека и среды, социальная идентификация, развитие ариативности мышления. Материалы: журналы, фотографии, ножницы, клей, бумага, ветная бумага, фольга, краски, кисти, баночка для воды, карандаши, фломастеры, елки.

Подросткам предлагаются журналы, в которых необходимо выбрать понравившуюся фигуру человека и вырезать ее. Эта фигура приклеивается на лист бумаги, и вокруг ее создается окружающая среда (предметное пространство или пейзаж). Затем проводится выставка и обсуждение.

**Техника «Сон героя».** Задачи: формирование временной и социальной идентичности.

«Мы долго путешествовали и устали. Сядьте поудобнее и закройте глаза. Сделайте три глубоких вдоха. Представьте себе, что каждый из вас уснул, устроившись на отдых под большим раскидистым деревом. Вам снится прекрасный сон. Каждый видит самого себя через пять лет... (15 сек).

Обратите внимание, как вы выглядите через пять лет...

Где вы живете...

Что вы делаете... (15 сек).

Представьте, что вы очень довольны своей жизнью. Чем вы занимаетесь? За что вы гвечаете? Кем работаете? Кто находится рядом с вами? (15 сек).

Теперь сделайте три глубоких выдоха. Потянитесь, напрягите и затем расслабьте се свои мускулы, откройте глаза. Постарайтесь запомнить все, что вы увидели о самом себе.

Теперь возьмите по листу бумаги, ручку и запишите, какие вы будете через пять лет, где будете жить и работать, кто будет рядом, как достигли этого и т. д. (10 мин).

Когда листочки заполнены образами будущего, подростки вновь занимают свои места в кругу, где проводится обсуждение: «Довольны ли вы увиденным образом будущего? Что понравилось больше всего? Было ли что-то, что не понравилось? Что хотели бы изменить в своем образе будущего? Какие шаги для этого нужно предпринять?»

### Дыхательные упражнения

**Упражнение «Воздушный шарик».** Длительность: 0,5–1 минут. Возраст: от 3 лет. Цель: показать, что дыхание является способом релаксации и обретения спокойствия, научить «вдыхать» и «выдыхать».

1. Представь, что в твоей груди находится воздушный шарик. Вдыхая через нос, до отказа наполни легкие воздухом. Выдыхая ртом, почувствуй, как он выходит из легких.

2. Не торопясь, повтори. Дыши и представляй, как шарик наполняется воздухом и становится все больше и больше.

3. Медленно выдохни ртом, как будто воздух тихонько выходит из шарика.

4. Сделай паузу и сосчитай до 5.

5. Снова вдохни и наполни легкие воздухом. Задержи его, считая до 3, представляя, что каждое легкое — надутый шарик.

6. Выдохни. Почувствуй, как теплый воздух проходит через легкие, горло, рот.

7. Повтори 3 раза, вдыхая и выдыхая воздух, представляя, что каждое легкое — надутый шарик, из которого выходит воздух, когда ты выдыхаешь.

8. Остановись и почувствуй, что ты полон энергии, а все напряжение пропало.

**Упражнение «Лифт».** Длительность: 1 минута. Возраст: от 5 лет. Цель: совершенствовать мастерство, достигнутое в «воздушном шарике»; научить расслаблению и регулированию нервной системы.

1. Дети учатся выделять 3 участка: голову, грудь и живот, задерживая дыхание на 6, 8 или 12 сек в каждом из них.

2. Сделав вдох носом, мы начинаем поездку на лифте. Выдыхая, почувствуй, как воздух начинает свой путь от подвала (живота).

3. Снова вдохни — воздух поднимается на один этаж выше (желудок). Выдохни.

4. Вдохни еще раз и подними лифт на следующий этаж (грудь). Выдохни.

5. А сейчас можно отправиться на чердак, вверх по горлу, к щекам и лбу. Почувствуй, как воздух наполняет голову.

6. Когда выдохнешь, ты ощутишь, что все напряжение и волнение вышли из твоего тела, словно из двери лифта.

### Техники на снятие эмоционального напряжения

**Техника «Мыльные пузыри».** Длительность не ограничена. Возраст: от 6 лет. Цель: повышение самоуважения, замена негативных мыслей на позитивные.

1. Сядь, возьми карандаш и бумагу. Проанализируй свои мысли, то, что тебя беспокоит. Сравни, как слова соотносятся с твоими чувствами. Если ты скажешь: «Я плохо себя чувствую», скажи себе ее: «Я отдохну и буду чувствовать себя лучше».

2. На чистом листе бумаги нарисуй голову, из которой вылетают мыльные пузыри твоих мыслей вправо и влево. На пузырях слева напиши свои негативные мысли, а на пузырях справа — позитивные. Это будет выглядеть так:



Слева	Справа
Я не могу это сделать	Я это выучу еще
Я не буду, это слишком сложно	Я попробую это сделать
Я иногда не сделаю этого хорошо, зачем пытаться	Я все понимаю, поэтому сделаю это хорошо
Я не могу делать домашние задания, когда брат в моей комнате	Я надену наушники, чтобы сосредоточиться, когда брат в моей комнате

**Техника «Радуга».** Длительность: 5–7 минут. Возраст: от 6 лет. Цель: снятие эмоционального напряжения, стимулирование эмоционального воображения.

Упражнение можно выполнять отдельно или после релаксации.

1. Закрой глаза. Представь, что у тебя в голове находится экран. На экране ты видишь радугу — цвета, которые тебе нравятся. Для каждого цвета есть свой настрой и чувство. Ты видишь то, что описываю я, или то, что захочешь сам.

2. Первый цвет — голубой. Голубой может быть мягким и успокаивающим, как струящаяся вода. Голубой приятно ласкает глаз в жару. Он освежает тебя, как купание в озере. Что ты видишь, когда думаешь о голубом?

3. Следующий цвет — красный. Красный дает нам энергию и тепло. На него хорошо смотреть, когда тебе холодно. Иногда слишком много красного нас злит. Что ты думаешь, когда смотришь на красный цвет?

4. Желтый приносит нам радость. Он согревает, как солнце, и мы улыбаемся. Если нам грустно и одиноко, он поднимает настроение. Что ты думаешь, когда смотришь на желтый цвет?

5. Зеленый — цвет природы. Если мы больны или нам не по себе, зеленый помогает нам чувствовать себя лучше. Что ты думаешь, когда смотришь на него?

6. Замечаешь ли ты, как разные цвета влияют на настроение и даже на самочувствие? Попробуй так же увидеть другие цвета.

**Игра-релаксация «Морщинки».** Длительность: 2–3 минуты. Возраст: от 4 лет. Цель: избавление от напряжения в забавной форме.

1. Несколько раз вдохни и выдохни.

2. Широко улыбнись своему отражению в зеркале.

3. Наморщи лицо, начиная со лба: брови, нос, щеки.

4. Подними и опусти плечи.

5. Расслабь мышцы лица.

6. Если чувствуешь напряжение, скажи себе: «Спокойно» и успокойся. Расслабь мышцы шеи и плеч.

**Техника «Небо».** Длительность: 5 минут. Возраст: от 6 лет. Цель: расслабление, ощущение покоя, приобретение способности управлять своими мыслями; осознание того, что отвлекает, и избавление от этого.

1. Сядь в кресло прямо, опираясь на спинку (но не напрягаясь), ноги должны касаться пола (можно сесть на пол, скрестив ноги). Закрой глаза.

2. Представь прекрасное голубое небо. По нему двигаются облака. Ты наблюдаешь ними. Если ты о чем-то думаешь, пусть твои мысли улетят вместе с облаками. Ты сосредоточен на небе. Человек, смотрящий на облака, — внутренний наблюдатель, тот, кто всегда наблюдает за твоими мыслями.

3. Внутренний наблюдатель очень спокоен, уравновешен и счастлив. Ты ощущаешь покой, тишину и радость.

4. Открой глаза. Некоторое время посиди спокойно. Затем медленно встань.

**Техника «Сад чувств».** Длительность: 5–8 минут. Возраст: от 7 лет. Цель: активизация чувств, достижение сосредоточенности.

1. Все, что написано дальше, кто-то должен читать или рассказывать. Можно включить классическую музыку.

2. Сядь поудобней в кресло и закрой глаза. Представь, что тыходишь в заброшенный сад и становишься его садовником.

3. Тебе хочется очистить его от мокрых листьев и веток, ты берешь грабли, садовые инструменты и начинаешь свою работу. Ты подстригаешь разросшуюся траву и срезаешь старые ветви. Заглядываешь в каждый уголок сада и везде наводишь порядок. Сажаешь новые цветы и кустарники, самые разные.

4. Сад наполняется прекрасными звуками: ты слышишь жужжание пчел, пение птиц, отдаленный шум водопада, потаенный звук глубокого покоя. Этот покой обновляет твои чувства.

5. Ты ощущаешь свежий запах сосны, чистого воздуха, благоухание розы, жасмина, лилии и множества других цветов; сильный, как крепкий кофе, запах земли. Воздух отдает дымком. Кто-то разжег костер. Представь что-нибудь вкусненькое, чтобы у тебя потекли слюнки.

6. Представляя это, опусти руки с края бревна, на котором ты сидишь, коснись прохладной влажной земли.

7. Ты можешь навсегда остаться в этом саду, он так много дарит тебе в благодарность за маленькую заботу. Все шесть чувств говорят тебе, что этот сад совершенен, и ты можешь прийти в него в любое время. Он цветет в твоём воображении, и каждый день там появляются новые ростки и цветы.

8. Несколько раз глубоко вдохни и выдохни, ощущая аромат воздуха. Медленно открой глаза. Если хочешь — можешь нарисовать сад или заняться чем-нибудь другим.

**Рисуночная техника «До и после».** Большинство детей любит рисовать и в рисунке гораздо охотнее, чем в словах, выражает свои сложные связанные с утратой чувства. Кроме того, данная техника позволяет ребенку передать собственные впечатления и переживания в момент наибольшей к этому готовности.

У многих детей, переживших психические травмы, формируется «псевдовзрослость» или усиливается тенденция к уходу в свой внутренний мир. В этих условиях проективные методики позволяют точнее оценить переживания ребенка и понять характерные для него способы защиты, внутрипсихические конфликты и потенциал, что, в свою очередь, дает психотерапевту возможность достаточно обоснованно использовать ту или иную форму психотерапевтической интервенции, в наибольшей степени отвечающую особенностям восприятия, потребностям и возможностям (как внутренним, так и внешним) ребенка.

Рисуночная техника «До и после» может использоваться для концентрации внимания ребенка на сложившейся ситуации; концентрации его внимания на изменениях внутрисемейных отношений; «проработки» чувств, связанных с утратой родителя и новыми возможностями, открывающимися после этого; совершенствования копинговых навыков ребенка.

Что касается последнего, то психотерапевт может использовать эту технику для демонстрации различных способов разрешения конфликтов и форм поведения, обладающих наибольшими адаптивными возможностями.



Для работы требуются бумага, карандаши, мелки или маркеры. При работе с неусидчивыми детьми рекомендуется пользоваться бумагой меньшего формата (стандартный А4) — это способствует концентрации внимания и снижает их импульсивность. Напротив, если ребенок слишком скован или переживает депрессию, лучше предложить ему большой лист бумаги: это сделает его более спонтанным.

Попросите ребенка нарисовать две картинки: одна должна изображать его семью до развода (или иного драматического события), другая — после (то есть в настоящий момент). С целью психологической оценки и последующей психотерапевтической работы обратите внимание на то, кто из членов семьи включен в рисунок, кто исключен, на расположение персонажей на рисунке.

### Приложение 20.

## КАК МОЖНО ПОМОЧЬ СЕМЬЕ, ПЕРЕЖИВШЕЙ ТРАВМУ (ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЙ И ДОБРОВОЛЬЦЕВ)

1. Помогите им понять, что все члены семьи, независимо от возраста, испытывают боль.
2. Объясните, что каждый выражает горе по-разному.
3. Иногда может создаваться впечатление, что человек равнодушен (например, когда он не плачет) или не владеет собой (например, когда он плачет «слишком много») — и то и другое суждение могут быть ошибочными.
4. Всегда помогайте семье принимать совместные решения относительно похорон, панихиды и т. д. Обычно в семье царит растерянность и кто-то один берет на себя ответственность за организацию необходимых формальностей. Однако позже, когда люди приходят в себя, могут возникнуть обиды и недоразумения.
5. Рассказывайте семье о том, какие реакции могут возникать в ближайшие месяцы, чтобы они не пугались каких-то неожиданных проявлений и не думали, что у них возникают какие-то отклонения от нормы.
6. Помогите обеспечить основные потребности семьи. Принесите продукты, поинтересуйтесь, не нужно ли их куда-то подвезти.
7. Дайте родителям и детям понять, что естественно хранить воспоминания об умершем.
8. Постарайтесь убедить семью присоединиться к группе поддержки — к людям, пережившим аналогичную травму. Это может быть полезно хотя бы для того, чтобы олучить необходимую литературу.
9. В период траура родителям, имеющим маленьких детей, понадобятся помощь совет по поводу того, как лучше вести себя с детьми. Было бы хорошо, чтобы кто-то из родных помог с детьми и дал им возможность побыть в одиночестве.
10. Дети снова и снова хотят слышать, что родители их не покинут, что они не остаются одни. Иными словами, надо позаботиться о том, чтобы они чувствовали себя в безопасности.
11. Напомните, что каждый горюет по-своему и в свое время. Для кого-то два года — о нормальный срок. А кто-то переходит к нормальной жизни раньше.

12. Тем не менее иногда мы становимся свидетелями саморазрушающего поведения, и в этом случае следует насторожиться. Речь идет о случаях, когда человек пьет, не возвращается на работу или перестает заботиться о себе или о детях. Обычно рутинные заботы по хозяйству возобновляются через несколько недель после пережитой трагедии. Конечно, приступы депрессии и печали могут случаться и в более поздний период, но если человек не в состоянии позаботиться о себе или о детях, следует обратиться за помощью.

13. Если возникают малейшие сомнения относительно нормативности поведения, сопровождающего утрату, следует обратиться за консультацией к специалисту.

14. И наконец, постарайтесь подготовить семью к переменам, которые будут происходить с течением времени. Кто-то должен будет взять на себя роль, ранее принадлежавшую покойному. Изменятся отношения. Жизнь станет иной. Это означает, что нужно поддерживать связь с семьей в течение нескольких месяцев, следующих за травмирующим событием, поскольку после периода острого горя могут возникать трудности, проблемы, неадекватное поведение.

### Приложение 21.

## МЕТОДИКА СИТУАТИВНО-ОБРАЗНОЙ ПСИХОРЕГУЛИРУЮЩЕЙ ТРЕНИРОВКИ (СОПТ)

Данная методика предназначена для мысленного воспроизведения экстремальной (критической, стрессовой) ситуации, вариантов ее развития, совершаемых действий и эмоционального фона деятельности в целях психологической подготовки и профилактики психических расстройств.

Методика используется при работе с группой численностью не более 12 человек. Наиболее эффективно занятие с применением видеозаписей, сделанных в реальной экстремальной ситуации, особенно если они сделаны непосредственно в данном подразделении. При отсутствии видеозаписей может использоваться устное воспроизведение реального эпизода деятельности, характеризующегося высоким эмоциональным воздействием на личный состав, психотравмирующим характером этого воздействия, реальной опасностью для жизни, возможными потерями личного состава (раненые и убитые сотрудники).

**Само занятие состоит из трех этапов:** 1) подготовка (подбор) экстремальной ситуации и ее оформление; 2) погружение участников в ситуацию и ситуативно-образный тренинг; 3) аналитический разбор ситуации и закрепление позитивных установок.

При использовании видеозаписи перед началом занятия она демонстрируется участникам, погружает их на визуальном и подсознательном уровне в ситуацию экстремального прошлого. Участники занятия должны располагаться, сидя в кругу. Если в начале занятия просматривался сюжет, то после его просмотра необходимо занять места по кругу, в котором руководитель располагается вместе с остальными участниками (именно в кругу, а не в его центре, сзади за спинами и т. п.). Далее руководителем занятия в устной форме задается один из реальных боевых эпизодов, участниками которого являлись присутствующие на занятии, с просьбой ко всем участникам занятия восстановить его в памяти как можно полнее и представить себе его зрительно.



**Первый этап.** Для того чтобы качественно провести СОПТ, необходимо подробно описать экстремальную ситуацию, которая берется из **реальной боевой (оперативной и др.) деятельности**. В крайнем случае экстремальная ситуация может создаваться искусственно.

Реальная экстремальная ситуация «срезается» при помощи интервью с ее участником. Для проведения интервью см. ниже «**Бланк метода последовательно динамической оценки СОПТ „экстремальная ситуация“**».

После того как экстремальная ситуация описана, подготавливается фразеология СОПТ, то есть расписывается все, что будет говорить руководитель занятия. Необходимо отметить, что эффективность СОПТ намного повышается, если она проводится в аутогипнотическом состоянии аутогенного погружения.

**Второй этап СОПТ можно условно разделить на четыре части:**

**1. Достижение аутогипнотического состояния.** Как правило, у участников СОПТ нет навыков самогипноза или аутогенной тренировки. Поэтому на данном этапе потребуется помощь руководителя. От сотрудников будет требоваться только мысленно повторять то, что говорит руководитель, и стараться как можно ярче представить те образы, о которых будет идти речь на занятиях. Вариант техники достижения самогипнотического погружения, в основе которого лежат приемы нейролингвистического программирования, см. «Вариант проведения ситуативно-образной психорегулирующей тренировки».

**2. Образное воспроизведение экстремальной ситуации.** Важно, чтобы сотрудник старался воспроизвести не только визуальные образы ситуации, но и слуховые, тактильные, вкусовые, дающие полную картину условий протекания (выполнения) экстремального вида деятельности. Образы воспроизводятся с помощью руководителя последовательно по мере развития событий.

**3. Образное формирование поведения и действий.** На этом этапе участники СОПТ при минимальном вмешательстве руководителя формируют образ своего поведения в ситуации. Это способствует развитию чувства уверенности в себе, своих силах, требуемых для экстремальной деятельности качеств. В этих целях сотрудники могут идентифицировать себя с конкретными или вымышленными личностями, которые являются для них эталоном поведения (смелости, мужества и уверенности в себе).

**4. Заканчивается ситуативно-образный тренинг целенаправленным, жестким самонаущением** уверенности, самообладания в самых сложных ситуациях экстремальной деятельности.

На третьем этапе СОПТ экстремальная ситуация подвергается рациональному разбору: анализируются ошибки, допущенные ее участниками, возможные варианты развития событий, ощущений, переживаний, возникших в ходе экстремальной ситуации. Разбор производится в форме свободной дискуссии либо беседы с личным составом.

#### Бланк метода последовательно динамической оценки СОПТ «экстремальная ситуация»

1. Как бы вы назвали пережитую вами ситуацию?
  2. Дата события \_\_\_\_\_, место события \_\_\_\_\_
  3. Время суток \_\_\_\_\_
- Погода: температура \_\_\_\_\_, осадки \_\_\_\_\_, облачность \_\_\_\_\_
- Общая длительность ситуации \_\_\_\_\_

4. Какую задачу выполняли вы, ваше подразделение до начала событий (что вы делали)? \_\_\_\_\_

5. Краткий сюжет ситуации (опишите в произвольной форме свои действия, действия товарищей, противника, как и почему развивались события) \_\_\_\_\_

6. Нарисуйте приблизительный план местности, порядок расположения подразделения, противника, отобразите динамику своих и чужих действий. Кратко опишите свои действия в каждой точке перемещения (необходимо отметить цифрами порядок перемещения по мере развития событий).

7. Принятое вами в боевой ситуации решение: \_\_\_\_\_

№	Решение	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
7.1	Оптимально для этой ситуации			
7.2	Возможны другие более верные решения			
7.3	Зависело от полученной вами информации			

8. Какие источники информации вы использовали при принятии решения?

9. Что из увиденного вами больше всего запомнилось? (что произвело наибольшее впечатление?)

№	Увиденное	В начале ситуации	В процессе ее развития	По ее окончании
1.				
...				

10. Какие звуки произвели наибольшее впечатление (запомнились больше всего)?

№	Услышанное	В начале ситуации	В процессе ее развития	По ее окончании
1.				
...				

11. Можете ли вы вспомнить и описать какие-либо запахи?

12. Можете ли вы вспомнить и описать какие-нибудь тактильные (осознательные) ощущения (возможно, те, которые мешали действовать)?

13. Опишите свои мысли (о чем вы думали) в процессе развития ситуации (какие мысли запомнились больше всего)?

14. Вспоминали ли вы что-либо в процессе развития событий, были ли у вас какие-либо ассоциации с происходящим?

15. Представляли ли вы себе, как могут закончиться для вас и ваших товарищей происходящие события (какие представления запомнились больше всего)?

16. Какие чувства и эмоции вызывала у вас картина развивающихся событий, ваши собственные представления?

17. Что больше всего из происходящих событий вызывало опасение за свое здоровье и жизнь?

18. Какие из раздражителей произвели на вас наибольшее впечатление (оцените каждый из приведенных ниже по силе воздействия на психику в 10-балльной шкале):

- визуальные картины —
- звуковые картины —
- обонятельные ощущения —



- тактильные ощущения —
- собственные представления —
- воспоминания —

19. Оцените степень силы воздействия психологических факторов экстремальной обстановки в 10-балльной шкале:

- опасность —
- дефицит времени —
- внезапность —
- увеличение темпа действий —
- новизна —
- недостаток информации —
- неопределенность —
- избыток информации —
- ответственность —
- погоднo-климатические условия —

20. Возникали ли в процессе развития ситуации у вас или ваших товарищей какие-либо отрицательные психические состояния, которые мешали выполнению поставленной задачи:

- сильный страх (у кого, как проявлялся) \_\_\_\_\_
- паника (почему и как возникла, в какой момент, как проявлялась) \_\_\_\_\_
- ступор (полное или частичное бездействие, отключение от выполнения поставленной задачи) \_\_\_\_\_
- другие состояния \_\_\_\_\_

21. Оцените, насколько сложной была ситуация для вас по нижеприводимой шкале:

- безвыходная —
- очень сложная —
- сложная —
- средняя —
- простая —
- очень простая —

22. Рисковали ли вы в ситуации (как и в чем)? Оцените степень риска в 10-балльной шкале \_\_\_\_\_

23. Имели ли вы ранее опыт нахождения в экстремальной ситуации? \_\_\_\_\_

#### Вариант проведения ситуативно-образной психорегулирующей тренировки

Специальность: \_\_\_\_\_

Количество участников: \_\_\_\_\_

Номер СОПТ: \_\_\_\_\_

Участники СОПТ боевого опыта не имеют.

Место и время проведения: \_\_\_\_\_

СОПТ проводится за 10 дней до начала выполнения боевой задачи.

Используемая ситуация: реальная, по опыту ведения боевых действий в Чеченской республике.

#### Начало тренировки. Вступительное слово.

1. Довести цели проводимого занятия (изучить опыт и поведение в ситуациях реальной опасности, провести мысленную тренировку действий при внезапном начале обстрела противником позиций подразделения).

2. Довести форму проведения занятия.

3. Задачи участников: 1) внимательно познакомиться с описанием ситуации; 2) мысленно представить разворачивающиеся события, свои действия в них, эмоции и чувства, о которых будет говорить руководитель в процессе тренировки; 3) разбирать возможные ошибки, допущенные субъектом ситуации, и возможные варианты развития ситуации.

**Знакомство участников СОПТ с описанием ситуации.** Руководитель тренировки подробно доводит до участников описание ситуации (где, когда и как происходили события, кто был их субъектом, их результат).

На данном этапе нецелесообразно проводить разбор ошибок и возможных вариантов развития событий, это лучше всего сделать после образного психотренинга.

**Образный психотренинг.** Обращаем внимание руководителя занятия на некоторую специфику построения предложений и фраз в психотренинге, вариант которого приведен ниже; она позволяет достигать большей эффективности занятия.

#### Этап 1: достижение состояния самогипнотического погружения

**Руководитель:** «Примите удобную позу, закройте глаза и мысленно старайтесь представить себе все то, о чем я буду говорить».

Задействованная модальность	Фразеология
<b>Первый блок формул 4+1</b>	
1 — зрительная	<ul style="list-style-type: none"> <li>• хорошо представьте себе окружающую вас обстановку*, ... комнату и</li> <li>• то, что вы сидите на стуле... и</li> <li>• чувствуете, как ваша спина опирается на его спинку... и</li> <li>• вы хорошо слышите мой голос... и</li> <li>• чувствуете себя вполне спокойно...</li> </ul>
2 — зрительная	
3 — тактильная	
4 — слуховая	
бесканальная	
<b>Второй блок 3+2</b>	
1 — тактильная	<ul style="list-style-type: none"> <li>• почувствуйте свои руки, то, как они лежат... и</li> <li>• представьте, как бьется ваше сердце... и</li> <li>• спокойно...</li> <li>• поднимается и опускается ваша грудная клетка при дыхании</li> <li>• и это помогает вам расслабиться... и подготовиться к занятию</li> </ul>
2 — зрительная	
бесканальная	
3 — тактильная	
бесканальная	
<b>Третий блок формул 2+3</b>	
1 — слуховая	<ul style="list-style-type: none"> <li>• вы по-прежнему хорошо слышите мой голос...</li> <li>• и, возможно, еще какие-либо звуки...</li> <li>• и это помогает... чувствовать себя удобно...</li> <li>• и спокойно...</li> <li>• помогает неторопливому... течению мыслей</li> </ul>
2 — слуховая	
бесканальная	
бесканальная	
бесканальная	
<b>Четвертый блок формул 1+4</b>	
1 — слуховая	<ul style="list-style-type: none"> <li>• слушая меня...</li> <li>• вы ощущаете спокойную</li> <li>• расслабленность...</li> <li>• это вызывает такие ощущения... как у дремлющего человека... это</li> <li>• ощущение усталой тяжести в теле</li> </ul>
бесканальная	
бесканальная	
бесканальная	
бесканальная	

\* Многооточием (...) обозначается пауза (3–5 секунд). Слова нужно произносить ясно, спокойно, нараспев.



**Этап 2: образное воспроизведение и образное вживание в боевую ситуацию**

**Фразеология.** «Все ваши ощущения... помогают вам подготовиться к занятию... как можно ярче представить себе боевую ситуацию... свои действия в ней... и это помогает вам всегда быть уверенным... смелым... в бою...»

Представьте себе, что вы находитесь в районе боевых действий... и ваше подразделение... выполняет важную боевую задачу... вы защищаете свою страну... и это вызывает у вас чувство гордости...

Позиции вашего подразделения расположены в горах... мысленно осмотритесь вокруг... перед вами горы... и, если вы поднимете голову... то увидите голубое небо... яркое солнце... очень жаркая погода... душно.

В нескольких десятках метров от вас стоит ваш БТР... и он обращен в сторону гор. Вы вместе с товарищами выполняете хозяйственные работы... вы слышите разговоры товарищей... и чувствуете запах пыли...

Внезапно вы слышите выстрелы... стреляют с гор... и вы видите, как пули поднимают фонтаны песка... и слышите их свист... крики...

Вы падаете... чувствуете горячую землю... и пыль... очень сильный огонь... а вы на открытой площади... вам хочется укрыться... или спрятаться... вы испуганы...

Перед собой вы видите раненых... их кровь... слышите их стоны... Свист пуль вызывает сильное биение сердца... частое дыхание...

Вы знаете, что надо одолеть страх... и добежать до БТРа по открытой площади... под огнем... вам надо стрелять... и вы знаете... что вам надо преодолеть страх... усилием воли... справиться с испугом...

Вы знаете... от ваших действий... зависит многое... жизнь товарищей... победа... вам надо стрелять...

Вы чувствуете... что можете преодолеть страх... и это чувство вызывает у вас... прилив сил и уверенности...

Вы спокойно намечаете маршрут, по которому преодолеете открытый участок местности... отталкиваетесь руками от теплой земли... встаете и бежите к БТРу... а в мыслях только одно — надо стрелять... надо помочь товарищам... и, преодолев страх, вы чувствуете спокойную уверенность в себе... знаете, что добьетесь успеха... вы добегаєте... ощущаете горячую броню БТРа... вы в башне... прицеливаетесь... и открываете огонь... вы ненавидите врага... вы стреляете и стреляете...

Внезапно огонь противника прекращается... бой окончен, и вы чувствуете усталость и радостный подъем... вы преодолели страх, вы не подвели товарищей... вы были смелым и решительным...

**Этап 3: повторное проигрывание ситуации с построением модели поведения в условиях реальной опасности, развитие требуемых для боя качеств.**

**Руководитель:** «Теперь вспомните ситуацию и представьте, как бы в ней действовал идеальный воин... попробуйте вжиться в этот образ... и еще раз мысленно проиграйте всю ситуацию в новом образе».

**Этап 4: самовнушение уверенности в своих силах, смелости и готовности действовать в самых сложных ситуациях боевой деятельности.**

**Руководитель:** «Вы слышите меня и будете мысленно повторять за мной фразы, которые я буду произносить».

Я спокоен и уверен в любой обстановке (3 раза).

Я смел и ловок в бою (3 раза).

Я все могу (3 раза).

Я выполню любую боевую задачу (3 раза).

Я все могу (3 раза)

Вы хорошо слышите мой голос... и сейчас каждый из вас начнет мысленно считать до десяти... повторяя после каждой цифры фразу «Я все могу»... и на счет «десять» ваши глаза откроются... (руководитель громко и медленно начинает считать до десяти)».

**Этап 5: рациональный разбор ситуации, проведение свободной дискуссии.**

После того как военнослужащие откроют глаза, руководитель занятия приступает к последнему этапу СОПТ. Он проводится в форме свободной дискуссии. Каждый военнослужащий высказывает свое мнение о ситуации, возможных вариантах ее развития, способах поведения в подобных условиях. В заключение каждый может поделиться своими впечатлениями о проведенной тренировке.

Целесообразно, чтобы на этапе подготовки к экстремальным условиям деятельности проводилось 6–8 СОПТ. Такое их количество способствует развитию первичных навыков самогипноза, что сокращает время на проведение тренировок и повышает их эффективность.

**Приложение 22.**

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ САМОПОМОЩЬ И КОРРЕКЦИЯ ПОВЕДЕНИЯ СОТРУДНИКОВ, ВЫПОЛНЯВШИХ ЗАДАЧИ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ<sup>150</sup>**

**Гимнастика настроения.** Для мотивирования сотрудника на овладение данной техникой психолог объясняет ему принцип воздействия предложенных упражнений на самочувствие: «Гимнастические упражнения оказывают на организм человека сложное комплексное воздействие. При этом стимулируются биологически активные точки и зоны нашего тела. В результате начинают выделяться особые гормоны — эндорфины.

Именно они во многом обуславливают чувство уверенности, желание работать, повышают устойчивость к воздействию различных стрессогенных факторов, снижают болевую чувствительность, влияют на формирование хорошего настроения и положительных эмоций. А раз так, то человеку легче противостоять различным заболеваниям.

Даже простудные заболевания у человека с положительным эмоциональным тонусом возникают реже. Предлагаемый комплекс назван гимнастикой настроения. Его особенность заключается в том, что все упражнения предназначены для целенаправленной стимуляции тех мышечных ощущений, которые вызывают повышение эмоционального фона настроения. Упражнения должны быть удобны, их следует делать до тех пор, пока эти мышечные ощущения присутствуют».

<sup>150</sup> Формирование психологической готовности и обеспечение профессиональной надежности сотрудников пограничных органов в условиях экстремальной обстановки на границе: сборник статей / под общей редакцией В. И. Городинского. Голыцино: ГПИ ФСБ России, 2008.



Предлагаются варианты упражнений.

**«Потягивание».** Исходное положение — обычная стойка, ноги на ширине плеч. Поднять руки перед собой и сделать отталкивающее движение. Представьте себе препятствие, которое надо оттолкнуть основанием ладони. При правильном выполнении в предплечьях, плечах и даже между лопатками появится приятное ощущение, которое бывает в тот момент, когда удастся сладко потянуться. Сделав 5–6 отталкивающих движений перед собой, поднять руки вверх. Теперь мысленно поднять вверх груз, находящийся прямо над головой. Развести руки в стороны и начать отталкивать мнимое препятствие, находящееся справа и слева. Наконец, таким же образом надо как бы оттолкнуться от препятствия внизу перед собой, а затем сзади.

**«Разрезание».** Исходное положение — то же. Вытянуть вперед руки и начать их попеременно скрещивать. При этом сначала правая рука оказывается над левой. Затем левая над правой и т. д. Повторив эти движения 10–12 раз, поднять руки вверх и продолжать движения в том же темпе. Затем опустить руки вниз, завести их за спину и повторить эти движения еще 10–12 раз. В этом положении мышечные ощущения наиболее выражены.

**«Отталкивание».** Цель упражнения — вызвать ощущение нагрузки преимущественно в мышцах ног. Сидя на стуле или диване, поднять ноги от пола, выпрямить их и согнуть в голеностопном суставе, как бы отталкиваясь от воображаемого препятствия пятками, как будто кончиками пальцев вы тянете на себя резиновые амортизаторы. Упражнение следует выполнять в трех вариантах: сначала вытянуть ноги вперед, когда носки и пятки параллельны, затем, развернув носки в стороны, после пяти-шести повторений пятки разводятся, носки несколько сходятся. Мышечное чувство в этом случае ощущается на воображаемых лампах.

**«Лицо».** Исходное положение — ноги на ширине плеч, руки на поясе. На вдохе начинаете склоняться назад, тело выгибается подобно луку, и вы чувствуете, как напрягаются мышцы лица, как разглаживаются все морщинки, кожа становится более упругой. На выдохе наклонитесь вперед, мышцы лица должны расслабиться: слегка потрясите головой из стороны в сторону, вперед и назад. Упражнение выполнять 10–15 раз.

**«Встряхивание».** Исходное положение — встать прямо, опустить руки вдоль тела, ноги на ширине плеч. Слегка поднимитесь на носки, а потом опуститесь на всю ступню. Можно слегка подпрыгивать на носках. Главное, чтобы при этом расслабление всех мышц тела и лица было максимальным. Надо чувствовать, что все мышцы как бы сотрясаются в такт движению и это сотрясение доставляет удовольствие.

Данный комплекс упражнений адресован для самостоятельного проведения. Не рекомендуется проводить «гимнастику настроения» перед сном, так как она обладает выраженным тонизирующим эффектом.

**Дыхательная гимнастика.** Дыхание — это единственная вегетативная функция, на которую человек с легкостью оказывает произвольное влияние, задавая тем самым режим функционирования различных физиологических систем. Поэтому тренировка дыхания считается одним из эффективных способов регуляции состояния.

Основы использованных упражнений во многом заимствованы из системы йогов. Их смысл состоит в сознательном контроле за частотой, глубиной и ритмом дыхания. Единственным «метрономом», помогающим правильно выбрать и контролировать эти параметры, служит частота сердцебиения — по пульсу устанавливается продолжительность вдоха и выдоха.

В зависимости от типа используемых упражнений их воздействие может быть достаточно продолжительным и иметь как успокаивающий, так и активизирующий характер. Известно, что дыхание с более продолжительным вдохом ведет к активизации организма, а с более продолжительным выдохом, наоборот, вызывает успокоение. В литературе можно найти детализированное описание различных комплексов дыхательной гимнастики, которые после необходимого этапа усвоения и тренировки положительно влияют на умственную и физическую работоспособность, а также помогают снять усталость, напряжение, тревогу. Использование этих упражнений в комплексе с другими приемами повышает их эффективность. Особенно благоприятно оказывается их сочетание с техниками нервно-мышечной релаксации и аутогенной тренировки.

Дыхательные упражнения гармонично вплетались в сеанс активной релаксации. Можно научиться напрягать и расслаблять различные группы мышц, мысленно вдыхая и выдыхая теплый воздух через руки, ноги, живот, лицо, глаза, губы и т. д., а холодный воздух, подобный легкому ветру, через лоб. С помощью этого приема облегчается головная боль, боль в суставах, мышцах.

#### **Дыхательные упражнения, обладающие успокаивающим действием**

**«Полное дыхание».** Исходное положение — стоя, сидя, лежа. Ноги вместе, руки опущены вдоль туловища, плечи расслаблены, живот после выдоха втянут. Из этого положения начинается медленный вдох через нос: вначале воздух поступает в нижние отделы легких — живот медленно выпячивается, затем раздвигаются нижние ребра и средняя часть грудной клетки — живот несколько вытягивается внутрь. В конце вдоха полностью заполняются верхние отделы легких — раздвигаются и поднимаются плечи, выпячивается грудь, живот подтянут. По окончании вдоха начинается медленный выдох, также осуществляемый через нос: вначале воздух выходит из нижних отделов легких за счет втягивания живота, затем сжимаются нижние и средние отделы грудной клетки. Выдох заканчивается освобождением от воздуха верхних отделов легких. Плечи при этом опускаются, живот остается втянутым.

После окончания выдоха перед началом вдоха делается пауза, продолжительность которой изменяется в зависимости от того, насколько человек тренирован. На эффективность упражнения главным образом влияет соотношение основных фаз дыхания (вдох, выдох, пауза). У начинающих соотношение времени между разными фазами должно индивидуально варьировать. Не форсируя усвоение жесткого ритма, следует делать акцент на максимально продолжительном вдохе и выдохе, которые приблизительно равны по времени выполнения. Пауза в начале тренировок должна соответствовать половине времени, затраченного на вдох. По мере выработки навыка продолжительность паузы может увеличиваться. В начале тренировок полное дыхание выполняется по два-три раза, по мере тренировок число повторов увеличивается. При проведении занятий внимание уделяется чистоте и влажности воздуха.

**«Полное дыхание с задержкой на вдохе».** Исходная поза — стоя, сидя, лежа. Все внимание сосредоточено на сердце. На вдохе и выдохе техника соответствует предыдущему упражнению. Вдох выполняется через нос на восемь ударов пульса, после чего дыхание задерживается. Выдох начинается осуществляться в момент появления чувства напряжения или усталости. Время выдоха соответствует восьми ударам пульса. По мере тренировки продолжительность задержки дыхания на вдохе увеличивается (в релаксационных целях достаточно соотношения 2:1 к продолжительности вдоха). Для достижения эффекта упражнение повторяется три раза.



**Упражнения, обладающие укрепляющим и восстановительным действием**

**«Дыхание через одну ноздрю».** Исходная поза — сидя, корпус выпрямлен. Указательный палец правой руки расположен в центре лба между бровями, большой и средний пальцы при этом находятся по бокам носа. После энергичного выдоха зажать правую ноздрю большим пальцем, медленный вдох (по типу полного дыхания) произвести через свободную левую ноздрю. По окончании вдоха обе ноздри зажимаются пальцами и задерживается дыхание. Затем делается медленный выдох через правую ноздрю (левая закрыта пальцем) и сразу же после этого медленный вдох через эту же ноздрю. По окончании вдоха делается задержка дыхания, после чего воздух выдыхается через левую ноздрю. Описанная последовательность соответствует одному циклу. Для достижения положительного эффекта нужно выполнить три таких цикла.

На начальном этапе тренировки можно выполнять упражнение без фазы задержки дыхания на вдохе. Соотношение продолжительности вдоха и выдоха в этом случае 1:1 по четыре, шесть или восемь ударов пульса на вдох и выдох. По мере тренировки ввести задержку дыхания, сначала выполняя полный цикл при равной продолжительности, а затем с распределением продолжительности вдоха, задержки и выдоха в соотношении 1:4:2.

**«Дыхание, укрепляющее нервную систему, концентрирующее внимание».** Исходная поза — стоя или сидя. Сделав выдох, немедленно осуществить вдох с одновременным подъемом перед собой рук ладонями вверх на уровень плеч. Кисти рук сжимаются в кулаки, и на задержке дыхания руки быстро сгибаются в локтях кулаками к плечам. Затем очень медленно, с напряжением, руки возвращаются в исходное положение. На выдохе руки медленно опускаются вниз. В начале тренировки на задержке дыхания выполняется один цикл сгибания — разгибания рук. Затем количество циклов на одной задержке увеличивается до двух-трех.

Упражнение выполняется до трех раз с небольшими промежутками для отдыха, во время которого руки опущены, туловище наклонено вперед. Противопоказания: гипертоническая болезнь.

**Упражнение для нормализации деятельности брюшной полости.** Исходное положение — стоя или лежа, руки опущены вдоль туловища. Одновременно с выдохом через нос максимально втягивается живот, при вдохе живот максимально выдвигается вперед. В начале тренировки упражнение выполняется в медленном темпе, при этом обращается внимание на полную синхронность движений живота и ритма дыхания. По мере усвоения навыка скорость движений и их число постепенно увеличивается. Противопоказания: болезни сердца, гипертоническая болезнь.

**Ха-дыхание.** Упражнение обладает выраженным тонизирующим эффектом. Исходное положение — стоя или сидя, руки опущены вдоль туловища. Одновременно с глубоким вдохом (по типу полного дыхания) руки медленно через стороны поднимаются над головой. После этого дыхание задерживается. Затем корпус резко наклоняется вперед, руки сбрасываются вниз перед собой, и одновременно через рот делается форсированный выдох. За счет быстрого и полного выдоха произносится звук «ха». Упражнение повторяется два-три раза.

**«Гимнастика мозга» доктора Г. Деннисона.** Известное явление функциональной асимметрии больших полушарий головного мозга распространяется на ряд важнейших психических функций. Левое полушарие в своей работе выступает как ведущее в осуществлении речевых и других, связанных с речью функций: чтение, письмо, счет,

логическая память, словесно-логическое или абстрактное мышление, произвольная речевая регуляция других психических процессов и состояний.

Правое полушарие связано с осуществлением не связанных речью психических функций, обычно протекающих на чувственном уровне, в наглядно-действенном плане.

В процессе индивидуального развития человека происходит постепенное усиление специализации в работе левого и правого полушарий. «Гимнастика мозга», предложенная Г. Деннисоном, направлена на улучшение взаимодействия между правым и левым полушариями головного мозга, что позволило нам корректировать такие последствия воздействия стресса, как снижение уровня концентрации внимания, ослабление памяти, замедленное мышление.

**Упражнение 1. «Ленивые восьмерки».** Вытяните правую руку перед собой, поднимите большой палец, сложив остальные пальцы в кулак. Медленно очерчивайте вытянутой рукой перед собой лежащие восьмерки (знак бесконечности) с размахом примерно 1 метр, фиксируя взгляд на большом пальце. Делайте восьмерки по три раза каждой рукой, затем обеими руками вместе.

**Упражнение 2. «Слон».** Согните колени, прижмите голову к плечу и вытяните руку вперед. Используйте работу ребер так, чтобы начать движение верхней части тела в процессе начертания «ленивой восьмерки». Следите за движением пальца. Повторите то же самое другой рукой.

**Упражнение 3. «Вращение шеи».** Наклоните голову вперед, поднимите плечи. Делайте головой нежные вращения из стороны в сторону, изгоняя напряжение. Отведите голову назад и продолжайте вращение. Повторите то же самое с опущенными плечами.

**Упражнение 4. «Перекрестные движения».** Выполняются в любом положении (сидя, стоя, лежа) в разных вариантах: а) правой рукой коснуться левой ноги спереди и сзади, поменять руку и ногу; б) локтем правой руки коснуться левого колена, поменять руку и ногу; в) одновременно поднять правую руку и левую ногу, поменять руку и ногу. Аналогичные упражнения можно придумать самостоятельно. Желательно выполнять их под музыку.

**Упражнение 5. «Кобра».** Выполняется лежа на животе. Представьте себе, что вы змея, и спокойно вытяните голову назад, вытягивая следом верхнюю часть туловища. Мышцы ниже пояса держите неподвижными и расслабленными.

**Упражнение 6. «Накачивание мышц ног».** Найдите опору (например, спинку стула). Возьмитесь за нее руками. Поставьте правую ногу впереди и слегка согните в колене. Наклонитесь вперед, сделайте выдох и, мягко опуская, прижмите пятку левой ноги к полу. Поднимите пятку и сделайте глубокий вдох.

Повторите упражнение трижды для каждой ноги.

**Энергетические упражнения** представляют собой воздействие на определенные точки и участки тела.

**Упражнение 7. «Кнопки мозга».** Положив одну руку на пупок, другой рукой массировать глубинные точки у нижних оснований ключиц по направлению вправо и влево от грудины. Менять руки.

**Упражнение 8. «Точки Земли».** Надавите двумя пальцами одной руки под нижней губой, а другой рукой — на верхний край лобковой кости. Вдохните глубоко, мысленно доведя энергию до центра тела.

**Упражнение 9. «Кнопки баланса».** Надавите двумя пальцами одной руки в углубление под ухом у основания челюсти. Сделайте глубокий медленный вдох. Надавите на углубление под другим ухом.



**Упражнение 10. «Кнопки космоса».** Надавите двумя пальцами одной руки над верхней губой, а другой рукой на копчик. Сохраняйте это положение в течение одной минуты. Поменяйте руки.

**Упражнение 11. «Думающая шляпа».** Мягко массируйте руками свои уши, заворачивая их сверху вниз. Повторите трижды.

**Упражнение 12. «Связки повара».** Положите левую лодыжку на правое колено. Затем обхватите правой рукой левую лодыжку, далее левой рукой возьмитесь поперек за левую стопу. Посидите так минуту, делая глубокие вдохи, с закрытыми глазами и прижав язык к небу. Затем опустите левую ногу на пол и прижмите руки подушечками пальцев друг к другу, продолжая глубоко дышать в течение еще одной минуты. Повторите для другой ноги.

**Упражнение 13. «Точки самоуверенности».** Точки возбуждаются легким надавливанием и натягивающим кожу лба движением. Точки находятся как раз над глазными яблоками посередине между линией волос и бровями.

В процессе работы мы выяснили, что применение данных упражнений приносит ощутимую пользу при решении некоторых проблем, характерных для раненых.

#### Применение упражнений «Гимнастики мозга» при ПТСР

Область применения	Рекомендуемые упражнения
Навыки самоорганизации	«Кнопки Земли», «Кнопки космоса», «Кнопки баланса»
Навыки активного слушания и запоминания	«Думающая шляпа», «Перекрестные движения», «Слон», «Связки повара»
Интеграция вытесненных переживаний в сознательный опыт	«Перекрестные движения», «Кнопки баланса», «Точки самоуверенности», «Вращение шеи», «Слон»
Восстановление работоспособности	«Ленивые восьмерки», «Перекрестные движения», «Кнопки мозга», «Связки повара», «Вращение шеи», «Накачивание мышц ног»
Восстановление координации движений	«Ленивые восьмерки», «Кнопки баланса», «Точки самоуверенности», «Связки повара», «Вращение шеи»
Способность управлять собой в любых ситуациях	«Точки самоуверенности», «Связки повара», «Кнопки баланса»

**Аутогенная тренировка.** В современной психологической литературе можно встретить огромное количество описаний различных методов аутогенной тренировки (АТ), но, как правило, все они сводятся к простому мышечному расслаблению, разогреванию тех или иных зон тела путем сосредоточенного внимания и самовнушения.

Основой АТ является работа бессознательных, зато более связанных с жизнью тела, психических механизмов. В них Я, которое мы почти постоянно осознаем, безусловно присутствует, но как начало скорее созерцательное, чем мыслящее, скорее направляющее телесные процессы, чем повелевающее ими. И поэтому АТ — не отработка очередных упражнений, не дополнительная психологическая или психофизиологическая нагрузка, а, наоборот, превосходная психологическая разгрузка, дающая добавок навыки саморегуляции. Так что, приступая к АТ, мы предлагали пациентам: «Настройтесь по отношению к себе миролюбиво и заботливо, все, что предстоит делать, должно делаться с удовольствием. Это не борьба. Это отдых».

**Вариант аутогенной тренировки.** Сознательное достижение необыденного душевного состояния требует прохождения определенных стадий. Для получения положительного

эффекта надо уметь формировать в себе эти стадии, что предполагает терпеливые тренировки не менее одного, но и не более двух раз в день.

Последовательное выполнение всех элементов 1-й ступени АТ первоначально занимает 20–30 минут. При регулярных занятиях уже через несколько дней длительность сеанса сократится: при хороших способностях к АТ до 5–7 минут, если способности не выражены — до 10–12 минут.

**Упражнение на концентрацию.** Начните тренинг с ограничения числа внешних раздражителей: сядьте на стул поудобнее, чуть свесьте голову, чтобы мышцы шеи и всего тела как можно меньше сигналили о своем напряжении; закройте глаза, чтобы их не раздражал свет. Если возможно, начинайте обучение в одиночестве, в тихом помещении. Руки положите распластанными ладонями (пальцы вместе) на свои бедра. Чуть подтяните ладони к себе, чтобы расслабить плечевые мышцы. Проверьте, удобно ли вам. Не надо застыть в одной позе, разрешается подправлять ее ради удобства. Пояс должен быть расслаблен, как и ворот.

Теперь поучитесь созерцанию. Здесь можно посоветовать следующее: при закрытых глазах размышляйте о пространстве, которое занято вашим телом. Попытайтесь ощутить границы поверхности, за которой вы как физическое тело заканчиваетесь. Не рвитесь за эти границы, отступите в глубь себя и с минуту держите внимание «в себе». Это называется «войти в свое пространство». Не надо смотреть на часы или вести счет про себя: «с минуту» — это то, что вам кажется с минуту.

Теперь откройте глаза и с минуту рассматривайте то, что оказалось в поле вашего зрения, будь то часть стены, предмет мебели, собственные руки, ковер на полу и т. д. Вникайте в детали того, на что вы смотрите. Например, если это ваши руки, изучайте все их складки, прожилки, исследуйте форму пальцев, ногтей.

Снова закройте глаза и попробуйте вообразить себе увиденное. Откройте глаза и проверьте, какие детали вы упустили.

Встаньте, сделайте несколько энергичных движений, а затем опять примите вышеописанную удобную позу. Закрыв глаза, сделайте глубокий вдох, полный выдох и начните дышать медленно (то есть в том темпе, который кажется вам медленным). Сопровождайте вдох и выдох медленным счетом. Установите, на какой цифре заканчивается ваш вдох и какой счет требуется для выдоха. Попробуйте постепенно удлинить ваш вдох на 2–3 счета, а выдох — на 3–4. Однако если это вызывает чувство дискомфорта, вернитесь к той длительности вдоха и выдоха, которая вам приятна. После этого перестаньте вести счет.

Представьте себе, что по мере вдоха грудная клетка постепенно наполняется голубым свечением. А на выдохе это свечение меркнет и исчезает (внутри грудной клетки бархатная чернота). Если не получается сразу, то хотя бы думайте о голубизне. Пусть в памяти всплывет голубое небо, летнее, ласковое, пусть это будет хотя бы смутный образ голубизны.

Дыхательное упражнение не должно утомлять вас. При первых же признаках утомления (независимо от того, получается или нет) прекратите АТ. Для этого существует специальный прием.

**Выход из погруженности.** Вспомните, оставаясь расслабленным, энергичные, радостные движения, которые вам доводилось испытать. Например, быстрый бег, прыжки на волейбольной площадке, танец или что-то еще подобное. Показатель того, что вы настроились на двигательную активность, — это отчетливое ощущение «надоело сидеть в одной позе».



Сожмите руки в кулаки и с напряжением вытяните их в направлении колен.

Вскиньте выпрямленные руки (как бы держащие гриф штанги) над головой, откройте глаза и посмотрите вверх на свои сжатые кулаки. В этот момент остатки расслабленности исчезают. Встаньте, пройдитесь по комнате, сделайте несколько энергичных движений.

**Медленное (полное дыхание).** Если после выполнения первого упражнения вы не чувствуете дискомфорта, продолжая представлять себе голубое свечение, сделайте несколько дыхательных циклов полного дыхания. О правильности выполнения свидетельствуют следующие эффекты: 1) нарастающее расслабление мускулатуры тела (голова клонится книзу, руки и ноги тяжелеют, как после физической нагрузки); 2) затуманивание сознания (в начале тренировок возможно легкое головокружение); 3) чувство отрешенности от внешних раздражителей (в начале тренировок для быстрого достижения эффекта можно между собой и внешними звуками мысленно помещать толстый слой ваты или толстое стекло, звуки слышны, но как бы издавала. При систематических тренировках эффект отрешенности появляется произвольно).

У новичков эффекты полного дыхания (или хотя бы один из них) появляются к седьмому-девятому дыхательному циклу (ДЦ). Для тренированного человека достаточно трех и менее ДЦ.

Перед тем как перейти к следующим упражнениям, проведите первое погружающее самовнушение. Медленно и уверенно повторяйте про себя 3–4 раза: «Я абсолютно спокоен. Тело расслаблено, дыхание ровное. Я отдыхаю».

**Утяжеление и согревание рук.** Сосредоточьте внимание на своей правой ладони. Она неподвижно лежит на бедре, чуть выше колена. Вообразите себе, что кожа правой ладони становится в десятки раз чувствительнее, чем обычно. Это усиление кожной чувствительности начинается с подушечек пальцев, медленно распространяется на ладонную поверхность пальцев, дальше — на подпальцевые бугры, на центр ладони и ее большие бугры — вплоть до запястья. Мысленно «пропутешествовав» до запястья, вернитесь к подушечкам пальцев и вновь прогоните по всей ладони «волну» повышенной чувствительности.

Если это у вас плохо получается, подложите под ладонь ворсистую или рубчатую ткань, например свитер грубой вязки. Во время тренировки чувствительности старайтесь не пропускать ни одного выступа тканевой фактуры.

По мере концентрации вашего внимания на ладони она начинает медленно согреваться и тяжелеет. После первой же «волны» начинайте сопоставлять ее вес и температуру с весом и температурой левой ладони. Правая вскоре становится тяжелее, она давит своим весом на бедро ощутимее, чем левая. В правой разливается приятное тепло, чего пока нет в левой. Если вы не уверены в возникших ощущениях тепла и тяжести, прогоняйте «волну» еще и еще.

Может возникнуть и парадоксальный эффект: вы занимаетесь правой ладонью, а согревается и тяжелеет левая. Это не должно вас смущать, организму виднее, что и когда делать. Какая бы ладонь ни отяжелела, воспользуйтесь этим для очередного погружающего самовнушения: 3–4 раза повторите про себя: «Моя ладонь тяжелая и теплая».

Далее переключите внимание на другую ладонь. Занимайтесь до тех пор, пока обе ладони не сравняются по теплоте и весу. Закрепите достигнутое трехкратным повторением погружающего самовнушения: «Обе мои ладони тяжелые и теплые».

**Расслабление губ и языка.** Медленно скользите вниманием по линии смыкания губ, например слева направо. Усиьте чувствительность губ и сосредоточьтесь на представлении о том, что губы смыкаются не по сплошной, а по пунктирной линии. Дойдя до

правого угла рта, скользите вниманием справа налево, держа в уме то же представление. Если проделать это несколько раз, вы обнаружите, что ваши губы стали мягкими, как бы хочется «распуститьсь». И это знак, что можно перейти к работе с языком.

Его край образует внутри рта подковообразную кривую. Начните, скажем, с левого конца этой подковы и медленно продвигайте внимание по краю языка. Он слегка соприкасается с внутренней поверхностью зубов, обычно эти ощущения не замечают нами, в АТ вам предлагается старательно их отслеживать. Дойдя до правого конца «подковы», двигайтесь в обратном направлении. Повторите эту процедуру 2–3 раза.

Теперь представьте себе, что вы почесываете обращенную к небу поверхность языка зубной щеткой, скользя изнутри рта наружу. Прodelайте это 2–3 раза, и вы заметите, что чувствительность языка возросла и начинает ощущаться обычно не замечаемое прилегание языка к небу. В итоге появляется ощущение «набухающего», тяжелеющего языка, словно ему тесно во рту и он готов высунуться сквозь неплотно сомкнутые губы.

Если искомое ощущение не появилось, начните все сначала (губы, язык). Если оно появилось и далее, готовьтесь к выходу из погружения. С тренировками это ощущение появится.

Если получилось, закрепите достигнутое погружающим самовнушением: «Мои губы расслаблены. Язык тяжелый, неповоротливый».

**«Треугольник тяжести».** Обратите внимание, вы создали три точки преимущественного ощущения тяжести в теле — две ладони и язык. Скользите вниманием по этому треугольнику. По часовой стрелке: тяжелый язык — тяжелая правая ладонь — тяжелая левая. Теперь против часовой стрелки. Тем временем произносите про себя снова и снова: «Треугольник тяжести... Треугольник тяжести». Убедившись, что вы способны одновременно чувствовать тяжесть во всех этих трех точках, прекратите самовнушение и окиньте мысленным взором достигнутое состояние.

Вы дышите ровно, спокойно, тело расслабилось. Ладони и язык тяжелые. Усилились затуманенность и отрешенность. Достигнув этого состояния, вы можете переходить к завершающему этапу 1-й ступени АТ.

**Нацеливающее самовнушение.** Содержание (формулу) такого самовнушения необходимо согласовать с психологом, который хорошо вас знает. Самодеятельность не только не уместна, но и небезопасна. В АТ мы сознательно ведем себя к необычному состоянию сознания, а в таком состоянии сказанное себе приобретает характер трудноотменимой или неотменяемой установки, определяющей дальнейшее поведение.

Итогом проведения психокоррекционных мероприятий является создание условий успешной адаптации сотрудника к нормальной обстановке. Для достижения этой цели важно интегрировать травмирующие переживания в позитивный жизненный опыт.

Существенную роль играет подготовка к переживанию тех симптомов и реакций, которые могут возникнуть в будущем. Подготовка к проведению данного этапа начинается с этапа диагностики, на котором выясняются положительные, эмоционально значимые для пациента моменты жизни в привычных условиях. На следующих этапах происходит «привязка» сотрудника к данным факторам с целью создать позитивную мотивацию для скорейшего выздоровления.

Любая психологическая методика требует адаптации к условиям проведения и категории сотрудников, которым адресована психологическая помощь. Ввиду сложности поставленной задачи недопустимо применение неадаптированных методов и привлечение неопытных специалистов.



Руслан Васитович Кадыров

**ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО (PTSD):  
СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ, ПСИХОДИАГНОСТИКА  
И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ**

Главный редактор *И. Авидон*

Главный художник *П. Борознец*

Технический редактор *А. Каретин*

Литературный редактор *Г. Губашева*

Корректор *А. Борисенкова*

Генеральный директор *Л. Янковский*

Подписано в печать 20.08.2012 г. Формат 70×100%.

Печ. л. 28. Тираж 1000 экз. Заказ № 3304

ООО Издательство «Речь»

199178, Санкт-Петербург, а/я 96, «Издательство „Речь“»

Тел.: (812) 329-08-80, 323-76-70, [info@rech.spb.ru](mailto:info@rech.spb.ru)

По вопросам оптовой закупки книг издательства «Речь»

обращайтесь по тел.: (812) 323-76-70, 323-90-63

и по электронной почте: [rech@inbox.ru](mailto:rech@inbox.ru)

Книги в розницу можно приобрести, сделав заказ

по электронной почте: [pochta@rech.spb.ru](mailto:pochta@rech.spb.ru),

а также по тел.: (812) 329-08-80

Интернет-магазин: [www.rech.spb.ru](http://www.rech.spb.ru)

Первая Академическая типография «Наука»

199034, Санкт-Петербург, 9-я линия, д. 12/28





**Кадыров Руслан Васитович** — кандидат психологических наук, доцент, заведующий кафедрой общепсихологических дисциплин факультета клинической психологии Владивостокского государственного медицинского университета, преподаватель Филиал ВУНЦ ВМФ (г. Владивосток), генеральный директор ООО «Центр клинической и прикладной психологии».

Участник боевых действий. Награжден орденом Мужества, медалью «За отвагу» и «За отличие в воинской службе» 1-й степени. Имеет более 50 научно-практических публикаций. Соавтор монографии «Отношение к смерти и бессмертию на войне», занявшей первое место на Всероссийском конкурсе научных работ.

Действительный член Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги России, аккредитованный и сертифицированный психолог-консультант Российского реестра, межрегиональный преподаватель и супервизор практики ППЛ, психолог-эксперт и преподаватель Дальневосточной ассоциации палиграфологов.

Учебное пособие по теории и методам оказания психологической помощи как непосредственно во время экстремальных ситуаций и после них, так и при психологической подготовке к ним: представлены основные принципы и содержание работы психолога в очаге экстремальной ситуации; включены техники психологической помощи пострадавшим в экстремальных ситуациях; описаны методы психологической работы с последствиями экстремальных ситуаций и психологической подготовки к ним.

*Человек в экстремальных ситуациях:*

- " Понятие экстремальных ситуаций жизнедеятельности.
- " Психологические реакции человека в экстремальных ситуациях.
- " Психологическая помощь в экстремальных ситуациях.

*Человек после экстремальных ситуаций:*

- " Посттравматическое стрессовое расстройство.
- " Психодиагностика посттравматического стрессового расстройства.
- " Психологическая помощь при посттравматическом стрессовом расстройстве у детей.

*Психологическая подготовка человека к экстремальным ситуациям:*

- " Сущность и содержание психологической подготовки к экстремальным условиям.
- " Психологическая подготовка к работе в экстремальных условиях.

