

ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНСТВО ПО ЗДРАВОООХРАНЕНИЮ И
СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ
СЕВЕРНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

П.И. Сидоров, И.Г. Мосягин, С.В. Маруняк

ПСИХОЛОГИЯ КАТАСТРОФ

Под редакцией академика РАМН П.И. Сидорова

Допущено Министерством образования РФ
в качестве учебника для студентов высших учебных заведений,
обучающихся по специальности

Рекомендовано УМО по образованию в области

Архангельск
Издательский центр СГМУ
2007

Рецензенты:

- доктор медицинских наук, доцент кафедры психологии Поморского государственного университета имени М.В. Ломоносова *И.А. Новикова*;
- доктор педагогических наук, профессор, ученый секретарь Института теории и истории педагогики Российской академии образования *И.З. Сквородкина*;
- начальник ГУ МЧС России по Архангельской области, генерал-майор внутренней службы *М.В. Бусин*

Сидоров П.И., Мосягин И.Г., Маруняк С.В.

Психология катастроф: Учебник для вузов / под ред. П.И. Сидорова. – Архангельск: Издательский центр СГМУ, 2007. -

В учебнике рассмотрены основные вопросы сохранения здоровья и работоспособности лиц, подвергавшихся воздействию катастрофических факторов, что является крайне актуальным в условиях постоянно возрастающего числа чрезвычайных ситуаций на личностном и социальном уровне. Приведенная в книге общая характеристика экстремальных состояний, влияние их на индивидуальные особенности организма, психогенные расстройства, возникающие при чрезвычайных происшествиях (включая террористические акции), и методы регуляции психических состояний позволяют современным психологам, врачам, социальным работникам организовать коррекционно–реабилитационную работу на новом качественном уровне.

Предназначен студентам и аспирантам медицинского и гуманитарного профиля, обучающимся по специальности «психология», специалистам службы медицины катастроф и службы спасения, а также широкому кругу читателей.

Сидоров П.И., Мосягин И.Г.,
Маруняк С.В., 2007

Северный государственный
медицинский университет, 2007

Оглавление

Предисловие

Глава 1. Общие основы психологии катастроф

- 1.1. Прикладная отрасль науки современного общества – психология катастроф.....
- 1.2. Определение, классификация и влияние условий жизнедеятельности на человека.....
- 1.3. Организация и принципы оказания медицинской и психологической помощи в чрезвычайной ситуации.....

Глава 2 Эмоциональные состояния человека в экстремальных условиях

- 2.1. Характеристика экстремальных психических состояний..
- 2.2. Первичные психические состояния при катастрофе.....
 - 2.2.1. Страх.....
 - 2.2.2. Аффект.....
 - 2.2.3. Паника.....
- 2.3. Стресс как типичное психическое состояние в экстремальных условиях.....
- 2.4. Предрасполагающие факторы стресса
 - 2.4.1. Депривация.....
 - 2.4.2. Кризис.....
 - 2.4.3. Психическая травма.....
- 2.5. Категории стресса
 - 2.5.1. Фрустрация.....
 - 2.5.2. Конфликт.....

Глава 3. Психогенные реакции катастроф

- 3.1. Психические проявления пострадавших на воздействие экстремальной ситуации.....
- 3.2. Влияние экстремальной ситуации на спасателей.....
- 3.3. Травматические стрессовые расстройства катастроф.....
- 3.4. Идентификация психогенных расстройств при чрезвычайных происшествиях.....
- 3.5. Алгоритм работы психолога при катастрофе.....

Глава 4. Психологические аспекты терроризма

- 4.1. Типология терроризма.....
- 4.2. Жертвы террора.....
- 4.3. Типология личности преступника.....
- 4.4. Переговоры с террористами.....
- 4.5. Экономическая база терроризма.....
- 4.6. Ядерный терроризм.....
- 4.7. Психический терроризм и манипулирование личностью..

Глава 5. Влияние катастроф на индивидуальные особенности организма

- 5.1. Механизмы адаптации.....
- 5.2. Стратегии поведения и коммуникации в преодолении трудных жизненных ситуаций
- 5.3. Защитные механизмы личности.....

Глава 6. Методы регуляции и саморегуляции психических состояний

- 5.1. Оказание первой помощи после психогенного воздействия.....
- 6.2. Методы психофизиологической регуляции.....
 - 6.2.1. «Методика психофизиологического восстановления».....

6.2.2. Медитация.....	
6.2.3. Аутогенная тренировка	
6.2.4. Техники успокоения.....	
6.2.5. Идеомоторная тренировка.....	
6.2.6. Управление ритмом дыхания.....	
6.2.7. Массаж и акупрессура.....	
6.2.8. Арома-фитоэргономика.....	
6.2.9. Музыкальное кондиционирование.....	
6.2.10. Термовосстановительные процедуры.....	
6.3. Психологические методы.....	
5.3.1. Техники и упражнения.....	
5.3.3. Методика формирования перспективной жизненной стратегии (ПЖС).....	
5.3.9. Методика групповых занятий по регуляции психических состояний Джанет Рейнуотер.....	
5.3.7. Тренинг поведения в экстремальных ситуациях.....	
5.3.10. Тест «Способность действовать в напряженных обстоятельствах».....	
6.4. Физиолого-гигиенические и медико-фармакологические методы.....	
Заключение	
Словарь.....	
Список литературы.....	

Введение

В течение последних десятилетий отмечается значительное увеличение числа природных и антропогенных чрезвычайных ситуаций. К сожалению, судя по прогнозам, их количество будет неуклонно возрастать, что также приведет к широкому распространению психических расстройств, обусловленных травматическими событиями. Различные аспекты этой проблемы освещаются в многочисленных научных публикациях.

Проблема сохранения здоровья и работоспособности лиц, подвергавшихся воздействию факторов экстремальных ситуаций, в последнее время привлекает внимание большого числа исследователей. Подобное явление обусловлено тем, что ежегодно десятки и сотни тысяч людей становятся жертвами различных природных, технологических или социальных бедствий и катастроф. А.Г. Маклаков (1998) приводит сведения о 340 случаях, унесших свыше одного миллиона человеческих жизней, в результате крупнейших землетрясениях XX века, только одно наводнение 12-13 ноября 1970 года в районе островов и побережья Бенгальского залива сопровождалось гибелью более 500 тысяч человек. Подводное землетрясение 26 декабря 2004 года северной оконечности острова Суматра величиной 8,9 баллов по шкале Рихтера породило волны цунами, унесшие 220 тысяч человек. Ураган «Катрина» с 23 по 31 августа 2005 года, охвативший площадь около 230 км², стал причиной гибели более 1300 человек и вызвал гуманитарный кризис в невиданном для США масштабе. Однако в последние годы человечество пережило немало крупных технологических катастроф, явившихся результатом

деятельности самих людей (введение опасных технологий или некомпетентного их использования и др.). К их числу можно отнести аварии на химических заводах в Италии, Индии и Германии, а также на атомных электростанциях Тримайл Айленд (США) и Чернобыле (Россия). Сюда же можно включить взрыв на газопроводе в Башкирии, катастрофу в Арзамасе и др. В ряде случаев катастрофы подобного рода могут иметь более серьезные последствия по сравнению со стихийными бедствиями, вызванными явлениями природы.

Стихийные бедствия, техногенные катастрофы и аварии, захват заложников, террористические акции создают ситуации, опасные для здоровья и благополучия человека. Эти воздействия становятся катастрофическими, когда они приводят к большим разрушениям, вызывают смерть, ранения и страдания большого количества людей, вследствие этого психическая патология требует всестороннего комплексного изучения.

Предлагаемый учебник написан на основе материалов зарубежных и отечественных исследований, а также личного опыта авторов.

За последние 10 лет авторами выпущена серия монографий и учебников: «Психическое здоровье ветеранов Афганской войны» (1999), «Адаптивное поведение человека в экстремальных условиях среды» (2001), «Клиническая психология» (2002), «Война или здоровье» (2005), «Экология человека в изменяющемся мире» (2006).

В целом структура издания определяется главной целью – дать читателям всестороннее представление о психологических особенностях катастроф.

Учебник «Психология катастроф» состоит из 6 глав. Рассматривая влияние катастроф на психику человека, мы посчитали необходимым представить сведения о различных катастрофах и их характеристике в первой главе издания.

Проанализирована классификация катастроф по масштабу, причинам возникновения, степени тяжести и тяжести последствий. Раскрыта специфика воздействия различных чрезвычайных ситуаций на человека и то, каким образом они связаны с уровнями реакций личности.

Во второй главе разобраны основные реакции и эмоционально окрашенные психотравмирующие состояния, такие как страх, стресс, фрустрация, депривация, паника, кризис, конфликт. Особое внимание уделено психической травме как разнообразному болезненному состоянию, возникающему вследствие отрицательных психических воздействий. Угроза жизни, потеря близкого человека, семейные неурядицы, обида, неразделенная любовь и масса других отрицательных переживаний могут вызывать функционально-динамические нарушения нервной деятельности.

В третьей главе рассмотрено влияние экстремальных условий на индивидуальные особенности организма. Показаны основные механизмы адаптации, и защитные механизмы личности, а также факторы, формирующие проблемное поведение.

Четвертая глава посвящена психогенным расстройствам в экстремальной ситуации. Основное внимание было уделено идентификации психогенных расстройств, особенностям оказания первой помощи и критериям острой и посттравматической стрессовой реакции. Рассмотрено влияние экстремальной ситуации по пострадавшим, работников службы спасения и службы медицины катастроф. Подробно разобрана организация ликвидации последствий взрыва подъезда жилого дома в городе Архангельске и предложен алгоритм организации пункта

психологической помощи при возникновении чрезвычайного происшествия.

В пятой главе проанализирована типология терроризма, особенности личности преступников и особенности переговоров с ними. Разобрано состояние и поведение жертв террористов. Отдельно показаны аспекты психологического терроризма и способы манипулирования личностью. Представлен механизм втягивания в тоталитарные секты и условия высокой толерантности к вовлечению в неокульты. Терроризм, как настоящая угроза нашей жизни, отвечает всем признакам экстремальных ситуаций и имеет своеобразные отличия, которые необходимо учитывать при работе с жертвами при проведении спасательных и реабилитационных мероприятий.

Шестая глава состоит из основных методов регуляции и саморегуляции психических состояний, которые были поделены на физиолого – гигиенические, медико – фармакологические, психофизиологические и психологические методы. Разобран алгоритм оказания первой психологической помощи после психогенного воздействия, дана инструкция к действиям непосредственно после инцидента. Приведены наиболее эффективные в чрезвычайных ситуациях техники и методы воздействия. Предложен список биологических активных добавок к пище с показаниями, противопоказаниями, составом и рекомендациями к применению.

К методическим особенностям учебника относятся комплексный подход к изучению проблемы экстремальных ситуаций. Материал в учебнике четко структурирован. Выделены основные определения, схематично представлены классификационные признаки базовых понятий. Главы иллюстрированы рисунками, схемами, таблицами и фотографиями, в которых сгруппированы основные теоретические понятия, что

организует и активизирует процесс восприятия основных вопросов психологии катастроф.

Кроме того, в учебнике представлен список сокращений и словарь основных используемых понятий, обращение к которым будет, по мнению авторов, способствовать лучшему восприятию материала.

Глава 1. Общие основы психологии катастроф

1.1. Прикладная отрасль науки современного общества – психология катастроф

Современная психология переживает этап методологического обновления, особенно ярко проявляющийся в прикладных отраслях, по мнению Г.Ф. Фоменко (2006), обусловленный сильным разрывом между теоретическими и практическими областями. В настоящее время

актуальным становится вопрос о личности в экстремальных условиях и индивидуальных ресурсах, обеспечивающих полноценную жизнедеятельность человека.

Первые научные сведения о психотравмирующем воздействии экстремальной ситуации на психическое состояние относятся ко второй половине XIX века при отображении фактов гражданской войны между Севером и Югом в Северной Америке. В 1871 году DaCosta описывает наблюдения за 300 солдатами действующей армии. Они предъявляли жалобы на одышку, учащенное сердцебиение, жгучие боли в груди, слабость, головную боль и головокружение, диарею (Kaplan H.I., Sadock V.J., 1988). При изучении опыта Первой мировой войны встречается описание симптомокомплекса под названием «shell shock» («снарядный», или «артиллерийский» шок), включавший самые разнообразные проявления, среди которых, были как реальные последствия закрытых черепно-мозговых травм, так и расстройства только психогенного происхождения.

На протяжении XX века многие исследователи описывают различные воздействия катастрофического характера на психику человека. E. Lindeman (1944) изучает переживания при потере близкого человека, психические состояния при проявлении реакции «патологического горя». W.G. Niederland (1964), R.J. Lifton (1967) рассматривает «синдром узников концентрационных лагерей» и «синдром выживших» после различного рода катастроф. A.W. Burges, L.L. Hoimstrom (1974), E. Hiberman (1976) изучает «синдром изнасилованных». Б. Савинков (1990) и Н.Н. Пухавский (2000) разбирают психологические последствия террористических актов и реакции заложников. Н.В. Тарабрина (1992) выявляет влияние травматического стресса на психику человека. П.И. Сидоров, С.В. Литвинцев, М.Ф. Лукманов (1999) анализируют психологические состояния ветеранов различных войн и последствия вовлечения в

неокульты. Т.В. Корнилова (2003) и Г.Ю. Фоменко (2006) рассматривают влияние экстремальных ситуаций на личность. Авторы указывают случаи наличия депрессии, агрессивного поведения и проблем в межличностных отношениях в период от 5 и даже до 30 лет после воздействия катастрофической ситуации.

При проведении анализа полученных данных устанавливается, что различное содержание катастрофического события (участие в боевых действиях, землетрясения, наводнения, атомная бомбардировка, изнасилование, террористический акт и др.) вызывает яркие психотравмирующие реакции у людей различных национальностей, с разной степенью жизнестойкости и независимо от индивидуальных психологических особенностей.

К началу XXI века произошло накопление «критической массы» научных исследований о воздействии различных экстремальных событий на психическое состояние человека, обозначая проблему психологии катастроф как наиболее актуальную среди медико-психологических и социальных вопросов.

С.Л. Рубинштейн, говоря о проблеме детерминизма поведения, выделяет позиции по отношению к жизни (объектный и субъектный), и соответственно два способа существования человека:

1. Человек полностью поглощен процессом жизни, относиться к ней неосознаваемо, он «внутри жизни»;
2. Человек изменяет жизнь, изменяется сам, строит ее на новой осознанной основе, занимает позицию «вне жизни».

Различая условия, в которых происходит реализация позиции по отношению к жизни, можно выделить потребность одних людей к адаптации, а других к преобразованию. Соответственно первая категория индивидуумов создают для себя комфортные условия существования, а другие выбирают экстремальные условия жизнедеятельности. Независимо

от объектной или субъектной позиции люди попадают в катастрофические ситуации, и в выигрышной позиции при таких обстоятельствах оказываются категории с экстремальными условиями жизнедеятельности.

Применяя принцип единства сознания и деятельности к изучению психических процессов, свойств и состояний в экстремальной ситуации, возможно объяснение закономерности психических проявлений и реакций.

Человек может рассматриваться с различных точек зрения: как биологический объект, как социальное существо, или как носитель сознания. В зависимости от этого разделения можно условно выделить разные науки, но следует отметить, что в каждом направлении или области науки существует зона интересов психологии:

- науки, рассматривающие человека как биологический вид (антропология, морфология, анатомия, физиология, биохимия и др.);
- науки, рассматривающие человека как социальное существо (социология, расоведение, культурология, политология, конфликтология, история и др.);
- науки, рассматривающие человека во взаимодействии с окружающим его миром и природой (философия, экология, и др.).

Изучение человека как биологического и социального феномена отведено психологии, но психолог (практик или теоретик) в своей деятельности, взаимодействуя с объектом познания (клиентом) пользуется определенными методами для достижения поставленной цели, интегрируя знания о существующей реальности и выявленных новых закономерностях, опираясь на философское мировоззрение и опыт теоретиков других наук (физики, химии, математики и др.) (рис. 1.1).

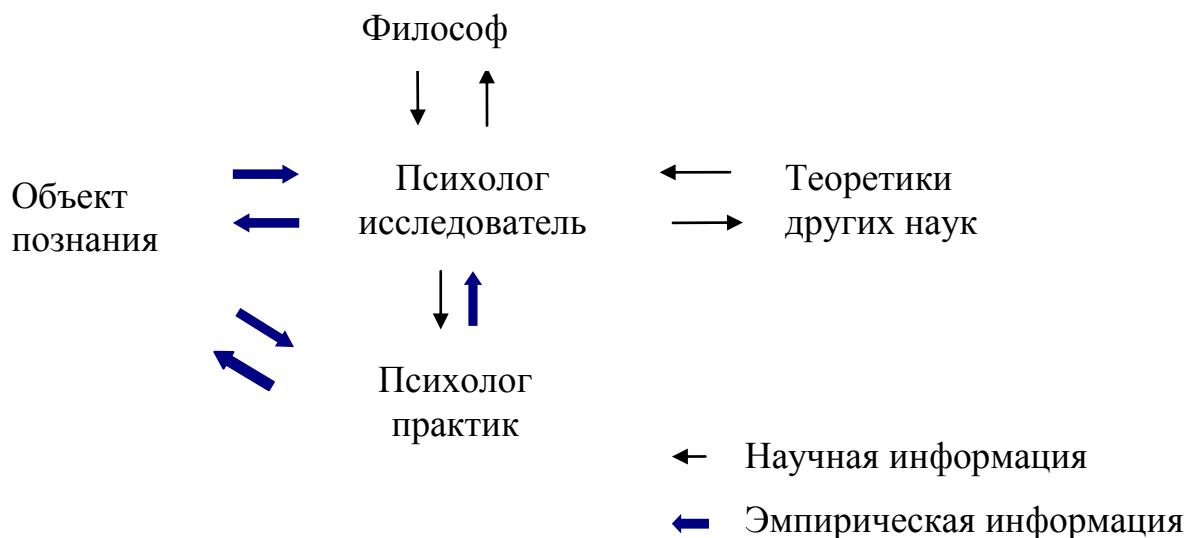


Рис.1.1. Информационная система исследовательской деятельности психолога

Анализ исследовательской деятельности и взаимообмен научно-эмпирической информацией позволяет выявить динамику деятельности психолога с точки зрения методологии: выбор проблемы, выбор методов и проведения исследования, внедрение полученных результатов в практику (рис. 1.2). Основой всего научного исследования являются концептуальная модель (КМ).

Концептуальная модель – это теоретические положения, концепции, целостная система понятий, категорий, законов, раскрывающая сущность данного явления и позволяющая его описывать, объяснять, непосредственно управлять им.

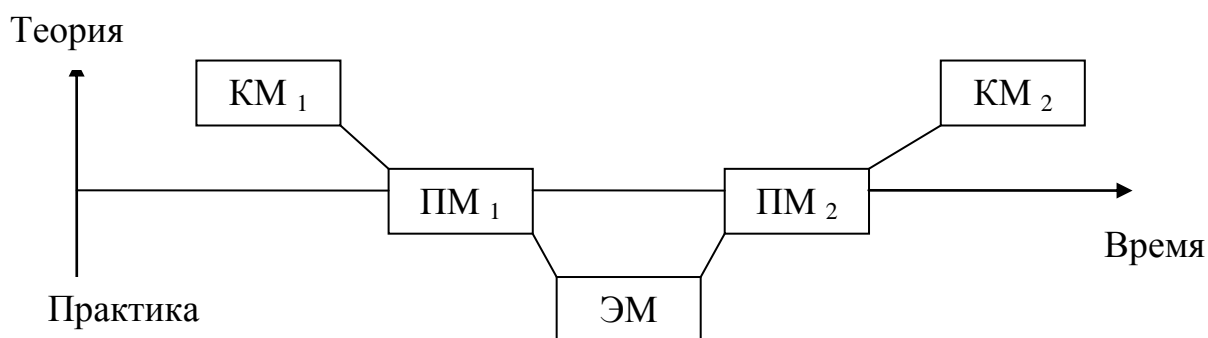


Рис. 1.2. Методологические этапы взаимосвязи исследовательских моделей

В ходе психологического исследования регистрируются различные факты, количественные и качественные характеристики психологических явлений. Все это составляет информационную базу исследования или эмпирическую модель (ЭМ).

Эмпирическая модель – целостная система количественных и качественных характеристик явления в конкретных пространственно-временных рамках.

Для радикального повышения эффективности использования информационной базы необходимо процесс ее создания и использования автоматизировать, т.е. создать систему, которая осуществляет автоматизированный сбор, хранение, поиск и выдачу информации исследователю (ПМ).

Процедурная модель – это определенные правила, алгоритмы, методики, методы конкретной науки по получению и переработке информации.

В настоящее время психология представляет собой разветвленную систему отраслей. Такую сеть отраслей принято подразделять на фундаментальные (базовые или общие) и прикладные (специальные) отрасли. Фундаментальные отрасли психологических наук имеют общее обозначение для понимания и объяснения психологии и поведения людей независимо от того, кто они и какой конкретной деятельностью занимаются, какого возраста или вероисповедания, пола или воспитания. В силу такой универсальности эти знания объединяют термином «общая психология» (рис. 1.3).

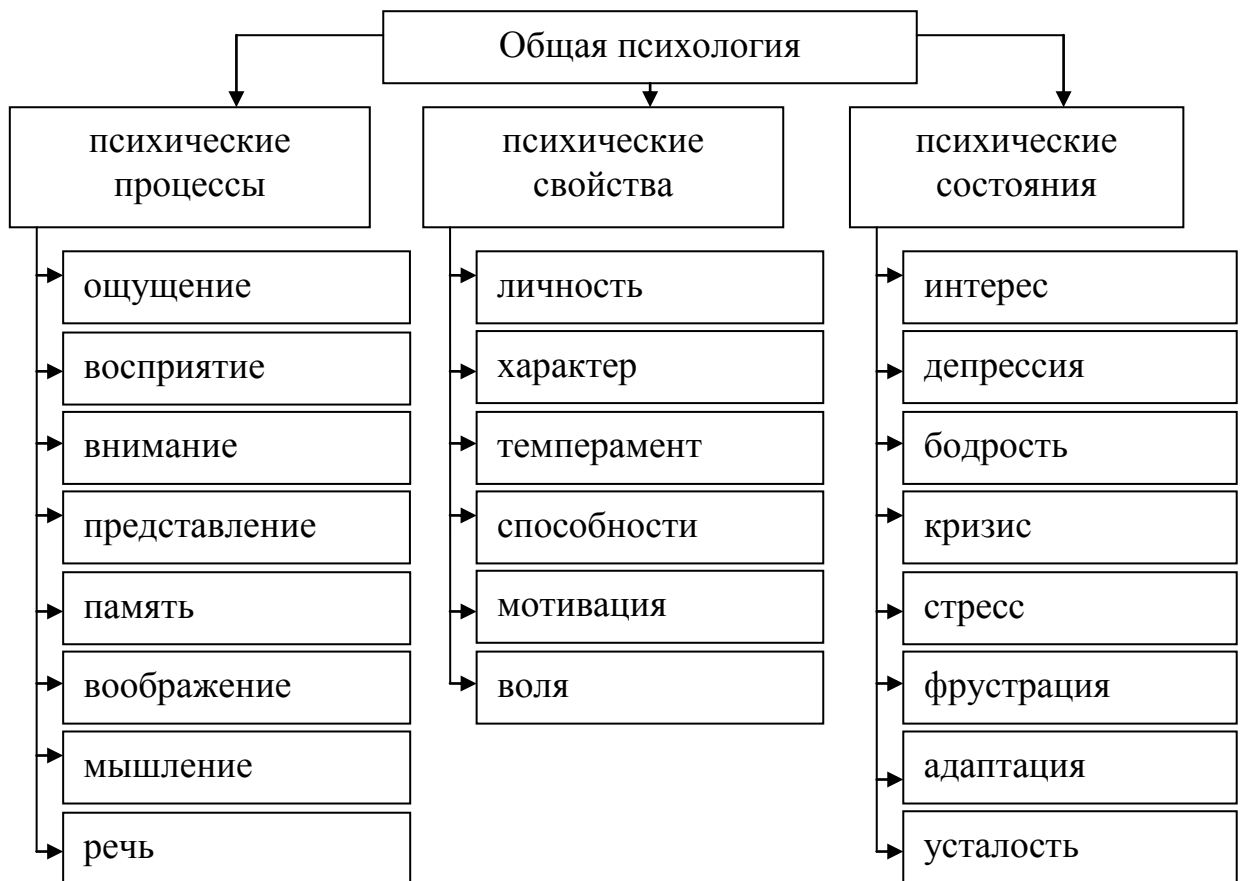


Рис. 1.3. Фундаментальные отрасли психологии

Фундаментальная база необходима любому специалисту, занимающемуся изучением закономерностей развития и функционирования психики. Данная отрасль как фундамент служит основой для развития других отраслей психологической науки и в тоже время объединяет их под одну крышу – «общую психологию». К познавательным психическим процессам традиционно относят: ощущение, восприятие, внимание, представление, память, воображение, мышление и речь. Личность, характер, темперамент, способности, мотивация, воля составляют психические свойства. Психические состояния – это категория, в состав которой входят разные виды интегрированного воздействия (эмоции, бодрость, усталость, апатия, депрессия, скука, эйфория, утрата чувства реальности). К психическим

состояниям, возникающим в экстремальной ситуации относят стресс, фрустрацию, аффект, страх, панику и др.

Все эти формы психических явлений связаны между собой и незаметно переходят одна в другую. Понятие «психический процесс» подчеркивает динамичный характер явления с очередностью от начала до конца. Понятие «психическое состояние» характеризует статический момент, постоянство во времени данного психического явления. Понятие «психическое свойство» отражает устойчивость исследуемого явления, его повторяемость и закрепленность в структуре личности. Психические процессы могут быть

- познавательными (мышление, память);
- волевыми (стремления, желания, принятие решений);
- эмоциональными (чувства).

Аналогично психические состояния могут быть проявлениями психических процессов:

- познавательных (сомнение),
- волевых (уверенность);
- эмоциональных (аффект).

В свою очередь среди психических свойств можно выделить способности (качества познавательной сферы, ума), характер (устойчивые сочетания волевой сферы) и темперамент (закрепившиеся качества чувств).

Психические процессы, свойства и состояния человека в действительности тесно связаны друг с другом и составляют единое целое – жизнедеятельность человека, но искусственно разделяются на 12 классов явлений и исследуются отдельно (рис. 1.4).

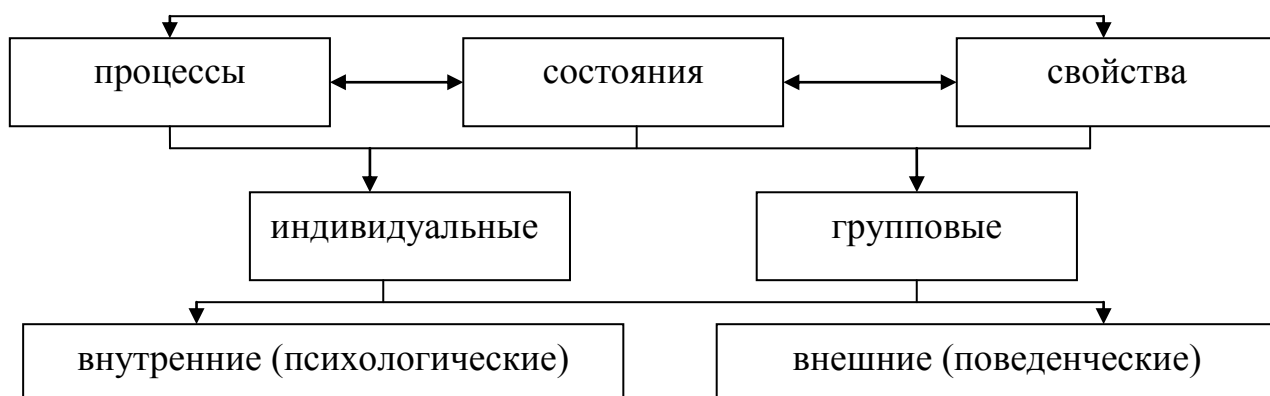


Рис.1.4. Общие понятия, описывающие жизнедеятельность человека

Следует особо подчеркнуть, что многие из этих явлений нельзя безоговорочно отнести только к одной группе. Они могут быть как индивидуальными, так и групповыми, выступать в виде процессов и состояний.

К прикладным относятся отрасли науки, достижения которых используется на практике. Они решают конкретные задачи в рамках своего направления, используя знания и методологию других областей (рис. 1.5).



Рис. 1.5. Прикладные области психологии

По мнению А.Г. Маклакова (2005) вследствие бурного развития психологической науки каждые 4-5 лет появляются новые ее направления. Возникновение отраслей детерминировано широким внедрением психологии в сферы научной и практической деятельности, а также появлением новых психологических знаний. Культурно-историческая парадигма Л.С. Выготского гласит, что преобразование природных механизмов психических процессов происходит в ходе онтогенетического развития человека под влиянием общественно-исторических факторов и в результате усвоения человеком продуктов человеческой культуры. Таким образом, развитие общества и цивилизации способствует увеличению количества отраслей, представляющих собой относительно самостоятельно развивающиеся направления научных исследований.

Специальные (прикладные) отрасли психологической науки могут быть разделены на:

- первичные – являющиеся относительно узкими и конкретными направлениями;
- синтетические – объединяющие в себе знания других областей.

Например, психология катастроф, как синтетическая составляющая, объединяет в себе знания общей психологии, клинической психологии, военной психологии, психотерапии, психодиагностики, психокоррекции, психиатрии и др.; а как первичная составляющая позволяет рассматривать данную отрасль в свете воздействия катастрофических условий на психику человека, вовлеченного в экстремальную ситуацию.

Развитие любой науки зависит от надежности используемых методов. Приемы, средства, с помощью которых получают сведения необходимые для построения научных теорий и вынесения практических рекомендаций в психологии опираются на методы других, более «старших» (философия, математика, физика, медицина, история и др.) и современных наук (информатика, кибернетика и др.). Кроме того, психология как

самостоятельная наука обладает собственными, только ей присущими методами (рис. 1.6.).

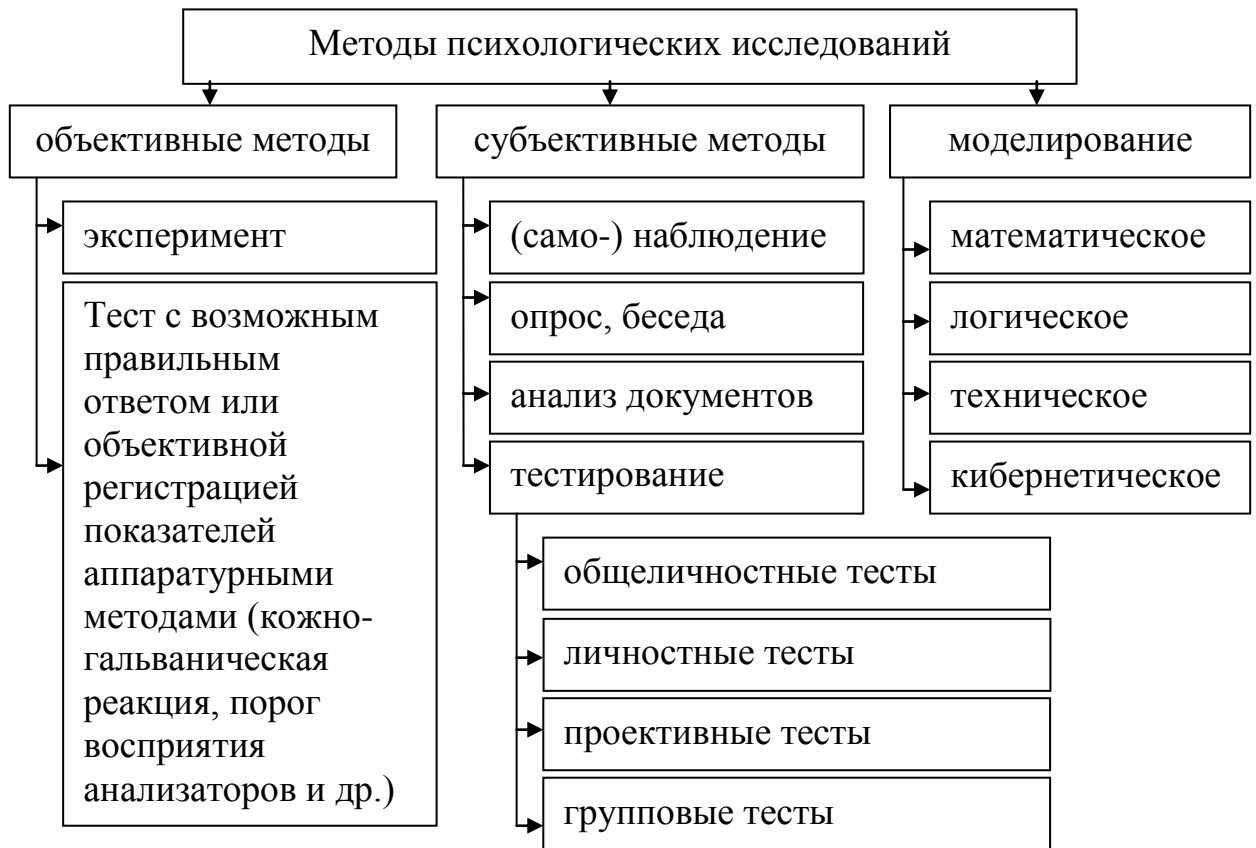


Рис. 1.6. Классификация методов психологии

Активно развивающаяся в течение последних лет дисциплина – психология катастроф – охватывает многообразные психологические изменения и психические состояния, возникающие при техногенных, социогенных, экологических катастрофах и стихийных бедствиях у лиц, вовлеченных в эти ситуации, с углубленным изучением причин возникновения, особенностей проявления психики при стрессовых реакциях, а также коррекционно-реабилитационные методы воздействия и организационные аспекты оказания помощи жертвам катастроф и спасателям.

В данной теме рассматриваются положения психологии катастроф с уклоном на психические состояния и реакции, возникающие вследствие

действия экстремальных для личности факторов, а также специальные вопросы психокоррекции и психопрофилактики.

Психология катастроф (нем. *katastrophe*, греч. *katastrophē* - поворот, поворотный момент) – это отрасль прикладной психологии, представляющая собой систему научных знаний и сферу практической деятельности, направленную на изучение закономерностей проявления психики и сохранение психического здоровья человека, вовлеченного в экстремальную ситуацию.

Экстремальная (катастрофическая) ситуация может располагаться в различных плоскостях нашей жизни: в социальной, природной и личной сфере и влиять на состояние психического и физического здоровья.

Экстремальная ситуация – это крайняя, предельная ситуация, имеющая минимальное или максимальное значение некоторого критерия.

Таким образом, объектом психологии катастроф являются люди, вовлеченные в экстремальные ситуации (военнослужащие, спасатели и члены их семей; пострадавшие, их родные и близкие; свидетели чрезвычайного происшествия).

Особенности проявления психики в различных экстремальных условиях, а также ее процессы, свойства и состояния относятся к предмету психологии катастроф.

К основным задачам психологии катастроф относятся:

- исследование влияния экстремальных факторов на психические состояния;
- разработка методов прогнозирования вероятных психических реакций и состояний после катастрофы на основе учета индивидуально–психологических характеристик человека;
- разработка методов эффективной коррекции функционального

состояния в экстремальных условиях;

- поиск эффективных методов психологической коррекции и реабилитации после пребывания в экстремальных ситуациях с целью профилактики острых и посттравматических стрессовых расстройств, реадaptации к условиям жизнедеятельности и восстановления работоспособности;
- выявление обоснованных методов саморегуляции психических состояний, эмоционально-волевой устойчивости и стрессовой толерантности.

Актуальность данной темы связана с увеличением количества жертв катастроф, вызванное непосредственно ростом их числа за последние десятилетия, и с увеличением плотности населения, т.к. при экстремальной ситуации в число жертв вовлекается гораздо большее число людей. По словам С.Шойгу (2006), первостепенной задачей МЧС (министерства чрезвычайных ситуаций) обоснованно является спасение большего числа жизней при любом чрезвычайном происшествии, но следует также помнить и о проблеме качества продолжающейся жизни после катастрофы (медико – психологическая коррекция и реабилитация).

Человек в экстремальном состоянии может производить хаотические действия, способные привести к гибели или тяжелым увечьям. В состоянии страха индивидум выбрасывается из окна, не замечая иные пути спасения; при землетрясении — бежит под защиту зданий, которые рушатся, или просто погибает от страха (жертвы морских катастроф). З. Кекелидзе (2004) описывает случай, когда человек, будучи случайно запертым в холодильной камере, скончался от общего переохлаждения в считанные часы, хотя камера была отключена и в ней была плюсовая температура.

Конкретные характеристики основных составляющих экстремальной ситуации (интенсивность, внезапность и продолжительность воздействия

травмирующего фактора) определяют, вероятность развития у человека непатологической (физиологической) психологической реакции или возможность возникновения психических расстройств, их глубину и продолжительность. Значимыми оказываются и вторичные психотравмирующие факторы, которые проявляются после непосредственного воздействия катастрофического события:

- степень ущерба (полученная травма, гибель близких людей, материальные потери);
- непосредственная психическая нагрузка (уровень опасности для жизни, зрелище умирающих, погибших и изувеченных, напряженность).

Психические состояния, переживаемые человеком во время и после экстремальной ситуации, являются для личности во многом катастрофическими, что требует дополнительного знания при поведении спасательных и реабилитационных работ. При различных психических реакциях и состояниях могут быть эффективными конкретные для этой реакции (состояния) методы психологической помощи.

На успешность восстановления жертвы катастрофы существенно будет влиять круг людей (врачи, спасатели, психологи, ближайшие родственники и друзья жертвы), оказывающий потерпевшему помощь, их профессионализм, терпение и понимание (рис. 1.7).



Рис. 1.7. Оказание помощи пострадавшему

В жизни человека могут происходить экстремальные ситуации, однако будут ли они оказывать на психику травмирующее воздействие, зависит от знаний, умений и подготовленности, как самого человека, так и помогающих ему людей. Содействие индивиду во время катастрофы и сразу после нее может значительно ослабить прохождение острой стрессовой реакции и долговременные последствия посттравматического кризиса. Пострадавший, не получивший должной психологической помощи после травматического воздействия катастрофы может на всю жизнь остаться «психологическим инвалидом», он всю жизнь будет бороться с полученной травмой, что существенно осложнит качество его бытия. Оказывая поддержку жертве экстремальной ситуации необходимо точно знать, когда и какое воздействие может быть применено, т.к. медицинская реабилитация или психологическая коррекция имеет свой точно выверенный алгоритм действия.

Таким образом, изучение закономерностей проявления психики, правил оказания первой не только медицинской, но и психологической помощи является весьма актуальным и востребованным в наше время.

Резюме

- На протяжении XX века многие исследователи описывают различные воздействия катастрофического характера на психику человека. К началу XXI века произошло накопление «критической массы» научных исследований о воздействии различных экстремальных событий на психическое состояние человека, обозначая проблему психологии катастроф как наиболее актуальную среди медико-психологических и социальных вопросов.
- К психическим состояниям, возникающим в экстремальной ситуации относят стресс, фрустрацию, депривацию, конфликт и др.

- Изучение человека как биологического и социального феномена отведено психологии, но психолог (практик или теоретик) в своей деятельности интегрирует знания, опираясь на философское мировоззрение и опыт теоретиков других наук.
- Анализ исследовательской деятельности и взаимообмен научно-эмпирической информацией позволяет выявить динамику деятельности психолога с точки зрения методологии: выбор проблемы, выбор методов и проведения исследования, внедрение полученных результатов в практику.
- Объектом психологии катастроф являются люди, вовлеченные в экстремальные ситуации.
- Предметом психологии катастроф являются особенности проявления психики в различных экстремальных условиях, а также ее процессы, свойства и состояния.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Рассмотрите информационную систему исследовательской деятельности психолога.
2. Раскройте динамику этапов исследовательской деятельности психолога.
3. Перечислите психические состояния, возникающие в экстремальной ситуации.
4. Объясните причины условного разделения психических состояний, свойств и процессов.
5. Охарактеризуйте психологию катастроф как прикладную отрасль науки.
6. Перечислите методы психологии.
7. Дайте определение психологии катастроф.
8. Назовите объект, предмет и задачи психологии катастроф.

9. Перечислите лиц, оказывающих помощь жертве катастрофы.

1.2. Определение, классификация и влияние условий жизнедеятельности на человека

Жизнедеятельность человека всегда осуществляется в определенных условиях внешней и внутренней среды. Все эти условия можно разделить на категории: *обычные* (или оптимальные), *параэкстремальные* (от латинского «пара» – около, или особые), *экстремальные*, *паратерминальные* и *терминальные* (от лат. «терминус» – конец) (рис 1.8).

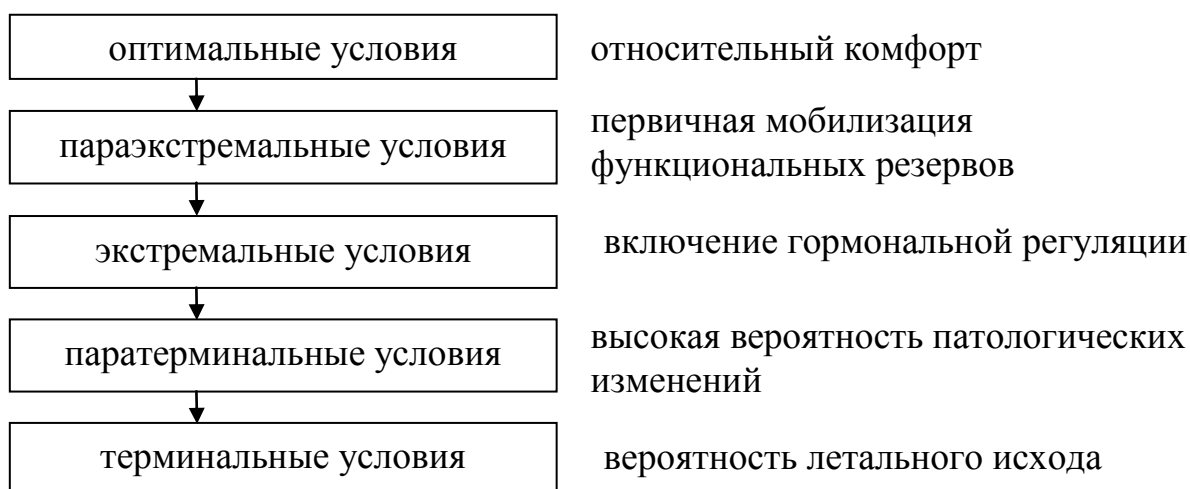


Рис. 1.8. Классификация условий жизнедеятельности

Оптимальные условия Факторы, несущие в себе угрозу жизни человека, могут быть различного происхождения, а их проявление и сочетание во многом определены условиями, в которых протекает жизнедеятельность человека.

К категории *оптимальных*, или *нормальных (обычных), условий* жизнедеятельности относятся условия, которые обеспечивают нормальное функционирование всех систем организма человека и не вызывают чрезмерного нервно-психического напряжения.

Нормальное функционирование систем организма человека означает, что воздействующие на него факторы не несут пагубных воздействий, не причиняют ему вреда, т. е. в этих условиях человек чувствует себя достаточно комфортно.

Параметры условий, в которых организм человека может нормально функционировать, весьма ограничены. Достаточно повысить или понизить температуру тела на 5–6 градусов, и могут начаться необратимые процессы, приводящие к гибели человеческого организма. Аналогично температурным режимам другие параметры внешней среды имеют незначительный интервал изменения характеристик, в рамках которых человеческий организм может нормально функционировать.

Параэкстремальные условия Параэкстремальные условия характеризуются незначительной мобилизацией функциональных резервов, что приводит к возникновению оперативного напряжения.

В отличие от напряженности (чаще являющейся негативным состоянием), оперативное напряжение в определенных условиях служит позитивным фактором, обеспечивающим повышение работоспособности.

К *параэкстремальным (околоэкстремальным или особым) условиям* относят условия, при которых могут внезапно возникать ситуации, опасные для жизни или деятельности субъекта, а также окружающих его людей.

Факторы, вызывающие возникновение параэкстремальных ситуаций, по своему характеру могут быть физическими, химическими и

социальными. Отличительной чертой их является внезапность и внеплановость.

Экстремальные условия В экстремальных условиях первоначально происходит падение работоспособности и снижение отдельных показателей функциональных резервов, с дальнейшим общим их ростом и перераспределением.

К категории *экстремальных условий* относятся обстоятельства жизни и деятельности, характеризующиеся наличием реальной витальной угрозы.

К экстремальным условиям приводит повышение или понижение какой-либо характеристики относительно оптимума. В качестве чрезвычайных обстоятельств жизнедеятельности и труда рассматриваются различные *функциональные и психические состояния*, развивающиеся в результате отражения внешних или внутренних факторов, которые в последствие сами становятся катастрофически неблагоприятными воздействиями для человека. Для психологического состояния индивида в этих условиях характерен дискомфорт и сильное напряжение, перерастающее в перенапряжение, хотя мобилизация функциональных ресурсов в некоторых случаях, может способствовать эффективному решению имеющихся задач.

Причиной возникновения экстремальных ситуаций могут являться бытовые условия (семейные ссоры, бедность, стесненные жилищные условия, переживание утраты близкого, грубость начальства, насилие), но чаще всего данные ситуации возникают в профессиональной деятельности.

Под *экстремальной ситуацией* понимаются измененные, необычные и непривычные условия существования человека, к которым его психофизиологическая организация не готова.

А.Г. Маклаков (2005) к экстремальным относит ситуации, для которых характерны:

1. Различные эмоциональные воздействия, связанные с опасностью, трудностью, новизной, высокой ответственностью выполняемой деятельности, ограничением лимита времени на принятие решения и др.
2. Ситуации, сопровождающиеся опасностью массового поражения, чувством незащитности, наличием непосредственной угрозы для жизни.
3. Чрезмерные нагрузки на психические и психомоторные процессы.
4. Чрезмерные нагрузки на речевые функции, особенно при дефиците информации.
5. Чрезмерные физические нагрузки, перенапряжение сил.
6. Воздействие значительных ускорений, вестибулярных нагрузок.
7. Режим выраженного понижения двигательной активности (гипокинезия и гиподинамия).
8. Резкие перепады барометрического давления.
9. Воздействие выраженной гипервентиляции, т. е. учащения глубокого дыхания более чем на 2,5–3 минуты (при сильном эмоциональном напряжении, и возникновение при этом критического снижения количества углекислоты в альвеолярном воздухе и, с другой стороны, значительное повышение содержания углекислоты в крови (гиперкапния)).
10. Гипоксия — существенное понижение содержания кислорода в тканях организма.
11. Наличие во вдыхаемом воздухе различных вредоносных элементов.
12. Неблагоприятное воздействие вибрации, шумов, радиочастот.
13. Неблагоприятные воздействия различных климатических и микроклиматических факторов (жара, холод, влажность и др.).

14. Голод и жажда.
15. Сенсорная депривация и информационная изоляция.
16. Кумуляция психического напряжения, тревожность.
17. Переживание несчастья близких, их гибели.

Для понимания механизма действия экстремальных ситуаций важно иметь четкое представление об их типах, разновидностях. Есть несколько подходов к определению типов экстремальных ситуаций (рис 1.9).



Рис. 1.9. Типы экстремальных ситуаций

На содержательном уровне к экстремальными относят ситуации:

- космические и авиационные полеты;

- глубоководное подводное плавание;
- пребывание в труднодоступных районах земного шара;
- пребывание глубоко под землей (в шахтах);
- стихийные бедствия: наводнения, пожары, ураганы, снеговые заносы, землетрясения, извержения вулканов, обвалы горных пород, сходы горных снежных лавин, оползни и сели;
- испытания новой высокосложной техники;
- катастрофы транспортные, промышленные, экологические;
- военные действия;
- эпидемии;
- бытовые бедствия (пожары высокой категории сложности);
- криминальные ситуации: совершение террористических актов, взятие заложников;
- вовлечение в тоталитарные неокульты;
- политические перевороты реакционного типа;
- массовые беспорядки и др.

От экстремальных ситуаций следует отличать чрезвычайные ситуации.

Под *чрезвычайной ситуацией* (ЧС) подразумевается совокупность проявлений дестабилизирующих факторов, нарушающих заданное функционирование социальной системы.

Все дестабилизирующие факторы подразделяют на 5 разновидностей (рис. 1.10).

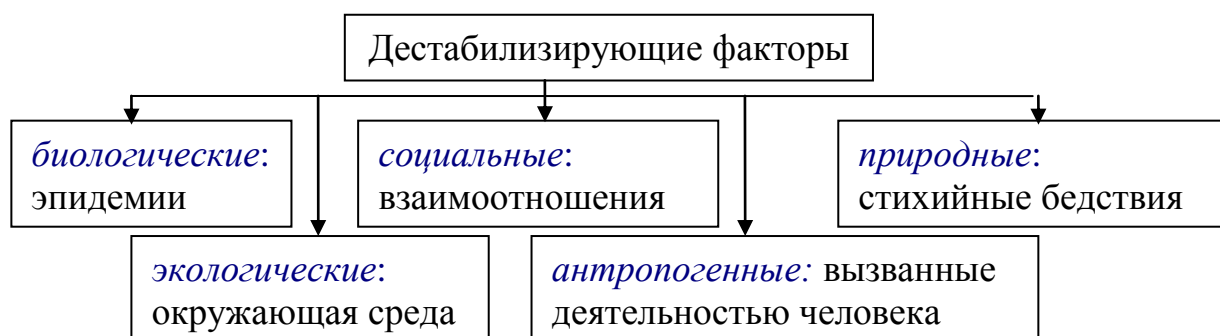


Рис. 1.10. Дестабилизирующие факторы ЧС

Все ЧС классифицируются по масштабам, темпам распространения и причинам возникновения (рис. 1.11):

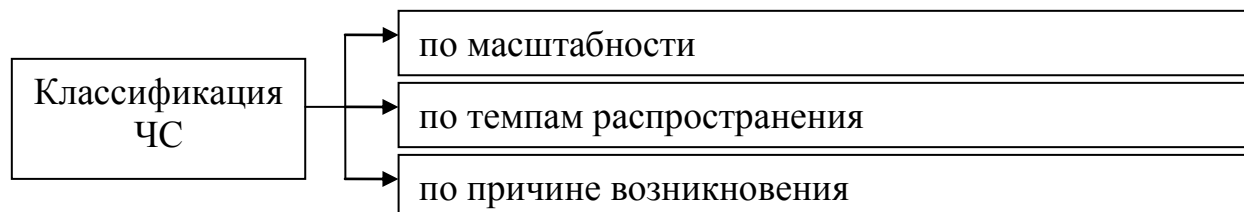


Рис. 1.11. Классификация ЧС.

К основным критериям масштабности относят количество пострадавших, площадь территории, на которой возникла ЧС и размер экономического ущерба (табл. 1.1).

Таблица 1.1

Классификация природных ЧС по тяжести последствий

Категория ЧС	Восстановимость потерь		Характер последствий ЧС. Максимальное количество жертв	Кол-во ЧС в год в РФ
	полнота	сроки		
ЧС – 1 легчайшие	ПОЛНОСТЬЮ	до 3 суток	Нарушение работ коммуникаций. Прочие потери малы, для ТКНХ практически не ощутимы. Число жертв до 10	10^2
ЧС – 2 легкие, слабые	ПОЛНОСТЬЮ	до 1 года	Повреждения коммуникаций, предприятий, населенных пунктов, потери урожая. Число жертв до 10^3	10
ЧС – 3 средние	ПОЛНОСТЬЮ	до 5–7 лет	Повреждения и разрушения населенных пунктов, предприятий, потери урожая и т.п., без ущерба для природной основы ТКНХ. Число жертв до 10^5	10^{-1}

ЧС – 4 тяжелые, сильные	не полностью	до 5–7 лет	Разнообразный ущерб, в котором наиболее существенны потери природной основы ТКНХ и (или) населения. Число жертв до 10^6	10^{-4}
ЧС – 5 уничтожающие	В экономически обозримые сроки потери невосстановимы		Разнообразный ущерб, практически полная потеря природной основы ТКНХ, ведущая к прекращению его существования	

Примечание: ТКНХ – территориальные комплексы населения и хозяйства.

Специалисты, решающие проблемы ликвидации последствий ЧС чаще всего разделяют все ситуации на семь категорий по уровню масштабности (табл. 1.2).

Таблица 1.2

Классификация катастроф по масштабу

<i>Тип</i>	<i>Периодичность</i>	<i>Ущерб в долларах</i>	<i>Число жертв, чел.</i>	<i>Объекты</i>
Планетарная			Гибель жизни	Столкновение с крупным астероидом, война с применением ОМП
Глобальная	30 – 40 лет	$10^9 – 10^{10}$	$10^4 – 2 \times 10^6$	Ядерные, военные, ракетно-космические
Национальная	5 – 15 лет	$10^8 – 10^9$	$10^3 – 10^5$	Ядерные,

				химические, военные
Региональная	1 – 5 лет	$10^7 - 10^8$	$10^2 - 10^4$	Химические, энергетические транспортные
Местная	1 – 6 месяц.	$10^6 - 10^7$	$10^1 - 10^3$	Технические
Локальная	1 – 30 дней	$10^5 - 10^6$	$10^0 - 10^2$	Технические

1. *Локальные* (объектовые) ЧС связаны с реальной витальной угрозой, возникшей в пределах какого-либо объекта (автомобильная или железнодорожная катастрофа).
2. *Местные* ЧС охватывают площадь в пределах небольшого населенного пункта.
3. *Территориальные* ЧС охватывают по площади территорию, равную одному или нескольким районам, площади крупного города.
4. *Региональные* ЧС охватывают целый регион.
5. *Федеральные* (национальные) ЧС распространяются в пределах одного государства (одной нации).
6. *Трансграничные* (или *глобальные*) ЧС охватывают территорию двух и более государств.
7. *Планетарные* ЧС охватывают планету в целом.

В Российской Федерации по степени тяжести ЧС подразделяют на 6 классов (табл. 1.3).

Таблица 1.3

Классификация катастроф по степени тяжести

<i>Класс ЧС</i>	<i>Количество пострадав., чел.</i>	<i>Кол-во человек с нарушенными условиями жизни</i>	<i>Ущерб, в размере МРОП на день ЧС</i>	<i>Размер зоны</i>
-----------------	------------------------------------	---	---	--------------------

Трансграничная				
Федеральная	>500	$> 10^3$	$> 5 \times 10^6$	Тс ₂ – Трф
Региональная	50 – 500	$500 – 10^3$	$5 \times 10^5 – 5 \times 10^6$	Тс – Тс ₂
Территориальная	50 – 500	300 – 500	$5 \times 10^3 – 5 \times 10^5$	Тр – Тс
Местная	10 – 50	100 – 300	$10^3 – 5 \times 10^3$	То – Тр
Локальная	≤ 10	≤ 100	$\leq 10^3$	$0 \leq То$

Примечание: То – пределы территории объекта производственного или социального значения; Тр – пределы территории населенного пункта, города, района; Тс – пределы территории субъекта РФ; Тс₂ – пределы территории двух субъектов; Трф – пределы территории РФ.

По темпам распространения все ЧС могут быть *«взрывными»* и *«плавными»*. В категорию «взрывных» входят ситуации, которые возникают внезапно, в очень короткое время охватывают значительные по площади территории и подвергают реальной угрозе жизнь большого количества людей, сея страх. «Плавные» катастрофы характеризуются прогнозируемостью появления и относительно медленным распространением по пограничным с эпицентром ЧС территориям, характеризуясь наличием скрытой паники у населения и массовыми психозами.

Реакция личности на различные ЧС складывается из трех уровней:

I и высший уровень – это мотивы и отношения личности к данной экстремальной ситуации;

II уровень – состояние нервной системы, темперамента;

III – уровень боевой и физической подготовленности.

По причине возникновения ЧС можно разделить на четыре основных типа (рис. 1.12):

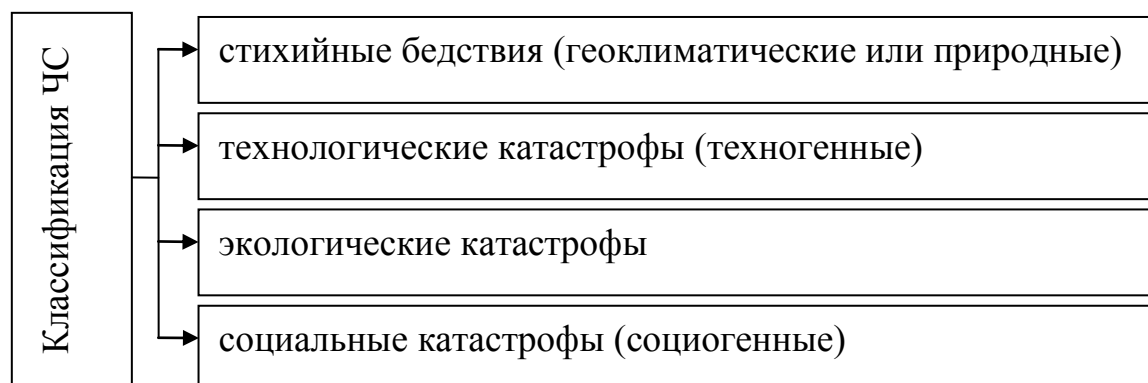


Рис. 1.12. Классификация ЧС по причине возникновения

Стихийные бедствия

К стихийным бедствиям относят: наводнения, циклоны, ураганы, смерчи, пожары, землетрясения, извержения вулканов, цунами, а также засухи, эпидемии, эпизоотии и др.

ВОЗ определяет *стихийные бедствия* как ситуации, характеризующиеся непредусмотренными серьезными и непосредственными угрозами общественному здоровью, возникающие в результате явлений и действий сил природы, имеющие чрезвычайный характер и приводящие к нарушению повседневного уклада жизни более или менее значительных групп людей, а также человеческим жертвам.

Каждому стихийному бедствию присущи определенные поражающие факторы, воздействующие на здоровье человека. Для землетрясения наиболее характерный поражающий фактор – разрушение зданий и построек, для наводнения – утопления, для снежных заносов – снег и низкие температуры и т. д. (фото 1.1, 1.2).



Фото 1.1, 1.2. Различные факторы, воздействующие на здоровье человека

Территория, на которую воздействуют поражающие факторы стихийного бедствия, с расположенными на ней населением, животными, зданиями, специальными сооружениями, инженерными сетями и коммуникациями, оборудованием и техникой называется *очагом стихийного бедствия*.

В зависимости от масштабов и природы стихийного бедствия его очаги могут отличаться размерами, формой, характером. В результате действия нескольких поражающих факторов стихийного бедствия возникают сложные очаги. Люди в сложном очаге стихийного бедствия могут получить самые разнообразные травмы, сопровождающиеся психическими расстройствами.

По мнению В. Booth, F. Fitch (1979), размер ущерба от различных видов стихийных бедствий различен. Наибольший вред приносят людям наводнения (40% от общего урона, причиняемого стихийными бедствиями). На втором месте стоят ураганы (20%), на третьем — землетрясения и засухи (по 15%). На остальные виды стихийных бедствий приходится около 10% общего урона.

Наводнение Крупнейшим паводковым наводнением XIX–XX веков

считается разлив рек в Китае (1887 г.), когда число жертв превысило 900 тыс. человек. Более 500 тыс. человек погибло в результате наводнения 12–13 ноября 1970 г. в районе островов и побережья Бенгальского залива, возникшего из-за нагонной волны высотой более 10 м.

Наводнение – временное затопление обширной местности водой в результате подъема ее уровня в водоеме, а также образования временных водотоков.



Фото 1.3, 1.4. Последствия наводнений

Различают несколько видов наводнений (рис. 1.13).

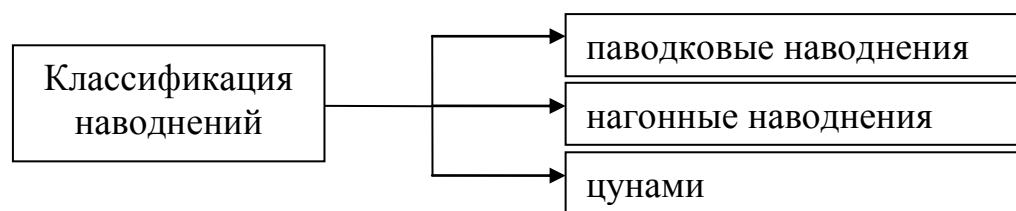


Рис. 1.13. Классификация наводнений

Паводковые наводнения – быстрые, но сравнительно кратковременные поднятия уровня воды в водоеме вследствие таяния снега (ледников) в его бассейне, выпадения обильных осадков.

Нагонные наводнения – возникающие под действием ветра, задерживающего в устье реки, впадающей в море, притекающую сверху воду.

Цунами – морские волны сейсмического или вулканического происхождения.



Фото 1.5, 1.6. Последствия цунами в Юго–Восточной Азии (2005)

В 1896 г. цунами «Мэдзи-Санридзу» обрушился на побережье Японии. Было уничтожено 10 тыс. домов и погибло свыше 27 тыс. человек. Подводное землетрясение 26 декабря 2004 года в северной оконечности острова Суматра величиной 8,9 баллов по шкале Рихтера породило волны цунами, распространившиеся на расстояние более трех километров в глубь суши и унесшее более 220 тысяч человек (Иванов В., 2005) (фото 1.5, 1.6).

Ураганы

Для измерения силы ветра в 1806 году Ф. Бофортом была предложена 12 бальная шкала для оценки силы ветра по его действию на наземные предметы и по волнению моря.

Согласно данным шкалы Бофора, 0 баллов соответствует безветрию, 4 балла - умеренному ветру, 6 - сильному ветру, 10 - буре (шторму), а 12 баллов - урагану.

Ураган (франц. ouragan) – ветер силой 12 баллов по шкале Бофорта, т. е. свыше 35 м/с.

В свою очередь, ураганы подразделяются на пять категорий сложности по скорости ветра (Акимов В., 2005):

- первая категория – скорость ветра достигает до 150 км / ч;
- вторая категория – скорость ветра достигает 180 км / ч;
- третья категория – скорость ветра достигает 200 км / ч;
- четвертая категория – скорость ветра достигает до 230 км / ч;
- пятая категория – скорость ветра достигает 250 – 260 км / ч.

Урагану «Катрина» была присвоена пятая категория сложности. С 23 по 31 августа 2005 года этот ураган охватил площадь около 230 км², стал причиной гибели более 1300 человек и вызвал гуманитарный кризис в невиданном для США масштабе. Скорость ветра достигала 280 км / час, а порывов – до 344 км / ч (фото 1.7, 1.8)



Фото 1.7, 1.8. Ураган «Катрина» (США, 2005)

Смерч – атмосферный вихрь, возникающий в грозовом облаке и распространяющийся вниз, часто до самой поверхности Земли, в виде темного облачного рукава или хобота диаметром в десятки и сотни метров.

Тромбом или *торнадо* (в США) называют смерч над сушей.

Смерчи существуют недолго, перемещаясь вместе с облаком, приводят ко многим разрушениям и трагическим последствиям. Специалисты считают, что их число в последние десятилетия нарастает. Слабым называют смерч, если скорость ветра в нем не превышает 60 – 100 км / ч, сильным – 250 – 350 км / ч.

Землетрясения Согласно международной сейсмической шкале MSK–64, сила землетрясений может составлять от 1 до 12 баллов. Землетрясения интенсивностью в 1 балл регистрируются только сейсмическими приборами, от 6–7 баллов и выше приводят к нарушению нормальной жизни людей и связаны с опасностью для их здоровья и жизни.

Землетрясения – подземные толчки и колебания земной коры, вызываемые чаще всего тектонической деятельностью.

По подсчетам У. Пекоры, директора геологического управления США, за последнюю тысячу лет от землетрясений и извержений вулканов погибло от 3 до 5 млн. человек. В сводных данных о сильнейших землетрясениях мира в XX веке приводятся сведения о 340 землетрясениях, в том числе катастрофических, сопровождавшихся большими человеческими жертвами. Самые катастрофические из них: землетрясение на острове Сицилия 28 декабря 1908 г. (разрушен город Мессина, погибло более 80 тыс. человек); землетрясение в Японии на острове Хонсю 1 сентября 1923 г. (погибло свыше 140 тыс. человек);

землетрясение в районе Ашхабада 6 октября 1948 г. (погибло 110 тыс. человек); землетрясение 31 мая 1970 г. в Перу (погибло около 70 тыс. человек). Крупное землетрясение произошло 28 июля 1976 г. в Китае: погибло свыше 242 тыс. человек. Среди землетрясений последних лет наиболее значительными были землетрясения в Армении 7 декабря 1988 г. (погибло свыше 30 тыс. человек) и в Иране 21 июня 1990 г. (погибло около 50 тыс. человек) (Александровский Ю.А., 1991).

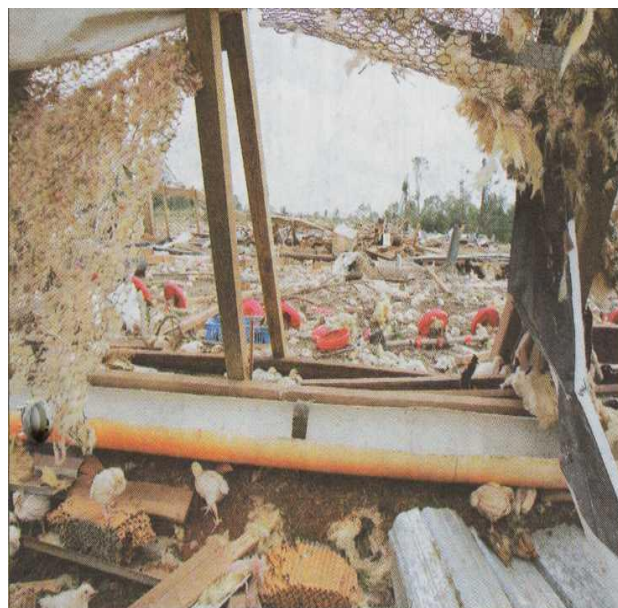


Фото 1.9, 1.10. Разрушения после землетрясений

По данным Д. Петрович, М. Попович (Никифоров Г.С., 2003), изучавших последствия сильных землетрясений, у всех пострадавших наблюдались острые реактивные состояния. Быстро прошло данное состояние примерно у 20% пострадавших, у 70% оно продолжалось от нескольких часов до 2–3 суток, а у 10% наблюдались серьезные психические расстройства.

Пожар

Значительным стихийным бедствием может стать пожар, создающий опасность для здоровья и жизни многих людей (фото 1.11, 1.12).

Пожар – неконтролируемый процесс горения, сопровождающийся уничтожением материальных ценностей и создающий опасность для жизни людей.



Фото 1.11, 1.12. Пожар как ЧС в Архангельской области ¹

В районе пожара различают следующие зоны (рис. 1.14):

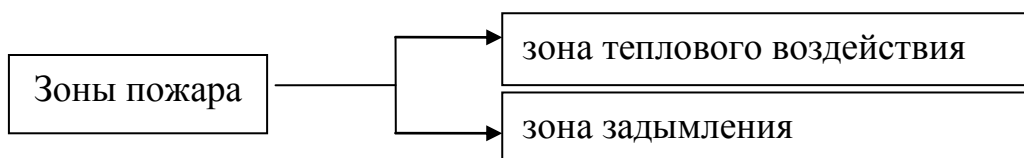


Рис. 1.14. Виды зон в районе пожара

В *зоне теплового воздействия* основным поражающим фактором является действие на организм высоких температур и, как следствие этого, возникновение ожогов. В *зоне задымления* люди страдают в основном от продуктов сгорания (дыма), многие из которых обладают повышенной токсичностью и могут вызвать отравления различной степени тяжести, а гипоксия способствует развитию состояния панического страха. В некоторых случаях продукты неполного сгорания (например, угарный газ) образуют с кислородом горючие и взрывоопасные смеси.

¹ Фотографии ЧС по г. Архангельску и Архангельской области представлены из личного альбома А. Кулешова

*Экологическая
катастрофа*

Особый вид катастроф, вызванных действием антропогенных факторов, которые привели к качественному изменению биосферы, оказывающему вредное воздействие на людей, животных, растительный мир и окружающую среду в целом (фото 1.13.).



Фото 1.14. Чрезвычайное происшествие на нефтеперерабатывающем предприятии (Архангельская область, 2005)

К числу экологических катастроф можно отнести: деградацию почвы и ее загрязнение тяжелыми металлами (кадмий, свинец, ртуть, хром и др.), загрязнение атмосферы, электромагнитное и ионизирующее излучение, кислотные дожди, разрушение озонового слоя, смог и т. Д.

Глобальная урбанизация, резкое расширение масштабов хозяйственной деятельности человека является одной из причин деградации окружающей среды и повышения риска экологических катастроф. Вторая наиболее веская причина экологических катастроф – техногенные ЧС, которые сопровождались существенными негативными изменениями биосферы.

*Техногенные
катастрофы*

Принято считать техногенной катастрофой внезапный выход из строя машин, механизмов и агрегатов во время их эксплуатации, сопровождающийся серьезными нарушениями производственного процесса, взрывами, образованиями очагов пожаров, радиоактивным, химическим, биологическим заражением больших территорий, гибелью людей (фото 1.14).



Фото 1.14. Техногенная катастрофа

*Социальные
катастрофы*

К категории социальных катастроф в первую очередь следует относить войны и военные локальные конфликты, сопровождающиеся ведением активных боевых действий, а также террористические акты и вовлечение в тоталитарные некульты (см.гл. 4).

Социальные катастрофы – результат общественно-политической деятельности группы лиц (политических деятелей, партий, сообществ и др.) или государственной власти, обусловивших снижение социально-политической стабильности в обществе или экономического благополучия населения, а в крайних случаях приведших к массовой гибели людей.

Социальные катастрофы наиболее трагичны по своим масштабам и количеству жертв. В годы Великой Отечественной войны погибло около 26 млн. граждан России, почти 20 млн. немцев, около 3 млн. итальянцев (Никифоров Г.С., 2003).

Война – организованная вооруженная борьба между государствами, нациями (народами), социальными группами.

Война с точки зрения экстремальных условий, вызывающих возникновение психогений, объединяет по существу психотравмирующие факторы, присущие почти всем стихийным бедствиям и катастрофам.

В войне с применением обычного оружия происходит разрушение зданий и пожары в результате действий артиллерии и авиации, катастрофические наводнения в связи с повреждением гидротехнических сооружений, заражение обширных территорий радиоактивными и ядовитыми химическими веществами при разрушении атомных электростанций и химических заводов. В случае же применения средств массового поражения максимальными по интенсивности психотравмирующего воздействия (помимо самого факта применения этих средств) будут наблюдаться очаги массовых санитарных потерь, особенно от ядерного оружия.

Данные о возможных санитарных потерях гражданского населения во время войны за счет психогений весьма разноречивы, но следует полагать, что они не будут меньшими, чем при стихийных бедствиях. Подтверждением этому является то обстоятельство, что при некоторых землетрясениях и ураганах катастрофического характера, особенно развивающихся совершенно внезапно, подавляющее большинство населения бывает уверено, что началась ядерная война.

Любые чрезвычайные ситуации, воздействуя на психофизическое состояние человека и его поведение в экстремальных условиях, носят стрессогенный характер. Опираясь на практический опыт и обобщая

теоретические знания, Г.С. Човдырова (1997) разработала следующую классификацию стрессогенных факторов (рис. 1.15).



Рис. 1.15. Классификация стрессогенных факторов

1. По характеру психосоциальной мотивации:

1. Стрессоры повседневной напряженной профессиональной деятельности. Сюда входят особенности различных сфер деятельности МВД, МЧС различных силовых структур, регламентируемой приказами, нормативными документами и др.

2. Стрессоры деятельности в экстремальных условиях:

а) чрезвычайные обстоятельства представляют собой реальную чрезвычайную и неизбежную угрозу безопасности граждан или конституционному строю Российской Федерации, которые могут быть выражены в следующем:

- попытки насильственного изменения конституционного строя или захвата власти;
- массовые беспорядки, диверсии и террористические акты;
- блокада отдельных местностей;
- межнациональные и региональные конфликты, сопровождающиеся насилием, угрожающие жизни и безопасности граждан или нормальной деятельности государственных институтов;

б) ЧС представляют собой нарушение нормальных условий жизни и деятельности людей на объекте или на определенной территории (акватории), которые могут быть вызваны следующим:

- стихийные бедствия: эпидемии, пожары, наводнения, землетрясения;
- крупные техногенные катастрофы на земле, воде, в воздушно-космическом пространстве, ставящие под угрозу жизнь и здоровье населения, требующие проведения масштабных аварийно-спасательных и восстановительных работ;

в) чрезвычайные происшествия криминального характера представляют собой реальную угрозу жизни, здоровью, чести и достоинству людей, любым формам собственности, являющуюся следствием совершения тяжких преступлений, требующих проведения специальных мероприятий.

3. Стрессоры семейной жизни (любовь, развод, женитьба, рождение ребенка, смерть или болезнь близких людей и др.).

4. Стрессоры морально-нравственного характера (угрызения совести,

ответственность за жизни и здоровье, как невинных людей, так и преступников, необходимость применения оружия и других средств поражения).

5. Стрессоры социальных условий смешанного происхождения:

- длительная изоляция от привычного окружения (служба в армии, пребывание в заложниках, в местах лишения свободы);
- реадаптация (необходимость уйти в отставку и адаптироваться к иным условиям жизни);
- медицинские аспекты (болезни, необходимость хирургического вмешательства);
- неудовлетворенные материальные потребности и др.

Вышеуказанные стрессоры могут отличаться между собой по времени действия и по характеру воздействия на организм человека.

II. По времени действия:

1. Стрессоры с кратковременным действием (от нескольких часов до нескольких суток):

- вызывающие тревогу и страх (встреча с вооруженным противником; захват заложников; действие в условиях, связанных с реальной угрозой для жизни или крупными человеческими потерями);
- вызывающие неприятные физические ощущения (боль, усталость, обусловленные неблагоприятными метеоэкологическими условиями);
- темпа и скорости (необходимость переработать большой поток информации и принять решение, необходимость проявить предельную скорость и быстроту движения);
- отвлечения внимания (тактические маневры противника);
- неудачных действий (просчет в оценке ситуаций, ошибка в

технике движения и др.).

2. Стрессоры с длительным действием (от нескольких месяцев до нескольких лет):

- длительной нагрузки, порождающие усталость (продолжительные дежурства, связанные с определенным риском и опасностью, охрана ценностей, особых объектов, монотонность условий труда, необходимость постоянно выполнять требования начальников в ограниченные сроки и т.д.);
- изоляции (служба в Вооруженных силах, отбывание наказания в местах лишения свободы, связанные с длительным отрывом от семьи и привычных условий, длительные командировки в напряженных условиях, служба в местах лишения свободы и др.);
- войны (ведение длительных боевых действий).

III. По характеру воздействия на органы чувств человека

(сотрудника):

1. Стрессоры визуально-психического ряда:

- смерть на глазах близких, сослуживцев;
- контакт с большим количеством раненых, искалеченных, впавших в панику людей;
- разрушения зданий, техники, сооружений, ландшафта;
- пожары, взрывы;
- вид трупов, крови и др.

2. Стрессоры слухового ряда (гул, рев, грохот, стрельба).

3. Стрессоры осязательно-обонятельного ряда (вибрация, удары воздушной волны, сотрясения, запахи газа и трупов, холод, жара, электрический ток и др.).

Психологические последствия стихийных бедствий, экологических, техногенных и социальных чрезвычайных ситуаций (ядерные катастрофы, пожары, землетрясения, наводнения, ураганы, террористические акты, вовлечение в неокульты и др.) для детей и взрослых имеют серьезные последствия. Жертвы катастроф характеризуются различными переживаниями, вызванными травмой: ночные кошмары, избегающее поведение, реакции испуга, раздражительность и повышенная чувствительностью к травматическим стимулам. Они чаще всего предъявляют жалобы на состояние соматического здоровья, постоянные головные, суставные, мышечные боли, изменение веса, повышенную возбудимость и раздражительность, часто возникают вспышки гнева, конфликтность, снижение работоспособности и настроения.

По итогам обзора катастроф, Rubonis и Vickman (1991) установили, что проблемы с психологическим приспособлением встречаются в среднем у 17% пострадавших.

Спустя 14 лет после трагического наводнения в Буффало-Крик, Грин с коллегами (Green et al., 1992) обнаружили у жителей наличие отчетливого чувства вины из-за неспособности защитить близких, оказавшихся в опасности.

Последствиями урагана Хьюго (в сентябре 1989 года на побережье в окрестностях Чарльстона, штат Южная Каролина, обрушился ветер со скоростью 175 миль в час и высотой волны от 12 до 23 футов) стало значительное увеличение количества фактов зависимого поведения, фрустрации, раздражительности, вспышек гнева и нарушения сна у потерпевших.

Из всех стихийных бедствий наибольшим психотравмирующим действием обладают землетрясения большой (иногда средней) силы. Внезапность возникновения (трудность непосредственного предсказания),

фактическое отсутствие эффективных методов защиты населения, огромные разрушения и ощущения качающейся земли определяют комплекс физических и психических травмирующих факторов. Исследователи (Кекелидзе З., 2004; Тарас А.Е., Сельченко А.В., 2002; Лебедев В.И., 2002; Василюк Ф.И., 2002) выделяют три фазы, характеризующие психическое состояние населения города после землетрясения (рис. 1.16).

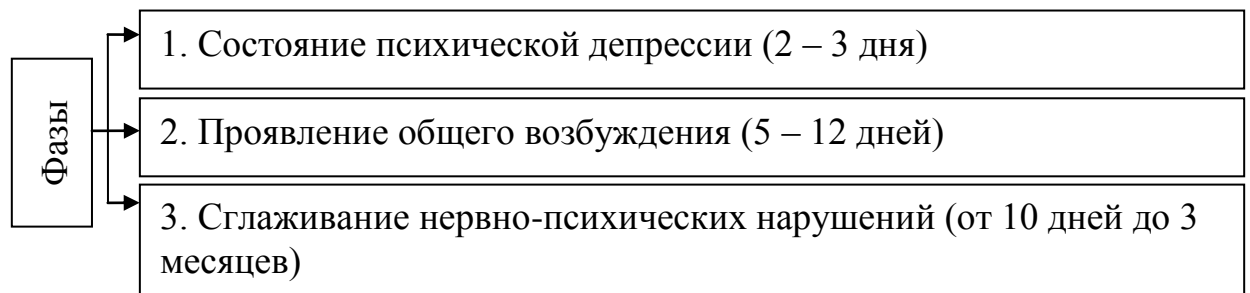


Рис. 1.16. Фазы психических состояний при землетрясении

1. Первая (2 – 3 дня) – *состояние тяжелой психической депрессии*, угнетения, ступора. Люди совершенно не реагируют на окружающее, с ними трудно вступить в контакт. Они бродят по развалинам, как будто разыскивая что-то, или сидят неподвижно у своих разрушенных жилищ.
2. Вторая (5 – 12 дней) – продолжение менее выраженной психической депрессии у одних, *проявление общего возбуждения*, беспокойства, расторможенности у других (у детей – полное недержание мочи, у беременных - спонтанные аборт и преждевременные роды).
3. Третья (от 10 – 12 дней до 2 – 3 месяцев) – постоянное *сглаживание нервно-психических нарушений*, появление интереса к окружающему, беспокойство за будущее, стремление приспособиться к жизни в новых условиях.

Дэвидсон и Баум (Davidson & Baum, 1986) в течение пяти лет изучали последствия аварии на АЭС Три Майл Айленд в марте 1979 года.

У пострадавших отмечали повышенное артериальное давление, рост числа случаев рака щитовидной железы и лейкемии, значительное нарастание симптомов депрессии, социальной отчужденности, безразличие к другим и навязчивые мысли. Эти данные подтверждаются исследованиями Koscheyeva (1990), рассматривающего последствия аварии на Чернобыльской АЭС.

У людей, переживших ужас нацистских концлагерей, часто наблюдается тревога, бессонница, головные боли, раздражительность, ночные кошмары, нарушение половой потенции и функциональная диарея, при нахождении в любой незначительной стрессовой ситуации (Sigal et al., 1973; Warnes, 1973). У выживших узников военного времени встречается пониженная резистентность к физическим недугам, низкая толерантность к фрустрации, частая алкогольная и наркотическая зависимость, раздражительность и другие признаки эмоциональной неустойчивости и асоциального поведения.

Зигель (Siegel, 1984) обнаружил, что у людей ставших заложниками наблюдались неконтролируемые акты насилия, апатия, ступор. У лиц, кто содержался в условиях изоляции, сенсорной депривации, физического сдерживания, причинения физического вреда и угрозы для жизни, встречались галлюцинации.

По выводам Basoglu и Mineka (1992), а также Mollica et al. (1990), проблемы, переживаемые после пыток, включают:

- физическую симптоматику (боль, нервозность, бессонница, тремор, слабость, обмороки, усиленное потоотделение и диарею);
- психологические дисфункции (ночные ужасы и кошмары, депрессию, подозрительность, социальную замкнутость и отчуждение, раздражительность);
- когнитивные нарушения (снижение концентрации внимания, дезориентацию, замешательство и плохую память);

- неприемлемые паттерны поведения (агрессивность, импульсивность и суицидные попытки).

Ситуация сексуального насилия, по мнению McCann et al. (1988), оказывает влияние на пять областей жизненного функционирования:

- 1) физические нарушения (гипервозбуждение);
- 2) эмоциональные расстройства (тревога, депрессивное настроение, низкое самоуважение);
- 3) когнитивные дисфункции (нарушенная концентрация внимания, навязчивые мысли);
- 4) нетипичные поведенческие действия с агрессивными и асоциальным поступками;
- 5) злоупотребление химическими веществами и затруднения в социальных отношениях, включая сексуальные, интимные проблемы.

Многие люди, ставшие жертвами авиакатастроф, дорожно-транспортных происшествий, взрывов, пожаров, землетрясений, сексуальных посягательств или других ужасных переживаний имеют психологические шоковые реакции, такие как замешательство и дезинтеграцию, которая варьирует в зависимости от характера и тяжести переживания, степени неожиданности и личностных особенностей индивида (Карсон Р., Батчер Дж., 2004). Психологическое освидетельствование 8 из 64 выживших в результате аварии двух реактивных самолетов на острове Санта-Крус-де-Тенерифе в 1977 году (погибли 580 человек) показало, что все они страдали серьезными эмоциональными проблемами, непосредственно вытекавшими из несчастного случая (Perlberg, 1979). Исследование переживших в 1989 году землетрясение в Лома-Приета близ Сан-Франциско, подтвердило предположение о влиянии травмирующего события на возникновение кошмаров (Wood et al., 1992).

Анализ приведенных данных, позволяет утверждать, что жертвы крупных экстремальных происшествий часто испытывают *«синдром катастрофы»*. Данный синдром является первичной реакцией, возникающей в ходе травматического переживания, и состоит из трех стадий (рис. 1.17):

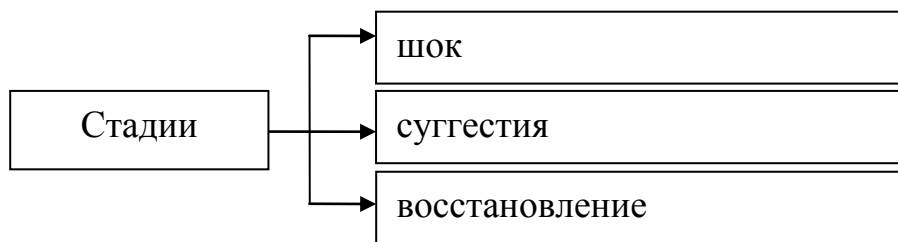


Рис. 1.17. Стадии первичных реакций «синдрома катастрофы»

1) *Стадия шока*, когда человек пребывает в оглушенном, ошеломленном и апатичном состоянии;

2) *Суггестивная стадия*, на которой индивид склонен к пассивности и внушаемости, проявляет готовность следовать указаниям спасателей или других лиц;

3) *Стадия восстановления*, когда пострадавший пребывает в напряжении, выказывает боязливость и генерализованную тревогу, но постепенно восстанавливает психологическое равновесие, обнаруживая потребность рассказывать о катастрофическом событии.

Повторяющиеся кошмары и характерное желание рассказывать одну и ту же историю о бедствии являются механизмами снижения тревоги и десенсибилизации в отношении травматического переживания. Напряжение, боязливость и гиперсензитивность соответствуют резидуальными последствиями шоковой реакции и отражают в сознании человека то, что мир вдруг может стать опасным и полным угроз. Клиническая картина осложняется наличием глубокой скорби и депрессии. Если человек чувствует, что его несостоятельность способствовала потере близких людей, картина может осложниться чувством вины.

Сравнение типичных реакций на потрясения для детей и взрослых, позволяет утверждать, что любая катастрофа оказывает сильное психологическое воздействие на психику людей различных возрастов, но большим деструктивным последствиям подвержены дети (табл. 1.4).

Таблица 1.4

Типичные реакции на катастрофу

<i>Реакции взрослых</i>	<i>Реакции детей</i>
<ul style="list-style-type: none"> • раздражение (злость); • слабость; • потеря аппетита; • бессонница; • кошмары по ночам; • подавленность; • головные боли и тошнота; • повышенная активность; • отсутствие концентрации внимания; • увеличение (или начало) употребления алкоголя и наркотиков. 	<ul style="list-style-type: none"> • повышенная боязнь темноты, боязнь разлучения с родителями или боязнь быть одному в комнате; • прижимание к родителям, боязнь незнакомых людей; • беспокойство; • регрессия поведения; • нежелание идти в школу; • изменение отношения к еде, сну; • более агрессивное поведение или повышенная застенчивость; • постоянные ночные кошмары; • мочеиспускание во сне или сосание большого пальца; • боли в животе, головные боли или другие жалобы.

Состояние психологической неготовности людей к адекватному восприятию экстремальной ситуации можно объяснить четырьмя основными причинами (рис. 1.17).

1. Уникальностью ситуации

2. Очень слабой подготовкой подавляющего большинства людей

3. Недостатком конкретной информации и информационной анархией, определяющее стихийное поведение людей, с низким порогом критичности к поступающим сведениям (слухам)

4. Эмоциональной неустойчивостью, обусловленной заторможенностью собственной инициативы, т.к. предоставленность самим себе в сложных условиях переживается особенно остро

Рис. 1.17. Причины неготовности к восприятию экстремальной ситуации

При рассмотрении общих принципов борьбы с последствиями катастрофы следует выделить три уровня взаимодействия:

- *биологический*, включает механизмы иммунной защиты и восстановления от повреждений;
- *психологический*, содержит эффективные паттерны совладания, защитные механизмы и поддержку со стороны семьи и друзей;
- *социокультурный*, предполагает поддержку государства, правоохранительных органов и др.

Паратерминальные и терминальные условия При паратерминальных условиях резервы организма истощаются, начинается общая астения («истощение», в терминологии Г. Селье), развивается выраженное астенодепрессивное (устало-апатичное) состояние.

При *паратерминальных условиях* динамика психологических и физиологических показателей характеризуется тем, что перераспределение функциональных резервов прекращается и начинается их выраженное общее падение.

Качественным показателем паратерминального состояния является формирование болезни (патологии). Если воздействие экстремальных факторов (стрессов) не прекратится, возможен переход *к терминальным условиям*. Переход к терминальным условиям жизнедеятельности при дальнейшем воздействии экстремальных факторов неизбежно ведет к летальному исходу.

Сложность происходящих экстремальных стрессогенных ситуаций предъявляет к отдельной личности повышенные требования. Сегодня особое внимание должно быть обращено на организацию работы с людьми в условиях экстремальности, так как деятельность личности проходит с особо сложными требованиями к механизмам приспособления организма. Неудачи в сложных, кризисных ситуациях, помимо отсутствия должного профессионального и жизненного опыта, связаны с ухудшением психического состояния. Нагрузки стрессовой ситуации ведут к нервно-психическим срывам. Разрушая психологические, физиологические, адаптационные возможности человека, катастрофы, способствуют развитию острых или посттравматических стрессовых расстройств. Именно поэтому большой интерес представляет изучение факторов как противодействующих повреждающему влиянию стресса и способствующих повышению индивидуальной толерантности людей к экстремальным ситуациям, улучшающих их адаптацию и стрессоустойчивость.

Резюме

- Все условия деятельности, в зависимости от выраженности угрозы

для жизни человека, разделяют на категории: обычные (или оптимальные), параэкстремальные, экстремальные, паратерминальные и терминальные.

- Под ЧС подразумевается совокупность проявлений дестабилизирующих факторов, нарушающих заданное функционирование социальной системы.
- Все ЧС характеризуются: по темпам распространения, масштабности и причинам происхождения.
- По темпам распространения ЧС могут быть «взрывными» и «плавными».
- К основным критериям масштабности относятся: количество пострадавших и площадь территории, на которой возникла чрезвычайная ситуация, размер экономического ущерба.
- По уровню масштабности ЧС бывают: локальные (объектовые), местные, территориальные, региональные, федеральные (национальные), трансграничные (или глобальные) и планетарные.
- По причине возникновения ЧС можно разделить на четыре основных типа: стихийные бедствия (природные), технологические катастрофы (техногенные), экологические и социальные (социогенные) катастрофы.
- К стихийным бедствиям относят: наводнения, циклоны, ураганы и смерчи, пожары, снежные заносы и лавины, сели, землетрясения и извержения вулканов, оползни, обвалы, цунами, а также засухи, эпидемии, эпизоотии и др.
- Техногенными катастрофами принято считать внезапный выход из строя машин, механизмов и агрегатов во время их эксплуатации, сопровождающийся серьезными нарушениями производственного процесса, взрывами, образованиями очагов пожаров, радиоактивным, химическим, биологическим заражением больших

территорий, гибелью людей.

- Экологические катастрофы – особый вид катастроф, вызванных действием антропогенных факторов, которые привели к качественному изменению биосферы, оказывающему вредное воздействие на людей, животных, растительный мир и окружающую среду в целом.
- К категории социальных катастроф относят войны и военные локальные конфликты, сопровождающиеся ведением активных боевых действий, вовлечение в неокульты, захват заложников, террористические акты и различные формы насилия.
- Любые ЧС, воздействуя на психофизическое состояние человека и его поведение в экстремальных условиях, носят стрессогенный характер.
- Любая катастрофа оказывает сильное психологическое воздействие на психику людей различных возрастов, но большим деструктивным последствиям подвержены дети.
- Первичные реакции «синдрома катастрофы» имеют три стадии (шок, суггестия и восстановление).

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Сформулируйте определение понятий «обычные (или оптимальные) условия», «экстремальные условия» и «паратерминальные условия».
2. Дайте краткую характеристику условий деятельности человека.
3. Перечислите ситуации, которые можно классифицировать как экстремальные.
4. Сформулируйте определение понятия «чрезвычайная ситуация».
5. Перечислите составляющие уровни реакций личности на различные чрезвычайные обстоятельства.

6. Сформулируйте особенности стихийных бедствий.
7. Сформулируйте определение понятия «социогенные катастрофы».
8. Раскройте факторы, формирующие стрессоры по характеру мотивации.
9. Перечислите фазы психических состояний при землетрясении.
10. Перечислите реакции «синдрома катастрофы».
11. Охарактеризуйте психологические последствия катастроф.
12. Сравните реакции детей и взрослых на чрезвычайные ситуации.

1.3. Организация и принципы оказания медицинской и психологической помощи в чрезвычайной ситуации

При всем многообразии характера чрезвычайных ситуаций едиными остаются принципы оказания помощи для врачей, спасателей и психологов (рис. 1.18).



Рис. 1.18. Принципы оказания медико-психологической помощи

1. *Профессионализм* — грамотное и своевременное проведение специальных мероприятий в максимальном объеме.
2. *Приближенность* — максимальное приближение помощи к очагу поражения.

3. *Неотложность* — оказание помощи в максимально короткий срок.
4. *Преемственность* — соблюдение единых принципов оказания помощи с последовательным наращиванием лечебных мероприятий, которые достигаются:
 - едиными взглядами на патогенез, клинику, дифференциальную диагностику и реабилитацию;
 - единой четкой документацией.
5. *Надежность* — поддержание у пострадавших уверенности в своевременном и качественном оказании им помощи.
6. *Простота* — общедоступность и ясность организации лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий.
7. *Индивидуальность* — оказание помощи с учетом личности и индивидуального своеобразия психических проявлений.

Целью психолого-психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях является сохранение психического и соматического здоровья пострадавших, устранение дополнительной угрозы жизни для них и их окружения в силу особых изменений поведения, психического состояния в экстремальной ситуации.

Данная цель достигается при соблюдении определенных этапов работы (рис. 1.19):

1. *Первый этап* психолого-психиатрической помощи начинается в период развития экстремальной ситуации, когда по сигналу о катастрофе бригады экстренной медицинской помощи выезжают на границу очага чрезвычайного происшествия и приступают к ее оказанию. В силу краткосрочности самого этапа (от нескольких минут или часов) медики и спасатели не могут приступить к оказанию помощи, поэтому их функции выполняют лица, находящиеся рядом с очагом катастрофы.
2. *Второй этап* осуществляется в виде квалифицированной помощи в

лечебных учреждениях, развернутых в зоне, непосредственно прилегающей к зоне чрезвычайного происшествия.

3. *Третий этап* начинается с момента эвакуации пострадавшего в специализированное психиатрическое учреждение, где ему оказывается специализированная психолого-психиатрическая помощь.

Предлагаемая организация психолого-психиатрической помощи носит комплексно – динамический характер. Успех лечебных мероприятий, предупреждение панических реакций зависят в значительной мере от точности оценки состояния, правильности диагноза, обоснованности применения различных методов лечения и от организации неотложной психолого-психиатрической помощи в кратчайшие сроки.



Рис. 1.19. Этапы психолого-психиатрической помощи

Внедрение предлагаемой концепции способствует повышению качества и эффективности оказания психолого-психиатрической помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях.

Специалисту, работающему с лицами, перенесшими воздействие различных экстремальных факторов чрезвычайных ситуаций, стихийных бедствий или технологических катастроф, следует помнить, что многие соматические нарушения имеют психогенную природу, поэтому пострадавшим для оказания помощи необходим врач и психолог (рис. 1.20).

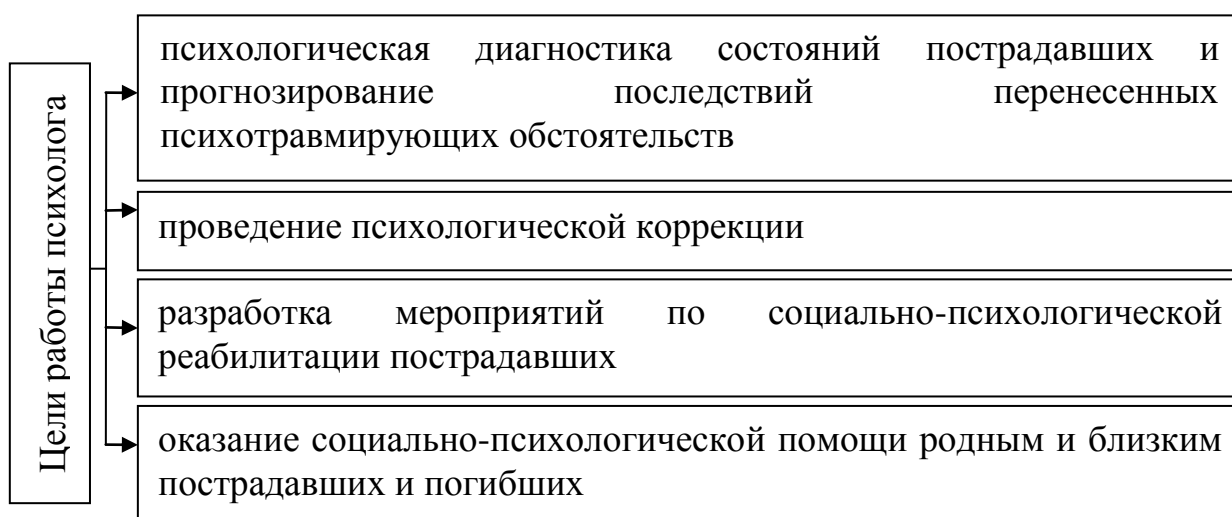


Рис. 1.20. Цели работы психолога

При катастрофах решающее значение приобретает способность каждого врача, независимо от конкретного профиля его деятельности, оказать грамотную помощь при психогениях, радиационных, химических и термических поражениях, травмах, а также, во всех случаях ухудшать ситуацию будут масштабность, одномоментность и внезапность катастрофы, недостаток сил и средств по ликвидации ее последствий.

Организация и конкретное содержание помощи определяются рядом факторов. На разных этапах различные факторы будут доминировать, приобретая основное значение (рис. 1.21).

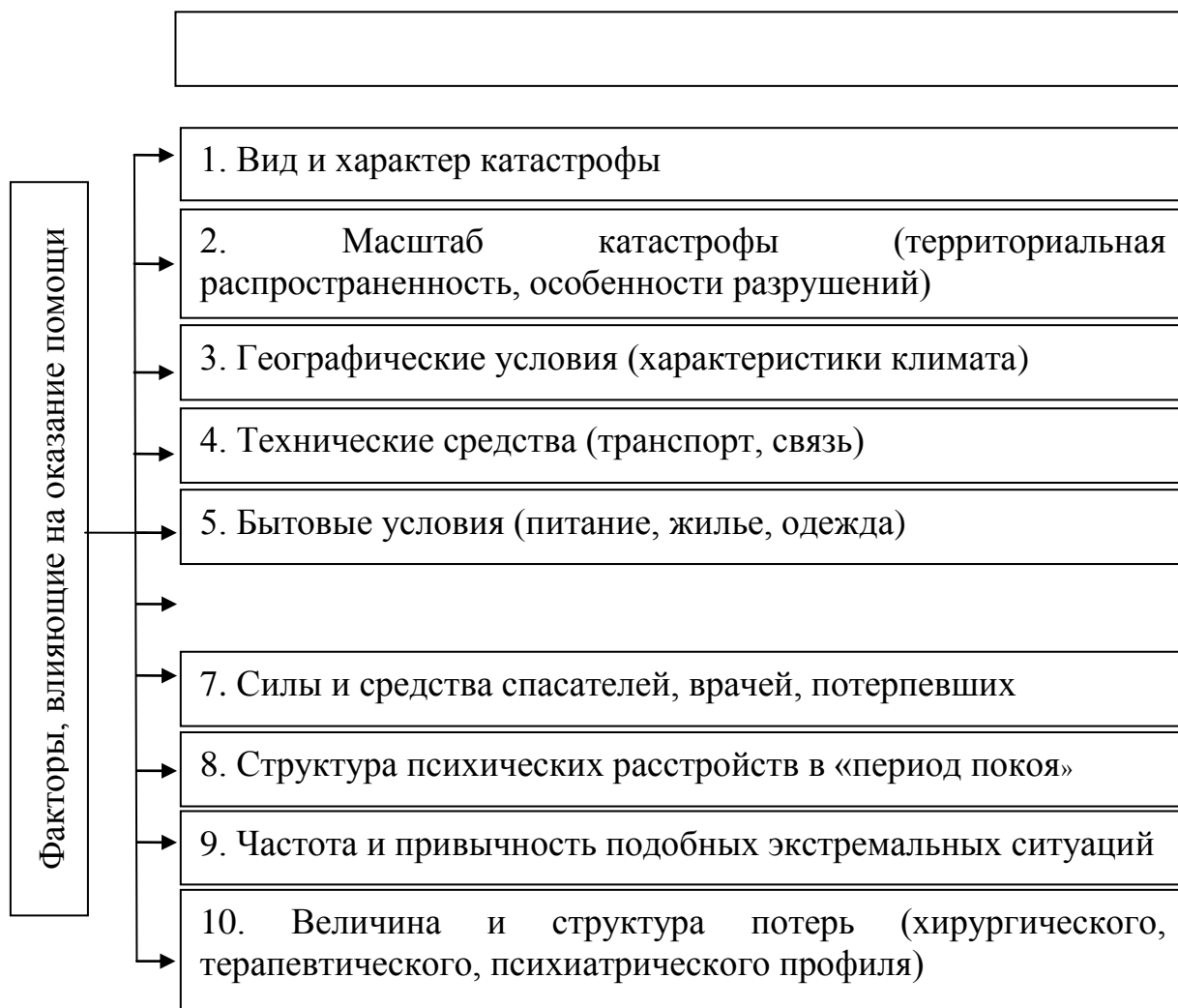


Рис. 1.21. Факторы, влияющие на организацию и конкретное содержание помощи

В экстремальной ситуации, когда появляется большое количество лиц с психогенными расстройствами, необходима рационально упрощенная оценочная систематика возникающих психических расстройств. Врач, прибывший в очаг ЧС, должен быть способным быстро и грамотно решить вопросы медицинской сортировки, определить объем необходимой помощи, степень опасности для окружающих, очередность и вид эвакуации, а также возможную продолжительность пребывания в очаге катастрофы в легких случаях. Исходя из данных потребностей Ю.А. Александровский (1991) предложил классификацию медицинской сортировки применительно к оценке психического состояния пострадавших, выделяя три динамических этапа (рис. 1.22).



Рис. 1.22. Поэтапная оценочная систематика возникающих психических расстройств

Первая врачебная помощь и медицинская сортировка пострадавших в катастрофах хирургами, терапевтами, врачами общей практики осуществляется в тяжелых условиях, в связи с этим для определения и градации симптомов психогенных реакций необходимо знать сокращенную оценку психопатологической картины, позволяющей увеличить эффективность работы и ускорить диагностику состояния потерпевшего (рис.1.23).

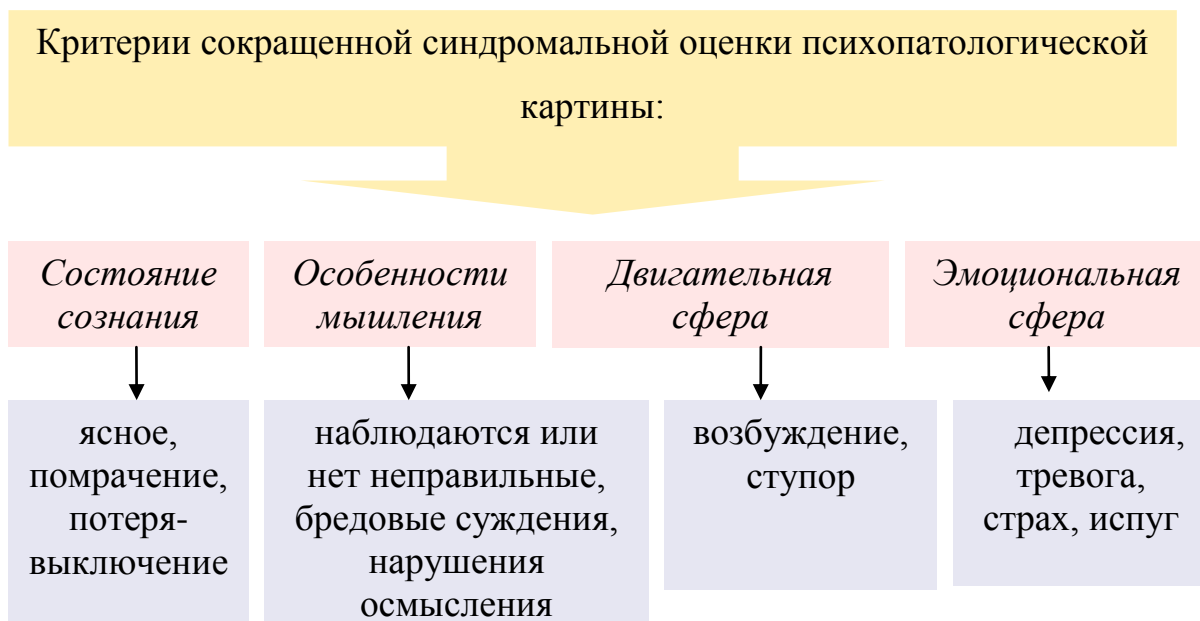


Рис. 1.23. Критерии медицинской сортировки в экстремальных ситуациях

В процессе медицинской сортировки спасателями и врачами выделяются следующие группы (рис. 1.24).

1 группа – представляющие опасность для себя и окружающих. При безуспешности фармакологической коррекции возбуждения эти лица помещаются в психоизолятор

2 группа – нуждающиеся в неотложных мероприятиях первой врачебной помощи

3 группа – нуждающиеся в специализированной помощи, которая может быть отсрочена

4 группа – пострадавшие с легкими формами психогенных расстройств после оказания помощи и отдыха могут быть возвращены к нормальной жизнедеятельности

Особая группа – пострадавшие, у которых наряду с основным поражением имеются психогенные расстройства. При их сортировке следует руководствоваться основным заболеванием, требующим специализированной хирургической или терапевтической помощи

Рис. 1.24. Медицинская сортировка по группам

Психологическая и медицинская помощь в ЧС должна представлять собой комплекс медико-психологических и психиатрических мероприятий для купирования острых психотических расстройств, нормализации психического состояния пострадавших и работников «первого контакта» (врачей, спасателей). После ликвидации чрезвычайной ситуации и в более отдаленный период времени необходима последующая, порой длительная, коррекция и реабилитация этих контингентов.

В настоящее время нет руководящих документов по организации психологической помощи в ЧС на федеральном, региональном, территориальном, муниципальном и объектовом уровнях, что обуславливает необходимость разработки методических указаний (рекомендаций). И.Г. Мосягин и соавторы (2006) предложили модель взаимодействия психологических служб различных ведомств (рис. 1.25):

1. *Первый этап* психологической помощи начинается сразу после чрезвычайного события и длится от нескольких минут до прибытия на место катастрофы психологов управления внутренних дел (УВД), управления государственной противопожарной службой (УГПС), управления по борьбе с организованной преступностью (УБОП) и др. После прибытия к очагу ЧС служба медицины катастроф развертывает пункт медицинской помощи (ПМП) в непосредственной близости от очага. Совместно с врачами психологи силовых ведомств развертывают пункт психологической помощи (ППП), где оказывается экстренная психологическая помощь.
2. *Второй этап* – оказание квалифицированной психологической помощи – осуществляется с момента прибытия психологов УВД, УГПС, УБОП к месту происшествия. Сотрудники психологических служб начинают обходить ближайшие подъезды и искать по

периметру оцепления лиц с «опасными» состояниями. Параллельно происходит оповещение личного состава, распространение листовок с объявлениями о месте дислокации круглосуточного ППП, его телефоны.



Рис. 1.25. Модель взаимодействия психологических служб

На территории ППП в первое время проводится групповая работа с пострадавшими. Наиболее эффективным, по мнению многих исследователей (Ксенофонта А.М., Беликова И.И., 2005; Тарабриной Н.В., 2003; Черпановой А.Е., 1995; и др.), в первые часы работы с пострадавшими является использование метода психологического

дебрифинга. При проявлении острых стрессовых реакций (ОСР) показана индивидуальная работа. Совместно с врачами деятельность психологов направлена на купирование сердечно-сосудистых кризисов и гастроэнтерологических расстройств. На протяжении всего данного этапа должен работать телефон доверия.

Кроме работы с пострадавшими, оказывается психологическая помощь в необходимом объеме врачам, личному составу подразделений УВД, УГПС и УБОП, обеспечивающих порядок и находящимся в оцеплении.

Третий этап начинается с момента свертывания ППП непосредственно в зоне ЧС. Психологические службы силовых ведомств продолжают оказывать посильную помощь, но в большем объеме на данном этапе включаются психологические службы населенного пункта. Опыт работы психологических служб в ликвидации последствий ЧС показал, что:

1. Наиболее эффективным психологическим приемом является организация серии передач переформирования сознания в режиме прямого диалога, с использованием средств массовой информации (радио, телевидение).
2. Индивидуальная и групповая работа, а также работа по телефону доверия дифференцирует последствия ЧС в динамике:
 - первые 5 – 7 дней наблюдается обращение жителей с ОСР и высокой тревогой;
 - через 8 – 10 дней после ЧС увеличивается контингент пострадавших за счет людей, видевших катастрофу. Это в основном лица с фобическими переживаниями, страхами повторения трагедии, боязнью заснуть ночью и пробуждениями во время случившейся трагедии («час катастрофы»);
 - после проведения процедуры похорон у потерпевших, наиболее

тяжело проходят стигматизация, экзистенциальные кризисы и кризисы лишения;

- в течение 1 года после трагедии у пострадавших присутствуют отдельные симптомы, такие как нарушение сна, повышенная раздражительность, нежелание говорить о происшедшем и др.
- особо следует отметить, что для лиц, имевших боевой опыт, ЧС может сыграть роль пускового механизма и оживить воспоминания, связанные с участием в военных действиях, ухудшая состояние.

Дифференцированное рассмотрение данной темы позволит в ситуации катастрофы врачам, спасателям и психологам определять объем необходимой помощи. Рациональная упрощенная оценочная систематика возникающих психических состояний позволит быстро и грамотно решить вопросы психиатрической, медицинской и психологической сортировки, степень опасности для окружающих, очередность и вид эвакуации, а также в возможную продолжительность пребывания в очаге катастрофы и необходимые реабилитационные меры воздействия.

Резюме

- При всем многообразии характера катастроф, стихийных бедствий и крупных аварий едиными остаются принципы оказания помощи: профессионализм, приближенность, неотложность, преемственность, надежность, простота и индивидуальность.
- Поэтапное изложение медицинской сортировки возникающих психических расстройств используется для быстрого и грамотного решения вопросов определения объема необходимой помощи, степени опасности для окружающих, очередности и вида эвакуации.
- Целью психолого-психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях является сохранение психического и соматического

здоровья пострадавших, устранение дополнительной угрозы жизни для них и их окружения в силу особых изменений поведения, психического состояния в экстремальной ситуации.

-
- Деятельность психологов подразделяется на три этапа и направлена на переформирование сознания, купирование фобий и кризиса лишения и других переживаний, связанных с катастрофой.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Проанализируйте зависимость характера психических расстройств, возникающих как следствие воздействия экстремальной ситуации.
2. Опишите три группы психогенных расстройств.
3. Определите синдромы патологической реакции невротического уровня.
4. Перечислите основные проявления острого и затяжного реактивного психоза.
5. Обрисуйте травмирующие факторы и основные реакции участников каждого периода развития психических расстройств.
6. Раскройте фазы идентификации расстройств в динамике американских врачей-психиатров.
7. Перечислите основные принципы оказания помощи.
8. Установите факторы, влияющие на оказание помощи в ЧС.
9. Опишите этапы психолога – психиатрической помощи.
10. Проанализируйте критерии медицинской сортировки по группам в ЧС.
11. Рассмотрите модель взаимодействия психологических служб.
12. Перечислите цели работы психолога в ЧС.
13. Установите удельный вес динамически изменяющихся факторов в первую очередь влияющих на психическое здоровье во время и после любой ЧС.
14. Перечислите основные направления деятельности психологов на месте

- трагедии.
15. Опишите признаки психологических нарушений, выявленные у пострадавших.
 16. Раскройте наиболее эффективные направления работы психологов.
 17. Расскажите о принципах работы с родственниками пострадавших.
 18. Разъясните алгоритм проявления возможных реакций пострадавших.
 19. Выявите стратегии индивидуальной терапии спасателей.
 20. Опишите стратегии терапии при остром и посттравматическом стрессовом расстройстве.

Глава 2 Эмоциональные состояния человека в экстремальных условиях

2.1. Характеристика экстремальных психических состояний

В процессе биологической эволюции у человека появилась способность к пристрастному отражению действительности, что является эмоцией. Эмоциональное состояние в литературе рассматривается в качестве разновидности психического состояния, где отражается целостная деятельность в виде определенного уровня функционирования физиологических процессов и определенного уровня психической

деятельности, т. е изменение состояний эмоций связано с изменениями психической деятельности и физиологических процессов.

Общей характеристикой всех психических состояний являются следующие параметры (рис 2.1):

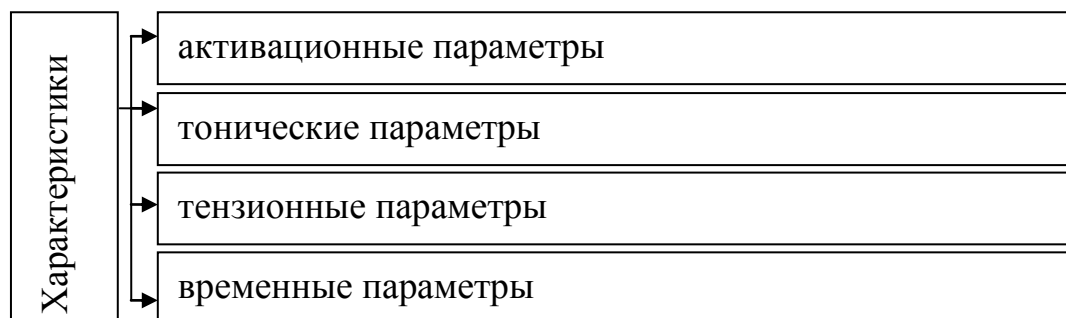


Рис.3.1. Характеристики психических состояний

1. *Активационные параметры* отражают интенсивность психических процессов и детерминированы потребностно–мотивационной сферой. На психологическом уровне активация проявляется в ясности сознания, скорости психомоторных реакций, действий и движений, энергичном поведении и стремлении преодолевать трудности. Континуум данного параметра состоит из 2 полюсов: на одном полюсе – возбуждение, подъем интенсивности психических процессов; а на другом – торможение, спад темпа действий. Уровень активации обусловлен силой актуализированных потребностей и мотивов, оптимистическим отношением к жизненной ситуации, верой в свои возможности.
2. *Тонические параметры* отражают на психологическом уровне ресурс сил, тонус индивида, наличие (отсутствие) энергии. Увеличенная готовность к работе, ощущение собранности характерно для повышенного тонуса, а низкая работоспособность, усталость, несобранность, склонность обнаруживать реакции астенического типа на трудные жизненные ситуации свойственна пониженному тонусу.

3. *Тензионные параметры* отражают степень напряжения и детерминированы характеристиками эмоционально-волевой сферы. Уровень напряжения может формироваться под воздействием внутренних (психологических) факторов, таких как повышенный уровень требований, предъявляемых к собственной личности; неуверенность в себе, опасения и страхи перед лицом возможных неудач, а также может быть связан с воздействием внешних факторов: с условиями деятельности, общения, конкурентности и соревновательности. На одном полюсе континуума этого параметра раскованность, расслабленность, внутренний психологический комфорт, непринужденность в действиях и поведении, а на другом — закрепощенность, внутренний психологический дискомфорт, вынужденность поведения.
4. *Временные параметры* отражают устойчивость и продолжительность состояния. Считается, что психические состояния по параметру продолжительности занимают промежуточное положение между психическими процессами и свойствами личности.

К наиболее изученным хронически негативным состояниям относится утомление, которое является психологическим эквивалентом астении. Возникает данное затяжное психическое состояние вследствие эффекта суммации: длительное эмоциональное напряжения приводит к накоплению утомления, что в последующем способствует развитию хронического (эндемического) утомления. Последствия эндемического утомления в течение длительного времени могут оставаться скрытыми.

Обязательным признаком экстремальных психических состояний является напряжение. В экстремальных условиях и в условиях эмоционально окрашенных ситуаций различают три эмоциональных состояния (рис. 2.2).

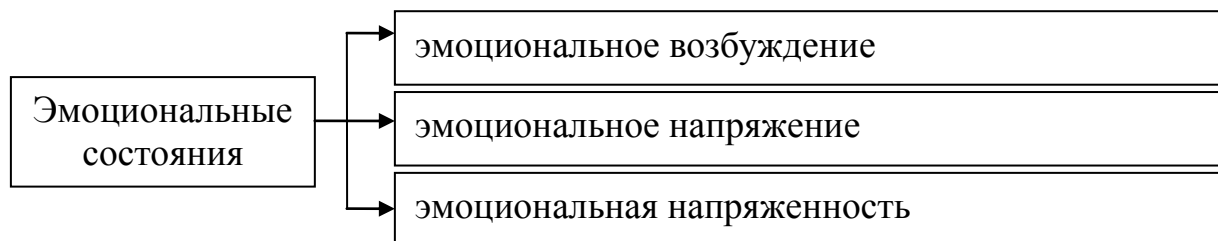


Рис. 2.2. Эмоциональные состояния

1. *Эмоциональное возбуждение* расценивается как сигнальная реакция нервной системы на различные психогенные воздействия.
2. *Эмоциональное напряжение* – это эмоционально окрашенное волевое усилие, направленное на решение мыслительной или двигательной задачи.
3. *Эмоциональная напряженность* характеризуется временным понижением устойчивости психических и психомоторных процессов, а также падением работоспособности, вызванное негативными или чрезмерными психогенными воздействиями.

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

Достаточно информативным показателем эмоциональной напряженности служит проявление выраженной *мышечной скованности* (непроизвольного напряжения многих групп мышц). Основной вегетативной реакцией на эмоциональную напряженность является высокая *частота сердечных сокращений* без физических нагрузок. Иногда отмечается *обильный профузный пот*, вызываемый не температурными, а

эмоциональными воздействиями. На лице могут появиться выраженные *вазомоторные реакции*, заметные изменения в диаметре зрачка. В ряде исследований при значительном эмоциональном напряжении наблюдалось *повышение позывов на диурез*, резкое усиление работы кишечника и др.

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

Эмоциональная напряженность также характеризуется падением уровня психических познавательных процессов и ухудшением психомоторики. Причинами этого становится избыточная мотивация, излишне нагнетаемое чувство ответственности за порученное дело, выраженное ощущение серьезной опасности, высокой тревожности и др. Развитию такого негативного психического состояния способствуют низкая эмоционально-волевая устойчивость, выраженная личностная тревожность, неуверенность в своих силах. При этом проявляется психологическая закономерность, получившая отражение в кривых Йеркса – Додсона и В. Л. Марищука (рис. 2.3). Горизонтальная и нисходящая линии трапецевидной кривой отражают состояние негативной эмоциональной напряженности (эмоциональный стресс).

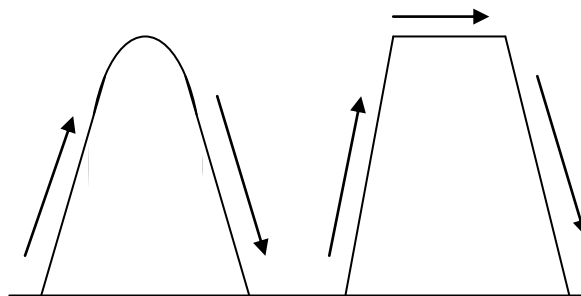


Рис. 2.3. Инвертированная кривая Йеркса – Додсона (А) и трапецевидная кривая В.Л. Марищука (Б)

Данные кривые отражают физиологические закономерности высшей нервной деятельности: вначале задействуются функциональные резервы, затем возникает безразличие к дальнейшему мотивированию («мне все равно», «все надоело») и, наконец, начинаются реверсивные действия (действия, противоположные стимулам) (рис. 2.4).

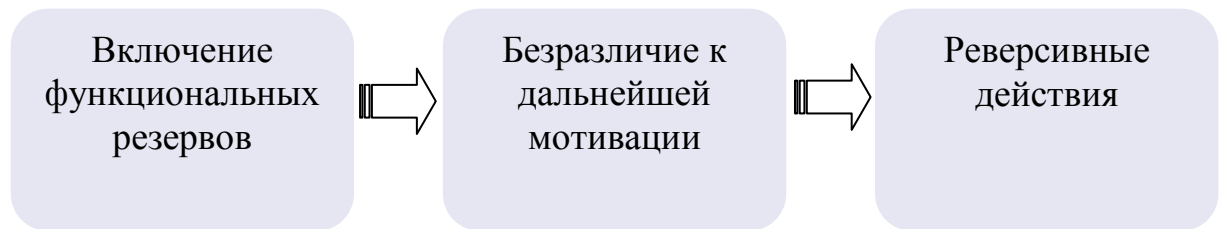


Рис. 2.4. Физиологические закономерности высшей нервной деятельности

Среди внешних проявлений эмоциональной напряженности особое место отводится мимике, пантомимике, заиканию и тремору (рук, ног, щек, губ, подбородка). Характерно появление желваков на щеках, затем в связи с утомлением лицевых мышц начинает отвисать нижняя челюсть. Глубокий эмоциональный стресс мониторируется при асимметрично открытом («перекошенным») ртом. Среди мимических реакций, характеризующих состояние напряженности, одной из самых информативных является оживление рефлексов (рис. 2.5).

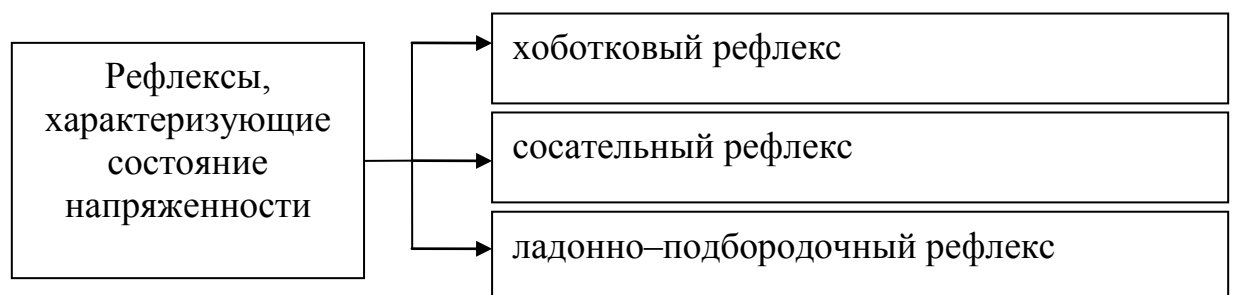


Рис. 2.5. Рефлексы, характеризующие состояние напряженности

1. *Хоботковый рефлекс* характеризуется вытягиванием губ «трубочкой» («хоботком») при легком постукивании твердым

предметом по верхней губе. Его проявление без внешнего воздействия свидетельствует об очень сильном эмоциональном возбуждении или напряженности.

2. *Сосательный рефлекс* заключается в движениях губ при легком прикосновении к ним кисточкой.
3. *Ладонно-подбородочный рефлекс* выражается в том, что при проведении твердым предметом по ладони обнаруживается движение подбородка и губ.

Кроме внешних проявлений эмоциональной напряженности выделяют проявления эмоциональной напряженности в деятельности (рис. 2.6).

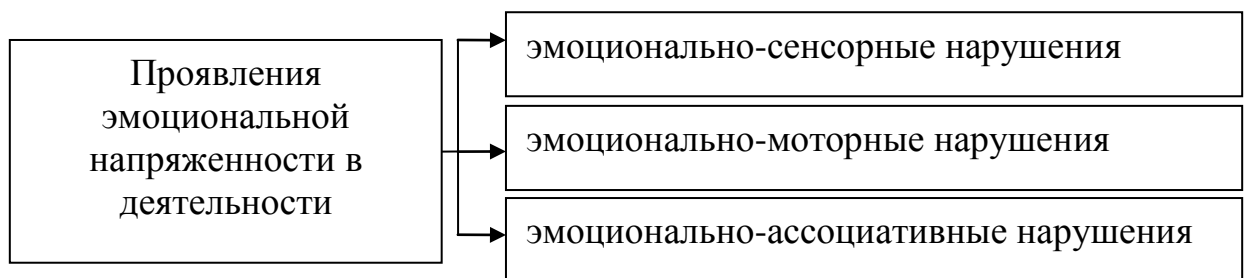


Рис. 2.6. Проявления эмоциональной напряженности в деятельности

1. *Эмоционально-сенсорные нарушения* включают в себя изменения процессов ощущений и восприятия.

2. *Эмоционально-моторные нарушения* характеризуются падением согласованности и точности движений.

3. *Эмоционально-ассоциативные* (эмоционально-мыслительные) *нарушения* предопределяют ошибочные умозаключения, принятие неправильных решений.

С точки зрения влияния на деятельность человека эмоциональные психические состояния подразделяются на стенические, стимулирующие деятельность, увеличивающие напряжение и энергию (паника, агрессия, бегство) и астенические, формирующие скованность и пассивность

(оцепенение, слабость). Одна эмоция способна проявляться в этих двух видах, например, стенический страх позволит мобилизоваться и противостоять ситуации, а астенический встречается при упадке сил и неспособности сопротивляться обстоятельствам.

Любое эмоциональное состояние по своей природе является феноменом сознания. Оно всегда сознательно, но не всегда распознаваемо, в отличие от возбуждения, которое неосознаваемо и недифференцировано. Информационная специфичность эмоционального состояния делает его исключительно важным для эффективности поведения и адаптации индивида. К. Изард (2000) среди многочисленных эмоционально-негативных состояний выделяет страх, аффект, фрустрацию и эмоциональный стресс. С.Л. Соловьева (2003) экстремальные психические состояния подразделяет на:

1. Экстремальные состояния физиологического и психофизиологического уровня (страх, стресс, психическую травму).
2. Экстремальные состояния психологического и социально-психологического уровня (конфликт, фрустрацию, депривацию и кризис).

В то время как Р. Карсон и Дж. Батчер (2004) фрустрацию, конфликт и прессинг считают категорией стресса, а депривацию, кризис и психическую травму относят к его предрасполагающим факторам.

Следовательно, стресс, обозначаясь типичным эмоционально-психическим состоянием человека в экстремальных условиях, по форме протекания является фрустрацией или конфликтом, а фактором для его возникновения служит психическая травма, кризис или депривация, которые сами могут рассматриваться как этиологические модели различных состояний или расстройств. Также, по мнению П.И. Сидорова, А.В. Парнякова (2002), страх выражается в виде стрессового состояния, паники, аффекта и др. (рис. 2.7).

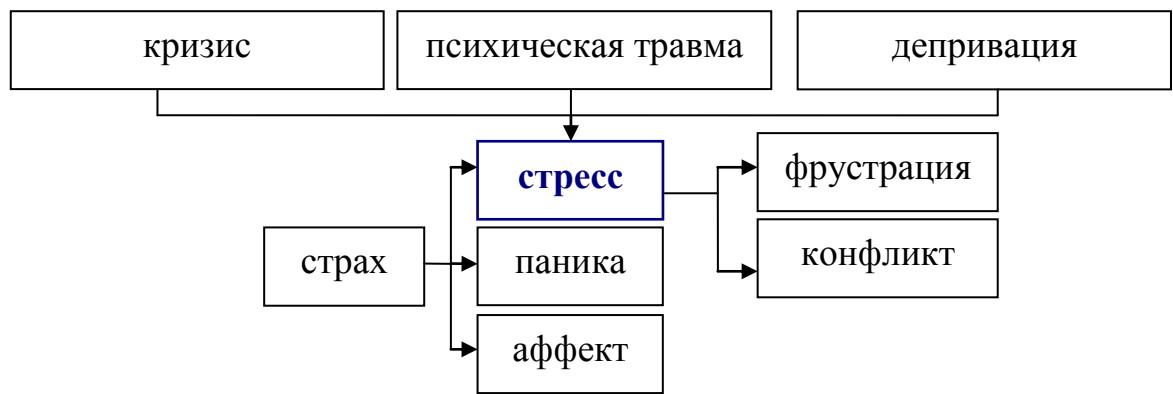


Рис. 2.7. Типичные эмоциональные состояния экстремальных ситуаций

Таким образом, наиболее типичным эмоциональным состоянием человека в экстремальной ситуации является стресс, который формируется, развивается и протекает с участием многих других эмоциональных проявлений, к которым относится страх, аффект, паника, стресс, фрустрация, конфликт, кризис, депривация и психическая травма.

Резюме

- Эмоциональное состояние может рассматриваться в качестве разновидности психического состояния.
- К характеристике психических состояний относятся активационные, тонические, тензионные и временные параметры.
- Состояние утомления возникает вследствие эффекта суммации.
- В эмоционально окрашенных состояниях различают возбуждение, напряжение и напряженность. Проявления эмоциональной напряженности в деятельности выражаются в эмоционально-сенсорных, эмоционально-моторных и эмоционально-ассоциативных нарушениях.
- К физиологическим закономерностям высшей нервной деятельности относят включение функциональных резервов с переходом к дальнейшему безразличию мотивации и реверсивным

действиям.

- Среди мимических реакций, характеризующих состояние напряженности, одной из самых информативных является оживление сосательного, хоботкового и ладонно-подбородочного рефлексов.
- Психические процессы бывают стеническими и астеническими.
- Любое эмоциональное состояние всегда сознательно, но не всегда распознаваемо.
- Наиболее типичным эмоциональным состоянием человека в экстремальной ситуации является стресс.
- Фрустрация и конфликт считаются категориями стресса, а депривация, кризис и психическая травма относятся к его предрасполагающим факторам.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Расскажите, какие разновидности психических состояний Вы знаете.
2. Назовите известные психические состояния, возникающие в экстремальных ситуациях.
3. Опишите состояния, возникающие в экстремальных ситуациях.
4. Рассмотрите проявления эмоциональной напряженности в деятельности.
5. Выявите физические закономерности высшей нервной деятельности.
6. Определите психологическую закономерность, получившую отражение в кривых Йеркса – Додсона и В.Л. Марищука.
7. Назовите мимические реакции, характеризующие состояние напряженности.
8. Дайте характеристику психическим состояниям.

9. Перечислите известные Вам классификации экстремальных состояний.
10. Проанализируйте характеристики типичного эмоционального состояния в экстремальной ситуации.

2.2. Первичные психические состояния при катастрофе

2.2.1. Страх

Страх ощущается и воспринимается людьми как угроза личной безопасности. Он побуждает людей прилагать усилия, направленные на избежание угрозы, устранение опасности. Страх может быть вызван как физической, так и психологической угрозой.

Страх – отрицательная эмоция в ситуации реальной или воображаемой опасности.

Эмоция страха сама по себе вызывает страх, а переживание страха еще больше усиливает, доводя до экстремальной стадии ужаса.

Ужас — это максимальная степень переживания страха, усиливающего самого себя за счет повторяющейся циркуляции этого переживания в психике.

Как философское понятие «страх» введено С. Кьеркегором, различившим эмпирический «страх–боязнь» перед конкретной опасностью и безотчетный метафизический «страх–тоску», специфический для человека.

Страх имеет две основные функции (рис. 2.8).

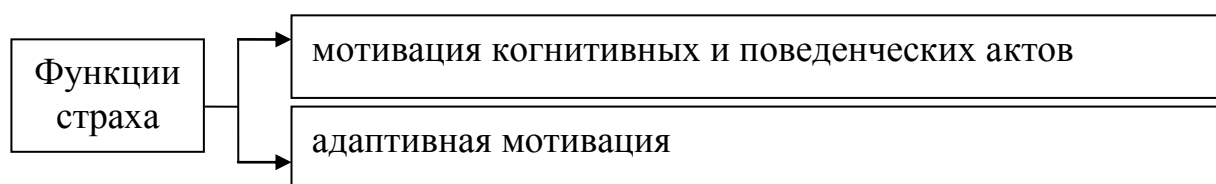


Рис. 2.8. Функции страха

Первичной функцией страха является *мотивация специфических когнитивных и поведенческих актов*, способствующих укреплению безопасности и чувству уверенности, а также страх несет адаптивную функцию, заставляя человека искать способы защиты от возможного вреда. Предчувствие страха может стать импульсом для укрепления «Я», может побуждать индивида к самосовершенствованию с целью снижения собственной уязвимости.

В зависимости от происхождения выделяют 4 вида страхов (рис. 2.9).

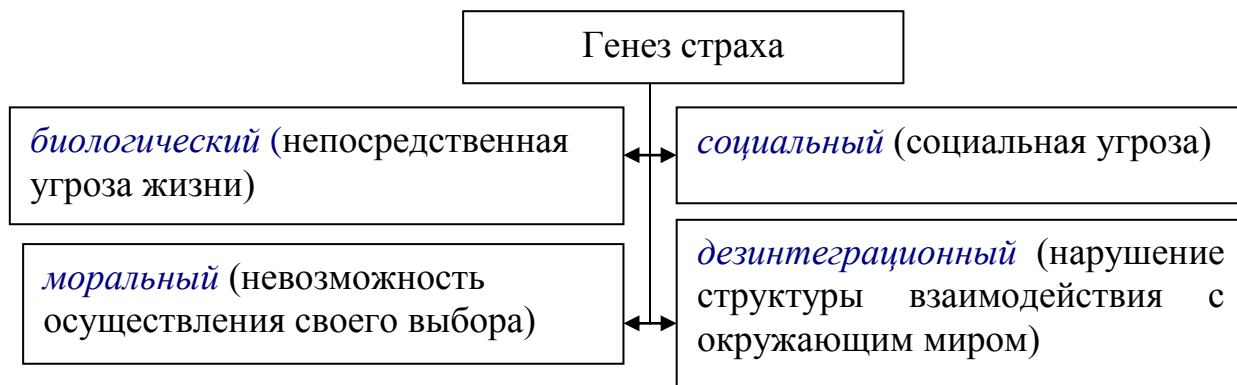


Рис. 2.9. Классификация страха

1. *Биологический страх* вызывается ситуацией, угрожающей непосредственно жизни. Угроза может исходить извне или изнутри организма. Как выражение нарушения внутреннего равновесия, страх возникает, когда нарушается метаболический обмен организма со средой. Главным элементом этого обмена является кислород. Кислородная недостаточность, сильнее всего отражающаяся на нервной системе, возбуждает состояние страха при инфаркте миокарда, острой недостаточности кровообращения, бронхиальной астме, потере крови и т.п., а его усиление зависит от степени уменьшения доступа кислорода (потому страх при инфаркте сильнее, чем при анемии). Кроме недостатка кислорода страх вызывает жажда и голод. Единицами времени при депривации кислорода являются минуты, воды – часы, пищи – дни. Нарастание страха зависит от длины периода: чем короче период, тем быстрее нарастает страх.
2. *Социальный страх*. Человек не может жить и развиваться без других людей, а исключение его из социального мира (социальная смерть) равняется биологической смерти.
3. *Моральный страх*. Интеракция с окружением, исполнение определенных ролей и норм поведения, оценка самого себя соответственно реакции окружения влияют стабилизирующим образом на эмоциональное отношение к самому себе. Внезапное

появление чего-либо вызывает страх, который будет возрастать прямо пропорционально исключительности ситуации.

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

Существует ряд стимулов и ситуаций, на которые мы биологически предрасположены реагировать страхом. По мере приобретения опыта человек научается бояться самых разных ситуаций, явлений и объектов. Большинство активаторов страха связаны с «естественными сигналами» опасности (рис. 2.10).

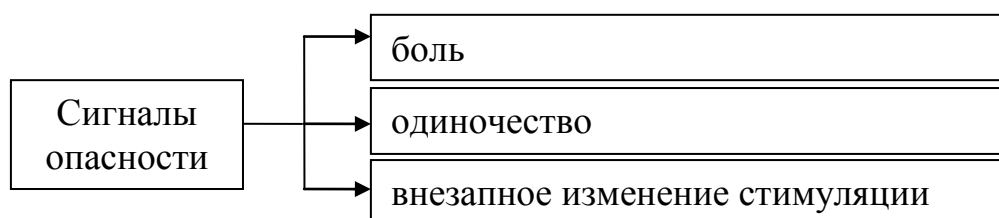


Рис. 2.10. «Естественные сигналы» опасности

Страх – это сильная эмоция, оказывающая весьма заметное влияние на перцептивно-когнитивные процессы и поведение индивида. Существует *феномен отставленного во времени страха*, который объясняется тем, что в ситуации угрозы появляются возможности избежать опасности. Интенсивный страх создает *эффект «туннельного восприятия»*, существенно ограничивая восприятие, мышление и свободу выбора индивида. Он останавливает свободу поведения индивидуума: человек перестает принадлежать себе, он движим одним-единственным стремлением — устранить угрозу, избежать опасности, но страх может сопровождаться не только реакцией отстранения или бегства, а и осторожными попытками исследования пугающего объекта, иногда даже улыбкой или смехом, что обусловлено мотивацией (рис. 2.11).

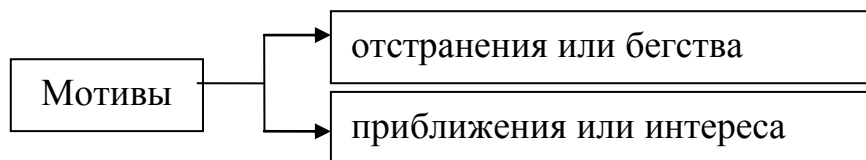


Рис. 2.11. Природа реагирования на угрожающую ситуацию

По мнению С. Кьеркегора (Kierkegaard S., 1944) и Н. Балла (Bull N., 1951), страх имеет двойственную природу реагирования. Корни двойственной природы лежат во взаимодействии *мотива к бегству*, обусловленного страхом, и *мотива к приближению*, обусловленного интересом. Поведение индивида в ситуации страха зависит от того, какая из этих двух эмоций выражена сильнее, и от их взаимодействия с другими эмоциями.

Страх может быть результатом когнитивной оценки ситуации как потенциально опасной. Мыслительные процессы составляют самый обширный, самый распространенный класс активаторов страха. Его источником становится человек, предмет или ситуация (рис. 2.12).

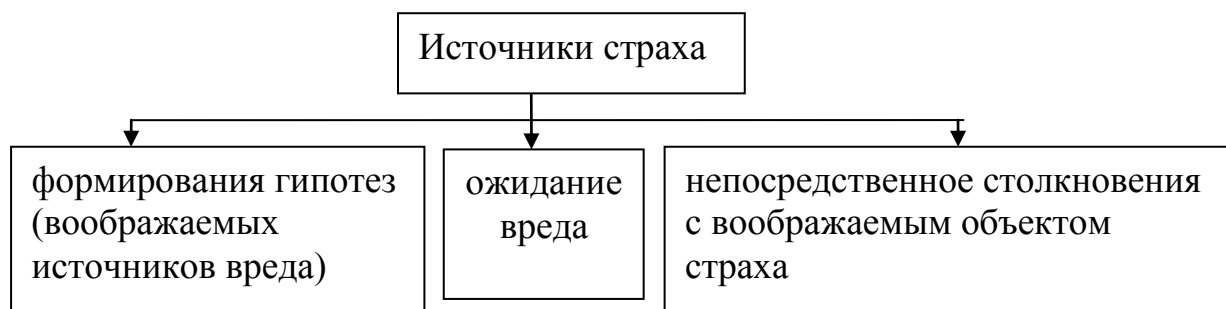


Рис. 2.12. Источники страха

Перечень индикаторов страха включает в себя такие явления, как мгновенное прекращение или постепенное угасание совершаемых действий, продолжительное оцепенение, настороженность, реакция избегания или отстранения от раздражителя, серьезное или испуганное выражение лица и др. (рис. 2.13).



Рис. 2.13. Индикаторы страха

Страх – самая токсичная, самая пагубная эмоция. Если у индивида нет возможности устранить угрозу, переживание страха, оказывая мощное воздействие на нервную систему и функционирование жизненно важных органов, может усилить опасность. Избыточная активация вегетативной нервной системы создает серьезную нагрузку на жизненно важные органы, которые в этих условиях работают на грани срыва.

Исследователи эмоций (Елисеев Ю.Ю., 2003; Изард К.Э., 2000; Charlesworth W., 1974) считают, что наиболее надежными и точными индикаторами страха служат *мимические проявления*. Внутреннее напряжение при страхе может перейти на мышцы, усиливая их тонус, лицо может становиться «мертвым», неподвижным, а переживания страха не всегда постоянны, они проявляются приступами. При развернутом мимическом выражении страха брови приподняты и слегка сведены к переносице, в результате чего горизонтальные морщины в центре лба глубже, чем по краям. Глаза широко открыты, верхнее веко иногда слегка приподнято, в результате чего белок глаза между веком и зрачком

обнажается. Углы рта резко оттянуты, рот обычно приоткрыт (фото 1.2, 2.2, 2.3).

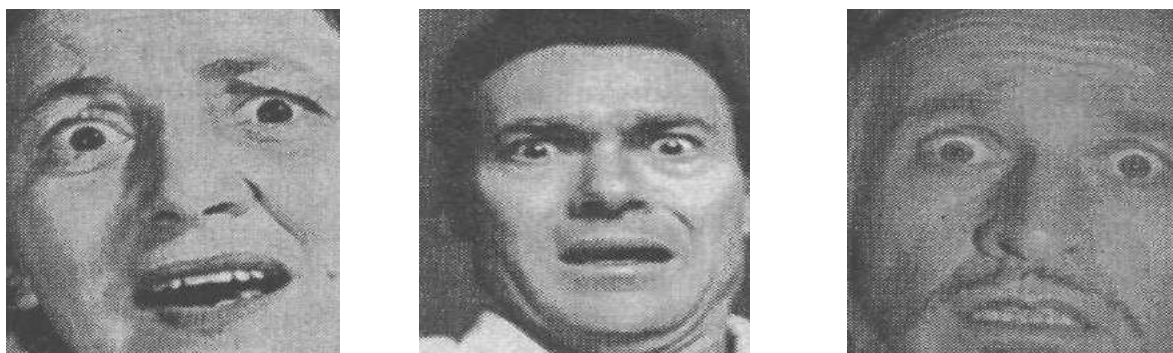


Фото 2.1, 2.2, 2.3. Мимические выражения страха, различные по интенсивности и полноте

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

2.2.2. Аффект

К группе первично возникающих, эмоционально насыщенных и психотравмирующих состояний, проявляющихся в экстремальных условиях, относится аффект.

Аффект (от лат. «affectuctus» - душевное волнение, страсть) – сильное и относительное кратковременное эмоциональное переживание, сопровождаемое резко выраженными двигательными и висцеральными проявлениями.

Аффект возникает на произошедшее событие и сдвинуто к его концу. Любая эмоция (положительная или отрицательная), чувство (позитивное или негативное) может переживаться в аффективной форме.

Внешне аффект проявляется в резко выраженных движениях, бурных эмоциях, сопровождается изменениями в функциях внутренних органов, утратой волевого контроля.

По мнению Л.С. Выготского (1983), к возникновению аффекта приводит остроконфликтная ситуация, в которой индивид для спасения своей жизни должен действовать, но не знает, как и что делать. Одна и та же ситуация при равной неподготовленности людей или неожиданности для них у одного человека вызывает аффект, у другого – не нарушает психическую деятельность.

Аффект возникает резко, внезапно, в виде вспышки, порыва и имеет два способа проявления (рис. 2.14).

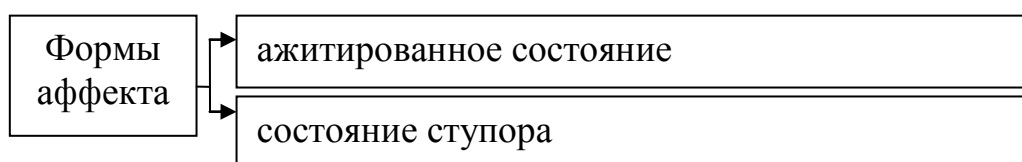


Рис. 2.14. Формы проявления аффекта

1. *Ажитация* сопровождается сильной беспорядочной двигательной активностью;
2. *Ступор* проявляется в напряженной скованности позы, движений и речи.

Ажитированное состояние В ответ на раздражители, сигнализирующие об опасности для жизни, на первый план выступает беспокойство, тревога. Возбуждение выражается главным образом в суетливости, в возможности осуществлять только простые автоматизированные акты под влиянием попавших в поле зрения случайных раздражителей.

Мыслительные процессы при этом замедленны. Способность понимания сложных отношений между явлениями, требующая суждений и

умозаключений, нарушается. У человека возникает чувство пустоты в голове, отмечается отсутствие мыслей. Появляются вегетативные нарушения в виде бледности, учащенного сердцебиения, поверхностного дыхания, потливости, дрожания рук и др. Нарушается восприятие времени и окружающей действительности, что вызывает затруднение понимания ситуации в целом. Осложняется процесс выбора действий, логичность и последовательность мышления. В результате чего создаются условия для «высвобождения» стереотипных, автоматизированных действий, не соответствующих сложившейся ситуации. Расценивается как предпатологическое состояние в границах психологической нормы, и может восприниматься как растерянность.

Состояние ступора В условиях угрозы для жизни ступор характеризуется внезапным оцепенением, застытием на месте в той позе, в которой человек находился в момент получения известия об аварии, катастрофе, стихийном бедствии и т.д.; при этом интеллектуальная деятельность сохраняется.

В литературе у состояния аффекта выделяют три характерных для него аспекта:

1. Энергетический компонент инстинктивного влечения («заряд» аффекта);
2. Процесс «разрядки»;
3. Восприятие окончательной «разрядки» (ощущение, эмоция, чувство).

При этом «заряд» аффекта имеет количественную оценку интенсивности, а процесс «разрядки» ощущается или воспринимается человеком в качественных категориях.

К.М. Гуревич и В.Ф. Матвеев (Лебедев В.И., 2002) пришли к выводу, что состояние аффекта в аварийных ситуациях тесно связано с

индивидуальными особенностями нервной системы: лица, не обладающие достаточной силой процесса возбуждения, или с преобладанием тормозного процесса, вероятнее всего, окажутся несостоятельными в сложных и экстремальных ситуациях.

2.1.2. Паника

Одним из наиболее характерных эмоциональных состояний в экстремальных условиях является паника. Она характеризуется дефектами мышления, потерей сознательного контроля и осмысления происходящих событий, переходом на инстинктивные защитные движения, действия, которые могут частично или полностью не соответствовать ситуации.

Паника — это временное переживание гипертрофированного страха, обуславливающее неуправляемое, нерегулируемое поведение людей, иногда с полной потерей самообладания.

В основе паники лежит переживание беспомощности перед реальной или воображаемой опасностью, стремление любым путем уйти от нее, вместо того чтобы бороться с ней. Человек мечется, не соображая, что он делает, либо цепенеет, столбенеет, происходит потеря ориентации, нарушение соотношения между основными и второстепенными действиями, распад структуры действий и операций, обострение оборонительной реакции, отказ от деятельности и пр.

В основе **масштабности** заложено количество людей, охваченных данным эмоциональным состоянием. Паника выражается в поспешности, неадекватности поступков, принятии ошибочных решений с выраженным стремлением избежать мнимой опасности, защитных мер в ситуациях реальной опасности (рис. 2.15).

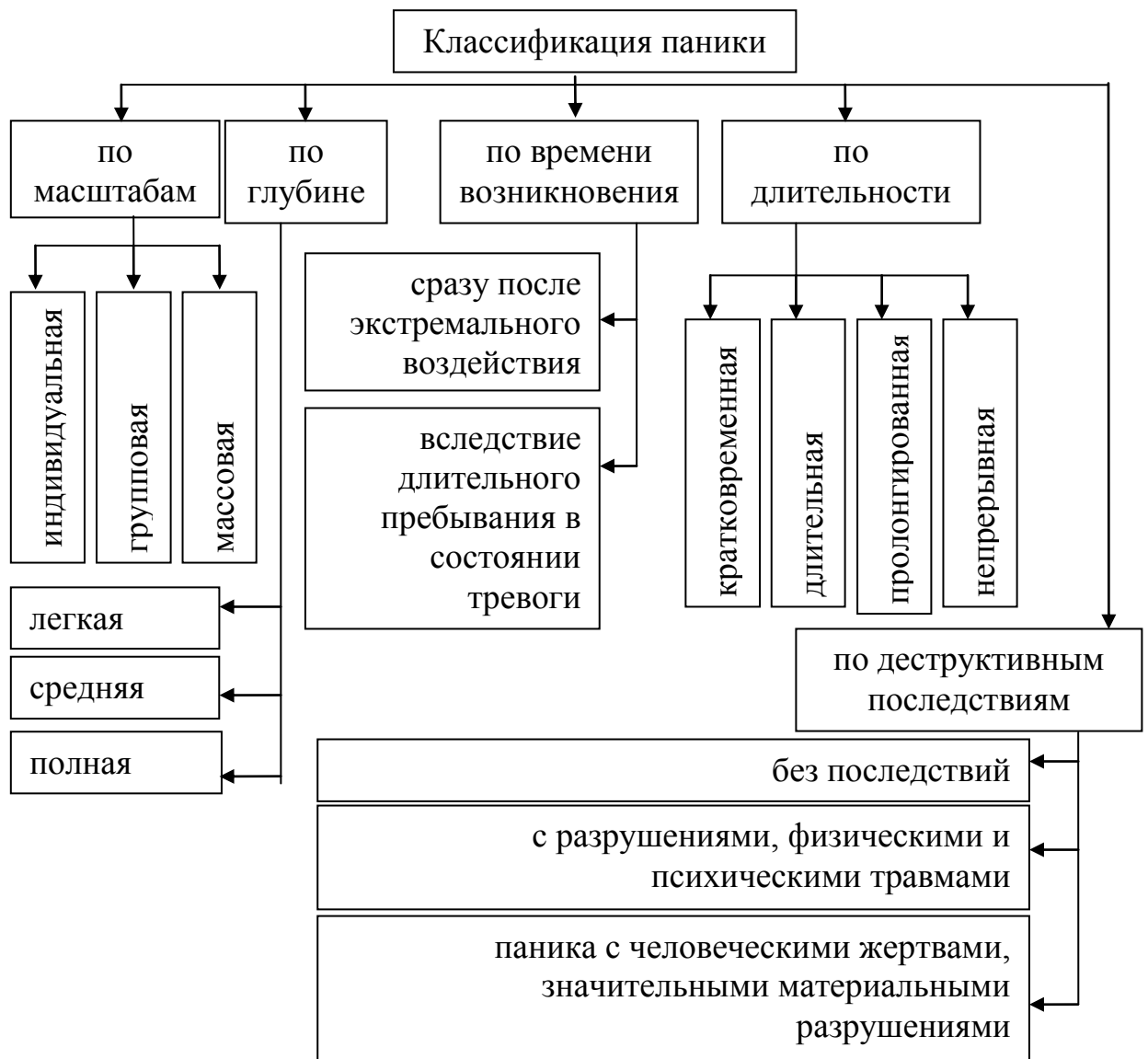


Рис. 2.15. Классификация паники

По масштабности паника может быть:

- *индивидуальная* – подвержен один конкретный индивид;
- *групповая* – от двух-трех до нескольких десятков и сотен человек (если они разрознены);
- *массовая* – тысячи или гораздо больше людей. Массовой следует считать панику, когда в ограниченном, замкнутом пространстве (на корабле, в здании и пр.) ею охвачено большинство людей независимо от их общего числа.

Степень панического сознания определяется *глубиной* охвата:

- *легкая паника* испытывается когда задерживается транспорт, при спешке, внезапном, но не очень сильном сигнале (звук, вспышке и пр.). Человек способен сохранить полное самообладание и критичность. Внешне данная паника выражается легкой озабоченностью и напряжением мышц;
- *средняя паника* характеризуется значительной деформацией сознательных оценок происходящего, снижением критичности, увеличением страха и легкой подверженностью внешним воздействиям. Проявляется при небольших транспортных авариях, различных стихийных бедствиях, пожарах, если чрезвычайное происшествие находится близко, но не угрожает;
- *полная паника* выражается отключением сознания и невменяемостью. Наступает при чувстве большой явной или мнимой смертельной опасности. Человек полностью теряет сознательный контроль своего поведения, бессмысленно мечется, совершает самые разнообразные хаотические действия, поступки, абсолютно исключают критическую оценку и рациональность.

По *времени возникновения* панику делят на два основных типа:

- паника, возникающая сразу *после экстремального воздействия* катастрофы, воспринимаемой как смертельная опасность;
- паника *вследствие длительного пребывания в состоянии тревоги*, напряжения, приводящего к нервному истощению и фиксации внимания на предмете тревоги.

По *длительности* паника может быть *кратковременной* (секунды и несколько минут), достаточно *длительной* (десятки минут, часы), *продолжительной* (несколько дней, недель) и *непрерывной* (более 1 года). Непрерывная паника характеризуется не проецируемой внешне формой. Она проявляется вспышками отчаяния, озлобленности, опустошенности, депрессии, состоянием постоянной тревоги и напряженности.

В.А. Моляко (1992) отдельно выделяет существование *скрытой паники*, образной моделью которой может служить айсберг. Данное состояние впервые было отмечено как феномен «постчернобыльской» паники, и сегодня распространяется на другие техногенные катастрофы, стихийные бедствия и террористическую угрозу (рис. 2.16).



Рис. 2.16. Проявления «постчернобыльской» паники

Среди *деструктивных последствий* паники выделяют ее типы:

- паника *без* материальных *последствий* и психических деформаций;
- паника *с разрушениями, физическими и выраженными психическими травмами*, утратой трудоспособности на непродолжительное время;
- паника *с человеческими жертвами*, значительными нервными заболеваниями, срывами, инвалидностью и длительной утратой трудоспособности и материальными разрушениями.

Причины возникновения и механизмы развития паники Основными причинами развития паники являются состояние людей с гиперболизируемым страхом и ужасом, их неготовность к неожиданностям и внезапным опасностям и отсутствие критичности при оценке ситуаций.

Психофизиологический механизм паники заключается в индукционном торможении больших участков коры головного мозга, предопределяющее понижение сознательной активности. В результате возникают неадекватность мышления, повышенная эмоциональность восприятия, гиперболизация опасности и резкое повышение внушаемости. Возможности возникновения паники труднопредсказуемы, а динамический механизм развития можно представить как осознаваемую, частично осознаваемую или неосознаваемую цепь (рис. 2.17).

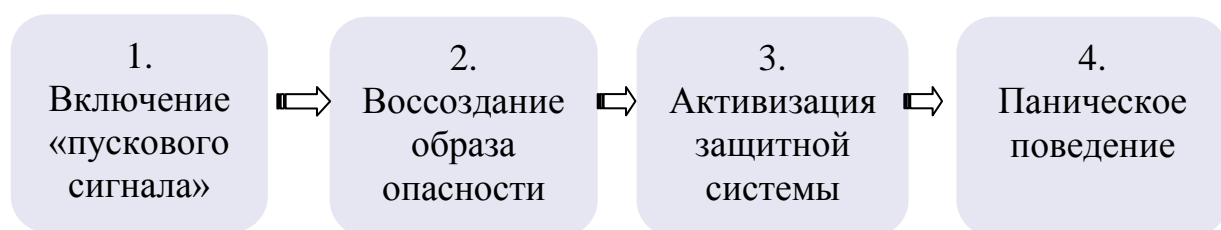


Рис. 2.17. Механизм развития паники

К факторам, определяющим возникновение паники относят:

- внезапность появления угрозы для жизни, здоровья, безопасности (при пожаре, взрыве, аварии и т.п.);
- длительные переживания, опасения, накопление тревоги, неопределенность ситуации, предполагаемые опасности, невзгоды;
- полная психологическая неготовность к произошедшему событию.

В состоянии паники человек мечется, не соображая, что он делает, либо цепенеет, столбенеет, происходит потеря ориентации, нарушение соотношения между основными и второстепенными действиями, распад структуры действий и операций, обострение оборонительной реакции, отказ от деятельности и пр. Данное реагирование вызывает и усугубляет тяжесть последствий ситуации.

Резюме

- Философское понятие страх введено С. Кьеркегором, различившим эмпирический «страх–боязнь» перед конкретной опасностью и безотчетный метафизический «страх–тоску», специфический для человека.
- Феномен отставленного во времени страха, объясняется возможностью в ситуации угрозы избежать опасности.
- Интенсивный страх создает эффект «туннельного восприятия», то есть существенно ограничивает восприятие, мышление и свободу выбора индивида.
- Страх имеет двойственную природу реагирования. Корни двойственной природы лежат во взаимодействии мотива к бегству, обусловленного страхом, и мотива к приближению, исследованию, обусловленного интересом.
- Наиболее надежными и точными индикаторами страха служат мимические проявления.

- Длительные переживания страха вызывают сердцебиение, учащенный пульс, приступы тахикардии и изменения во всем организме.
- Любая эмоция (положительная или отрицательная), чувство (позитивное или негативное) может переживаться в аффективной форме.
- Аффект возникает резко, внезапно, в виде вспышки, порыва и имеет два способа проявления: агитацию (сильная беспорядочная двигательная активность) и ступор (напряженная скованность позы, движений и речи).
- Паника – это временное переживание гипертрофированного страха, обуславливающее неуправляемое, нерегулируемое поведение людей, иногда с полной потерей самообладания.
- В основе паники лежит переживание беспомощности перед реальной или воображаемой опасностью, стремление любым путем уйти от нее.
- Паника классифицируется: по масштабам, по глубине, по времени возникновения, по длительности и по деструктивным последствиям.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Сформулируйте определение понятий «страх» и «ужас».
2. Охарактеризуйте эффект «туннельного восприятия».
3. Раскройте феномен отставленного во времени страха.
4. Сформулируйте определение понятия «аффект».
5. Назовите характерные аспекты аффекта.
6. Охарактеризуйте связь аффекта с индивидуальными особенностями личности.
7. Сформулируйте определение понятия «паника».
8. Опишите классификацию паники.

9. Раскройте механизм паники.

10. Перечислите деструктивные последствия паники.

2.3. Стресс как типичное эмоциональное состояние в экстремальных условиях

Первоначально понятие стресса возникло в физиологии как неспецифическая реакция организма в ответ на любое неблагоприятное воздействие. В последующем оно стало использоваться для описания типичных эмоционально-психологических состояний человека в экстремальных условиях.

В переводе с английского слово «стресс» означает давление, натяжение, усилие, а также внешнее воздействие, создающее это состояние. Стресс, вызывающий негативные эмоции, называется «дистрессом», положительные эмоции – «эустрессом».

Стресс (англ. stress — напряжение) – особое состояние организма человека, возникающее в ответ на сильный раздражитель.

М. Кордуэлл (1999) утверждает, что существует несколько различных определений стресса:

- как стимул: стресс может рассматриваться как характеристика окружающей среды (нехватка времени, нездоровая «обстановка» на работе и т. д.);
- как реакция: стресс рассматривается как состояние психического напряжения, возникающее в ответ на сложные обстоятельства;

- отсутствие равновесия в отношениях между человеком и окружающей обстановкой (модель взаимодействия для стрессовой ситуации). Человек испытывает стресс, когда предполагаемые требования обстановки становятся более высокими, чем предполагаемая способность удовлетворять эти требования.

Пытаясь понять, каким образом стресс воздействует на организм, Г. Селье взял на вооружение понятие гомеостаза, ранее описанное другим физиологом, У. Б. Кэнноном и сформировал учение об общем адаптационном синдроме, выделяя две реакции на вредные воздействия внешней среды:

Специфическая (конкретная болезнь со специфической симптоматикой);

Неспецифическая (характерная для любого заболевания, проявляющаяся в общем адаптационном синдроме), которая подразделяется на три фазы (рис. 2.18):

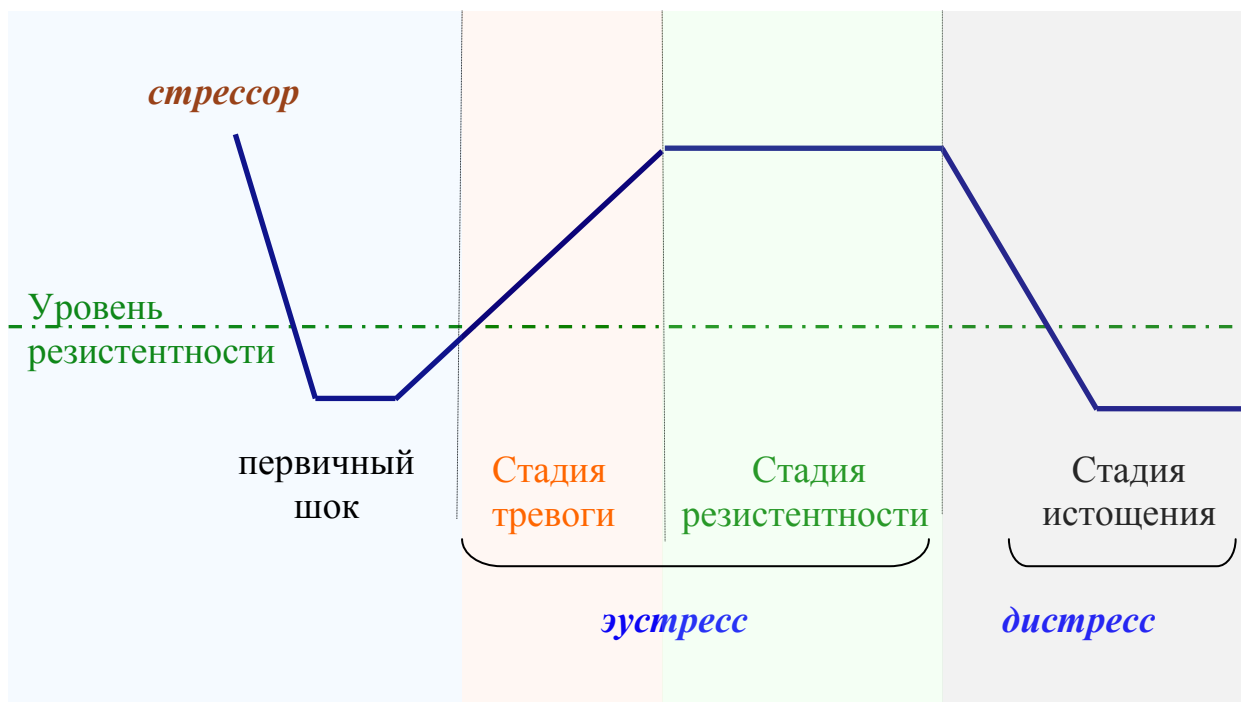


Рис. 2.18. Динамика изменения резистентности организма при стрессе

1) *фаза А. Реакция тревоги («аварийная»)*. Организм меняет свои характеристики под влиянием стресса. Если стрессор очень сильный, стресс может наступить и на этом этапе. Реакция тревоги начинается через шесть часов после воздействия и длится 24 – 48 часов. На этой стадии реагируют висцеральные системы: кровообращение, дыхание, управляемые ЦНС с широким вовлечением гормональных факторов, в частности, гормонов мозгового вещества надпочечника (катехоламинов), что в свою очередь сопровождается повышенным тонусом симпатической системы. Следствием активации симпатико-адреналиновой системы являются сдвиги вегетативных функций, имеющие катаболический характер и обеспечивающие организм нужной энергией для необходимых затрат в будущем. Вся фаза носит поисковый характер и является попыткой адаптироваться к новому фактору или к новым условиям, за счет органических и системных механизмов.

2) *фаза В. Реакция сопротивления (резистентности)*. Признаки тревоги почти исчезают, уровень сопротивляемости поднимается значительно выше нормального. Н.А. Агаджанян, П.Г. Петрова (1996) характеризуют этот процесс уменьшением общей возбудимости центральной нервной системы, формированием функциональных систем, обеспечивающих управление адаптацией к возникшим новым условиям. Снижается интенсивность гормональных сдвигов, постепенно выключается ряд систем и органов, первоначально вовлеченных в реакцию. В ходе этой фазы приспособительные реакции организма постепенно переключаются на более глубокий тканевый уровень, гормональный фон видоизменяется, усиливают свое действие гормоны коры надпочечников — «гормоны адаптации».

3) *фаза С. Реакция истощения*. Если истощение не наступает, то в третьей фазе организм приобретает неспецифическую и специфическую резистентность — устойчивость организма, фаза устойчивой адаптации,

или резистентности. Эта фаза характеризуется новым уровнем деятельности тканевых клеточных мембранных элементов, перестроившихся благодаря временной активации вспомогательных систем, которые при этом могут функционировать практически в исходном режиме, тогда как тканевые процессы активизируются, обеспечивая гомеостаз, адекватный новым условиям существования.

Если стрессор действует длительно, силы организма постепенно истощаются, вновь проявляется реакция тревоги, которая обратима. В данном случае можно говорить о дистрессе, в результате которого развиваются реактивные состояния, провоцируются эндогенные заболевания.

Заболевание может проявиться как в результате незначительного стресса, так и в результате чрезмерного (рис. 2.19).



Рис. 2.19. Отношение между стрессом и заболеванием

По данным врачей Германии, Франции и Австрии, у 25% обращающихся к врачу лиц обнаруживаются психовегетативные нарушения, функциональные нарушения органов, психосоматические заболевания и депрессивные состояния на разных стадиях стресса (рис. 2.20).

Под влиянием хронического или постоянно повторяющегося стресса возникают депрессивные, ипохондрические, тревожные развития личности с возникновением риска развития алкоголизма, лекарственной зависимости, суицидального поведения (вторичные проявления воздействия стресса). Острым или хроническим стрессом могут быть спровоцированы проявления таких психических заболеваний, как эпилепсия, шизофрения и др. У людей пожилого возраста в 90% случаев развивается депрессия.

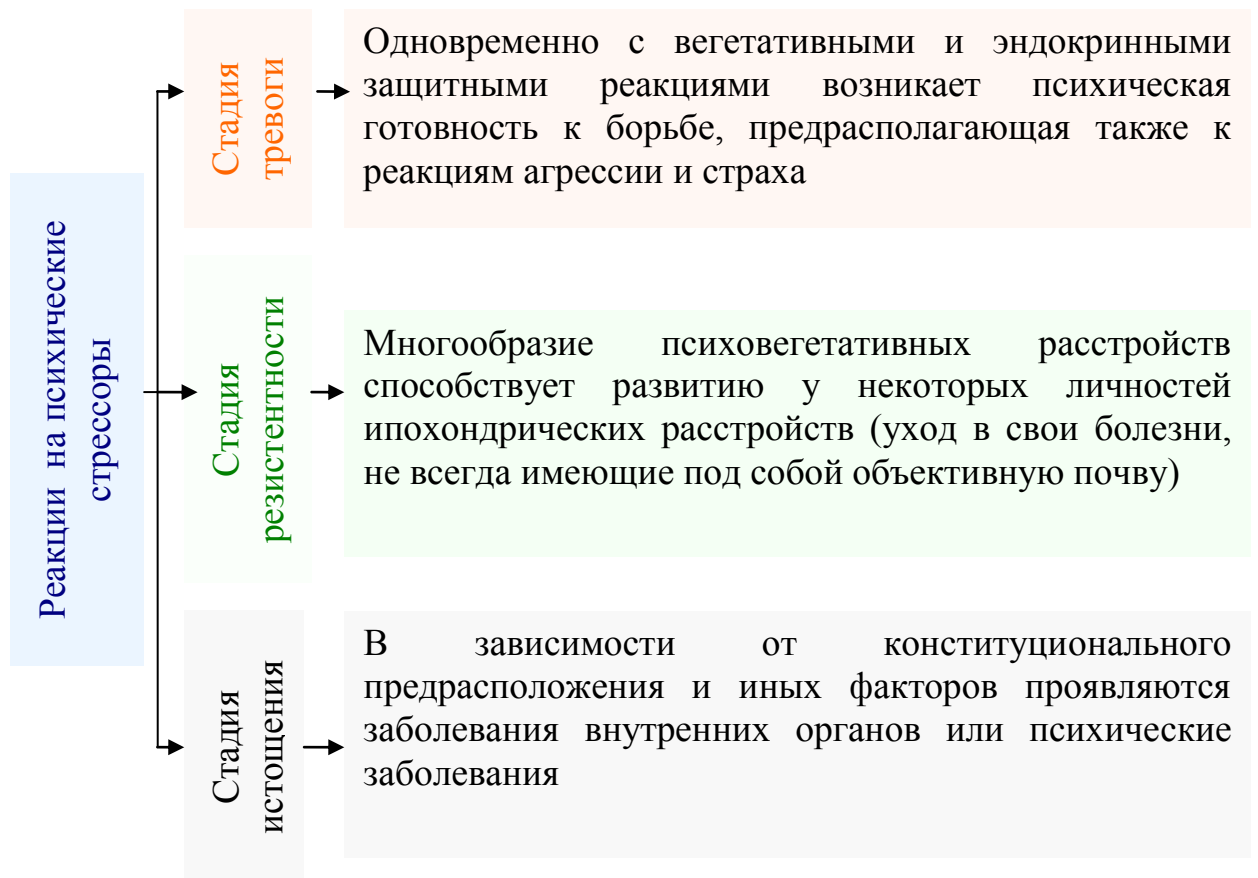
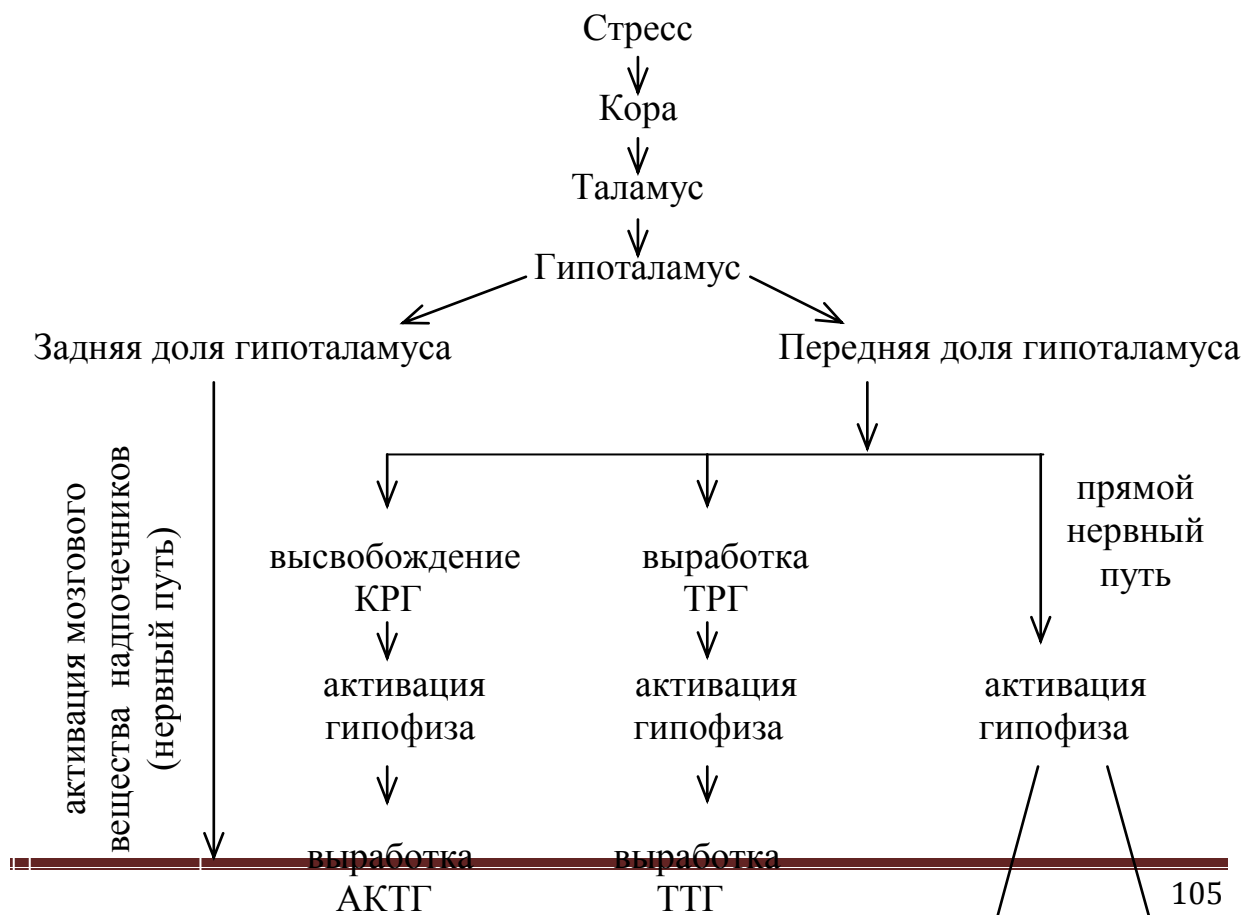


Рис. 2.20. Реакции на воздействие психических стрессов

Д. Гринберг (2004) описывает действие стресса на **психофизиологическом уровне** по следующей схеме: когда гипоталамус сталкивается со стрессором, он активизирует деятельность двух основных путей стрессовой реактивности: **эндокринную систему и автономную (периферийную) нервную систему**. Чтобы активировать эндокринную

систему, в передней части гипоталамуса вырабатывается кортикотропный релизинг-гормон (КРГ), который действует на гипофиз таким образом, что там начинает вырабатываться адренотропный гормон (АКТГ). АКТГ активирует кору надпочечников, где вырабатываются кортикоидные гормоны. Чтобы активировать автономную нервную систему, сигнал посылается из задней части гипоталамуса по нервным путям к мозговому веществу надпочечников. Выработка гипоталамусом тиреотропного релизинг-гормона (ТРГ) в своей передней части позволяет активировать гипофиз, который начинает вырабатывать тиреотропный гормон (ТТГ). ТТГ активирует тиреоидные железы, которые начинают вырабатывать тироксин. Задняя часть гипоталамуса также стимулирует ядра гипофиза, в результате чего в них начинают вырабатываться окситоцин и вазопрессин (АДГ). Получив команду от гипоталамуса и гипофиза, кора надпочечников начинает вырабатывать глюкокортикоиды и минералокортикоиды. Самый важный из глюкокортикоидов – кортизол, а из минералокортикоидов – альдостерон (рис. 2.21).



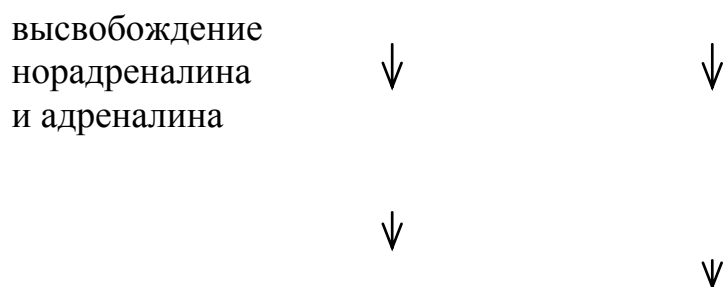


Рис. 2.21. Стресс и пути стрессовой реакции

Гипоталамус также посылает команду мозговому веществу надпочечников начать выработку катехоламинов – эпинерфина и норэпинерфина. Гормоны надпочечников вызывают различные изменения в физиологическом состоянии: учащение сердцебиения, расширение коронарных артерий, расширение бронхиальных путей, учащение ритма метаболизма, сокращение кровеносных сосудов в легких, увеличение объема потребляемого кислорода, увеличение содержания сахара в крови и повышение артериального давления. Щитовидная железа начинает вырабатывать тироксин, а гипофиз – окситоцин и вазопрессин. Эти гормоны также способствуют приведению организма в состояние готовности к борьбе со стрессором.

Автономная нервная система состоит из симпатической нервной системы, отвечающей за расход энергии во время стресса, и парасимпатической нервной системы, ответственной за сохранение энергии во время расслабления организма. Стресс влияет на выработку окситоцина и вазопрессина, что отражается на сокращении гладкой мускулатуры, стенок кровеносных сосудов. Выделение вазопрессина является причиной увеличения объема крови. Комбинация этих двух эффектов приводит к повышению артериального давления, что представляет собой угрозу кардиоваскулярной системе. В результате

стресса уменьшается количество слюны, вызывающее ощущение «тряпки во рту». Стресс приводит к непроизвольным сокращениям глотки, затрудняющим процесс глотания, усиливает секрецию соляной кислоты, способствуя развитию язвы. Сокращение скелетных мышц в результате стресса приводит к сильным головным болям, болям в спине и усталости. Сокращение гладкой мускулатуры стенок кровеносных сосудов может выразиться в гипертонии. Также стресс отражается на электрической активности кожи и ее температуре.

К основным симптомам стресса, проявляющимся *на психологическом уровне*, относят следующие (рис. 2.22).

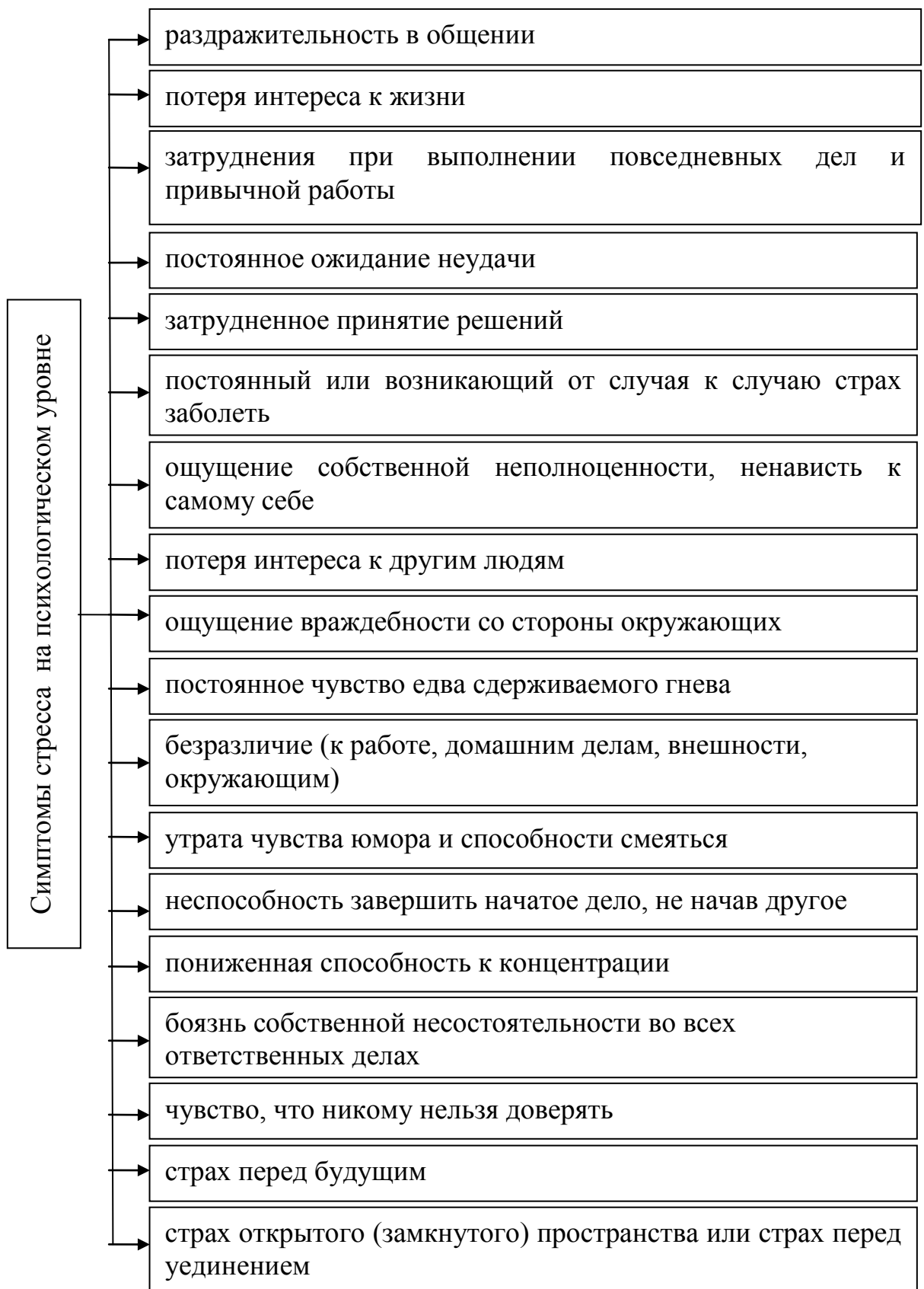


Рис. 2.22. Симптомы стресса психологического уровня

Восприятие жизни во всей ее полноте требует сознательных усилий. Если в жизненной ситуации акцентируется внимание на плохом, и она воспринимается как стрессовая, то эти чувства приводят к появлению эмоционального и физиологического возбуждения (рис. 2.23).

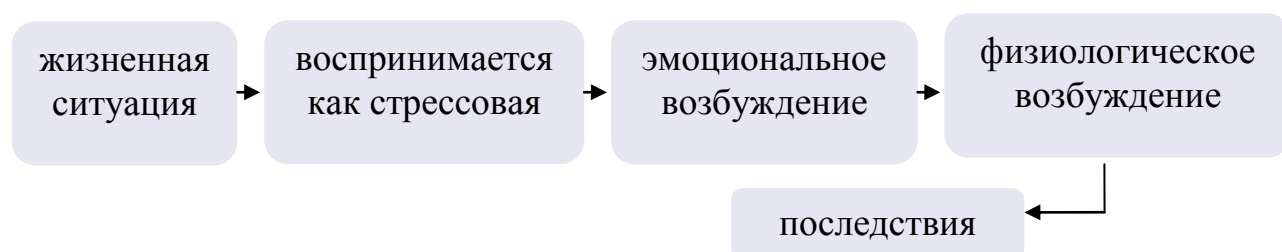


Рис. 2.23. Модель стресса

Человек реагирует не только на реальную опасность, но и на угрозы и символы опасности, связанные с прошлыми переживаниями. Физиологические изменения, происходящие в организме человека в ответ на стрессовые воздействия, являются следствием вызванных эмоциональных переживаний, т.к. без эмоциональных переживаний физиологические изменения не происходят, даже если стресс не заканчивается физиологической травмой. Стресс возникает в ответ на угрозу, которая дистанционно воздействует на человека, вызывая у него то или иное эмоциональное отношение к ней и подготавливая тем самым весь организм к возможным физическим последствиям. Стресс является для человека результатом восприятия такой угрозы, эмоциональные переживания которой оказывают влияние на его способности к эффективной деятельности. Любая жизненная ситуация может быть воспринята как стрессовая, что вызывает страх, гнев, чувство опасности, состояние потрясения.

В любом стрессовом событии можно выделить три взаимосвязанных компонента (рис. 2.24).

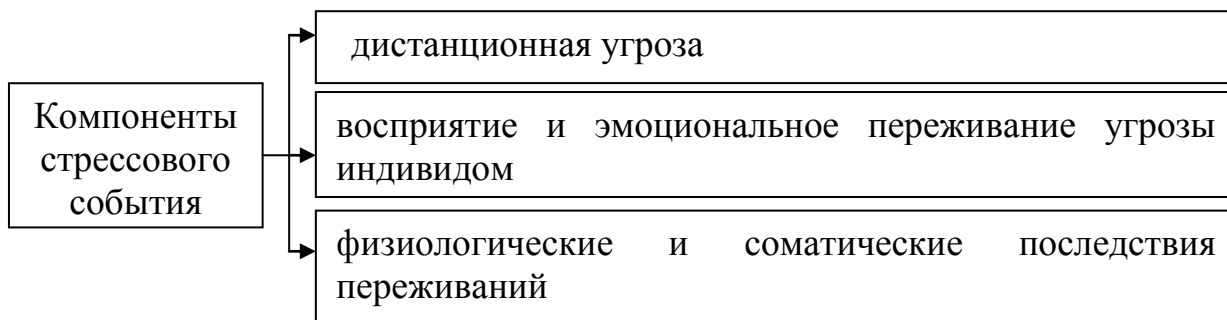


Рис. 2.24. Компоненты стрессового события

Стрессовая ситуация может вызывать определенную форму реагирования (рис. 2.25).

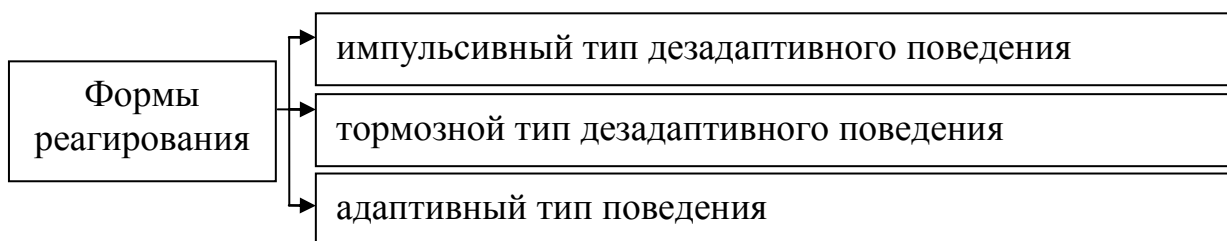


Рис. 2.25. Формы реагирования на стрессовую ситуацию

- 1) *импульсивный тип дезадаптивного поведения* проявляется резким снижением организованности поведения, импульсивными, несвоевременными действиями, утратой сформированных навыков, повтором ответной двигательной реакции, снижением надежности вследствие повышения общей чувствительности;
- 2) *тормозной тип дезадаптивного поведения* характеризуется торможением действий и движений (замедление вплоть до ступора), подавлением процессов восприятия и мышления, приводящим к нарушениям приема и переработки информации, пропуску значимых сигналов и сложностям в принятии решений;
- 3) *адаптивный тип поведения* выражается целесообразной активностью, четким восприятием и осмыслением ситуации, высоким самоконтролем, адекватными действиями.

Человек находится в состоянии стресса или периодически возвращается в это состояние до тех пор, пока продолжается переработка информации о стрессовом психотравмирующем событии. Продолжительность процесса реагирования индивида обусловлена значимостью информации, связанной с этим событием.

Степень тяжести психотравмирующего события зависит от:

- наличия или отсутствия угрозы для жизни;
- тяжести потерь;
- внезапности события;
- степени изолированности от других людей в момент события;
- степени воздействия окружающей обстановки;
- наличия или отсутствия защиты от возможного повторения психотравмирующего события;
- наличия или отсутствия моральных конфликтов, связанных с психотравмирующим событием, и их характера;
- пассивной или активной ролью индивида в стрессовой ситуации;
- характера непосредственного воздействия данного события.

В процессе ответной реакции на психотравмирующее событие В.Л. Таланов, И.Г. Малкина-Пых (2003) выделяют несколько фаз (рис. 2.26):

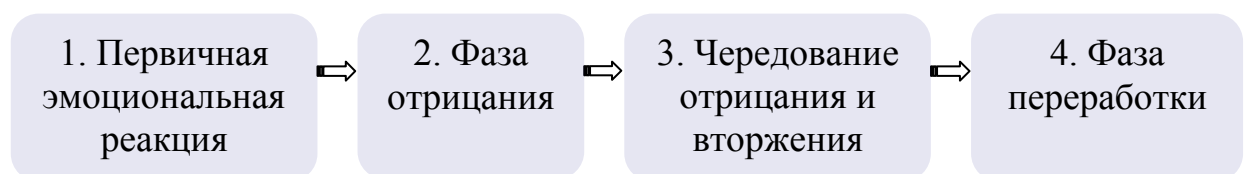


Рис. 2.26. Фазы ответной реакции на психотравмирующее событие

1. *Первичная эмоциональная реакция.*
2. *Фаза отрицания*, выражающаяся в эмоциональном угнетении и стремлении избегать воспоминаний о психотравмирующем событии.
3. *Чередование отрицания и вторжения.* Вторжение проявляется в

«прорывающихся» воспоминаниях о психотравмирующем событии, снах о событии и повышенном уровне реагирования на все, что о нем напоминает.

4. *Фаза* дальнейшей интеллектуальной и эмоциональной *переработки* травматического опыта.

Характер поведения индивида и психотравмирующие последствия в стрессовой ситуации зависят от ее значимости и психологической структуры личности: отношения человека к трудностям в работе, к успеху и неудаче, степени уверенности в своих силах, направленности личности, соотношения притязаний и возможностей. Среди различных психотравмирующих последствий выделяют (рис. 2.27).

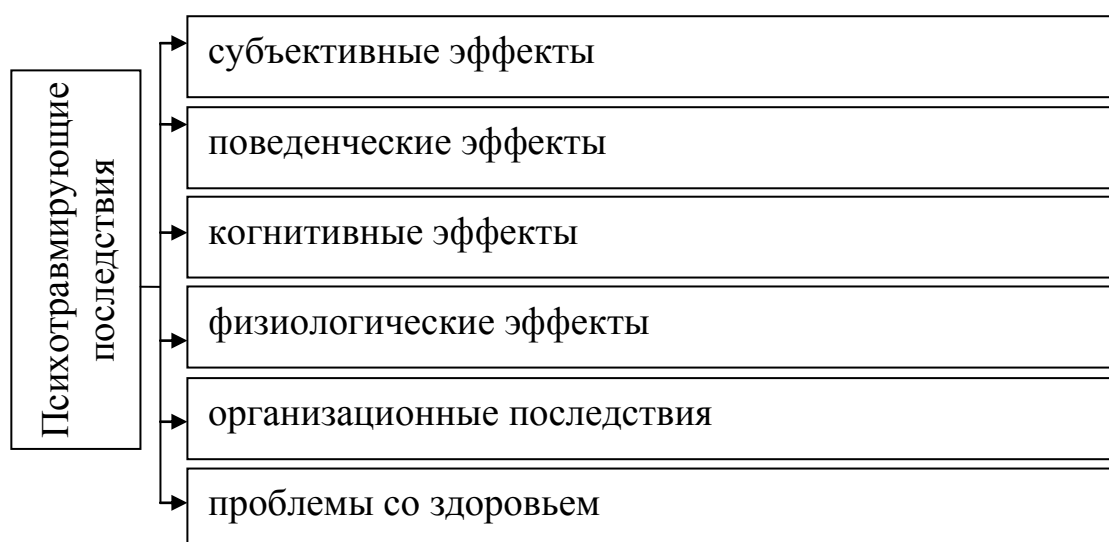


Рис. 2.27. Психотравмирующие последствия стрессовых событий

- *Субъективные эффекты*: чувство общей усталости, апатия, низкая самооценка.
- *Поведенческие эффекты*: злоупотребление алкоголем, потеря аппетита и суетливость.
- *Когнитивные эффекты*: чрезмерно острая реакция на критику и неспособность сосредоточивать внимание.
- *Физиологические эффекты*: повышенное кровяное давление и

содержание глюкозы в крови, учащенное сердцебиение, затрудненное дыхание.

- *Организационные последствия*: неудовлетворенность работой, плохие отношения с коллегами и прогулы.
- *Проблемы со здоровьем*: коронарная недостаточность, язва желудка, головные боли.

Стресс может возникнуть в результате определенного социального воздействия. М. Кордуэлл (1999) рассмотрел модели взаимодействия в стрессовой ситуации (рис. 2.28).

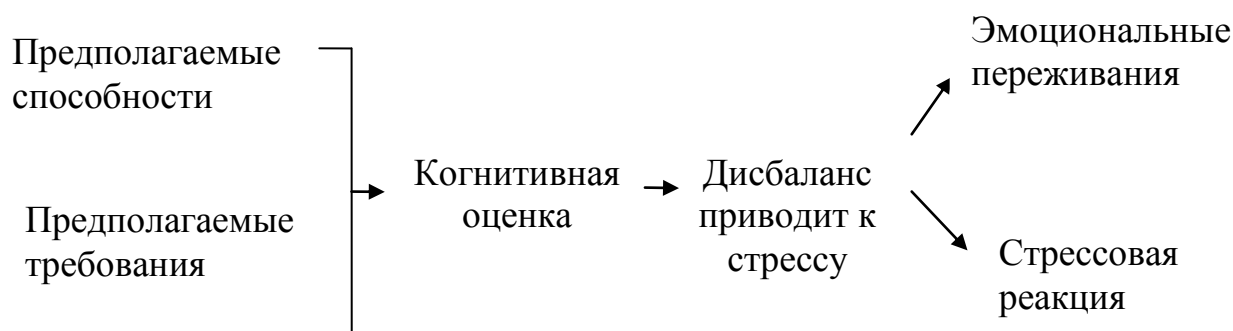


Рис. 2.28. Модели взаимодействия в стрессовой ситуации.

Важным аспектом этой модели является акцент на предполагаемых способностях и требованиях обстановки, а не на фактических требованиях и реальных способностях. Если человек не осознает разрыв между требованиями и способностями, он не испытывает стресса. Средством защиты от стресса в этом случае могут стать социальные преобразования и перестройка человеческих взаимоотношений. Стрессовыми могут быть также требования и ограничения, налагаемые на поведение человека работой и семейными отношениями, возникновение стрессовых состояний может быть связано с внутренними причинами невозможности удовлетворения насущных потребностей.

Характер проявления стресса зависит также от индивидуальных особенностей людей и не может быть совершенно одинаковым. Однако в

поведении человека в экстремальных ситуациях выделяются несколько типичных этапов (рис. 2.29).

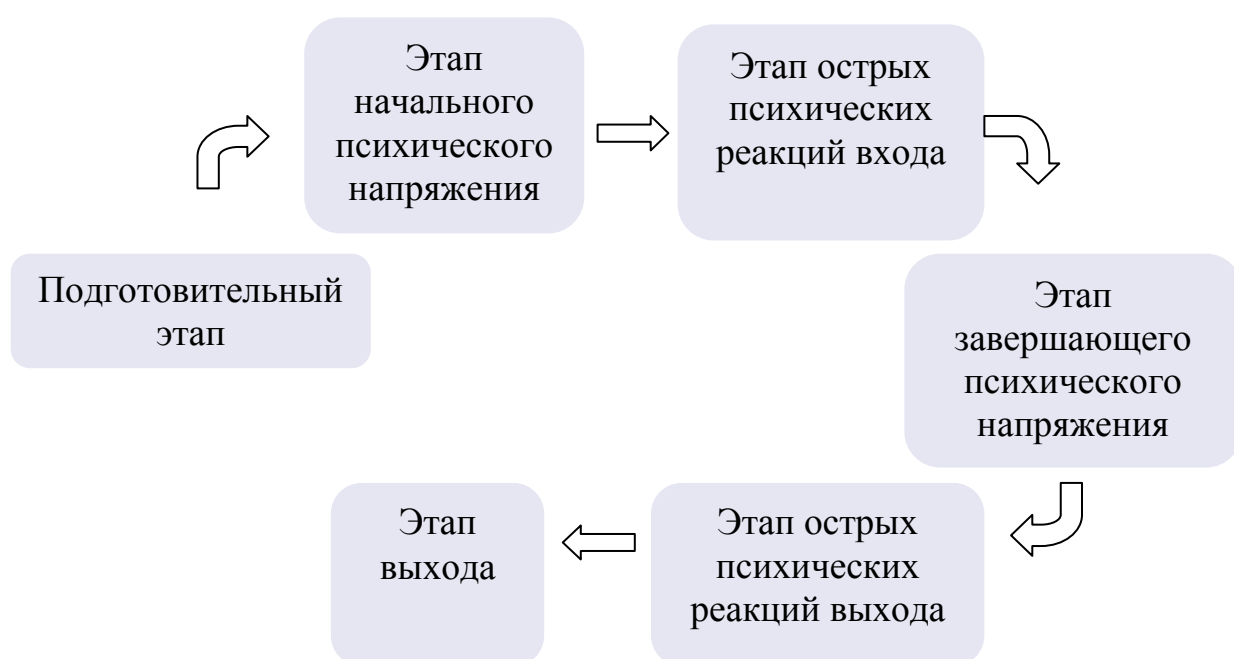


Рис. 2.29. Этапы поведения человека в экстремальной ситуации

1. Подготовительный этап Содержание этого этапа носит познавательный характер. Индивид накапливает определенную информацию об условиях предстоящей жизнедеятельности.

В зависимости от индивидуальных особенностей личности и уровня мотивации познавательное поведение может носить активно-целенаправленный или пассивный характер. Данный период проявляется если человек предвидит наступление экстремальной ситуации, а в скоротечных катастрофах он не выражен.

2. Этап начального психического напряжения (фаза тревоги) На данном этапе происходит начало запуска механизма адаптации. Нарастание эмоциональных переживаний, формирующих состояние напряженности и тревоги, активизирует деятельность организма.

В целях организации нового уровня психической деятельности включается внутренняя мобилизация психических и физиологических ресурсов:

- 1) учащается сердцебиение, усиливая приток крови (на фоне повышения артериального давления) к крупным мышцам, и обеспечивая организм возможностью отреагировать на физическую угрозу;
- 2) расширяются зрачки, увеличивая поступление в глаза количества света;
- 3) сокращается кожа, уменьшая потерю крови в случае ранения;
- 4) повышается содержание сахара в крови, обеспечивая большее количество энергии.

3. На этапе острых психических реакций входа Этап острых реакций характеризуется первичной дезадаптацией. Личность начинает испытывать на себе влияние психогенных факторов измененных условий существования.

Основными из этих факторов являются неожиданность ситуации, ее непредсказуемость и отсутствие опыта конструктивного решения проблем. На этом этапе человек начинает испытывать фрустрирующее влияние среды. Рост напряжения сопровождается эмоциональным возбуждением, препятствующим рациональным процессам, индивид теряет контроль над ситуацией и своим поведением. Если уровень напряженности превысит индивидуальный порог толерантности до того, как перестроившаяся система психических реакций позволит личности найти конструктивные пути выхода из ситуации и обеспечит успешную адаптацию, то происходит серьезная дезорганизация психической деятельности, истощаются психические резервы – наступает дезадаптация, крайней формой которой являются психотические расстройства. Следствием психической напряженности в измененной среде

существования при невозможности ее конструктивного использования становятся нервно-психическая неустойчивость и склонность к срывам функций нервной системы. Деструктивные последствия такого состояния проявляются в двух формах поведения – агрессии и бегстве от ситуации, которое ориентированно на решение задач, с попытками исправить ситуацию или ориентированно на защиту, с предохранением от психологического ущерба и дезинтеграции.

Бегство от ситуации Характеризуется уходом личности в свои внутренние переживания, постоянным воспроизведением негативных состояний, самообвинениями и т. п.

В результате развиваются тревожно-депрессивные симптомы, человек начинает считать источником всех бед самого себя, порождая ощущение безысходности. Людям становится свойственна замкнутость, отрешенность, погруженность в мир тягостных раздумий. Они склонны использовать психоактивные вещества, и часто находят единственный выход из ситуации и способ разрешения всех проблем – уход из жизни.

Агрессия Данная форма поведения представляет собой атаку на препятствие, которая при осознании опасности или невозможности нападения может быть направлена на любой случайный объект.

Агрессия выражается в грубости, резких вспышках гнева по ничтожным поводам или без видимых причин, в недовольстве всем, что происходит. Среди наиболее распространенных способов снятия агрессии выделяет пассивный, активный и логический (рис. 2.30):

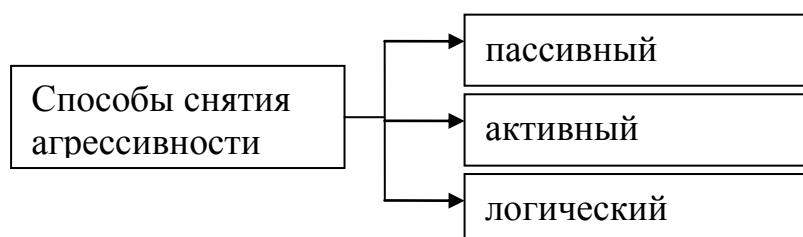


Рис. 2.30. Основные способы снятия агрессии

Пассивный способ Заключается в способности «поплакаться», пожаловаться, просто выговориться. Слезы снимают внутреннее напряжение и дают облегчение, выводя адреналин.

Активный способ Данный способ строится на двигательной активности, «сжигая» адреналин во время физической работы (копание земли, работа топором и пилой, косьба, что предполагает рассечение целого на части). Из спортивных занятий наиболее рекомендуются виды, которые включают удары: бокс, теннис, футбол, хоккей, волейбол, бадминтон, гольф.

Логический способ Приемлем для рациональных людей, предпочитающих логику всему остальному. Аналитическая работа отнимает много энергии, эмоции притупляются, происходит их переключение или нейтрализация, что приводит к успокоению.

4. Этап завершающего психического напряжения При развитии адаптационного процесса в благоприятном направлении начинается четвертый этап. На этом этапе происходит «подготовка» психики к возвращению. В этот период появляются симптомы тревожности, напряженности, вызванные ожиданием возвращения к привычной жизни.

5. Этап острых психических реакций выхода Этап острых психических реакций выхода подобен этапу реакций входа, и связан с перестройкой комплекса психических реакций и всей психической деятельности.

6. Этап выхода Характеризуется эйфорией, ощущением полной свободы и неограниченных возможностей.

В ситуации стресса разные типы отношений человека к самому себе влияют на результаты воздействия чрезвычайного происшествия (рис. 2.31).



Рис. 2.31. Типы отношений человека к самому себе в ситуации стресса

Отношение к себе как к *«жертве»* экстремальной ситуации. Фиксация на этом усугубляет стресс, это «примитивно-эгоистическое» отношение.

Сочетает отношение к себе как к «жертве» с пониманием себя как *«ценности»*, доверенной себе, это объективно-индивидуалистическое отношение, способствующее самосохранению личности.

Наиболее эффективно при сохранении конструктивной деятельности в стрессовой ситуации отношение к себе как к *одному из ряда людей*.

Нахождение позитивных моментов в трагическом событии позволяет людям легче пережить его. Выделяется несколько способов смягчения ситуации (рис. 2.32).

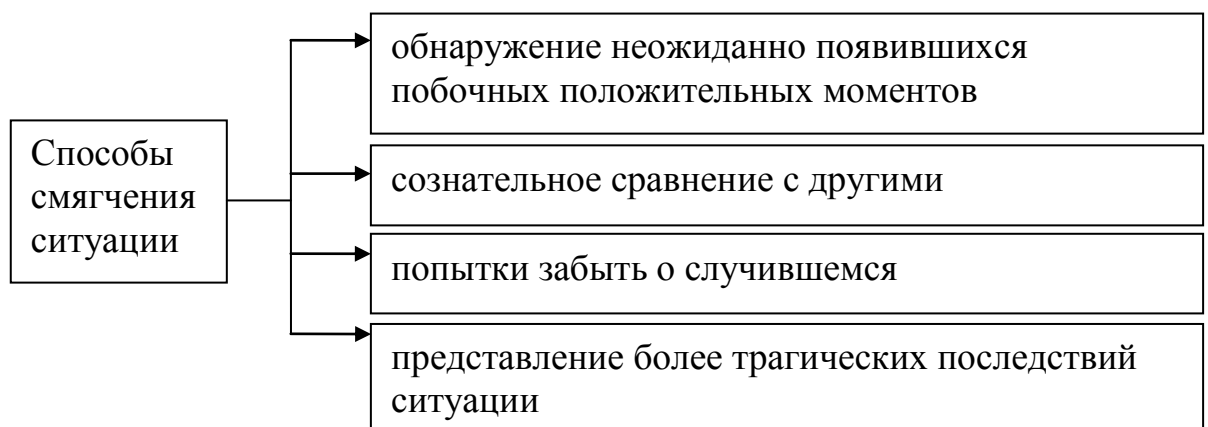


Рис. 2.32. Способы смягчения ситуации

В результате теоретических и экспериментальных исследований было установлено, что для совладания (копинга) со стрессом каждый человек использует собственные стратегии. Существует достаточно большое количество различных классификаций стратегий копинг-поведения. Все классификации строятся на основании трех основных критериев (рис. 2.33).



Рис. 2.33. Классификация стратегий копинг-поведения

1. *Эмоциональный проблемный:*

- *Эмоционально-фокусированный копинг* направлен на урегулирование эмоциональной реакции.
- *Проблемно-фокусированный копинг* направлен на решение проблемы или изменение ситуации, которая вызвала стресс.

2. *Когнитивный поведенческий:*

- «Скрытый» *внутренний копинг* – когнитивное решение проблемы, с изменением неприятной ситуации, вызывающей стресс.
- «Открытый» *поведенческий копинг* – ориентирован на поведенческие действия, используются копинг-стратегии, наблюдаемые в поведении.

3. *Успешный – неуспешный:*

- *Успешный копинг* – используются конструктивные стратегии, приводящие к преодолению трудной ситуации, вызвавшей стресс.

- *Неуспешный копинг* – используются неконструктивные стратегии, препятствующие преодолению трудной ситуации.

Успешность выбранного стиля реагирования связана с восприятием события как угрожающего (рис. 2.34).

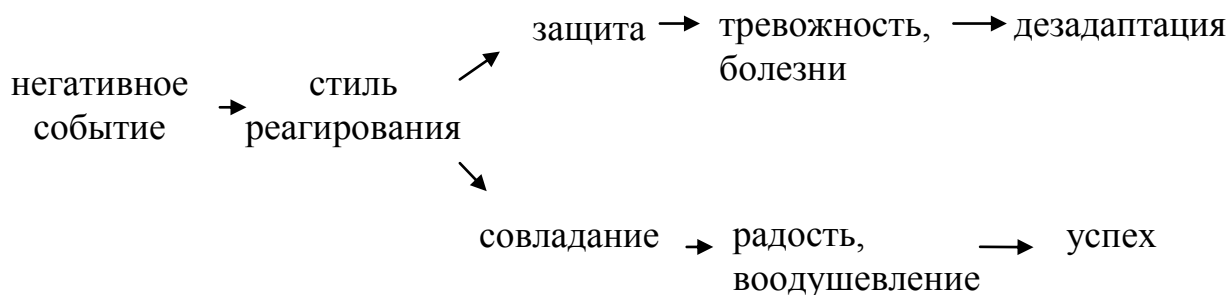


Рис. 2.34. Варианты стилей поведения при реагировании на угрожающее событие

Стили реагирования являются промежуточным звеном между случившимися стрессовыми событиями и их последствиями в виде, тревожности, психологического дискомфорта, соматических расстройств, сопутствующих защитному поведению, или же характерных для совладающего стиля поведения душевного подъема и радости от успешного решения проблемы.

Процессы совладания являются частью эмоциональной реакции, от них зависит сохранение эмоционального равновесия, через уменьшение, устранение или удаление действующего стрессора, что способствует вторичной оценке последнего. Результатом этой оценки становится один из трех возможных типов стратегии совладания:

- *непосредственные активные поступки* индивида для уменьшения или устранения опасности (нападение или бегство, восторг или любовное наслаждение);
- *косвенная или мыслительная форма* без прямого воздействия, невозможного из-за внутреннего или внешнего торможения

(вытеснение («это меня не касается»), переоценка («это не так уж и опасно»), подавление, переключение на другую форму активности, изменение направления эмоции для ее нейтрализации и т. д.);

- *совладание без эмоций*, при оценке угрозы личности как не реальной (соприкосновение со средствами транспорта, бытовой техникой, повседневными опасностями, которые мы избегаем).

Выделяют три способа формирования устойчивости к стрессу (рис. 2.35).

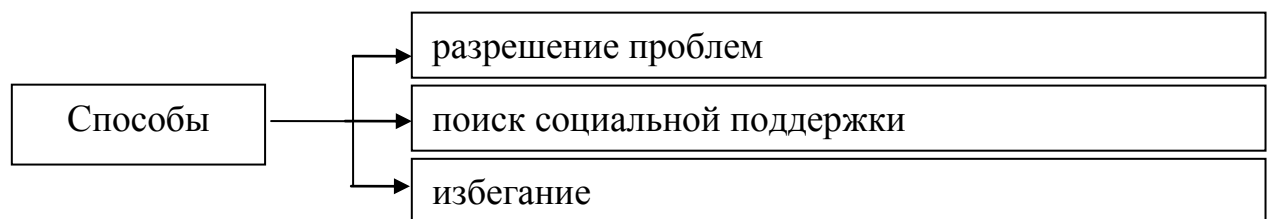


Рис. 2.35. Способы формирования толерантности к стрессу

По данным Р. Карсона и Дж. Батчер (2004), позитивные социальные и семейные отношения могут умерить воздействие стресса на человека и сократить заболеваемость и раннюю смертность, а отсутствие поддержки извне способно придать имеющемуся стрессору большую силу и ослабить готовность человека к противодействию. Общенациональный опрос, проводившийся в Китае и касавшийся стрессовых жизненных событий, показал, что в числе обыденных стрессоров чаще всего называются проблемные межличностные отношения. Большим стресс воспринимается, когда люди ощущают себя оставшимися в одиночестве и нелюбимыми, нежели в случае, когда их окружают люди.

**Приемы
определения
стрессового
напряжения**

Признаки стрессового напряжения у разных категорий людей одинаковы, а изменения, которые можно наблюдать по внешним признакам вызываются общими причинами напряжения, обусловленными обычными

жизненными неурядицами в быту, на работе, и накладываются на стресс-факторы, обусловленные функционированием в экстремальных условиях.

Устойчивость к стрессу формируется при активном и сознательном участии личности на основе жизненной практики и может быть результатом целенаправленного воспитания в себе необходимых качеств, следствием сознательного управления своими состояниями, поступками, способностями предвидеть последствия действий, соизмерять цели и избираемые средства в конкретных ситуациях.

Шеффер выделил *признаки* стрессового напряжения (рис. 2.36).



Рис. 2.36. Признаки стрессового напряжения

О. Грегор указал *причины* стрессового напряжения (рис. 2.37).

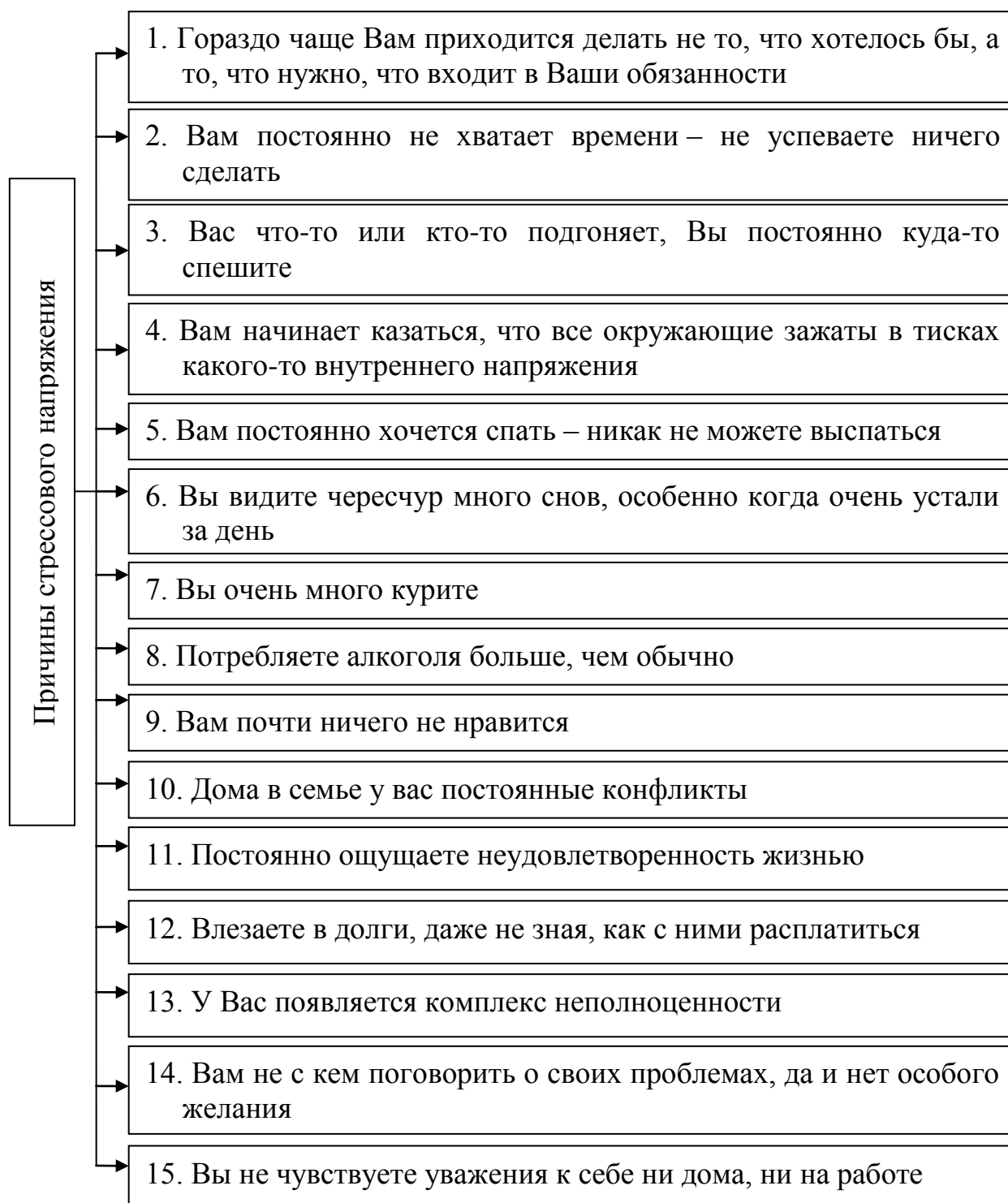


Рис. 2.37. Причины стрессового напряжения

Указанные причины стресса сформулированы с точки зрения личных ощущений и настроения человека, его эмоционального состояния и др.

Таблица 2.1

Перемены в жизни, способные вызвать стресс по Холмсу и Рейху (Райгородский Д.Я., 1998)

События в жизни	Баллы	События в жизни	Баллы
1. Смерть супруги (супруги)	100	21. Раздоры с родителями мужа (жены) или другими членами семьи	29
2. Развод	73	22. Головокружительный личный успех	28
3. Разрыв с партнером	65	23. Окончание школы и (или) поступление в институт (училище)	26
4. Смерть близкого члена семьи	63	24. Уход с работы (мужа, жены)	26
5. Значительное личное повреждение или болезнь	53	25. Изменение жилищных условий	25
6. Свадьба	50	26. Изменение сложившихся привычек (стереотипов)	24
7. Перемещение по службе, увольнение, уход с работы	47	27. Конфликты с начальством	23
8. Уход на пенсию	45	28. Изменение условий работы или рабочего времени	20
9. Примирение с партнером (партнершей) или мужем (женой)	45	29. Перемена места жительства	20
10. Беременность (для мужчин – беременность партнерши)	44	30. Экзамены в школе (институте); квалификационная аттестация на работе	20
11. Сексуальные затруднения	40	31. Смена привычного места отдыха	19
12. Рождение ребенка	39	32. Значительные изменения в виде и количестве развлечений	19
13. Изменение финансового положения	39	33. Значительные изменения в общественной деятельности	19
14. Смерть близкого друга	38	34. Изменения в отношениях с окружающими (друзьями, коллегами и т.д.)	18
15. Смерть близкого друга	37	35. Нарушения сна	18
16. Смена места работы	36	36. Изменения характера и частоты встреч с другими членами семьи (или близкими родственниками)	16
17. Увеличение числа супружеских (партнерских) ссор	35	37. Изменения привычного режима питания, количества потребляемой пищи (диета, отсутствие аппетита и т.д.)	15
18. Растущие долги	31	38. Отпуск	13
19. Значительное изменение в обязанностях на работе	30	39. Штраф за нарушение правил уличного движения	12
20. Отъезд сына или дочери из дома		40. Стрессоры не внесенные в данную шкалу (смерть любимого животного, аборт, кража, потеря любимой вещи и т.д.)	10

Полноценная жизнь в обществе зависит от двух важных факторов: наличия спокойной, надежной обстановки дома и удовлетворенности работой. Наличие этих факторов является косвенным показателем относительной стрессоустойчивости человека, его социально-психологической сбалансированности.

Доктора N.H. Holmes, R.H. Rahe (Райгородский Д.Я., 1998) изучали зависимость заболеваний (в том числе инфекционных болезней и травм) от различных жизненных событий более чем у пяти тысяч пациентов. Они пришли к выводу, что психическим и физическим болезням обычно предшествуют определенные серьезные изменения в жизни человека, а стрессоры вызывают кумулятивный эффект приводя к стадии истощения и дистрессу. На основании этого была создана шкала, в которой каждому важному жизненному событию соответствует определенное число баллов в зависимости от степени его стрессогенности (табл. 2.1).

Таблица 2.2

Оценка степени сопротивляемости стрессу N.H. Holmes, R.H. Rahe

Общая сумма баллов	Степень сопротивляемости стрессу
150 – 199	Высокая
200 – 299	Пороговая
300 и более	Низкая (ранимость)

Итоговая сумма определяет и степень сопротивляемости стрессу. Чем выше количество баллов, тем больше сигнал тревоги, предупреждающий вас об опасности. Подсчитанная сумма выражает вашу степень стрессовой нагрузки (табл. 2.2).

Резюме

- Впервые описал стресс физиолог Уолтер Кэннон, называя его реакцией борьбы и бегства. В переводе с английского слово «стресс» означает давление, натяжение, усилие, а также внешнее воздействие, создающее это состояние. Стресс, вызывающий негативные эмоции, называется «дистрессом», положительные эмоции – «эустрессом».
- Г. Селье, сформировав учение об общем адаптационном синдроме, выделил две реакции на вредные воздействия внешней среды: специфическую и неспецифическую, которую подразделил на три фазы: фаза тревоги, фаза резистентности и фаза истощения.
- Ответная реакция на психотравмирующее событие имеет четыре фазы: первичную эмоциональную реакцию, фазу отрицания, чередование отрицания и вторжения, а также фазу интеллектуальной и эмоциональной переработки травматического опыта.
- Субъективные, поведенческие, когнитивные, физиологические эффекты, организационные последствия и проблемы со здоровьем являются основными психотравмирующими последствиями стрессового события.
- На стрессовую ситуацию существует три формы реагирования: импульсивный тип дезадаптивного поведения, тормозной тип дезадаптивного поведения и адаптивный тип поведения.
- В поведении человека в экстремальных ситуациях выделяют несколько типичных этапов: подготовительный этап, этап начального психического напряжения, этап острых психических реакций входа, этап завершающего психического напряжения, этап острых психических реакций выхода и этап выхода.
- К основным способам совладающего поведения относят разрешение проблем, поиск социальной поддержки, избегание.

- Доктора N.H. Holmes, R.H. Rahe установили влияние различных жизненных событий на заболеваемость.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Сформулируйте определение понятия «стресс».
2. Охарактеризуйте фазы неспецифической реакции на стресс.
3. Назовите влияние стресса на психофизиологическом уровне.
4. Перечислите влияние стресса на психологическом уровне.
5. Раскройте модель формирования стресса.
6. Опишите компоненты стресса.
7. Назовите формы реагирования на стресс.
8. Проанализируйте психотравмирующие последствия стресса.
9. Рассмотрите этапы поведения человека в экстремальной ситуации.
10. Раскройте классификацию стратегий копинг-поведения.
11. Проанализируйте варианты стилей поведения при реагировании на угрожающее событие.
12. Выявите способы формирования толерантного поведения.
13. Охарактеризуйте приемы определения стрессового напряжения.
14. Назовите признаки стрессового напряжения.
15. Перечислите причины стрессового напряжения.

2.4. Предрасполагающие факторы стресса

2.4.1. Депривация Термин «депривация» (deprivation, или соотв. privation) стал широко известным благодаря Джону Боулби, который считал, что дети, лишенные материнской заботы и любви в раннем детстве, испытывают задержку в эмоциональном, физическом или интеллектуальном развитии.

Ранние эксперименты Дж. Боулби с участием детей, эвакуированных во время Второй мировой войны, привели его к убеждению, что длительная разлука с матерью является причиной синдрома депривации. Это убеждение укрепилось в результате анализа исследований макак – резусов, проведенных Гарри Харлоу в 1950-х годах. Харлоу доказал, что молодые мартышки, разлученные с матерями вскоре после рождения и воспитанные в изоляции, обнаруживают существенную задержку в развитии. Исследование воспитанников сиротских приютов показало, что они часто выказывают признаки отставания в физическом, эмоциональном и интеллектуальном развитии. Подобные эффекты являются прямым следствием депривации в раннем возрасте.

Психическая депривация – это психическое состояние, возникшее в результате таких жизненных ситуаций, где субъекту не предоставляется возможности для удовлетворения некоторых его основных (жизненных) психических потребностей в достаточной мере и в течение достаточно длительного времени.

В обычных условиях человек редко сталкивается с явлением депривации и не осознает значения воздействий раздражителей на рецепторы. При недостаточной загруженности мозга наступает «голод», и человек испытывает острую потребность в самых разных восприятиях окружающего мира.

С.Л. Соловьева (2003) разделяет депривацию на два вида (рис. 2.38)



Рис. 2.38. Классификация деприваций

Сенсорная депривация Сенсорная депривация связана со снижением интенсивности и уменьшением разнообразия притока раздражителей, поступающих из внешней среды.

В условиях сенсорной недостаточности начинает усиленно работать воображение, извлекая из запасов памяти яркие, красочные образы. Яркие представления компенсируют сенсорные ощущения, характерные для обычных условий, и позволяют человеку сохранять психическое равновесие в течение длительного времени. Увеличением продолжительности сенсорной депривации сказывается на интеллектуальных процессах.

В условиях сенсорной депривации человек сталкивается с необычными психическими состояниями (рис. 2.39).

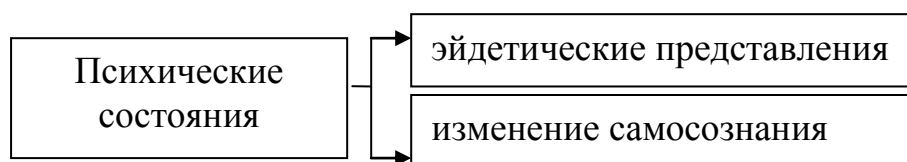


Рис. 2.39. Психические состояния в условиях сенсорной депривации

Часто в условиях изоляции встречаются *эйдетические представления*, когда в сознании всплывают яркие, интенсивные образы, наполненные живым чувственным содержанием, эмоционально окрашенные, с отчетливыми конкретными деталями. В обычной обстановке, отмечает В.И. Лебедев (2002), яркость образных представлений подавляется многочисленными реальными раздражителями, и представления на этом фоне кажутся бледными и неотчетливыми. В условиях же сенсорного голода поток ассоциативных представлений вызывает яркие образы, компенсирующие ограниченность и монотонность объектов внешней среды. В условиях болезни снижение интереса к событиям внешним закономерно сопровождается повышением интенсивности и яркости ощущений внутренних, связанных с функционированием тех или иных органов и функциональных систем.

Сенсорная организация человека приспособляется в процессе жизненного опыта к ориентации в условиях, где раздражители обладают достаточно ясной распознаваемостью. В случаях, когда раздражитель не узнается, человек имеет возможность интерпретировать данный раздражитель проективно, приписывая значение в соответствии с доминирующей мотивацией (подобный механизм лежит в основе феномена ипохондрии). Такие представления отождествляются с образом предполагаемого объекта и приводят человека к уверенности в том, что он подлинно воспринял, узнал то или иное явление, предмет и т. д. «Недогруженная» ощущениями нервная система в условиях сенсорной депривации сама продуцирует образы, которые расцениваются как продуктивные.

Другую группу необычных психических состояний в условиях сенсорной депривации составляет *изменение самосознания*. В условиях изоляции люди часто персонифицируют неодушевленные предметы и разговаривают с ними. Наедине с самим собой человек имеет

интериоризированную (перенесенную вовнутрь, в план умственного действия) аудиторию, к которой он обращает свои мысли и чувства. Если в обычных условиях человек ведет беседу с «интроектами», т.е. с интериоризированными друзьями, оппонентами и т.д. про себя, то в условиях изоляции этот разговор с самим собой начинает выражаться в форме устной или письменной речи.

Многочисленные наблюдения за людьми, находящимися в условиях сенсорной депривации, показывают, что если все необычные психические состояния первоначально носят функциональный и обратимый характер, то с увеличением длительности воздействия этого фактора они перерастают в реактивные психозы и другие формы психических нарушений.

Для состояния сенсорной депривации в экстремальных ситуаций характерно снижение настроения (вялость, апатия, заторможенность), временами сменяющееся эйфорией, раздражительность, нарушение сна, ослабление внимания, ухудшение памяти и умственной работоспособности в целом, что в результате приводит к истощению нервной системы.

Социальная депривация Социальная депривация обусловлена отсутствием возможности общения с другими людьми либо возможностью общения лишь со строго ограниченным контингентом людей.

В этом случае человек не может получить привычной социально-значимой информации, не может реализовать чувственно-эмоциональные контакты, которые возникают при общении с другими людьми.

Фактор «заключения» Заключение характерно для индивидуальной изоляции и связано с лишением возможности свободного передвижения, соприкосновения с окружающей средой и с вынужденным нахождением в ограниченном пространстве.

Существенные изменения в психофизиологическом состоянии человека происходят при воздействии одного лишь фактора «заключения». По данным С.Л. Соловьевой (2003) изменения электроэнцефалограммы в этих условиях свидетельствуют о снижении уровня бодрствования, ухудшении возможностей мыслительной деятельности. В этом состоянии появляется чувство беспокойства, тревоги, изменяются параметры самооценки состояния. Добавление к «заключению» двух других компонентов — социальной и сенсорной депривации — увеличивает число и глубину сдвигов в психическом состоянии, а воздействующие условия переносятся тяжелее.

Одиночество Самонаблюдения лиц, пребывающих в условиях одиночества, свидетельствуют о том, что фактор изоляции может существенным образом изменять психическое состояние.

В 1904 году П.Б. Ганнушкин отмечал, что реактивные психические состояния могут развиваться у индивидов, оказавшихся в условиях социальной изоляции. Ряд психиатров описывают в своих работах случаи развития реактивных психозов у людей, попавших в социальную изоляцию вследствие незнания языка. Говоря о «психозах старых дев», немецкий психиатр Э. Кречмер в качестве одной из причин выделяет относительную изоляцию. По этой же причине реактивные состояния развиваются у одиноких пенсионеров, вдовцов и т. д. Особенно отчетливо патогенное воздействие этого фактора на психическое состояние выступает в условиях одиночного тюремного заключения. Немецкий психиатр Э. Крепелин в своей классификации психических болезней выделяет группу «тюремных психозов», к которым он относит галлюцинаторно-параноидные психозы, протекающие при ясном сознании и возникающие обычно при длительном одиночном заключении. В условиях одиночества обостряется интенсивность общения с самим собой. По продолжительности, степени

изоляции и по своему происхождению формы относительного одиночества могут быть самыми разнообразными.

Одиночество — это своеобразная форма «социального голода», по аналогии с дозированным физиологическим голоданием, может быть необходимо человеку как средство лечения души, восстановления себя, своей «самости», средство самосовершенствования. Человеку периодически необходимо оставаться наедине с самим собой, со своими мыслями и чувствами, сомнениями и тревогами.

В условиях групповой изоляции наблюдаются четыре симптома, которые были первоначально зафиксированы у зимовщиков в Антарктиде («зимовочный синдром») (рис. 2.40).

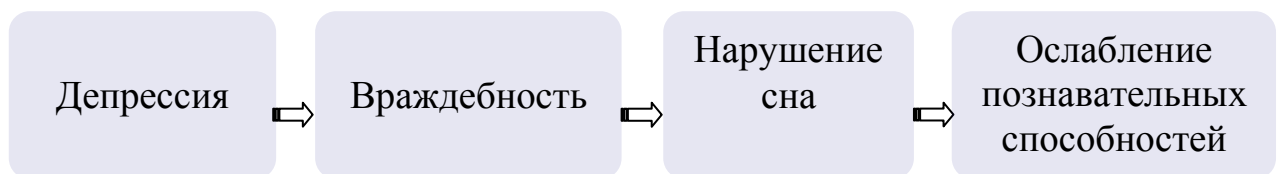


Рис. 2.40. Симптомы «зимовочного синдрома»

Существует ряд условий, способствующих успешному перенесению индивидуальной изоляции (рис. 2.41).

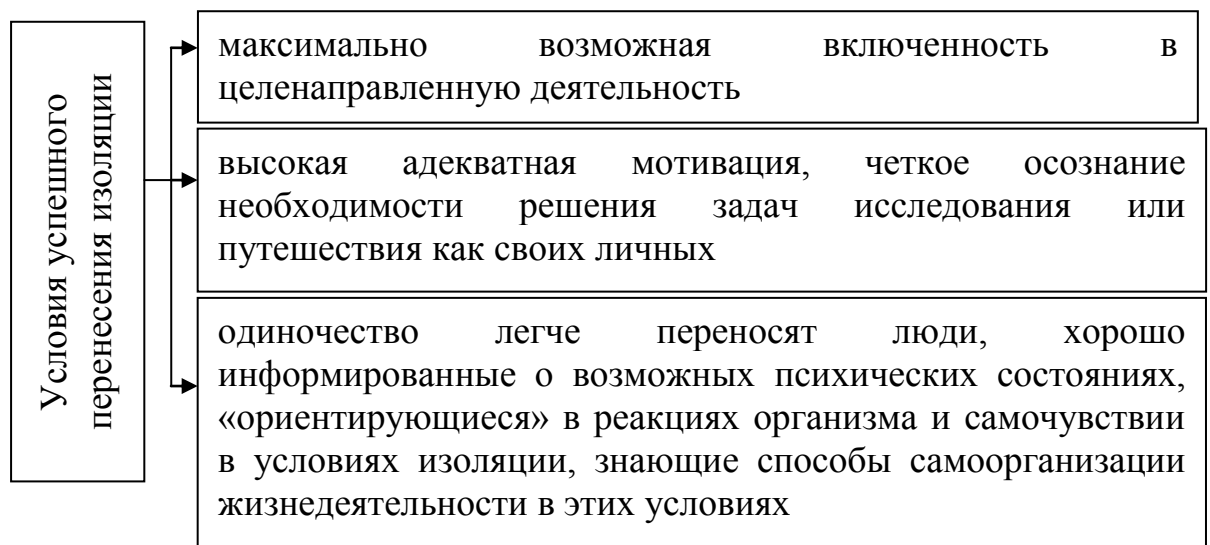


Рис. 2.41. Условия, способствующие успешному перенесению индивидуальной изоляции

Однако у человека существует «депривационный опыт».

Депривационный опыт - это ситуации, которым индивид ранее подвергался, и в каждом новом подобном обстоятельстве он будет вследствие этого вступать с видоизмененной психической структурой (более чувствительной или более «закаленной»).

К социально-психологическим последствиям депривации относятся страх перед людьми, сменяющийся многочисленными непостоянными и недифференцированными отношениями, с назойливостью и неутолимой потребностью внимания и любви. Сексуальные проявления бывают аутистического характера или отличаются неконтролируемым и недифференцированным нравом. Индивид отличается бедностью, склонностью к острым аффектам при выражении чувств, а также низкой фрустрационной толерантностью.

2.4.2. Кризис

Кризис определяется как качественное изменение психического статуса, связанное с угрозой актуального функционирования личности.

Психологически *кризис* определяется как ситуация, в которой субъект сталкивается с невозможностью реализации внутренних потребностей своей жизни (мотивов, стремлений, ценностей).

Термин кризис используется для обозначения периодов, когда стрессовая ситуация приближается или превосходит индивидуальные или групповые адаптивные возможности. Кризисы часто бывают особенно стрессогенными потому, что стрессоры оказываются настолько мощными, что наши обычные техники совладания не срабатывают.

Понятие «кризис» означает острую ситуацию для принятия какого-то решения, поворотный пункт, важнейший момент. Понятие кризиса связано с представлением:

- 1) о высоком психическом напряжении, переживаемом субъектом;
- 2) информационной неопределенности;
- 3) содержит в себе потенциальную возможность роста и развития;
- 4) предполагает возможность трансцендирования, когнитивного и эмоционального выхода за пределы наличия бытия.

Кризис начинается с развертывания борьбы мотивов в процессе осуществления жизненного замысла и достигает апогея, когда индивид остро ощущает актуальность своего сорвавшегося замысла и уверен в невозможности его реализации. Необходимость в переживании кризиса возникает в ситуациях, которые не могут быть непосредственно разрешены практической деятельностью. Теоретически все жизненные события квалифицируются как ведущие к кризису, если они создают угрозу удовлетворению фундаментальных потребностей и ставят проблему, от которой индивид не может уйти или не может разрешить в короткое время и привычным способом.

К критическим ситуациям, вызывающим кризис, традиционно относят такие ситуации, как смерть близкого человека, тяжелое заболевание, отделение от семьи, родителей, друзей, а также изменение внешности, смена социальной обстановки, ломка жизненного стереотипа.

Каждый тип личности имеет свои чувствительные стороны, специфический круг ситуаций, в которых он повышенно уязвим из-за своих индивидуально-психологических особенностей. Если специфические особенности личности «встречаются» с комплементарными экстремально – специфическими характеристиками ситуации, то с высокой степенью вероятности возникает личностный кризис.

Личность, находящаяся в кризисе, имеет определенные характеристики (рис. 2.42).

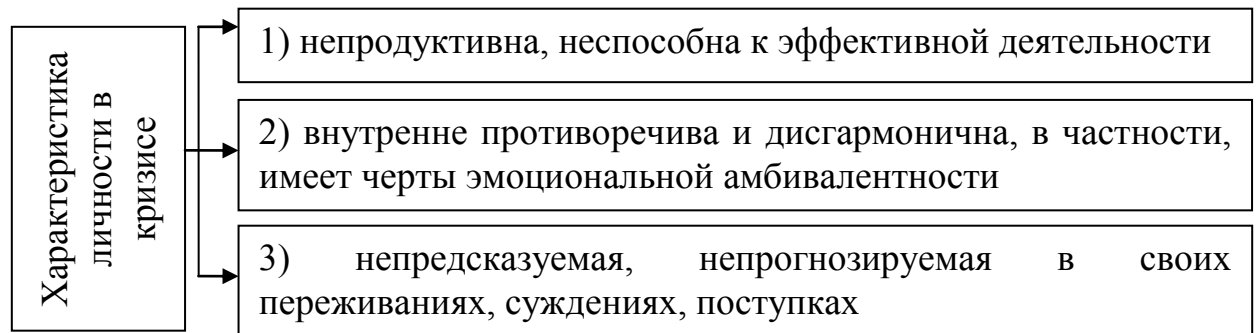


Рис. 2.42. Характеристика личности в кризисе

Любой кризис имеет свои последовательные стадии (рис. 2.43).

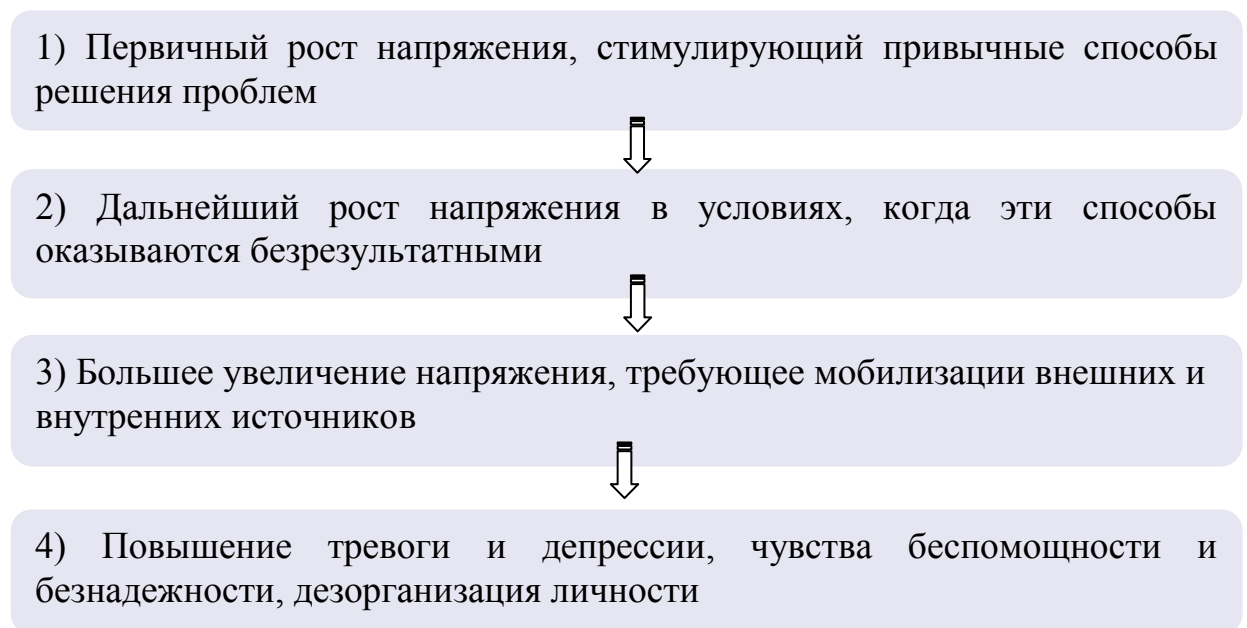


Рис. 2.43. Последовательные стадии кризиса

Кризис может закончиться на любой стадии, если опасность исчезает или обнаруживается решение. Как особое состояние, кризис проходит определенные фазы (рис. 2.44).



Рис. 2.44. Фазы кризиса

По содержанию различают три основных вида кризисов: кризисы невротические, кризисы развития и травматические кризисы (рис. 2.45).

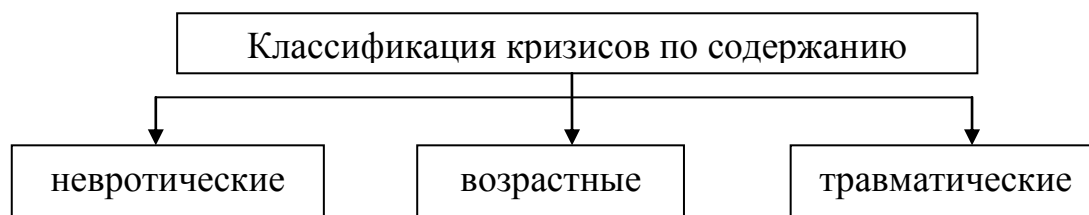


Рис. 2.45. Классификация кризисов по содержанию

Невротические кризисы

Предпосылки для их возникновения складываются в раннем детстве и могут развиваться при отсутствии воздействия каких-либо внешних раздражителей, травмирующих событий, перемен.

С точки зрения психоанализа, образование порочного круга внутренних защитных психологических конфликтов, производных от основного (базового) внутриличностного конфликта, сформированного в раннем детстве, создает субъективное ощущение безвыходности и тупика, а объективно приводит к дезадаптации личности.

Возрастные кризисы

Возникают при переходе от одной возрастной ступени к другой и связаны с системными преобразованиями в сфере социальных отношений, деятельности и сознания.

Это периоды онтогенеза (около года), характеризующиеся резкими психологическими изменениями, когда личность человека приобретает новое психологическое качество (новую психологическую модальность). Форма, длительность и острота возрастного кризиса могут значительно варьировать в зависимости от индивидуально-типологических особенностей личности и др. Ряд исследователей считают возрастные кризисы нормативным процессом, необходимым элементом социализации, обусловленным логикой личностного развития и необходимостью разрешения основного возрастного противоречия (Фрейд З., 2005; Выготский С.Л., 1982). Хронологически возрастные кризисы определяются границами стабильных возрастов:

1. Кризис новорожденности (до 1 месяца);
2. Кризис одного года;
3. Кризис «я сам» (3 года);
4. Кризис 7 лет;
5. Подростковый кризис (11 – 12 лет);
6. Юношеский кризис.
7. Кризис 40 лет.

В отечественной психологии термин «возрастной кризис» был введен Л.С. Выготским и определен как целостное изменение личности ребенка, регулярно возникающее при смене стабильных периодов. По Л.С. Выготскому, возрастной кризис обусловлен возникновением основных новообразований предшествующего стабильного периода, которые приводят к разрушению одной социальной ситуации развития и возникновению другой, адекватной новому психологическому облику

ребенка. Психологическое содержание возрастного кризиса включает механизм смены социальных ситуаций, а трудновоспитуемость, упрямство, негативизм, как поведенческие критерии, являются необходимыми и выражают единство деструктивной и конструктивной стороны кризиса. Д. Б. Эльконин полагал, что возрастные кризисы есть необходимость и закономерность, включая негативные черты поведения. Чем выше негативное отношение к «старой» социальной ситуации, тем более готов индивид действовать в новой социальной ситуации развития.

Травматические кризисы Возникают в ответ на психотравмирующую ситуацию и зависят от ее личностной оценки и степени субъективной значимости.

Существуют определенные личностные predispositions к кризисным реакциям, которые могут проявляться в форме острой реакции на непредвиденное несчастье, трагическую потерю или невосполнимый ущерб. К наиболее brutальным (грубым) и острым психологическим реакциям на кризис относят суицид.

Все травматические кризисы подразделяет на два вида (рис. 2.46).

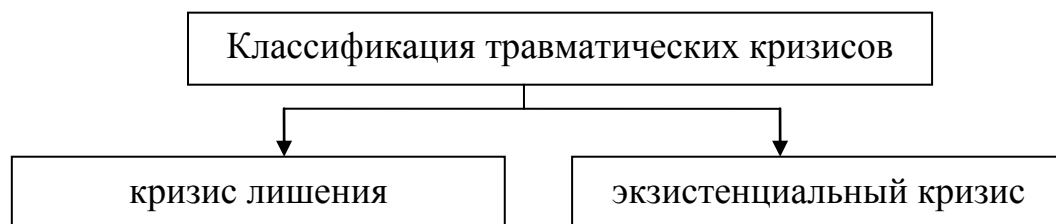


Рис. 2.46. Классификация травматических кризисов

Кризис лишения Связан с потерей близкого человека. Кризис лишения переживается как частичная утрата самого себя, утрата части собственной личности, состоящей из значимого другого.

Реакция на утрату особенно тяжела, если отношения с утраченным лицом были плохими. Человек, переживающий горе утраты характеризуется, определенными признаками (рис. 2.47).



Рис. 2.47. Признаки переживания горя

Начало разработки теории кризисов связано с работой Э. Линдемманна, посвященной анализу острого горя в ситуациях потери, смерти близких. Картина острого горя, в соответствии с представлениями автора, очень схожа у разных людей, а наиболее выраженными чертами реакции горя являются три основных признака (рис. 2.48).

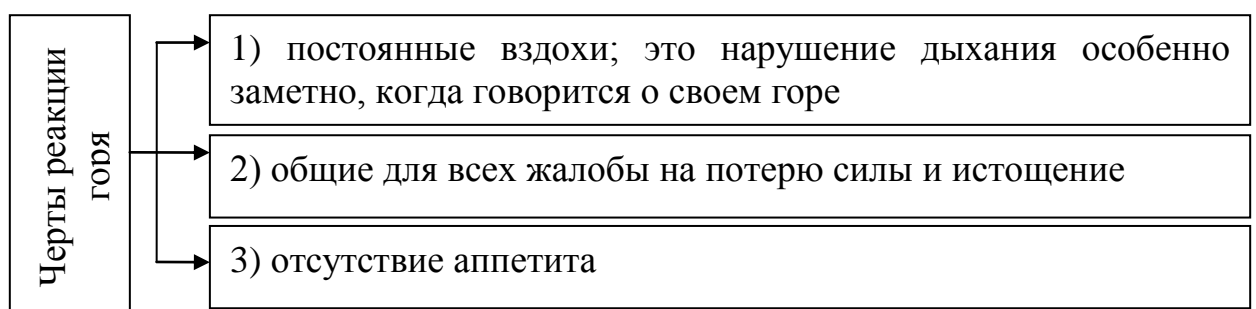


Рис. 2.48. Черты реакции горя

Общими для всех являются симптомы переживания реакции горя (рис. 2.49).

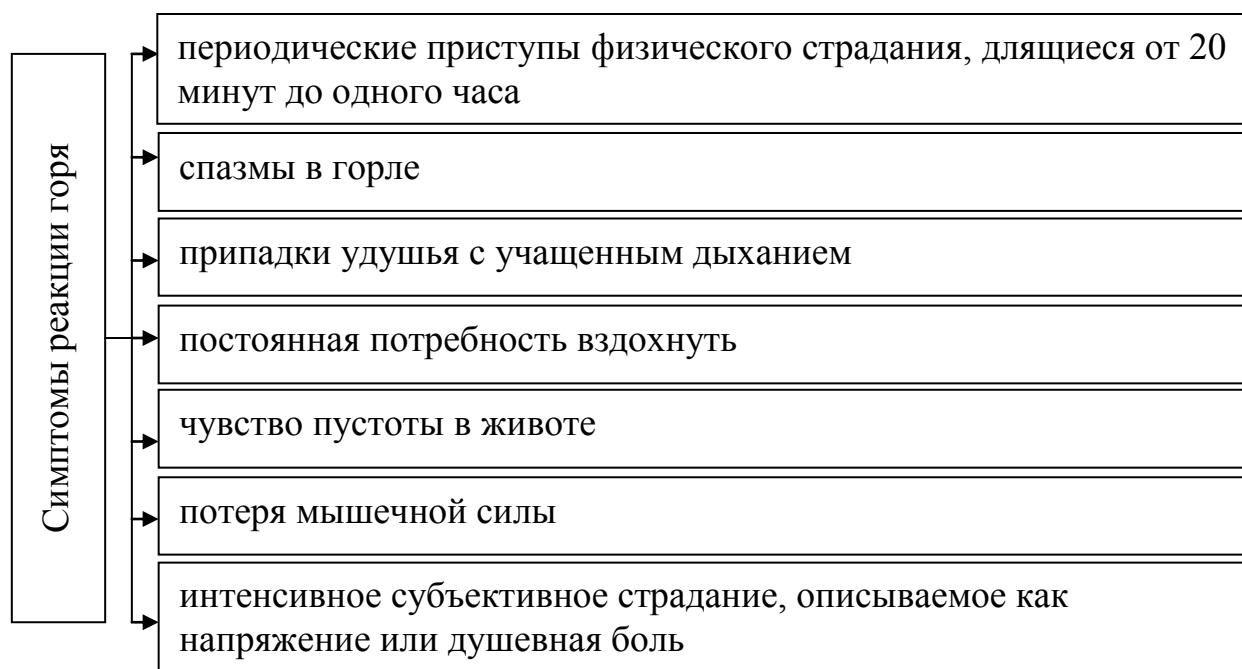


Рис. 2.49. Симптомы реакции переживания горя

Человек начинает замечать, что очередной приступ наступает раньше обычного, если его кто-нибудь навещает, напоминают об умершем или выражают сочувствие. При этом проявляется стремление избавиться от данного переживания, вследствие чего индивид отказывается от контактов, которые могут ускорить очередной приступ, и стараются избежать любых напоминаний об умершем. Происходят изменения сознания, появляется чувство нереальности, ощущение увеличения эмоциональной дистанции, охватывает чувство вины. Человек пытается отыскать в событиях, предшествовавших смерти, доказательства того, что он сделал для умершего все, что мог. Индивид обвиняет себя в невнимательности и преувеличивает значение своих малейших оплошностей, часто наблюдается утрата теплоты в отношениях с другими людьми, тенденция разговаривать с ними с раздражением и злостью, желание, чтобы его вообще не беспокоили, несмотря на усиленные старания друзей и родных поддержать дружеские отношения.

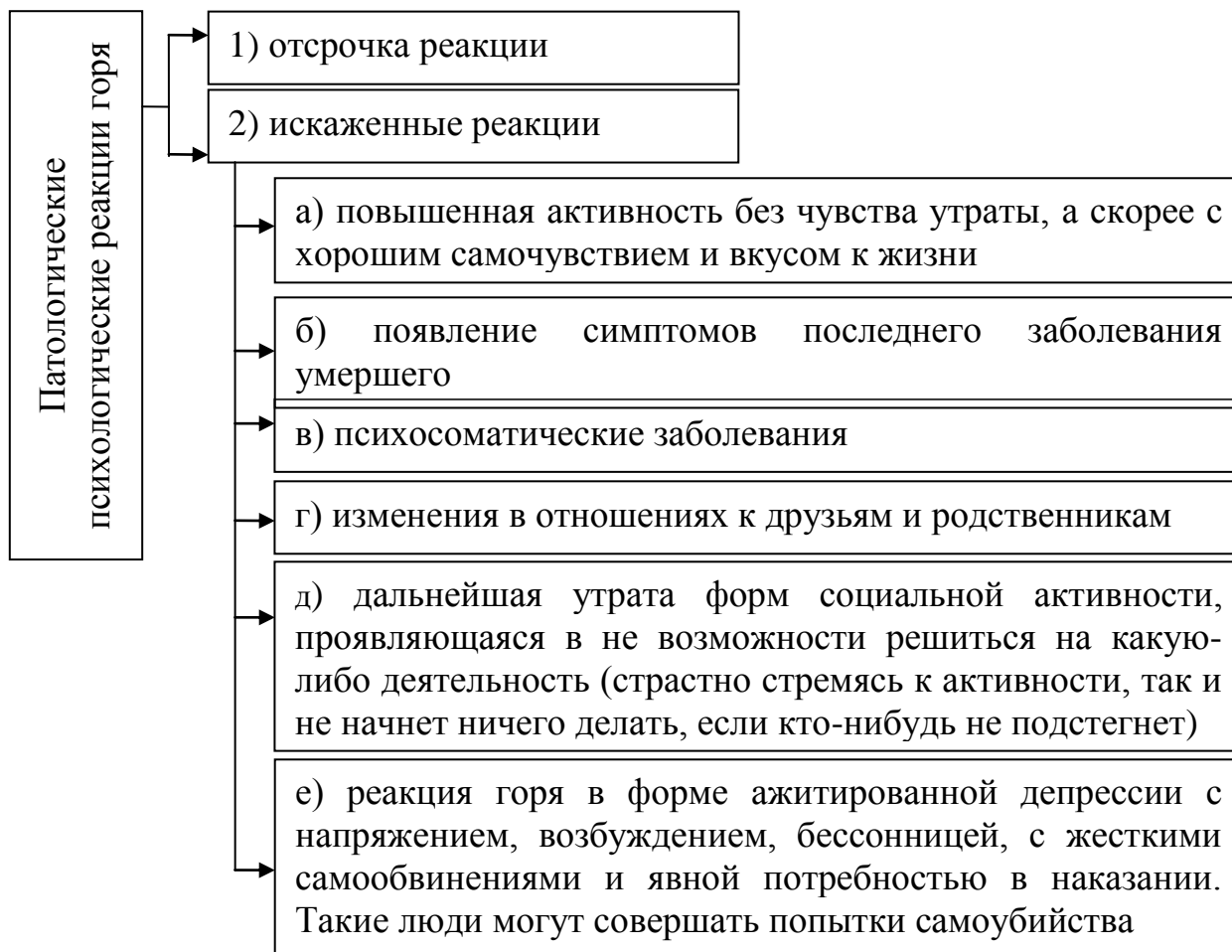


Рис. 2.50. Характерные патологические психологические реакции горя

Чувства враждебности, удивительные и необъяснимые для самого человека, очень беспокоят его и принимаются за признаки наступающего сумасшествия. Индивид пытается сдерживать свою враждебность, вырабатывая искусственную, натянутую манеру общения, в речи появляется торопливость, особенно когда разговор касается умершего. Эта категория людей обычно непоседлива, совершает бесцельные движения, постоянно ищет себе занятие, но не способна начинать и поддерживать организованную деятельность, все делается без интереса, происходит цепляние за круг повседневных дел, однако они выполняются с большим усилием.

Э. Линдемманн описал две наиболее характерные патологические психологические реакции горя (рис. 2.50).

1) *отсрочка реакции* — если тяжелая утрата застает человека во время решения каких-то очень важных проблем или если это необходимо для моральной поддержки других, он может не обнаружить своего горя в течение недели и более;

2) *искаженные реакции* — поверхностные проявления незавершившейся реакции горя.

Реакцию горя условно подразделяют на три фазы (рис. 2.51).

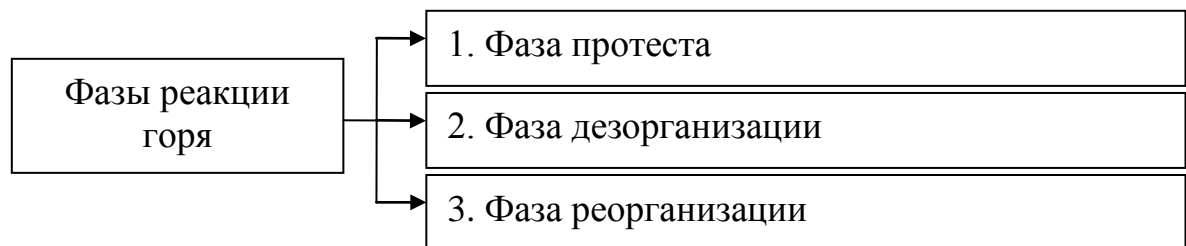


Рис. 2.51. Фазы реакции горя

Фаза протеста Характеризуется отчаянной попыткой восстановить отношения с усопшим, что проявляется в первой реакции типа «Я не верю, что это случилось», часть индивидов ведет себя, как будто ничего не случилось.

Иногда протест носит ощущение притупления всех чувств (ничего не слышать, ничего не видеть и ничего не чувствовать). Данное блокирование окружающей действительности в начале фазы протеста представляет собой разновидность массивной защиты от восприятия потери. В этот период часто отмечается враждебность и гневливость. Оставшиеся в живых склонны обвинять и корить себя за то, что они не сделали (или не смогли сделать) большего. Фаза протеста длится от нескольких минут до нескольких месяцев.

Фаза дезорганизации Происходит осознание, что любимого человека уже нет. Эмоции в это время очень интенсивны и болезненны. Основным настроением является глубокая печаль с

переживанием потери.

Помимо этого, личность испытывает гнев и чувство вины, с преобладанием глубокой печали, без снижения самооценки (в отличие от депрессии). Реакция горя сопровождается различными соматическими ощущениями – потерей аппетита, чувством пустоты в желудке, ощущением сжимания в горле, чувством нехватки воздуха, слабости, нехватки энергии и физического истощения. Эти симптомы часто сопровождают воспоминания об усопшем или провоцируются окружающими событиями.

В этой фазе у лиц с реакцией горя отмечается дезорганизация, бесцельность и беспокойство. Оценивая это время ретроспективно, они говорят что все «делали автоматически, без чувств, но это требовало много усилий». На данном этапе индивид начинает признавать потерю и чаще вспоминает об усопшем, о его последних днях и минутах. Но некоторые стремятся избегать этих воспоминаний, вследствие их болезненности и понимания необратимости происшедшего. Иногда в дневное время появляются слуховые галлюцинации, что вызывает выраженный страх «сойти с ума». Возникающий у лиц с реакцией горя страх сойти с ума не относится к патологическим расстройствам и не влечет за собой развития серьезных заболеваний.

Фаза реорганизации Может длиться от нескольких недель до нескольких лет. В этот период личность вновь начинает воспринимать реальную действительность (начинает убирать с видных мест предметы, принадлежащие усопшему).

К этому времени бледнеют неприятные воспоминания, связанные со смертью близкого человека, и в памяти начинают всплывать связанные с усопшим приятные воспоминания. Одновременно с этим человек начинает восстанавливать старые связи, проявлять интерес к новой сфере деятельности, но временами испытывает чувство вины из-за того, что он

жив и наслаждается жизнью, а усопший отсутствует. У большинства лиц с реакцией горя остаются некоторые общие паттерны отношения к усопшему (рис. 2.52).

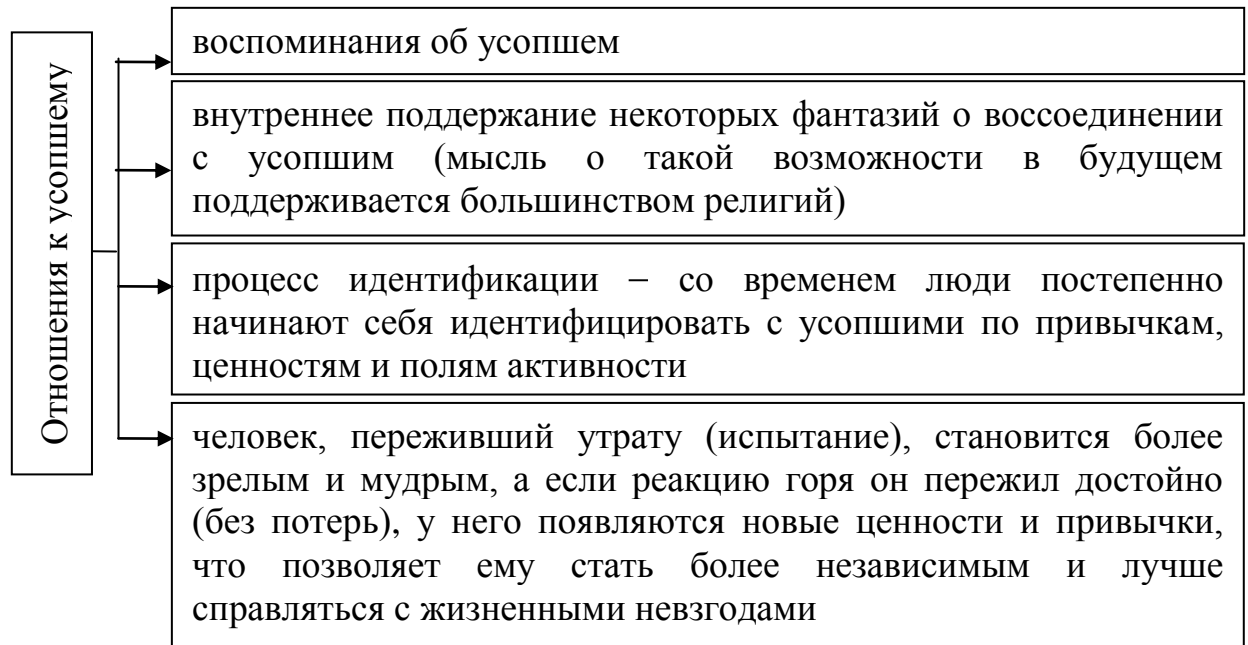


Рис. 2.52. Отношения к усопшему

В 75% случаев семейные пары при потере детей на определенное время перестают функционировать в качестве единой семьи, а в последующем семья нередко распадается. Среди семейных пар, потерявших детей, часты случаи возникновения депрессии, суицидальных попыток, алкоголизма и сексуальных проблем. При гибели детей страдают не только родители, но и оставшиеся в живых другие дети. Они чувствуют виноватыми и воспринимают мучение родителей как подтверждение того, что погибших детей любили больше.

Экзистенциальный кризис характеризуется утратой смысла существования, потерей наиболее значимых ценностей и целей в жизни.

Любое экзистенциальное переживание — это всегда и психическое переживание, которое, эмоционально негативно окрашено, и

воспринимается как психологический дискомфорт, или как сильное угнетенное состояние, состояние отчаяния. В период кризиса человек становится повышенно уязвимым, самооценка его снижается, картина мира дестабилизируется, нарастает неопределенность, выражающаяся в переживаниях тревожно-депрессивного круга. В 30 – 33 года часто наблюдаются *кризис личностного развития*, обусловленный рассогласованием между имевшимися жизненными планами человека и реальными возможностями их осуществления. Человек вынужден пересматривать систему своих отношений с окружением и жизненных ориентиров. Неспособность сделать это успешно ведет к усилению конфликта. В 40 – 45 лет возникает *кризис середины жизни*, когда происходит рост противоречий между идеальным представлением о своей жизни и реальными достижениями. Для многих это потеря смысла жизни. Новый смысл обретается в общечеловеческих ценностях, в развитии интереса к будущему, к обеспечению лучшего будущего своих детей и внуков, следующих других поколений. Период *от 45 до 50 лет* в норме является наиболее стабильным, *человек достигает реальной зрелости*, он хорошо уравнивает свои потребности и учитывает потребности других.

Кризис – это критический момент и поворотный пункт жизненного пути личности. Внутренняя необходимость жизни характеризуется реализацией своего пути, своего жизненного замысла, психологическим «органом», которого является воля, а когда она оказывается бессильной, возникает специфическая критическая ситуация – кризис.

2.4.3. Психическая травма

Термин «психическая травма», используемый при описании критического состояния на психологическом и патопсихологическом уровне – это разнообразные болезненные

состояния, возникающие вследствие отрицательных психических воздействий.

Угроза жизни, потеря близкого человека, семейные неурядицы, обида, неразделенная любовь и масса других отрицательных переживаний могут вызывать функционально-динамические нарушения нервной деятельности.

Психическая травма — это жизненное событие, затрагивающее значимые стороны существования человека и приводящее к глубоким психологическим переживаниям; это эмоционально значимое событие, связанное с негативными переживаниями.

Психическая травма связана с ранением или повреждением различных аспектов интрапсихического и психосоциального функционирования. Травма (или рана) вызывается переживанием травматических событий. Степень травматизации варьирует в зависимости от баланса между стрессовыми и защитными факторами и отражается в симптоматических реакциях. Некоторые специалисты видят различия между стрессом и травмой в следующем: травмирующая ситуация истощает способности человека к борьбе, тогда как стресс не всегда изматывает индивида.

Развитие психической травмы является закономерным и естественным процессом, как для взрослых, так и для детей при наличии стрессовых факторов. Реакции детей на психическую травму могут затрагивать различные сферы личности (табл. 2.3).

Таблица 2.3.

Реакции детей на психическую травму

Область	Характеристика
---------	----------------

Познавательная деятельность	<ul style="list-style-type: none"> • снижение успеваемости; • неправильное восприятие продолжительности и последовательности событий; • повторяющиеся, навязчивые воспоминания; • трудности при усвоении новых знаний
Психическая сфера	<ul style="list-style-type: none"> • резкие реакции страха; • чувство отстраненности; • пессимистические взгляды на будущее; • притупление ощущений; • чувство вины; • страх, что травма повторится; • чувство озабоченности
Изменения в поведении	<ul style="list-style-type: none"> • ночные кошмары; • заторможенность и скованность; • постоянные игры на темы, связанные с событиями, вызвавшими травму; • настороженность, страх, избегание контактов с другими людьми; • неосознанное повторение одних и тех же действий; • резкая реакция на внешние раздражители
Изменения личности	<ul style="list-style-type: none"> • изменения во взаимоотношениях с другими людьми; • пассивное существование, без напряжения тела и разума

Ребенок, не получивший должной медицинской или психологической помощи после травматического воздействия катастрофы, может характеризоваться определенными паттернами поведения (табл. 2.4).

Таблица 2.4

Признаки психической травмы в поведении ребенка

Признак	Характеристика	Что делать
Апатия и подавленность	<ul style="list-style-type: none"> • понурена голова; • избегает смотреть в глаза; • беспомощное, потерянное выражение лица, «нет огонька в глазах»; • социальная изоляция 	<ul style="list-style-type: none"> • уважайте потребность ребенка в тишине и спокойствии; • попытайтесь «найти подход»; • скажите ребенку, что его не слышно, когда его голова опущена; • сосредоточьтесь на внушении ребенку чувства силы и уверенности в себе; • попросите какого-нибудь другого ребенка подружиться с ним
Не по возрасту взрослое, опекуновское поведение	<ul style="list-style-type: none"> • заботится о каждом, принимается его опекать; • не обсуждает свои чувства, делает вид, что чувств у него нет; • круглый отличник, чрезмерно озабоченный тем, чтобы не получить более низкую оценку; • полностью независим 	<ul style="list-style-type: none"> • разрешите ребенку играть, поощряйте его игры; • признайте его способности оказывать помощь другим детям и спросите, чем вы можете ему помочь? Скорее всего, вы не получите никакого ответа, зато «посеете семена доверия»; • определите, каково общее отношение группы к этому ученику, какое ваше

	от родителей	собственное к нему отношение и в отношении каждого из его одноклассников
Гиперактивность	<ul style="list-style-type: none"> • не может ни на чем сконцентрироваться, не способен усидеть на месте; • повышенная активность переходит в гиперактивность 	<ul style="list-style-type: none"> • разрешайте ребенку ненадолго отдаляться от группы, чтобы пробежаться, покувыркаться и т.д.; • дайте ему определенное задание для исполнения в группе; • может возникнуть необходимость надолго удалить этого ребенка из группы и работать с ним индивидуально
Раздражительность, взрывной характер	<ul style="list-style-type: none"> • легко раздражается; • настороженно и болезненно относится к тому, как его воспринимают другие; • чрезмерно чувствителен, легко может заплакать 	<ul style="list-style-type: none"> • проанализируйте чувства этого ребенка, постарайтесь найти для них словесное выражение; • заметьте его озабоченность отношением к нему других учеников, признайте, что она обоснованна; • расскажите группе об этих чувствах; • дайте ему выплакаться и только потом задавайте вопросы

<p>Повышенная потребность во внимании</p>	<ul style="list-style-type: none"> • после каждого вопроса поднимает руку, старается пихнуть ее в лицо учителю; • постоянно перебивает других; • имеет замечания в классном журнале по этому поводу 	<ul style="list-style-type: none"> • похвалите за его старательность и выразите желание выслушать его; • объясните ему, что необходимо выслушать и других; • прерывайте его перебивания на полуслове; • похвалите его за стремление дополнить ответы других
<p>Апатия и безразличие</p>	<ul style="list-style-type: none"> • безразличное выражение лица; • монотонный голос, без перепадов громкости и интонации 	<ul style="list-style-type: none"> • говорите с ним с горячностью, но без возбуждения; • поговорите с ним «голосами животных» и попросите его сделать то же самое; • поговорите с ним о том, как другие люди учатся не воспринимать события близко к сердцу
<p>Неконтролируемое поведение</p>	<ul style="list-style-type: none"> • проявляет мало уважения (или совсем его не проявляет) к старшим и к правилам поведения; • набрасывается на других 	<ul style="list-style-type: none"> • четко распишите ему, что можно, а чего нельзя, расскажите о реальных последствиях нарушения этих правил; • заставьте его столкнуться с этими последствиями; • выказывайте уважение к его личности

<p>Избегание ключевых фигур или тем</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ученик избегает разговора о каком-либо члене своей семьи; • старается говорить на поверхностные темы; • старается изменить тему разговора 	<ul style="list-style-type: none"> • расспросите ребенка о взрослых людях в его жизни; • направляйте разговор мягко и осторожно; • разрешите ребенку изменить тему разговора и вернитесь к ней позже
<p>Предыдущая физическая или психологическая травма</p>	<ul style="list-style-type: none"> • увечье или смерть друга, родственника, любимого животного, потеря любимой игрушки и т.д.; • разрушение дома или окружающего ландшафта; • степень травмы не соответствует силе реакции ребенка на нее 	<ul style="list-style-type: none"> • не пытайтесь ускорить ход событий - травматический эффект на психику ребенка должен пройти постепенно; • разработайте подходящий сценарий эмоциональной и психологической помощи этому ребенку
<p>Конфликт между детьми в группе</p>	<ul style="list-style-type: none"> • наличие постоянных ссор и драк 	<ul style="list-style-type: none"> • расскажите всей группе об этом конфликте; • спросите детей, следует ли вам разбираться с этим конфликтом или же они смогут сами его прекратить и забыть о нем; • заставьте детей договориться

		<p>между собой, не устраивать драк;</p> <ul style="list-style-type: none"> • объясните детям, что, если они нарушат договор, одному из драчунов или обоим придется покинуть школу
--	--	--

Психические травмы различаются с учетом количественных критериев (сила воздействия, его длительность), а также имеет значение содержание психической травмы. П.И. Сидоров и А.В. Парняков (2000) выделяют следующие разновидности психотравмирующих факторов (рис. 2.53).

- 1) шоковые сверхсильные и внезапные психические травмы
- 2) психотравмирующие ситуации относительно короткого времени
- 3) хронически действующие психотравмирующие ситуации
- 4) факторы эмоциональной депривации (лишение любви и внимания)

Рис. 2.53. Разновидности психотравмирующих факторов

И. Тайпале (2004) разделяет травматические стрессовые факторы, непосредственно или косвенно влияющие на переживания личности (рис. 2.54).

1. Угроза или ущерб, причиненные самой личности, ее физической неприкосновенности или здоровью

2. Угроза или ущерб, причиненные другим, которые переживаются в роли свидетеля непосредственно или косвенно

3. Угроза или ущерб, причиненные созданной или видоизмененной среде, которые переживаются непосредственно; в роли наблюдателя; на месте или вблизи этого места

4. Угроза, тяжкая утрата (потеря) или ущерб, причиненные личным отношениям, привязанности и социальным связям личной значимости

Рис. 2.54. Факторы, влияющие на переживания личности

Проблемы переживаний человека в связи с интимно-личностными, межличностными и социальными конфликтами являются выражением чисто человеческих проблем, проявление человеческой сущности в трудной жизненной ситуации, являясь психической травмой, могут приводить к возникновению нервно-психических расстройств непсихотического (невроты) и психотического (реактивные психозы) типов.

Психогенные нервно-психические заболевания Психические расстройства, входящие в эту группу, объединяются общим признаком – *психогенностью*, т.е. главной причиной заболевания считается психологический фактор, или психическая травма.

Причиной психогений может быть не готовность к «психическому срыву», развивающаяся на фоне ослабленности организма после перенесенного заболевания, длительного нервного напряжения, специфических особенностей нервной системы и личностных черт и др. Интенсивность психической травмы, необходимая для возникновения

психогений, находится в обратно пропорциональной зависимости от предрасположенности к «психическому срыву»

1. На первом этапе учения о психогениях ведущая роль в возникновении заболевания у человека отводилась психической травме. По мнению немецкого психиатра Карла Ясперса, патологические реакции психики в ответ на психическую травму характеризуются единством причины и клинической динамики болезни. Диагностические принципы сформулированы Ясперсом в виде трех основных положений («реактивная триада»):

1). Реактивное состояние возникает вслед за психической травмой.

2). Содержание психической травмы находит отражение в симптомах болезни, и между ними существуют психологически понятные связи.

3). При устранении психической травматизации наступает улучшение и выздоровление больного.

Позднее было обнаружено, что второй и третий критерии из «реактивной триады» Ясперса не всегда находят свое подтверждение в клинической практике, особенно при затяжных неврозах и патологических (психогенных и невротических) развитиях личности. При затяжных неврозах часто бывает трудно доказать, что содержание клинической картины прямо вытекает из характера психической травмы, а при патологических развитиях личности пусковая психическая травма со временем теряет свою актуальность, тогда как болезнь все равно продолжает развиваться.

2. Второй этап учения о психогениях связан с именем немецкого психиатра и психолога Эрнста Кречмера, который отметил, что психогенное заболевание возникает в ответ не на любую психическую травму, как полагал Ясперс, а только на ту, которая затрагивает *особо значимые стороны отношений* больного. Психическая травма должна «подходить» к характеру, как «ключ к замку», и только тогда «состоится»

триада Ясперса. Одинаково важно и наличие самой психической травмы, и наличие предрасположенности к ней у данного конкретного человека.

3. На третьем этапе изучения психогений появляются доказательства того, что психическая травма не играет главной роли в возникновении заболевания, а определяющее значение имеют *отношение личности к психотравмирующей ситуации* как патогенной и особенности функционирования механизмов личностной психологической защиты, позволяющие это отношение менять.

Психогенные заболевания делятся на две группы (рис. 2.55).



Рис. 2.55. Классификация психогенных заболеваний

<i>Реактивные психозы</i>	Развиваются чаще всего после шоковых, сверхсильных психических травм. Психические травмы отличаются большой силой, интенсивностью и внезапностью действия (стихийные бедствия, внезапные нападения с угрозой для жизни).
---------------------------	--

Ввиду непосредственного воздействия на инстинктивную сферу человека сами эти воздействия не осознаются человеком в полной мере, а в силу быстроты действия не вызывают сознательной интрапсихической переработки их содержания и значения. Поэтому такие психические травмы обычно приводят к реактивным психозам типа *аффективно-шоковых реакций* (с психомоторным возбуждением либо, напротив, с обездвиженностью), а также другим реактивным психозам с более сложными психопатологическими картинами — истерическим, бредовым и депрессивным психозами.

Основным клиническим критерием реактивного психоза является *отсутствие достаточной интрапсихической переработки ситуации*, что сопровождается отсутствием переживания психопатологических расстройств как лично чуждых и болезненных, для клиники характерна «реактивная триада» Ясперса.

Неврозы Термину «невроз» более 200 лет. Невроз — это своеобразная личностная адаптация к психотравмирующим воздействиям социальной среды и своеобразная «защита» организма от органической деструкции при увеличении психоэмоционального напряжения путем использования особых, невротических механизмов перестройки гомеостаза (см. гл. 3).

Невроз определяют как психогенное (конфликтотенное) функциональное личностное расстройство, которое проявляется преимущественно эмоциональными нарушениями, нарушениями поведения и нарушениями нейровегетативной регуляции внутренних органов.

К основным особенностям неврозов относят (рис. 2.56):

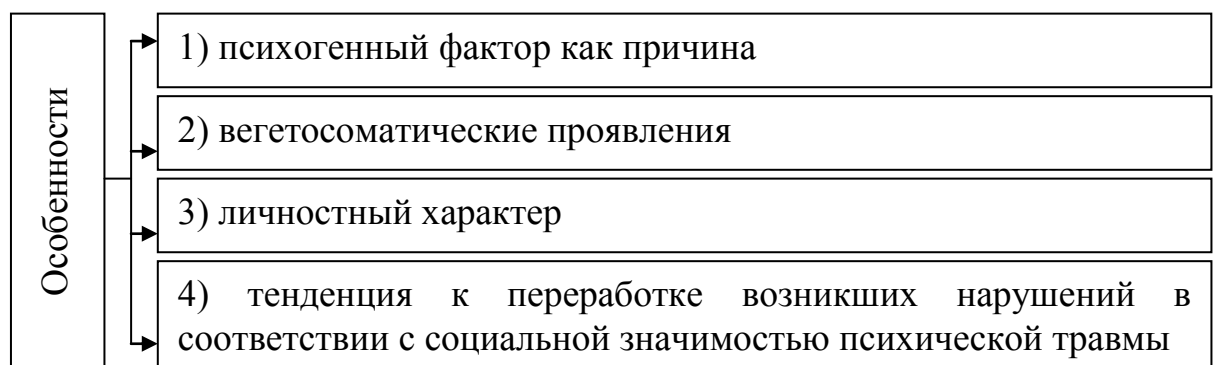


Рис. 2.56. Особенности неврозов

Существуют три основных типа невротических конфликтов (рис. 2.57).



Рис. 2.57. Типы невротических внутриличностных конфликтов

Истерический конфликт определяется чрезмерно завышенными претензиями личности, всегда сочетающимися с недооценкой или полным игнорированием объективных реальных условий и требований окружающих.

Данный тип конфликта отличается превышением требовательности к окружающим над требовательностью к себе и отсутствием адекватного критического отношения к своему поведению («Я хочу, хотя и не имею права»). В генезе этого типа конфликта существенную роль играют особенности семейного воспитания, когда стимулируется стремление ребенка быть в центре внимания окружающих (воспитание по типу «кумира семьи»). Таких лиц отличает превышение требовательности к окружающим над требовательностью к себе, у них несколько ниже способности тормозить свои желания, противоречащие общественным требованиям и нормам.

Обсессивно-психастенический конфликт обусловлен противоречивыми собственными внутренними тенденциями и потребностями, борьбой между желанием и долгом, между моральными принципами и личными привязанностями («Я хочу, но не могу решиться»).

Если одна из тенденций становится доминирующей, но продолжает встречать сопротивление другой, создаются благоприятные возможности для резкого усиления психического напряжения и возникновения невроза навязчивых состояний. Особое значение для формирования этого типа конфликта имеют усиленные личностные черты по типу неуверенности,

нерешительности, которые формируются с детства в условиях воспитания, когда имеет место предъявление противоречивых требований к личности.

Неврастенический конфликт Представляет собой противоречие между возможностями личности, с одной стороны, ее стремлениями и завышенными требованиями к себе – с другой («Я хочу, но у меня не хватает сил»).

Особенности конфликта этого типа чаще всего формируются в условиях, когда постоянно стимулируется нездоровое стремление к личному успеху без реального учета сил и возможностей индивида. В определенной степени возникновению данного типа конфликта способствуют и высокие требования к человеку, предъявляемые все возрастающим темпом современной жизни.

Существует классификация неврозов не только по типу внутриличностного конфликта, но по течению и динамике заболевания (рис. 2.58).

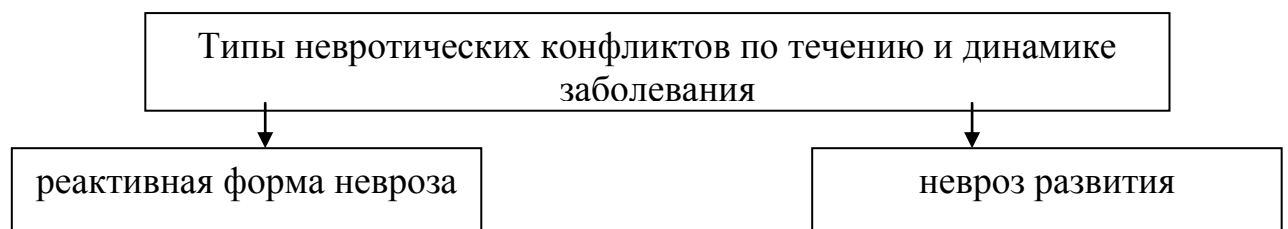


Рис. 2.58. Типы невротических конфликтов по течению и динамике заболевания

Реактивная форма невроза Ведущее значение в возникновении заболевания имеет острая психическая травма, а в клинической картине достаточно отчетливо прослеживается триада симптомов Ясперса.

Невроз развития Определяющее значение в течение заболевания имеют особенности личности. Психическая травма в

последующем может не находить своего адекватного отражения в симптомах болезни, происходит своеобразное «самодвижение» симптомов и нарастают черты характера невротиков, свойственные психопатическим личностям.

Г.С. Никифоров (2003) и С.Л. Соловьева (2003) выделяют в течение неврозов этапность (рис. 2.59).

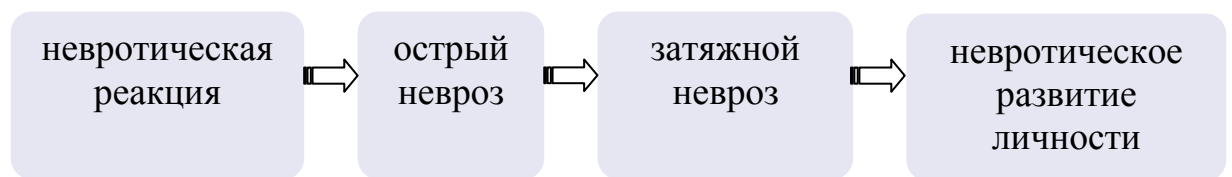


Рис. 2.59. Этапы течения неврозов

Психические травмы, лежащие в основе неврозов, не отличаются остротой и интенсивностью, как при реактивных психозах. Тем не менее, прослеживается их зависимость по степени патогенности от сложившихся в течение жизни особенностей личности, создающих различную степень свободы реагирования человека на возникшую ситуацию. При этом важнейшим элементом личностного реагирования (с комплексом расстройств невротического уровня) на патогенные события являются особенности функционирования системы «психологической защиты».

Резюме

- Депривация классифицируется на сенсорную и социальную. Разновидностью факторов социальной депривации является одиночество и фактор «заключения».
- По содержанию различают три основных вида кризисов: кризисы невротические, кризисы развития (возрастные) и травматические кризисы, которые в свою очередь подразделяются на

экзистенциальные кризисы и кризисы лишения.

- Общим являются симптомы переживания реакции горя: периодические приступы физического страдания, длящиеся от 20 минут до одного часа; спазмы в горле; припадки удушья с учащенным дыханием; постоянная потребность вздохнуть; чувство пустоты в животе; потеря мышечной силы; интенсивное субъективное страдание, описываемое как напряжение или душевная боль.
- Психическая травма — это жизненное событие, затрагивающее значимые стороны существования человека и приводящее к глубоким психологическим переживаниям; это эмоционально значимое событие, связанное с негативными переживаниями.
- Психические расстройства, входящие в группу психогенных нервно-психических заболеваний, объединяются общим признаком — главной причиной заболевания считается психологический фактор, психическая травма.
- Психогенные заболевания подразделяются на реактивные психозы и неврозы. В группе неврозов выделяют по типу неврастенического конфликта истерический, неврастенический и обсессивно-психастенический конфликты, по течению и динамике заболевания — невроз развития и реактивную форму невроза.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Сформулируйте определение понятия «депривация».
2. Раскройте основные симптомы «зимовочного синдрома».
3. Назовите отличие сенсорной и социальной депривации.
4. Дайте определение понятию «депривационный опыт».
5. Сформулируйте определение понятия «кризис».
6. Раскройте особенности кризиса лишения.

7. Опишите фазы реакции горя.
8. Сформулируйте определение понятия «психическая травма».
9. Охарактеризуйте психогенные заболевания.
10. Перечислите реакции детей на психическую травму.
11. Назовите признаки психической травмы в поведении ребенка.

2.5. Категории стресса

2.5.1. Фрустрация Фрустрацией называют критическую ситуацию и состояние человека при невозможности реализации потребностей.

Фрустрация (от лат. Frustratio — обман, разрушение планов) – это:

1) психическое состояние, выражающееся в характерных особенностях переживаний и поведения, вызываемых объективно непреодолимыми или субъективно воспринимаемыми трудностями, возникающими на пути к достижению цели или решению задач;

2) состояние краха и подавленности, вызванное переживанием неудачи.

Состояние фрустрации сопровождается различными отрицательными переживаниями: разочарованием, раздражением, тревогой, отчаянием.

Состояние фрустрации — специфическое эмоциональное состояние, которое возникает, когда на пути достижения значимой цели человек встречает субъективно непреодолимое препятствие.

В настоящее время ряд авторов используют понятие фрустрации и психологического стресса как синонимы; некоторые рассматривают фрустрацию как частную форму психологического стресса. По мнению А. В. Петровского и М. Г. Ярошевского (1998) правомерно также рассматривать фрустрацию в контексте межличностного функционирования, и с этой точки зрения для исследователей представляет интерес сфера межличностных конфликтов и трудностей, которые могут возникать в самых разнообразных жизненных ситуациях, в том числе и в повседневных.

К фрустрации может привести широкий круг препятствий — как внешних (поведенческих), так и внутренних (психологических). К источниками фрустрации основанной на личностных ограничениях относят физические изъяны, ограниченную способность к выполнению определенных задач, одиночество, вина и неадекватный самоконтроль. Обычными источниками фрустрации, считаются предвзятость, несостоятельность на работе, смерть близкого человека, случившееся чрезвычайное происшествие и др.

Фрустрирующие ситуации классифицируются по характеру мотивов и по характеру «барьеров» (рис. 2.60).

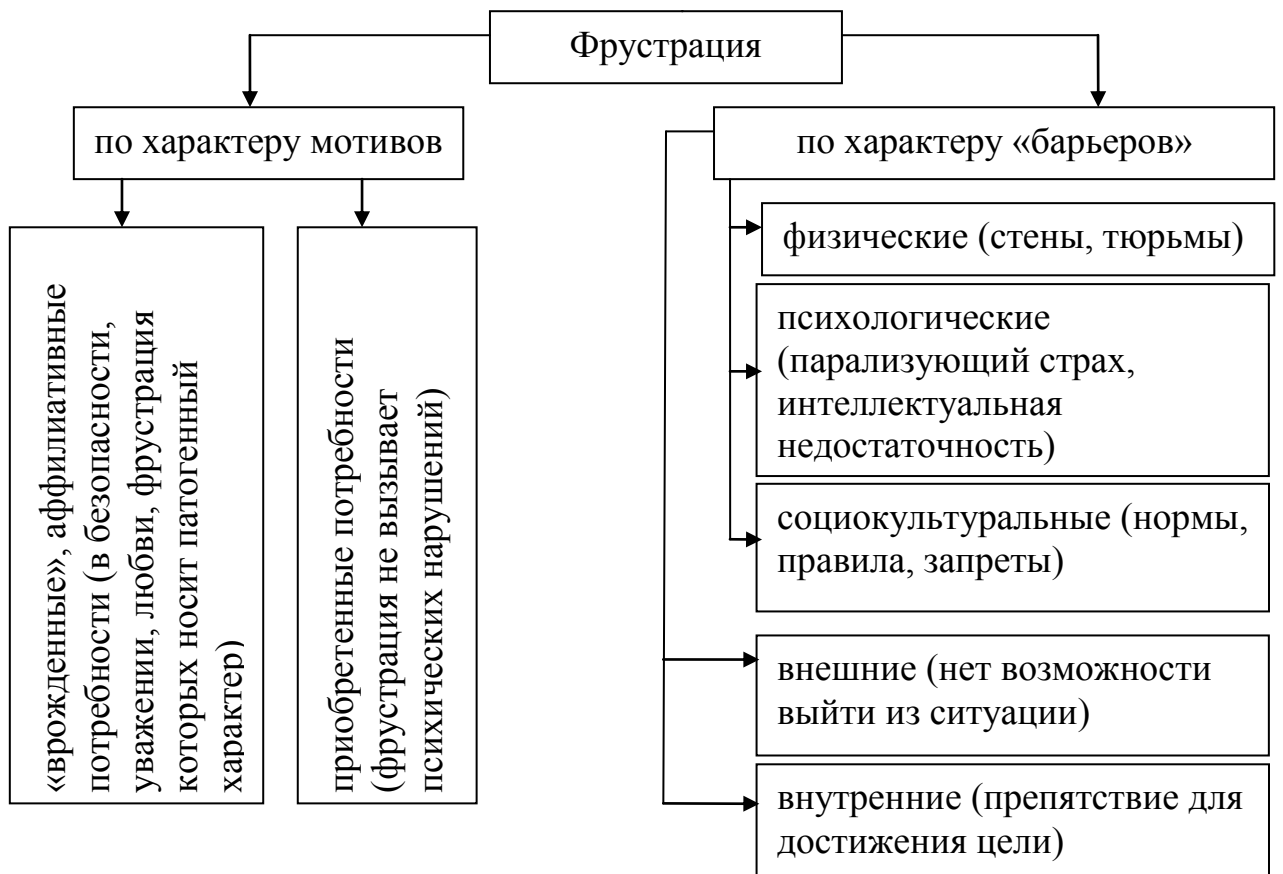


Рис. 2.60. Классификация фрустрирующих ситуаций

Возникновение фрустрации обусловлено не только объективной ситуацией, но зависит и от особенностей личности человека. Имеют значение такие черты, как эгоцентризм с сосредоточенностью на собственных субъективно-значимых интересах, с повышенной чувствительностью к нарушению этих интересов (обидчивость), инфантилизмом и недостаточной дифференцированностью личностной структуры.

Фрустрационное поведение последовательно проходит три стадии (рис 2.61).

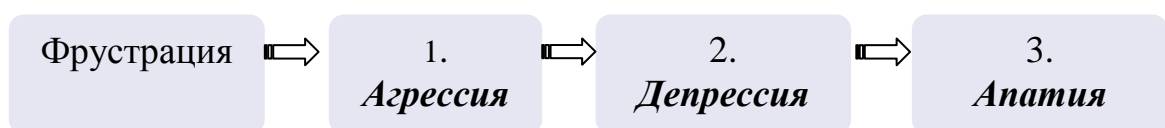


Рис. 2.61. Стадии фрустрационного поведения

К условиям возникновения состояния фрустрации Э. И. Киршбаум, А. И. Еремеева (1990) относятся следующие факторы:

1) наличие потребности как источника активности, мотива как конкретного проявления потребности, цели и первоначального плана действия;

2) наличие сопротивления (препятствия-фрустратора):

- пассивное внешнее сопротивление (наличие элементарной физической преграды, барьера на пути к цели; удаленность объекта потребности во времени и в пространстве);
- активное внешнее сопротивление (запреты и угрозы наказанием со стороны окружения, если субъект совершает или продолжает совершать то, что ему запрещают);
- пассивное внутреннее сопротивление (осознанные или неосознанные комплексы неполноценности; неспособность осуществить намеченное, резкое расхождение между высоким уровнем притязаний и возможностями исполнения);
- активное внутреннее сопротивление (угрызения совести).

Человек, планируя свое поведение на пути к достижению поставленных целей, одновременно мобилизует блок обеспечения цели определенными действиями. Если психическое событие тормозится (прерывается), в месте прерывания происходит повышение психической энергии, что приводит к резкой концентрации энергии, к повышению уровня активации подкорковых образований (в частности, ретикулярной формации). Этот переизбыток нереализуемой энергии вызывает чувство дискомфорта и напряжения, которое необходимо снять.

Поведение в ситуации фрустрации может быть различным и зависящим от многих факторов (рис. 2.62).

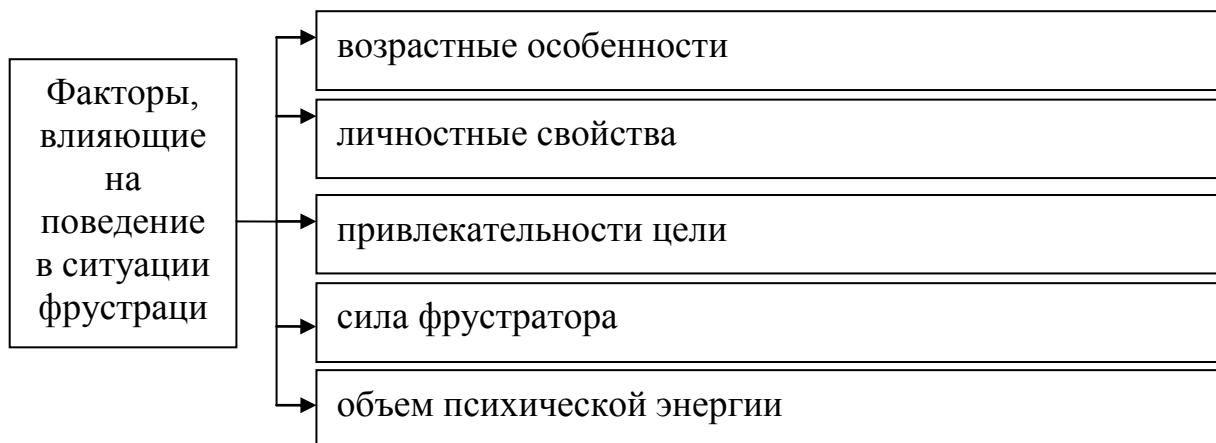


Рис. 2.62. Факторы, влияющие на поведение в ситуации фрустрации

Фрустрационное поведение имеет пять основных видов (рис.2.63):



Рис. 2.63. Виды фрустрационного поведения

*Двигательное
возбуждение*

Бесцельные и неупорядоченные поведенческие реакции.

Апатия

Состояние полного безразличия, равнодушия. Ребенок во фрустрирующей ситуации ложится на пол и смотрит в потолок.

Агрессия и деструкция

Разрушение окружающего, причинение вреда, нанесение ущерба.

Стереотипия

Тенденция к слепому бессмысленному

повторению фиксированных форм поведения.

Регрессия

Понимается либо как «обращение к поведенческим моделям, доминировавшим в более ранние периоды жизни индивида», либо как «примитивизация» поведения (снижение конструктивности поведения, падение качества исполнения, упрощение поведенческих схем).

Состояние фрустрации имеет два взаимоисключающих эффекта:

- *конструктивный*: мобилизация психологических ресурсов открывает возможность для личностного развития и роста. Усиливающееся в состоянии фрустрации напряжение может помочь переоценить ситуацию, пересмотреть свои предыдущие действия и увидеть новые и ранее не замечаемые обходные пути ее достижения, или может произойти замена цели, удовлетворяющая потребность. При конструктивной фрустрации восстанавливается временно утраченное психологическое равновесие и идет развитие личности. Человек обучается ставить реальные цели, учится умению манипулировать «точкой цели», отказываясь от неосуществимого;
- *деструктивный*: увеличение напряжения и эмоциональное возбуждение может оказаться велико. Под воздействием аффекта утрачивается конструктивность действий: человек волнуется, впадает в панику, теряет контроль. Может возникнуть когнитивная ограниченность (рациональные процессы и адекватность принятия решений становятся невозможными). Высокий уровень фрустрации приводит к дезорганизации деятельности и снижению эффективности. Частые фрустрации ведут к формированию отрицательных черт поведения: агрессивности, возбудимости, враждебности, негативизму.

На фрустрацию человек реагирует двумя взаимоисключающими вариантами (рис.2.64).

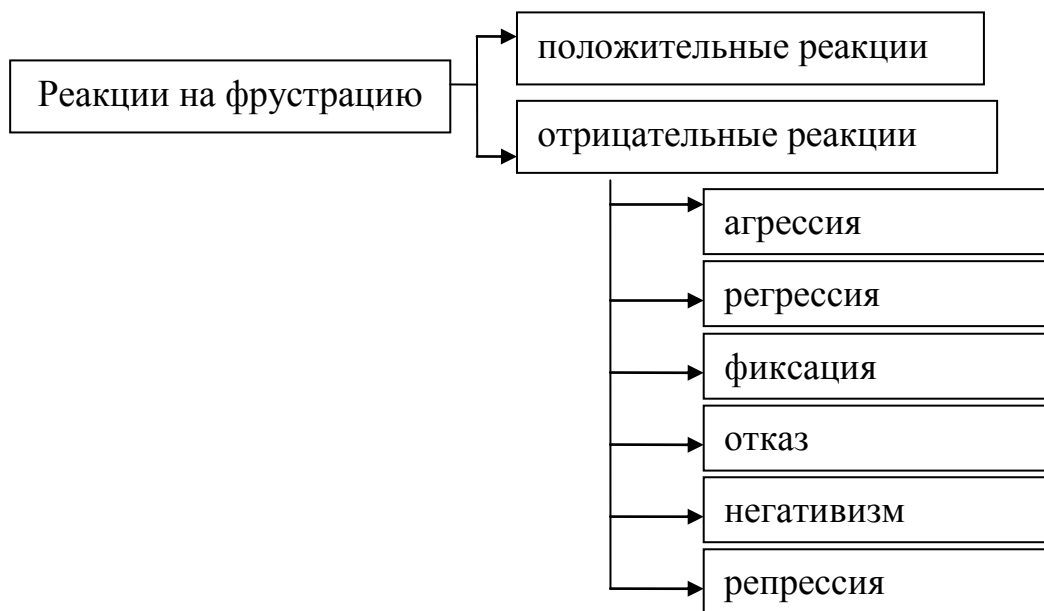


Рис. 2.64. Реакции на фрустрацию

Положительные реакции Представляют конструктивные разрешения, преодоление препятствия, мешающего достижению стимула. Эффект достигается путем усиления стремления, направленного на разрешение проблемы.

Многие научные открытия, успехи в развитии техники, культуры были стимулированы фрустрирующими событиями в жизни людей. Фрустрация способна направить энергию индивидуума по конструктивному каналу активности.

Отрицательные реакции Фрустрации могут вызвать также разные формы деструктивного поведения: агрессию, регрессию, фиксацию, отказ, негативизм, репрессию.

Агрессия Направлена на другое лицо или объект. Формы агрессии могут быть физическими и вербальными.

Иногда агрессия носит скрытый, замаскированный характер. Агрессия, переходящая в гнев, проявляется в бурных и неадекватных

реакциях. Гейтс пришел к заключению, что агрессия чаще всего вызывается фрустрацией (Соловьева С.Л., 2003). Агрессия обычно не приводит к достижению цели, поэтому она не является конструктивной формой поведения. Агрессия может быть направлена как на само препятствие, так и на совершенно другие заместительные объекты.

Регрессия Выражается в возврате к формам реагирования, поведения, присущего человеку на более раннем этапе жизни. При этом возможно возникновение инфантильных реакций, присущих детскому возрасту. К регрессивной форме реагирования некоторые авторы относят примитивизацию в поведении, усиление жестикуляции, применение физической силы.

Фиксация Выражается в повторении неэффективных способов поведения. Она может проявляться в безуспешном повторении одного и того же подхода в межличностных отношениях, повторения оказавшейся недейственной модели поведения. Проявляется у лиц, склонных к демонстративности в поведении.

Отказ Представляет тенденцию индивидуума не участвовать в решении касающейся его проблемы, развивается апатический подход к ситуации. Реакция типа отказа является наиболее неблагоприятным последствием фрустрации.

Выделяют два вида отказа:

- Первый – отказ *«с легким сердцем»*, когда человек относительно легко соглашается с невозможностью справиться с ситуацией, но при этом одновременно идет поиск других сфер деятельности. В

этом случае сохраняется значительная эффективность адаптационных механизмов, умение переключаться, сохраняя положительную мотивацию.

- Вторым видом отказа является отказ *с дезорганизацией поведения*. Здесь выступают апатия, угнетение, снижение активности.

Репрессия характеризуется блокированием или вытеснением из сознания неприятных ситуаций, касающихся требуемых для разрешения вопросов. Это нереалистическая форма поведения заключается в подходе: «проблема исчезает, если о ней не думать».

Негативизм Для него характерно отрицательное отношение не только по отношению к непосредственно вызывающей фрустрацию ситуации, но и к другим, имеющим с ней какие-нибудь черты сходства, проблемам.

Существует определенная пороговая величина уровня напряжения, превышение которой приводит к деструктивным эффектам фрустрации. Эту величину определяют как *толерантность к фрустрации*. Толерантность к фрустрации является переменной величиной, зависящей от величины напряжения, типа ситуации, особенностей личности. Высокий уровень развития личности предполагает сознательный отказ от фрустрирующих целей и выдвижение новых, более приемлемых и достижимых.

2.5.2. Конфликт

Исследования, проводимые психологами и социологами, показывают, что 80 % конфликтов возникает помимо воли и желания их участников. Результатом конфликта становится одновременное возникновение двух или

нескольких несовместимых потребностей, мотивов.

Требования одних препятствуют удовлетворению других, что приводит к конфликту. Он может представлять собой серьезный источник стресса, интенсивность которого часто приводит к истощению сил.

Конфликт (от *conflictus* — столкновение) представляет собой противостояние людей (межличностные конфликты) или групп с противоположно направленными интересами, мнениями, позициями, целями, достижение которых ущемляет интересы противостоящей стороны (групповые конфликты).

Конфликты разделяют на:

1. *Дети – родители*. В биологии означает конфликт между кормящими родителями и их потомками, который заключается в том, что потомки, пытающиеся максимально удовлетворить свои интересы, начинают манипулировать родителями, с целью получить дополнительные ресурсы.
2. *Приближение – избегание*. Испытывается организмом, когда специфический вид поведения ассоциируется как с приятными, так и с неприятными последствиями.
3. *Приближение – приближение*. Возникает, когда организм находится перед двумя равнопривлекательными, но несовместимыми возможностями. По мере того, как организм приближается к одной из двух возможностей, ее привлекательность возрастает, и конфликт разрешается.

По сферам взаимодействия выделяют различные виды конфликтов (рис. 2.65).

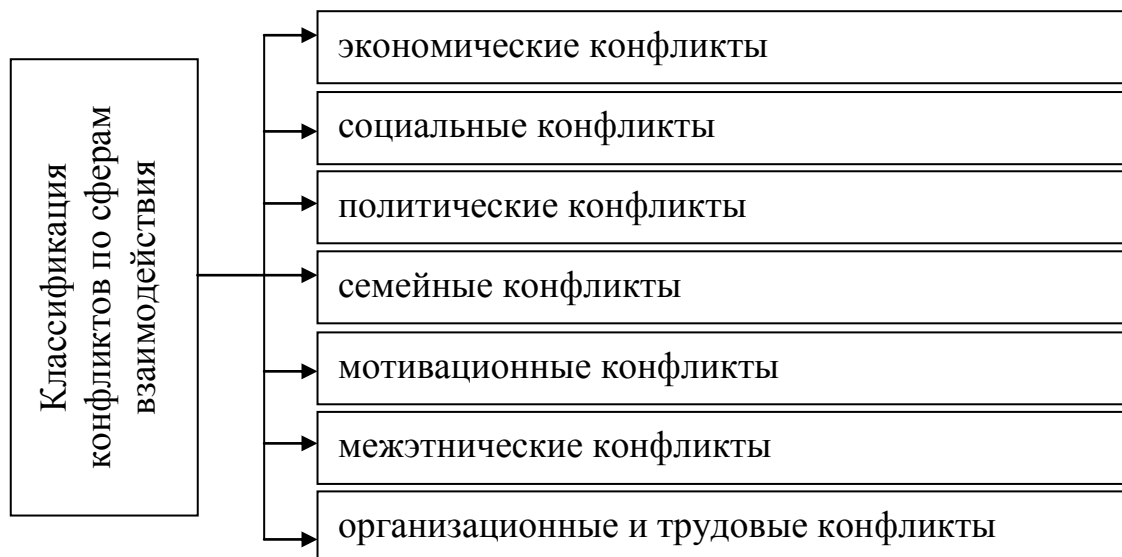


Рис. 2.65. Классификация конфликтов по сферам взаимодействия

В свою очередь социальные (личностные) конфликты подразделяются на определенные виды (рис. 2.66).

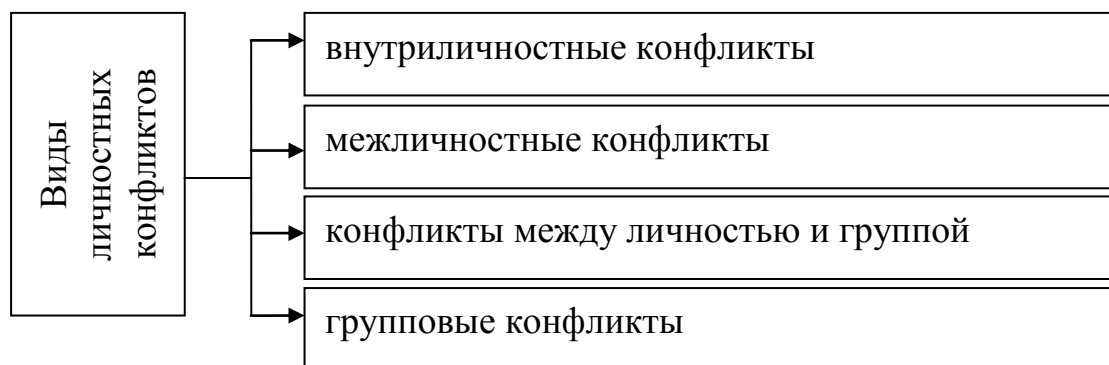


Рис. 2.66. Виды личностных конфликтов

- Внутриличностные конфликты*
- Человек стоит перед выбором из альтернативных решений, равных по привлекательности, но взаимоисключающих друг друга;
 - предлагается выбор из явно непривлекательных альтернатив;
 - выбор в равной мере и привлекателен, и неизбежно ведет к негативным последствиям.

Межличностные конфликты Возникают между различными людьми, имеющими противостоящие цели и стремящимися навязать друг другу свое мнение, свою волю.

В основе межличностных конфликтов может лежать психологическая несовместимость его участников. Такие конфликты характеризуются:

- нарушением норм взаимодействия и сотрудничества (вместо модели, основанной на сотрудничестве, используется модель взаимоотношений, основанная на конкуренции и конфронтации);
- столкновением ценностных ориентации, интересов, материальных и карьерных притязаний (последствие конфронтации);
- ростом конкуренции, соперничества, соревновательности (апломб, амбиции);
- рассогласованием между целью деятельности и способом ее достижения (на достижение незначимой цели в конфликте могут тратиться значительные усилия).

Конфликты между личностью и группой При возникновении данных конфликтов отмечается наличие у личности таких черт, как амбициозность, апломб, упрямство, завышенный уровень притязаний и завышенная самооценка (часто личность с психопатическими чертами).

Групповые конфликты При данном конфликте уровень экстремальности наиболее высок, так как в психологическом функционировании группы существуют свои законы ее развития.

У представителей умственного труда экстремальные условия, определяемые ожесточившимися конфликтами, приводят к снижению профессиональной работоспособности до 70 %, причем негативное психическое состояние продолжается еще несколько часов, а то и дней

после завершения конфликта. Причиной и поводом для конфликта становятся факторы, не имеющие большой значимости для конфликтующих людей. Психологический «ущерб» от конфликта часто намного превышает «цену» достигнутого успеха, т.к. события развиваются на фоне сильных эмоциональных переживаний.

Среди многообразия вариантов поведения людей в конфликте выделяются основные типы конфликтных личностей (рис. 2.67).

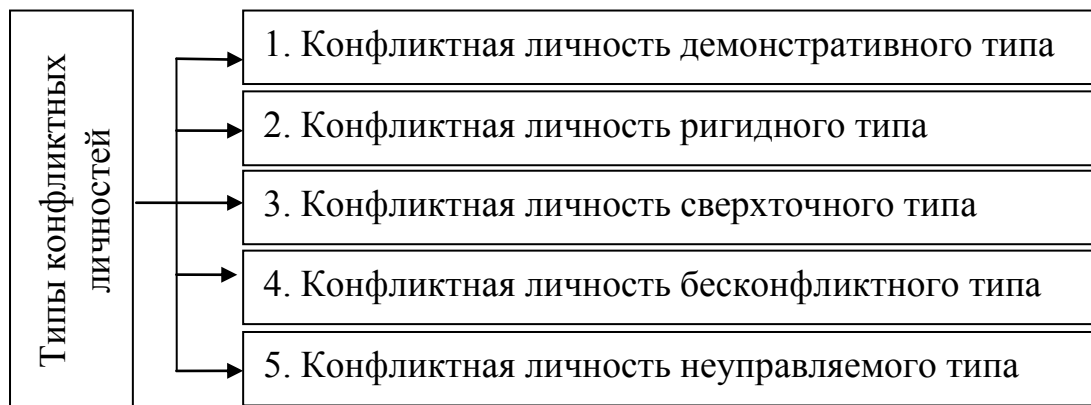


Рис. 2.67. Типы конфликтных личностей

1. *Конфликтная личность демонстративного типа:*

- хочет быть в центре внимания;
- любит хорошо выглядеть в глазах других;
- ее отношение к людям определяется тем, как они к ней относятся;
- такой личности легко даются поверхностные конфликты, она любит свои страдания и стойкостью;
- хорошо приспосабливается к различным ситуациям;
- рациональное поведение выражено слабо, налицо поведение эмоциональное;
- планирование своей деятельности осуществляет ситуативно и непоследовательно воплощает его в жизнь;
- избегает кропотливой систематической работы;

- не уходит от конфликтов, в ситуации конфликтного взаимодействия чувствует себя неплохо;
- часто оказывается источником конфликта, но не считает себя таковым.

2. *Конфликтная личность ригидного типа:*

- подозрительна;
- обладает завышенной самооценкой;
- для нее постоянно требуется подтверждение собственной значимости;
- часто не учитывает изменения ситуации и обстоятельств;
- прямолинейна и негибка;
- с большим трудом принимает точку зрения окружающих,
- не очень считается с их мнением;
- выражение почтения со стороны окружающих воспринимает как должное;
- выражение недоброжелательства со стороны окружающих воспринимается ею как обида;
- болезненно обидчива, повышено чувствительна по отношению к мнимым или действительным несправедливостям.

3. *Конфликтная личность сверхточного типа:*

- скрупулезно относится к работе;
- предъявляет повышенные требования к себе;
- предъявляет повышенные требования к окружающим, причем делает это так, что людям, с которыми она работает, кажется, что она придирается;
- обладает повышенной тревожностью;
- чрезмерно чувствительна к деталям;
- склонна придавать излишнее значение замечаниям

окружающих;

- иногда вдруг порывает отношения с друзьями, знакомыми потому, что ей кажется, что ее обидели;
- страдает от себя сама, переживает свои просчеты, неудачи, подчас расплачиваясь за них даже болезнями (бессонницей, головными болями и т.п.);
- сдержанна во внешних, особенно эмоциональных проявлениях;
- не очень хорошо чувствует реальные взаимоотношения в группе.

4. *Конфликтная личность бесконфликтного типа:*

- неустойчива в оценках и мнениях;
- обладает легкой внушаемостью;
- внутренне противоречива;
- для нее характерна некоторая непоследовательность поведения;
- ориентируется на сиюминутный успех в ситуациях;
- недостаточно хорошо видит перспективу;
- зависит от мнения окружающих, особенно лидеров;
- излишне стремится к компромиссу;
- не обладает достаточной силой воли;
- не задумывается глубоко над последствиями своих поступков и причинами поступков окружающих.

5. *Конфликтная личность неуправляемого типа:*

- импульсивна, недостаточно контролирует себя;
- поведение такого человека плохо предсказуемо;
- ведет себя вызывающе, агрессивно;
- часто в запале не обращает внимания на общепринятые нормы;

- для нее характерен высокий уровень притязаний;
- несамокритична;
- во многих неудачах, неприятностях склонна обвинять других;
- не может грамотно спланировать свою деятельность или последовательно претворить планы в жизнь;
- недостаточно развита способность соотносить свои поступки с целями и обстоятельствами;
- из прошлого опыта (даже горького) извлекает мало пользы на будущее.

Конфликтность, ставшую свойством личности, трудно преодолеть рациональным самоконтролем, усилием воли. Высокое эмоциональное возбуждение в конфликте снижает интеллектуальный потенциал его участников (нормальное распределение зависимости между эмоциями и когнициями).

Развитие конфликта обычно идет в определенной последовательности (рис. 2.68).

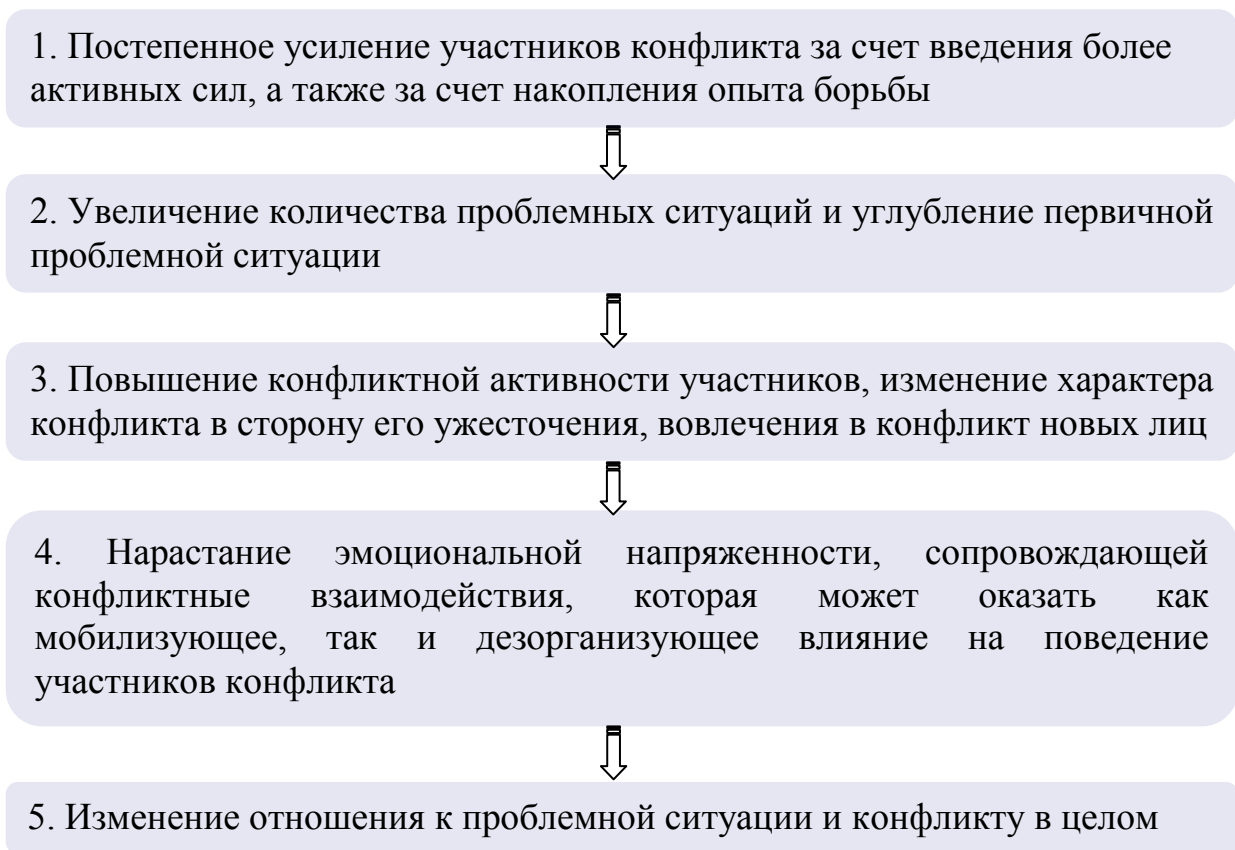


Рис. 2.68. Последовательность развития конфликта

Некоторые авторы различают собственно *конфликт* как осознанное противоречие между общающимися личностями или группами при наличии попыток их разрешения на фоне эмоциональных отношений и *конфликтную ситуацию*, включающую альтернативные взгляды, противоречивые позиции, противоположные цели или средства их достижения. Конфликтные ситуации сопровождают нас от рождения до смерти, но не каждая конфликтная ситуация перерастает в конфликт. Чтобы конфликт начал развиваться, необходим *инцидент*, при котором одна из сторон начинает действовать, ущемляя интересы другой стороны. Если противоположная сторона отвечает тем же, конфликт из *потенциального* переходит в *актуальный* и далее может развиваться как прямой или опосредованный, конструктивный стабилизирующий или неконструктивный. *Конструктивным* конфликт может быть тогда, когда оппоненты не выходят за рамки деловых аргументов и отношений.

В конфликтной ситуации существуют определенные стратегии поведения (рис. 2.69).

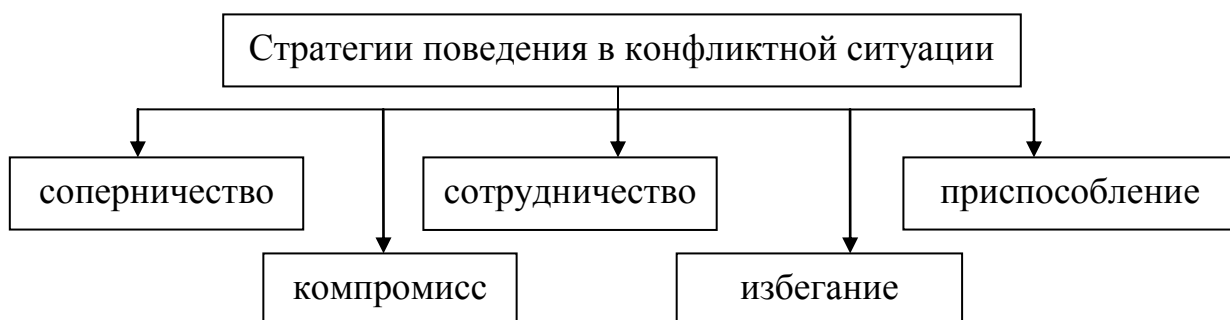


Рис. 2.69. Стратегии поведения в конфликтной ситуации

Соперничество - противоборство, сопровождающееся открытой борьбой за свои интересы.

Сотрудничество - направленно на поиск решения, удовлетворяющего интересы всех сторон.

Компромисс - урегулирование разногласий через взаимные уступки.

Избегание - стремление выйти из конфликтной ситуации, не решая ее, не уступая своего, но и не настаивая на своем.

Приспособление - тенденция сглаживать противоречия, поступаясь своими интересами.

Обобщенное выражение этих стратегий поведения характеризуется как корпоративность и напористость.

Наиболее эффективные стратегии разрешения конфликтной ситуации:

1. Перестроить реальность под ожидания сторон.
2. Изменить отношение сторон к существующему положению дел.

В разрезе указанных стратегических направлений можно выделить несколько методов разрешения конфликтной ситуации (рис. 2.70).

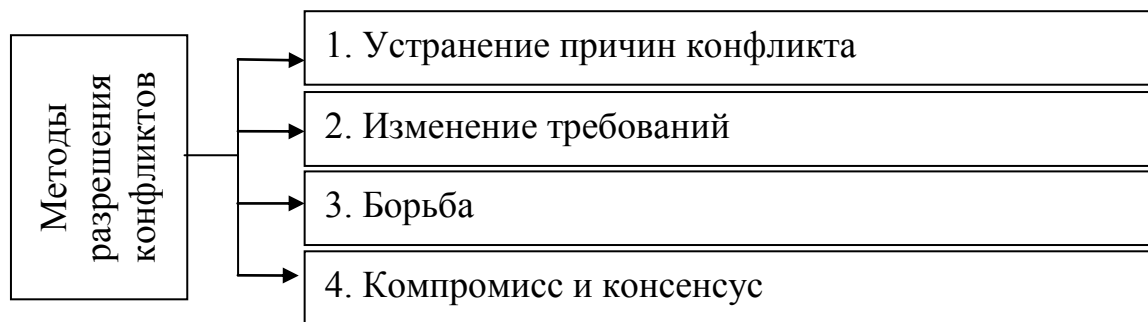


Рис. 2.70. Основные методы разрешения конфликтов

1. *Устранение причин конфликта* является самым эффективным методом погашения. При рациональном течении конфликта его причины могут быть сравнительно быстро устранены. Если он носит эмоциональный характер, то даже устранение причин конфликта не повлияет (или слабо повлияет) на действия его участников. Именно поэтому считается, что в эмоциональном конфликте изменение установок сторон относительно друг друга значительно важнее, чем устранение причин. Эмоциональный конфликт может быть окончательно разрешен только тогда, когда противники перестанут видеть друг в друге врага, непримиримого соперника.

2. *Изменение требований* одной из сторон считается вторым по эффективности методом разрешения конфликта. При его реализации оппонент идет на уступки и изменяет цели своих действий в конфликте. Возможна такая ситуация, когда все стороны одновременно идут друг другу на уступки и конфликт прекращается. Это может произойти по разным причинам:

- в результате истощения ресурсов конфликтующих сторон;
- вследствие вмешательства третьей стороны, благодаря чему одна из сторон получает преимущество;
- устранение соперника или конкурента.

3. *Борьба* считается самым острым и самым жестким путем решения конфликтной ситуации. Наиболее яркое проявление конфликтной борьбы — борьба за власть, в ходе которой решаются судьбы других людей.

4. *Компромисс и консенсус* являются весьма эффективными методами разрешения конфликта. Они не всегда предполагают активное согласие в отношении какого-либо вопроса. Компромисс и консенсус могут быть и пассивными, т.е. оппоненты просто признают какое-либо положение и соглашаются с ним.

Резюме

- Фрустрационное поведение последовательно проходит три стадии: агрессию, депрессию и апатию.
- Поведение в ситуации фрустрации может быть различным и зависящим от возрастных особенностей, личностных свойств, силы фрустратора, объема психической энергии и привлекательности цели.
- М. Кордуэлл конфликты разделяет на: дети – родители, приближение – избегание и приближение – приближение.
- Существуют следующие основные типы конфликтных личностей: личность демонстративного типа, ригидного типа, сверхточного типа, бесконфликтного типа и неуправляемого типа.
- Развитие конфликта обычно идет в следующей последовательности:
 - 1) постепенное усиление участников конфликта за счет введения более активных сил, а также за счет накопления опыта борьбы;
 - 2) увеличение количества проблемных ситуаций и углубление первичной проблемной ситуации;
 - 3) повышение конфликтной активности участников, изменение характера конфликта в сторону его ужесточения, вовлечения в конфликт новых лиц;
 - 4) нарастание эмоциональной напряженности;
 - 5) изменение отношения к

проблемной ситуации и конфликту в целом.

- Соперничество, сотрудничество, компромисс, избегание и приспособление – основные стратегии поведения в конфликтной ситуации.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Сформулируйте определение понятия «фрустрация».
2. Рассмотрите классификацию фрустрации.
3. Раскройте основные реакции на фрустрацию.
4. Назовите условия возникновения фрустрации.
5. Перечислите виды фрустрационного поведения.
6. Сформулируйте определение понятия «конфликт».
7. Перечислите классификацию конфликтов по сферам взаимодействия и по включенности личности в конфликт.
8. Дайте характеристику основных типов конфликтной личности.
9. Назовите отличие конфликта от конфликтной ситуации.
10. Раскройте преимущества конфликта.
11. Опишите основные стратегии поведения в конфликте.
12. Перечислите методы разрешения конфликта.

3.1. Психические проявления пострадавших на воздействие экстремальной ситуации

Психические состояния в экстремальных ситуациях разнообразны. В начальный момент катастрофы реакции людей преимущественно витальной направленности, обусловленной инстинктом самосохранения. Уровень целесообразности таких паттернов поведения различен у разных индивидов – от панических и бессмысленных до сознательно целенаправленных. Обычно экстремальные ситуации характеризуются проявлениями психоэмоционального напряжения и психической дезинтеграции. Многочисленные исследования, проводимые в рамках изучения самых разнообразных экстремальных ситуаций, стихийных бедствий и техногенных катастроф, показывают, что большинство людей (примерно 70–75 %) при возникновении экстремальных ситуаций в первые мгновения оказываются «ошеломленными» и малоактивными, теряют контроль над своими поступками. Продолжительность этого состояния у

психически здоровых людей составляет до нескольких минут (обычно до 10), после чего начинается деятельность для спасения и выживания (фото 3.1, 3.2, 3.3).



Фото 3.1, 3.2, 3.3. Поведенческие реакции человека при катастрофе

Среди наиболее распространенных психогенных реакций выделяют следующие паттерны поведения (рис. 3.1).

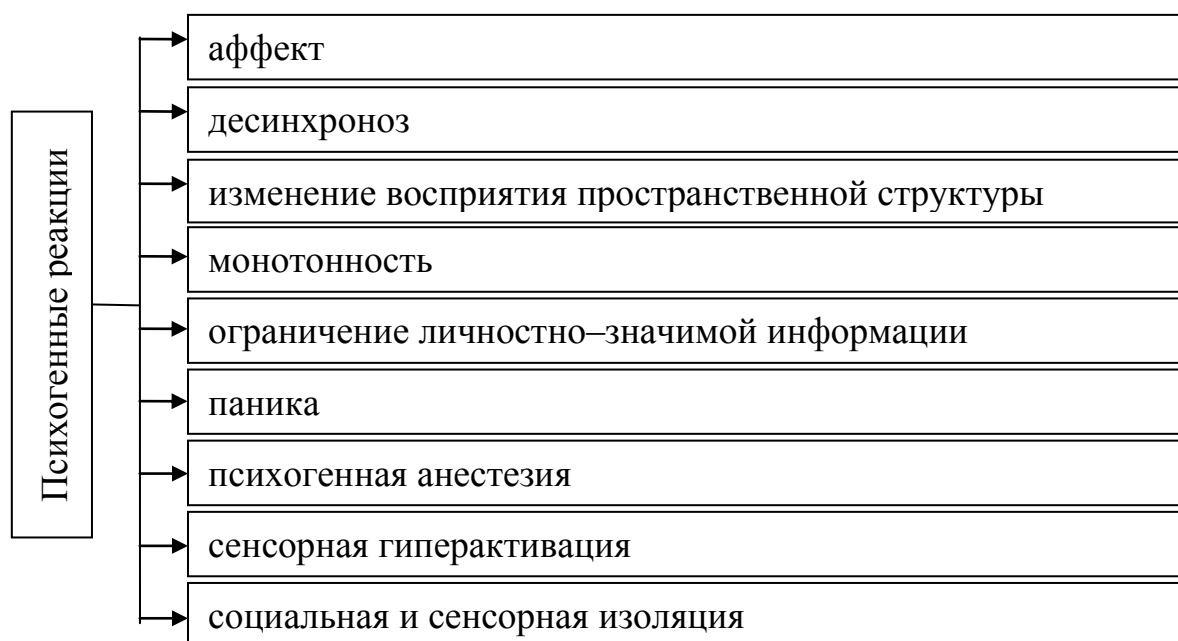


Рис. 3.1. Психогенные реакции

1. *Аффект* – сильное и относительно кратковременное возбуждение, характеризующееся особым эмоциональным состоянием, связанным с изменением важных жизненных обстоятельств (см. гл. 2.2.2).
2. *Десинхронозом* является рассогласование ритма сна и бодрствования, что приводит к астенизации нервной системы и развитию неврозов.
3. *Изменение восприятия пространственной структуры* – состояние, возникающее в ситуациях, если в поле зрения человека отсутствуют какие-либо объекты.
4. *Монотонность* – это функциональное состояние, возникающее при длительной монотонной работе. Характеризуется снижением общего уровня активности, потерей сознательного контроля выполнения действий, ухудшением внимания и кратковременной памяти. Вследствие этого снижается чувствительность к внешним раздражителям, преобладают стереотипные движения и действия, появляются ощущение скуки, сонливости, вялости, апатии, потеря интереса к окружающему.
5. *Паника* характеризуется дефектами мышления, потерей сознательного контроля и осмысления происходящих событий, переходом на инстинктивные защитные движения, действия, которые могут не соответствовать ситуации (см. гл. 2.2.3).
6. *Психогенная анестезия* - состояние отсутствия чувства боли первые 5 – 10 минут после полученных травм, ожогов при сохранении ясного сознания и способности к рациональной деятельности, что позволяет некоторым из потерпевших спастись. Одновременно отмечается сверхмобилизация психофизиологических резервов и физических сил.
7. *Ограничение информации, особенно личностно-значимой* – состояние, способствующее развитию эмоциональной

неустойчивости.

8. *Сенсорная гиперактивация* – это воздействие на человека зрительных, звуковых, тактильных, обонятельных, вкусовых и других сигналов, по своей силе или интенсивности значительно превышающих пороги чувствительности для данного человека.
9. *Социальная и сенсорная изоляция*. Сенсорная изоляция характеризуется отсутствием воздействия на человека зрительных, звуковых, тактильных, вкусовых и иных сигналов, что способствует развитию сенсорной депривации. Социальная изоляция может быть одиночная и групповая. Особенно чувствительны к этому фактору женщины. Если люди вынуждены постоянно находиться на глазах друг у друга длительное время, это является причиной возникновения состояния высокой эмоциональной напряженности. Отсутствие возможности побыть наедине с собой требует повышенной собранности и контроля своих действий, и, когда такой контроль ослабевает, люди могут переживать своеобразный комплекс физической и психической открытости, что вызывает эмоциональную напряженность и конфликтность. Кроме того, существует обратная зависимость между дистанцией общения и визуальным контактом. Если человек находится длительное время в одиночестве, то он «общается» с фотографиями близких, с неодушевленными предметами, начинает «творить собеседника». Выделение «партнера» для общения в условиях одиночества — защитная реакция в рамках психологической нормы, но это явление представляет собой своеобразную модель раздвоения личности в условиях длительности катастрофы (см. главу 2.4.1).

Поведение в период катастрофы обусловлено интенсивной эмоцией страха. В экстремальной ситуации около 15–20 % людей способны сохранить самообладание, правильно оценить обстановку и действовать в

соответствии с условиями. Несмотря на разнообразные воздействия катастроф, выделяют периоды реагирования на чрезвычайное обстоятельство (рис. 3.2).

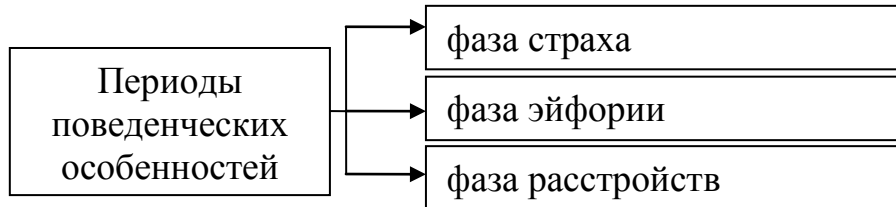


Рис. 3.2. Периоды поведенческих расстройств в экстремальной ситуации

Фаза страха Этот период называют простой реакцией страха, при которой после преодоления первоначальной растерянности движения становятся более четкими, увеличивается мышечная сила, мобилизуются внимание, воля, голос становится громче, увеличивается темп речи.

В дальнейшем наблюдается нечеткость воспоминаний об окружающем, а свои действия помнятся хорошо. Характерным для этого этапа является изменение восприятия времени, течение которого субъективно замедляется и длительность острого периода представляется увеличенной в несколько раз. Реакции страха в данном периоде протекают в двух вариантах (рис. 3.3).

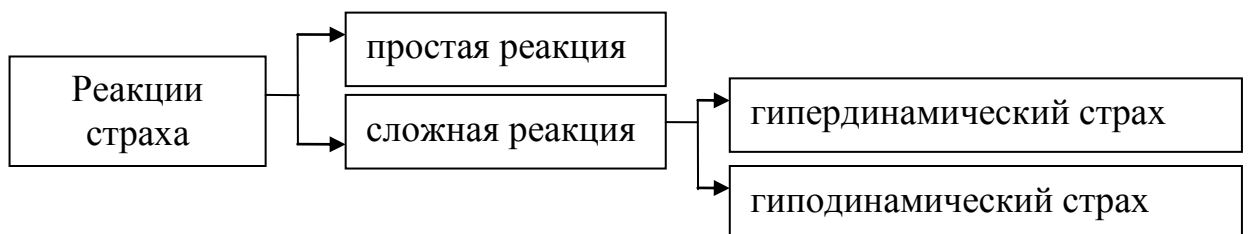


Рис. 3.3. Реакции страха

При *гипердинамическом* страхе наблюдается бесцельное, беспорядочное метание, множество нецелесообразных движений. В ряде

случаев наблюдается паническое бегство. При *гиподинамическом* человек «застывает» на месте, нередко старается уменьшиться, принимая эмбриональную позу (сядя на корточках, руки охватывают голову). Речь ограничивается восклицаниями и причитаниями. Отмечаются тошнота, головокружение, учащенное мочеиспускание, ознобоподобный тремор, обмороки, у беременных женщин — выкидыши.

Особое место в остром, периоде занимает угроза развития паники. Индукторы паники (паникеры) — это люди с выразительными движениями, сильным голосом, внушающие людям ложную уверенность в целесообразности своих действий. Профилактика панических состояний состоит в информировании на всех этапах развития экстремальной ситуации и специальной подготовке активных лидеров, способных возглавить растерявшихся людей и направить их действия на спасение. Для острого периода типичны также острые реактивные психозы.

Фаза эйфории В начале второго периода у некоторых людей наблюдается кратковременное облегчение, подъем настроения, стремление участвовать в спасательных работах, многоречивость, бесконечное повторение рассказа о своих переживаниях, бравада, дискредитация опасности.

Эта фаза эйфории длится от нескольких минут до нескольких часов и сменяется вялостью, безразличием, идеомоторной заторможенностью, а пострадавшие производят впечатление глубоко ушедших в себя. Возможен вариант развития «тревоги с активностью», сопровождающейся двигательным беспокойством, суетливостью, нетерпеливостью и последующей вялостью, апатией. На данном этапе происходит мысленная переработка случившегося, осознание утрат, первичная адаптация к новым условиям жизни.

Фаза Третий период остро начавшейся катастрофы характеризуется развитием разнообразных невротических

расстройств и психосоматических расстройств, в некоторых случаях – патохарактерологического развития личности.

Наблюдаются расстройства ночного сна, чувство повышенной усталости, мышечная слабость, усиление потливости, тремор конечностей. Отмечается выраженная связь клинической картины с социальной ситуацией.

Устойчивые индивидуально-психологические особенности личности и временные функциональные психофизиологические состояния способствуют развитию аффективных реакций, которые могут перерасти в психические нарушения при неблагоприятных условиях. У людей с сильным и уравновешенным типом высшей нервной деятельности, а также хорошо подготовленных психически острые переживания экстремальных ситуаций постепенно изживаются, сглаживаются.

В экстремальные ситуации оказываются вовлеченными разные социальные группы (рис. 3.4). У каждой из этих групп в чем-то похожие, а в чем-то и различные личностно ориентированные формы поведения.

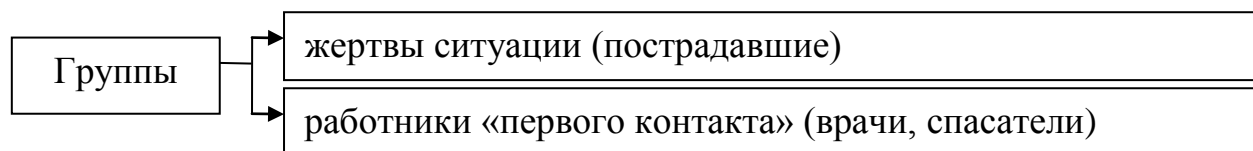


Рис. 3.4. Вовлеченные социальные группы

Психотравмирующие обстоятельства катастроф не проходят бесследно для пострадавших. Люди, спасшиеся в экстремальной ситуации, долгое время испытывают изменения в психической сфере. В среднем у 30–35 % таких людей отмечаются признаки разнообразных соматических и психических расстройств, примерно у 40–44 % — признаки социальной дезадаптации, выражающиеся в изменении моральных ценностей и норм, социальной изоляции и др. (рис. 3.5).

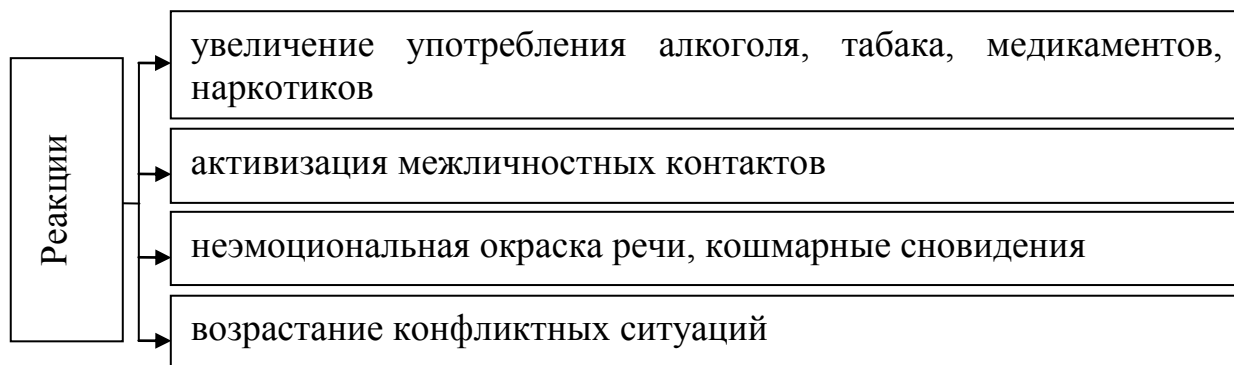


Рис. 3.5. Поведенческие реакции пострадавших.

Человек, пострадавший в результате катастрофы, находится под воздействием множества стрессогенных факторов. Его зачастую одолевают страхи, основным правило борьбы с которым, является ложь во спасение (рис.3.6).

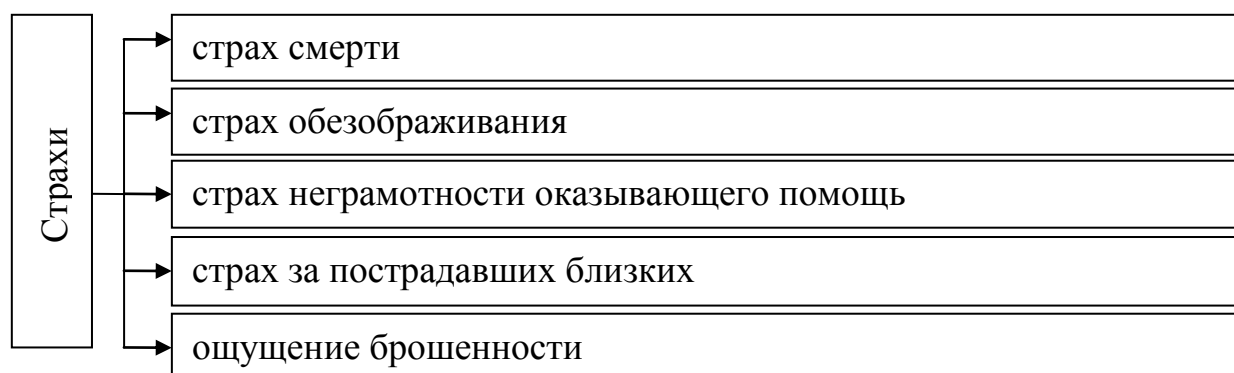


Рис. 3.6. Страхи пострадавших.

1. *Страх смерти* – большинство людей боятся смерти, особенно внезапной.
2. *Страх обезображивания*, потери конечности и т.д. (в основном, страх обезображивания присущ женщинам);
3. *Страх неграмотности оказывающего помощь*. Пострадавшим может казаться, что спасатель действует неправильно, поэтому они пытаются руководить им, направлять его действия;
4. *Страх за близких*, особенно если в результате происшествия утрачен визуальный или иной контакт с ними. Пострадавшие могут

отказываться от помощи себе, для того, чтобы спасатели в первую очередь начали работать с их родным и близким;

5. *Ощущение брошенности*. При большом количестве пострадавших спасатель начинает оказание помощи людям с более тяжелыми повреждениями. Естественно, люди, которые временно остаются без оказания помощи бояться, что их не заметили или забыли.

Кроме страха, основным и наиболее значимым для пострадавших является боль, которая воздействует на организм человека двойственно: психологически и физиологически. Выраженные болевые ощущения ведут к серьезным нарушениям сознания пострадавшего и развитию болевого (травматического) шока, что приводит к значительному ухудшению состояния вплоть до летального исхода.

После травмирования катастрофы у людей встречается множество психопатологических изменений (рис. 3.7).



Рис. 3.7. Психопатологические изменения после травм

1. *Апатия* – это состояние, характеризующееся эмоциональной

пассивностью, безразличием, упрощением чувств, равнодушием к себе и близким, к событиям окружающей действительности и ослаблением побуждений и интересов, резким ослаблением внимания. Апатия протекает на фоне сниженной физической и психологической активности и может быть кратковременной или долговременной. Формируясь в основном в результате усталости, истощения или длительно протекающего расстройства психики, это состояние иногда возникает при некоторых органических поражениях головного мозга, при слабоумии, а также как следствие продолжительного соматического заболевания.

2. *Аутизм* – это крайняя форма психологического отчуждения. Выражается в отстранении, «уходе», «бегстве» индивида от контактов с действительностью и погружении в замкнутый мир собственных переживаний. В состоянии аутизма у индивида наблюдаются определенные признаки (рис. 3.8).

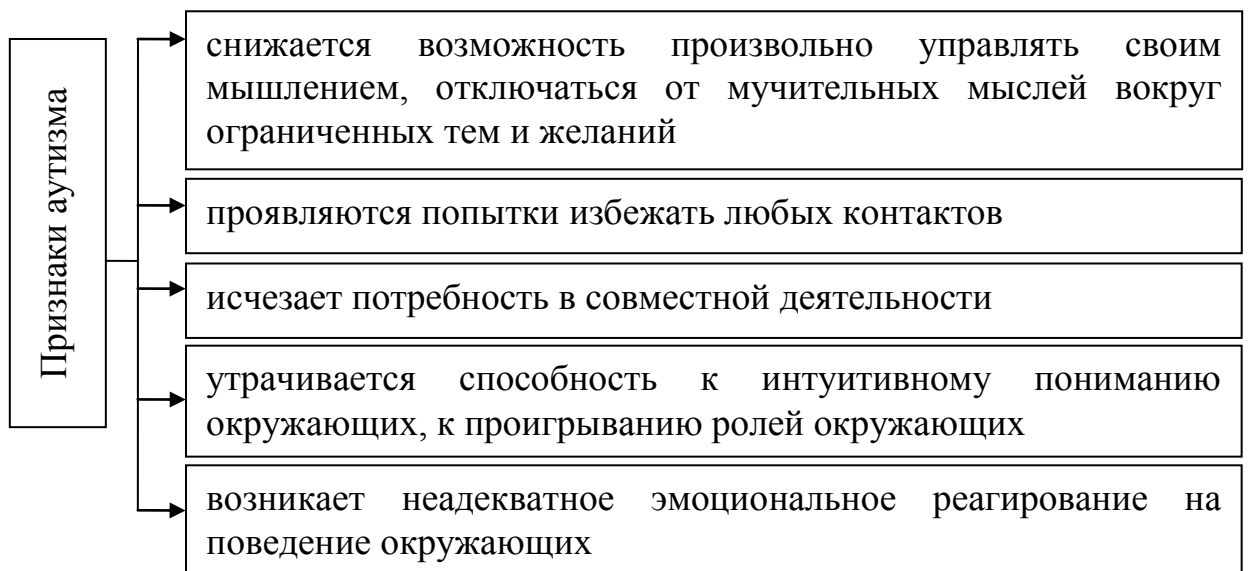


Рис. 3.8. Признаки аутизма

3. *Бдительность*. Пострадавший пристально следит за всем, что происходит вокруг, как будто ему постоянно угрожает опасность.

4. *Бессонница* – это трудности с засыпанием и прерывистый сон. Бессонница может быть вызвана очень высоким уровнем тревожности, неспособностью человека расслабиться, а также непреходящим чувством физической или душевной боли. Считается, что человек, страдающий бессонницей после катастрофы, сам невольно противится засыпанию. Он боится заснуть, чтобы снова не увидеть жуткий сон.
5. *Взрывная реакция*. При малейшей неожиданности пострадавший делает стремительные движения, например, бросается на землю при звуке низко летящего самолета или вертолета; резко оборачивается и принимает защитную позу, если кто-то приближается к нему сзади, и т.п.
6. *«Вина выжившего»*. Чувство вины возникает из-за того, что пострадавший выжил в экстремальной ситуации, стоившей жизни другим, особенно родным или близким родственникам, исключительно значимым для него. Данное состояние характерно для тех, кто больше страдает «эмоциональной глухотой», т.е. неспособностью переживать радость, любовь, сострадание после травмирующего события. Сильное чувство вины провоцирует приступы аутоагрессивного поведения.
7. *Галлюцинаторные переживания* – это особая разновидность непрошенных воспоминаний о травмирующих событиях, когда случившееся выступает настолько ярко, что события текущего момента как бы отходят на периферию сознания и кажутся менее реальными, чем воспоминания. В этом состоянии человек ведет себя так, словно снова переживает прошлое травмирующее событие: действует, думает, чувствует как в тот момент, когда ему пришлось спасти свою жизнь.
8. *Кошмарные сны* Пострадавших постоянно преследуют кошмарные

сны. Сны такого рода бывают обычно двух типов (рис. 3.9).

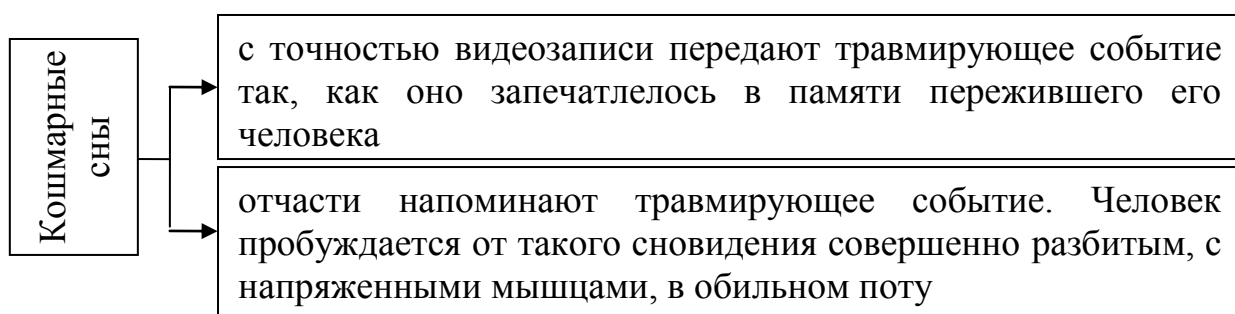


Рис. 3.9. Виды кошмарных снов

9. *Нарушения памяти* – пострадавший испытывает трудности, когда необходимо сосредоточиться или что-то вспомнить.
10. *Непрошенные воспоминания*. В памяти пострадавшего внезапно всплывают жуткие сцены, связанные с психотравмирующей ситуацией. Наяву эти воспоминания возникают в случаях, если окружающая обстановка чем-то напоминает случившееся.
11. *Приступы ярости*. Часто у пострадавших случаются взрывы ярости, которые они сами не могут объяснить.
12. *Приглушенность эмоциональных проявлений*, когда полностью или частично пострадавший утрачивает способность к эмоциональным проявлениям. Он с трудом устанавливает близкие или дружеские связи с окружающими, ему недоступны радость, любовь, творческий подъем, спонтанность, развлечения и игры.
13. *Психогении* – это расстройства психики, возникающие в связи с одномоментной, интенсивно воздействующей психотравмирующей ситуацией или как результат относительно слабого, но продолжительного травмирования, главной причиной заболевания считается психологический фактор, или психическая травма (см. главу 2.4.3).
14. *«Реакция горя»* Реакция горя является естественной реакцией на

утрату. Согласно З.И. Кекелидзе (2004) функцией этой реакции является освобождение личности от связей с индивидом, которого уже нет. Интенсивность ее более выражена при внезапной утрате, чем при утрате постепенной. Существуют утраты, которые могут спровоцировать реакцию горя:

- потеря социального статуса;
- потеря членства в определенной группе;
- потеря работы;
- потеря жилья.

Особое место среди утрат (преимущественно среди одиноких) занимает потеря любимых домашних животных. Значимой утратой может оказаться и потеря идеалов или образа жизни индивида (см. главу 2.4.2).

15. *Суицид* – осознанный акт устранения из жизни под воздействием острых психотравмирующих ситуаций, когда собственная жизнь как высшая ценность теряет для человека смысл. Причины суицидов разнообразны и коренятся как в различных личностных, социально-экономических и нравственных сферах жизни.

16. *Тревожность*. Пострадавший постоянно беспокоится, чем-то озабочен, возможны паранойяльные проявления (мания преследования), чувство страха, неуверенность в себе.

Интересной является оценка пострадавшими той роли, которую сыграла в их жизни чрезвычайная ситуация. В подавляющем большинстве случаев они полагают, что ситуация повлияла на их судьбу в худшую сторону, «перечеркнула перспективы» (даже если никто из близких не пострадал, материальный ущерб был полностью компенсирован, а жилищные условия стали лучше). Одновременно с этим имеет место своеобразная идеализация прошлого, недооцененных способностей и упущенных возможностей. В случаях природных катастроф, пострадавшие не ищут виновных («божья воля»), а при антропогенных чрезвычайных

ситуациях появляется стремление найти и наказать виновных. Если индивид пришел к выводу, что данное обстоятельство – «это воля всевышнего», то формирования чувства вины не происходит. Некоторые пострадавшие указывают, что чрезвычайная ситуация в их жизни сыграла положительную роль, отмечают произошедшую переоценку ценностей (стали по-настоящему ценить жизнь человека), а свою жизнь характеризуют как более открытую, в которой большое место занимает оказание помощи другим.

Резюме

- При возникновении экстремальных ситуаций 70–75 % людей в первые мгновения оказываются «ошеломленными» и малоактивными, теряют контроль над своими поступками.
- В экстремальной ситуации встречается множество определенных психогенных реакций.
- В экстремальной ситуации поведенческие расстройства классифицируются по периодам возникновения: фаза страха, фаза эйфории и фаза расстройств.
- К поведенческим реакциям пострадавших относят увеличение употребления алкоголя, табака, медикаментов, наркотиков, активизацию межличностных контактов, изменения эмоциональной окраски речи и возрастание конфликтных ситуаций.
- Основным и наиболее значимым для пострадавших является боль и страх. Первое правило борьбы с данными реакциями – ложь во спасение.
- При оценке пострадавшими той роли, которую сыграла в их жизни катастрофа, в подавляющем большинстве случаев отмечают негативный эффект, состояние «перечеркнутых перспектив», одновременно с этим имеет место своеобразная идеализация

прошлого (недооцененных способностей и упущенных возможностей).

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Перечислите основные психогенные реакции в экстремальной ситуации.
2. Проанализируйте основные фазы поведенческих расстройств при катастрофе.
3. Разберите варианты протекания реакции страха.
4. Перечислите социальные группы вовлеченные в экстремальную ситуацию.
5. Вспомните поведенческие реакции пострадавших.
6. Опишите страхи потерпевших.
7. Разберите признаки аутизма потерпевших.
8. Рассмотрите основные виды кошмарных снов пострадавших.
9. Проанализируйте оценку пострадавшими роли, которую сыграла в их жизни чрезвычайная ситуация.

3.2. Влияние экстремальной ситуации на спасателей

Концепция «опережающего отражения» П.К. Анохина

П.К. Анохин (1975) показал, что уже перед началом выполнения действия формируется аппарат, названный им «акцептором действия».

В процессе психической деятельности этот аппарат принимает обратную афферентацию, информацию о ходе выполнения действия, и сопоставляет ее с целью данного действия. В зависимости от результата этого сопоставления может начаться формирование нового, более точного действия. Когда в результате афферентного синтеза намерения к действию

уже сформированы и начинают реализовываться, появление неожиданных, непредвиденных раздражителей наносит «удар» по системе предвидения, который даже у людей с достаточно высокой подготовленностью может вызвать аффективное состояние. Важно, на каком моменте реализации плана действия произошел «сбой». Подтверждение того, что для возникновения подобных психических состояний существенное значение имеет неожиданный «удар» в акцептор действия, могут служить модельные эксперименты Ф.Д. Горбова (1971). На различных этапах работы с черно-красной таблицей он воздействовал на испытуемых «речевой помехой». Эксперименты показали, что на ранних этапах формирования ответа словесный образ может выступать как подсказка, поддержка. Но когда ответ уже сформировался, введение словесного образа-помехи производит неожиданно сильное сбивающее действие, как бы затормаживая деятельность. В этот момент у испытуемого наблюдается «путаница мыслей», неясность сознания, персеверация (повторение или назойливое воспроизведение, часто вопреки сознательному намерению, какого-либо действия, мысли или переживания) и эмоциональное напряжение.

Деятельность профессиональных контингентов, осуществляющих помощь людям и аварийно-восстановительные работы в очагах стихийных бедствий и антропогенных катастроф, определяются их особой ролью в ликвидации чрезвычайных ситуаций. В зависимости от характера оказываемой помощи персонал можно разделить на две категории (рис.3.53.).

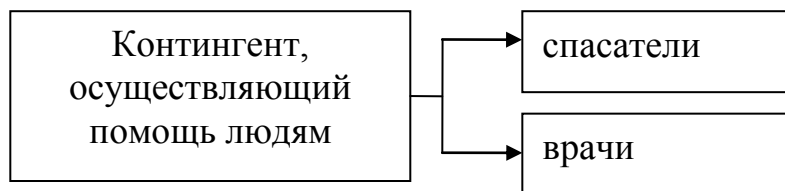


Рис. 3.53. Классификация контингента, осуществляющего помощь людям.

Особенности деятельности в очагах чрезвычайных ситуаций обуславливают высокую ответственность персонала и требуют наличия развитых профессиональных навыков. Успешность выполнения данной деятельности зависит не только от общей и специальной подготовки, но и от степени выраженности ряда неспецифических профессионально значимых качеств. К числу таких качеств относятся индивидуально-личностные особенности, характеристики нервно-эмоциональной устойчивости, особенности интеллектуальной и мотивационной сфер, показатели операторской работоспособности. Требования неуклонно повышаются в связи с усложнением аварийных ситуаций, вовлечением в них современной техники и материалов, энергоносителей и химических веществ, обладающих вредными и опасными свойствами (фотографии 3.9., 3.10.).



Фотографии 3.9., 3.10. Деятельность спасателей в очагах ЧС.

*Обобщенный
психологический
портрет спасателя*

Спасателям присущи упорство, настойчивость, целеустремленность, внутреннее ощущение полезности их деятельности и вместе с тем сдержанные опасения, что окружающие оценивают их ниже, чем они того заслуживают. Они могут пренебрегать некоторыми нормами и правилами поведения, при планировании действий не всегда в достаточной степени учитывают негативный опыт.

У них могут отмечаться тщательно контролируемые реакции протеста и недовольства при ущемлении их интересов, однако эти реакции прорываются во внешнее поведение только при наличии формального повода (Кекелидзе З.И., 2004) (фотографии 3.11., 3.12.).



Фотография 3.11., 3.12. Работа спасателей.

Спасатели не стремятся произвести внешнее впечатление, не

скрывают и даже до определенной степени преувеличивают свои трудности и неудачи, руководствуются больше своими внутренними критериями, чем мнениями окружающих и другими внешними обстоятельствами. Они придерживаются традиционно мужского стиля поведения. Им могут быть присущи черты агрессивности, которая тщательно контролируется.

В их мышлении, интересах и оценках (особенно у спасателей, имеющих большой стаж и опыт аварийно-спасательных работ) отмечаются отдельные признаки своеобразия и в то же время недостаточность подходов к решению стоящих перед ними задач, что, с одной стороны, позволяет принимать нетрадиционные решения, с другой - обуславливает иногда неадекватность некоторых решений.

Спасателей (особенно имеющих большой стаж и опыт) также отличает повышенная чувствительность к опасности, осторожность, отсутствие склонности к риску. Они достаточно хорошо представляют стиль поведения, при котором можно добиться наибольшего успеха, заботятся о своей репутации, испытывают определенное беспокойство в связи с желанием занять более высокое социальное положение.

Спасатели по успешности деятельности в чрезвычайных ситуациях имеют ряд существенных отличий от своих коллег (рис. 3.54.).

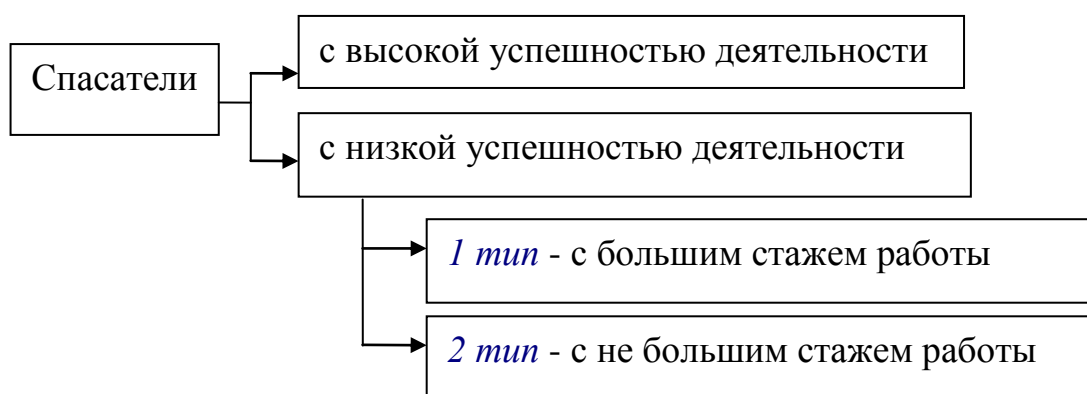


Рис. 3.54. Классификация спасателей по успешности деятельности.

*Спасатели с высокой
успешностью
деятельности*

Высокоуспешные спасатели характеризуются положительным фоном настроения, меньшей склонностью к его колебаниям и снижениям, высокой активностью и общительностью. Ориентированы на оценку окружающих, стремятся произвести благоприятное впечатление, затушевывают свои трудности и недостатки, легко вытесняют их из своего сознания.

Они достаточно гибки, способны под влиянием обстоятельств менять точку зрения, не обидчивы, не склонны видеть в действиях окружающих проявлений недоброжелательности.

Высокоуспешные спасатели придерживаются подчеркнуто мужского стиля поведения, более других агрессивны и склонны к лидерству. Они менее других ранимы и чувствительны, лучше контролируют свои эмоции и противостоят физическим опасностям; кроме того, их поведение более реалистичное и организованное. У высокоуспешных спасателей способность к абстрактно-логическому мышлению, анализу и обобщениям, способность ориентироваться в незнакомых ситуациях, обучаемость развиты существенно выше. Они быстрее и точнее принимают решения в условиях дефицита времени, делают меньше логических ошибок.

*Спасатели с низкой
успешностью
деятельности*

Среди низкоуспешных спасателей выделяются два качественно разных типа личности. Разделение данной группы происходит по длительности выполняемой работы.

1 тип

Для этого типа характерны повышенная тревожность, мнительность, неуверенность в себе, склонность к

выраженным снижениям и колебаниям настроения.

Активность таких спасателей снижена, они хуже других понимают эмоциональное состояние партнера, с трудом общаются, замкнуты, не стремятся учитывать интересы и потребности окружающих. Они испытывают затруднения в принятии решений, стараясь рассмотреть множество возможных вариантов. Дефицит времени и информации является для них сильным стрессовым фактором. Они осторожны, боязливы, чувствительны к опасностям, легко дезорганизуются в критических ситуациях.

Чаще других они склонны считать, что ситуациями, в которых им приходится участвовать, управляют другие люди и «неживые» обстоятельства, а их возможность влиять на течение событий весьма ограничена. Они склонны преувеличивать свои трудности, дают на них тревожно-депрессивные реакции со склонностью к самообвинениям. Способность к абстрактно-логическому мышлению у таких спасателей снижена за счет невысокого темпа мышления и большого числа логических ошибок.

2 тип характеризуется высокой активностью, непоследовательностью, неорганизованностью, беспечностью и неизбирательной общительностью.

Они импульсивны, недостаточно тщательно контролируют свое поведение, мало учитывают свой негативный опыт. Они могут давать вспышки раздражения, реакции протеста на ущемление своих интересов, они обидчивы и конфликтны. Способность контролировать эмоции и рациональность поведения у них снижена. Однако, в отличие от ранее описанного типа низкоуспешных спасателей, они не дают тревожных реакций со склонностью к самообвинениям и, напротив, в трудностях и неудачах стремятся обвинять окружающих, сохраняя при этом высокую, не всегда адекватную самооценку. Их способность к абстрактно-

логическому мышлению и обучаемость могут быть достаточно высокими, и основной причиной нарушений их адаптации являются неблагоприятные личностные особенности.

*Психологические
особенности персонала
службы медицины
катастроф (СМК)*

Мужской персонал СМК, оказывающий помощь пострадавшим в очагах чрезвычайных ситуаций, характеризуется незначительными (еще меньшими, чем у спасателей) отклонениями психических особенностей от нормативов, рассчитанных для всего населения.

Им присущи отдельные признаки повышенной активности, отсутствие склонности к тревожности, мнительности, неуверенности в себе, высокая самооценка, некоторая непоследовательность и легкая переключаемость. Медикам-мужчинам присущи также развитые способности к сопереживанию, интуитивному пониманию партнера, стремление предстать в глазах окружающих в максимально благоприятном свете. Они могут проявлять стойкость эмоций, иногда - обидчивость и раздражительность, способны изредка видеть в действиях окружающих ущемление собственных интересов. В то же время медики не придерживаются традиционно мужского стиля поведения, мягки, не агрессивны, не склонны к лидерству. У них достаточно хорошо развита способность к абстрактно-логическому мышлению, обучаемость и способность ориентироваться в незнакомых ситуациях. Они также менее чувствительны к опасностям, меньше ими обеспокоены. У врачей легко возникает чувство вины, тревоги, напряженности; они чувствительны к угрозам и опасности, осторожны. Не характерна, также доминантность, склонность к лидерству и независимость. Они склонны преувеличивать трудности, с которыми сталкиваются в жизни, и несколько чаще других относят свои неудачи за счет внешних обстоятельств.

Их интересы, оценки, ценности, подходы к решению задач более традиционны, чем у спасателей. Кроме того, они более самостоятельны, для них менее значимы контакты с окружающими, менее существенно «чувство локтя», вследствие чего они лучше спасателей работают вне группы и хуже - в группе.

Картина психологических особенностей женского персонала СМК оказалась достаточно пестрой и противоречивой, как они влияют на профессиональную успешность, не выявлено. Закономерности связи психических аномалий, играющих особо важную роль в формировании механизмов профессиональной адаптации, для всех описанных контингентов оказались общими.

*Формы поведения
спасателей в
экстремальной ситуации*

Психика спасателей также подвергается серьезным испытаниям во время спасательных работ и после них. Люди переживают страх и ужас от увиденного, их беспокоят кошмарные сновидения, бессонница ночью, сонливость днем, подавленное настроение.

Т.В. Корниловой (2003) выдвигает ряд стратегий, помогающих человеку избегать принятия решений вплоть до момента, когда «следствием является катастрофа»:

1. Делать вид, что ничего не случилось;
2. Применить стиль поведения, который всегда выручал в трудных обстоятельствах, не вникая в особенности сложившейся ситуации;
3. Избегать решительных действий, которых требует назревшая ситуация, «реализоваться» в областях, где от человека ничего не зависит (уход в сторону «псевдодеятельности», демонстрирующей активность человека)»
4. Приступить к сбору информации, необходимой для решения проблемы, делая это полно обстоятельно и долго, что в итоге станет

самостоятельной областью деятельности, обеспечивая «эмоциональное выгорание».

Часто отмечаются жалобы на головокружение, обмороки, головные боли, тошноту и рвоту. В экстремальных ситуациях спасатели испытывают типичные психовегетативные реакции (рис. 3.55.):

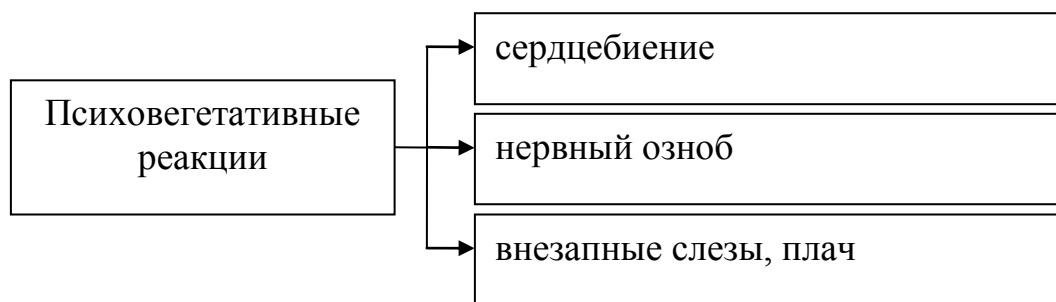


Рис. 3.55. Психовегетативные реакции спасателей.

Сердцебиение

Внезапно спасатель ощущает боль в груди, и хоть он знает, что со здоровьем у него все в порядке, тем не менее, он действительно испуган и обеспокоен. Ему кажется, что у него может начаться сердечный приступ, и он старается посидеть где-нибудь в спокойном месте.

Нервный озноб

Так же неожиданно у спасателя начинается неконтролируемая нервная дрожь, такая сильная, что он даже не может зажечь спичку или налить чашку чая. Он не знает, что делать.

Внезапные слезы, плач

Без всяких причин у человека появляются слезы, хотя он пытается сдерживать их. Ему стыдно за то, что с ним происходит. Он старается уединиться, взять себя

в руки и восстановить нарушенное душевное равновесие.

В условиях экстремальности наиболее заметны изменения в поведении, связанные с нарушениями деятельности мозга и психики. Г.С. Човдырова (1997) выделяет следующие особенности личности спасателя (военнослужащего), которые воздействуют на него в экстремальных ситуациях (рис. 3. 56.):

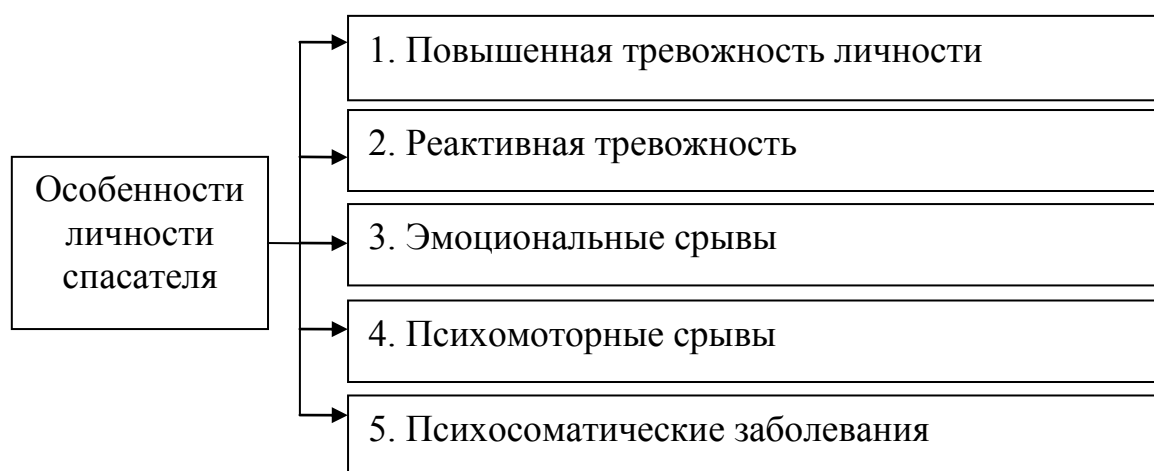


Рис. 3.56. Особенности личности спасателя.

1. *Повышенная тревожность личности* может приводить к тому, что человек порой реагирует на слабые стрессогенные факторы так же, как если бы они были более сильными. У некоторых личностей тревожность выступает как один из компонентов характера, как свойство темперамента.
2. *Реактивная тревожность* характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью, которые могут возникнуть у любого человека только в экстремальных условиях деятельности. У лиц, не склонных к личностной тревожности, реактивная тревожность возникает при накоплении утомления в этих условиях. Высокая реактивная тревожность вызывает иногда нарушения тонкой координации и внимания

3. *Эмоциональные срывы* внешне проявляются притупленностью эмоций, когда трудно устанавливать близкие и дружеские связи с окружающими, недоступностью выражений радости, творческого подъема, спонтанности или эмоциональной и вербальной агрессивностью, приливами гнева и ярости.
4. *Психомоторные срывы (физические и интеллектуальные)* – это немотивированная бдительность, когда человек постоянно находится в напряженном движении, следит за всем, что происходит вокруг, хотя ему в конкретный момент опасность не угрожает. При малейшей неожиданности делает стремительные движения, резко оборачивается, принимает боевую позу; нарушается сон, после которого человек не испытывает облегчения и готовности к физической и интеллектуальной работе.
5. В итоге такого 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, обострения уже имевшихся ранее хронических заболеваний.

Также замечены и иные, специфические, формы реакции у спасателей (Мокшанцев Р.И., 2001) (рис. 3.57.):

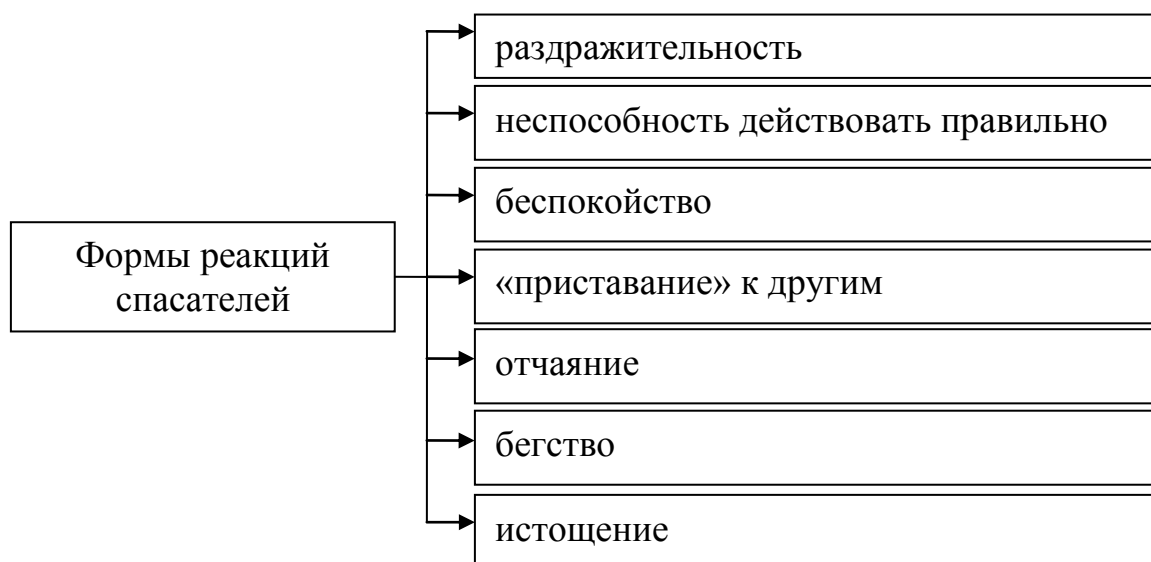


Рис. 3.57. Формы реакций спасателей.

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.

Неспособность действовать правильно Внезапно спасатель обнаруживает, что он не может нормально работать, и сам не знает, почему так происходит. Он не в силах вспомнить, в чем заключаются его задачи, не знает, с чего начать то или иное дело. Он просит других о помощи и в то же время не хочет показать, что не в состоянии хорошо работать.

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

«Приставание» к другим Неожиданно спасатель чувствует острую и срочную потребность говорить. Ему настоятельно хочется

поделиться впечатлениями от того ужаса, который он испытал во время спасательных работ. Он пристаёт к другим, рассказывая снова и снова о том, что видел и слышал.

Отчаянье

Внезапно спасатель замечает, что больше не может справляться со своими чувствами. Ему не понятно, почему это происходит. Он переживает полный упадок сил, отсутствие всяких чувств, забивается куда-нибудь в тихое место, опустошенный и отчаявшийся. Он ощущает головокружение, его пошатывает, ему хочется присесть.

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 ему еще хватает сил контролировать себя настолько, чтобы скрыться с места работы незаметно.

Истощение

Неожиданно спасатель ощущает неспособность сделать даже один шаг. Ему хочется сесть, он пытается восстановить дыхание. Все его мускулы болят, любое «думанье» слишком тяжело для него.

Спасатель как человек, оказывающий помощь, находится в наиболее сложном положении. Ему необходимо выполнить определенные действия, направленные на поддержание жизни пострадавшего или пострадавших. А. Чурсин, Г. Неудахин, О. Наливаева (2005) считают, что определенные особенности могут препятствовать адекватному оказанию помощи и ухудшить психологический статус спасателя (рис. 3.58.).

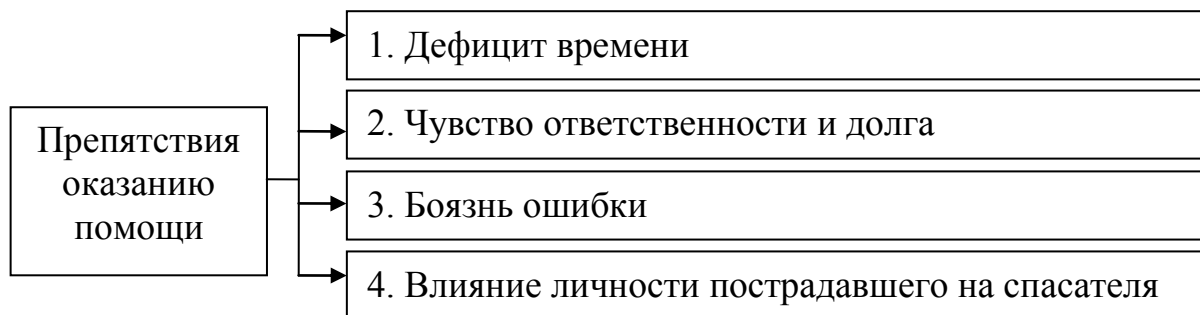


Рис. 3.58. Препятствия адекватному оказанию помощи.

1. *Дефицит времени*, что требует быстрого принятия решения. Однако без специальной подготовки люди часто теряются и не могут быстро реагировать на изменение оперативной обстановки.
2. *Чувство ответственности и долга*, способствует увеличению напряжения.
3. Необходимость четких и правильных действий может привести к развитию *боязни ошибки* и, как следствие, к тому, что спасатель просто перестанет оказывать помощь.

Дженис и Манн (Корнилова Т.В., 2003) представляют процесс принятия решений как «горячий» когнитивный процесс. Они указывают на такую особенность как нежелание человека принимать решение, стремление отодвинуть его во времени как можно дальше. Тонкие эмоциональные переживания способствуют развитию мотивационного конфликта, заключающегося в *ощущении «бремени решения»* (взятие обязательств перед другими). А.В. Карпов (Корнилова Т.В., 2003) указывает на наличие *«квазипотребности в принятии решений»*, проявляющаяся в ощущении субъективного контроля (для объективно необоснованных выборов) и на эффект «упрощения критериев», объясняющий это наличием схем, облегчающих человеку принятие решений в экстремальных (непохожих) 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 количестве пострадавших иногда приходится начинать оказывать помощь незнакомым людям с более тяжелыми повреждениями, временно оставляя без помощи менее пострадавших родственников и знакомых, что может привести к срыву психологических адаптационных возможностей спасателя.

Все это может привести к усилению стрессовых воздействий на спасателя и, как следствие, к менее эффективному и адекватному оказанию помощи. Во избежание этого следует отработать навыки оказания первой помощи пострадавшим до автоматизма путем многократного повторения четкого алгоритма действий помощи, с использованием реальных средств и устройств. В результате этого спасатель будет действовать максимально эффективно.

1. Приняв решение о каком-либо действии или манипуляции, необходимо выполнить его полностью, даже если по ходу выполнения вспомнится что-то новое. Обязательно следует сосредоточиться на оказании помощи.
2. Необходимо помнить, что в любом случае надо действовать, так как без оказания помощи даже в минимальном объеме (восстановление и поддержание проходимости дыхательных путей, остановка наружного кровотечения и т.п.) состояние тяжело пострадавшего будет прогрессивно ухудшаться вплоть до летального исхода.
3. При тяжелых травмах обязательно применение обезболивающих средств. Это является одним из основных противошоковых мероприятий. При отсутствии обезболивающих препаратов следует использовать эффект плацебо – если нет противопоказаний, дать пострадавшему стакан воды, сказав, что в нем растворен анальгетик.
4. Необходимо сообщить о своей квалификации по первой помощи. Не следует идти на поводу у пострадавшего и использовать его рекомендации по оказанию помощи, так как он может быть неадекватным и неверно оценить свое состояние. В соответствии с действующим законодательством необходимо спрашивать разрешения на любую манипуляцию по оказанию первой помощи, разъясняя, в чем ее суть.
5. Обязателен постоянный контакт с пострадавшим – вербальный (словесный) и тактильный. Это позволит контролировать состояние пострадавшего – его сознание, дыхание, и своевременно реагировать на изменения. В процессе общения можно выяснить страхи пострадавшего и попытаться развеять их, не боясь солгать.
6. Если спасатель уже занят оказанием помощи (при большом количестве пострадавших), ~~следует дать знать другим пострадавшим, что они не останутся без помощи.~~

Общение с

помощниками

Во время оказания помощи может возникнуть необходимость в привлечении дополнительных людей для более качественного оказания помощи пострадавшим.

При этом помощники не всегда могут иметь аналогичную квалификацию в области оказания первой помощи. В данном случае необходимо придерживаться перечисленных правил (рис. 3.59.):

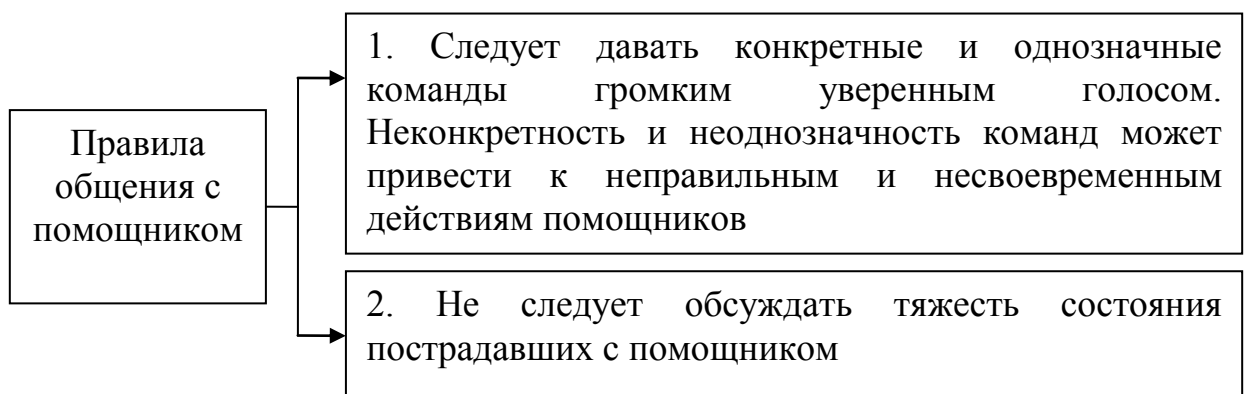


Рис. 3.59. Правила общения с помощником.

После

экстремальной ситуации

После разрешения экстремальной ситуации могут наблюдаться остаточные явления психоэмоционального стресса, что может привести к психологическим расстройствам, на фоне которых могут сформироваться различные заболевания.

Особенно тяжело переносится смерть пострадавшего в присутствии спасателя. Возможны переживания из-за возможно неадекватного (неправильного, неполного) оказания первой помощи пострадавшему. Иногда возникает явление «зацикленности» на ситуации, когда спасатель вновь и вновь проигрывает обстоятельства оказания помощи потерпевшим. Наиболее правильным в подобной ситуации будет убедить спасателя в правильности и полноте его действий. При зацикленности следует «переиграть» ситуацию заново в режиме реального времени,

повторить оказание первой помощи. Пользуясь этими принципами, можно своевременно, правильно и эффективно оказать первую помощь пострадавшим, избежать стрессов и психологических расстройств у спасателя.

Совершенствование техники и снаряжения, применяющихся при работах в очагах бедствий, требует от персонала новых, часто достаточно сложных знаний и навыков. Работа, выполняемая спасателями, связана со значительными физическими и в еще большей степени нервно-эмоциональными нагрузками и осложнена воздействием многочисленных неблагоприятных и опасных факторов окружающей среды.

Типовые режимы работы спасателей в ходе ликвидации чрезвычайных ситуаций

Работа спасателей в зонах чрезвычайных ситуаций связана с большой физической и психологической нагрузкой, воздействием неблагоприятных факторов внешней среды. Это тяжелая работа, требующая больших суточных энергетических затрат.

Под *тяжестью работ* понимают степень совокупного воздействия всех факторов среды на здоровье человека и его работоспособность.

Спасательные работы дифференцируются по степени тяжести (рис. 3.60.):

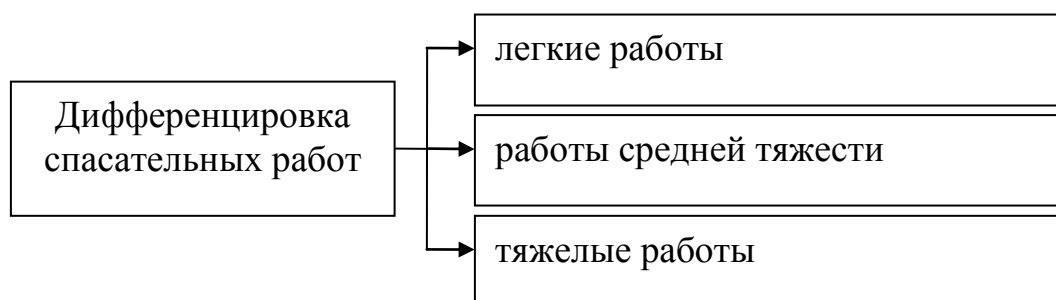


Рис. 3.60. Дифференцировка спасательных работ.

<i>Легкие работы</i>	Работа разведывательных подразделений спасателей с использованием транспортных средств, развертывание средств связи, проведение специальной и санитарной обработки.
<i>Работы средней тяжести</i>	Работы, выполняемые стоя или связанные с постоянной ходьбой и переноской тяжестей массой до 15 кг, а также ходьба без груза по пересеченной местности со скоростью 4 км/ч, перенос носилок массой 60–70 кг вчетвером.
<i>Тяжелые работы</i>	Ремонт и прокладка дорог, расчистка завалов, вскрытие убежищ вручную, переноска носилок массой 60–70 кг вдвоем по ровной или вчетвером по пересеченной местности и другие.

Рабочая смена спасателя составляет 3 - 5 часов в зависимости от тяжести и интенсивности работ. Периоды выполнения работ не должны, как правило, превышать:

- для легких и средней тяжести работ - 30 минут для каждого часа работы;
- для тяжелых работ – 3 – 5 минут каждые 30 минут работы.

Время отдыха спасателей должно составлять не менее 12 часов в сутки.

Режим:

- 15 минут после каждых 45 минут работы;
- 3 часа после окончания рабочей смены.

Время работы уменьшается:

- во влажном климате - на 30 - 60 минут;
- для спасателей старше 45 лет - на 30 %;
- в ночное время - на 5 – 10 минут с соответствующим увеличением времени на отдых.

При высоких и низких температурах окружающей среды организуются и проводятся мероприятия по предупреждению переохлаждений или перегреваний организма спасателей. Масса экипировки спасателя не должна превышать $1/3$ массы его тела.

Л.А. Александрова (2005) выделяет шесть категорий тяжести работ (рис. 3.61.). В том числе, первые две категории тяжести соответствуют комфортной рабочей среде, третья - относительно дискомфортной, четвертая и пятая - экстремальной среде, шестая - сверхэкстремальной.

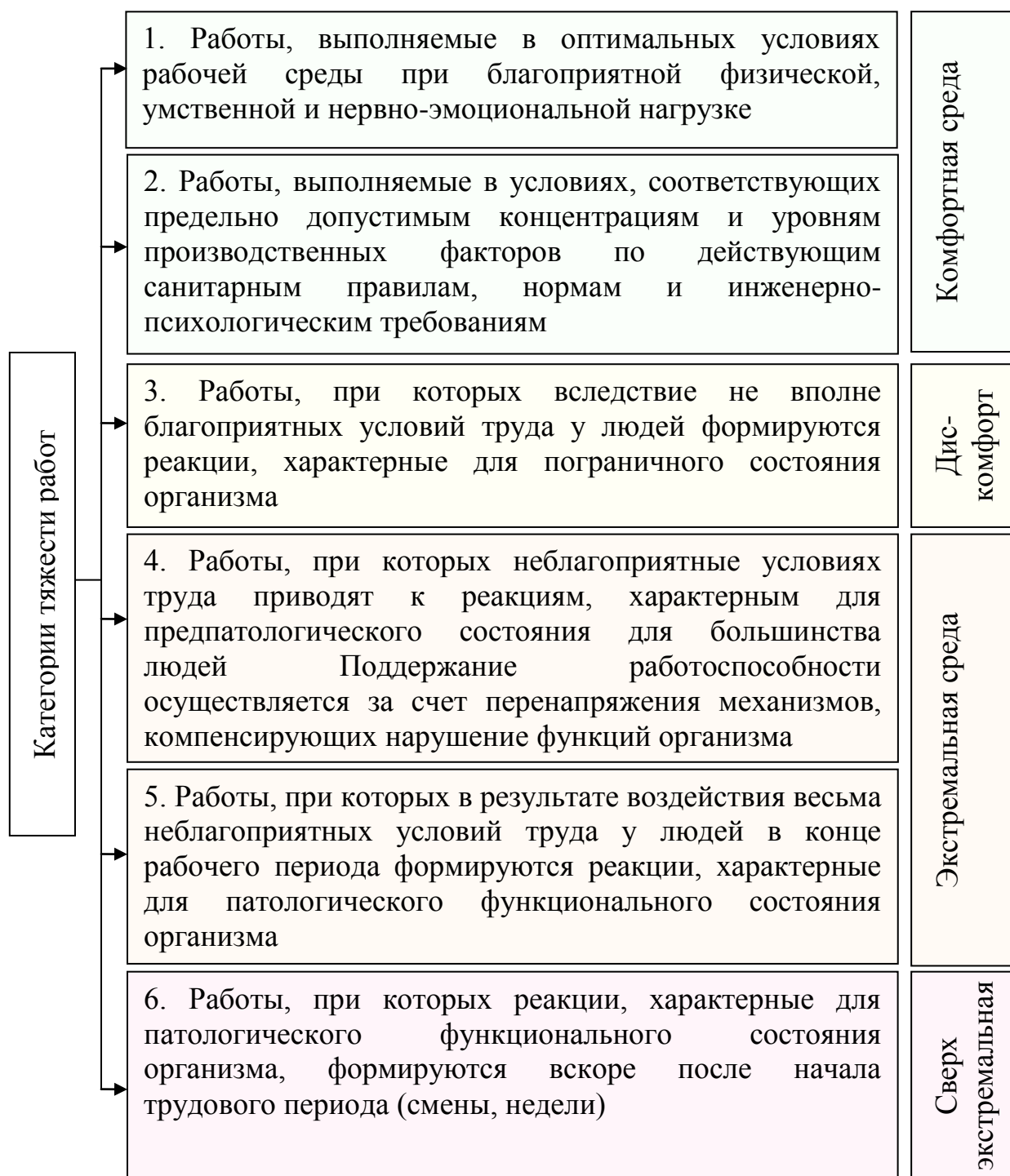


Рис. 3.61. Категории тяжести спасательных работ.

*Физиологические
сдвиги организма*

При выполнении работы в организме спасателя происходят определенные физиологические сдвиги. Понижается возбудимость коры головного мозга, нарушается условнорефлекторная

деятельность.

Через 15 - 20 секунд после начала спасательных работ (а иногда рефлекторно и до работы) увеличивается количество сердечных сокращений. Максимальное кровяное давление значительно повышается, в отдельных случаях на 60–80 мм рт. ст. Частота дыхания может увеличиваться с 16–18 до 30–40 вдохов в минуту. В 7 - 12 раз увеличивается минутный объем сердца и легочная вентиляция, которые соответственно могут достигать 35 и 100 л/мин. Температура тела повышается на 0,4 - 0,6°С, а при выполнении некоторых видов работ может доходить до 38,5 и даже до 39,3°С. Нарушаются водно-солевой баланс и функции регулирующих его систем организма как следствие потери воды при сильном потоотделении (дегидратации) и теплового стресса.

Допустимо повышение температуры тела не более чем до 38°С и учащение пульса до 120 уд./мин при легкой и 160 уд./мин при тяжелой работе. При выполнении тяжелой работы в нагревающем микроклимате при использовании изолирующего снаряжения интенсивность перегрева настолько высока, что несвоевременное прекращение работы может привести к потере сознания вследствие теплового удара.

Изменения психического состояния Обследование членов аварийно-спасательных команд показало, что наиболее существенные изменения наблюдались в их психическом состоянии. В 62% обследованные указали на чувство растерянности, слабость в конечностях. В 20% случаев собственное состояние по прибытии на место катастрофы характеризовалось как предобморочное.

Все 100% опрошенных, ретроспективно оценивая свое самочувствие в период аварийно-спасательных работ, отмечали многочисленные соматические жалобы, сохранявшиеся и во время отдыха. 54%

обследованных в последующие дни жаловались на нарушения сна (трудности засыпания, сонливость днем и бессонница ночью, прерывистый сон, сопровождавшийся кошмарными сновидениями), повышенную раздражительность и подавленное настроение. У 10% обследованных установлено наличие умеренно выраженных гипертензивных реакций и тахикардии; в 22% случаев отмечалось снижение показателей кистевой динамометрии на 25-30% (по сравнению с нормативными для этой возрастной группы данными). Ориентировочная оценка снижения уровня работоспособности в первые часы после прибытия на место катастрофы составляла около 50% (фотография 3.13.) (Решетников М.М., 1990).



Фотография 3.13. Отделение частей тела при взрыве.

*Особенности
психогенных
расстройств*

При выполнении специалистом служебных обязанностей в экстремальных условиях весьма высока вероятность возникновения разнообразных психогенных расстройств.

Прогнозирование устойчивости индивидуума к действию экстремальных факторов среды не исчерпывается измерением только психофизиологических и психологических параметров. Е.А. Коновалов

(2005) установил, что устойчивыми к действию экстремальных факторов окружающей среды являются специалисты АСС, обладающие смешанным типом «свободного» выбора в «неопределенной» среде, низким уровнем личностной тревожности и высоко развитой интеллектуальной составляющей (рис. 3.64.). Психотравмирующие факторы профессиональной деятельности и социальной обстановки вызывают специфические изменения личности с эмоциональным огрублением, снижением навыков самоорганизации, повышением внутренней тревожности и личностной напряженности, снижением способности к абстрактно – логическому мышлению.

Анализ психического состояния людей, выполнявших служебные обязанности в экстремальных условиях деятельности при значительных психоэмоциональных нагрузках, вызванных наличием реальной витальной угрозы, позволяет утверждать, что воздействие психогенных факторов такой угрозы вызывает негативные изменения в структуре личностных характеристик и психическом состоянии спасателей.



Рис. 3.64. Дифференциальная характеристика типологических групп спасателей.

Резюме

- Успешность выполнения спасения зависит от общей и специальной подготовки и от степени выраженности ряда неспецифических профессионально значимых качеств. К числу таких качеств относятся индивидуально-личностные особенности, характеристики нервно-эмоциональной устойчивости, особенности интеллектуальной и мотивационной сфер, показатели операторской работоспособности.
- К типичным психовегетативным реакциям спасателей в экстремальной ситуации относят сердцебиение, нервный озноб и внезапные слезы (плач).
- Наиболее распространенными формами реакций являются раздражительность, беспокойство, неспособность действовать правильно, бегство, отчаянье, истощение и «приставание» к другим.
- Адекватному оказанию помощи препятствует дефицит времени, боязнь ошибки, чувство ответственности и личность пострадавшего.
- Отработанные навыки оказания первой помощи пострадавшим до автоматизма путем многократного повторения четкого алгоритма действий помощи, с использованием реальных средств и устройств снижают стрессовое воздействие на личность.
- Спасательные работы дифференцируются по степени тяжести на легкие, средние и тяжелые. Рабочая смена составляется в зависимости от тяжести и интенсивности работ.
- Обследование членов аварийно-спасательных команд показало, существенные изменения в психическом состоянии спасателей и установило определенные физиологические сдвиги в их организме.
- Характер психогенных нарушений степени определяется условиями, в которых специалистам требуется выполнять профессиональные

обязанности.

- В качестве факторов трансформации личности выделяют комбатантную акцентуацию, комбатантную психопатизацию и боевую психическую травму.
- В качестве основных черт комбатантной акцентуации рассматриваются эмоциональная неустойчивость, вспыльчивость, раздражительность, вплоть до бурных агрессивных вспышек, тревожность и настороженность.
- Заострение характерологических черт, отвечающее основным критериям «уродств характера», является «комбатантной психопатизацией».
- Явления алкоголизма и наркомании у спасателей (военнослужащих) следует рассматривать в качестве вторичных симптомов по отношению к невротическим и аффективным расстройствам, как следствие психогенных нарушений.
- Наиболее благоприятный исход течения реакции боевого стресса в большей степени присущ людям, у которых отсутствуют признаки акцентуаций характера.
- Перераспределение ресурсов человеческого организма для выживания в экстремальных условиях, сопровождающееся напряжением различных адаптационных механизмов с выраженными психофизиологическими изменениями показывает наличие психической травмы.

Вопросы и задания для самоконтроля:

1. Вспомните классификацию групп профессионалов, оказывающих помощь.
2. Раскройте классификацию спасателей и дайте каждой группе характеристику.

3. Охарактеризуйте особенности личности работников СМК.
4. Рассмотрите типичные психовегетативные реакции в экстремальных ситуациях.
5. Перечислите особенности личности спасателя, влияющие на него в экстремальной ситуации.
6. Выявите наиболее распространенные формы реакций.
7. Установите особенности, препятствующие адекватному оказанию помощи.
8. Расскажите алгоритм оказания первой помощи.
9. Вспомните основные правила общения с помощником.
10. Рассмотрите типовые режимы работ в зависимости от степени тяжести и интенсивности.
11. Определите категории тяжести спасательных работ.
12. Опишите основные физиологические сдвиги организма и изменения в психическом состоянии спасателей.
13. Раскройте особенности «комбатантной акцентуации», «комбатантной психопатизации» и боевой психической травмы.
14. Установите связь психических состояний военнослужащих, участвующих в боевых действиях, с состояниями спасателей в экстремальной ситуации или у лиц, ставших свидетелями особо разрушительных стихийных бедствий, техногенных катастроф.
15. Рассмотрите основные симптомы психопатологических расстройств.

3.3. Травматические стрессовые расстройства

Непредсказуемые и неконтролируемые стрессоры

За последние 30 лет в ходе широких опытов на животных было показано, что двумя важнейшими детерминантами характера реакции организма на стресс выступает либо непредсказуемость стрессоров, либо их неконтролируемость, либо и то и другое. Непредсказуемый стрессор появляется без предупреждения и может носить непредвиденный характер. В случае неконтролируемого стрессора невозможна реакция, направленная на смягчение его воздействия, такая как бегство или избегание. В целом под действием непредсказуемых и неконтролируемых стрессоров и люди и животные испытывают стресс больший, чем под действием стрессоров того же физического масштаба, но являющихся либо предсказуемыми, либо контролируемыми, либо и теми и другими (например, Mineka & Zinbarg, 1996). Есть много сходства между симптомами ПТСР, поведенческими и психологическими последствиями воздействия непредсказуемых и неконтролируемых стрессоров на животных (например, Basoglu & Mineka, 1992; Foa, Zinbarg & Olasov-Rothbaum, 1992; Friedman & Yehuda, 1997; Mineka & Zinbarg, 1996). Известно, например, что неконтролируемые стрессоры стимулируют некоторые структуры головного мозга и повышают уровень центрального и периферического норадреналина (Friedman & Yehuda, 1997; Southwick, Yehuda & Morgan, 1995). Это подвело исследователей ПТСР к гипотезе, согласно которой введение препарата йохимбина лицам с ПТСР способно усугублять их симптоматику, так как известно, что йохимбин (естественно образующееся вещество) активирует норадренергические нейроны. Опираясь на данную гипотезу, Саутвик с коллегами (Southwick et al., 1995) обнаружили, что 40% из группы ветеранов Вьетнама, страдавших ПТСР, переживали «обратные кадры». Кроме того, у ветеранов с ПТСР отмечалась повышенная выраженность других симптомов: навязчивых травмирующих мыслей, эмоционального оцепенения и скорби.

Известно также, что неконтролируемые стрессоры, воздействуя на животных, вызывают индуцированную стрессом аналгезию (ИСА), или пониженную чувствительность к боли. Ранее нейтральные условные стимулы при сочетании с неконтролируемыми стрессорами могут сделаться условными и для возбуждения подобного рода аналгезии. Известно, что такого типа ИСА действует через выработку в мозгу эндогенных, или внутренне продуцируемых, опиато-подобных субстанций (Southwick et al., 1995; van der Koik & Saporta, 1993). В настоящее время ученые, занятые изучением ПТСР, считают, что многие симптомы эмоциональной нечувствительности у лиц, им страдающих, могут, скорее, быть вызваны ИСА того же типа. При последующем контрольном обследовании жертв пыток Басожлу, Минек; и их коллеги (Basoglu, Mineka et al., 1997) нашли дополнительное подтверждение (идеи о том, что психологическая подготовленность к травме служит крайне важным защитным фактором, который смягчает психологические последствия пыток). Лечение и профилактика стрессовых расстройств

В целом чем устойчивее и целостнее личность, чем благоприятнее жизненная ситуация индивида, тем скорее он оправляется от тяжелой стрессовой реакции. Многим людям, попавшим в беду, можно помочь посредством психологической консультации — неважно, насколько краткой, — чтобы они сразу же начали справляться со своими переживаниями (Shelby & Tredinnick, 1995). Бром, Клебер и Дефарес отметили, что чувствительности у лиц, им страдающих, могут, скорее, быть вызваны ИСА того же типа, чем стать психологической защитной реакцией, направленной против напоминания о травме. С этим согласуются результаты исследования Питмана и его коллег (Pitman et al., 1990), в котором страдавшим и не страдавшим ПТСР ветеранам после просмотра

фильма о боях во Вьетнаме (несомненно, являвшегося для травмированных условным стимулом) предлагали пройти тестирование на чувствительность к боли. У лиц, страдавших ПТСР, наблюдалась пониженная чувствительность к боли по сравнению с теми, кто им не страдал. Кроме того, у лиц с ПТСР отмечалось относительное притупление эмоциональных реакций на фильм. Это и другие исследования подтверждают идею о том, что симптомы эмоциональной нечувствительности, которыми сопровождается ПТСР, развиваются в силу опосредованной опиоидами ИСА, возникшей в результате переживания неконтролируемых стрессоров. Если непредсказуемые и неконтролируемые стрессоры являются наиболее вероятными факторами, вызывающими ПТСР, то какие же факторы способны повлиять на вероятность развития ПТСР у одних людей и его отсутствие у других? В поисках ответа ученые вновь обратились к литературе о животных (например, Mineka & Zinbarg, 1996). Известно, например, что предшествующее переживание воздействия неконтролируемых стрессоров способно сенсibilизировать организм, то есть сделать его более восприимчивым к негативным последствиям дальнейших переживаний неконтролируемой травмы. Несколькими исследованиями ПТСР было подтверждено, что дело обстоит именно таким образом, и жертвы жестокого обращения в детстве больше восприимчивы к ПТСР в зрелом возрасте при реакциях на сексуальные и не сексуальные посягательства (см. Foa et al., 1992; Mineka & Zinbarg, 1996). Кроме того, во время войны во Вьетнаме ПТСР развивалось чаще у тех солдат, которые были физически травмированы жестоким обращением в детстве (Post, Weiss & Smith, 1995). Сегодня многие исследования подтверждают гипотезу о том, что перцепции неконтролируемости и непредсказуемости играют важную роль в развитии и сохранении симптомов ПТСР. Более того, научная литература о животных, из которой явствует, что предшествующие переживания воздействия неконтролируемых стрессоров могут сенсibilизировать организм к негативным эффектам последующих переживаний, связанных с другими неконтролируемыми стрессорами, привела к новым важным открытиям, позволяющим выявить наиболее восприимчивых к ПТСР индивидов.

(Brom, Kleber & Defares, 1989) осуществили исследование эффективности краткосрочной терапии для людей с ПТСР и обнаружили, что лечение, оказанное сразу после травмирующего события, значительно сокращало симптоматику ПТСР. Улучшение наблюдалось у 60% лечившихся пациентов, тогда как в группе, состоящей из людей, не получивших лечение, оно отмечалось лишь у 26%. Однако они выяснили и то, что лечение помогало не всем и что у некоторых людей симптомы ПТСР сохранялись даже по завершении терапии.

Лечение часто показано и работникам службы катастроф. У многих людей, направляемых в зону бедствия для оказания помощи жертвам, впоследствии развивается посттравматическое стрессовое расстройство. Эпштейн, Фуллертон и Ур-зано (Epstein, Fullerton & Ursano, 1998) обнаружили, что работники, оказывающие поддержку осиротевшим семьям жертв катастроф, находятся в группе повышенного риска возникновения соматических заболеваний, психиатрических симптомов и ухудшения психологического здоровья в течение 18 месяцев после бедствия. Они сообщили также, что у менее образованных индивидов, которые могли представить вымышленные ожоги и при этом испытывали сильное чувство онемения, в дальнейшем с большей степенью вероятности развивались психологические симптомы в случаях авиакатастроф.

Как правило, поддерживающая терапия и надлежащий отдых (при необходимости дополнительно прием седативных препаратов) устраняют симптоматику, ведущую к посттравматическому стрессовому расстройству (Morgan, 1995; Everly, et al., 1995). В ДИМУ ^йй, биться к травмирующему событию.

Как ранее упоминалось при опи- сании копинга, лечение психоло- гических проблем, обусловленных стрессом, наиболее эффективно при раннем или как можно более ско- ром вмешательстве. Мы будем опи- сывать отдельные медикаментоз- ные средства, считающиеся полезными для облегчения симптомов посттравма- тического стрессового расстройства; однако психофармакотерапия оказывается действеннее в контексте психологического лечения. Мы также опишем эффективные методы смягчения симптомов, связанных со стрессом. • л

Лечение симптомов посттравматического стресса
Медикаментозные препараты
 Для облегчения выраженной симптоматики ПТСР применяется ряд лекарственных препаратов. Антидепрессанты иногда помогают смягчить такие симптомы ПТСР, как депрессию, навязчивые состояния и избегание (Marshall & Klein, 1995; Shaley, Bonne & Eth, 1996). Однако поскольку симптомы могут быть неустойчивыми и меняться в течение короткого промежутка времени, необходимо тщательно следить за подбором или дозировкой лекарств. При использовании медикаментозных средств фокусируются на специфических симптомах: например, на интрузивной симптоматике дистресса или ночных кошмарах, картинах ужасающих событий, реакции испуга и так далее (см. главу 16). Варгас и Дэвидсон (Vargas & Davidson) пришли к выводу, что лечение симптоматики ПТСР бывает более эффективным при сочетании психотерапии с лекарственными средствами, чем при назначении одних только медикаментозных средств.

Терапия кризисной интервенцией

Сжатый, проблемно-ориентированный метод консультирования, называемый кризисной интервенцией (см. главу 18), может помочь жертве травмирующего события вновь приспособиться к жизни по завершении стрессовой ситуации. В краткосрочной кризисно-ориентированной терапии лиц, оказавшихся в кризисной ситуации, жертве несчастья предоставляют эмоциональную поддержку и побуждают к разговору о переживаниях во время кризиса (Cigrang, Pace & Yasuhara, 1995). Люди, способные справиться со своими эмоциональными реакциями во время кризиса, лучше умеют приспосабливаться к жизненным обстоятельствам после несчастья (Chemtob, Tomas, Law & Cremniter, 1997).

Прямое терапевтическое представление

Одной из поведенчески ориентированных стратегий, эффективно применяемой при лечении клиентов с ПТСР, является прямое терапевтическое представление (Fairbank et al., 1993). При этом подходе клиент мысленно представляет или реально подвергается воздействию стимулов, которых он стал бояться или которые связаны с травмирующим событием (McIvor & Turner, 1995). Эта процедура подразумевает повторные или продленные представления — либо *in vivo*, либо в воображении — объективно безвредных, но устрашающих стимулов с целью снижения тревоги (Fairbank et al., 1993).

Для смягчения симптомов ПТСР представление стимулов, которые стали асо- социироваться с устрашающими ситуациями, можно дополнить и другими пове- денческими техниками. Например, применение таких методов традиционной

поведенческой терапии, как тренинг релаксации и тренинг ассертивности, тоже может оказаться эффективным при содействии клиенту в преодолении тревоги, возникшей после травмирующего события.

Эффективность этого подхода видна на примере следующего случая.

Разбор случая: терапия ветерана войны, страдающего ПТСР с аффектами гнева.

Мужчина, ветеран войны, с диагнозом ПТСР и злоупотребления психоактивными веществами, был включен в лечебную программу и получал лечение, направленное на приобретение контроля над гневом. Он начал посещать группы контроля над гневом в мае 1992 года и продолжает регулярно посещать открытую группу поддержки контроля над гневом.

Джон — латиноамериканец, ему 45 лет, он разведен, ветеран Вьетнама, на протяжении 25 лет страдает алкогольной и героиновой зависимостью. Он вырос в Техасе, окончил среднюю школу, служил на флоте с июля 1969 года по апрель 1971 года. Во Вьетнаме Джон был свидетелем многих сражений, побывал под перекрестным огнем. Он участвовал в высадке десанта и рисковал жизнью в перестрелках с противником. Джон видел гибель многих товарищей, в том числе — своего лучшего друга, который всего в нескольких футах от него подорвался на mine. Он видел и много зверств, включая убийства мирных вьетнамских жителей.

К алкоголю и героину Джон пристрастился во Вьетнаме. После увольнения с военной службы он испытывал симптомы депрессии, страха, чрезмерной настороженности и изоляции. Чтобы притупить эти чувства, Джон стал все чаще и чаще прибегать к алкоголю и героину. Имея специальность сварщика, он тем не менее не мог найти постоянной работы. До начала лечения по поводу ПТСР Джон несколько раз был госпитализирован в связи с депрессией и двумя суицидными попытками. Свыше 30 раз его арестовывали за оскорбление словом и действием, а также за хулиганское поведение. В 1990 году Джон начал получать амбулаторное лечение в клинике посттравматических стрессовых расстройств при Медицинском центре для ветеранов в Сан-Франциско. Он получал психотерапию и психофармакотерапию, однако продолжал злоупотреблять алкоголем, а его поведение в значительной мере оставалось проблемным, включая эпизодические нападения на людей. В декабре 1991 года, после учащения вспышек гнева, включая случай, когда он без всякого явного повода замахнулся палкой на человека, повстречавшегося ему на прогулке, Джона госпитализировали в рамках программы стационарного лечения ПТСР.

В мае 1992 года, к началу программы лечения и участия в группе контроля над гневом, Джон сообщил, что в течение месяца не употреблял ни алкоголь, ни какие-либо другие наркотики. Однако он жаловался на навязчивые мысли и воспоминания, ночные кошмары, «обратные кадры», нарушение сна, плохую концентрацию внимания и частые вспышки гнева.

На первых сессиях группы контроля над гневом Джон сообщал о повышенных раздражительности и гнeve, а также об очень низкой толерантности к фрустрации. В одном случае он, под действием ярости, уничтожил чужое имущество. Проведя в группе несколько недель, Джон научился отслеживать свой гнев при помощи соответствующих методик, а также выявлять физические, эмоциональные и ситуационные сигналы, приводившие к его эскалации. Кроме того, он стал отдавать себе отчет в своем враждебном внутреннем диалоге и, чтобы эффективно контролировать гнев, начал применять стратегии контроля над гневом — тайм-ауты и программы упражнений. К восьмой неделе лечения Джон регулярно упражнялся в техниках ассертивности, например в разрешении конфликтов. Об улучшении его состояния свидетельствует инцидент, имевший место на десятой неделе лечения. Он рассказал, что рассвирепел, когда домовладелец без спроса впустил в квартиру его бывшую жену. Вместо того чтобы допустить агрессивные действия в отношении домовладельца или уничтожить имущество, Джон от-

кровенно переговорил с ним, разрешив инцидент в ассертивной манере. Джон продолжал делать значительные успехи. Он закончил 12-недельную группу и продолжает посещать группу поддержки контроля над стрессом для клиентов, участвующих в программе. На протяжении лечения по программе он воздерживался от употребления алкоголя и героина. Его одиночество во многом пошло на убыль, он подружился с членами группы и был включен в рабочую программу тренинга. От вспышек гнева и насилия он перешел к кратковременным тайм-аутам и ассертивному разрешению конфликтов. В настоящее время Джон в большей степени полагается на свои способности улаживать трудные ситуации, может идентифицировать ситуации, провоцирующие гнев, умеет эффективно справляться с гневом при помощи специальных когнитивных и поведенческих техник (Reilley, Clark, Shopshire, Lewis & Sorensen, 1994, p. 406).

Нерешенные проблемы: _____

Злоупотребление диагнозами ПТСР и другими разновидностями стресса

В этой главе была рассмотрена роль стресса в возникновении психологических расстройств. В значительном числе исследований была доказана связь между тяжелым стрессом или травмой и последующими психологическими проблемами. Люди могут реагировать на стрессовые ситуации совершенно разрушительным образом. Многие симптомы посттравматического стрессового расстройства способны, по крайней мере временно, нарушать психологическое функционирование, а их преодоление может потребовать значительных адаптивных усилий.

В последние годы психологическая инвалидность, развившаяся вследствие посттравматического стрессового расстройства, необоснованно широко использовалась при рассмотрении как гражданских, так и уголовных дел (Slovenko, 1994). В ходе судебных разбирательств ПТСР выставлялось защитой в качестве фактора, оправдывающего криминальные деяния в соответствии с принципом о том, что невменяемые не несут уголовной ответственности (см. главу 18). Недавний случай показывает, что связь между ПТСР и девиантным поведением иногда имеет неопределенный характер.

Разбор случая. В январе 1987 года сотрудник, накануне уволенный с работы из компании, занимавшейся воздушными грузоперевозками, вернулся в офис одетым в армейский камуфляж и с обрезом в руках. Он выгнал из офиса нескольких сотрудников и взял в заложники своего бывшего начальника. Он удерживал его на прицеле около полутора часов, заставляя того молить о сохранении жизни. За это время он произвел примерно 21 выстрел по столам, компьютерам и окнам, уничтожившие массу имущества. Когда ситуация с заложником разрешилась, бывшего сотрудника арестовали за уничтожение чужой собственности и нападение с применением огнестрельного оружия. Нарушитель постоянно твердил, что совершенно обезумел и страдает посттравматическим стрессовым расстройством. Он объяснял, что только что посмотрел фильм «Взвод», который возродил в нем ужасные воспоминания о Вьетнаме и в результате привел его в состояние бешенства. Однако проверка его биографии и военные записи показали, что он никогда не бывал во Вьетнаме и на самом деле служил в относительно спокойном месте, где не было никаких сражений.

Отмечен и ряд других похожих случаев, в которых сомнительные посттравматические симптомы вплетались в стратегию защиты индивидов, которым были предъявлены обвинения в совершении уголовных преступлений. Одним из последних драматических дел, например, было дело ветерана Второй мировой войны, бывшего военнопленного, который убил своего зятя, охладевшего к его дочери. Впоследствии он заявил, что

совершил это под влиянием «призраков прошлого». Он утверждал, что когда зять к нему приближался, он опасался за свою жизнь и застрелил его, потому что решил, будто тот собирается «забить его до смерти» (Los Angeles Times, 8 сентября 1997). Нередко сенсационный характер некоторых дел и вытекающая из этого широкая огласка могут создать впечатление, что ПТСР все чаще используется в качестве защиты. Недавнее исследование, касавшееся признанных невменяемыми подсудимых, показало, что обеспокоенность широким злоупотреблением ПТСР как доказательством невменяемости безосновательна, ибо защита прибегает к этому доводу не так часто, как иногда кажется. Аппельбаум с коллегами (Appelbaum et al., 1993) обнаружили, что из 8163 подсудимых, признанных невменяемыми за период между 1980 и 1986 годами, лишь 28 (0,3%) был поставлен диагноз ПТСР. Правда, лицам с диагнозом ПТСР, использовавшим его в качестве доказательства своей невиновности, чаще удавалось избежать предварительного заключения под стражу, чем лицам из контрольной группы подсудимых, которым не был поставлен диагноз ПТСР (Appelbaum et al., 1993).

Синдром ПТСР чаще упоминается в судах по гражданским делам, когда речь заходит, например, о компенсациях и ущемлении личности. Например, в одном случае (Компания «Альбертсон Инк.» против Калифорнийского рабочего комитета по востребованию компенсации, 1982) работница пекарни была признана потерпевшей ущерб, так как замечания начальника повергали ее в крайнее смущение. Суд пришел к выводу, что притеснения на работе служили достаточной причиной для психологического ущерба и стресса и, следовательно, подлежат компенсации. В другом случае офицер полиции подал прошение о компенсации по той причине, что его работа была чревата для него постоянным стрессом. Полицейского офицера не признали нетрудоспособным в силу стресса; суд рассудил, что коль скоро человек соглашается работать офицером полиции, то он соглашается и на сопутствующий ей стресс. Однако суд присудил ему компенсацию в связи с соматическим заболеванием (язвенной болезнью), явившимся результатом стрессовой работы (Игленд против Миннеаполиса, 1984).

Юридическое оправдание стрессом — интересный процесс, часто требующий богатого воображения, если не откровенного мифотворчества. Причинную связь стресса с отдельным психологическим расстройством и, следовательно, необходимость назначения компенсации или смягчения приговора по уголовному делу нередко бывает трудно доказать, и это, как правило, требует экспертных показаний психиатров или психологов. В большинстве случаев обе стороны в суде опираются на заключения экспертов, ища в них поддержку. Однако с точки зрения юридического прецедента самым важным фактором является достаточная доказанность того, что указанный стрессор отчетливо связан с рассматриваемым деянием.

По всей вероятности, поиск психологического ущерба, нанесенного сомнительным стрессом, — независимо от того, подтвержден данный факт или вымыслен специально, — будет и впредь практиковаться в судебных разбирательствах в качестве юридической стратегии. Ранее считалось, что стрессор должен быть мощным настолько, что это «выводило бы его за рамки обычного опыта». Однако последние изменения в DSM-IV устранили это требование, и в одном недавнем судебном решении (Минз против графства Балтимор, 1977) нашли отражение модифицированные критерии. В этой связи был сделан вывод, что ПТСР способно формировать основу для предъявления болезни в ситуациях, в которых психический стимул (мысли и воспоминания) может вызвать психическое или профессиональное заболевание. В связи с тем что симптомы стрессовых расстройств не отличаются единообразием, а недееспособность, наступающую после стрессовых событий, предсказать нелегко, можно предположить, что проблема четкого установления причинных связей между

стрессорами и предъявляемыми симптомами будет и впредь мешать нашему судопроизводству.

Оказывается, что стресс повреждает иммунную систему путем повышения уровня кортикостероидов. Это угнетает метаболизм лимфоцитов и снижает иммунитет организма к различным болезням, хотя механизмы этого процесса остаются невыясненными (Mazure & Druss, 1995; Yehuda, 1998). В ряде недавних работ (например, Boscarino, 1996) приводятся данные об изменении уровня кортизола у ветеранов войны, страдающих ПТСР, например, его низкое содержание после стресса позволяет сделать прогноз, у кого в дальнейшем разовьется ПТСР. Интересно, что часто упоминавшимся изменением являлось пониженное, а не повышенное содержание кортизола, как это предсказывалось моделью Селье. Недавно Йегуда, Резник и их коллеги (Yehuda, Resnick et al., 1998) сообщили о пониженном содержании кортизола у жертв изнасилования с тяжелыми повреждениями и симптомами избегания, чего, однако не было у всех жертв изнасилования без исключения. Мы не в силах ответить на все поставленные вопросы, но эти отличающиеся друг от друга данные, несомненно, связаны с привыканием или гиперчувствительностью к гормону организма, адаптировавшегося к стрессу (Southwick et al., 1997

Например, в DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) диагност, пользуясь IV осью, может уточнить, с какими конкретными психосоциальными стрессорами сталкивается человек. Шкала IV оси особенно полезна, когда речь идет о трех категориях I оси: расстройстве приспособления, остром стрессовом расстройстве и посттравматическом стрессовом расстройстве (остром, хроническом или отсроченном). Эти расстройства подразумевают паттерны психологических и поведенческих нарушений, которые возникают в ответ на воздействие идентифицируемых стрессоров. Главные различия между ними состоят не только в тяжести нарушений, но и в характере стрессоров, а также в продолжительности развития расстройства. В перечисленных случаях можно предположительно идентифицировать стрессоры как причинные факторы и, пользуясь IV осью, уточнить их особенности.

В недавнем исследовании Кларка, Салковскиса, Оста и коллег (Clark, Salkovskis, Ost et al., 1997) было обнаружено, что лица, подверженные развитию сердечных приступов, склонны интерпретировать телесные ощущения катастрофичнее, чем пациенты, у которых этих приступов не бывает. Человек, который чувствует себя измотанным и беспокоится, что не сумеет справиться со стрессором, скорее испытает негативные последствия ситуации, чем человек, ощущающий в себе способность с ней совладать.

Однако тренинг работников спасательных служб, полицейских и пожарных, которым приходится постоянно сталкиваться со стрессом, состоит в неоднократном представлении контролируемых или специально изобретенных стрессоров до тех пор, пока у них не выработается уверенность в себе даже перед лицом экстремальных ситуаций.

На рубеже преодолеваемого психологического барьера человек находится в состоянии психического напряжения, обусловливаемого необходимостью волевым усилием подавлять подкорковые эмоции. Преодоление психологического барьера, особенно сопряженного с угрозой для жизни, влечет за собой состояние эмоционального разрешения, в основе которого лежит снятие тормозящего влияния коры на подкорку и индуктирование в ней возбуждения. При каждом повторном преодолении психологического барьера эмоциональные реакции сглаживаются и стенизируются. Это обуславливается достаточно полной информационной обеспеченностью, уверенностью в материальной части, в средствах спасения и в правильности своих действий при возникновении аварийных ситуаций.

Острое стрессовое и посттравматические стрессовые расстройства При остром стрессовом и посттравматических стрессовых расстройствах (ПТСР), которые подробно обсуждаются далее в данной главе, стрессор необычно силен (вызывает интенсивный страх) и часто представляет собой угрожающую жизни ситуацию: разрушение дома, вид сцены убийства человека или нанесения ему увечий, физическое насилие. При посттравматических расстройствах реакция индивида обычно заключается в интенсивном страхе, беспомощности или ужасе. Следует отметить, что среди расстройств, описанных в книге, это единственное расстройство, необходимая причина которого установлена с полной достоверностью.

Расстройство приспособления: реакция на обычные жизненные стрессоры О человеке, чья реакция на обычный стрессор, например вступление в брак, развод, рождение ребенка или потеря работы, дезадаптивна и возникает не позднее чем через три месяца после воздействия стрессора, можно сказать, что он страдает расстройством приспособления. Реакция индивида считается дезадаптивной, если он неспособен к обычному функционированию, когда реакция на отдельный стрессор оказывается чрезмерной. При расстройстве приспособления дезадаптация уменьшается или исчезает, когда: 1) устраняется стрессор или 2) индивид научается адаптироваться к стрессору. Если симптомы длятся дольше шести месяцев, то DSM-IV рекомендует изменить диагноз и признать наличие другого психического расстройства. Как будет видно из нижеследующей дискуссии, в реальной жизни расстройства приспособления не всегда следуют столь строгому графику.

Здесь уместно было бы спросить: что именно считать нормальной реакцией на стрессор? Ответ, соответствующий критерию DSM, представляется несколько ту-

маным. В DSM-IV нет отдельной категории для стрессовых расстройств, а острое и посттравматическое стрессовые расстройства отнесены к категории тревожных расстройств.

Понятно, что не все реакции на стрессоры — это расстройства приспособления. По всей вероятности, нормальная реакция подпадает под данную категорию посттравматического стрессового расстройства в ситуации неспособности к обычному функционированию, и все-таки этот критерий в той же мере справедлив и для многих других расстройств (например, тревожных). В обозримом будущем мы не сможем разрешить эту неопределенность. Важнее, наверное, признать, что расстройство приспособления, пожалуй, наименее четкий и самый мягкий диагноз из всех, которые может поставить клиенту терапевт, и врачи часто пользуются им в страховых целях, в результате в медицинских картах клиента не значатся более тяжелые диагнозы, даже если есть подозрение и на более серьезное расстройство.

Теперь мы рассмотрим отдельные разновидности стрессоров, обычно вызывающих расстройства приспособления: безработица, утрата и развод или разделение.

Стресс, вызванный безработицей

Производственные проблемы могут вызвать сильнейший стресс у работающих по найму (Williams, Barefoot et al., 1997). Крайне стрессовой ситуацией, характерной для современного бизнеса, является потеря прибыльного места. Преодоление

„ ч стресса, связанного с безработицей,

^i-«^'rf,>i,«^Jy>4J><^u^> -,- требует огромных усилий, особенно

Ш Л» - flл * -' Л^ хо зарабатывали на жизнь. В США

Преодоление стресса, вызванного безработицей, требует огромных усилий. Когда исходная стрессовая ситуация разрешается, некоторые люди способны пережить потери и адаптироваться без каких-либо длительных затруднений с приспособлением. Воздействие хронической безработицы может, однако, быть сокрушительным и иметь серьезные долговременные последствия. Люди, показанные на снимке, стоят в очереди, чтобы заявить об отсутствии у них работы в Нью-Йоркский государственный Департамент труда в период, когда (в ноябре 1990 года) уровень безработицы поднялся до рекордной за три года отметки в 5,9 %.

нового подходящего рабочего места считаются вполне обычными явлениями со времен Великой депрессии 1930-х годов. Частая реструктуризация бизнеса привела к увольнению многих людей, превращая процветавшие общины в разоренные области, а многих промышленных работников — в безработных или в лиц с неполной занятостью. Почти в любой общине можно найти рабочих, потерявших работу, на которой они трудились много лет, и стоящих на краю финансовой пропасти, поскольку у них заканчиваются средства, предусмотренные пособием по безработице. Приведенный ниже случай показателен в отношении проблем, которые может породить безработица. Разбор случая: безработный бригадир-строитель. Дэвид К., 49-летний бригадир-строитель, состоявший в браке и имевший двоих детей, учащихся колледжа, проработал в крупной строительной фирме с момента окончания средней школы. В один прекрасный день его компания без всякого предупреждения объявила себя банкротом, закрыла оставшиеся строительные участки и приступила к ликвидации своих ресурсов. Дэвид был ооюломлен. Ему было нелегко столкнуться с неожиданными переменами в своей жизни. Первые попытки найти другую работу привели лишь к фрустрации, так как в других строительных компаниях были те же экономические проблемы и проводились увольнения.

Через несколько недель его сбережения подошли к концу, и он предпринял шаг, о котором раньше не мог и подумать: обратился за пособием по безработице. Этот поступок нанес сокрушительный удар по его чувству собственного достоинства. Он всегда был самодостаточным человеком и очень гордился своей ролью трудового

человека и достойного кормильца семьи. Его особенно расстроило отсутствие возможности оплачивать обучение и проживание двоих сыновей в колледже, и он испытал сильнейшее чувство собственной несостоятельности, когда те, вместо того чтобы вернуться к учебе, остались на своих летних рабочих местах. Его жена, которая после свадьбы никогда не работала, устроилась в местный универмаг, чтобы покрыть часть семейных финансовых издержек.

Проведя какое-то время в поисках, Дэвид, похоже, отказался от мысли найти работу и стал проводить время в барах. Он пил все больше и больше. Когда вечерами он возвращался домой, то обижался на всех и пресекал все попытки домашних вступить с ним в контакт. В этот период семейные ссоры стали столь частыми, что Джоэл, его старший сын, почувствовал, что больше не в силах вынести такое напряжение и записался в армию. В феврале, через восемь месяцев после потери работы, Дэвид наткнулся на заметку в газете, сообщавшую, что в ближайший понедельник местная компания ждет кандидатов-строителей и имеет 25 вакантных рабочих мест. В понедельник, рано утром, он прибыл в отдел занятости компании лишь с тем, чтобы оказаться в хвосте очереди из других 3000 кандидатов, которые прибыли накануне и всю ночь простояли на лютом морозе. Он ушел в подавленном состоянии. На той же неделе банк приступил к процедуре лишения права выкупа закладной на его дом, так как он семь месяцев не вносил плату. Он был вынужден продать дом и перебраться в меблированные комнаты. В течение следующего года Дэвиду так и не удалось найти работу в своей общине. Наконец, когда все преимущества его безработицы были исчерпаны, они с одним из бывших сослуживцев покинули семью и отправились в другой город на юго-восток в поисках заработков. Дэвид предполагал, что жена присоединится к нему, когда он обонует. Она, однако, к тому времени добилась некоторого успеха на своем рабочем месте и отказалась уезжать. Через несколько месяцев раздельного проживания жена Дэвида подала на развод. Что касается Дэвида, то о нем больше ничего не известно. Безработица — проблема для некоторых подгрупп населения. Например, многие юноши, представители меньшинств, живут в условиях постоянной экономической депрессии, которая более первазивна и оказывает такое же изматывающее воздействие, какое оказывала на белое большинство Великая депрессия (Department of Labor, 1999). В самом деле: для чернокожих юношей уровень безработицы в два раза превосходит таковой для белых. Долгосрочные психологические последствия безработицы могут быть очень серьезными. Некоторые люди способны мириться с потерями, такими, которые понес Дэвид, и, когда исходная стрессовая ситуация проходит, адаптироваться без каких-либо длительных затруднений с приспособлением. Однако для других безработица может иметь серьезные долгосрочные последствия. Хроническая безработица оказывает сокрушительное воздействие на Я-концепцию, ощущение самооценности и чувство сопричастности и востребованности, особенно в обществе изобилия.

Посттравматическое стрессовое расстройство: реакции на катастрофические события
В современном обществе есть много потенциальных источников травм, и симптомы посттравматического стрессового расстройства не редкость в общей популяции. Вполне обычным делом, например, можно назвать дорожно-транспортные происшествия. В одном исследовании, проведенном в Израиле, было обнаружено, что 10% лиц, выживших в серьезных автокатастрофах, страдали от симптомов ПТСР через один-шесть месяцев после аварии (Brom, Kleber & Hofman, 1993). Еще одним источником травм в современном обществе является насилие, которое часто оборачивается для жертв долговременными расстройствами приспособления (Norris & Kaniasty, 1994; Falsetti et al., 1995). Опросы жителей США, проведенные недавно, показали, что мы живем в жестоком и опасном мире. Каждые четверо американцев из десяти переживали

серьезные травмирующие события в возрасте до 30 лет, а 9% молодых людей удовлетворяют диагностическим критериям для ПТСР (Breslau et al., 1991).

Посттравматическое стрессовое расстройство включает в себя следующие симптомы.

- Травмирующее событие постоянно, вновь и вновь переживается индивидом. У пострадавшего могут быть навязчивые, рекуррентные мысли или повторяющиеся кошмары, связанные с событием (Joseph, Williams & Yule, 1995).
- Человек упорно избегает стимулов, связанных с травмой. Например, он старается избегать деятельности, имеющей отношение к инциденту, или блокирует воспоминания об определенных аспектах переживания. Ситуации, воссоздающие травматическое воспоминание, провоцируют тревогу.
- Человек может длительное время испытывать симптомы повышенного возбуждения. К ним могут относиться хроническая напряженность и раздражительность, которым часто сопутствуют бессонница, неспособность переносить шум и жалобы типа «Я совершенно не в состоянии расслабиться».
- У индивида могут нарушаться концентрация внимания и память.
- Человек может испытывать депрессивные чувства. В некоторых случаях он может отказываться от социальных контактов и избегать переживаний, которые могут его волновать, что обычно проявляется в избегании межличностной включенности, потере интереса к сексу и установке на «мир и спокойствие любой ценой».

Понятно, что ПТСР содержит в себе элементы тревоги — общие ощущения страха и мрачных предчувствий, но поскольку она тесно связана с переживанием сильного стресса, мы далее не описываем ее здесь и продолжим рассмотрение в главе 5, где речь пойдет о других тревожных расстройствах.

Различия между острым и посттравматическим стрессовыми расстройствами

В DSM-IV есть две основные классификации ПТСР, которые различаются главным образом с точки зрения тяжести представленного паттерна симптомов: острое и посттравматическое стрессовые расстройства. Эти два расстройства описаны в табл. 4.2 и 4.3.

Острое стрессовое расстройство развивается в пределах четырех недель после травмирующего события и длится, как минимум, два дня, а как максимум — четыре недели. Если симптоматика сохраняется дольше, то адекватным диагнозом будет посттравматическое стрессовое расстройство. Диагноз, который не выставляется, пока симптомы не продлятся хотя бы на протяжении месяца, можно уточнить с точки зрения времени возникновения симптоматики. Если симптомы появляются в пределах шести месяцев от момента травмирующего события, то реакция считается острой. Если симптомы возникают позже, чем через шесть месяцев после травмирующей ситуации, то реакция считается отсроченной. Отсроченный вариант ПТСР определен хуже и диагностируется труднее, чем расстройства, развива-

Таблица 4.2 Острое стрессовое расстройство

Для постановки диагноза острого стрессового расстройства индивид должен удовлетворять следующим критериям DSM-IV.

- Человек был подвергнут воздействию травмирующей ситуации, в которой были соблюдены оба следующих условия: он пережил, стал свидетелем или столкнулся с событием, которое подразумевало фактическую смерть, или ее угрозу, или серьезную травму, или угрозу физической целостности либо его самого, либо других. Реакция человека подразумевает также чувство сильного страха, беспомощности или ужаса.
- Во время или вслед за прискорбным событием у человека обнаружены три (или больше) диссоциативных симптома:

1. Субъективное ощущение торможения, отстраненности или отсутствия эмоциональной отзывчивости.

2. Снижение ориентации в окружающей обстановке (например, «пребывание в оцепенении»).
3. Дерезализация.
4. Дезперсонализация.
5. Диссоциативная амнезия (то есть неспособность вспомнить важный аспект травмы).
 - Человек постоянно, вновь и вновь, переживает травму, что проявляется хотя бы в одном из следующих симптомов: рекуррентное восстановление картины травмы, мысли, сны, иллюзии, «обратные кадры» или ощущение повторного переживания происшествия, или стойкий дистресс при напоминании о травматическом событии.
 - Человек явно избегает стимулов, которые возбуждают воспоминания о травме (например, мыслей, чувств, разговоров, занятий, мест или людей).
 - У человека наблюдаются явные симптомы тревоги или повышенного возбуждения (например, нарушения сна, раздражительность, плохая концентрация внимания, повышенная настороженность, преувеличенная реакция испуга, двигательное беспокойство).
 - Дисфункции, возникшие вследствие травмы, вызывают клинически значимый дистресс или нарушения в социальной, профессиональной или какой-то иной важной области функционирования или нарушают способность индивида выполнить важную задачу, как, например, заручиться необходимой помощью или мобилизовать личностные ресурсы, рассказав членам семьи о травматическом переживании.
 - Нарушение длится как минимум 2 дня и максимум — 4 недели; оно возникает в пределах 14 недель с момента травмирующего события.
 - Нарушение не связано с прямыми физиологическими действиями химических веществ (например, с наркоманией, приемом медикаментозных препаратов) или с общесоматическими состояниями; оно не объясняется с позиции кратковременного психотического расстройства и не является простым усугублением предшествующего расстройства I оси или II оси.

Посттравматическое стрессовое расстройство

В DSM-IV диагноз посттравматического стрессового расстройства учитывает многие элементы острого стрессового расстройства и отличается главным образом с точки зрения выраженности и продолжительности симптоматики:

- На человека оказала воздействие травмирующая ситуация, в которой были соблюдены следующие условия: он пережил, стал свидетелем или столкнулся с событием или событиями, которые подразумевали фактическую смерть, или угрозу смерти, или серьезную травму, или серьезную угрозу физической целостности либо его самого, либо других. Его реакция подразумевала интенсивный страх, беспомощность или ужас.
- Человек постоянно, вновь и вновь, переживает травму одним или несколькими способами:
 1. Рекуррентные и навязчивые неприятные воспоминания о событии, включающие в себя образы, мысли или перцепции.
 2. Рекуррентные неприятные сноведения о событии.
 3. Поведение или чувства, соответствующие тем, что имели бы место, если бы травмирующее событие повторялось, и включающие в себя повторное переживание травмы, иллюзии, галлюцинации и диссоциативные «обратные кадры», в том числе те, что возникают при пробуждении или в состоянии интоксикации.
 4. Интенсивный психологический дистресс при воздействии внутренних или внешних сигналов, которые символизируют или напоминают аспекты травмирующего события.
 5. Физиологическая реактивность или подверженность воздействию внутренних или внешних сигналов, которые символизируют или напоминают аспекты травмирующего события.

- Упорное избегание стимулов, связанных с травмой, и снижение общей реактивности (отсутствовавшее до травмы), на что указывают три (или более) признака из перечисленных ниже.

1. Стремление избегать мыслей, чувств или бесед, связанных с травмой. !
2. Стремление избегать занятий, мест или людей, которые возбуждают воспоминания о травме.

3. Неспособность вспомнить важные аспекты травмы.

4. Заметно сниженный интерес к участию в важных мероприятиях. i

5. Чувство отстраненности или отчуждения от других. i

6. Сужение диапазона аффекта (например, неспособность испытывать любовные чувства).

7. Преоценочное отсутствие перспектив в будущем (например, потеря надежд на построение карьеры, вступление в брак, рождение детей или нормальную жизнь).

- Стойкие симптомы повышенного возбуждения (отсутствовавшие до травмы), состоящие в одном или нескольких нарушениях, среди которых: трудности при засыпании или поддержании сна; раздражительность или вспышки гнева; невозможность сосредоточиться; сверхнастороженность или преувеличенная реакция испуга.

- Нарушения длятся дольше 1 месяца.

- Дисфункции порождают клинически значимый дистресс или нарушения в социальной, профессиональной и других важных областях функционирования.

- Клиницисту, выставляющему диагноз ПТСР, важно также уточнить, является ли состояние острым (продолжительность симптомов — меньше 3 месяцев) или хроническим (продолжительность симптомов — 3 месяца и дольше).

- Клиницист должен далее указать, отмечено ли состояние отсроченным началом, в случае которого симптоматика развивается как минимум через 6 месяцев после воздействия стрессора

Во всех случаях посттравматического стресса обусловленный страх, связанный с травматическим переживанием, оказывается главным причинным фактором. Поэтому оперативное проведение психотерапии сразу после травматического переживания считается важным для профилактики укрепления обусловленного страха и резистентности к изменению

Травматические стрессовые расстройства

1. Острое стрессовое расстройство определяет симптомы, продолжающиеся от двух дней и до четырех недель. Сохранение симптомов приведет к посттравматическому стрессовому расстройству (ПТСР). Считается нормой, исключая реакции на патологические стрессовые факторы.

2. Посттравматическое стрессовое расстройство – это наиболее распространенный стрессовый ответ на тяжелую травматизацию

(первичную, вторичную или третьей степени). Симптомы проявляются различными формами переживаний травмы заново (подобно ретроспективам и ночным кошмарам); различными формами избегания, отчужденности, потери памяти, психическим и эмоциональным оцепенением и изменениями поведения; проявлением повышенной чувствительности автономной нервной системы. Симптомы могут значительно варьировать по длительности, частоте и сложности. Независимо от критериев диагностики у многих пациентов проявляются многие другие симптомы, такие как тревожность, депрессия, разобщающий феномен, изменение в личности, саморазрушающее поведение, комплекс вины, соучастие, гнев и фантазии о мести и возмездии.

3. Комплекс посттравматического стрессового расстройства и «расстройств, глубоко не выявляемых по-другому» (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified – DESNOS). Концепция была введена в Германии на основании обзора литературы о затянувшейся или повторной травме. У жертв могут развиваться адаптивные и защитные модели того, как они могут совладать со своими страхами и противоречиями, которые включают формы диссоциации, соматизации, поведения саморазрушения и характерологические личностные изменения.

Осложнения травматического стрессового расстройства И. Тайпале (2004) приводит классификацию самых распространенных осложнений травматических стрессовых расстройств (рис. 1.73).

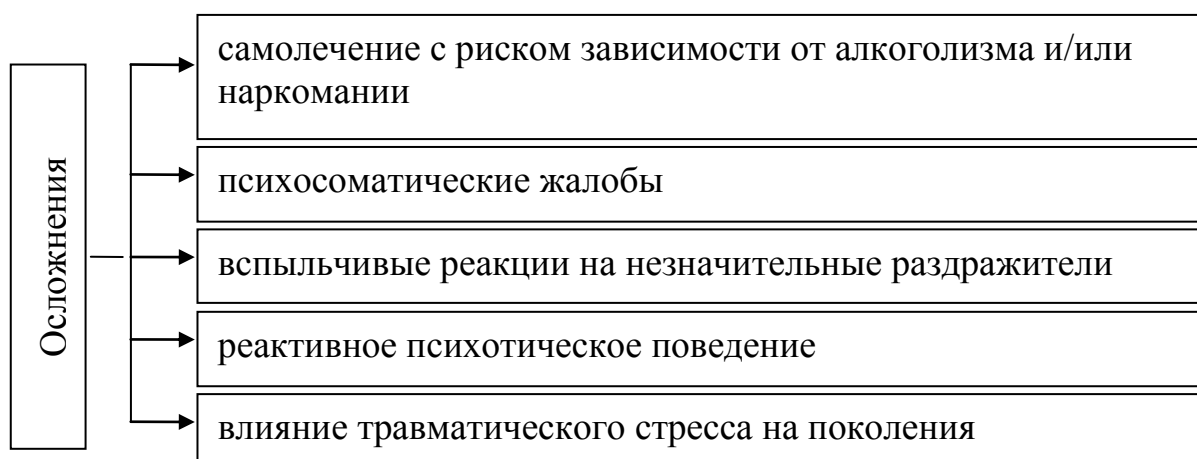


Рис. 1.73. Осложнения травматических стрессовых расстройств

Самолечение с риском зависимости от алкоголизма и/или наркомании

Алкоголь и/или легкие транквилизаторы являются самым распространенным способом уменьшить тревожность.

Можно ожидать небольшой зависимости от алкоголя и наркотиков, если возможность избавиться от основной травмы оказывается недостаточной. Особенно уязвимая группа — военнослужащие и бывшие военнослужащие, среди которых массовое злоупотребление подтверждено документами. Злоупотребление алкоголем и лекарствами часто связано с повышенной частотой как суицидов или суицидальных попыток, так и убийств. В некоторых зонах конфликта местные данные подтверждают пятикратное увеличение доли суицидов и двадцатикратное увеличение числа убийств (немотивированные убийства, связанные с принятием алкоголя и легким доступом к оружию).

Психосоматические жалобы

Люди не считают традиционные учреждения психического здоровья подходящими для себя, многие пациенты впервые обращаются за помощью в систему оказания первичной помощи.

Вспыльчивые реакции на незначительные

Неразрешенная проблема травматизации часто проявляется в виде вспыльчивых реакций, когда

раздражители (ситуации, подобные травме или символизирующие травму) индивид оказывается в ситуации, подобной травматической или символизирующей травматическую. Эмоциональный ответ, будучи неадекватным характеру раздражителя, оказывается неожиданным как для самого индивида, так и для наблюдателя. Это часто связано с боязнью сойти с ума, так как такие действия чужды личности и характеру индивида. Сочетание этих реакций и алкоголя может частично объяснить повышенную склонность к насилию (преступному и бытовому).

Реактивное психотическое поведение Клинические наблюдения показывают, что эти состояния проявляются тогда, когда человек продолжает жить в небезопасной зоне.

Влияние травматического стресса на поколения Исследования влияния травматического стресса на детей и внуков жертв Холокоста и детей ветеранов Вьетнама показало повышение частоты встречаемости стрессовых расстройств в следующих поколениях. Восприятие детей и даже внуков окрашивается семейной памятью травмирующих событий, пережитых родителями, бабушками и дедушками.

После установления в результате многочисленных исследований, что пребывание в травматических ситуациях может привести впоследствии к специфическим изменениям в психике, понадобилось разграничение видов стресса:

- стресс, как источник нервно – психического напряжения, вызываемый воздействием различных интенсивных стимулов окружающей среды, трудными жизненными ситуациями;

- стресс, как состояние человека, который пережил нечто выходящее за рамки обычного напряжения, который называется травматическим, и может подразделяться на:
 - острое стрессовое расстройство;
 - посттравматическое стрессовое расстройство;
 - DESNOS (см. глава 2.9.).

Катастрофические стрессовые события вызывали у пострадавших длительные психические нарушения полиморфного характера с утратой обычной эмоциональности, навязчивыми и угнетающими воспоминаниями, повышенной возбудимостью и раздражительностью, повторяющимися ночными кошмарами и психосоматическими расстройствами.

Пребывание в травматической ситуации одна из основных причин, вызывающих стрессовое расстройство, но другая не менее важная сторона - это то, как человек реагирует на само травматическое событие и как он «перерабатывает» пережитое (его уровень эмоциональной устойчивости, личные ресурсы, качественное своеобразие защитных психологических механизмов и др.)

***Острая стрессовая реакция** Острую стрессовую реакцию выявляют у людей недавно (не позднее 4 часов) переживших психическую травму или подвергшихся воздействию чрезвычайного фактора.*

Около 50-90% пострадавших после несчастья или серьёзного инцидента людей имеют клинические проявления острой стрессовой реакции (стрессовый шок). Если ситуация неострая или пострадавшие не случайные люди, а лица, прошедшие обучение по выходу их стрессовой реакции, частота развития симптоматики значительно меньше.

Общие клинические проявления стрессовой реакции (рис. 6.3.):

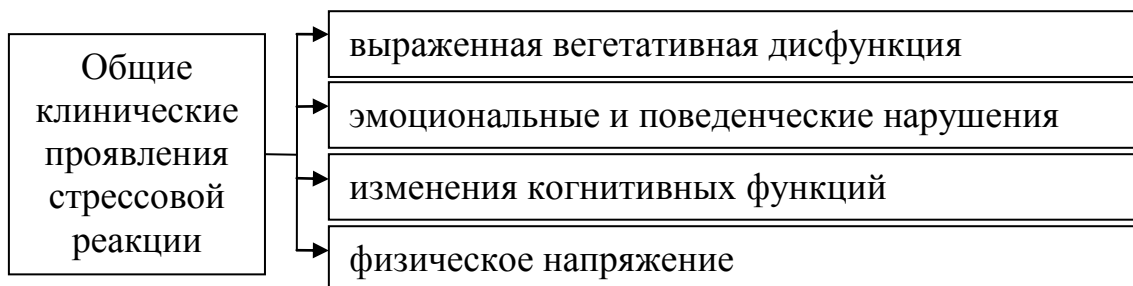


Рис. 6.3. Общие клинические проявления стрессовой реакции.

1. *Вегетативная дисфункция:*

- поверхностное дыхание, чувство удушья;
- сердцебиение, тахикардия;
- потливость или чувство холода, влажные руки;
- сухость во рту;
- ощущение дурноты, головокружение;
- тошнота, диарея, другие симптомы нарушения функций ЖКТ;
- приступы жара или озноб;
- частое мочеиспускание;
- затруднённое глотание, «ком в горле».

2. *Эмоциональные и поведенческие нарушения:*

- тревожность и страх, эйфория;
- гнев, раздражительность;
- апатия, депрессия;
- чувство вины;
- чувство отчуждённости;
- нарушение сна;
- усиление подозрительности;
- изменение поведения (по сравнению с индивидуальной нормой);
- трудности в общении с окружающими;
- гиперактивность, невозможность переключения внимания (от

анализа сложившейся критической ситуации) и отдыха;

- склонность к затеванию споров;
- снижение работоспособности;
- увеличение количества выкуриваемых сигарет и, возможно, употребления алкоголя.

3. *Изменение когнитивных функций:*

- заторможенность;
- проблемы с памятью и концентрацией внимания;
- трудность в принятии решений;
- рассеянность;
- утрата объективности в оценке происходящего.

4. *Физическое напряжение:*

- тремор, мышечные подёргивания, дрожь;
- напряжённость и болезненность в разных группах мышц;
- психомоторное возбуждение;
- астения.

К *типичным специфическим клиническим проявлениям* стрессовой реакции относят следующие (рис. 6.4.):

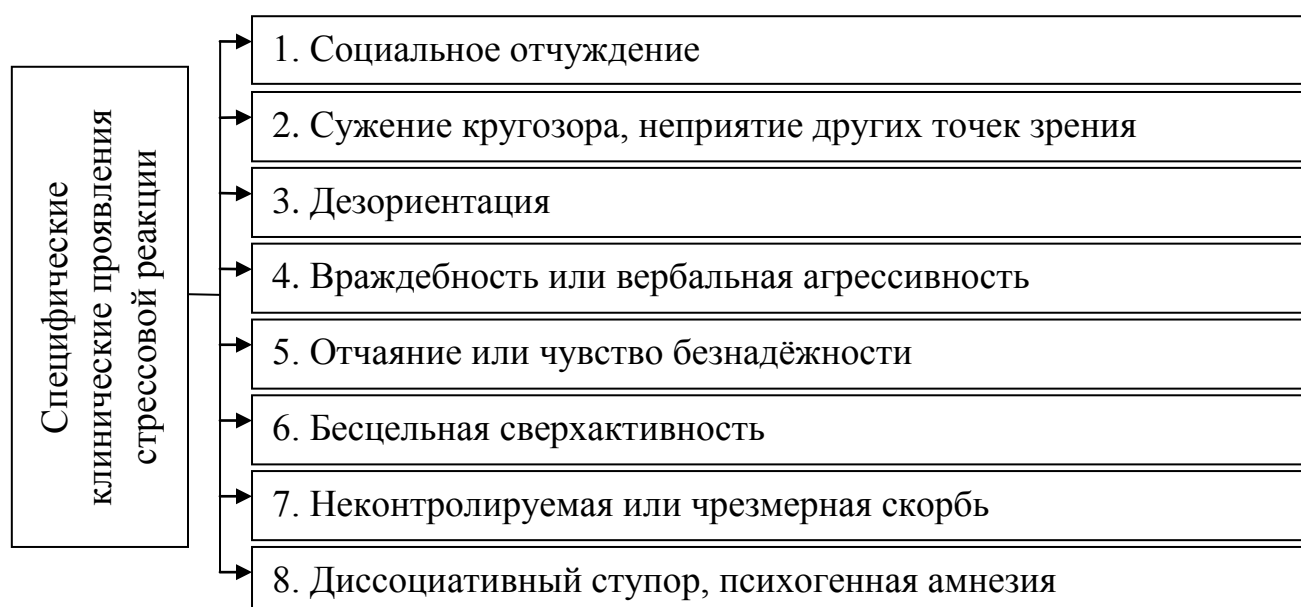


Рис. 6.4. Специфические клинические проявления стрессовой реакции

Критерии ЛПТСР по МКБ – 10:

Симптомы обнаруживают типичную меняющуюся картину, включая начальное состояние «оглушенности» с некоторым сужением поля сознания, снижением внимания, неспособность адекватно реагировать на окружающие стимулы и дезориентировку. Это состояние может сопровождаться или дальнейшим уходом от окружающей ситуации (вплоть до диссоциативного ступора) или ажитацией и гиперактивностью (реакция бегства или фуга). Часто присутствуют вегетативные признаки панической тревоги (тахикардия, потение, покраснение). Может присутствовать частичная или полная амнезия. Риск развития стресса увеличивается при физическом истощении или наличии органических факторов, например, у пожилых людей.

Экстремальные ситуации имеют три степени тяжести воздействия в зависимости от наличия признаков специфических клинические проявлений (рис. 6.5).

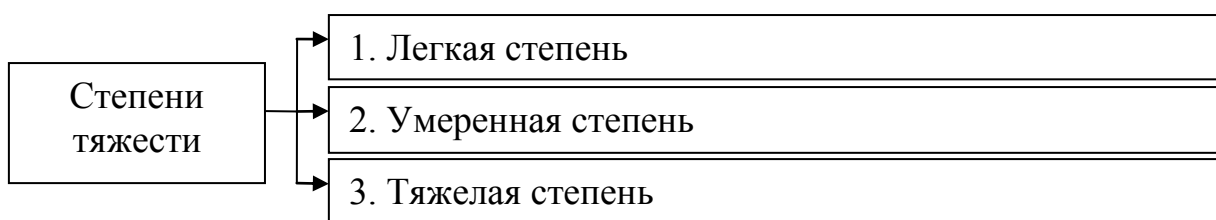


Рис. 6.5. Степени тяжести воздействия экстремальной ситуации.

1. *Лёгкая степень*: только признаки общей тревожности.
2. *Умеренная степень*: дополнительно имеются два специфических признака.
3. *Тяжёлая степень*: дополнительно имеются четыре специфических признака или только диссоциативный ступор.

Дифференциальная диагностика проявления признаков стрессовой ситуации:

Дифференциальная диагностика

1. Острое соматическое заболевание, сопровождающееся сходной клинической симптоматикой (например, острая инфекция желудочно-кишечного тракта).
2. Физическая травма, вызывающая тревожность, дезориентацию, нарушения сознания и т. д. (шок, контузия, сотрясение мозга).
3. Панические расстройства (при острой стрессовой реакции всегда имеет место предшествующая стрессовая ситуация, вызывающая тревожность).
4. Обострение после стресса уже имеющихся психических расстройств. (В этом случае стрессовое расстройство — обычно не самостоятельный диагноз.)
5. Дифференциальная диагностика полностью основана на оценке ситуации и обследовании больного.

Течение острой стрессовой реакции характеризуется клиническими признаками:

1. Явные клинические признаки появляются спустя минуты – часы после стрессовой ситуации; их выраженность начинает уменьшаться через 8 часов, если воздействие стрессовой ситуации прекращено. К инициальному состоянию оглушенности добавляется депрессия, тревога, гнев, отчаянье, гиперактивность и отгороженность, но ни один из симптомов не преобладает длительно;
2. Прекращается быстро (самое большое – в течение нескольких часов) в случаях устранения стрессовой обстановки. Если стресс продолжается, не может прекратиться симптомы начинают регрессировать через 24 – 48 часов и сводятся к минимуму в течение 3 дней.

Посттравматическое стрессовое расстройство Впервые в 1980 году М.Ж. Horowitz (Сидоров П.И., Литвинцев С.В., Лукманов М.Ф., 1999) предложил выделять ПТСР в качестве самостоятельной нозологической единицы.

Впоследствии высказывались мнения, что тяжелые стрессоры действуют как катализаторы, а не как специфические этиологические факторы, поэтому важно правильно установить диагностическую картину возникшего расстройства (рис. 3.42.):

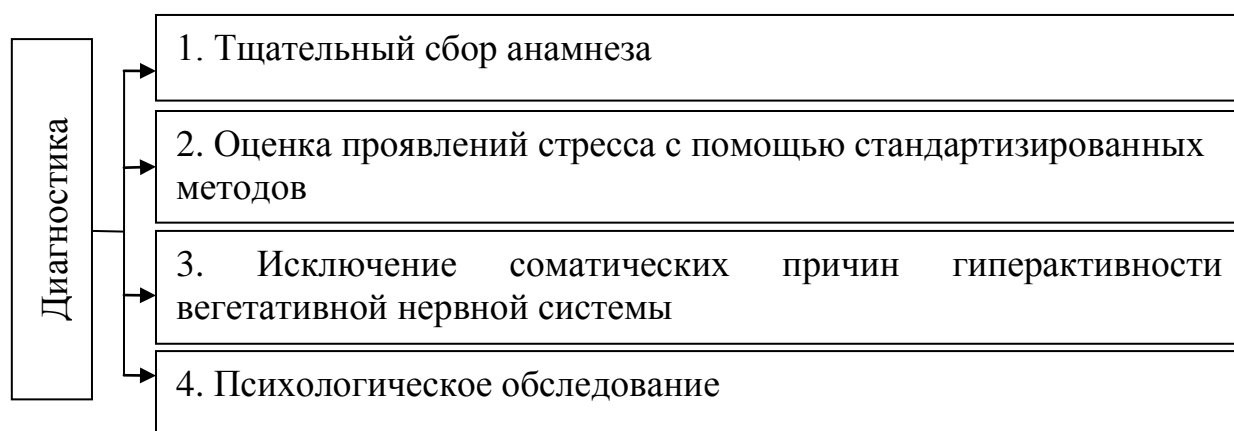


Рис. 3.42. Диагностическая картина.

Специфика, общность этиологии и несоответствие психических расстройств у пострадавших ранее известным нозологическим формам позволили выделить их в качестве самостоятельного синдрома (Horowitz MJ. et al., 1980). Данный синдром был включен в руководство по диагностике и статистике психических расстройств Американской психиатрической ассоциации (DSM-III) и обрел официальный статус под названием «посттравматическое стрессовое расстройство» — ПТСР (post-traumatic stress disorder — PTSD) в группе тревожных расстройств. В МКБ-10 ПТСР определяется как затяжная или отсроченная реакция на ситуации, сопряженные с серьезной угрозой жизни или здоровью. Психологические аспекты переживания травматического стресса и его последствия

изучаются в контексте общих проблем деятельности человека в экстремальных условиях.

Посттравматическое стрессовое расстройство — это непсихотическая отсроченная реакция на травматический стресс (такой как природные и техногенные катастрофы, боевые действия, пытки, изнасилования), способный вызвать психические нарушения практически у любого человека.

Статистические данные

1. В странах Западной Европы распространённость посттравматических стрессовых расстройств составляет примерно 1- 3%.
2. Заболеваемость психическими расстройствами, главным образом посттравматическими стрессовыми расстройствами, через год после кризисной ситуации возрастает на 17% (по данным мета-анализа с динамическим наблюдением пострадавших).
3. Через несколько лет после тяжёлого стресса (у военнопленных, узников концлагерей, у пострадавших от взрыва мин, при завалах в шахтах и др.) частота посттравматических стрессовых нарушений может достигать 100%.
4. Основное условие для диагностики ПТСР - достоверные сведения о том, что больной испытал стресс или побывал в исключительной, катастрофической или угрожавшей жизни ситуации, способной вызывать глубокий дистресс практически у всех людей (МКБ-10). Критерии Американской ассоциации психиатров (DSM-IV) дополнительно уточняют определение: травмирующая ситуация сопровождается серьёзной угрозой здоровью или жизни индивидуума, и последний при этом испытывает сильный страх, состояние беспомощности или ужаса (Денисов И.Н., Кулаков В.И., Хаитов Р.М., 2001).

Критерии ПТСР по МКБ – 10:

- 1) Больной должен быть подвержен воздействию стрессорного события

или ситуации (как краткому, так и длительному) исключительно угрожающего или катастрофического характера, что способно вызвать общий дистресс почти у любого индивидуума;

- 2) Стойкие воспоминания или «оживление» стрессора в навязчивых реминисценциях, ярких воспоминаниях или повторяющихся снах, либо повторное переживание горя при воздействии ситуации, напоминающих или ассоциирующихся со стрессором;
- 3) Больной должен обнаруживать фактическое избегание или стремление избежать обстоятельств, напоминающих либо ассоциирующихся со стрессором;
- 4) Любое из двух:
 - психогенная амнезия, либо частичная, либо полная, в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора;
 - стойкие симптомы повышения психологической чувствительности или возбудимости (не наблюдавшиеся до действия стрессора), представленные любыми двумя из следующих:
 - затруднения засыпания или сохранения сна;
 - раздражительность или вспышки гнева;
 - затруднения концентрации внимания;
 - повышение уровня бодрствования;
 - усиленный рефлекс четверохолмия (четверохолмие – часть среднего мозга; два парных образования — верхнее и нижнее двухолмия. Первое двухолмие — одно из подкорковых центров зрения, второе — слуха).
- 5) Критерии 2 – 4 возникают в течение шести месяцев после стрессогенной ситуации или в конце периода стресса.

Критерии ПТСР по DSM-IV:

- 1) Индивид находится под воздействием травмирующего события, причем должны выполняться оба приведенных ниже пункта (у детей

реакция может замещаться ажитирующим или дезорганизованным поведением):

- индивид был участником, свидетелем либо столкнулся с событием (событиями), которые включают смерть или: угрозу смерти, угрозу серьезных повреждений, угрозу физической целостности других людей (либо собственной);
- реакция индивида включает интенсивный страх, беспомощность или ужас;

2) Травматическое событие настойчиво повторяется в переживании одним (или более) из следующих способов:

- повторяющееся и навязчивое воспроизведение события, соответствующих образов, мыслей и восприятий, вызывающее тяжелые эмоциональные переживания (у маленьких детей может появиться постоянно повторяющаяся игра, в которой проявляются темы или аспекты травмы);
- повторяющиеся тяжелые сны о событии (у детей могут возникать ночные кошмары, содержание которых не сохраняется);
- такие действия или ощущения, как если бы травматическое событие происходило вновь, включает ощущение «оживания» опыта, иллюзии, галлюцинации и диссоциативные эпизоды — «флэш-бэк»-эффекты, включая те, которые появляются в состоянии интоксикации или в просономном состоянии (у детей может появляться специфическое для травмы повторяющееся поведение);
- интенсивные тяжелые переживания, которые были вызваны внешней или внутренней ситуацией, напоминающей о травматических событиях или символизирующей их;
- физиологическая реактивность в ситуациях, которые внешне или внутренне символизируют аспекты травматического события;

- 3) Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой, блокировка эмоциональных реакций, оцепенение (не наблюдалось до травмы). Определяется по наличию трех (или более) из перечисленных ниже особенностей:
- усилия по избеганию мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой;
 - усилия по избеганию действий, мест или людей, которые пробуждают воспоминания о травме;
 - неспособность вспомнить о важных аспектах травмы (психогенная амнезия);
 - заметно сниженный интерес или участие в ранее значимых видах деятельности;
 - чувство отстраненности или отделенности от остальных людей;
 - сниженная выраженность аффекта (неспособность любить);
 - чувство отсутствия перспективы в будущем (например, отсутствие ожиданий по поводу карьеры, женитьбы, детей или пожелания долгой жизни);
- 4) Постоянные симптомы возрастающего возбуждения (которые не наблюдались до травмы). Определяются по наличию двух из нижеперечисленных симптомов:
- трудности засыпания или плохой сон (ранние пробуждения);
 - раздражительность или вспышки гнева;
 - затруднения с сосредоточением внимания;
 - повышенный уровень настороженности, гипербдительность, состояние постоянного ожидания угрозы;
- 5) Гипертрофированная реакция испуга. Длительность протекания расстройства (симптомы в критериях 2 – 4) более чем 1 месяц;
- 6) Расстройство вызывает клинически значимое тяжелое эмоциональное состояние или нарушения в социальной, профессиональной или других

важных сферах жизнедеятельности.

Все диагностическое значение критериев ПТСР можно объединить в следующую клиническую картину (рис. 3.43.):

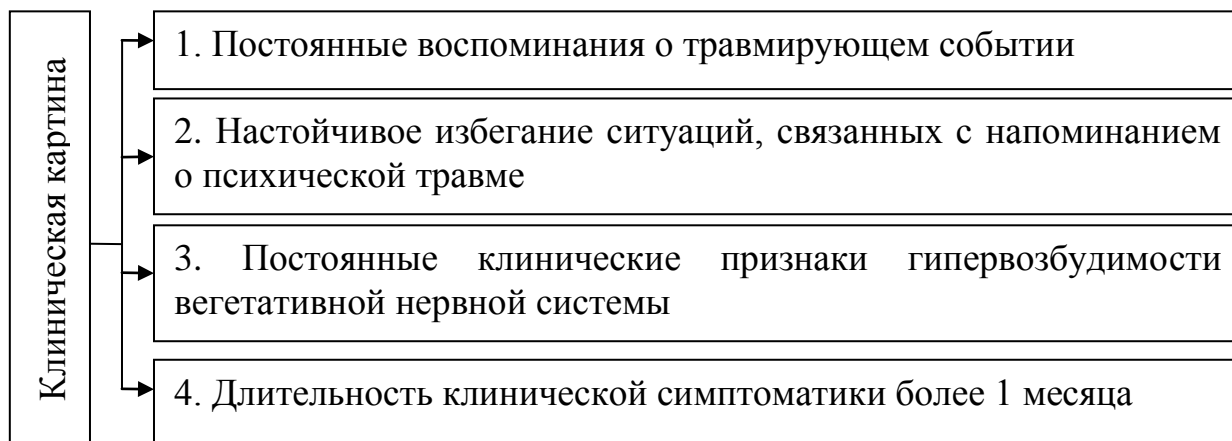


Рис. 3.43. Клиническая картина.

- 1. Воспоминания о травмирующем событии*
- 1) Рецидивирующие тревожные воспоминания;
 - 2) тревожные мысли о случившейся стрессовой ситуации;
 - 3) чувство возврата травмирующей ситуации, имевшей место в прошлом (иллюзии, галлюцинации, диссоциативные эпизоды видения прошлого);
 - 4) тревожность и беспокойство возникают и обостряются при контакте с объектами, символизирующими или напоминающими травмирующую ситуацию.

2. Избегание ситуаций, связанных с

психической травмой.

- 1) Попытки избегания мыслей и чувств, связанных с травмой;
- 2) попытки избегания действий или ситуаций, пробуждающих воспоминания о травме;
- 3) общая или частичная амнезия, связанная с травмой;
- 4) значительное снижение интереса к важным делам, текущей деятельности (психологический регресс);
- 5) ощущение отрешённости и отчуждённости;
- 6) снижение эмоциональной реактивности, эмоциональная тупость;
- 7) предчувствие скорой смерти.

3. Признаки гипер-

возбудимости

- 1) Трудности с засыпанием, постоянные пробуждения;
- 2) раздражительность или вспышки гнева;
- 3) трудности с концентрацией внимания;
- 4) боязливость;
- 5) повышенная настороженность.

4. Длительность

симптомов

Диагноз посттравматического стрессового расстройства достоверен при длительности клинической симптоматики более 1 мес. Разрыв между происшествием и появлением симптоматики не превышает 6 мес. После этого срока причинная связь сомнительна.

Дифференциальная диагностика ПТСР включает в себя:

1. Затянувшиеся проявления острой стрессовой реакции или острого стрессового расстройства (DSM-IV). Клинические проявления в этих случаях в основном аналогичны, но не столь тяжелы и исчезают в течение нескольких недель.
2. Нарушения адаптации и другие реакции на тяжёлый стресс (общие симптомы, не соответствующие критериям посттравматического стрессового расстройства).
3. Другие «невротические» посттравматические расстройства и психоорганический синдром (симптоматика соответствует критериям другого специфического расстройства).
4. Устойчивые изменения личности после катастрофы (значительное ухудшение межличностных, социальных и профессиональных функций в течение 2-3 лет; при этом посттравматическое стрессовое расстройство может предшествовать этим изменениям).

Н.В. Тарабрина (2003) указывает, что среди факторов риска развития ПТСР биологические и генетические факторы являются лучшими предикторами его возникновения. Наиболее информативным признаком психофизиологической реактивности является значительно высокий показатель электрокожной проводимости у данной категории лиц, также у них наблюдаются меньшие размеры гиппокампа. Делается попытка объяснить этот феномен, основываясь на результатах корреляционных исследований, выполненных на животных, в которых говорится о том, что стресс вызывает нарушение мозговых структур.

Проявления ПТСР можно считать первоначально адекватной реакцией на пережитую чрезвычайную (для данной конкретной личности) ситуацию, которая становится болезненной лишь в зависимости от влияния дополнительных патогенных факторов. Ряд ученых считает, что переживания людей подвергшихся «экстраординарному стрессовому

воздействию» являются «нормальной реакцией здоровых людей», а неполноценными следует считать лиц, переживших экстремальную ситуацию и впоследствии не обнаруживающих моральных страданий или не выявляющих каких – либо психических расстройств.

Огромную роль как в помощи по преодолению травматических стрессовых состояний, так и в формировании ПТСР в случае отсутствия поддержки и понимания окружающих людей играют социальные факторы. Столкновение со вторичными по отношению к экстремальному опыту стрессорами (ненужность обществу человека с травматическим опытом; взаимное непонимание между теми кто был пострадавшим (на войне, в ЧС), и теми, кто не был; комплекс вины, формируемый обществом и др.), достаточно часто приводит к ухудшению состояния пострадавших.

Адаптированность к стрессовым влияниям боевой (экстремальной) обстановки возрастает с увеличением продолжительности пребывания в психотравмирующей ситуации. При этом более специфичными и устойчивыми становятся следующие компенсаторные проявления (рис. 3.45.):



Рис. 3.45. Компенсаторные проявления адаптации к стрессовым влияниям.

Приобретенные компенсаторно-приспособительные личностные и психобиологические изменения в ряде случаев становятся устойчивым эмоционально-поведенческим стереотипом. Их можно расценивать как формирование готовности к ПТСР и его симптоматики.

Травматизация *Самой незащищенной и уязвимой частью*
детей *населения, полностью зависящей от взрослых,*
являются дети.

Они, так же как и взрослые, достаточно часто оказываются в зоне техногенных и природных катастроф, свидетелями военных действий, они становятся заложниками, а также жертвами физического, сексуального и эмоционального насилия, а также к травматическим ситуациям для детей можно отнести длительные или повторяющиеся госпитализации.

Выделяют факторы риска для возникновения ПТСР у детей и подростков (рис. 3.46.):

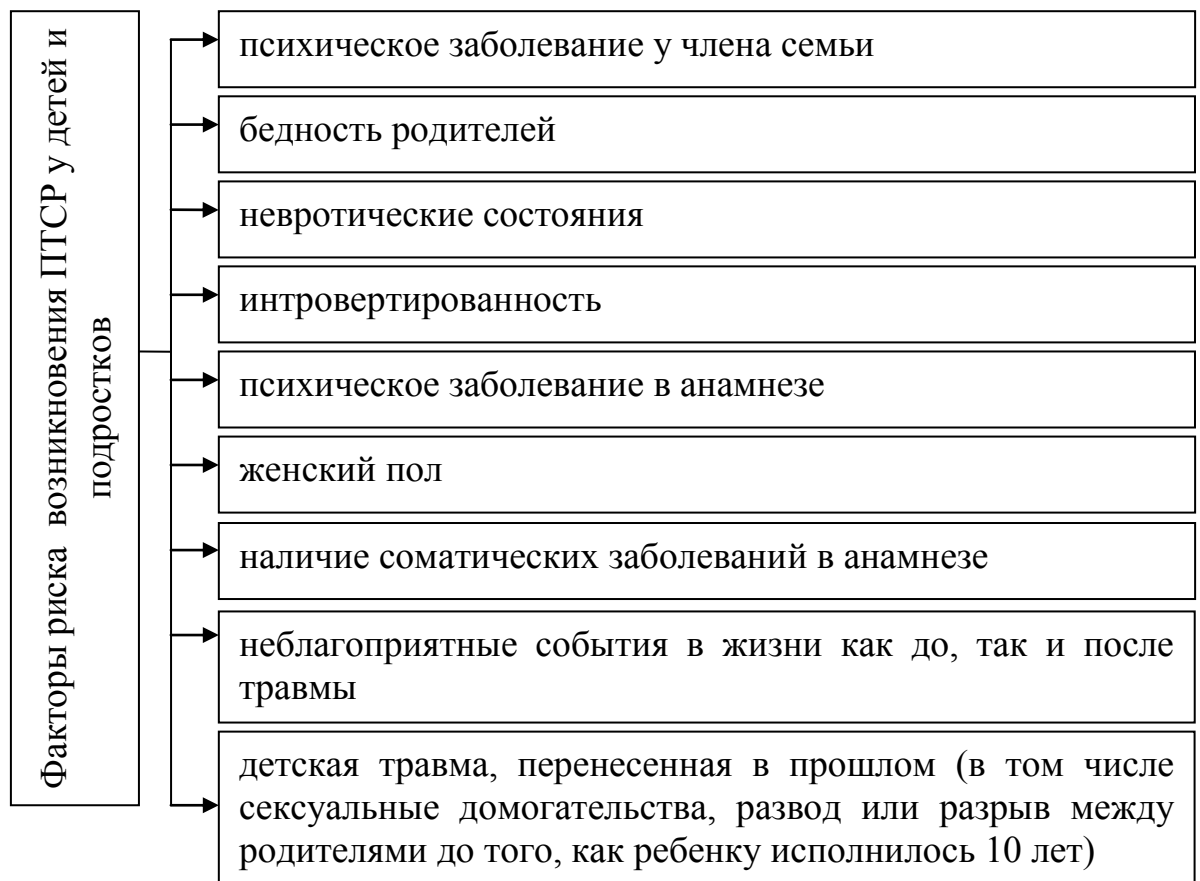


Рис. 3.46. Факторы риска возникновения ПТСР у детей и подростков.

Как один из симптомов ПТСР у *подростков* может появляться «вина выжившего», также отмечаются различные соматические жалобы, по результатам медицинских осмотров не имеющие органической природы.

У *детей старшего возраста* появляются проблемы в учебе и общении. Им свойственны поведенческие нарушения от депрессии до агрессии.

Для *детей дошкольного возраста* наиболее типичными последствиями травматических ситуаций являются: регрессивное поведение (энурез, страх разлуки с родителями, страх перед незнакомыми людьми, утрата имевшихся навыков), раздражительность.

Когда ребенок сталкивается со смертью, она предстает перед ним с двух сторон: во-первых, человек становится свидетелем смерти близкого человека, а, во-вторых, осознает, что сам он смертен. Впервые страх

смерти появляется у ребенка в возрасте приблизительно 3 года, он начинает бояться засыпать, помногу раз спрашивает у родителей, не умрут ли они. Затем формируются три базовые иллюзии, позволяющие избегать этого страха:

- 1 иллюзия — иллюзия собственного бессмертия («все смертны, но не я»). Разрушение этой иллюзии может полностью поменять восприятие окружающего мира не как уютного и безопасного, а как полного опасностей и неожиданностей;
- 2 иллюзия — иллюзия справедливости («все получают по заслугам. Если я буду хорошим, со мной ничего не случится»). Разрушение этой иллюзии приводит либо к представлению о том, что мир несправедлив и ужасен, либо к построению новых иллюзий (часто их роль выполняет религия);
- 3 иллюзия — иллюзия простоты устройства окружающего мира: все делится только на черное и белое.

Травматическая чрезвычайная ситуация приводит к разрушению этих базовых иллюзий. Наиболее травматической для детей бывают ситуации, когда ребенок является свидетелем:

- причинения вреда родственнику или близкому ребенку человеку (насилие, убийство, самоубийство);
- непосредственной угрозы здоровью и жизни ребенка и его близких;
- смерти близких;
- физических травм.

Помимо перечисленных факторов важным травмирующим обстоятельством является ощущение ребенком своей беспомощности.

Детям, перенесшим психическую травму, в большинстве случаев свойственно наличие всех симптомов ПТСР (навязчивое воспроизведение травматической ситуации, избегание мест, связанных с событием, повышенная физиологическая возбудимость и нарушение

функционирования). С.Л. Соловьева (2003) выделяет наиболее характерные симптомы у детей сразу после травмы (рис. 4.47.):

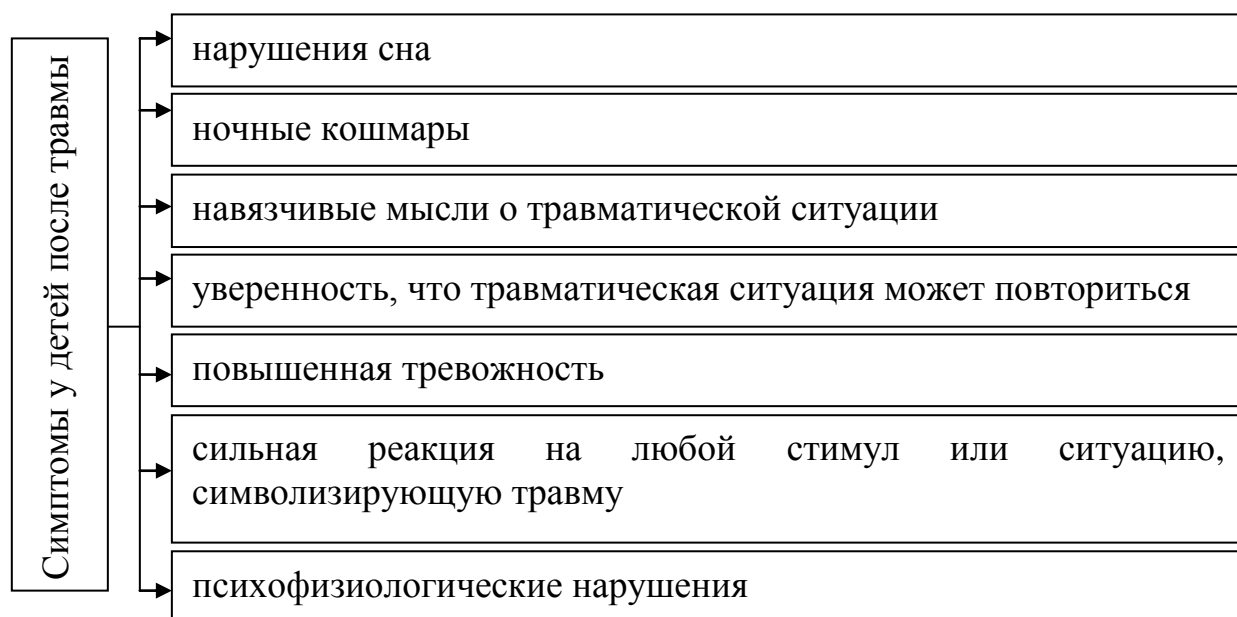


Рис. 4. 47. Симптомы детей подвергшихся травматизации.

При длительной разлуке с родителями у детей отмечаются такие нарушения, как депрессия, неспособность испытывать удовольствие, нарушение социальных контактов.

Дети могут не говорить о своих переживаниях, поэтому необходимо обращать внимание на невербальные признаки нарушения, такие как:

1. Нарушения сна, которые продолжаются дольше, чем несколько дней после травмы. При этом сны, напрямую связанные с травматической ситуацией, могут отсутствовать;
2. Страх разлуки с родителями, «цепляющееся» поведение;
3. Страх при появлении стимула (места, человека, телевизионной передачи), связанного с травматическим переживанием;
4. Соматические жалобы, неуверенность в собственном здоровье;
5. Повышенная тревожность, проявляющаяся дома или в школе, связанная со страхами или фрустрирующими обстоятельствами.

Навязчивое воспроизведение травматического случая у детей может иметь форму повторяющихся игр, в которых прослеживается 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 отсутствуют катартические элементы, т. е. дети, проиграв определенные сюжеты, не испытывают облегчения.

Особо следует отметить наличие у пострадавших расстройств психоэмоционального поведения и повышенную внушаемость. Они легко поддаются убеждению попытаться счастья в азартных играх, начинают посещать казино и залы игровых автоматов. В последующем некоторых азартные игры захватывают так сильно, что они становятся «игроманами» и нередко проигрывают все, вплоть до пособия, выделяемого властями на приобретение нового жилья (в случае его потери при чрезвычайной ситуации). При ПТСР индивид постоянно находится в состоянии внутреннего напряжения, что снижает порог утомляемости. Чрезмерная утомляемость, наряду с другими расстройствами (снижение настроения, нарушение концентрации внимания, субъективное ухудшение памяти) ведет к снижению работоспособности. Пострадавшие затрудняются выделить главную задачу, при получении очередного задания не могут уловить его основной смысл, стремятся принятие ответственных решений переложить на других и т.д. В большинстве случаев пострадавшие осознают («чувствуют») свое профессиональное снижение и по тем или иным причинам отказываются от предлагаемой работы, учебы (неинтересна, не соответствует уровню и прежнему социальному положению, мало оплачиваемая), предпочитая получать лишь пособие по безработице, которое намного ниже предлагаемой зарплаты (Кекелидзе З.И., 2004).

Суицидальное поведение при ПТСР *Актуальность изучения взаимосвязи между признаками ПТСР и суицидальным поведением*

обусловлена статистикой суицидов среди лиц, подвергшихся травматическому воздействию (например, жертвы сексуального насилия совершают суицид в 8 раз чаще по сравнению с контрольной группой).

Наиболее значимы фактор суицидального риска - чувство вины. Участие в экстремальных формах насилия может выступать в роли предиктора как суицидальных попыток, так и развития тяжелых форм ПТСР. Взаимосвязь ПТСР и суицидального поведения обнаружена не только среди ветеранов войн и узников плена, но и среди гражданского населения.

Во всем мире имеют тенденцию к резкому увеличению миграционные процессы, поэтому изучение психологических последствий вынужденного изменения мест проживания стало одной из актуальных проблем как для психологов, так и для клиницистов. Психической травматизации особенно сильно подвержены беженцы из «горячих точек», многие из них побывали в заложниках, находились в зоне военных действий, потеряли своих близких, т. е. переживали травматический стресс. В разных исследованиях показано, сколь значительна распространённость суицидального поведения и суицидальных попыток среди беженцев, подвергшихся травматизации. У части беженцев возникает чувство «вины выжившего». Почти у всех нарушаются социальные связи, которые зачастую приводят к полной социальной изоляции, у многих усиливается соматическая патология — все это относится к факторам суицидального риска. Другие ведущие симптомы в группе ПТСР включают ряд клинических параметров, связанных со склонностью к суицидальному поведению: болезненное содержание кошмаров, сокращение или пренебрежение социальными контактами, пессимизм по отношению к будущему и возросшая агрессивность.

Перечисленные симптомы, сопряженные с показателями суицидов, определены как «факторы содействия». Данные симптомы включают: возвращающуюся депрессию, чувство потери, сильное чувство безнадежности или чувство злости. Данные суицидологии указывают на высокую корреляционную связь между «чувством безнадежности», «невозможностью заглянуть в будущее» и будущим суицидом. «Утрата жизненной перспективы» относится к числу диагностических симптомов ПТСР.

Психологические

последствия ПТСР

У людей с ПТСР драматически нарушена способность к интеграции травматического опыта с другими событиями жизни, их травматические воспоминания существуют в памяти не в виде связанных рассказов, а состоят из интенсивных эмоций и тех соматосенсорных элементов, которые актуализируются, когда страдающий ПТСР находится в возбужденном состоянии или подвержен стимулам или ситуациям, напоминающим ему о травме. В силу того, что травматические воспоминания остаются неинтегрированными в когнитивную схему индивида и практически не подвергаются изменениям с течением времени, — что составляет природу психической травмы — жертвы остаются «застывшими» в травме как в актуальном переживании, вместо того, чтобы принять ее как нечто, принадлежащее прошлому.

Триггеры, запускающие навязчивые травматические переживания, со временем могут становиться все более и более тонкими: например, у ветерана войны резко ухудшается настроение при шуме дождя, потому что это напоминает ему сезоны муссонов во Вьетнаме.

Телесные реакции индивидов с ПТСР на определенные физические и эмоциональные стимулы происходят в такой форме, будто бы они все еще находятся в условиях серьезной угрозы; они страдают от гипербдительности, преувеличенной реакции на неожиданные стимулы и невозможности релаксации. Люди с ПТСР страдают от обусловленного возбуждения вегетативной нервной системы. Постоянное предвосхищение (антиципация) серьезной угрозы служит причиной такого, например, симптома, как трудности с концентрацией внимания или сужение круга внимания, которое направлено на источник предполагаемой угрозы.

Одним из последствий гипервозбуждения является генерализация ожидаемой угрозы. Мир становится небезопасным местом: безобидные звуки провоцируют реакцию тревоги, обычные явления воспринимаются как предвестники опасности. Как известно, с точки зрения адаптации возбуждение вегетативной нервной системы служит очень важной функцией мобилизации внимания и ресурсов организма в потенциально значимой ситуации. Однако у тех людей, которые постоянно находятся в состоянии гипервозбуждения, эта функция утрачивается в значительной степени: легкость, с которой у них запускаются соматические нервные реакции, делает для них невозможным положиться на свои телесные реакции — систему эффективного раннего оповещения о надвигающейся угрозе. Физические ощущения теряют функцию сигналов эмоциональных состояний и, как следствие, уже не могут служить в качестве

ориентиров при какой-либо активности или деятельности. Таким образом, подобно нейтральным стимулам окружающей среды, нормальные физиологические ощущения могут быть наделены новым угрожающим смыслом. Собственная физиологическая активность становится источником страха индивида.

Теряется способность гибкого реагирования на изменяющиеся требования окружающей среды, что может проявляться в трудностях в учебной деятельности и серьезно нарушить способность к усвоению новой информации.

Несмотря на свою болезненность, симптомы могут вносить позитивные изменения в область социальных ролей индивида. Известен случай, когда человек, страдавший от навязчивых воспоминаний войны, стал президентом США. Этот человек — Джон Кеннеди. Некоторые люди имеют положительную адаптацию к травме, используя опыт ее переживания как источник мотивации. Для других работа становится методом разрушения и средством ухода от прошлого. Хотя их карьеры могут быть очень успешными, этот успех часто достигается за счет разрушения семьи или межличностных связей. Так эти люди становятся калеками из-за навязчивости прошлого и своей неспособности концентрироваться на настоящем.

Например, выжившие жертвы концентрационных лагерей — они имели менее стабильный трудовой стаж, чем контрольная группа, с более частыми сменами работы, места жительства и рода занятий. Они переходили в менее квалифицированные и менее оплачиваемые слои в 25 % случаев, в противоположность 4 % случаев в контрольной группе.

Насилие потрясает сами базисные убеждения индивида относительно его самости как неуязвимой и имеющей ценность как таковой, а также относительно мира как безопасного и справедливого. После акта насилия взгляды жертвы на себя и на окружающий мир драматически меняются и уже никогда не будут прежними: воззрения должны быть изменены для того, чтобы появилась возможность интегрировать травматический опыт.

Многие травмированные индивиды, особенно дети, перенесшие травму, склонны обвинять самих себя за случившееся с ними. Взятие ответственности на себя в этом случае позволяет компенсировать чувства беспомощности и уязвимости иллюзией потенциального контроля. Установлено, что жертвы сексуального насилия, обвиняющие в случившемся себя, имеют лучший прогноз, чем те, кто не принимает на себя ложной ответственности, ибо это позволяет их локусу контроля оставаться интернальным и избежать чувства беспомощности.

Компульсивное повторное переживание травматических событий — поведенческий паттерн, который часто наблюдается у людей, перенесших психическую травму.

Проявляется он в том, что неосознанно индивид стремится к участию в ситуациях, которые сходны с начальным травматическим событием в целом или каким-то его аспектом. Например, ветераны становятся наемниками или служат в милиции.

Женщины, подвергшиеся насилию, вступают в болезненные для них отношения с мужчиной, который с ними плохо обращается. Индивиды, перенесшие в детстве ситуацию сексуального соблазнения, повзрослев, занимаются проституцией.

Понимание этого парадоксального феномена может помочь прояснить некоторые аспекты девиантного поведения в социальной и интерперсональной сферах. Субъект, демонстрирующий подобные паттерны поведения повторного переживания травмы, может выступать как в роли жертвы, так и в роли агрессора.

Повторное отыгрывание травмы является одной из основных причин распространения насилия в обществе. Многочисленные исследования, проведенные в США, показали, что большинство преступников, совершивших серьезные преступления, в детстве пережили ситуацию физического или сексуального насилия. В литературе описывается

феномен «ревиктимизации»: травмированные индивиды вновь и вновь попадают в ситуации, где они оказываются жертвами.

Преследуемые навязчивыми воспоминаниями и мыслями о травме, травмированные индивиды начинают организовывать свою жизнь таким образом, чтобы избежать эмоций, которые провоцируются этими вторжениями. Избегание может принимать разные формы, например, дистанцирование от напоминаний о событии, злоупотребление алкоголем или наркотиками для того, чтобы заглушить осознание дистресса, использование диссоциативных процессов для того, чтобы вывести болезненные переживания из сферы сознания. Все это ослабляет взаимосвязи с другими людьми, приводит к их нарушению, и, как следствие, — к снижению адаптивных возможностей.

Физическое избегание ситуаций или действий, которые имеют сходство с основной травмой или символизируют ее, может интерферировать на межличностные взаимосвязи и вести к супружеским конфликтам, разводу или потере работы. Однако семья, семейная стабильность выступают в качестве мощной социальной поддержки, оказывая компенсирующее влияние на больного члена семьи, включающее когнитивную, эмоциональную и инструментальную помощь (Н. В. Тарабрина, 2001).

Исходя из этого профилактика возникновения ПТСР и реабилитация лиц, подвергшихся стрессу, должна проводиться задолго до начала болезненного процесса. Причем успешность его в значительной степени будет определяться изменением отношения общества, средств массовой информации и государственных институтов.

Особо следует также отметить, что характер психогенных нарушений в значительной степени определяется условиями, в которых специалистам приходилось выполнять свои профессиональные обязанности (Никифоров Г.С., 2003).

Клиническая картина боевого стресса

Специфические симптомы боевого стресса значительно варьируют в зависимости от характера возложенных обязанностей, тяжести и характера травмирующего переживания и личности индивида. Вызывающим страх фактором является простое пребывание в зоне боевых действий, где существует большая вероятность разрыва снаряда, гибели или ранения оказавшихся поблизости людей (Zeidner, 1993). (О стрессах при выполнении солдатами некоторых обязанностей, не связанных с боевыми действиями, см. справку 4.3 «Современная жизнь».)

Фактически гражданские лица, проживающие в зонах военных действий, также рискуют развитием ПТСР. Исследования с участием 492 израильских детей из начальных классов, подвергавшихся обстрелу ракетами Скард во время войны с Ираком, показали, что в зонах попадания ракет отмечались более выраженные стрессовые реакции (Schwarzwald et al., 1993). В другой работе было показано, что уровень тревоги у гражданских лиц, находившихся под угрозой атаки, во время войны был значительно выше, чем при повторной проверке, когда война завершилась (Weizman et al., 1994). Кроме того, по вечерам (когда обычно наносились удары ракетами Скард) тревога обычно ощущалась сильнее, чем в дневное время.

В одном исследовании проводилась оценка самоотчетов 251 ветерана Вьетнама, после чего те были разбиты на группы в соответствии с тремя уровнями пережитого стресса:

1) участвовавшие в бою; 2) подвергнутые жестокому насилию в бою и 3) участвовавшие в жестокое насилие в бою (Laufer, Brett & Gallops, 1985). Исследователи пришли к выводу, что посттравматические симптомы, среди которых числились навязчивые образы, гипервозбуждение, оцепенение и когнитивная дезинтеграция, были связаны с испытанным на себе насилием. Участие в жестокое насилие прочнее было связано с более серьезной патологией, отмеченной когнитивной дезинтеграцией, например депрессией. Авторы пришли к выводу, что клиническая картина посттравматического стрессового расстройства варьирует в соответствии с характером стрессоров. В зоне военных действий участие в сражении — не единственный стрессор. У солдат, отвечавших за захоронение и регистрацию погибших, отмечалась высокая частота таких симптомов ПТСР, как гнев, тревога и соматические недуги, по сравнению с солдатами, на которых не были возложены такие обязанности (McCarroll, Ursano & Fullerton, 1995). Кроме того, некоторые люди, из поступающих на военную службу, больше других подвержены развитию стрессовых симптомов.

Однако несмотря на эти вариации, общая клиническая картина была на удивление единой для всех солдат с боевым стрессом, воевавших на разных войнах. Первыми симптомами были повышенная раздражительность и сензитивность, нарушения сна и часто повторяющиеся кошмары. При недавнем эмпирическом изучении эмоциональных составляющих ПТСР у боевых ветеранов было установлено, что гнев и проблемы с его обузданием — значимый компонент посттравматического стресса для них (Chemtob et al, 1994).

Зафиксированные случаи боевого стресса среди солдат, участвовавших в различных войнах, показывают, что общим симптомом обычно является чувство непереносимой тревоги. В сравнении с этим интересно отметить, что большинство солдат, получивших ранение, выказывало меньше симптомов тревоги и боевого истощения, чем солдаты без физических травм, за исключением случаев глубоких увечий. Очевидно, что ранение, благодаря которому открывается возможность ухода от стрессовой ситуации военных действий, устраняет источник тревоги. Похожие данные приводились в отношении израильских солдат, госпитализированных во время пяти-шестинедельной Войны судного дня 1973 года, когда Израиль атаковали египетские и сирийские войска (Merbaum & Hefez, 1976). В действительности нет ничего необычного в том, что солдаты молятся о ранении или о том, чтобы с ними случилось нечто, что могло им дать возможность покинуть поле боя. Бывает, что в преддверии скорого выздоровления и необходимости вернуться в строй, солдаты демонстрируют затяжную симптоматику или отсроченные травматические реакции нервозности, бессонницы, равно как и другие симптомы, которых не было на момент госпитализации.

Причинные факторы расстройств, вызванных боевым стрессом

В боевой обстановке, с присущей ей постоянной угрозой ранения и гибели, от которых едва удастся спастись, обычные методы coping оказываются сравнительно бесполезными. Чувства защищенности и адекватности, знакомые индивиду по относительно безопасной и надежной мирной жизни, подрываются до основания. В то же время мы должны отметить тот факт, что большинство солдат, побывавших в сражении, так и не стали психиатрическими пациентами, несмотря на то что у большей их части отмечались тяжелые реакции страха и другие симптомы дезорганизации личности, которые, однако, не были достаточно серьезными, чтобы вызвать

недееспособность. Кроме того, прежде чем «сломаться», многие солдаты переживали почти невыносимый стресс, тогда как другие не смогли справиться с давлением сравнительно малого боевого стресса или совсем не участвовали в сражении, не выдержав, например, боевой подготовки.

С целью изучения травматических реакций на военные действия, мы должны рассмотреть кроме самого перенесенного стресса, также и прочие факторы, среди которых конституциональная предрасположенность, зрелость личности, преданность своему подразделению и уверенность в своих офицерах.

Темперамент. Влияют ли на резистентность солдат к боевому стрессу конституциональные различия в сензитивности, энергии и темпераменте? Возможно, что да, но это предположение мало подтверждается реальными фактами. Нам больше известно об условиях боевой обстановки, которые истощают эмоциональные и физические резервы солдат. Прибавьте другие факторы, которые часто возникают в боевых ситуациях, такие как тяжелые климатические условия, плохое питание, а также болезненное напряжение, вызванное постоянной мобилизацией эмоций, и в результате вы получите общее снижение физической и психологической резистентности к любого рода стрессорам.

Психосоциальные факторы. Ряд факторов психологического и межличностного порядка может способствовать общему стрессу, испытываемому солдатами, и предрасположить их к срыву во время боевых действий. К таким факторам относится ограничение личной свободы, фрустрация всех видов и разлука с домом, близкими людьми. Главную роль играют, несомненно, многочисленные стрессы, сопровождающие боевые действия, в том числе постоянный страх, непредсказуемые и большей частью неконтролируемые обстоятельства, необходимость убивать и длительное пребывание в тяжелых условиях.

Личность (которая определяется различиями темперамента, возникающими в младенческом возрасте) служит важной детерминантой приспособления к военным переживаниям. Особенности личности, снижающие резистентность индивида к стрессу или отдельным стрессорам, могут играть важную роль в предопределении его реакций на боевые действия. Причину, делающую солдата уязвимым перед боевым стрессом, нередко видят в незрелости личности, которая подчас становится результатом родительской гиперопеки. Уорthingтон (Worthington, 1978) обнаружил, что тем американским солдатам, которым по возвращении с вьетнамской войны было трудно перестроиться и приспособиться к мирной жизни, приходилось труднее и в период военной службы, равно как и до нее, в отличие от хорошо приспособившихся солдат. При изучении личностных характеристик израильских солдат, чей дух был сломлен в сражениях Войны Судного дня, Мербаум и Хефез (Merbaum & Hefez, 1976) обнаружили, что свыше 25% из них сообщили о полученном до войны психологическом лечении. Еще 12% перенесли расстройства ранее, в шестидневной арабо-израильской войне 1967 года. Таким образом, у 37% этих солдат в анамнезе отчетливо звучала та или иная эмоциональная неустойчивость, которая могла предрасположить их к срыву во время боевых действий. С другой стороны, из остальных солдат, претерпевших срыв, у 60% не возникало никаких трудностей в прошлом, и никто не считал, что они были подвержены риску развития подобного состояния.

История неудовлетворительного личного приспособления не всегда означает, что индивид не сможет противостоять боевому стрессу. Некоторые люди настолько привыкают к тревоге, что справляются с ней в значительной степени автоматически, тогда как солдаты, испытывающие глубокую тревогу впервые в жизни, могут ужаснуться переживанию, утратить уверенность в себе и в результате испытать тяжелый стресс.

Социокультурные факторы. В предопределении способности человека адаптироваться к боевой обстановке важную роль играют несколько социокультурных факторов. К этим общим факторам относятся ясность и приемлемость целей войны, идентификация с воинским подразделением, честь мундира и качество командования.

Важным моментом является степень ясности и приемлемости для индивида целей войны. Если цели успешно вписываются в систему ценностей солдата с точки зрения его «места» в войне, а также соответствуют оценке им важности происходящего, то это поддержит его в психологическом отношении. Другим важным фактором является идентификация индивида с воинским подразделением. В действительности, чем прочнее ощущение групповой идентификации, тем больше шансов на то, что солдат выдержит психологические перегрузки, вызванные военными действиями. Соблюдение *esprit de corps* (честь мундира. — Прим. перев.) влияет на моральный облик индивида и его приспособление к экстремальным обстоятельствам. Наконец, качество командования и уверенность в своем подразделении оказываются жизненно важными для приспособления солдата к боевой обстановке. Если солдат уважает своих командиров, уверен в их суждениях и способностях и может принимать их как сравнительно сильные фигуры, соответствующие восприятию им родителей или сиблингов, то его моральное состояние и резистентность к стрессу укрепляются. С другой стороны, отсутствие уверенности в командирах или неприязнь к ним пагубно сказывается на моральном облике и толерантности к боевому стрессу.

Представляется также, что возвращение в неприемлемую социальную среду может повысить уязвимость солдата перед лицом посттравматического стресса. Например, при контрольном обследовании через год мужчин-израильтян, у которых во время Войны судного дня отмечались психиатрические расстройства, спровоцированные боевыми действиями, Мербаум (Merbaum, 1997) обнаружил, что те не только продолжали выказывать крайнюю тревогу, но во многих случаях выглядели так, будто их расстройства усугубились с течением времени. Мербаум предположил, что их психологическая дезинтеграция была связана с неприязненным отношением со стороны общества; в стране, которая в своем выживании настолько полагается на мощь своей армии, психологический срыв на поле боя считается позорным пятном. Из-за такого клейма многие мужчины, вернувшись домой, не только ощущали себя изгоями, но и предавались самообвинениям в связи с событиями, которые воспринимали как проявление собственной несостоятельности. Эти чувства усугубляли состояние солдат, которое и без того уже было стрессовым.

Результаты более недавнего контрольного обследования ветеранов Войны судного дня, проведенного Соломоном и Кляйнхаузом (Solomon & Kleinhaus, 1996) через 18 лет после ее окончания, показали наличие у ветеранов резидуальных симптомов ПТСР (навязчивые мысли и избегание), которых не было у членов контрольной группы.

Долговременные последствия посттравматического стресса

Иногда симптомы посттравматического стресса могут проявляться у солдат, перенесших боевое истощение, длительное время. При отсроченном посттравматическом стрессе некоторые солдаты, великолепно державшиеся в боевых ситуациях, испытывают посттравматический стресс только по возвращении домой, зачастую в ответ на сравнительно слабые стрессоры, с которыми прежде легко справлялись. Очевидно, что адаптивным возможностям этих солдат был нанесен долгосрочный урон, ..., .., в отдельных случаях осложнявший-

• ^ ■ ■ ■ ШВ ся воспоминаниями об убийстве
* ' * ■ * ? ; ' ^ ИИ вражеских солдат или гражданских
* : : j ■ , лиц, равно как и чувствами, окра-
|| || шенными виной и тревогой (Haley,
| | f I 1978; Horowitz & Solomon, 1978).

При обследовании военнослужащих, вернувшихся из Вьетнама, Стрэндж и Браун (Strange & Braun) сравнивали участвовавших и не участвующих в боях ветеранов, страдавших эмоциональными нарушениями. У членов боевой группы чаще встречались депрессии и трудности с поддержанием тесных межличностных отношений. Они также чаще прибегали к агрессивным и суицидным угрозам, но не воплощали их в жизнь. При последующем обследовании тех ветеранов Вьетнама, которые удовлетворительно приспособились к мирной жизни, де Фацио, Рустин и Дайамонд (DeFazio, Rustin & Diamond, 1975) обнаружили, что ветераны, побывавшие в сражении, продолжали предъявлять определенные симптомы в 2 раза чаще, чем те, кто не участвовал в боях. Природа, формы выражения отсроченного посттравматического стрессового расстройства противоречивы (Burstein, 1985). Часто бывает, что известные случаи синдрома отсроченного стресса у боевых ветеранов Вьетнама трудно связать непосредственно с боевым стрессом, ибо у этих людей могут быть и другие серьезные проблемы с приспособлением. Люди с нарушенным приспособлением могут ошибочно приписывать свои текущие проблемы тем или иным инцидентам из прошлого, например переживаниям на поле боя. Широкое освещение, которое недавно получило посттравматическое стрессовое расстройство, облегчило клиницистам задачу по отысканию провоцирующей причины в биографиях пациентов. В действительности частота, с которой это расстройство диагностировалось в последнее время, заставляет предположить, что участвовавшие в использовании этого диагноза настолько же отражает частотность расстройства, насколько является следствием его правдоподобности и популярности.

А.Г. Маклаков (2005), П.И. Сидоров (1999) выделяют в качестве факторов трансформации личности комбатантную акцентуацию, комбатантную психопатизацию и боевую психическую травму (рис.3.62.).

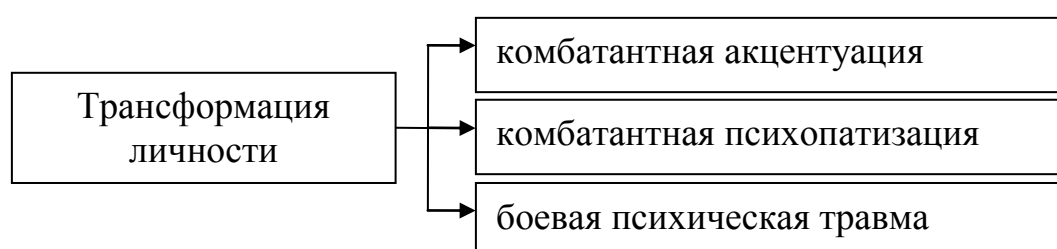


Рис. 3.62. Факторы трансформации личности.

«Комбатантная акцентуация» В качестве основных черт комбатантной акцентуации выделяются эмоциональная неустойчивость, вспыльчивость, раздражительность, вплоть до бурных агрессивных вспышек, тревожность и настороженность. Повышается ранимость, недоверчивость к окружающему миру, проявляющаяся с особенной силой в отношении государственных структур, избирательность и сложность в установлении межличностных контактов, ведущая к уменьшению их количества, обостренное чувство справедливости.

«Комбатантная психопатизация» В ряде случаев вышеописанные черты, характерные для комбатантной акцентуации, приобретали ярко выраженные патологические качества. В этих случаях представляется возможным говорить о «комбатантной психопатизации», т.к. такого рода заострение характерологических черт отвечает основным критериям «уродств характера».

При этом вспыльчивость выражалась в частых вспышках гнева, агрессии с разрушительными действиями, озлобленность приводила к антисоциальным действиям (воинствующему антиобщественному поведению как акта мести обществу), криминальным эпизодам и грубой социальной дезадаптацией.

«Боевая психическая травма» Комплекс симптомов, характерных для психогенных нарушений, наблюдаемых у военнослужащих в период ведения боевых действий, российскими военными психиатрами чаще всего обозначается как «боевая психическая травма», или «боевой стресс».

С точки зрения психофизиологии сущность боевого стресса заключается в перераспределении ресурсов человеческого организма для выживания в экстремальных условиях. Этот процесс сопровождается напряжением различных адаптационных механизмов и выраженными психофизиологическими изменениями, которые обладают чрезмерной интенсивностью и продолжительностью, что помимо непосредственных психотравмирующих факторов сложной (боевой) обстановки может оказывать вторичный повреждающий эффект и становиться причиной расстройств психической деятельности (рис. 3.63.).

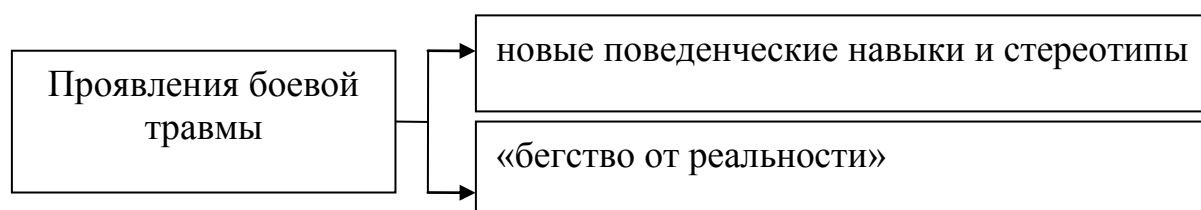


Рис. 3.63. Патологические проявления боевой психической травмы.

Новые поведенческие навыки и стереотипы С увеличением продолжительности пребывания в экстремальной обстановке повышается специфическая устойчивость организма к воздействию стрессов, закрепляются новые поведенческие навыки и стереотипы, имеющие ведущее биологическое значение для сохранения жизни.

В клинических проявлениях боевой психической травмы нарастает частота агрессивных и асоциальных форм поведения. Причем враждебность весьма часто проявляется не только в словах, но и в поведении. По мнению военных врачей-психиатров, агрессивное поведение, как правило, отражает формирование «нажатых» способов реагирования, вторичных по отношению к состоянию хронической тревоги. Анализ лонгитюдного наблюдения за военнослужащими,

находящимися в условиях реальной витальной угрозы, свидетельствует о том, что рост агрессивности предшествует или психическому срыву, совершению аварии, гибелью людей вследствие ошибочных действий или ошибочных решений. Поэтому целесообразно рассматривать возникновение агрессивности как недостаточное развитие личности или как индикатор осложнения психической регуляции, предшествующей психогенным расстройствам (Сидоров П. И., Литвинцев С. В., Лукманов М. Ф., 1999).

«Бегство от реальности»

К другому типу феноменологических проявлений психопатологии боевой травмы принято относить «бегство от реальности», что проявляется в виде невротических, соматоформных и диссоциативных расстройств, аддиктивного и суицидального поведения.

Расстройства, относящиеся к «бегству от реальности», наиболее часто развиваются в первые месяцы пребывания в экстремальной обстановке, в то время как разнообразные формы агрессивного поведения нарастают по мере увеличения продолжительности пребывания в данных условиях.

Еще в большей степени выражены психические нарушения у лиц, получивших ранения, травмы или увечья в процессе выполнения служебных обязанностей в экстремальной обстановке. Обследования раненых военнослужащих (спасателей) показывают, что практически у всех наблюдаются более или менее выраженные изменения психического состояния. Причем эти состояния чаще всего бывают двух типов: гиперстенические и астено-депрессивные с выраженными реакциями страха и беспокойства. Очень часто аналогичные состояния можно наблюдать у лиц, ставших свидетелями особо разрушительных стихийных бедствий или техногенных катастроф.

П.И. Сидоров, С.В. Литвинцев, М.Ф. Лукманов (1999) выделяют основные симптомы психопатологических расстройств, характерные для военнослужащих, участвовавших в наведении Конституционного порядка (табл. 3.4).

Таблица 3.4

Феноменология психопатологических расстройств

<i>Феномены (симптомы)</i>	<i>N, ед.</i>	<i>m, %</i>
Раздражительность, вспыльчивость, агрессивность	128	52,7
Эмоциональная лабильность (неустойчивость)	118	48,6
Истощаемость, утомляемость	97	39,9
Головные боли	67	27,6
Вегетососудистая лабильность (потливость, лабильность пульса, колебания артериального давления, метеотропные реакции и др.)	62	25,5
Тревожность, внутреннее напряжение	53	21,8
Диссомнические нарушения	47	19,3
Кошмарные сновидения	38	15,6
Снижение настроения	26	10,7
Страхи, опасения	19	7,8
Замкнутость, отчужденность	19	7,8
Снижение памяти	18	7,4
Нарушения концентрации внимания	16	6,6

Не менее сложная проблема сохранения здоровья людей, выполняющих профессиональные обязанности в экстремальных условиях, - алкоголизм и наркомания. По мнению ряда авторов (Никифоров Г.С., 2003; Khantzian E.J., Ades J., 1985), данные явления следует рассматривать в качестве вторичных симптомов по отношению к невротическим и аффективным расстройствам, как следствие психогенных нарушений. В годы Афганской войны около трети психических нарушений были

вызваны употреблением наркотических веществ или алкоголя. Около 31 % нарушений рядового состава были связаны с употреблением наркотических веществ (гашиша, опия). Среди психических нарушений у офицеров 35,2 % заболеваний были обусловлены употреблением алкоголя.

В период Чеченской войны употребление спиртных напитков стало одним из самых распространенных явлений. Уровень употребления алкоголя возрастал в период ведения активных боевых действий до 98 % и снижался во время отдыха и перерывом между боями до 12 %. Большинство военнослужащих, употреблявших спиртные напитки, объясняли употребление алкоголя стремлением снять внутреннее напряжение, «на время забыться».

Данные экспериментальных исследований позволяют утверждать о влиянии личностных характеристик профессионалов на вероятность возникновения психогенных нарушений и наличии связи с характером течения реабилитационного процесса (табл.3.5).

Таблица 3.5

Распределение исходов реакций боевого стресса при различных типах акцентуаций

<i>Типы акцентуаций</i>	<i>В боевых условиях</i>		<i>Катамнез</i>	
	<i>Выздоровление</i>	<i>Субомпен-сация</i>	<i>Затяжное лечение</i>	<i>Развитие ПТСР</i>
Группа гипертимных	78,9	17,5	3,6	83,0
Группа циклоидных	50,0	50,0	-	-
Группа лабильных	55,0	45,0	-	57,0
Астеноневротический тип	52,7	42,0	5,3	50,0
Группа сенситивных	48,5	48,5	3,0	13,0
Группа психоастенических	55,0	45,0	-	33,0
Группа шизоидных	37,5	47,5	15,0	5,0

Группа эпилептоидных	50,0	50,0	-	88,0
Группа истероидных	66,7	33,3	-	14,0
Неустойчивый тип	73,0	27,0	-	75,0
Комформный тип	71,0	29,0	-	83,0
Отсутствие акцентуаций	84,0	15,0	1,0	-

Примечание: данные приведены в процентах.

Данные в таблице свидетельствуют, что наиболее благоприятный исход течения реакции боевого стресса в большей степени присущ людям, у которых отсутствуют признаки акцентуаций характера. Следовательно, особенности психики человека могут выступать в качестве прогностических критериев развития психогенных нарушений в экстремальных условиях деятельности, что особенно актуально при решении задач профессионально – психологического отбора специалистов для деятельности в подобных условиях и оказания им специализированной психологической помощи в процессе сопровождения деятельности и реабилитации (Никифоров Г.С., 2003)

Резюме

- Специфика, общность этиологии и несоответствие психических расстройств у пострадавших ранее известным нозологическим формам позволили выделить их в качестве самостоятельного синдрома под названием «посттравматическое стрессовое расстройство» - ПТСР.
- Диагностика возникшего расстройства включает в себя тщательный сбор анамнеза, оценка проявлений стресса с помощью стандартизированных методов, исключение соматических причин гиперактивности вегетативной нервной системы и психологическое обследование.

- Проявления ПТСР следует считать первоначально адекватной реакцией на пережитую чрезвычайную (для данной конкретной личности) ситуацию, которая становится болезненной лишь в зависимости от влияния дополнительных патогенных факторов.
- Клиническая картина критериев ПТСР заключается в постоянных воспоминаниях о травмирующем событии, настойчивом избегании ситуаций, связанных с напоминанием о психической травме, постоянных клинических признаках гипервозбудимости вегетативной нервной системы и длительности симптоматики более 1 месяца.
- Основные правила лечения посттравматического стрессового расстройства включают в себя психотерапию и лекарственную терапию.

Вопросы и задания для самоконтроля:

1. Перечислите катастрофические психические травмы, влияющие на состояние здоровья человека.
2. Расшифруйте аббревиатуру ПТСР.
3. Вспомните, что является основным критерием для диагностики ПТСР.
4. Выделите критерии ПТСР.
5. Опишите приемы, включающие диагностику ПТСР.
6. Рассмотрите клиническую картину ПТСР.
7. Сформулируйте основные правила психотерапии и лекарственной терапии.
8. Разделите компенсаторные проявления адаптации к стрессовым влияниям.
9. Перечислите факторы риска возникновения ПТСР у детей и подростков.
10. Проанализируйте причины, способствующие изменению работоспособности у пострадавших.

11. Объясните с чем связано желание посещать казино и залы игровых автоматов у потерпевших.

Лечение ПТСР

В настоящее время не существует единой устоявшейся точки зрения на результат лечения ПТСР. Одни исследователи считают, что ПТСР — это излечимое расстройство, другие — что его симптомы полностью не устранимы. ПТСР обычно вызывает нарушения в социальной, профессиональной и других важных сферах жизнедеятельности. Очевидно одно: лечение ПТСР — процесс длительный и может продолжаться несколько лет. В этом процессе можно выделить психотерапевтический, психофармакологический и реабилитационный аспекты.

Лечение ПТСР психотерапевтическими методами представляет собой неотъемлемую часть общевосстановительных мероприятий, поскольку необходимо осуществить реинтеграцию нарушенной вследствие травмы психической деятельности.

Психотерапия направлена на создание новой когнитивной модели жизнедеятельности, аффективную переоценку травматического опыта, восстановление ощущения ценности собственной личности и способности дальнейшего существования в мире.

Целью психотерапевтического лечения пациентов с ПТСР является помощь в освобождении от преследующих воспоминаний о прошлом и интерпретации последующих эмоциональных переживаний как напоминаний о травме, а также в том, чтобы пациент мог активно и ответственно включиться в настоящее. Для этого ему необходимо вновь обрести контроль над эмоциональными реакциями и найти происшедшему травматическому событию надлежащее место в общей временной перспективе своей жизни и личной истории.

Ключевым моментом психотерапии пациента с ПТСР является интеграция того чуждого, неприемлемого, ужасного и непостижимого, что с ним случилось, в его представление о себе.

Иными словами, психотерапия должна обращаться к двум фундаментальным аспектам посттравматического расстройства: снижению тревоги и восстановлению чувства личностной целостности и контроля над происходящим.

Терапевтические отношения с пациентом, страдающим ПТСР, чрезвычайно сложны, поскольку межличностные компоненты травматического опыта — недоверие, предательство, зависимость, ненависть, любовь — имеют тенденцию проявляться при построении взаимодействия с психотерапевтом. Работа с травмами порождает и интенсивные эмоциональные реакции у психотерапевта, следовательно, предъявляет высокие требования к его профессионализму.

Групповая психотерапия ПТСР

Каким бы ни был групповой формат, групповая терапия направлена на достижение следующих психотерапевтических целей:

1. Разделение с терапевтом (и группой) повторного переживания травмы в безопасном пространстве (при этом терапевту необходимо следовать за пациентом, не форсируя процесс).
2. Снижение чувства изоляции и обеспечение чувства принадлежности, уместности, общности целей, комфорта и поддержки; создание поддерживающей атмосферы принятия и безопасности от чувства стыда.
3. Работа в одной группе с теми, кто имеет похожий опыт, что дает возможность почувствовать универсальность собственного опыта.
4. Избавление от чувств изолированности, отчуждения, несмотря на уникальность травматического переживания каждого участника группы.
5. Обеспечение социальной поддержки и возможности разделить с другими людьми эмоциональное переживание.

6. Прояснение общих проблем, обучение методам совладания с последствиями травмы и достижение понимания того, что личная травма требует своего разрешения.
 7. Наблюдение за тем, как другие переживают вспышки интенсивных аффектов, что дает поддерживающий и ободряющий эффект.
 8. Возможность быть в роли того, кто помогает (осуществляет поддержку, вселяет уверенность, способен вернуть чувство собственного достоинства).
 9. Развитие «чувства локтя», когда общие проблемы разделяются участниками группы друг с другом.
 10. Преодоление чувства собственной неценности — «мне нечего предложить другому».
 11. Возможность узнать о жизни других членов группы и смещение, таким образом, фокуса с чувства собственной изолированности и негативных самоуничижительных мыслей.
 12. Уменьшение вины и стыда, развитие доверия, способности разделить горе и потерю.
 13. Возможность работы с «секретом» — делиться с кем-то, кроме терапевта, информацией о себе (например, для жертв инцеста).
 14. Укрепление уверенности в том, что возможен прогресс в терапии; важным основанием для такого оптимизма является оберегающая атмосфера в группе, которая дает опыт новых взаимоотношений.
 15. Принятие групповой идеологии, языка, которые дают возможность участникам группы воспринять стрессовое событие иным, более оптимистичным образом.
 16. Получение возможности составить собственное представление о реальности изменений, которые происходят с каждым членом группы (Н. В. Тарабрина, 2001).
- Основные предпосылки успешной работы с пациентами, страдающими ПТСР, можно сформулировать следующим образом. Способность пациента рассказывать о травме прямо пропорциональна способности терапевта выслушать эмпатически этот рассказ. Любой признак отвержения или обесценивания воспринимается пациентом как неспособность терапевта оказать ему помощь и может привести к прекращению усилий со стороны пациента бороться за свое выздоровление.
- Эмпатичный терапевт поощряет пациента к рассказу об ужасных событиях, не отвлекаясь и не соскальзывая на побочные темы, не буравя пациента удивленным или испуганным взглядом и не демонстрируя ему своей собственной шоковой реакции. Терапевт не преуменьшает значения спонтанно возникших тем и не отклоняет разговор в те области, которые непосредственно не связаны с травматическим страхом. В противном случае у пациента возникает ощущение, что экзистенциальная тяжесть пережитого невыносима для терапевта, и он будет чувствовать себя непонятым.
- Фундаментальное правило терапии ПТСР — принимать тот темп работы и самораскрытия пациента, который он сам предлагает.
- Наиболее разрушено доверие у жертв насилия (изнасилование, пытки). Эти пациенты в начале терапии демонстрируют «тестирующее поведение», оценивая, насколько адекватно и соразмерно терапевт реагирует на их рассказ о травматических событиях. Терапевт в любом случае должен сначала завоевать доверие пациента. Снижение дозы медикаментов или полный отказ от них до начала терапии необходимы потому, что в противном случае не будет достигнуто улучшение состояния, достоверно связанное с новым опытом понимания происшедшего и новыми возможностями совладания с травматическим опытом.
- Еще один важный аспект терапевтической работы с пациентами, страдающими ПТСР, — это психологические трудности самого психотерапевта в процессе работы. Терапевт должен быть интеллектуально и эмоционально готовым столкнуться со злом и

трагедийностью мира. Существуют две негативные стратегии поведения психотерапевтов — избегание и сверхидентификация.

Первая крайняя реакция со стороны терапевта — избегание или обесценивание: «Нет, такого пациента я не вынесу!»! Собственные чувства терапевта (страх, отвращение) нарушают его способность воспринимать рассказ пациента, возможно возникновение недоверия к отдельным деталям. Нежелание терапевта касаться отталкивающих (с точки зрения общепринятой морали) биографических фактов жизни пациента лишь усиливает «заговор молчания» вокруг последующего, что в итоге может привести к развитию хронической формы ПТСР.

Сверхидентификация — другая крайняя позиция терапевта, связанная с фантазиями спасения или мести и обусловленная «избытком» эмпатии. В результате этой чрезмерной эмпатии терапевт может выйти за пределы профессионального общения с пациентом. Принимая на себя роль товарища по несчастью или борьбе, он существенно ограничивает свои возможности стимулировать у пациента корригирующий эмоциональный опыт.

Большинство пациентов могут выдержать кратковременный прорыв чувств терапевта при условии, что затем он снова возвращается к своей роли утешителя; слишком сильная эмоциональная реакция терапевта так же вредна, как и слишком слабая. Работа с травмированными пациентами требует большого эмоционального вклада от терапевта, вплоть до развития у него подобного расстройства — вторичного ПТСР в результате того, что он постоянно является как бы свидетелем всех этих несчастных случаев, катастроф и т. д. Вторичное ПТСР проявляется в форме флэшбэков (вспышки воспоминаний), депрессий, чувства беспомощности, отчуждения, регрессии, цинизма. Высок также риск возникновения психосоматических нарушений, усталости, расстройств сна, сверхвозбуждения и неконтролируемого прорыва чувств. Общее правило для терапевтов, работающих с ПТСР, — дружелюбное отношение к самому себе. Разрешение переживать радость и удовольствие являются необходимым условием работы в данной области.

Факторы преодоления вторичной травматизации терапевтов по Ю. Даниэлю:

1. Выявление собственных реакций: внимательное отношение к телесным сигналам: бессоннице, головным болям, потению и т. д.
2. Попытки найти словесное выражение собственным чувствам и переживаниям.
3. Ограничение собственных реакций.
4. Нахождение оптимального уровня комфорта, в рамках которого возможна открытость, терпимость, готовность выслушать пациента.
5. Знание того, что у каждого чувства есть начало, середина и конец.
6. Умение смягчать охватившее чувство без соскальзывания в де-фензивное состояние, открытость к собственному процессу созревания.
7. Принятие того факта, что все меняется и прежнего не вернешь.
8. В случае, когда сильно задеты собственные чувства, способность взять «таймаут», чтобы их воспринять, успокоить и исцелить, прежде чем продолжать работу.
9. Использование имеющихся контактов с коллегами.
10. Создание профессионального сообщества терапевтов, работающих с травмой.
11. Использование и развитие собственных возможностей расслабления и отдыха.

Резюме

- Успешность выполнения спасения зависит от общей и специальной подготовки и от степени выраженности ряда неспецифических

профессионально значимых качеств. К числу таких качеств относятся индивидуально-личностные особенности, характеристики нервно-эмоциональной устойчивости, особенности интеллектуальной и мотивационной сфер, показатели операторской работоспособности.

- К типичным психовегетативным реакциям спасателей в экстремальной ситуации относят сердцебиение, нервный озноб и внезапные слезы (плач).
- Наиболее распространенными формами реакций являются раздражительность, беспокойство, неспособность действовать правильно, бегство, отчаянье, истощение и «приставание» к другим.
- Адекватному оказанию помощи препятствует дефицит времени, боязнь ошибки, чувство ответственности и личность пострадавшего.
- Отработанные навыки оказания первой помощи пострадавшим до автоматизма путем многократного повторения четкого алгоритма действий помощи, с использованием реальных средств и устройств снижают стрессовое воздействие на личность.
- Спасательные работы дифференцируются по степени тяжести на легкие, средние и тяжелые. Рабочая смена составляет в зависимости от тяжести и интенсивности работ.
- Обследование членов аварийно-спасательных команд показало, существенные изменения в психическом состоянии спасателей и установило определенные физиологические сдвиги в их организме.
- Характер психогенных нарушений степени определяется условиями, в которых специалистам требуется выполнять профессиональные обязанности.
- В качестве факторов трансформации личности выделяют комбатантную акцентуацию, комбатантную психопатизацию и боевую психическую травму.

- В качестве основных черт комбатантной акцентуации рассматриваются эмоциональная неустойчивость, вспыльчивость, раздражительность, вплоть до бурных агрессивных вспышек, тревожность и настороженность.
- Заострение характерологических черт, отвечающее основным критериям «уродств характера», является «комбатантной психопатизацией».
- Явления алкоголизма и наркомании у спасателей (военнослужащих) следует рассматривать в качестве вторичных симптомов по отношению к невротическим и аффективным расстройствам, как следствие психогенных нарушений.
- Наиболее благоприятный исход течения реакции боевого стресса в большей степени присущ людям, у которых отсутствуют признаки акцентуаций характера.
- Перераспределение ресурсов человеческого организма для выживания в экстремальных условиях, сопровождающееся напряжением различных адаптационных механизмов с выраженными психофизиологическими изменениями показывает наличие психической травмы.

Вопросы и задания для самоконтроля:

1. Вспомните классификацию групп профессионалов, оказывающих помощь.
2. Раскройте классификацию спасателей и дайте каждой группе характеристику.
3. Охарактеризуйте особенности личности работников СМК.
4. Рассмотрите типичные психовегетативные реакции в экстремальных ситуациях.
5. Перечислите особенности личности спасателя, влияющие на него в

- экстремальной ситуации.
6. Выявите наиболее распространенные формы реакций.
 7. Установите особенности, препятствующие адекватному оказанию помощи.
 8. Расскажите алгоритм оказания первой помощи.
 9. Вспомните основные правила общения с помощником.
 10. Рассмотрите типовые режимы работ в зависимости от степени тяжести и интенсивности.
 11. Определите категории тяжести спасательных работ.
 12. Опишите основные физиологические сдвиги организма и изменения в психическом состоянии спасателей.
 13. Раскройте особенности «комбатантной акцентуации», «комбатантной психопатизации» и боевой психической травмы.
 14. Установите связь психических состояний военнослужащих, участвующих в боевых действиях, с состояниями спасателей в экстремальной ситуации или у лиц, ставших свидетелями особо разрушительных стихийных бедствий, техногенных катастроф.
 15. Рассмотрите основные симптомы психопатологических расстройств.

3.2. Идентификация психогенных психических расстройств

Человек в течение своей жизни неоднократно подвергается воздействию психотравмирующих факторов, опосредованных внезапным возникновением экстремальной ситуации. Характер и интенсивность психических, психосоматических и психопатологических проявлений в

постстрессовый период зависят от самых разных объективных и субъективных обстоятельств.

Объективные обстоятельства Относятся такие характеристики экстремальной обстановки, как острота и сила проявления психотравмирующих факторов, а также внезапность и длительность их воздействия. Большинство исследователей сходятся во мнении, что чем выше интенсивность проявления психотравмирующих факторов экстремальных ситуаций, тем выше вероятность возникновения разнообразных психогенных расстройств непосредственно в момент экстремальных ситуаций и в постстрессовый период.

Субъективные обстоятельства Относятся индивидуально-психологические особенности самого человека и его личности. Однако не все ученые, исследующие проблемы поведения человека в экстремальных ситуациях и возникновения психогенных нарушений, признают значимость индивидуально-психологических характеристик для формирования поведенческих реакций в подобных условиях.

Возможность возникновения и характер психогенных расстройств, их частота, выраженность, динамика зависят от многих факторов (рис. 3.10).

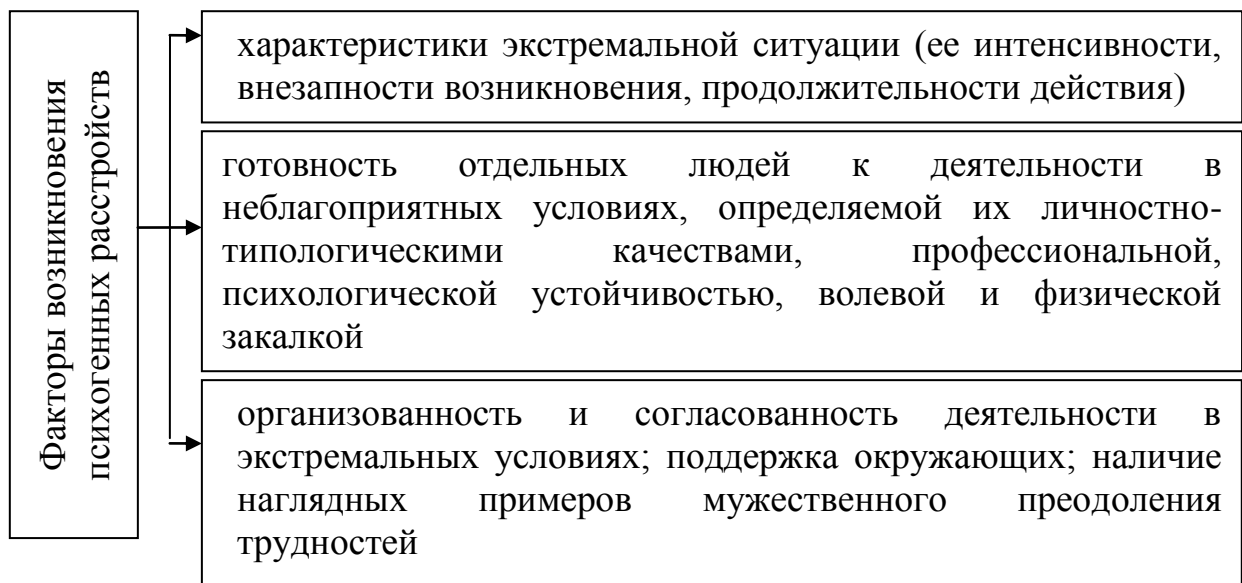


Рис. 3.10. Факторы возникновения психогенных расстройств

Указанные факторы имеют различное значение на разных периодах развития катастрофы. Особенности катастрофы в большей степени определяют характер психических расстройств острого периода, тогда как в отдаленном периоде все большее значение приобретают особенности личности (рис. 3.11).

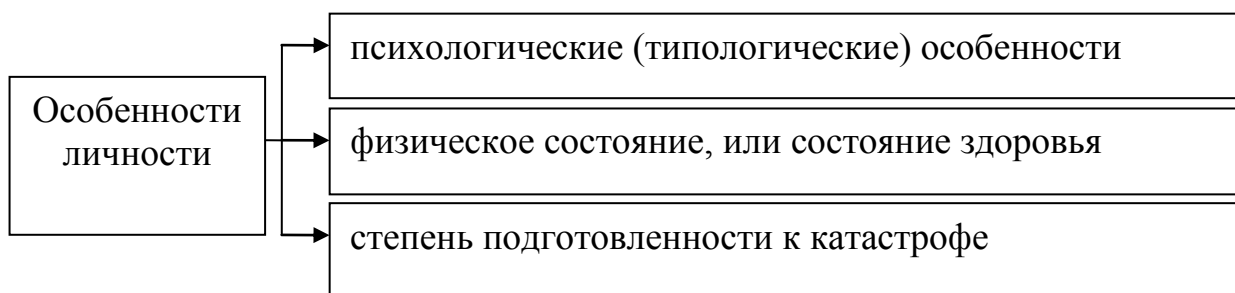


Рис. 3.11. Особенности личности, влияющие на характер психических расстройств

Психологические (типологические) особенности Это тип акцентуации характера – заострения отдельных черт характера, при котором человек становится чувствителен к определенному виду воздействий; в более общем плане можно говорить о темпераменте,

типе высшей нервной деятельности.

У каждого человека можно выделить тип реагирования на жизненные трудности, стрессовые ситуации, угрозу жизни, внешнюю агрессию и т.д. Один реагирует нападением, другой – бегством, третий – плачем, но в целом число вариантов реагирования не очень велико. Можно ожидать, что в ситуации катастрофы человек отреагирует сходным образом, но в ситуации запредельных, «нечеловеческих» нагрузок можно встретиться с неожиданностью – человек, в нормальных условиях демонстрирующий бодрость духа, бравирующий физической силой, в экстремальной ситуации вдруг проявит себя с абсолютно противоположной стороны.

Физическое состояние, или состояние здоровья Чем лучше физическое состояние и состояние здоровья человека, тем менее травмирующие последствия экстремальных ситуаций. Возможно снижение периода реадaptации за счет резервов иммунной системы и защитных механизмов личности.

Степень подготовленности к катастрофе Степень подготовленности к катастрофе, куда включается привычность данной ситуации (например, у пожарного при пожаре риск развития психических нарушений гораздо меньше, нежели у случайной жертвы), а также информированность о порядке действий в этих ситуациях, качество отработки практических навыков.

При катастрофе особенно важным порой оказывается автоматизм действий, так как способность анализировать и выбирать пути к спасению затрудняется внезапностью события и необходимостью очень быстро принимать решения.

Наиболее часто наблюдаемые при жизнеопасных ситуациях во время и после стихийных бедствий и катастроф психогенные расстройства

можно объединить в группы (рис. 3.12).

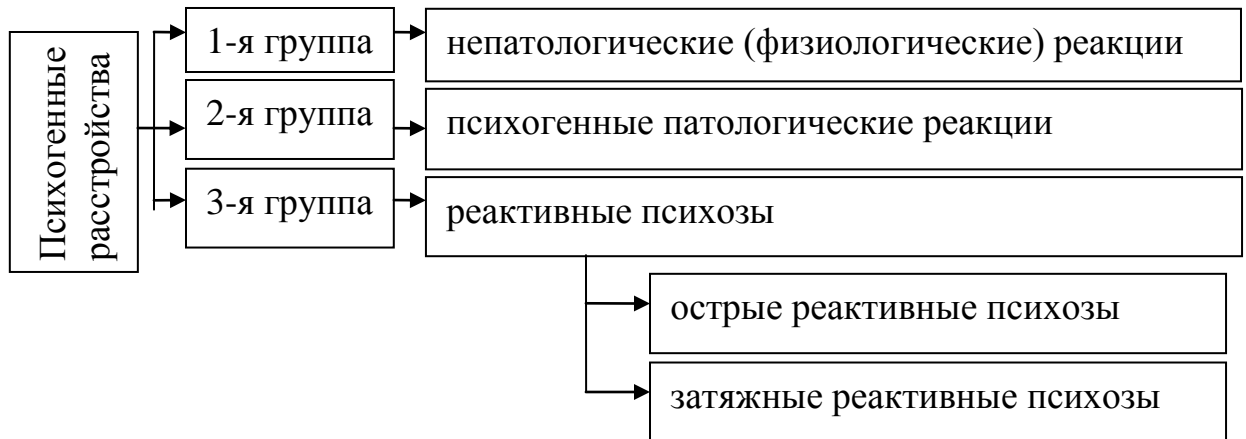


Рис. 3.12. Группы часто встречающихся психогенных расстройств (Никифоров Г.С., 2003)

1. Непатологические (физиологические) реакции Обычно длятся в течение нескольких дней. На психологическом уровне характеризуются эмоциональным напряжением, декомпенсацией (заострением) личностных акцентуаций, нарушением сна.

Выявляется преобладание эмоциональной напряженности, психомоторных, психовегетативных, гипотимических характеристик, сохранение критической оценки происходящего и способности к целенаправленной деятельности. На социальном уровне ей свойственны критическая оценка происходящего, целенаправленная деятельность. Реакция носит преходящий характер.

Разные этапы развития психогенных расстройств характеризуются различными клиническими проявлениями. Для *непатологических невротических проявлений* характерны астенические нарушения, тревожная напряженность, вегетативные дисфункции, расстройства ночного сна, возникновение и декомпенсация психосоматических расстройств, снижение порога переносимости вредностей.

*2. Психогенные
патологические
реакции*

Длятся до шести месяцев. На психологическом уровне характеризуются невротическим уровнем расстройств – астеническими, депрессивными и истерическими синдромами (см. гл. 1.2.9). На социальном уровне свойственно снижение критической оценки происходящего и возможностей целенаправленной деятельности, возникновение межличностных конфликтов.

Динамика биологических и личностно-типологических механизмов в формировании психофизиологических нарушений невротического уровня имеет системный характер (рис. 3.13).



Рис. 3.13. Основные факторы, влияющие на формирование психопатологических проявлений (Александровский Ю.А., 1991)

*Психогенные
невротические*

Их развитию способствуют личностные особенности. Наблюдается неспособность

состояния

адаптироваться к новой ситуации, наличие сопутствующих вредностей и хронизация психотравмирующей ситуации.

Невротические состояния представлены стабилизированными и усложняющимися невротическими расстройствами (рис. 3.14).

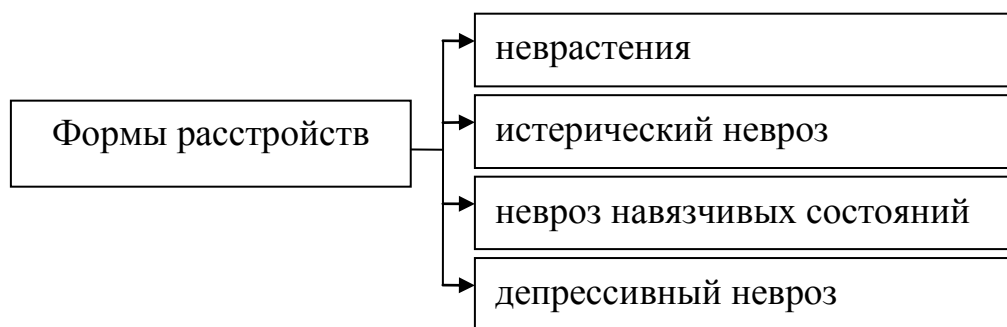


Рис. 3.14. Формы невротических расстройств

При *неврастении* доминирующими симптомами являются раздражительная слабость, истощение, астения, снижение работоспособности и нарушения сна. Она возникает в результате истощения нервной системы в условиях длительной травмирующей ситуации. Ухудшения аппетита приводит к потере веса, усиливая страдания, теряется жизненный стимул, человек чувствует постоянную слабость. Может возникать субъективное ощущение расстройства памяти, развиваться вегетативные нарушения – повышенная потливость, сердцебиение, одышка.

Истерический невроз выражается в повышенной аффективной лабильности, повышенной внушаемости, тенденции к театральности. Реакция на психическую травму может сопровождаться истерическим припадком с сужением сознания, рыданиями. Истерические симптомы могут затрагивать моторные функции (как при параличе руки) или сенсорную функцию (потеря чувствительности к боли, потеря зрения, слуха). Встречаются случаи «фуги», когда человек живет двойной жизнью

с одновременным принятием альтернативной личности. Истерические припадки могут быть похожи на эпилепсию или иметь вид расстроенной походки, тремора, как при болезни Паркинсона. Во время припадка глубокой потери сознания не наступает. Человек падает, беспорядочно махает руками и ногами, бьет ими об пол, выгибает дугой, выкрикивает слова, которые указывают на характер переживания. Восприятие окружающего нарушено: обстановка кажется мрачной, угрожающей, отражающей травмирующую ситуацию. Могут развиваться неврологические нарушения в виде снижения чувствительности по типу чулок и перчаток, дрожания рук и ног, истерической глухоты, афонии. Могут появляться вегетативные расстройства – сердцебиение, отдышка, выраженные сосудистые реакции. Длительность истерического припадка – от нескольких минут до нескольких часов. Истерический невроз заканчивается выздоровлением при исчезновении психической травмы.

Для человека, страдающего *невротической депрессией* (депрессивным неврозом), наибольшую проблему составляет засыпание вечером. Настроение к вечеру, как правило, ухудшается, с возрастанием психического напряжения, печали.

Психогенные невротиические реакции характеризуются остро возникающими астеническими, депрессивными, истерическими и другими синдромами невротиического уровня, возникающими в ответ на психотравму и сохраняющимися в течение короткого периода, зачастую разрешаются самостоятельно.

Однако при этом наблюдается снижение критической оценки происходящего и возможностей целенаправленной деятельности. Своевременная, подчас короткая, но интенсивная психиатрическая (психотерапевтическая) помощь способна оборвать реакцию. Невротические реакции появляются в ответ на относительно слабые, но

длительно действующие раздражители, которые приводят к постоянному эмоциональному напряжению или внутренним конфликтам. Отмечаются контролируемое чувство тревоги и страха, разнообразные невротические расстройства. Кроме этого, возможна определенная декомпенсация личностно-типологических особенностей.

Данные группы нарушений и расстройств могут иметь характер динамического развития, постепенно сменять друг друга, переходя от непатологических форм к патологическим.

3. Реактивные психозы

Характеризуются выраженными нарушениями психической деятельности, которые лишают человека на продолжительное время работоспособности и возможности правильно (неискаженно) воспринимать происходящее.

При этом отчетливо проявляются вегетативные и соматические нарушения – со стороны сердечно-сосудистой, эндокринной и дыхательной систем, желудочно-кишечного тракта. В ряде случаев соматические нарушения настолько выражены, что являются ведущими в болезненных проявлениях. Реактивные психозы развиваются, остро, чаще на фоне астенизации. В этом случае человек представляет опасность для себя и окружающих, ему требуется немедленная помощь (см.гл. 1.2.9).

Реактивные психозы разделяются на две большие группы (рис. 3.15):

1. *Острые реактивные психозы* завершаются резким падением психического тонуса, частичным ступором в виде «паралича эмоций». Довольно часто отмечаются состояния прострации, тяжелой астении, апатии. Нередки остаточные явления в виде истерических расстройств, представленных псевдодеменцией. Но наиболее распространенным является астенический симптомокомплекс.
2. *Затяжные реактивные психозы* формируются постепенно и текут

более длительно. Наиболее часто в экстремальной ситуации встречается реактивная депрессия.

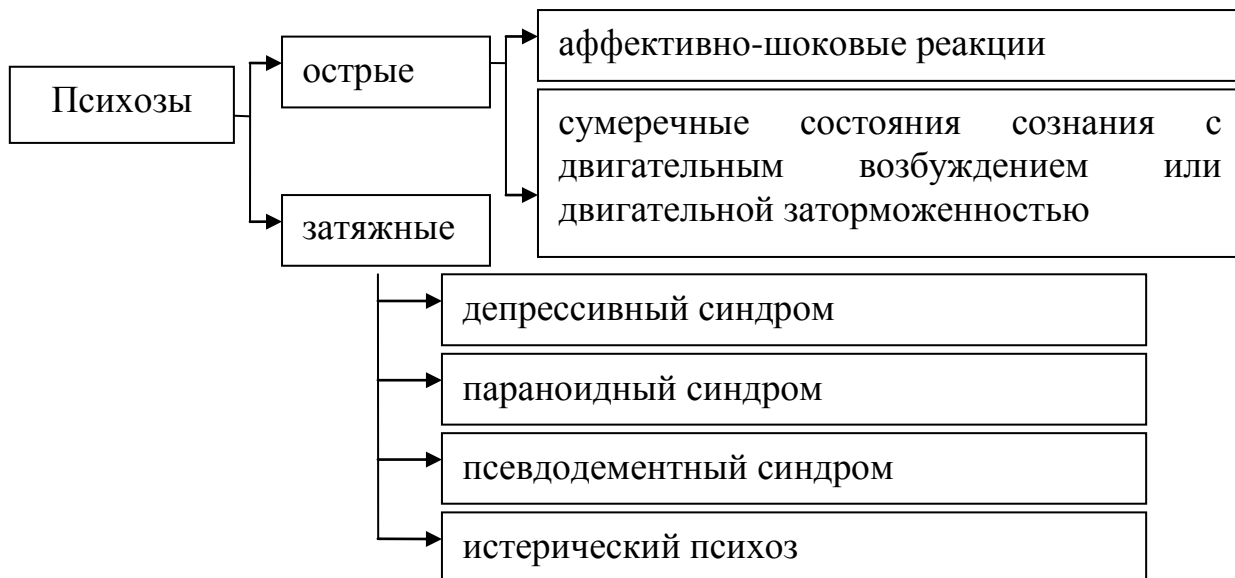


Рис. 3.15. Классификация реактивных психозов

Аффективно-шоковые реакции Реакции достаточно типичны для экстремальных условий. Сопровождаются выраженной вегетативной симптоматикой, нарушениями сердечно – сосудистой деятельности. Как показывает опыт, они оканчиваются выздоровлением и представлены в виде двух форм (рис. 3.16).

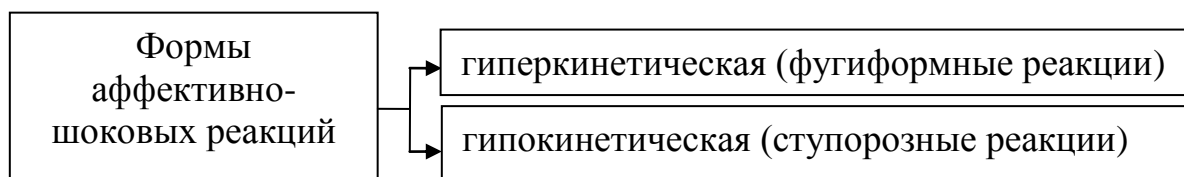


Рис. 3.16. Формы аффективно-шоковых реакций.

Гиперкинетические (фугиформные реакции) Наблюдается сумеречное помрачение сознания с бессмысленными движениями, дезориентацией, беспорядочными метаниями, порой устремленными в сторону опасности, пострадавший нечленораздельно

кричит, не узнает окружающих, практически не доступен продуктивному контакту. Прикосновение, окрик еще более усиливают страх и могут вызвать немотивированную агрессию. В последующем наблюдается амнезия. Реакция обычно кратковременная, от нескольких минут до нескольких часов.

Гипокинетические
(ступорозные
реакции)

Под влиянием страха наблюдается обездвиженность, оцепенение, молчаливость. Люди часами находятся в одной позе, контакту не доступны, речь отсутствует, в последующем события в памяти не восстанавливаются. Может наблюдаться эмоциональный паралич – человек не испытывает никаких эмоциональных реакций, хотя понимает, что происходит вокруг и осознает опасность. Продолжительность до 15–20 суток.

Психогенные
сумеречные
помрачения
сознания

Характеризуются сужением сознания, автоматическими формами поведения, двигательным возбуждением, иногда бессмысленным блужданием, у больных отмечаются отрывочные нестойкие галлюцинаторные и бредовые переживания. Практически половина их выздоравливает в течение суток самостоятельно.

Одной из разновидностей истерического сумеречного помрачения сознания, во время которого человек дает нелепые ответы на самые простые вопросы, демонстрирует неспособность производить простые действия и не понимает назначения обыденных предметов, является *ганзеровский синдром*. Состояние

протекает остро и заканчивается в течение нескольких дней.

Реактивная депрессия

Характерна классическая депрессивная триада с подавленным настроением, оттенком злобности и раздражительности, замедлением мышления и двигательной заторможенностью. Отличительной чертой реактивной депрессии является тесная связь с психотравмой. Идей самообвинения нет. Человек может быть слезливым, капризным и внимательно следящим за отношением к нему окружающим.

Реактивная депрессия начинается после психотравмирующей ситуации как реакция на нее. Больные полностью погружены в эту ситуацию, сконцентрированы на ней. Отрывочные бредовые идеи касаются собственной виновности в событии, или же больной убежден во всеобщей гибели в результате катастрофы, уверен в бессмысленности жизни и пр. Галлюцинаторные образы также касаются катастрофического события — больного зовут погибшие родственники, он слышит стоны жертв и пр. Помимо психических проявлений имеются так называемые соматические эквиваленты: снижение аппетита, потеря массы тела, тахикардия, запоры. Характерны расстройства сна. Без активного лечения состояние затягивается на 2–3 месяца. Суицидоопасны.

Псевдодеменция Отличается от ганзеровского синдрома меньшей выраженностью нарушения сознания. Выражение лица глуповатое, глаза вытаращены, больные могут смеяться, но присутствует депрессивный эффект..

Различают врожденное и приобретенное слабоумие. Первое именуется олигофренией (в виде дебильности, имбецильности и идиотии), второе — деменцией. Если первый вид слабоумия можно сравнить с нищими по рождению (с точки зрения интеллекта), то другой вид — с

разорившимися богачами. В данном случае состояние больных характеризуется нарочито грубыми демонстрациями нарушения интеллекта (невозможность назвать возраст, дату, имена родных и пр.). Поведение при этом носит характер дурашливости: неадекватная мимика, вытягивание губ «хоботком», «сюсюкающая» речь и пр. Особо отчетливо псевдодеменция проявляется при просьбе совершить элементарные арифметические действия. Ошибки при этом столь чудовищны, что складывается впечатление, что больной дает намеренно неправильные ответы. Псевдодеменция чаще формируется в течение нескольких дней и длится около месяца.

Психогенный параноид Развивается постепенно и течет длительно. Для него характерны выраженные нарушения в сфере эмоций и мышления. На фоне выраженных аффективных нарушений (в виде тревоги, страха, депрессии) развиваются стойкие бредовые идеи отношения и преследования.

Бред отношения проявляется в убежденности больного в том, что или всё или очень многое в окружающем имеет непосредственное отношение к нему или прямо направлено на него; бред преследования проявляется в разрозненных, тесно связанных по глубине с аффектами страха идеях, острых переживаниях неясной, подстерегающей со всех сторон опасности. Полностью захваченный такого рода переживаниями больной пытается противостоять опасности, в реальности которой он убежден и потому начинает убегать, прятаться, активно обороняться или нападать на воображаемых преследователей. Опасность для окружающих служит основанием для неотложного вмешательства врачей.

Истерические психозы Возникают чаще у психически незрелых и эгоистических личностей. Мимика отражает переживания страха, ужаса, пациент иногда беззвучно плачет.

Характерно аффективное сужение сознания с яркими зрительными и слуховыми галлюцинациями, больной как бы переносится в своем внутреннем мире в психотравмирующую ситуацию, вновь переживая события, в которых он участвовал. Обездвиженность, мутизм временами прерываются, и больной может рассказать о психотравмирующей ситуации.

Как показали специальные исследования, психопатологические расстройства в экстремальных ситуациях имеют много общего с клиникой нарушений, развивающихся в обычных условиях. Однако есть и существенные различия (Мокшанцев Р.И., 2001):

1. Вследствие множественности внезапно действующих психотравмирующих факторов в экстремальных ситуациях происходит одномоментное возникновение психических расстройств у большого числа людей.
2. Клиническая картина в этих случаях не носит строго индивидуального характера, как при «обычных» психотравмирующих обстоятельствах, и сводится к небольшому числу достаточно типичных проявлений.
3. Несмотря на развитие психогенных расстройств и продолжающуюся жизнеопасную ситуацию, пострадавший человек вынужден дальше вести активную борьбу с последствиями стихийного бедствия (катастрофы) ради выживания и сохранения жизни близких и всех окружающих.

Основными формами психопатологических расстройств, выявленных (по ведущему признаку) у пострадавших, являются следующие (табл. 3.1):

Таблица 3.1

Частота психопатологических расстройств (Решетников М.М., 1990)

<i>Наименование основных синдромов</i>	<i>Частота, %</i>
--	-------------------

Астенодепрессивные состояния	56
Психогенный ступор	23
Общее психомоторное возбуждение	11
Выраженный негативизм	4
Бредово-галлюцинаторные состояния	3
Неадекватность, эйфория	3
Итого	100

К числу основных факторов, способствующих возникновению и развитию психогенных расстройств, могут быть отнесены:

При непатологических невротических проявлениях Несоответствие психологической, физической и профессиональной подготовки реальным условиям жизни и деятельности в условиях психогении, отсутствие положительных эмоций и заинтересованности в деятельности, неадекватная ее организация.

При реактивных психозах и невротических реакциях Интенсивность (значимость для жизни) воздействий, внезапность их развития, недостаточные индивидуально-психологическая подготовленность и предыдущий опыт, отсутствие взаимодействия с окружающими и положительных примеров борьбы с психогенными воздействиями.

При неврозах Хронизация значимой психотравмирующей ситуации, невозможность формирования жизненной позиции в продолжающихся психотравмирующих условиях, наличие сопутствующих соматических (физиогенных) вредностей.

Единственной моделью для оценки структуры психических травм, которая необходима для расчета сил и средств для оказания как

доврачебной, так и медицинской помощи пострадавшим, является анализ литературных данных за последние 20 лет по наиболее крупным авариям и катастрофам с участием большого количества людей (табл. 3.2).

Таблица 3.2

Модель оценки структуры психических травм во времени

Психические нарушения, %	Время, прошедшее после чрезвычайной ситуации, час.							
	1	5	10	15	20	24	48	72
Невротические и психические реакции	70	35	20	15	5	-	-	-
Острые реактивные психозы	10	9	8	8	8	6	5	4
Неврозы	8	8	8	7	7	7	6	5
Затяжные реактивные психозы	6	6	6	6	7	7	8	8

Из таблицы следует, что в течение первого часа после теракта (катастрофы) не менее 70 % людей будут иметь невротические и психические реакции разной степени выраженности. При отсутствии психологической помощи (со стороны любого лица, имеющего хотя бы минимально необходимую подготовку) в этот период возможны действия пострадавших, которые могут нарушить планы по оказанию медицинской помощи и оперативно-врачебным мероприятиям (эвакуации пострадавших, выявлению преступников, ликвидации последствий). В течение пяти часов количество таких людей уменьшится вдвое, и за сутки состояние пострадавших нормализуется. Статистика свидетельствует, что только 6–7% людей в условиях массового теракта (катастрофы) полностью сохраняют адекватное состояние.

Обобщающие исследования психических расстройств в экстремальных ситуациях дают возможность схематически выделить три периода в их развитии (Кекелидзе З.И., 2004) (рис. 3.17).

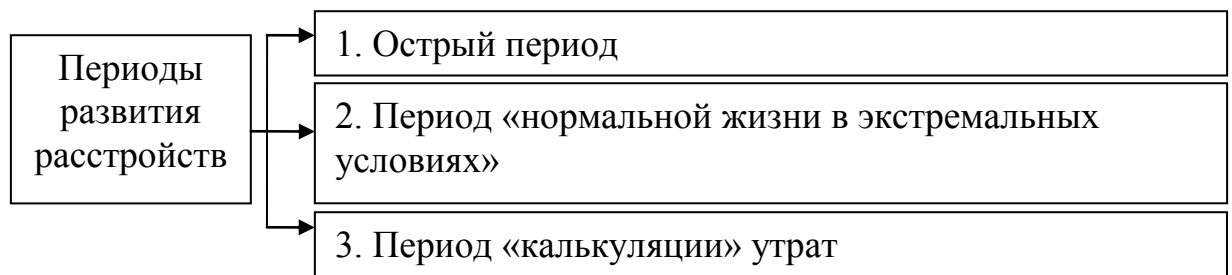


Рис. 3.17. Периоды развития психических расстройств

1. Острый период

Характеризуется внезапно возникшей угрозой собственной жизни и гибели близких (рис. 3.18). Он продолжается от начала воздействия до организации спасательных работ (минуты, часы).

Мощное экстремальное воздействие затрагивает в этот момент в основном жизненные инстинкты (самосохранение) и приводит к развитию неспецифических, внеличных психогенных реакций, основу которых составляет страх различной интенсивности. В это время наблюдаются преимущественно психогенные реакции психотического и непсихотического уровня. Особое место в этот период занимают психические расстройства у получивших травмы и ранения. В таких случаях требуется квалифицированный дифференциально-диагностический анализ, направленный на выявление причинно-следственной связи психических нарушений как непосредственно с психогениями, так и с полученными повреждениями (черепно-мозговая травма, интоксикация вследствие ожога и др.).

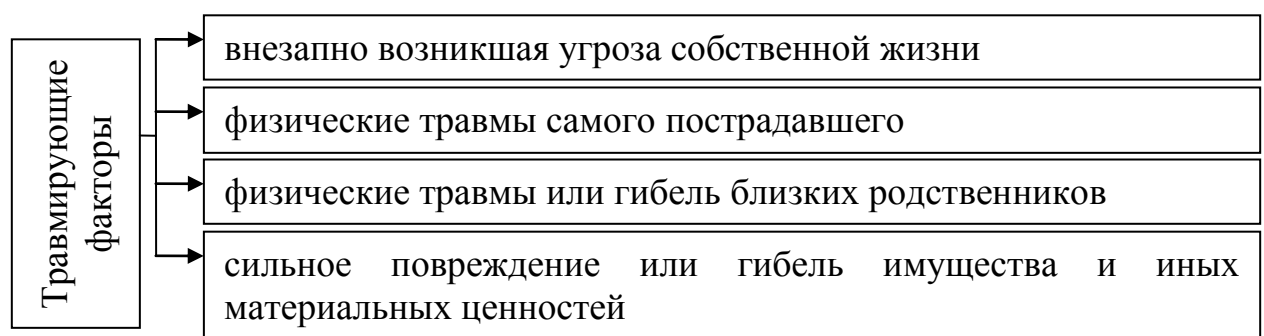


Рис. 3.18. Травмирующие факторы

В результате воздействия травмирующих факторов у участников экстремальной ситуации появляются психические реакции (рис. 3.19).

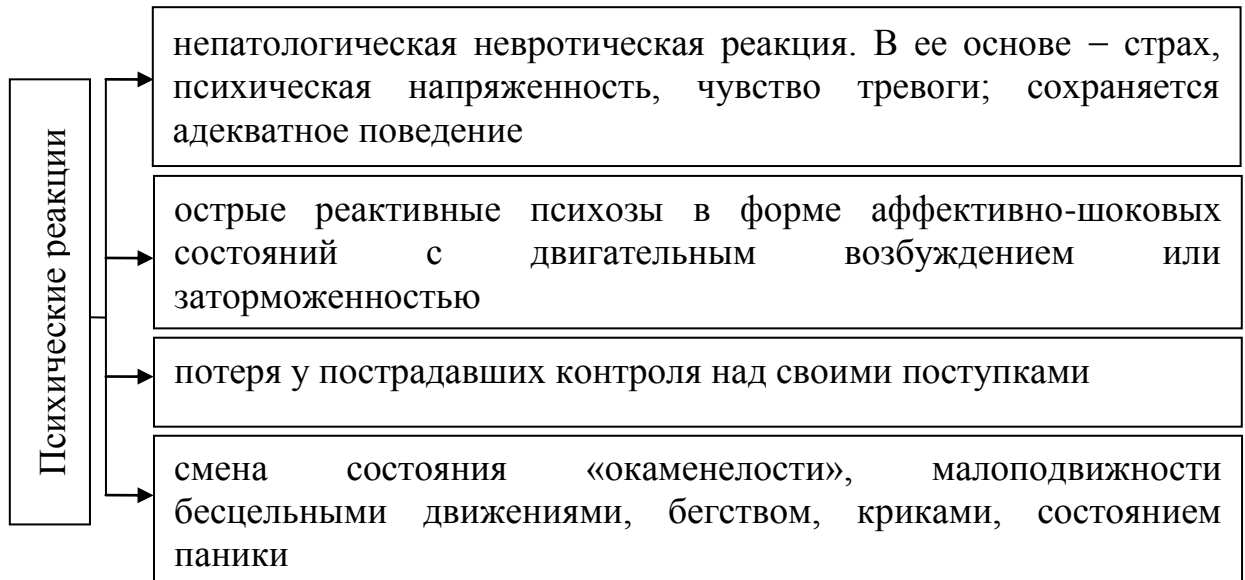


Рис. 3.19. Психические реакции острого периода

2. Период

«нормальной

жизни в

экстремальных

условиях»

В это время в формировании состояний дезадаптации и психических расстройств значительно большее значение имеют особенности личности пострадавших, а также осознание ими не только продолжающейся в ряде случаев жизнеопасной ситуации, но и новых стрессовых воздействий, таких как потеря родных, разобщение семей, потеря дома, имущества (рис. 3.20).

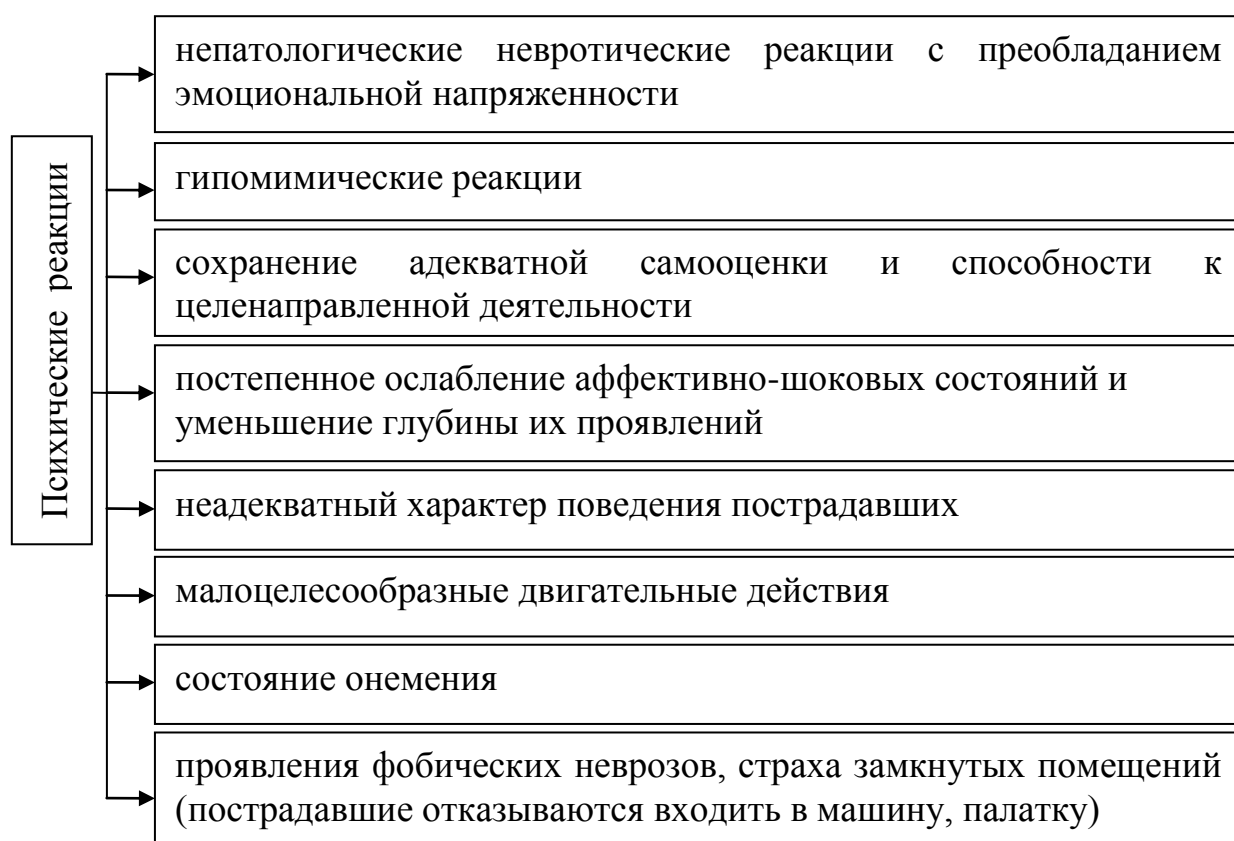


Рис. 3.20. Психические реакции периода «нормальной жизни в экстремальных условиях»

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

3. Период

«Калькуляция»

утрат

Начинается для пострадавших после их эвакуации в безопасные районы. У многих происходит сложная эмоциональная и когнитивная переработка ситуации, оценка собственных переживаний и ощущений, своеобразная «калькуляция» утрат.

При этом приобретают актуальность также психогенно-травмирующие факторы, связанные с изменением жизненного стереотипа, проживанием в разрушенном районе или месте эвакуации (рис. 3.21). Становясь хроническими, эти факторы способствуют формированию относительно стойких психогенных расстройств. Наряду с сохраняющимися неспецифическими невротическими реакциями и состояниями в этот период начинают преобладать затянувшиеся и развивающиеся патохарактерологические изменения, посттравматические и социально-стрессовые расстройства. В этих случаях наблюдается как «соматизация» многих невротических расстройств, так и противоположные этому процессу «невротизация» и «психопатизация», связанные с осознанием имеющихся травматических повреждений и соматических заболеваний, а также с реальными трудностями жизни пострадавших.

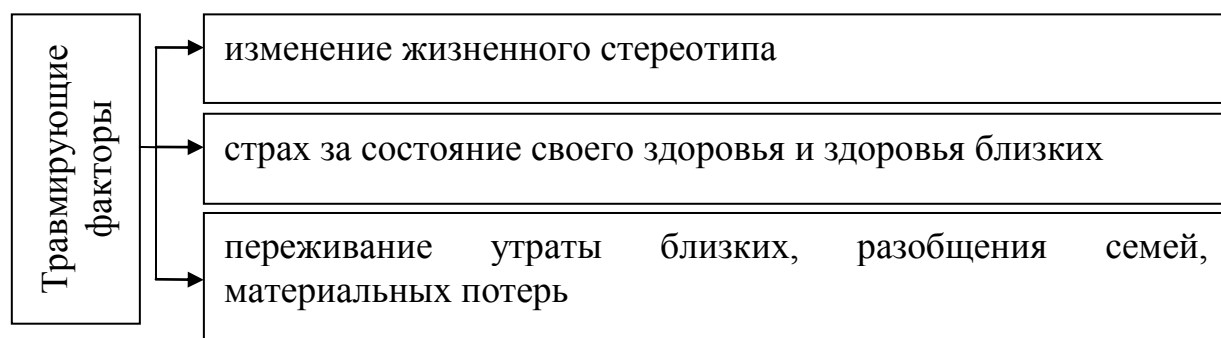


Рис. 3.21. Основные травмирующие факторы

Целый спектр основных психических реакций пострадавших периода «калькуляции» утрат относят многие исследователи (А.Г. Маклаков, 2005; Кекелидзе З, 2004; Никифоров Г.С., 2003, Мокшанцев Р.И., Мокшанцев А.В.,2001) (рис. 3.22.).

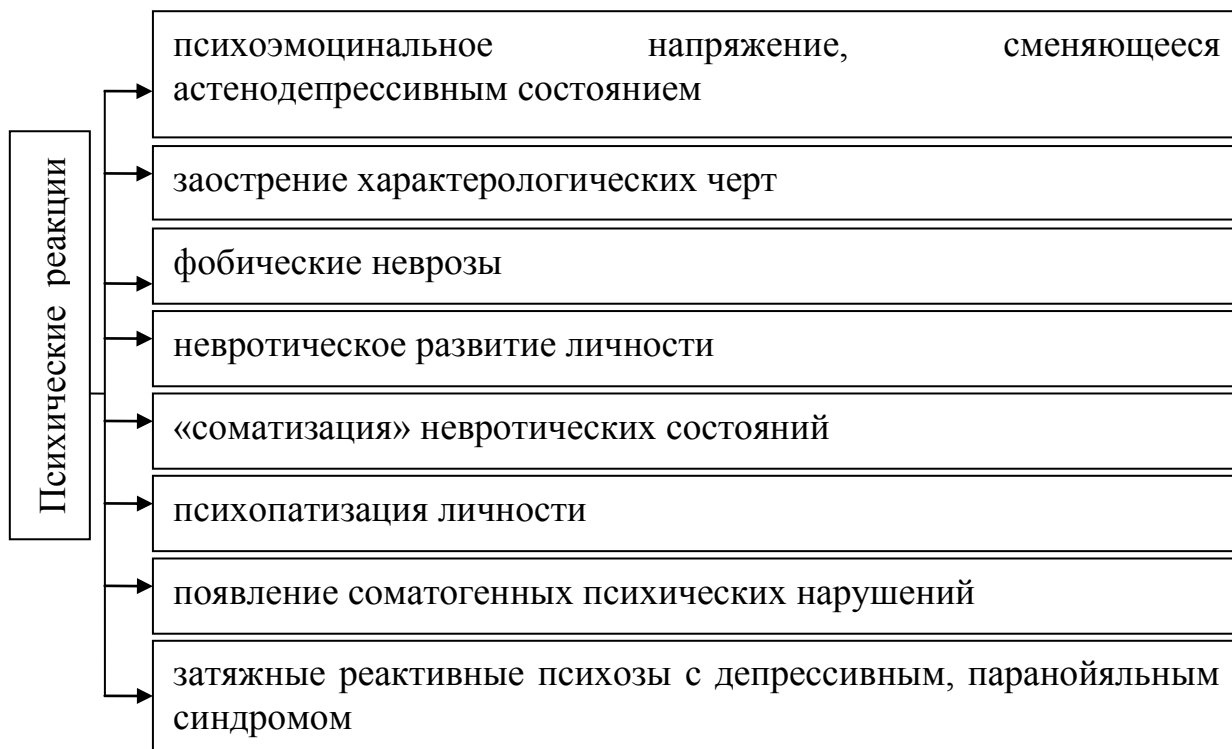


Рис. 3.22. Психические реакции периода «калькуляции» утрат

Во все указанные периоды развитие и компенсация психогенных расстройств при чрезвычайных ситуациях зависят от трех групп факторов (рис. 3.23.). Однако значение этих факторов в различные периоды развития ситуации неодинаково.

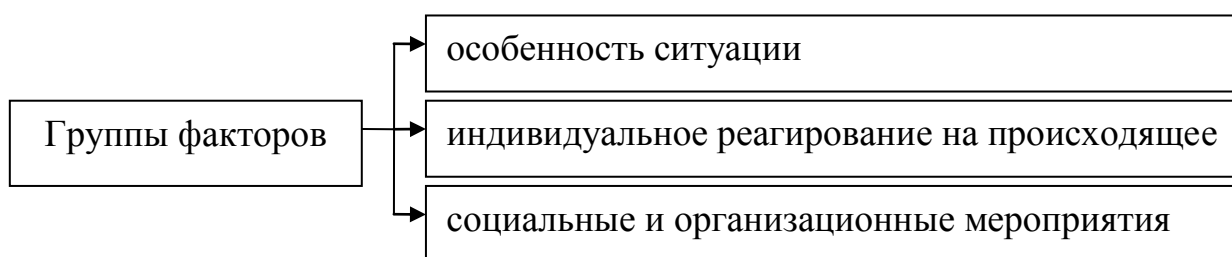


Рис. 3.23. Группы факторов, влияющие на периоды развитие и компенсацию психогенных расстройств

По мнению американских врачей-психиатров, для дифференцированной диагностической установки при идентификации расстройств в динамике целесообразно выделять три фазы (рис. 3.24).

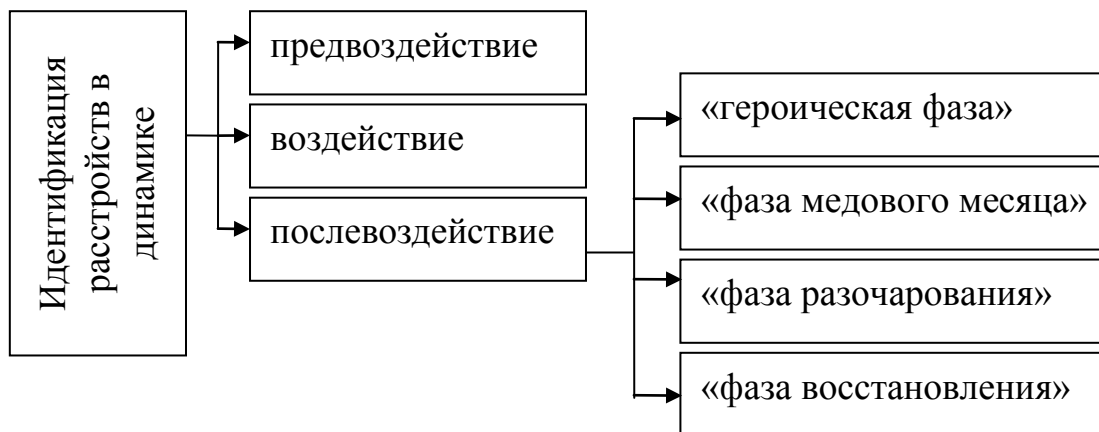


Рис. 3.24. Идентификация расстройств в динамике

1. *Предвоздействие (preimpact phase)*, включающее ощущения беспокойства и угрозы.
2. *Воздействие (impact phase)*, длящееся от начала стихийного бедствия до момента эвакуации пострадавших из района бедствий. Характеризуется доминированием эмоций страха.
3. *Последствие (postimpact phase)*, начинающееся через несколько дней после стихийного бедствия или катастрофы. В этой фазе выделяют четыре субфазы, которые проходят психические реакции при катастрофах:

«Героическая фаза» Непосредственно связана с моментом катастрофы и длится несколько часов. Для нее характерно демонстративное героическое поведение, желание помочь людям, альтруизм, формирование ложных представлений о возможности преодолеть случившееся.

«Фаза медового месяца» Длится от недели до 3–6 месяцев. Выжившие испытывают чувство гордости за то, что преодолели все опасности и остались в живых, надеются и верят, что все проблемы и трудности вскоре будут

разрешены.

«Фаза разочарования» Длится от 1 года до 2 лет. Чувства разочарования, гнева, негодования возникают вследствие крушения различных надежд.

«Фаза восстановления» Начинается, когда выжившие осознают, что им самим необходимо решать свои проблемы и налаживать свой быт.

Однако М.М. Решетников и С.В. Чермянин (Никифоров Г.С., 2003) выделили отдельные стадии периода воздействия и первых этапов послевоздействия, который был назван ими «периодом острых эмоциональных реакций». Критерием выделения данных фаз для авторов послужила динамика психофизиологического состояния пострадавших. Опираясь на выявленную динамику, они описали следующие стадии.

1. Стадия витальных реакций Длится около 15 минут. Начинается с первых мгновений возникновения реальной витальной угрозы. Поведенческие реакции полностью подчинены императиву сохранения собственной жизни и могут сопровождаться кратковременным оцепенением или выраженным двигательным возбуждением.

2. Стадия острого психоэмоционального шока с явлениями сверхмобилизации Продолжается около 3–5 часов и характеризуется общим психическим напряжением, предельной мобилизацией психофизиологических резервов, обострением восприятия и увеличением скорости мыслительных процессов, проявлением безрассудной смелости, особенно при спасении близких. Около 30% пострадавших отмечали, что в этот период они испытали подъем

работоспособности и увеличение физических сил в 1,5–2 раза.

*3. Стадия
психологической
демобилизации*

Наступает через 6–12 часов после катастрофы и длится до 3 суток. Характеризуется существенным ухудшением самочувствия и психоэмоционального состояния с преобладанием чувства растерянности, отчаяния, депрессии. В этот период высока вероятность развития панических реакций. Большинство пострадавших отмечали возникновение этой стадии при первых контактах с получившими травмы, при первых увиденных телах погибших, когда к ним приходило осознание масштаба трагедии, что в целом сопровождается повышением уровня стресса.

*4. Стадия
разрешения*

Наблюдается на 3–12-е сутки после стихийного бедствия (катастрофы). Происходит постепенная стабилизация настроения и самочувствия, но сохраняется пониженный эмоциональный фон, ограничены контакты с окружающими, отмечается гипомимия (маскообразность лица), замедленность движений.

*5. Стадия первичного
восстановления*

Начинается через 10–12 дней после экстремальной ситуации и наиболее отчетливо проявляется в поведенческих реакциях (рис. 3.25).

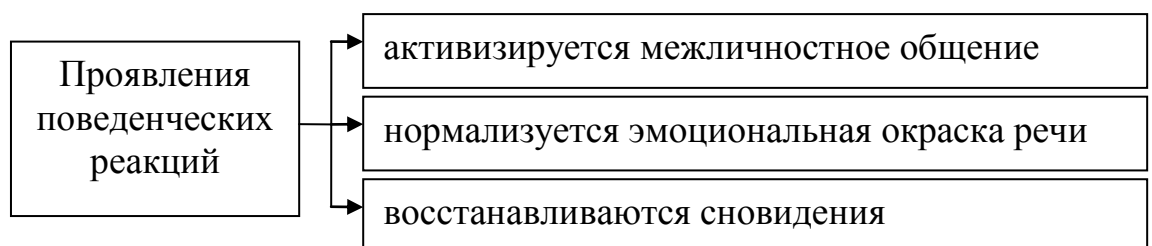
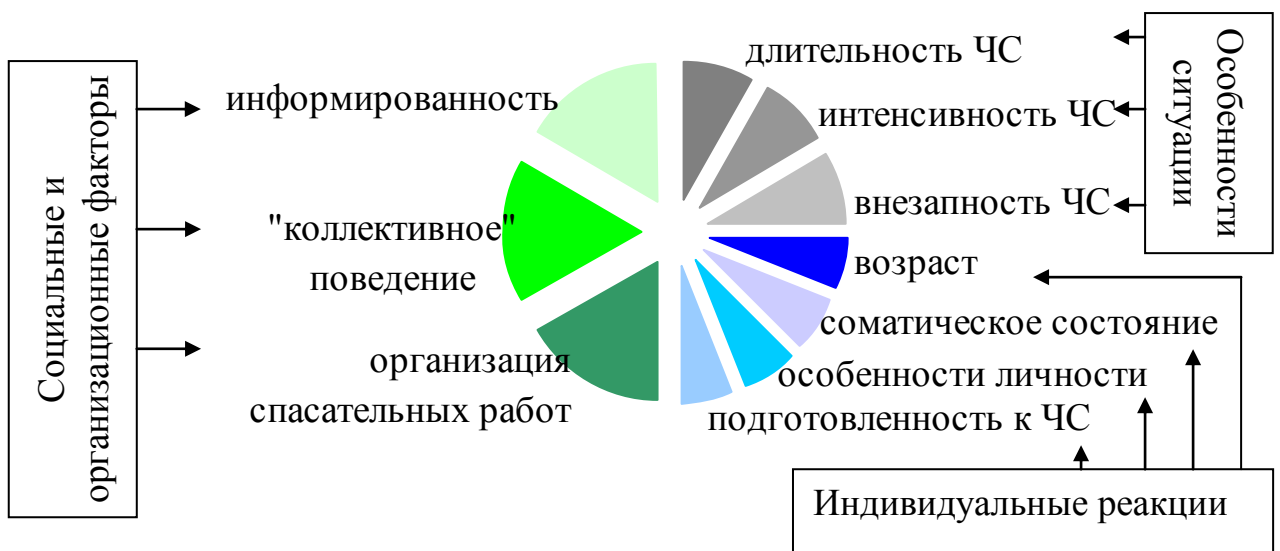


Рис. 3.25. Проявления поведенческих реакций

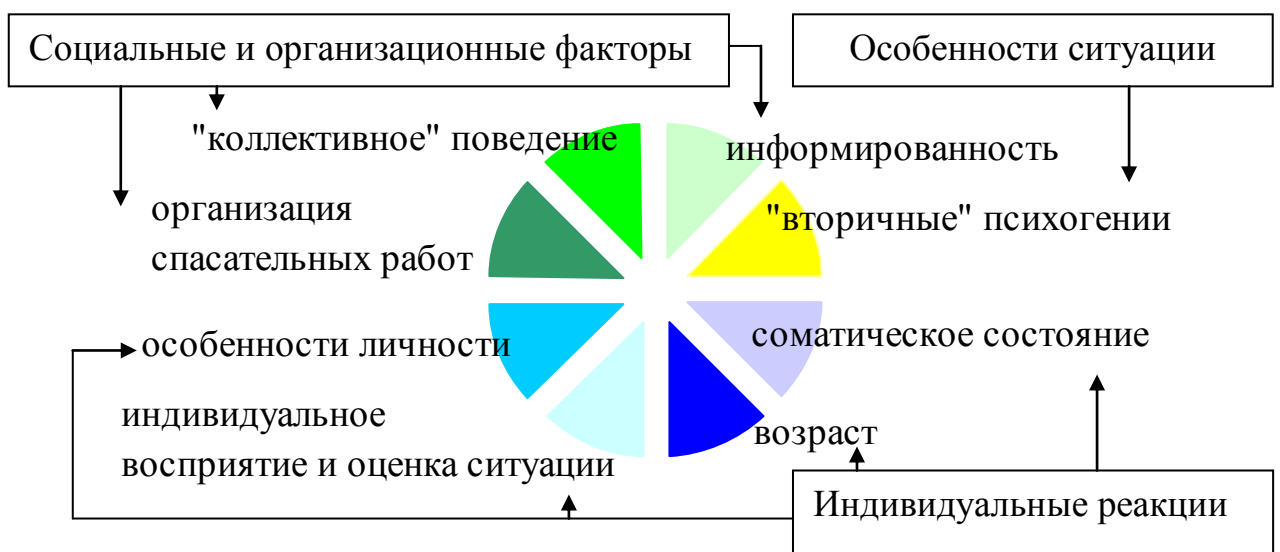
6. Стадия отставленных реакций характеризуется проявлением некоторых психопатологических синдромов и психосоматических нарушений через 30–40 дней после стихийного бедствия.

Удельный вес динамически изменяющихся факторов в первую очередь влияющих на психическое здоровье во время и после любой ЧС, схематически показан на рисунке 3.34.

Непосредственно во время стихийного бедствия (катастрофы)



При проведении спасательных работ после завершения жизнеопасного события



На отдаленных этапах чрезвычайной ситуации

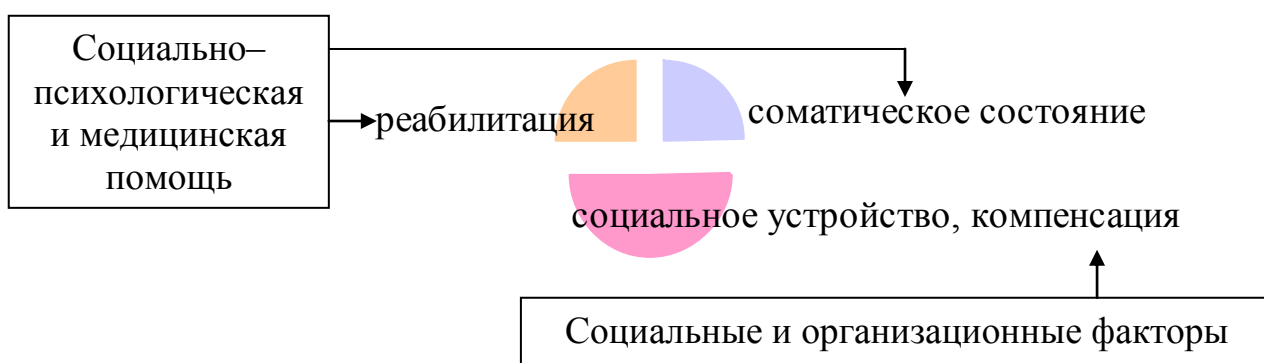


Рис. 3.43. Основные факторы, влияющие на развитие и компенсацию психических расстройств при ЧС (Александровский Ю.А., 1991)

Представленные данные свидетельствуют о том, что с течением времени теряется непосредственное значение характера ЧС и индивидуальные особенности пострадавших, а возрастают и занимают основополагающее значение собственно медицинская, социально-психологическая помощь и организационные факторы. Из этого следует, что социальные программы в решении вопросов охраны и восстановления психического здоровья у пострадавших после ЧС имеют первостепенное значение.

Резюме

- Особенности и интенсивность психических, психосоматических и психопатологических проявлений в постстрессовый период зависят от самых разных объективных и субъективных обстоятельств.
- На характер психических расстройств, возникающих как следствие воздействия экстремальной ситуации, влияют психологические особенности личности, состояние здоровья и степень подготовленности к катастрофе.
- Наиболее часто наблюдаемые при жизнеопасных ситуациях во время

и после стихийных бедствий и катастроф психогенные расстройства объединяются в три группы: непатологические реакции, психогенные патологические реакции и реактивные психозы.

- Непатологические реакции длятся в течение нескольких дней и характеризуются на психологическом уровне - эмоциональным напряжением, декомпенсацией личностных акцентуаций, на социальном уровне - критической оценкой происходящего, целенаправленной деятельностью.
- Психогенные патологические реакции на психологическом уровне определяются невротическим уровнем расстройств - астеническими, депрессивными и истерическими синдромами, а на социальном уровне свойственно снижение критической оценки происходящего и возможностей целенаправленной деятельности.
- Реактивные психозы характеризуются выраженными нарушениями психической деятельности, лишают человека на продолжительное время работоспособности и возможности правильно (неискаженно) воспринимать происходящее.
- Статистика свидетельствует, что только 6 - 7% людей в условиях массовой катастрофы полностью сохраняют адекватное состояние. В первый час не менее 70 % имеют невротические и психические реакции разной степени выраженности. В течение пяти часов количество таких людей уменьшится вдвое и за сутки состояние большинства пострадавших нормализуется.
- Обобщающие исследования психических расстройств в экстремальных ситуациях дают возможность схематически выделить три периода в их развитии: острый период, период «нормальной жизни в экстремальных условиях» и период «калькуляции утрат».
- По мнению американских врачей-психиатров, для дифференцированной диагностической установки при

идентификации расстройств в динамике целесообразно выделять три фазы: предвоздействия, воздействия и после воздействия, которая имеет «героическую фазу», фазу «медового месяца», фазу «разочарования» и «восстановления».

- При всем многообразии характера катастроф, стихийных бедствий и крупных аварий едиными остаются принципы оказания помощи: профессионализм, приближенность, неотложность, преемственность, надежность, простота и индивидуальность.
- Поэтапное изложение медицинской сортировки возникающих психических расстройств используется для быстрого и грамотного решения вопросов определения объема необходимой помощи, степени опасности для окружающих, очередности и вида эвакуации.
- Деятельность психологов на месте трагедии в г. Архангельске направлялась на определение участков работы и организация документирования проводимых мероприятий; поиск и сбор пострадавших с места происшествия; профилактику элементов паники; организацию психологической помощи родственникам потерпевших и сотрудникам, выполнявшим служебные задачи на объекте; работу на телефоне экстренной психологической помощи; организацию взаимодействия с психолого – психиатрическими службами города и взаимодействие со СМИ.

Вопросы и задания для самоконтроля:

21. Проанализируйте зависимость характера психических расстройств, возникающих как следствие воздействия экстремальной ситуации.
22. Опишите три группы психогенных расстройств.
23. Определите синдромы патологической реакции невротического уровня.
24. Перечислите основные проявления острого и затяжного реактивного

- психоза.
25. Обрисуйте травмирующие факторы и основные реакции участников каждого периода развития психических расстройств.
 26. Раскройте фазы идентификации расстройств в динамике американских врачей-психиатров.
 27. Перечислите основные принципы оказания помощи.
 28. Установите факторы, влияющие на оказание помощи в ЧС.
 29. Опишите этапы психолого – психиатрической помощи.
 30. Проанализируйте критерии медицинской сортировки по группам в ЧС.
 31. Рассмотрите модель взаимодействия психологических служб.
 32. Перечислите цели работы психолога в ЧС.
 33. Установите удельный вес динамически изменяющихся факторов в первую очередь влияющих на психическое здоровье во время и после любой ЧС.
 34. Перечислите основные направления деятельности психологов на месте трагедии.
 35. Опишите признаки психологических нарушений, выявленные у пострадавших.
 36. Раскройте наиболее эффективные направления работы психологов.
 37. Расскажите о принципах работы с родственниками пострадавших.
 38. Разъясните алгоритм проявления возможных реакций пострадавших.
 39. Выявите стратегии индивидуальной терапии спасателей.
 40. Опишите стратегии терапии при остром и посттравматическом стрессовом расстройстве.

Алгоритм работы психолога при катастрофе

Организация ликвидации 16 марта 2004 года в 2 часа 59 минут в г.

*последствий взрыва
подъезда жилого дома в
городе Архангельске*

Архангельске по адресу пр. Советских космонавтов, 120 вследствие взрыва произошло обрушение крайнего подъезда 9-этажного панельного жилого дома. Причиной разрушения стал взрыв облака газовой смеси, сконцентрировавшийся между первым и вторым этажами.

В результате взрыва строительной конструкции 5 – 9 этажи лишились опоры и обрушились. По подсчетам специалистов, объем сжиженного газа, вырвавшегося наружу, равнялся десяти кубическим метрам, что эквивалентно 60 – 150 кг тротила. Время утечки газа составило чуть более 10 минут.

В результате взрыва пятый подъезд дома был полностью уничтожен, а под его обломками погибло абсолютное большинство жильцов, находившихся в эту ночь в своих квартирах. Специалистами правоохранительных органов установлено, что причиной трагедии стало умышленное повреждение вентиля, регулирующего подачу бытового газа в дом.

В начале спасательных работ некоторые пострадавшие были сняты при помощи пожарных автолестниц, а также извлечены из-под завалов, насколько это позволяли средства малой механизации. Надежда при выстраивании плана ведения аварийно – спасательных работ (АСР) возлагалась на то, что панели дома при падении могли образовывать пустоты, в которых был шанс выжить пострадавшим, тем более что из-за повреждения внутридомовых коммуникаций (теплоснабжение, горячая вода) под завалами поддерживалась плюсовая температура. Однако сложилась максимально неблагоприятная ситуация по характеру завала: плиты не падали одна на другую хаотично, образуя пустоты, а «соскальзывали» друг на друга, образуя своеобразный «сэндвич» -

расстояние между панелью пола и панелью потолка составляло всего 10 - 15 см на протяжении практически всего завала. Этим объясняется, что все тела погибших были довольно сильно повреждены, а количество спасенных непосредственно из-под завалов (только в течение первых 6 часов ведения спасательных работ) ничтожно мало - 6 человек. Начиная с 9 часов утра 16 марта, извлекались только погибшие (Максимова Е.А., Поливаний И.А., 2005).



Фотография 3.4. Спасательные работы на месте взрыва газовой смеси в г. Архангельске.

Начальная схема работы - отдыха спасателей составляла 4 часа работы и 6 часов сна, на вторые сутки время отдыха было увеличено до 8 часов, что обуславливалось большой усталостью и высоким психологическим напряжением (вид большого количества погибших, сильная деформация тел, много погибших маленьких детей). Было увеличено и количество работающих на завале людей за счет военнослужащих срочной службы, привлеченных для уборки строительного мусора по краям завала.

В ходе проведения спасательных работ в многопрофильные стационары города было госпитализировано 16 пострадавших, из них 15 человек из обрушившегося подъезда первые 4 часа после взрыва с сочетанными и множественными травмами различной степени тяжести.

На медицинском пункте, функционирующем вблизи очага чрезвычайной ситуации, дежурившими врачами бригад станции скорой медицинской помощи (ССМП), психотерапевтами, психиатрами и психологами в течение пяти суток оказана помощь 251 человеку. Пострадавшие с порезами осколками стекол различных частей тела, ссадинами и ушибами, ситуационными реакциями и реактивными психосоматическими состояниями, сердечными, головными и иными болями распределились следующим образом:

- жильцы пострадавшего дома - 24 человека;
- жильцы соседних домов, родственники и знакомые погибших и пострадавших - 210 человек;
- спасатели - 17 человек.

У спасателей имели место ушибы, поверхностные повреждения кожных покровов, пылевые конъюнктивиты, ларингиты, а у одного - резкое повышение артериального давления (Барачевский Ю.В., 2005).

Погибшие и госпитализированные в лечебно – профилактические учреждения (ЛПУ) представлены жителями обрушившегося подъезда в количестве 72 человек, из них 12 – дети. Доля погибших составила 80,6 % (58 человек, из которых 2 скончались в больнице). 20,7 % от числа погибших и умерших приходится на детей.

Деятельность психологов на месте трагедии осуществлялась по 8 направлениям (рис. 3.35.).

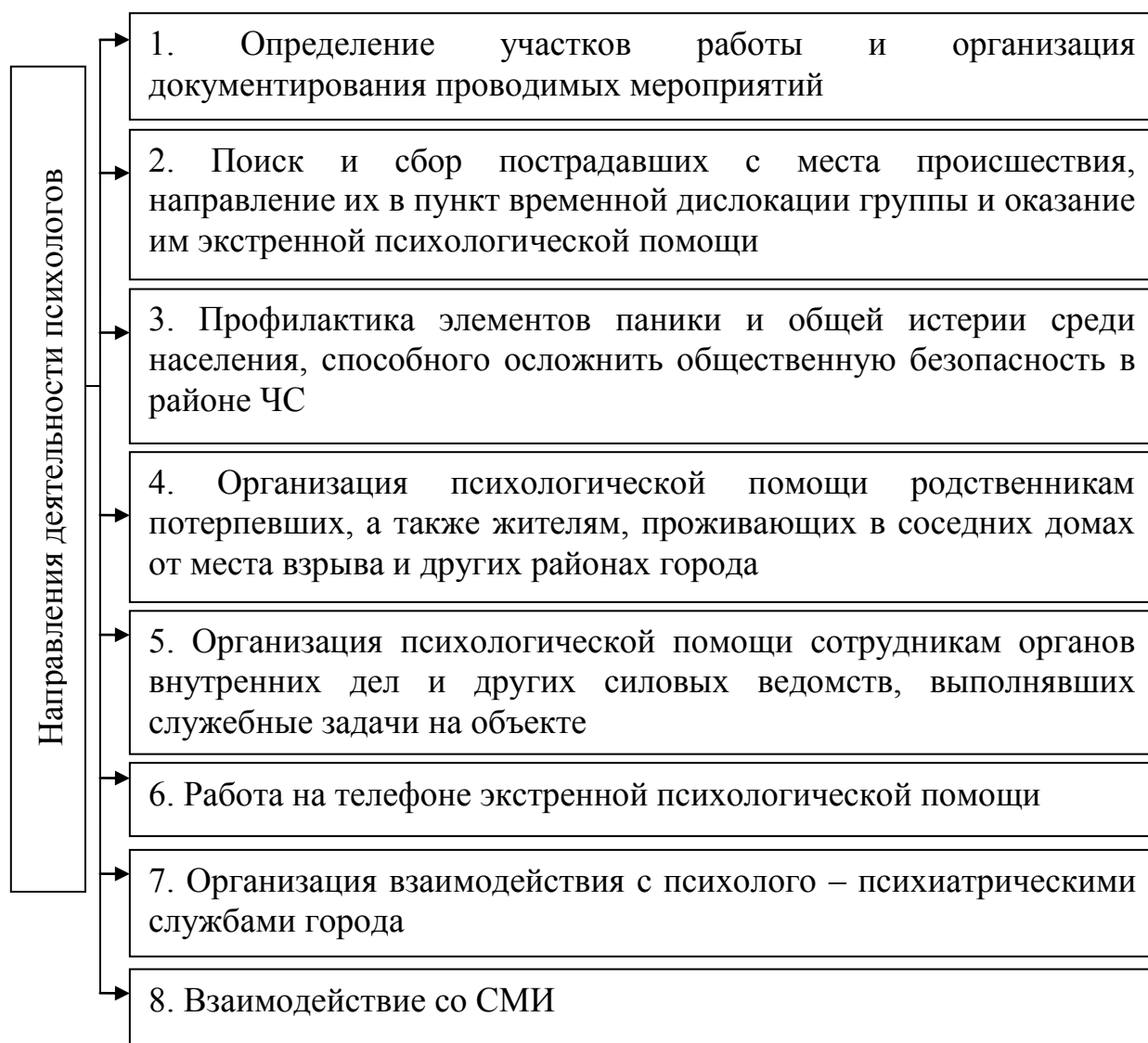


Рис. 3.35. Направления деятельности психологов.

К наиболее часто встречающимся признакам психологических нарушений, выявленных у пострадавших, были отнесены (рис. 3.36.):

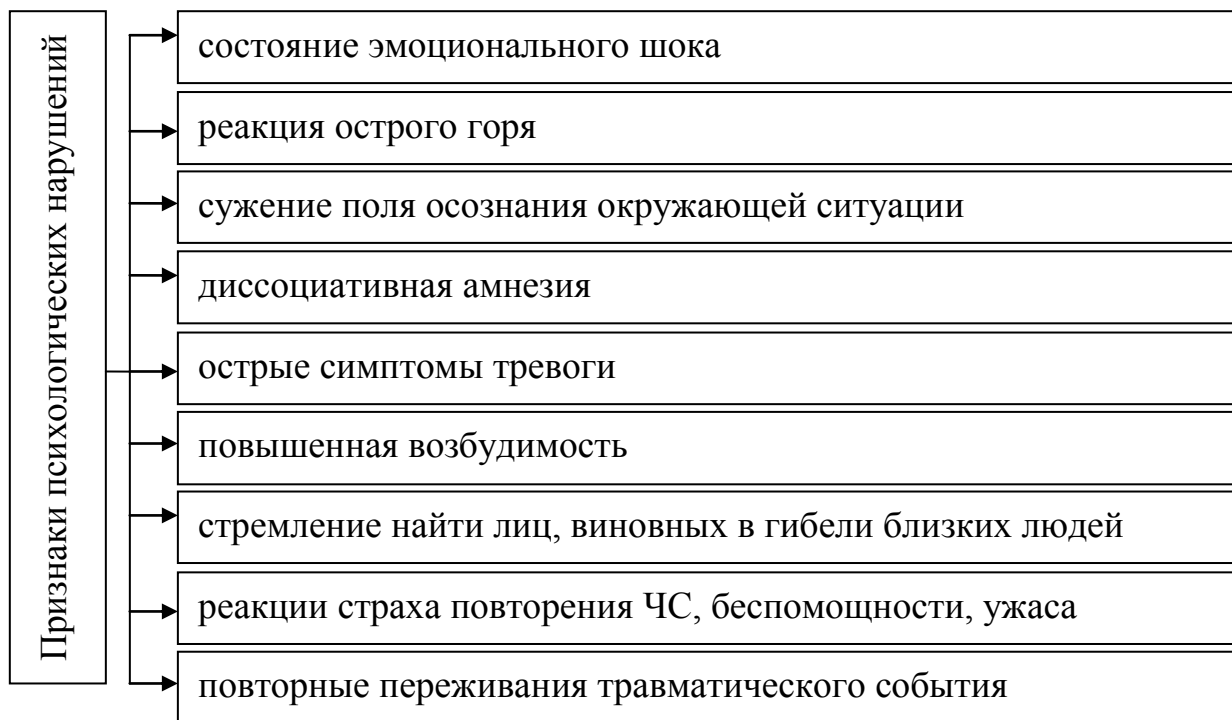


Рис. 3.36. Признаки психологических нарушений.

На основании изучения психологических изменений у пострадавших было условно выделено три периода:

Начальный период (первые сутки) Характеризовался внезапностью разыгравшейся трагедии и массовой гибелью людей. Наиболее мощное экстремальное воздействие пережили люди, находившиеся в этом доме в период его разрушения, близкие родственники погибших и раненых, а также жители соседних домов.

Наблюдалось массовое обращение, как пострадавших, так и родственников, близких и знакомых, которых в первую очередь интересовала информация о жильцах, проживавших на тот момент в данном подъезде. Их психологическое состояние характеризовалось ощущением чувства ожидания и тревоги, надежды на возможное спасение близких людей, находящихся под обломками конструкций, имущества, материальных ценностей.

Помощь людям, которые переживали острое горе, связанное с гибелью родственников, заключалась в первую очередь в психологической поддержке, направленной на демонстрацию принятия и понимания человеческих переживаний, а также поиск ценностей для дальнейшего существования.

В период пролонгированного стрессового расстройства (второй и третий день после трагедии), для пострадавших были характерны реакции социальной и психологической дезадаптации, связанные с потерей близких людей, жилья, имущества; а также ощущением страха перед возможностью новых взрывов и разрушений.

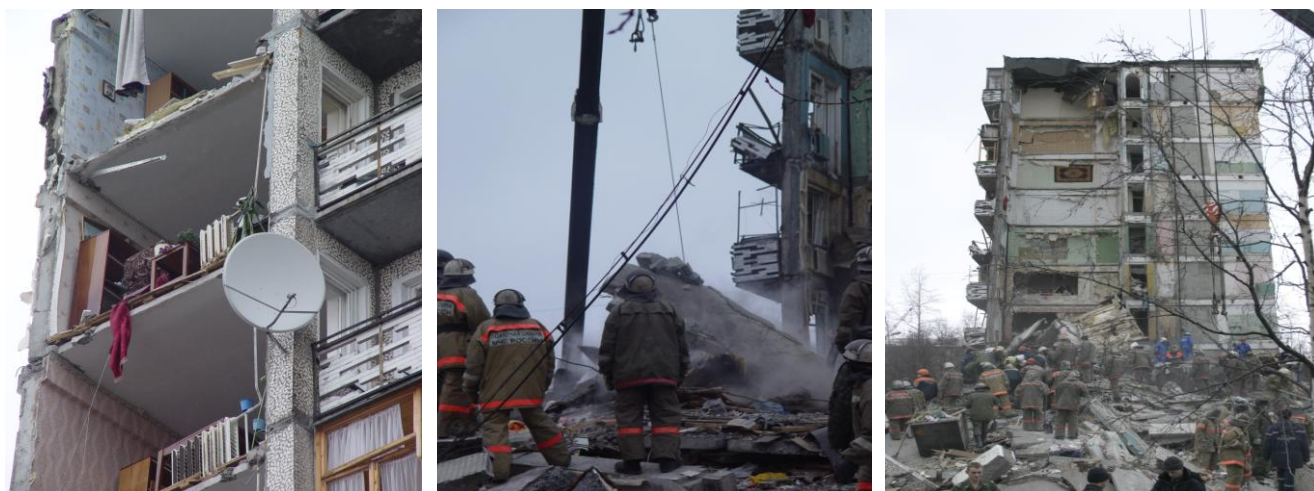


Фотография 3.5. Разбор завала подъезда после взрыва в г. Архангельске.

Второй период

Характеризовался сменой психоэмоционального напряжения, свойственного концу первого периода, на стадию повышенной утомляемости и развитием депрессивных проявлений.

К этому времени большинство пострадавших были эвакуированы к родственникам, знакомым и в гостиничный комплекс. Ряд пострадавших, по их категорическому требованию, были оставлены в пункте временной дислокации психологической службы. Их требования были основаны на стремлении оставаться в «комфортной» зоне (где им и их родственникам оказывалась социальная, психологическая и медицинская помощь) и быть в непосредственной близости от места разбора обломков завала, под которым находились их родные и близкие. Для пострадавших, прежде всего родителей, потерявших своих детей, было свойственно проявление чувства вины выжившего.



Фотографии 3.6, 3.7, 3.8. Взрыв газовой смеси в г. Архангельске.

Третий период

(конец третьих суток и последующие два дня)

Характеризовался активным обращением людей за психологической помощью, проживающих в соседних домах, рядом с местом трагедии. Наблюдалось увеличение утомляемости, усталости, апатии со стороны родственников, что могло быть связано с завершением идентификация погибших, окончанием разбора завала взорванного подъезда.

Опыт работы по оказанию психологической помощи показал, что

наиболее эффективно в подобных ситуациях применять следующие методы и техники:

- ребефинг;
- дебрифинг;
- психологическая поддержка;
- приемы «внимающего» консультирования;
- техники нейролингвистического программирования (лингвистическая мета-модель, техники «якорения», визуально-кинестетическая диссоциация – «фотография», «кинотеатр», рефрейминг);
- метод десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ);
- рациональная психотерапия.

Наиболее эффективная тактика психолога

В результате работы была выбрана наиболее эффективная тактика психолога. В подобных ситуациях нарушенные состояния сознания людей необходимо дифференцировать с острыми стрессовыми реакциями.

Психологу необходимо знать о существовании таких расстройств, правильную синдромальную дифференциацию необходимо проводить совместно с психиатром. Необходимо помнить, что личность под влиянием бреда и галлюцинаций опасна для окружающих, особенно, если она связана с ношением различных опасных предметов. Необходимо помнить, что измененные состояния сознания всегда таят опасность не только для окружающих, но для самого клиента (пациента).

Деятельность психологов можно условно разделить на два основных направления (рис.3.37.):

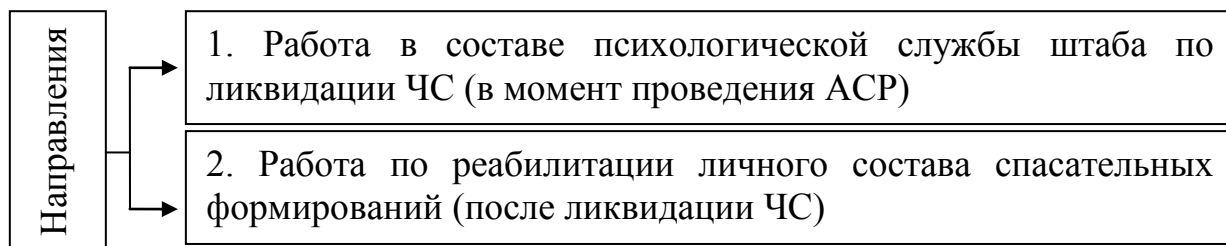


Рис. 5.37. Направления деятельности психологов.

Работа с родственниками пострадавших и погибших Первое заключалось в основном в работе с родственниками пострадавших и погибших во время трагедии, а также с жителями окружающих домов и другими.

Эта деятельность осуществлялась в течение первых трех суток после взрыва и велась совместно с психологами Управления внутренних дел г. Архангельска, Управления государственной противопожарной службы (УГПС), Управления по борьбе с организованной преступностью.

Работа с родственниками погибших и пострадавших строилась на следующих принципах (рис. 3.38.):

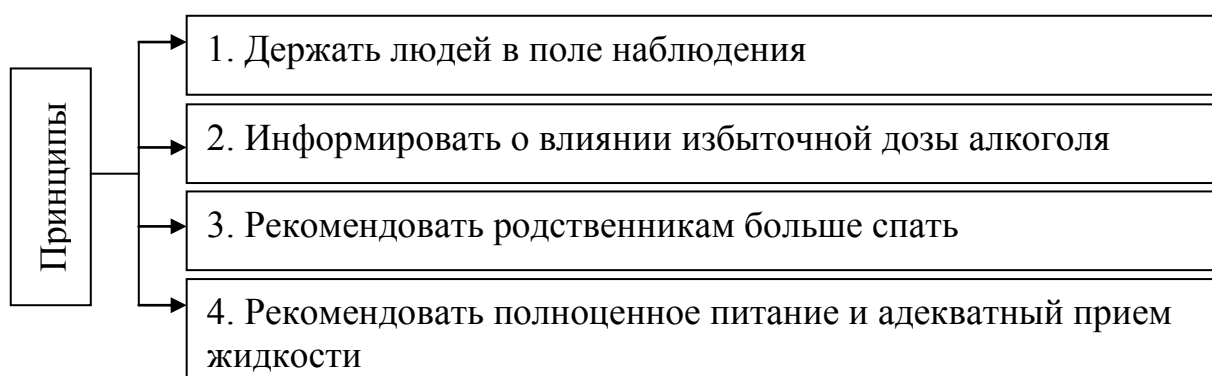


Рис. 3.38. Принципы работы с родственниками погибших и пострадавших.

1. Стараться по возможности *держат людей в поле наблюдения*. Так, когда родственники выходили из психолого-медицинского центра к месту завала, чтобы следить за ведением спасательных работ, в большинстве случаев за ними наблюдал один из психологов либо

сотрудников Красного Креста.

2. Информировать людей о том, что *избыточное употребление алкоголя только усугубляет состояние стресса*. Для естественной транквилизации требуется в среднем 30 - 40 г спирта (т. е. около 70 г водки). При увеличении дозы алкоголя в основном идет значительное понижение настроения и увеличение чувства тревоги.
3. Рекомендовать *родственникам как можно больше спать* (при этом бессонницу следует ликвидировать медикаментозно) и допускать как можно меньше внешних раздражителей (ограничить информацию из средств массовой информации, от очевидцев и т. д.). Поскольку спасательные работы на месте трагедии продолжались в течение трех суток, для выполнения этой задачи в медико-психологическом центре штаба были организованы специальные помещения для сна и отдыха. Медики при необходимости вводили пострадавшим антидепрессанты, снотворное, витамины и препараты, улучшающие мозговое кровообращение.
4. Рекомендовать *полноценное питание и адекватный прием жидкости*. В пище обязательно должны присутствовать белковые продукты, богатые аминокислотами. Для этого при штабе ликвидации ЧС был организован пункт постоянного питания.

Большинство людей, находясь несколько суток на месте ЧС в ожидании новостей о родственниках или близких, отказывались от приема пищи и горячего питья. Одним из способов уговорить поесть являлась переориентация человека на будущее: от него еще может потребоваться помощь либо выжившему близкому человеку, либо родным, чтобы пережить горе, а для этого нужны силы. Ориентация на будущее позволяла разбудить простейшие физиологические потребности и уговорить человека поесть (Максимова А.Е., 2005).

Основная психологическая работа заключалась:

- в активном слушании;
- формировании целей и задач на будущее;
- работе с чувством вины, если оно есть;
- работе со страхами.

В рамках работы с родными и близкими погибших разрабатывались рекомендации и доводились до сведения тех людей, которые будут впоследствии находиться рядом с лицами, пережившими утрату, и помогать им. Для этого людям объясняли, на каком этапе можно ожидать тех или иных реакций человека и что при этом делать (рис.3.39.).

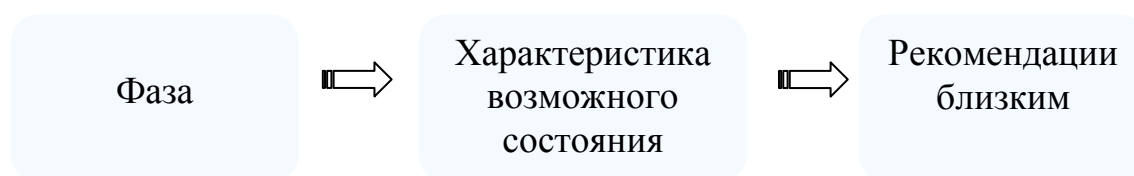


Рис. 3.39. Алгоритм разъяснения этапов возможных реакций.

Фаза шока На этой фазе может возникать «маниакальная защита» - повышенный фон настроения с отрицанием произошедшего. Может наблюдаться утрата чувствительности, ступор или, наоборот, повышенное возбуждение и активность.

Повышенный фон настроения должен насторожить намного больше, чем утрата чувствительности. При нем человек теряет чувство реальности (состояние дереализации и деперсонализации). Внешне он ведет себя как всегда, занимается обычными делами, возможно, механистично. И окружающие часто чувствуют эту неестественность.

Рекомендации близким:

1. Разговаривать с таким человеком и утешать его совершенно бесполезно. Он все равно «не слышит», а на попытки утешения может удивленно ответить: «Я себя чувствую хорошо». Главное не оставлять человека одного, не упускать его из поля внимания. При

этом не обязательно говорить с ним, можно это делать молча. Важно не оставить человека наедине с собой, если вдруг начнется реактивное состояние.

2. Ребенка, который учится, лучше не пускать в школу, даже если он будет утверждать, что вполне справится.
3. Как можно больше телесного контакта с человеком. Иногда достаточно одних тактильных ощущений, чтобы вывести человека из тяжелейшего шока. Особенно если это такие символические движения, как поглаживание по голове. В этот момент большинство людей начинают чувствовать себя маленькими, беззащитными, им хочется заплакать, как в детстве. Если же удалось вызвать у человека слезы, то он переходит на следующую стадию реакций.
4. Нужно пробудить у человека любые сильные эмоции, которые выведут его из шока. Радости в такой ситуации ожидать трудно, поэтому можно спровоцировать злость. Иногда помогающему стоит «вызвать огонь на себя», разозлив горящего.

Фаза депрессии (страдания) Фаза продолжается в среднем 4 — 6 недель. Это период наибольших страданий острой душевной боли. Появляется множество тяжелых, иногда странных и пугающих мыслей и чувств. Это ощущения пустоты и бессмысленности, отчаяние, чувство брошенности, одиночества, злость, вина, страх и тревога, беспомощность.

Рекомендации близким:

1. Предоставить человеку возможность побыть одному, в то же время, если он хочет поговорить, не отказывать ему.
2. Прощать и понимать человека, если он будет раздражительным или агрессивным.
3. Если человек плачет, не утешать его. Слезы - возможность сильнейшей эмоциональной разрядки. Успокаивая человека, мы не

даем этому процессу завершиться.

Фаза Фаза ассимиляции - постепенное принятие реальности.
ассимиляции Человек начинает говорить о будущем.

Рекомендации:

1. Основная психологическая помощь на данном этапе состоит в том, чтобы помочь строить всевозможные планы.
2. Можно отвлекать, переключать внимание человека с темы смерти близкого. Нужно постепенно приобщать его к общественно полезной деятельности: отправить в школу или на работу, начать загружать домашними делами. Это очень полезно, так как дает возможность отвлечься от основной проблемы.
3. Приучать его к новым контактам.
4. Формировать новые потребности.

Работа по Второе направление основной деятельности
реабилитации личного психологов заключалось в работе по реабилитации
состава личного состава спасательных формирований. Оно включало индивидуальные беседы и консультации оперативного и административного состава, а также групповую терапию.

В рамках *индивидуальной работы* проводилось информирование спасателей о проявлении типичных реакций на стресс, периодах их проявления, выяснение из клинической беседы возникающих симптомов и работа с беспокоящими (в основном навязчивыми неприятными) переживаниями и воспоминаниями, выдача рекомендаций по нормализации состояния (табл. 3.3).

Диагностических признаков для постановки диагноза «острое стрессовое расстройство» у сотрудников не было выявлено. В то же время отдельные симптомы, такие, как нарушение сна, повышенная

раздражительность, нежелание говорить о происшедшем, имели место, но они являлись единичными у отдельных людей, не вызывали клинически значимого дистресса и прошли в основном за первые две недели после ЧС.

Таблица 3.3.

Стратегии терапии при остром и посттравматическом стрессовом расстройстве

<i>Номер</i>	<i>Содержание этапа</i>	<i>Возможные методы работы</i>
1.	Создание зоны доверия и конфиденциальности.	Этот этап может длиться до нескольких встреч (консультаций).
2.	Формирование ресурсного состояния.	Техники телесно-ориентированной терапии; арт-терапевтические техники; эриксоновский гипноз; ресурсные мотивы психосинтеза.
3.	Отреагирование посттравматического опыта путем создания ретравматической ситуации	НЛП (техника «кинотеатр» — особенно эффективна при избавлении от фобий); ДПДГ (десенсибилизация путем движения глаз). Показателем завершения работы на этом этапе служит то, что человек начинает сам говорить о событии или хотя бы как-то эмоционально реагировать на это. При простом посттравматическом расстройстве на этом работа может быть закончена.
4.	Интеграция личности (осознавание психотравматического	Необходим в случае травматизации личности. НЛП (рефреминг, «линия жизни»); Эриксон - метафоры;

материала)

экзистенциальная терапия (техника «Что ты хочешь?» - работа с чувством вины, смена убеждений); когнитивные техники; работа с кошмарными сновидениями; психосинтез.

Четвертый этап заключается в реальном видении прожитой ситуации; позитивных сторон события; интегрировании травмированной части с целостной личностью; переформировании системы ценностей и убеждений. В данном случае нужно изменить мировоззрение.

Групповая психотерапия проводилась со всем личным составом, принимавшим участие в ликвидации ЧС.

Основные цели и принципы групповой работы с травмой (рис. 3.40.):

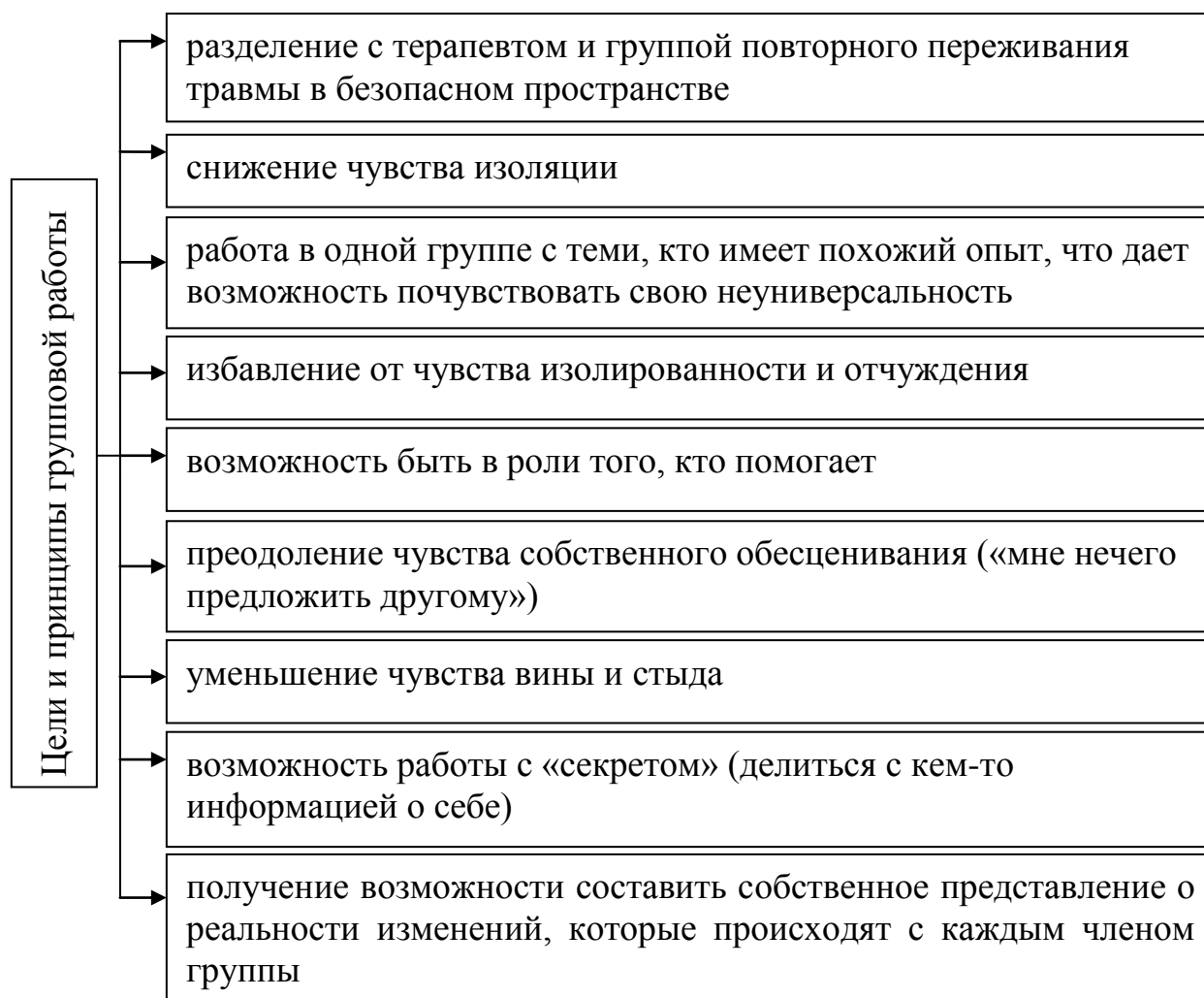


Рис. 3.40. Цели и принципы групповой работы с травмой.

Групповая работа проводилась в два этапа (рис. 3.41.):

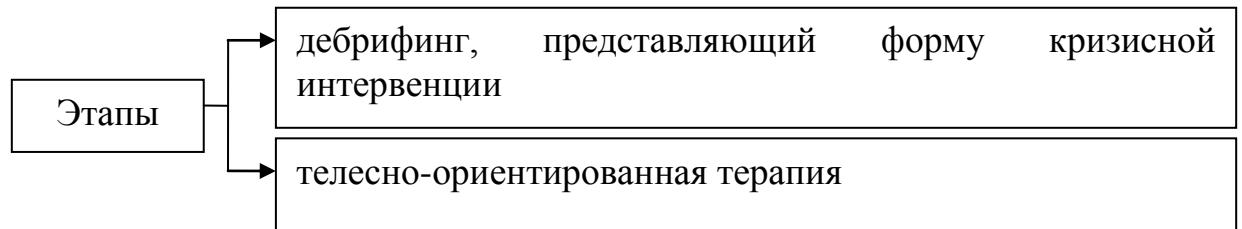


Рис. 3.41. Этапы групповой работы.

1. *Дебрифинг, представляющий форму кризисной интервенции* - особо организованное обсуждение в группах людей, совместно переживших стрессовое или трагическое событие, с целью минимизировать вероятность тяжелых психологических последствий.
2. *Телесно-ориентированная терапия* - психотерапевтическое воздействие на тело (работы с процессами дыхания или сокращения мышц), что приводит к психическим изменениям или излечению.

Специфика проведения реабилитационных мероприятий со спецконтингентом состояла в том, что возможность начать групповую психотерапию появилась только спустя 6 дней после окончания поисково-спасательных работ. Вероятно, психопрофилактические и реабилитационные мероприятия были бы более эффективными при возможности отслеживать состояние личного состава во время проведения поисково-спасательных работ (или в периоды отдыха и приема пищи) и проводить соответствующие мероприятия с нуждающимися сотрудниками в кратчайший срок. Результатом профилактически-реабилитационных мероприятий стало угасание проявления отдельных симптомов острого стрессового расстройства у спасателей в ближайшие недели после трагедии и отсутствие их в последующем.

Резюме

- Особенности и интенсивность психических, психосоматических и психопатологических проявлений в постстрессовый период зависят от самых разных объективных и субъективных обстоятельств.
- На характер психических расстройств, возникающих как следствие воздействия экстремальной ситуации, влияют психологические особенности личности, состояние здоровья и степень подготовленности к катастрофе.
- Наиболее часто наблюдаемые при жизнеопасных ситуациях во время и после стихийных бедствий и катастроф психогенные расстройства объединяются в три группы: непатологические реакции, психогенные патологические реакции и реактивные психозы.
- Непатологические реакции длятся в течение нескольких дней и характеризуются на психологическом уровне - эмоциональным напряжением, декомпенсацией личностных акцентуаций, на социальном уровне - критической оценкой происходящего, целенаправленной деятельностью.
- Психогенные патологические реакции на психологическом уровне определяются невротическим уровнем расстройств - астеническими, депрессивными и истерическими синдромами, а на социальном уровне свойственно снижение критической оценки происходящего и возможностей целенаправленной деятельности.
- Реактивные психозы характеризуются выраженными нарушениями психической деятельности, лишают человека на продолжительное время работоспособности и возможности правильно (неискаженно) воспринимать происходящее.
- Статистика свидетельствует, что только 6 - 7% людей в условиях массовой катастрофы полностью сохраняют адекватное состояние. В

первый час не менее 70 % имеют невротические и психические реакции разной степени выраженности. В течение пяти часов количество таких людей уменьшится вдвое и за сутки состояние большинства пострадавших нормализуется.

- Обобщающие исследования психических расстройств в экстремальных ситуациях дают возможность схематически выделить три периода в их развитии: острый период, период «нормальной жизни в экстремальных условиях» и период «калькуляции утрат».
- По мнению американских врачей-психиатров, для дифференцированной диагностической установки при идентификации расстройств в динамике целесообразно выделять три фазы: предвоздействия, воздействия и после воздействия, которая имеет «героическую фазу», фазу «медового месяца», фазу «разочарования» и «восстановления».
- При всем многообразии характера катастроф, стихийных бедствий и крупных аварий едиными остаются принципы оказания помощи: профессионализм, приближенность, неотложность, преемственность, надежность, простота и индивидуальность.
- Поэтапное изложение медицинской сортировки возникающих психических расстройств используется для быстрого и грамотного решения вопросов определения объема необходимой помощи, степени опасности для окружающих, очередности и вида эвакуации.
- Деятельность психологов на месте трагедии в г. Архангельске направлялась на определение участков работы и организация документирования проводимых мероприятий; поиск и сбор пострадавших с места происшествия; профилактику элементов паники; организацию психологической помощи родственникам потерпевших и сотрудникам, выполнявшим служебные задачи на объекте; работу на телефоне экстренной психологической помощи;

организацию взаимодействия с психолого – психиатрическими службами города и взаимодействие со СМИ.

Вопросы и задания для самоконтроля:

21. Проанализируйте зависимость характера психических расстройств, возникающих как следствие воздействия экстремальной ситуации.

22. Опишите три группы психогенных расстройств.

23. Определите синдромы патологической реакции невротического уровня.

24. Перечислите основные проявления острого и затяжного реактивного психоза.

25. Обрисуйте травмирующие факторы и основные реакции участников каждого периода развития психических расстройств.

26. Раскройте фазы идентификации расстройств в динамике американских врачей-психиатров.

27. Перечислите основные принципы оказания помощи.

28. Установите факторы, влияющие на оказание помощи в ЧС.

29. Опишите этапы психолого – психиатрической помощи.

30. Проанализируйте критерии медицинской сортировки по группам в ЧС.

31. Рассмотрите модель взаимодействия психологических служб.

32. Перечислите цели работы психолога в ЧС.

33. Установите удельный вес динамически изменяющихся факторов в

первую очередь влияющих на психическое здоровье во время и после любой ЧС.

34.Перечислите основные направления деятельности психологов на месте трагедии.

35.Опишите признаки психологических нарушений, выявленные у пострадавших.

36.Раскройте наиболее эффективные направления работы психологов.

37.Расскажите о принципах работы с родственниками пострадавших.

38.Разъясните алгоритм проявления возможных реакций пострадавших.

39.Выявите стратегии индивидуальной терапии спасателей.

40.Опишите стратегии терапии при остром и посттравматическом стрессовом расстройстве.

Глава 4.

Психологические аспекты терроризма

4.1. Типология терроризма

Терроризм известен довольно давно, достаточно вспомнить учения Фомы Аквинского, работы анархистов М.А. Бакунина, П. Кропоткина. К основным характеристикам современного терроризма относят: особую жестокость и фанатизм, использование новейших технологий, рост численности террористических движений, глобализацию масштабов деятельности, организованность и профессионализм. Терроризм - оружие

массового поражения, сочетающее непосредственный физический ущерб жертвам со значительным психологическим воздействием на социум.

Террор – это насилие, имеющее целью вызвать состояние очень сильного страха (ужаса), возникающее как реакция на действия у лиц, в отношении которых они осуществляются или же тех, кто является их свидетелем.

Основой терроризма является насилие. Насилие становится не чрезвычайным и вынужденным действием, а нормой и частью официальной политической идеологии.

Насилие – это принудительное воздействие на кого-(что-)нибудь или применение физической силы к кому-(чему-)либо.

Насилие имеет определенные виды (рис. 4.1):

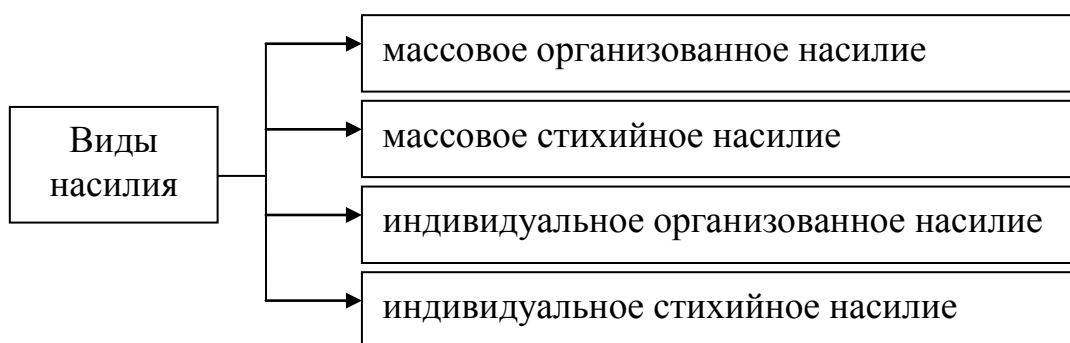


Рис. 4.1. Виды насилия

1. *Массовое (коллективное, групповое)* организованное насилие, легитимированное государством («во имя общества»), осуществляет армия и полиция — специально для этого создаваемые людьми социальные институты. В крайних формах тоталитарной диктатуры такое насилие ведет к государственному терроризму.
2. *Массовое стихийное*, спонтанно возникающее насилие направлено против государства и общественных институтов (восстания, бунты).

В крайних формах, в виде революций и разного рода переворотов, такое насилие подчас ведет к террору антигосударственному и даже антиобщественному.

3. *Индивидуальное организованное насилие*. Оно всегда основано на постулировании разных прав и разной ценности людей.
4. *Индивидуальное стихийное насилие* включает в себя широкий круг явлений — от бытового хулиганства до издевательств начальника над подчиненным или, убийства подчиненным начальника, от «дедовщины» в армии — до бунта уголовников.

Наиболее часто жертвами насилия становятся дети:

- воспитывающиеся в условиях жестких отношений в семье, враждебно воспринимающие мир и готовые быть жертвами насилия со стороны сильных и сами проявлять насилие к слабым;
- воспитывающиеся в условиях безнадзорности, заброшенности, эмоционального отвержения, не получающие достаточного ухода и эмоционального тепла, с отставанием в психофизическом развитии;
- легко внушаемые, не способные оценить степень опасности и сопротивляться насилию;
- которые воспитываются в обстановке «ежовых рукавиц» и беспрекословного подчинения, не умеющие сказать «нет», с нечеткими внутренними границами, делающими их не способными сопротивляться насилию, боязливые и тревожные;
- с дефицитом внимания и любви;
- с психическими аномалиями (психопатии, олигофрении, последствия органических заболеваний ЦНС и ЧМТ), не способные адекватно оценить опасность ситуации;
- маленькие дети в силу их беспомощности и недоношенные или с

малым весом при рождении (так как такие дети обычно более раздражительны, больше плачут, менее привлекательны).

Насилие имеет различные типы классификаций (4.2):



Рис. 4.2. Классификация типов насилия

1. *По проявлению* – явное или скрытое (косвенное);
2. *По времени воздействия* – происходящее в настоящем и случившееся в прошлом;
3. *По длительности* – единичное или множественное, длящееся годы;
4. *По месту происшествия* – дома со стороны родственников, в школе со стороны педагогов или детей, на улице со стороны детей или со стороны незнакомых взрослых;
5. *По сфере воздействия* (рис. 4.3):

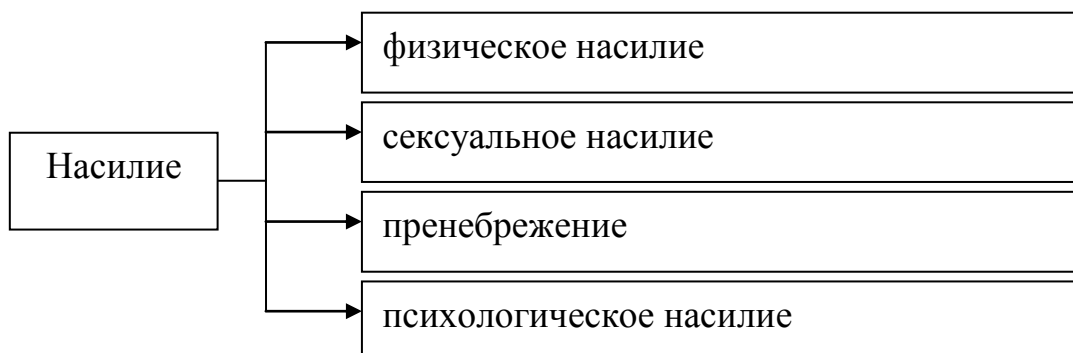


Рис. 4.3. Классификация типов насилия по сфере воздействия

1. *Физическое насилие* — любое неслучайное нанесение повреждения или применение физической силы в адрес другого человека. В нашем обществе данный тип насилия достаточно распространен. Н.В. Тарабрина (2001) приводит данные, что только в Волгограде за 5 лет родителями убито более 2000 детей. Ежегодно около 100 000 детей убегают из дома. Каждый год около 2000 детей пытаются покончить с собой из-за надругательства над ними в семье. Детский суицидолог, психотерапевт Центра семьи и детства Российской академии образования Е. Вроно (Белозерцева И., 2002) приводит пример самого маленького самоубийцы – шестилетнего мальчика, который попытался удавиться, привязав колготки к батарее, вследствие систематического избиения сестрой.

Основными последствиями физического насилия являются отсутствие контроля над своей импульсивностью, снижение способности к самовыражению и отсутствие доверия к людям. Сразу после принуждения возникают состояния страха, а к отсроченным последствиям насилия относятся садистские наклонности. Подтверждением этого служит факт, что большинство родителей, жестоко обращающихся с детьми, сами переживали физическое насилие, отвержение и депривацию в детстве, для многих свойственен недостаточный самоконтроль и низкая самооценка.

2. *Сексуальное насилие* — использование человека без его согласия другим лицом для получения сексуального удовлетворения. Последствия сексуального насилия оказывают влияние в целом на психику, проявляются во взрослой жизни в форме психосоматических заболеваний, аддиктивного поведения (наркотики, алкоголь, лекарственные препараты, «уход» в работу, игру, шопинг и др.), различных нарушений, связанных с неприятием своего тела. Возможны нарушения в сексуальных отношениях с партнером, человек не может представить себе, что у

него будет долгая жизнь, семья, карьера, дети.

В результате изучения состояния жертв изнасилования Р. Карсон (2004) выделяет несколько фаз (рис. 4.4):

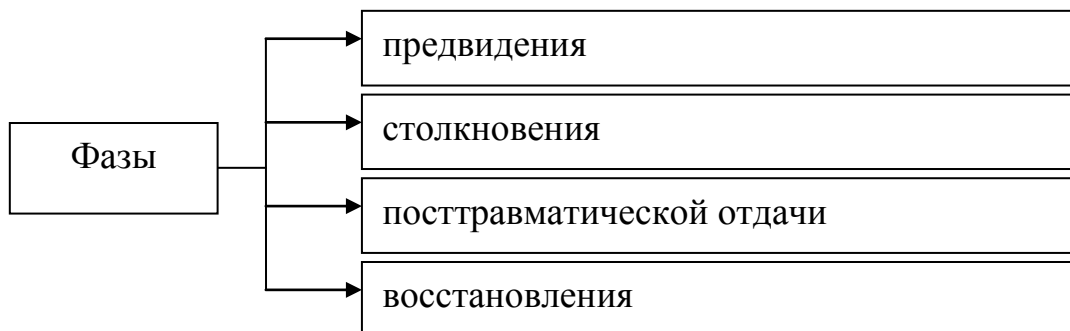


Рис. 4.4. Динамика эмоциональных фаз при сексуальном насилии

1. *Фаза предвидения.* Этот период наступает до фактического насилия, когда жертва начинает понимать, что она в опасной ситуации. Для сохранения иллюзии неприкосновенности в первые минуты происходит включение защитного механизма – отрицания («Сомной это не может случиться»).
2. *Фаза столкновения* начинается с признания истинных намерений насильника и заканчивается после состоявшегося акта. Первой реакцией жертвы - страх за свою жизнь, влечет за собой дезинтеграцию функционирования и полную неспособность к каким-либо действиям. Впоследствии человек, переживший насилие испытывает чувство вины, что не смог отреагировать более активно.
3. *Фаза посттравматической отдачи* начинается сразу после изнасилования. На данной фазе наблюдается два стиля эмоционального поведения:
 - экспрессивный стиль, при котором страх и тревога проявляются в плаче, рыданиях и беспокойстве;

- контролируемый стиль, при котором чувства скрываются под маской спокойствия, сдержанности и подавленности.

Независимо от стиля у большинства жертв усиливается чувство зависимости и вины.

4. *Фаза восстановления* начинается зачастую через много месяцев, когда происходит разделение переживания со значимым окружением и восстановления «Я». Для этой фазы типичны определенные симптомы и паттерны поведения:

- 1) Характерны действия самозащиты (изменение номера своего телефона, смена места жительства).
- 2) Ночные кошмары с повторными переживаниями изнасилования.
- 3) Развитие фобий: боязнь находиться в помещении или вне его (в зависимости от места, в котором произошло изнасилование), боязнь одиночества, толпы, преследования и сексуальные страхи.

Дети, пережившие сексуальное насилие, перестают доверять людям, становятся замкнутыми и недоверчивыми. Н.В. Тарабрина (2001) приводит статистические данные по поводу сексуального насилия:

- приблизительно 1 из 4 женщин и 1 из 6 мужчин испытали сексуальное насилие до 18-летнего возраста;
- среди всех случаев насилия над детьми 75-90 % насильников знакомы детям, и только 10-25 % случаев насилия совершаются незнакомыми людьми. В 35-45 % случаев насильником является родственник, а в 30-45 % — более дальний знакомый;
- только 2 % жертв внутрисемейного и 6 % жертв внесемейного насилия сообщают о случаях насилия властям;
- сексуальным посягательствам в России подвергаются ежегодно более 60 000 детей.

Ребенок может не осознавать, что над ним совершается насилие, в силу своего возраста, страха потерять расположение, доверие и любовь

насильника. Даже если он осознает значение производимых с ним действий, ребенок все равно не обладает достаточным опытом, чтобы предвидеть последствия таких действий для психического или физического здоровья. *Начальный этап* развития инцестных отношений начинается обычно с приятного физического контакта (прикосновения, поглаживания). Маленький ребенок считает, что такие отношения являются нормальными и приемлемыми между любящим взрослым и ним. Позднее, когда действия приобретали сексуально-насильственный характер, некоторые жертвы не хотели потерять эмоциональное тепло, которое получали от насильника в обмен на согласие и молчание, хотя и понимали, что происходящее с ними не правильно. Сохранение тайны могло достигаться также и за счет угроз и дезинформации. Малолетние жертвы насилия могут на продолжительное время забывать о своем травматическом опыте, вспоминая об этом будучи взрослыми, часто – только в ходе психотерапевтического процесса.

3. *Пренебрежение* — хроническая неспособность лица, осуществляющего уход, обеспечить основные потребности человека в пище, одежде, жилье, медицинском уходе, образовании, защите и присмотре.
4. *Психологическое насилие*. К психологическому насилию относят паттерны поведения с унижением, оскорблением, издевательством и высмеиванием. Любой человек, переживший насилие, испытывает бессилие, замешательство, смущение и стыд, он обвиняет себя в том, что случилось, считая себя соучастником и виновником происшедшего. В глубине души некоторые осознают, что это не их вина, но большинство все-таки считают, что насильственное обращение с ними обусловлено их стилем одежды или поведением, характером или положением в семье.

Нарушения, возникающие после насилия, затрагивают все уровни человеческого функционирования. В когнитивной сфере – это выражается в нарушении концентрации внимания, т.к. все мысли заняты травматическим опытом (человек пристально следит за всем, что происходит вокруг него, словно ему угрожает постоянная внешняя или внутренняя опасность, состоящая в страхе прорыва нежелательных травматических впечатлений в сознание). В познавательной сфере – это неправильное восприятие продолжительности и последовательности событий, повторяющиеся, навязчивые воспоминания, трудности при усвоении новой информации. Насилие приводит к стойким личностным изменениям, препятствующим способности человека реализовать себя в будущем. Наблюдаются расстройства аппетита, сна; злоупотребление наркотиками, алкоголизм, попытки самонаказания, множество соматических жалоб, а также непроизвольное воспроизведение травматических действий в поведении.

Новая эра терроризма началась 2 - 3 июня 1968 г., когда группа из 3 членов «Народного фронта освобождения Палестины» захватили Боинг-707 израильской авиакомпании «Эль-Ал». Правительство Израиля согласилось обменять арабских заключенных на 35 пассажиров и экипаж самолета.

Главная цель террористов — привлечь к себе как можно больше внимания со стороны СМИ, чтобы иметь возможность обозначить и выдвинуть требования. Ответом на волну терроризма стало создание групп антитеррора: в СССР – «Альфа», в ФРГ – GSG-9, в США – «Дельта», во Франции – GIGN.

Любое насилие строится по определенной стандартной схеме: выдвижение требований – угроза насилия – осуществление насилия – ужас – неадекватные действия – новые волны страха – новые террористические акции (рис. 4.5).

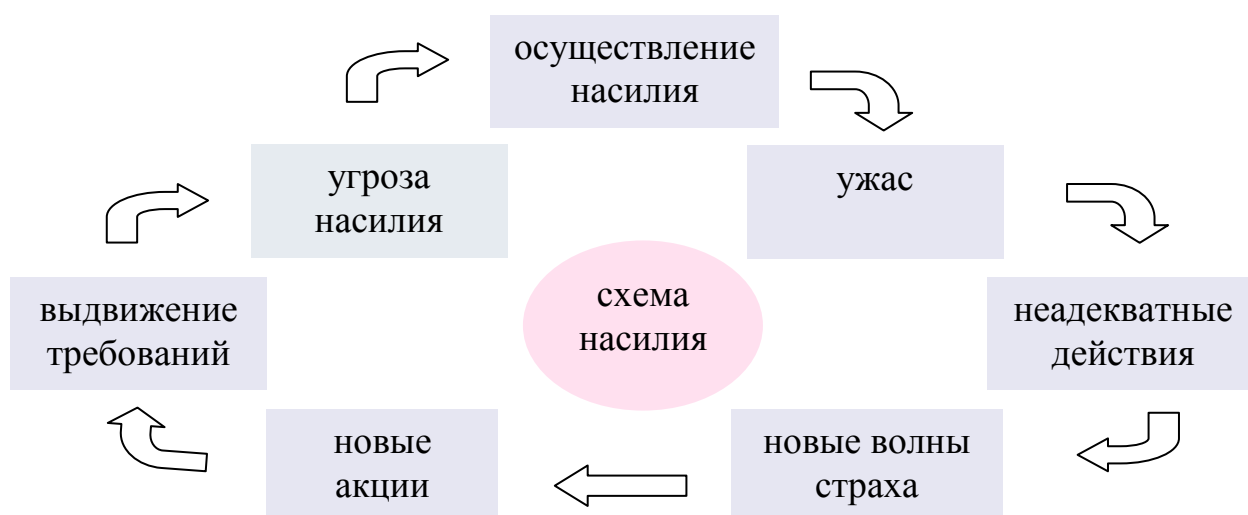


Рис. 4.5. Схема насилия

Эксперты, изучающие феномен терроризма выделяют шесть основных типов современного терроризма (рис. 4.6):



Рис. 4.6. Типы терроризма

Национальный терроризм

Террористы этого вида обычно ставят своей целью формирование отдельного государства для своей этнической группы. Они называют это «национальным освобождением», про которое, по их мнению, весь остальной мир забыл. Этот вид террористов часто завоевывает симпатии на

международной арене.

Эксперты говорят, что именно террористы националисты могут в процессе своей вооруженной борьбы сократить уровень применяемого ими насилия или, по крайней мере, соотнести его с действиями своих врагов. Это делается в основном для того, чтобы не утратить поддержку своего этноса. Многие террористы-националисты утверждают, что они не террористы, а борцы за свободу своего народа. Типичные примеры - Ирландская Республиканская Армия и Организация Освобождения Палестины. Обе организации в 90-х годах заявили, что они отказываются от террористических методов. К этому же виду террористов эксперты относят организации Баскская Родина и Свобода, которая намерена отделить районы традиционного проживания басков от Испании, и Партия Трудящихся Курдистана, которая хочет создать свое государство на территории Турции.

Религиозный терроризм

Религиозные террористы используют насилие в целях, которые, по их мнению, определены Господом. При этом объекты их нападений размыты и географически, и этнически, и социально. Они хотят добиться немедленных и кардинальных перемен, часто на глобальном уровне.

Религиозные террористы принадлежат не только к небольшим культам, но и к распространенным религиозным организациям. Этот тип терроризма развивается гораздо динамичнее остальных. Так, на середину 90-х годов из 56 известных террористических организаций почти половина заявляла о религиозных мотивах. Поскольку «религиозники» не озабочены восстановлением прав на какой-то определенной территории или реализацией каких-либо политических принципов, масштаб их нападений часто гораздо больше, чем у «националистов» или идеологических

экстремистов. Их враги - все, кто не является членом их религиозной секты или организации. В эту категорию террористов входит и «Аль-Каида» Усамы бен Ладена, и группировка суннитских мусульман «Хамас», и ливанская шиитская группа «Хезболла», и радикальные еврейские организации покойного рабби Меера Кахана, некоторые американские ку-клукс-клановские «народные дружины», и японский культ «Аум Сенрике».

Терроризм с поддержкой государства **Некоторые террористические группы были преднамеренно использованы правительствами различных государств в качестве способа ведения войны. Такие террористы опасны тем, что их ресурсы позволяют производить бомбардировки аэропортов.**

Одно из наиболее громких дел - использование Ираном группы молодых боевиков для захвата заложников в американском посольстве в 1979 году. В настоящее время госдепартамент США считает Иран одним из основных спонсоров терроризма, однако в поддержке террористов обвиняются и Куба, Ирак, Ливия, Северная Корея, Судан, Сирия. Среди известных террористических групп можно выделить следующие связи с правительствами: Хезболла поддерживается Ираном, организация Абу Нидал - Ираком, Японская Красная Армия - Ливией. «Аль-Каида» Усамы бен Ладена была тесно связана с талибами в Афганистане.

Терроризм левых экстремистов **Наиболее радикальные левые хотят уничтожить капитализм и заменить его коммунистическим или социалистическим режимом. Поскольку они обычно считают гражданское население жертвами капиталистической эксплуатации, они не часто прибегают к терактам против обычных граждан.**

Они в гораздо большей степени прибегают к похищениям богатых людей или взрывают различные «символы капитализма». Примерами

таких групп могут служить немецкая Баадер-Мейнхоф, Японская Красная Армия и итальянские Красные Бригады.

***Терроризм
правых
экстремистов*** Правые экстремисты - обычно самые неорганизованные группировки, часто связаны с западноевропейскими неонацистами. Их задачи - борьбы с демократическими правительствами для замены их фашистскими государствами. Неофашисты нападают на иммигрантов и беженцев, по взглядам такие группы, прежде всего расисты и антисемиты.

***Терроризм
анархистов*** Террористы – анархисты были глобальным феноменом с 1870-х по 1920-е годы. Один из президентов США Вильям Макинли был убит анархистом в 1901 году. В России в этот же период анархисты совершили немало успешных терактов.

Пришедшие к власти в России в результате октябрьского переворота 1917 года большевики были тесно связаны с анархизмом. Некоторые эксперты предполагают, что современные антиглобалисты могут породить новую волну анархического терроризма.

Террорист и те, кто его поддерживает, считают, что он — борец за свободу. Но другие (особенно его жертвы) видят в террористе совершающего насилие преступника. Эта форма насилия может сохраняться долгие годы, например, в Северной Ирландии теракты продолжают свыше 25 лет. Мишенью одних террористом становятся силы безопасности и вооруженные силы, у других же насилие неизбежное (как правило, нападением подвергаются граждане, симпатизирующие противной стороне). Когда городской терроризм приобретает организованность, он становится тотальным насильственным преступлением.

Терроризм имеет свои сферы (рис.4.7):

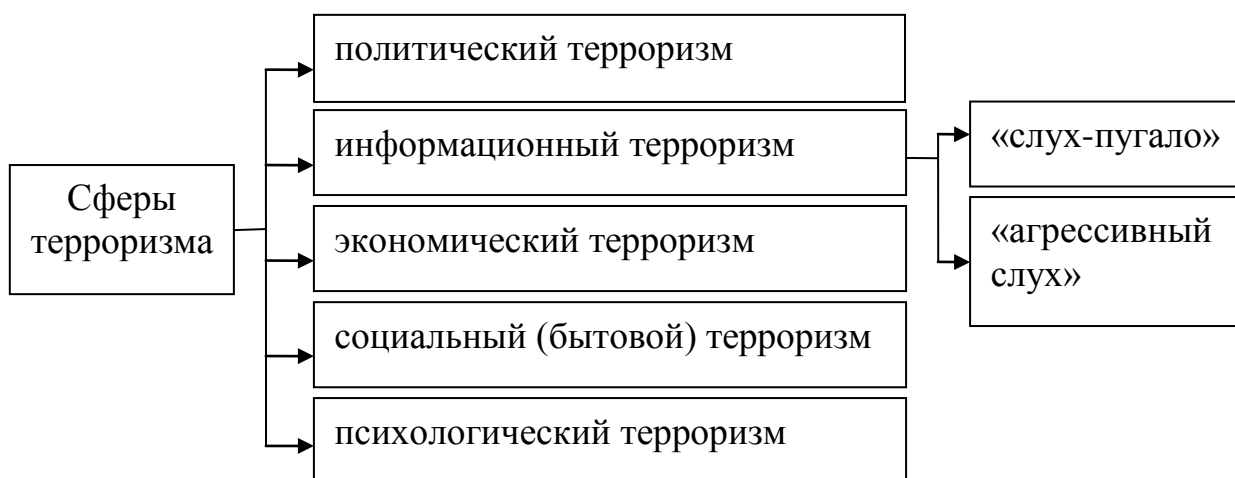


Рис. 4.7. Сферы терроризма

Политический терроризм

Террористические действия разного рода, имеющие целью оказание влияния на политических лидеров, власти или проводимую ими политику, вынудить те или иные политические действия или властные решения. В отдельных случаях политический терроризм направлен на устранение неудобных политических лидеров, для изменения политического строя.

Информационный терроризм

Прямое воздействие на психику и сознание людей в целях формирования нужных мнений и суждений, определенным образом направляющих поведение людей.

Под информационным терроризмом обычно подразумевают насильственное пропагандистское воздействие на психику, которое не оставляет для человека возможностей для критической оценки получаемой информации. Слухи играют значительную роль в проблеме терроризма. Они многократно усиливают ту атмосферу страха и ужаса,

на создание которой направлены усилия террористов. Среди всех разновидностей слухов наиболее значимыми являются: «слух - пугало» и «агрессивный слух».

«Слух-пугало» Слух, несущий и вызывающий выраженные негативные, пугающие настроения и эмоциональные состояния, отражающий некоторые актуальные, желательные ожидания аудитории, в которой они возникают и распространяются.

Слухи такого типа возникают или «запускаются» в периоды социального напряжения (террористические акты, стихийные бедствия, война, подготовка военного переворота и т. д.). Их сюжеты варьируются от просто пессимистических до явно панических. Особое распространение такие слухи приобретают в ситуациях сложных социальных и политических реформ, смены власти.

«Агрессивный слух» Слух направленный на стимулирование агрессивного эмоционального состояния и поведенческого «ответа» в виде жесткого агрессивного действия.

Слухи такого рода возникают в ситуациях острых противоречий, связанных с социальными межгрупповыми и межэтническими, межнациональными конфликтами. Основная функция агрессивных слухов —провокация агрессивных, террористических действий. Эти слухи строятся отрывочно, «телеграфно». Короткие, рубленые фразы сообщают о конкретных «фактах», «взывающих к отмщению». Они несут сильный эмоционально-отрицательный заряд и требуют ответной агрессии.

Социальный В данный разряд попадают явления, в не

(бытовой) классифицируемые, как террористические.
терроризм Бытовой терроризм – это повседневное запугивание, с которым сталкиваемся на улице, в доме, общении.

Разгул уличной преступности, нарастающий криминалитет, общая социальная нестабильность и массовая бытовая неустроенность. Следует выделить особую, физическую, разновидность социально-бытового терроризма, реальное воздействие на жизнь и состояние здоровья людей, создание постоянной угрозы для них. Оно может осуществляться с использованием самых разнообразных средств — от ножа и обрезка трубы до применения взрывчатых веществ и массового биологического или радиационного оружия.

Экономический К экономическому терроризму относят
терроризм различные дискриминационные экономические действия, имеющие целью оказание влияния на экономических конкурентов, социальные группы и слои населения и государства.

Ради достижения конкретных экономических выигрышей или проводимой политики лица используют экономические рычаги для принятия нужных решений или осуществления требуемых действий.

Психологический К данной разновидности террористического
терроризм воздействия относят вовлечение адептов в тоталитарные секты и формирование зависимого поведения по средствам манипулирования личностью (см. гл. 4.7).

Характеристики культового зависимого поведения, динамика вовлечения, контроль сознания, механизмы воздействия на личность в тоталитарных неокультрах во многом идентичны процессам, происходящим в террористических организациях. Среди критериев

агрессивности отличие имеется только по вектору вооруженного насилия (рис. 4.34), а характеристики деятельности имеют общую направленность.

Психические расстройства у жертв религиозных культов и людей, подвергшихся террористическому воздействию в рамках единых этиопатогенетических механизмов и клинических проявлений идентичны (наличие эпизодов измененных состояний сознания при реализации зависимости, непреодолимость зависимости, стереотипизацию поведения, синдром отмены). С этой точки зрения, вовлечение в неокульты может рассматриваться как проявление терроризма.

Р.Е. Кайдаров (2003) считает, что в настоящее время в России наблюдается в основном два вида терроризма (рис. 4.8):

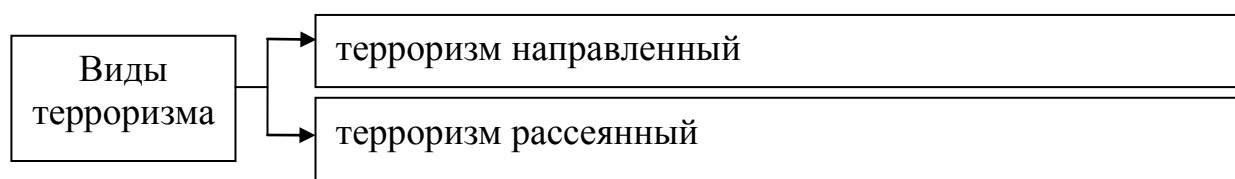


Рис. 4.8. Виды терроризма

1. *Терроризм направленный*, т.е. нацеленный на конкретный объект, чаще всего на конкретное физическое лицо;
2. *Терроризм рассеянный*, жертвами которого становятся случайные люди. К актам рассеянного терроризма, относятся групповые захваты заложников

Для разработки системы мер борьбы с терроризмом большое значение имеет учет факторов, способствующих его распространению на территории нашей страны (рис. 4.9).

Описанные особенности терроризма охватывают практически всю жизнь человека. Они лишают жизни или угрожают ей. Различия в деталях не должны заслонять главного: терроризм - всегда

насильственное воздействие на людей, преследующее цель запугать их и добиться от них реализации своих целей.

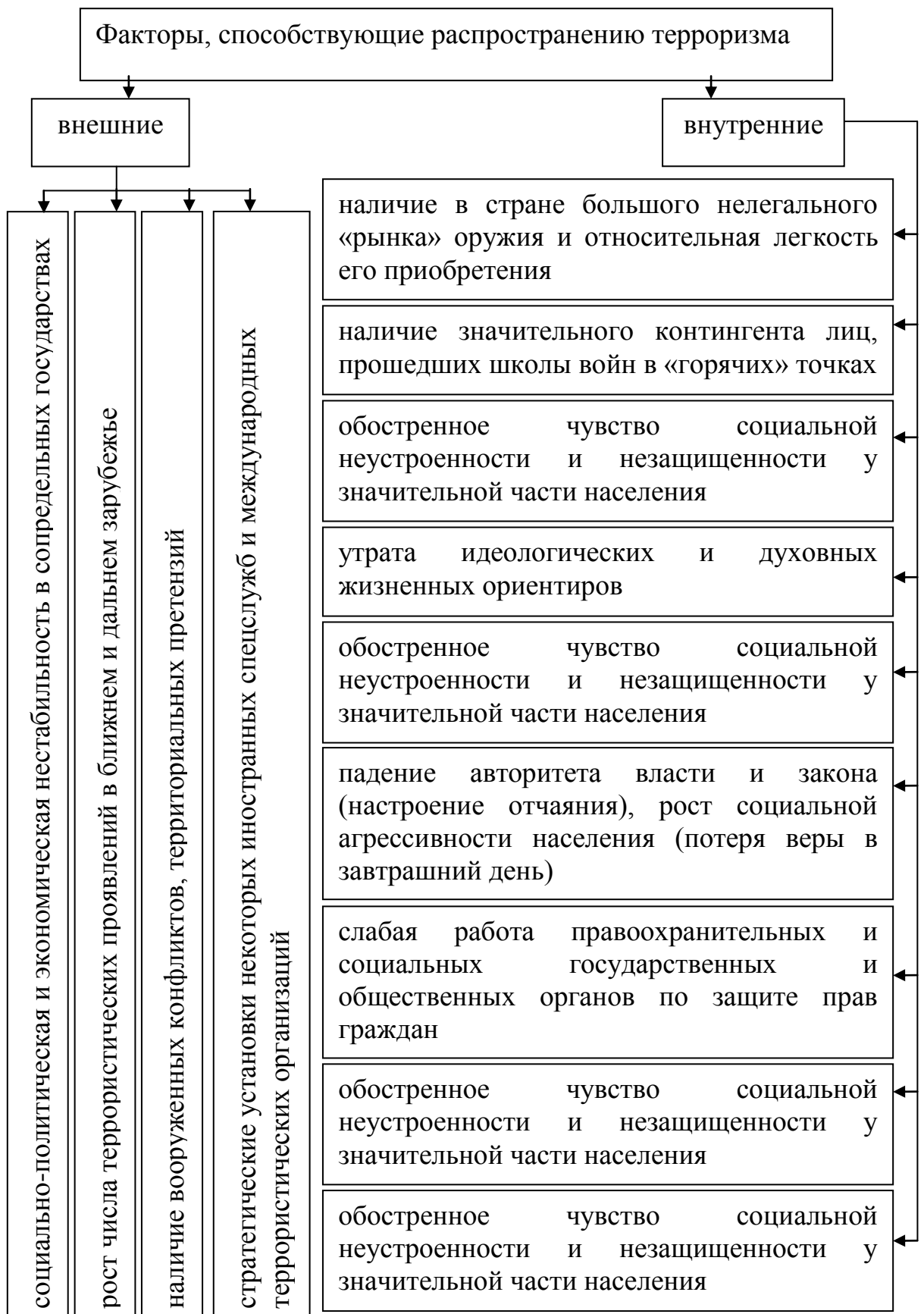


Рис. 4.9. Факторы, способствующие распространению терроризма в России

Резюме

- С точки зрения психологии террор — это состояние очень сильного страха (ужаса), возникающее как реакция на некоторые действия, имеющие целью вызвать именно это состояние у тех, в отношении кого они осуществляются или же тех, кто является их свидетелем.
- Основой терроризма является насилие.
- Насилие классифицируется по проявлению; по времени; по длительности; по месту происшествия и по сфере воздействия.
- По сфере воздействия насилие может быть физическим, сексуальным, психологическим и пренебрежением.
- Различают массовое организованное, массовое стихийное, индивидуальное организованное, и индивидуальное стихийное насилие.
- Основой терроризма является насилие, формулой которого становится выдвижение требований – угроза насилия – осуществление насилия - ужас – неадекватные действия – новые волны страха – новые террористические акции.
- Эксперты, изучающие феномен терроризма выделяют шесть основных типов современного терроризма: национальный, религиозный, терроризм с поддержкой государства, терроризм левых и правых экстремистов, а также анархистов.
- В настоящее время в России наблюдается терроризм направленный, т.е. нацеленный на конкретный объект, чаще всего на физическое лицо и терроризм рассеянный, жертвами которого становятся случайные люди.
- Основные сферы терроризма: политическая, экономическая, психологическая, социальная (бытовая) и информационная которая базируется на агрессивных слухах и слухах «пугало».

Вопросы и задания для самоконтроля

11. Сформулируйте определение понятия «террор».
12. Рассмотрите основные виды насилия.
13. Перечислите психологические последствия физического насилия.
14. Назовите последствия сексуального насилия.
15. раскройте последствия насилия у детей.
16. Схематично выявите основы любого терроризма.
17. Проанализируйте основные типы современного терроризма.
18. Раскройте типы терроризма, распространенные в России.
19. Разберите особенности внешних и внутренних факторов терроризма, способствующих его распространению на территории нашей страны.
20. Дайте характеристику основных сфер терроризма.

4.2. Жертвы террора

В основе террора лежит страх достаточно большого числа людей. Это то самое чувство, которое в первую очередь вызывается у людей террористическим актом. Не страха - нет террора. Страх - это предвосхищение угрозы. Первичными и наиболее глубинными причинами, вызывающими страх, являются боязнь физического повреждения и опасения смерти. Он прямо связан с инстинктом самосохранения, свойственного всем живым существам, чем беззащитнее человек, тем сильнее проявляется этот инстинкт.

Среди захваченных в заложники людей, по наблюдению Б. Савинкова (1990), проявлялось поведение трех типов.

Первый тип Регрессия с инфантильностью и автоматизированным подчинением, депрессивное переживание страха, ужаса и непосредственной угрозы для жизни. Был общим практически для всех заложников.

Второй тип Демонстративная покорность, стремление заложника «опередить приказ и заслужить похвалу» со стороны террористов. Это стеническая активно-приспособительная реакция. Был типичен для женщин с детьми или беременных женщин.

Третий тип Хаотичные протестные действия, демонстрации недовольства и гнева, постоянные отказы подчиняться, провоцирование конфликтов с террористам. Он отличал одиноких людей, мужчин и женщин, с низким уровнем образования и способностью к рефлексии.

Кроме общеповеденческих, различий, отмечаются специфические

психопатологические феномены двух типов (рис. 4.10).

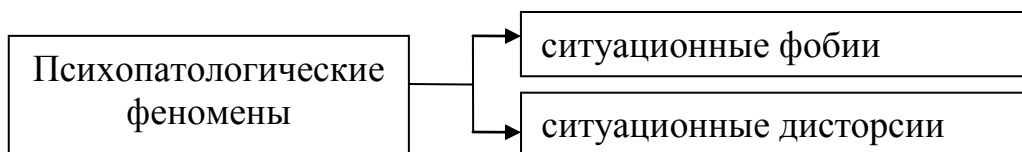


Рис. 4.10. Психопатологические феномены

Ситуационные фобии В очаге экстремальной ситуации заложники испытывали агорафобические явления. Это были боязнь подойти к окну, встать во весь рост, старание ходить, пригнувшись, «короткими перебежками», боязнь привлечь внимание террористов и т. п.

Ситуационные дисторсии В структуре «синдрома заложника» уже после освобождения иногда возникали высказывания:

- о правильности действий террористов;
- об обоснованности их холодной жестокости и беспощадности, «несправедливостью властей»;
- об оправданности действий террористов стоящими перед ними «высокими целями борьбы за социальную справедливость»;
- о «виновности властей в жертвах» в случае активного противостояния террористам и т. п.

Психология жертв террора складывается из основных слагаемых, которые могут быть выстроены хронологически. Это страх, сменяемый ужасом, вызывающим либо апатию, либо панику, которая может смениться агрессией (рис. 4.11).

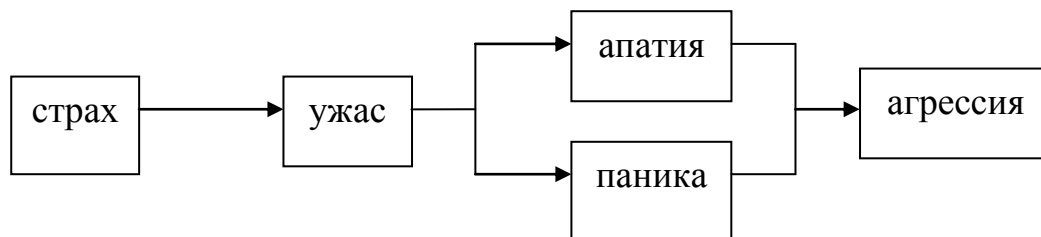


Рис. 4.11. Хронологическая психология жертв террора

Мужчины и женщины в качестве жертв террора ведут себя по-разному. Определенные поведенческие различия связаны с уровнем образования, развитостью интеллекта и уровнем благосостояния человека (чем меньше у него есть что терять, тем больше склонность к хаотичному, непродуктивному протесту). Спустя время после террористического акта у его жертв и свидетелей сохраняется психопатологическая симптоматика — в виде отложенного страха, а также разного рода фобий и регулярных кошмаров, отдельные факторы и обстоятельства которых можно считать «чертами виктимности».

Резюме

- Выделяется три основных типа поведения заложников, которые характеризуются регрессией с инфантильностью и автоматизированным подчинением, демонстративной покорностью и хаотичными протестными действиями.
- К специфическим психопатологическим феноменом относятся ситуационные фобии и ситуационные дисторсии.
- Психология жертв террора складывается из основных слагаемых, которые могут быть выстроены хронологически: страх, сменяемый ужасом, вызывающим либо апатию, либо панику, которая может смениться агрессией.
- Мужчины и женщины в качестве жертв террора ведут себя по-разному. Определенные поведенческие различия связаны с уровнем

образования, развитостью интеллекта и уровнем благосостояния человека (чем меньше у него есть что терять, тем больше склонность к хаотичному, непродуктивному протесту).

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Выявите, на какие первичные и наиболее глубинные причины опирается террор.
2. Проанализируйте основные типы поведения заложников.
3. Опишите тип поведения характерный для одиноких людей, мужчин и женщин, с низким уровнем образования и способностью к рефлексии.
4. Разберите особенности проявления ситуационных фобий.
5. Сформулируйте особенности проявления ситуационных дисторсий.
6. Выстройте хронологически слагаемые психологии жертв террора.
7. Определите различия в поведении мужчин и женщин в качестве жертв террора.

4.3. Типология личности преступника

Понятие личности преступника включает в себя целый комплекс социально-демографических, социально-ролевых (функциональных), социально-психологических признаков, которые в той или иной мере связаны с преступными деяниями, характеризуют его общественную опасность, объясняют причину его совершения.

Среди основных мотивов занятия террористической деятельностью выделяются (рис. 4.12):

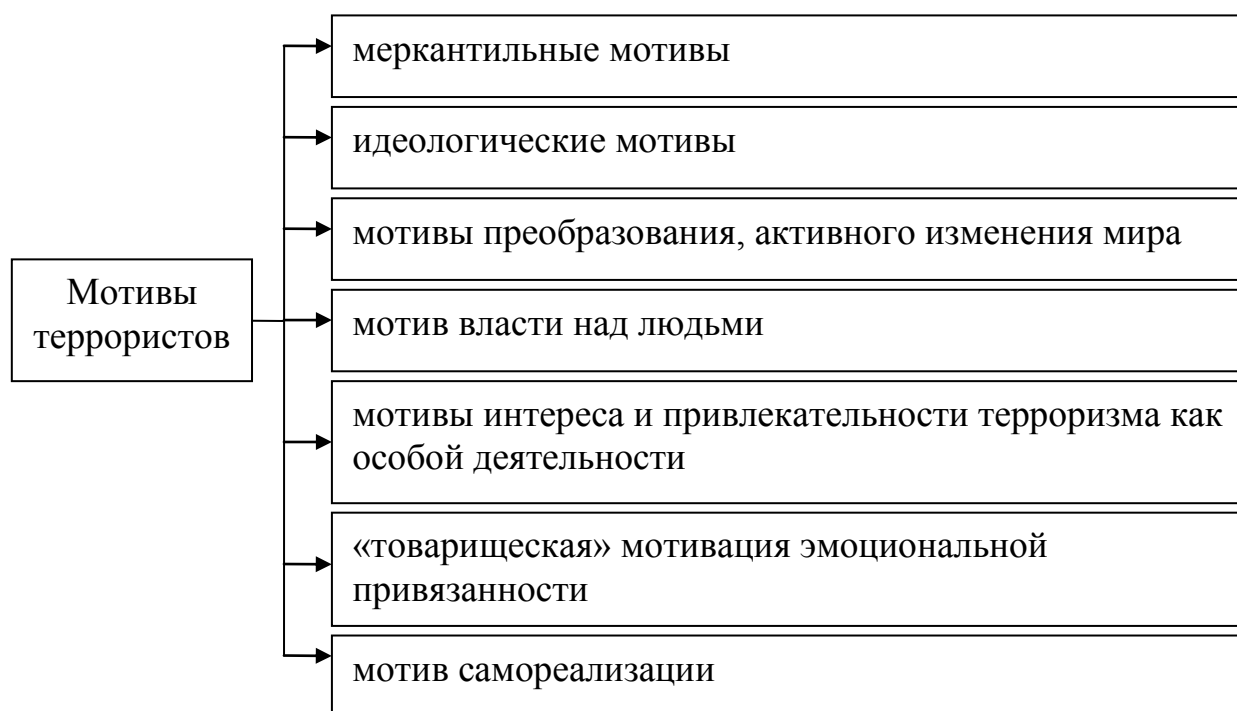


Рис. 4.12. Мотивы занятия террористической деятельностью

В настоящее время наиболее широкое распространение получил подход к изучению личности преступника, предполагающий наличие в

ней следующих двух крупных подсистем (Дубовик О.Л., 1977; Ратинов А.Р., 1979) (рис. 4.13):

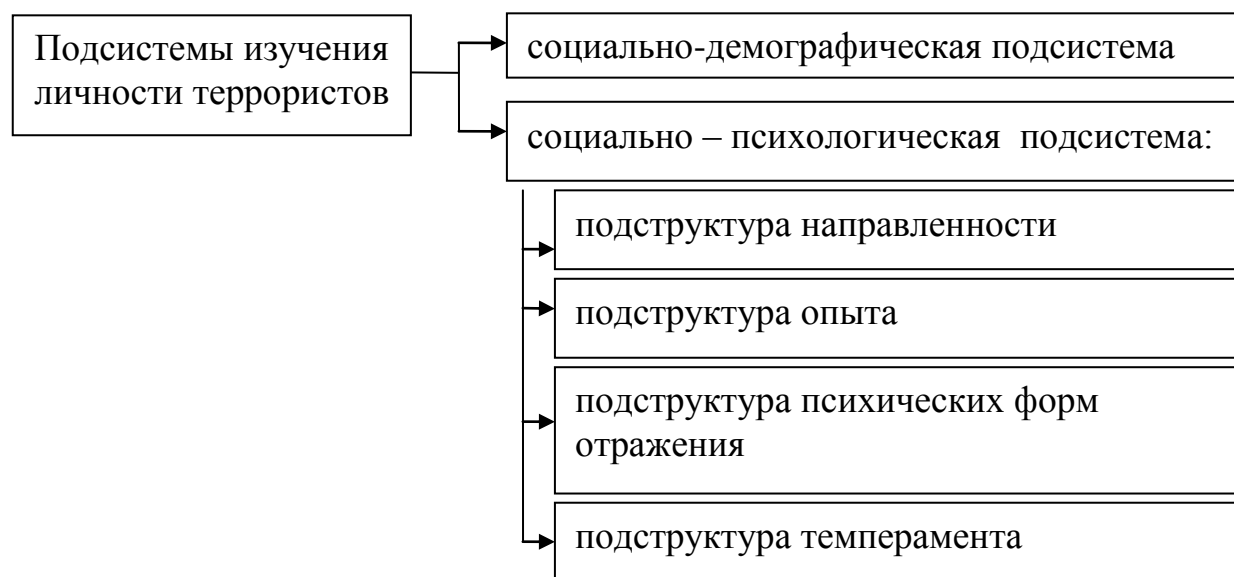


Рис. 4.13. Подсистемы изучения личности террористов

1. *Социально - демографическая подсистема* личности преступника (включает пол, возраст, семейное положение, образование, профессиональную принадлежность, род занятий, социальное, материальное положение, наличие судимости). По данным исследований основная масса, как террористических актов, так и разбой, грабежи, кражи и т.д. совершают личности до 30 лет.

2. *Социально - психологическая подсистема*, имеющая четыре основных структурных элемента:

1) подструктура направленности в виде совокупности наиболее социально значимых качеств личности (мировоззрение, ценностные ориентации, социальные установки, ведущие мотивы и т.д.), связанных с правосознанием человека;

2) подструктура опыта, включающая знания, навыки, привычки и другие качества, которые проявляются в выборе ведущих форм деятельности;

3) подструктура психических форм отражения, проявляющихся в познавательных процессах, психических, эмоциональных состояний человека;

4) подструктура темперамента и другие биологические, наследственно обусловленные свойства, которые наряду с социальными факторами влияют на формирование характера и способностей человека.

Лиц, совершающих преступление, условно можно разделить на два основных типа (рис. 4.14):

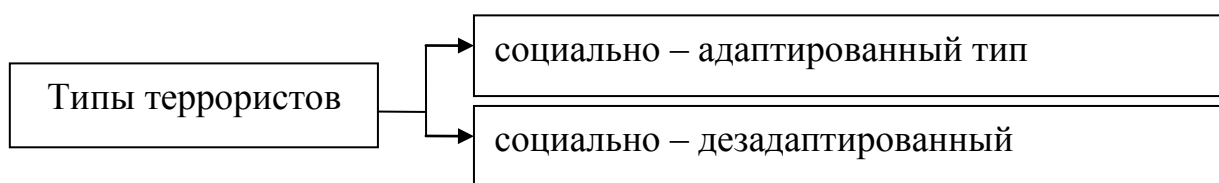


Рис. 4.14. Типы личности преступника

Социально-адаптивный тип личности преступника

Данный тип личности отличается высоким уровнем нервно-психической; эмоционально-волевой устойчивости, сопротивляемостью (толерантностью) к стрессу, к длительно воздействующим психофизическим перегрузкам, стеническим типом реагирования в сложных, критических ситуациях, развитыми адаптивными свойствами нервной системы: силой, подвижностью нервных процессов.

Эти качества могут усиливаться хорошо развитым интеллектом, позволяющим субъекту осваивать тот или иной способ совершения преступления, гибким мышлением, сообразительностью, прагматическим складом ума, способностью прогнозировать развитие событий не только на время совершения преступления, но и в последующем в ситуациях

противодействия правоохрательным органов. Такие люди имеют достаточно широкий круг интересов (и не только в криминальной сфере), хорошую память, развитое внимание и воображение, обостренное восприятие. Данные субъекты часто отличаются завышенным уровнем притязаний, что иногда приводит к переоценке своих сил и возможностей и может послужить одной из причин ошибок в ходе их противодействия сотрудникам правоохрательных органов.

В мотивационной структуре личности данного криминального типа преобладают мотивы достижения, ценностные ориентации, позволяющие им осознанно игнорировать социальные нормы, общепринятые нормы поведения, преступать недозволенное.

Социально-дезадаптивный тип личности преступника Лица, относящиеся к данному типу, отличаются низкой эмоционально-волевой устойчивостью, сложной сопротивляемостью к стрессу, невротической симптоматикой, ярко выраженными акцентированными свойствами характера по гипертимно - неустойчивому, эпилептоидному типу и некоторым другим типам психических аномалий, психическими расстройствами, психопатическими особенностями личности.

Неразвитые в должной мере социально-адаптивные качества таких лиц, сниженный порог их нервно-психической устойчивости могут усугубляться недостаточно высоким интеллектом; слабо развитыми прогностическими способностями.

Поведение подобных субъектов во многом бывает обусловлено достаточно примитивными потребностями. Интересы, ценностные ориентации, мировоззренческая основа таких лиц характеризуются своей бездуховностью, примитивным складом, идеалов. Им трудно

прогнозировать свои поступки, поведение во имя достижения более значительных целей по сравнению с удовлетворением своих сиюминутных потребностей. А поскольку потребности, далеко не всегда могут быть удовлетворены, все это способствует появлению у них неконтролируемого состояния фрустрации, повышение агрессивности.

Низкий уровень социальной адаптации можно наблюдать у лиц, нередко оказывающихся во власти обстоятельств, которым им трудно управлять, сохраняя должную социально-волевою устойчивость, самоконтроль за своими действиями и поведением.

С. Рощин (1991) предлагал три психологические модели личности террориста (рис. 4.15):

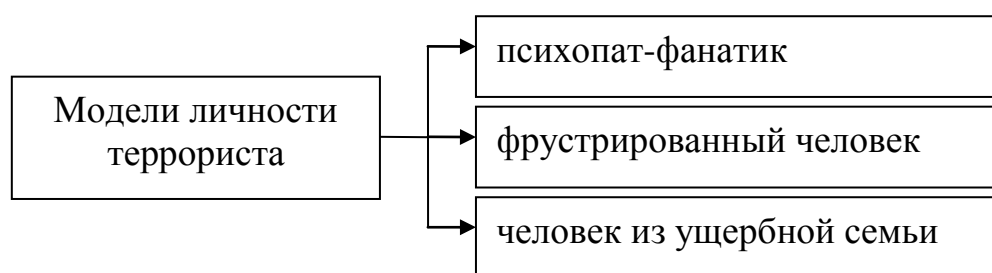


Рис. 4.15. Психологические модели личности террориста

1. *Психопат-фанатик*. Человек, который руководствуется своими убеждениями (религиозными, идеологическими, политическими) и искренне считает, что его действия, независимо от их конкретных результатов, полезны для общества.

2. *Фрустрированный человек*. Чувство фрустрации, порожденное невозможностью для человека по каким-то причинам достичь жизненно важных для него целей, неизбежно порождает у него тенденцию к агрессивным действиям.

3. *Человек из ущербной семьи*. Жестокое обращение родителей с ребенком, его социальная изоляция, дефицит добрых отношений могут привести к формированию озлобленной личности с антисоциальными

наклонностями.

Б. Савинков (1990) выделяет два относительно явных психологических типа, часто встречающиеся среди террористов (рис. 4.16):

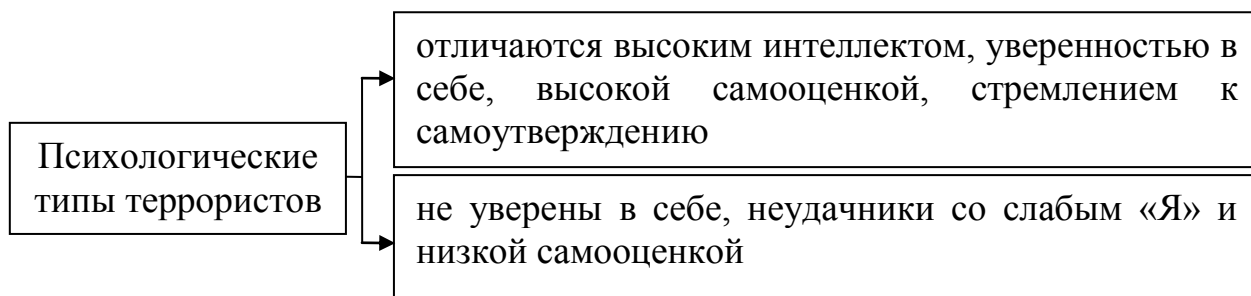


Рис. 4.16. Психологические типы террористов

Как для первых, так и для вторых характерны высокая агрессивность, постоянная готовность защитить свое «Я», стремление самоутвердиться, чрезмерная поглощенность собой, незначительное внимание к чувствам и желаниям других людей, фанатизм. Для большинства террористов характерна тенденция к экстернализации, к поиску источников своих личных проблем вовне. Они проецируют низкооцениваемые составляющие своего «Я» на воспринимаемый «источник угрозы».

Человек, ранее подвергшийся насилию, в последствии и сам становится более агрессивным, чаще прибегает к агрессивным формам поведения. Агрессивные действия нередко сопутствуют проявлению жестокости.

К способам оправдания агрессии относят (рис. 4.17):

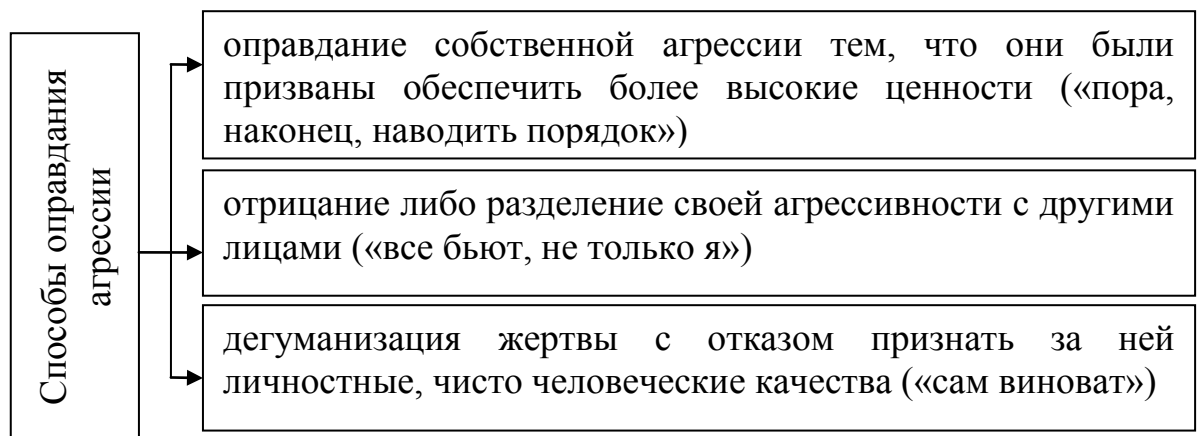


Рис. 4.17. Способы оправдания агрессии

Психологический анализ специалистов антитеррористических групп позволяет выделить три наиболее ярких варианта синдромов террористов (Пуховский Н.Н., 2000) (рис. 4.18):

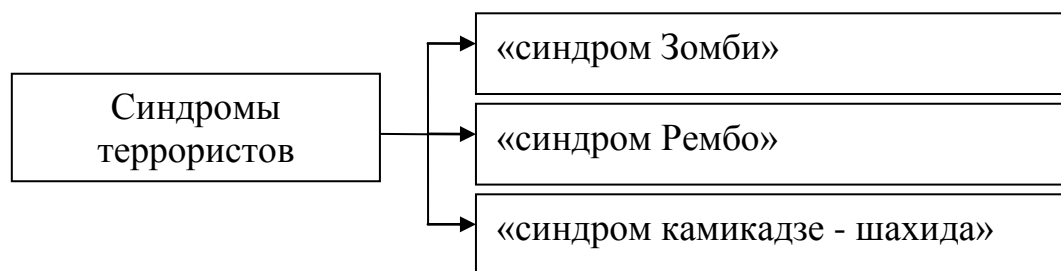


Рис. 4.18. Варианты синдромов террористов

«Синдром Зомби» Синдром проявляется в постоянной, сверхбоеготовности (сверхготовности к отражению нападения), широко разлитой враждебности с тотальным образом врага, паранойяльной постоянной устремленности к наиболее сложно организованным боевым действиям.

Прекрасная физическая и боевая подготовка, достижению и поддержанию которой подчинена вся их жизнь, обычно позволяет таким людям практически неограниченно переносить тяготы военного дискомфорта. Для людей с «синдромом Зомби» обычно характерно

диспластическое или астеническое телосложение, многолетний опыт усиленных спортивных тренировок делает их гиперкомпенсированными атлетами. На лице наблюдается паратимия. Их специфическая «звериная» пластика может внезапно (особенно при общении с лицами противоположного пола) сменяться крайней степенью моторной неловкости.

«Синдром Рембо» Миссионерство - основной психологический стержень «синдрома Рембо». Он не может (хотя и умеет) убивать «просто так» - он обязательно должен делать это во имя чего-то высокого.

Ему приходится все время искать и находить те или иные, все более сложные и рискованные «миссии». Ключевой характеристикой этой структуры служат добровольно возложенные на себя тяжелые, но благородные альтруистические обязанности, позволяющие реализовать агрессивные побуждения без самоупрека и аутоагрессии, а также сознание принадлежности к «корпорации», позволяющих рисковать жизнью и здоровьем. Почти любой террорист либо совершает революцию, либо спасает человечество, либо освобождает свой народ - его «миссия» всегда высока, масштабна и благородна. Она ставит его в особое положение, выделяет из ряда обычных людей.

«Синдром камикадзе - шахида» К основным психологическим характеристикам данного синдрома относится экстремальная готовность к самопожертвованию в виде жертвы самой своей жизнью. Сужение всего мира до масштабов одной организации - существенная психологическая черта «синдрома камикадзе».

Пребывая во власти сверхценной идеи, человек стремится к ней, не замечая ничего вокруг. Он видит только свой «свет в конце туннеля», игнорируя окружающий мир. Террорист-камикадзе убежден, что его

смерть станет примером для нового пополнения, которое придет в организацию.

Достаточно часто сталкивавшиеся на практике с шахидами спецслужбы Израиля обнаружили, что сохранившиеся в отдельных случаях трупы исламских террористов часто обладают особенностью: половые члены этих смертников обмотаны тряпками и, поверх тряпок, проволокой. Это делается шахидами, как мера предосторожности для предотвращения непроизвольного семяизвержения от перевозбуждения в момент совершения террористического акта. Свою сперму шахиды считают необходимым беречь специально для ожидающих каждого из них семидесяти девственниц в раю (Пуховский Н.Н., 2000).

Основными качествами личности террориста считаются (рис. 4.19):

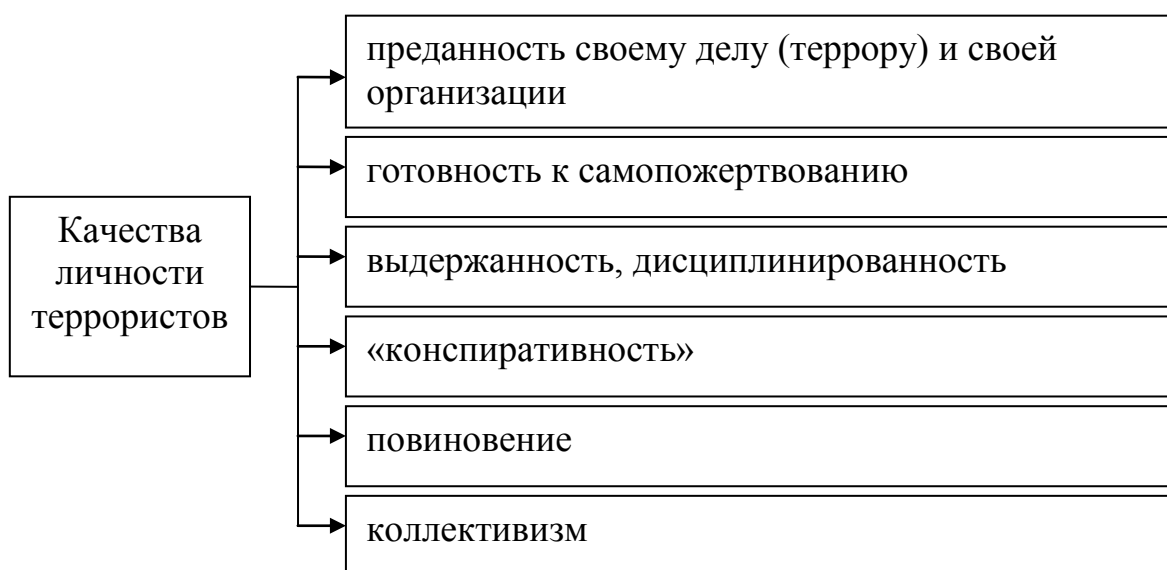


Рис. 4.19. Качества личности террористов

Таким образом, террорист - не сумасшедший человек, это «пограничная», аномичная личность (от греческого *аномга* - отрицание закона), выражающая отношение к нормам и моральным ценностям социально-политической системы, в которой существует. В структуре личности террориста заметно выражен психопатологический компонент -

психопатического свойства, связанный с ощущением реального или мнимого ущерба, дефицита чего-то необходимого, настоятельно потребного для такой личности.

Резюме

- Среди основных аргументов занятия террористической деятельностью выделяются меркантильные и идеологические мотивы, мотивы преобразования, активного изменения мира и власти над людьми, привлекательности терроризма как особой деятельности, «товарищеская» мотивация эмоциональной привязанности и способ самореализации.
- К основным моделям личности преступников относят психопата – фанатика, фрустрированного человека и человека из ущербной семьи.
- Психологический анализ специалистов антитеррористических групп позволил выделить три наиболее ярких варианта синдромов террористов: «зомби», «Рембо» и «камикадзе – шахида».
- К основным качествам личности злоумышленников относят преданность своему делу (террору) и своей организации, готовность к самопожертвованию, выдержанность и дисциплинированность, конспиративность, повиновение и коллективизм.
- Аномичная личность правонарушителей в виде насилия выражает отношение к нормам и моральным ценностям социально-политической системы, в которой существует.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Раскройте основные мотивы террористов.
2. Опишите основные подсистемы изучения личности преступника.

3. Рассмотрите основные типы террористов.
4. Проанализируйте способы оправдания агрессии.
5. Дайте характеристику синдромов преступников.
6. Перечислите основные качества личности террориста.
7. Сформулируйте определение понятия «аномальная личность».

4.4. Переговоры с террористами

Освободить, как можно большее число заложников, притупление бдительности террористов, создание выгодных психологических условий для проведения силовой акции – цель переговоров. Большинство развитых стран мира используют силовые акции, но Израиль, предпочитает не вступать в переговоры, не идти на уступки и не выполнять соглашения с террористами. Япония полностью отвергает силовые акции, и предпочитают решать все с помощью переговоров. Россия до недавнего времени не имела достаточного опыта ведения переговоров, но события в Буденовске и Первомайске заставили уделить больше внимания этой проблеме. В настоящий момент российские власти предпочитают силовой вариант, которому предшествуют переговоры.

Сегодня широко распространено привлечение к переговорам психологов. Самое главное на переговорах - это понять, по каким причинам человек пошел на террористический акт. Впервые переговоры от имени властей вел доктор психологии Дик Мюльдер в 1977 году в Голландии в местечке Ассен де Пунт, где террористы захватили поезд с 51 пассажиром.

Переговоры с террористами иногда заходят в тупик. В основном это связано с выдвижением неприемлемых условий. Это наиболее опасное развитие событий. В подавляющем большинстве случаев приходится начинать силовой вариант или идти на уступки. Подобный случай произошел в Буденовке в 1996 г. Заняв больницу, чеченские террористы отказались от всех попыток ведения переговоров, они лишь требовали немедленного выполнения своих условий: немедленное прекращение войны в Чечне и вывода российских войск, сопровождая это расстрелом заложников (было убито 5 человек). Как вынужденный шаг оперативный штаб принял решение о начале штурма. Не смотря на то, что штурмовавшие подразделения добились ограниченного успеха, но этот штурм произвел такое впечатление на террористов, что они немедленно выпустили 40 заложников, без предварительных условий и сразу вступили в переговоры.

Предметы переговоров обычно составляют (рис. 4.20):

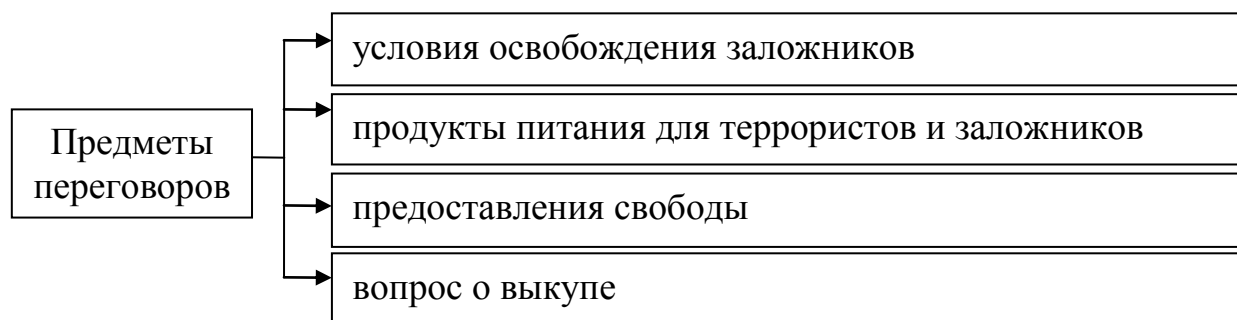


Рис. 4.20. Предметы переговоров

1. *Условия освобождения заложников.* Необходимо постоянно искать возможности для уменьшения числа заложников.
2. *Продукты питания для террористов и заложников.* Часто кроме продуктов преступники требуют предоставления спиртного и наркотиков, используя это возможно освободить значительное число заложников.
3. Условия *предоставления свободы* захватчикам.
4. *Вопрос о выкупе,* возможно снижение первоначально заявленной суммы в два, три, а иногда и пять раз

Переговоры включают в себя три относительно самостоятельных, но и взаимосвязанных периода (рис. 4.21):

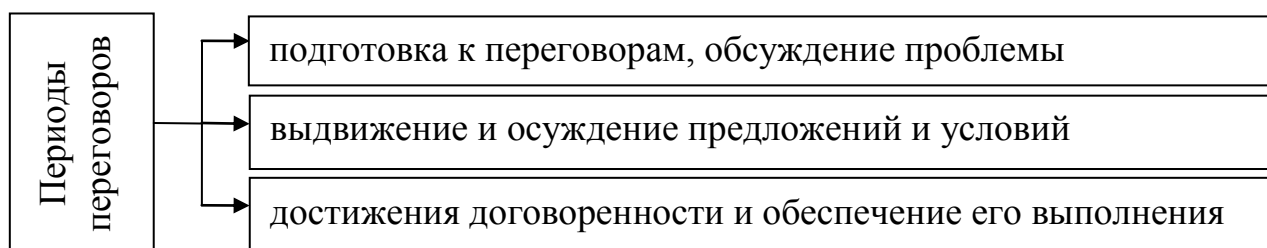


Рис. 4.21. Периоды переговоров

Тактические приемы на переговорах.

- 1) Приемы, имеющие широкое применение на всех этапах.

«Уход» Письба отложить данный вопрос. «Уход» может быть прямой и косвенный. В первом случае прямо предлагается отложить данный вопрос. При косвенном «уходе» на вопрос дается крайне неопределенный ответ. Косвенный «уход» основной прием, который надо использовать переговорщикам, избегая прямого ответа на требования террористов.

«Затяжка» Применяется для затягивания переговоров. Представляет серию различных «уходов». Применяется

переговорщиками для затягивания переговоров с целью выигрыша времени и разведки обстановки.

«Выжидание» Выражается в стремлении противников сначала выслушать мнение оппонента, а затем, в зависимости от полученной информации, сформулировать свою позицию. Прием, который чаще всего применяют террористы, выслушивая предложения переговорщиков, а затем выдвигая свои условия.

«Выражение согласия» Выражение согласия или не согласия с уже высказанным мнением противника, террориста.

2) Тактические приемы, применяемые на определенных этапах переговоров (рис. 4.22).

«Завышение требований» Включить в свои требования пункты, которые можно безболезненно снять, сделав вид, что это является уступками. Прием равно применяемый, как террористами, так и переговорщиками.

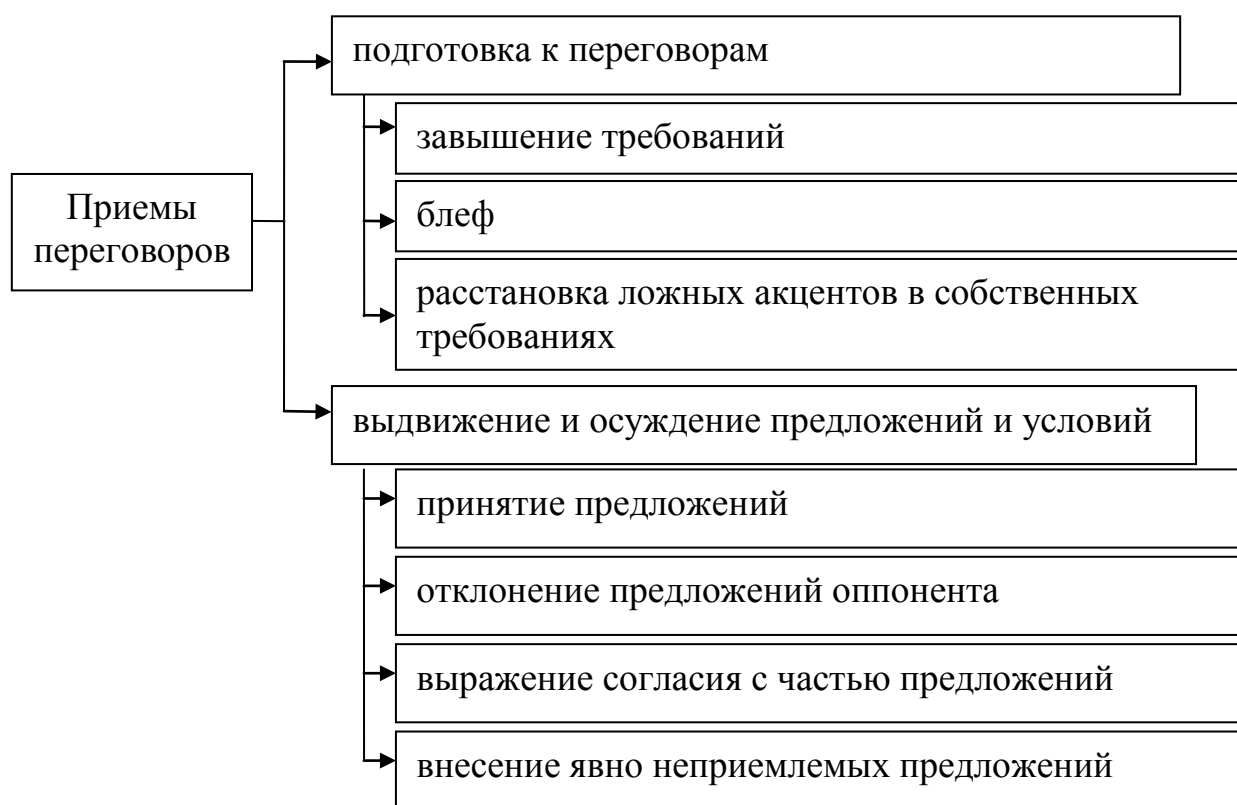


Рис. 4.22. Тактические приемы переговоров

«Расстановка ложных акцентов в собственных требованиях» Постановка второстепенных вопросов, выдавая их как главные. Это делается для торга: вопрос в дальнейшем снимается, чтобы получить необходимые решения по другому, более важному вопросу. Любимый прием террористов, применяемый для дезинформации властей.

«Блеф» Самый распространенный прием, равно употребляемый, как переговорщиками, так и террористами.

«Внесение явно неприемлемых предложений» Направлен на получение отказ в его принятии, с последующим обвинением оппонента в срыве переговоров. Используется переговорщиками, как повод для начала силового варианта.

Опыт Великобритании, Германии, США, Франции свидетельствует,

что при ведении переговоров с преступниками эффективно привлечение специалистов - женщин. Данное утверждение довольно спорно. Женщина имеет ряд преимуществ т.к. она может сильнее воздействовать на террористов - мужчин, быстрее разрядить обстановку, так же она обладает нестандартным мышлением. Но при участии, женщина может вызвать срыв переговоров, особенно если террористы принадлежат мусульманскому миру, или являются людьми с психическими отклонениями. Ещё одна специфическая особенность, возникающая при ведении переговоров женщинами, заключается в том, что у террористов возникает ощущение, что они ведут переговоры именно с ней, а не государством в её лице.

При ведении переговоров и планирования силового решения необходимо учитывать, что из-за длительной изоляции у заложников начинается формироваться *«стокгольмский синдром»* («синдром заложника»). Во время антитеррористической акции такая ситуация наиболее опасна. Известны случаи, когда, увидев сотрудников групп антитеррора, заложники криком предупреждают террористов и даже заслоняют его. Бывает, что террорист прячется среди заложников, и никто его не разоблачает.

Резюме

- Цель переговоров - освободить заложников, притупить бдительность террористов и создать выгодные условия для проведения силовой акции.
- Впервые переговоры от имени властей вел доктор психологии Дик Мюльдер в 1977 году в Голландии, где террористы захватили поезд с 51 пассажиром.
- Предметом переговоров обычно бывают условия освобождения заложников, продукты питания для террористов и заложников,

условия предоставления свободы и вопрос о выкупе.

- Переговоры включают в себя три периода: подготовка к переговорам, выдвижение предложений и достижения договоренности с обеспечением ее выполнения.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Сформулируйте основную цель переговоров.
2. Установите, с какой целью для ведения переговоров используются психологи.
3. Перечислите основные предметы переговоров.
4. Раскройте периоды переговоров.
5. Рассмотрите тактические приемы переговоров.
6. Проанализируйте эффективность привлечения женщин к переговорам.
7. Объясните необходимость ведения переговоров.

4.5. Экономическая база терроризма

Террористические организации не могли бы действовать без достаточного финансирования на всех этапах подготовки и реализации их акций, поэтому внимание спецподразделений сегодня обращено на сбор информации об источниках финансирования совершенных акций. Это имеет решающее значение при идентификации исполнителей и определения уровня сил, который должны быть привлечены для ликвидации того или иного очага угрозы.

Термин «отмывание» денег появился в 20-х годах XX века в США с подачи известного чикагского крестного отца Аль Капоне. Мафия через сеть автоматических прачечных отмывала криминальную прибыль, используя доход от вполне законного предприятия, с которым смешивались «грязные» деньги, которые затем декларировались как полученные легальным путем.

Первая стадия На первой стадии подпитки операции террористической организации наличные средства перечисляются на счета подставных лиц-посредников, имеющих собственные счета в банках и располагающих выходами на международные банки.

Вторая стадия Представляет собой распределение наличных сумм. Они реализуются, как правило, посредством скупки банковских платежных документов и других ценных

бумаг. Правоохранительным органам на этом этапе достаточно сложно проследить весь процесс распределения наличных денежных средств. Для этого необходимо создание разветвленной сети осведомителей, которые могут сообщать в соответствующие заинтересованные инстанции обо всех фактах незаконного оборота денежных средств.

*Третья
стадия*

Известна как «заметание следов», когда принимаются все меры к тому, чтобы постороннее лицо не узнало, откуда были получены деньги и с чьей помощью попали в те или иные заранее определенные руки. В этих целях, как правило, проводятся мероприятия по открытию счетов в банках, расположенных далеко от места проживания или действия преступников; затем осуществляется легальный перевод денег с новых счетов подставных фирм, обычно с использованием подпольной системы банковских счетов в страну непосредственного нахождения террористов.

Основными источниками получения прибыли организованной преступностью и международными террористическими организациями являются торговля наркотиками, нелегальная продажа оружия, вымогательство, финансовые аферы и другие подобные преступления. Во многом усилиями международных преступных и террористических организаций поддерживаются очаги этнической и религиозной напряженности во многих регионах мира: Косово, Чечня, Израиль, Палестина, Испания (проблема басков) и многих других. Доходы от легального бизнеса террористов через различные фонды, благотворительные и религиозные организации направляются на финансирование противоправной деятельности различных преступных и террористических организаций.

Резюме

- Террористические организации не могли бы действовать без достаточного финансирования на всех этапах подготовки и реализации их акций, поэтому внимание спецподразделений сегодня обращено на сбор информации об источниках финансирования совершенных акций.
- На первой стадии наличные средства перечисляются на счета подставных лиц, располагающих выходами на международные банки. Вторая стадия представляет собой распределение наличных сумм. Третья стадия известна как «заметание следов».
- Основными источниками получения прибыли организованной преступностью и международными террористическими организациями являются торговля наркотиками, нелегальная продажа оружия, вымогательство, финансовые аферы и другие преступления.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Объясните интерес со стороны спецслужб к источникам финансирования преступных организаций.
2. Когда впервые появился термин «отмывание» денег.
3. Перечислите основные стадии получения денег для террористических организаций.
4. Проанализируйте источники финансирования организованной преступности.

4.6. Ядерный терроризм

Некоторые террористические группы имеют в своем составе людей со значительными научными знаниями и не менее значительными техническими навыками. Создание примитивной ядерной бомбы, отличающейся от военного ядерного оружия, потребовало бы не больших навыков. Различные негосударственные экстремистские группировки теперь имеют доступ к профессиональным, научным и техническим разработкам и к большим суммам денег; плутоний, который можно использовать для производства ядерных бомб, все более доступен; для ядерного оружия необходимы относительно малые количества плутония; для изготовления ядерного взрывного устройства требуется небольшое число специалистов.

Террористические группы испытывают постоянную потребность в эскалации насилия. Они имеют подступы к профессиональным научным и техническим образованным кадрам, получают мощное финансирование. Комбинация этих факторов с возрастающей доступностью радиоактивных материалов, потребность в относительно малом их количестве (особенно плутония), обилие в открытой литературе технической информации, необходимой для создания и производства ядерной взрывчатки, и т. д. - все это должно давать повод к серьезным опасениям.

Возможные действия террористов, приводящие к ужасным

последствиям (4.23):

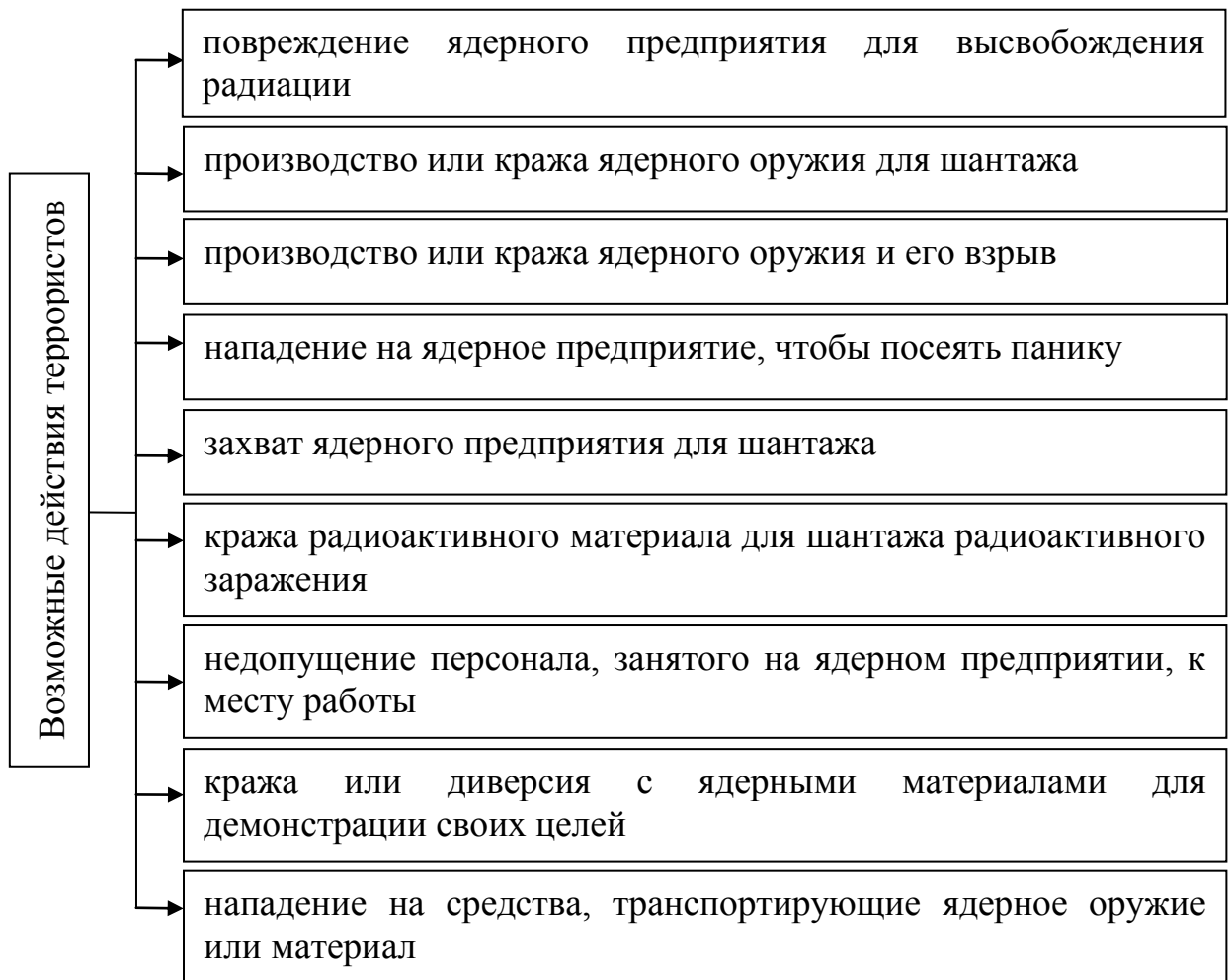


Рис. 4.23. Возможные действия террористов

Большинству целей террористической группы, имеющей умысел совершить ядерный теракт, будут адекватны три примитивных ядерных устройства (рис. 4.24).

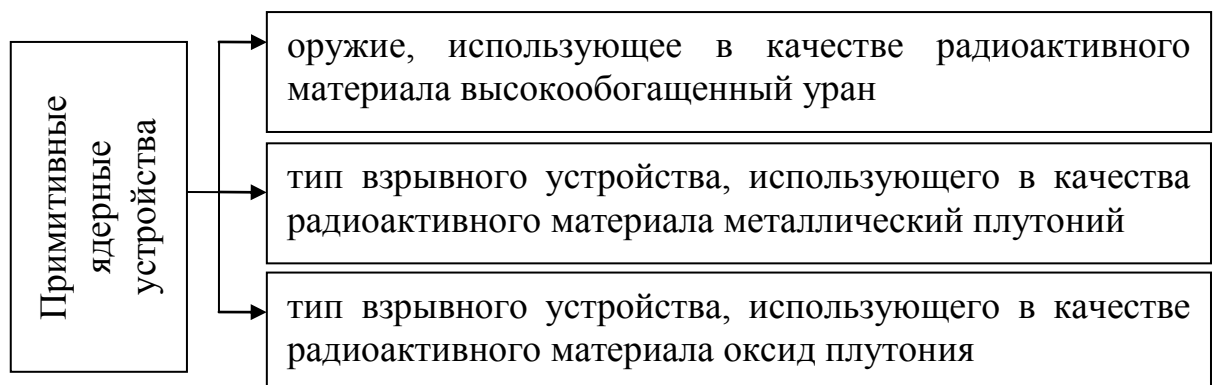


Рис. 4.24. Материалы, используемые в примитивных ядерных устройствах

1. *Оружие, использующее в качестве радиоактивного материала высокообогащенный уран.* Произвести и сконструировать это устройство наиболее легко. Сила ядерного взрыва будет, вероятно, эквивалентна нескольким тысячам тонн в тротиловом эквиваленте.

2. *Тип взрывного устройства, использующего в качестве радиоактивного материала металлический плутоний.* Это примитивная версия атомной бомбы, разрушившей Нагасаки. Такой тип взрывного устройства наиболее трудно разработать и сконструировать, но значительное число террористических групп могут себе позволить подобную «роскошь».

3. *Тип взрывного устройства, использующего в качестве радиоактивного материала оксид плутония.* Это наиболее доступное для террористов оружие в связи с возрастающей распространенностью оксида плутония. Из трех видов взрывного устройства последнее для террористов наиболее привлекательно, даже если оно не производит ядерного взрыва. Очень вероятно, что устройство произведет взрыв, эквивалентный десяткам или даже сотням тысяч тонн тротилового эквивалента.

Взрыв, влекущий за собой сотни смертей и ранений, может парализовать службы спасения. Они не смогли бы эффективно справиться даже с трупами. Многие из тяжелораненых, умерли бы от недостаточности медицинской помощи. Опыт показывает, что, когда большой взрыв происходит в населенной местности, начинающаяся паника передается даже натренированным службам спасения. Страх населения перед облучением привел бы к огромной панике.

Нападение на АЭС привлекло бы большое внимание СМИ. Эти факторы делают реактор АЭС еще более привлекательной целью для террористов. Главная цель террористов - привлечь к себе как можно больше внимания со стороны СМИ, чтобы иметь возможность обозначить

и выдвинуть требования. В марте 1973 г. охрана почти заполненного реактора АЭС в Лиме (Перу) подверглась нападению вооруженных людей, численно превосходящих ее (15 человек). В декабре 1977 г. четыре баскских террориста взорвали бомбы на строящейся АЭС в Арминзе (Испания). Повреждено реакторное оборудование и парогенератор, убиты два сотрудника. В январе 1982 г. четыре противотанковые ракеты были выпущены по реактору быстрого воспроизводства топлива «Суперфеникс» на АЭС в Крей-Мальвилле (Франция), повредив резервуар почти наполненного реактора. В декабре 1982 г. боевики Африканского национального конгресса взорвали 4 бомбы внутри строящегося реактора в Мелькбосстранде (ЮАР).

Илка Тайпале (2004) описывает возможный сценарий нападения на АЭС:

Если главная цель - вызвать *драматическую угрозу или вывести предприятие из строя*, нападение может быть сосредоточено на его периферических подразделениях - таких, как сортировочная станция или конденсаторная система охлаждения воды (охладительные башни, каналы охлаждения воды и т. д.). В подобном случае нападение могло бы бросить вызов системе защиты предприятия (т.е. аварийным дизельным генераторам). Вывод этой системы из строя в нештатной ситуации мог бы привести к тяжелой аварии.

Если главная цель - *высвободить энергию радиоактивного распада*, нападающие будут искать возможность заблокировать охлаждение корпуса реактора или бассейна с отработанным топливом (дренированием охладителя или блокированием процесса отвода тепла от охладителя). В то же время нападающие, возможно, сделают брешь в корпусе реактора, чтобы сделать выброс радиоактивности максимальным.

Высвобождение может начаться через считанные минуты или часы после блокирования охлаждения в зависимости от сценария. Если

нападающие достигнут полного контроля над предприятием, они могут организовать высвобождение энергии после того, как покинут предприятие. Некоторые типы реакторов имеют конструктивные недостатки. В Чернобыле они вместе с другими роковыми обстоятельствами сыграли свою роль в образовании и взрыве гремучей смеси. В результате огромное количество высокоактивных радионуклидов было выброшено в атмосферу. К выбросу радиоактивности может привести расплавление корпуса реактора. Террористы могут инициировать массовую ядерную катастрофу. Это привело бы к последствиям не менее ужасным, чем при Чернобыльской катастрофе. Ядерные реакторы очень уязвимы, а при планировании производственного процесса на АЭС нападения террористов в расчет не принимались.

Главная причина возрастания риска ядерного терроризма - это увеличение количества отделенного плутония во всем мире. Плутоний отделяется от ядерного оружия и хранится под гражданским контролем. Все большее количество этого вещества извлекается из элементов отработавшего топлива на предприятиях коммерческой вторичной обработки и содержится на гражданских плутониевых складах.

Расцвет международного терроризма приводит к единственному выводу, что нам всем надо учиться понимать друг друга и совершенствовать наши отношения — как формальные, так и неформальные.

Резюме

- Различные негосударственные экстремистские группировки имеют доступ к профессиональным, научным и техническим разработкам, а также к большим суммам денег.
- Для создания примитивного ядерного устройства террористические группы могут использовать в качестве радиоактивного материала

высокообогащенный уран, металлический плутоний и его оксид.

- К возможным действиям террористов с целью манипуляции (шантажа) правительства относятся кража ядерного оружия или нападение на ядерное предприятие с недопущением персонала к месту работы, а также нападение на средства, транспортирующие его.
- Взрыв, влекущий за собой сотни смертей и ранений, парализует службы спасения, приведет к огромной панике.
- Нападение на АЭС одна из наиболее привлекательных целей для террористической группировки, имеющая два возможных сценария - вызвать драматическую угрозу, вывести предприятие из строя или высвободить энергию радиоактивного распада.
- Главная причина возрастания риска ядерного терроризма - это увеличение количества отделенного плутония во всем мире.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Перечислите возможные действия террористов с целью приобретения ядерного оружия.
2. Опишите материалы, которые возможно использовать в примитивных ядерных устройствах.
3. Установите, по какой причине могут быть парализованы службы спасения.
4. Проанализируйте опасность захвата террористами АЭС.
5. Рассмотрите возможные варианты развития сценария по захвату АЭС и его последствия.
6. В чем главная причина, по вашему мнению, возрастания угрозы ядерного терроризма.
7. Перечислите меры по предупреждению ядерной угрозы, которые Вы можете предложить.

4.7. Психический терроризм и манипулирование личностью

Любая форма терроризма может рассматриваться как психическое оружие, несущее сильнейшее эмоциональное разрушительное воздействие. В основе выделения разных форм терроризма лежат такие критерии, как метод воздействия, мотивы, география, религия.

Таблица 4.1

Рост численности верующих

Религии	Количество членов конфессии (млн. чел)			Фактическое изменение в %	Предполагаемое изменение в %
	1980 г.	1993 г.	2006 г. (прогноз)	1980 – 1993 гг.	1993 – 2006 гг.
Христианство	1430	1870	2380	+ 31	+ 27
Ислам	720	1000	1330	+ 39	+ 33
Буддизм	270	330	31	+ 22	- 6
Индуизм	580	750	800	+ 29	+ 7
Иудаизм	20	20	20	0	0
Новые религии (секты)	90	120	200	+ 33	+ 67
Религии племени	90	100	70	+ 11	- 30
Сикхизм	10	20	30	+ 100	+ 50

Прочие религии	260	230	220	- 12	- 4
Атеизм	190	240	280	+ 26	+ 17
Нерелигиозные группы	710	900	1130	+ 27	+ 26
Мировое наследие	4370	5580	6670	+ 28	+ 21

У всех народов и во все времена вера выполняла функцию стабилизатора структуры личности и вектора стиля жизни. Народы многих государств имеют свою традиционную религию. Ее роль в формировании мировоззрения, в определении моральных и нравственных норм в обществе, в создании стабильной духовной атмосферы жизни государства общепризнанна, однако тенденцией нашего времени является рост новых религий (табл. 4.1).

Выделяют следующие факторы ментальной экологии современного общества (рис. 4.25):

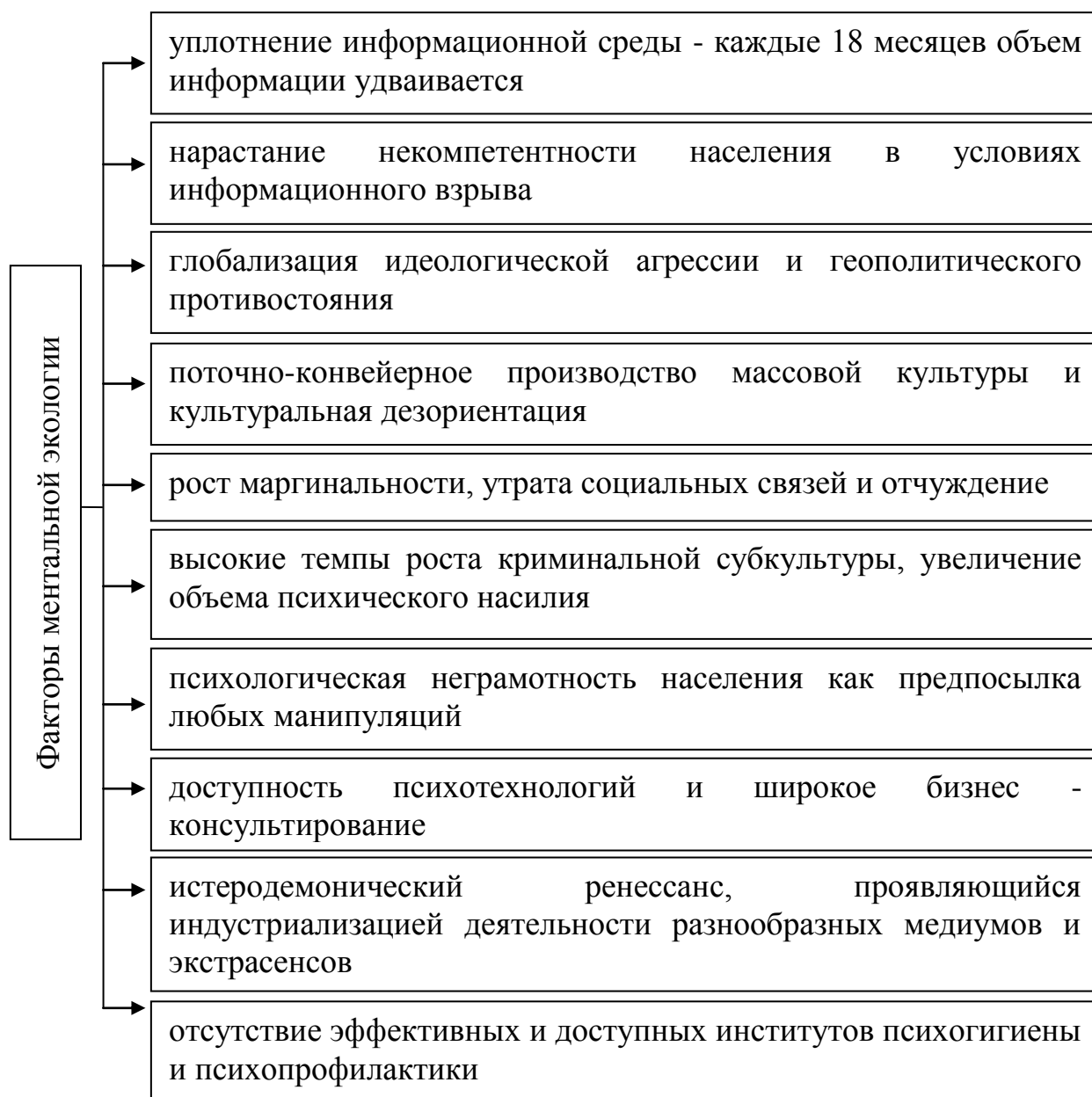


Рис. 4.25. Факторы ментальной экологии современного общества

Все эти факторы нередко приводят к образованию духовного вакуума, который заполняется «хаосом новой духовности». Наилучший критерий, позволяющий отличить секту от традиционных религий, - это использование веры для достижения целей, не имеющих ничего общего с духовностью: деньги, личные амбиции, политика.

Психический терроризм — совокупность методов целенаправленного разрушительного воздействия на психику человека в целях реализации интересов агрессора.

В социогенезе любых форм зависимого поведения П.И. Сидоров (2003) выделяет 4 основных уровня причинных комплексов (рис. 4.26):



Рис. 4.26. Основные уровни причинных комплексов

- 1) *макросоциальный уровень* — включает особенности социально-экономического положения в стране и социальной политики государства;
- 2) *мезосоциальный уровень* — включает этно-культуральные и социальные особенности конкретного города и района;
- 3) *миллисоциальный уровень* — предопределен особенностями стиля и уровня жизни семьи, трудового или учебного коллектива, неформальных групп;
- 4) *микросоциальный уровень* — включает особенности структуры, а также нравственно-ценностной и мотивационно-установочной сфер личности.

При максимальной степени обобщения выделяют 3 основных типа социальных групп (рис. 4.27.)



Рис. 4.27. Типы социальных групп

1. *Культуральные*: национальные, имущественные, религиозные, территориальные, мировоззренческие, виртуальные,

половозрастные, локально-временные, творческие союзы, художественные течения, клубы, общественные организации и движения.

2. *Паратоталитарные*: политические (партии, профсоюзы), корпоративные (фирменные, монопольные, спортивные), криминальные, элитные (финансовые, военные, академические и т. п.), подростковые сообщества (неформальные объединения).
3. *Тоталитарные*: радикальные и экстремистские партии, террористические организации, псевдорелигиозные, коммерческие (наркосообщества, экспансионизирующие маркетинговые сети), оккультные (парапсихологические, магические и т. п.), апокалиптические (катаклизматические, сайентологические, уфологические).

Ведущими характеристиками или векторами, по которым возможна дифференциация выделенных групп, являются: возможность саморазвития и самоорганизации; общность мировоззрения; стереотипизация стиля жизни; контроль властвующей верхушки; иерархизация отношений; жесткость кодекса поведения.

В последнее время в России на фоне известных социальных потрясений обозначилось огромное (исчисляемое тысячами) количество разнообразных сект (неокультиков). Среди них выделяют четыре основные группы сект, действующих в России (рис. 4.28).



Рис. 4.28. Группы неокультиков

1. *Обрядовые секты* характеризуются прежде всего особенностями в проведении религиозных обрядов, отражающих суть данного религиозного учения.
2. В *мистических сектах* — наибольшее внимание уделяется особым символам, образам, формирующим атмосферу загадок и тайн.
3. Источником вероучения *рационалистических сект* признается Евангелие, которое зачастую трактуется извращенно, в соответствии с желаниями сектантского лидера.
4. В *тоталитарных* — человек оказывается полностью подчиненным лидерам секты и утверждаемым ими догматам.

Среди тоталитарных культов П.И. Сидоров (2005) выделяет 10 основных групп (рис. 4.29).

1. *Долгожители*: Мормоны, Свидетели Иеговы, Новоапостольская церковь.
2. *Послевоенная эклектика*: Сайентология, Мунизм.
3. *Псевдоиндуистские*: Кришнаиты, Трансцендентальная медитация, Шри Чинмой, Ошо Раджниш, Сахаджа-йога, Тантра-Сангха, Ананда марга, Брахма-Кумарис, Сом Баба, Искусство жизни.
4. *Псевдобиблейские*: Церковь Христа, Неопятидесятники, Семья, Уитнес Ли.
5. *Постсоветские*: Анастасия, Амрам Шамбалы, Белое Братство, Богородичный центр, Виссарион, Радастея, Божовцы, К богодержавию, Космические коммунисты, Адамиты, Страна Анура, Фархат Ата, Эксодус.

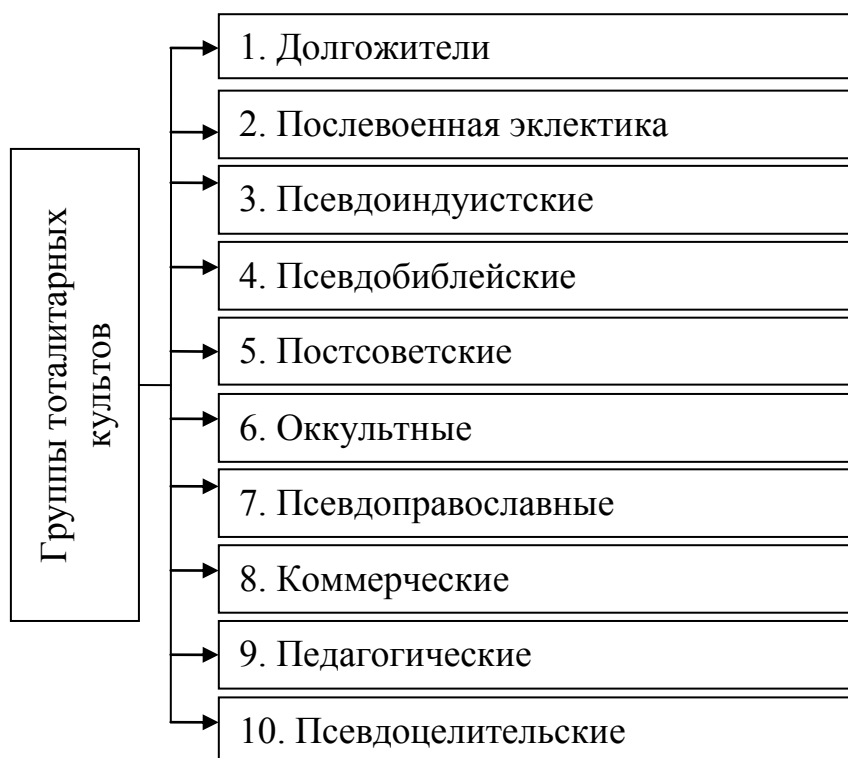


Рис. 4.29. Группы тоталитарных культов

6. *Оккультные*: Неоязычники, Нью Эйджс, Рерихианство, Сатанизм, Теософия Блаватской, Астрология, Неокаббалистика, Культ Чинг Хай, Новый акрополь, Фалуныгун.
7. *Псевдоправославные*: Опричное братство, Учение и практика священников: Анатолия Гармаева и Георгия Кочеткова
8. *Коммерческие*: Сэмвел, Атлантида, Гербалайф
9. *Педагогические*: Вальфдорская педагогика, Юнивер, Психологический колледж.
10. *Псевдоцелительские*: Порфирия Иванова, Столбуна - Стрельцовой, Трофимчука.

Чаще всего причинами нарушения привычного стиля жизни являются разнообразные внешние кризисные ситуации: тяжелая болезнь, смерть близких, потеря работы и т.д. В норме человек находит ресурсы и возможности для сохранения адаптивного поведения и преодоления трудностей. Если внешние факторы совпадают с определенной внутренней

психологической предрасположенностью, то вероятность попадания человека в секту увеличивается.

Внутренние факторы — это особенности личности и психики индивидуума, которые могут оставаться как в пределах нормы (психологические особенности), так и выходить за их границы (психопатологические особенности).

В одном случае - это качества и черты личности, такие как застенчивость, доверчивость, потребность в самоутверждении (характерная для юношеского возраста), разочарование в культурных ценностях. В другом случае приобщение к секте определяется мотивами и стремлениями определенных психопатологических типов личности. Так, например, лиц с истероидными характеристиками привлекает возможность транса, мистических переживаний; с депрессивными чертами - мотив страдания, жертвенности; параноика притягивает идея ненависти к врагам веры; лиц нарциссического поведения — идея исключительности и привилегированности.

Указанные факторы могут действовать как изолированно, так и совместно, но в любом случае их воздействие приводит к нарушению стереотипа поведения человека и развитию дезадаптации.

Прежние поведенческие адаптационно-приспособительные реакции (психоэмоциональные проявления, привычки, формы общения) оказываются недостаточными для обеспечения индивидуума необходимым душевным комфортом. Несостоятельность прежнего стереотипа поведения приводит к возникновению душевного вакуума - состоянию психической незащитности. Со временем человек может справиться с возникшими проблемами, но может приобрести и другие поведенческие адаптивно-приспособительные реакции с формированием нового стереотипа поведения. Однако возможен и вариант, когда психологически незащищенная личность попадет под влияние умелого манипулятора. Это

и реализуется в сектах, где в роли последнего выступает ее лидер. «Учитель» наполняет человека «спасительными» религиозными учениями, постепенно разрушая и практически уничтожая его естественную индивидуальность.

Динамика вовлечения в секту и развитие зависимого поведения условно представлена на рисунке 4.30.

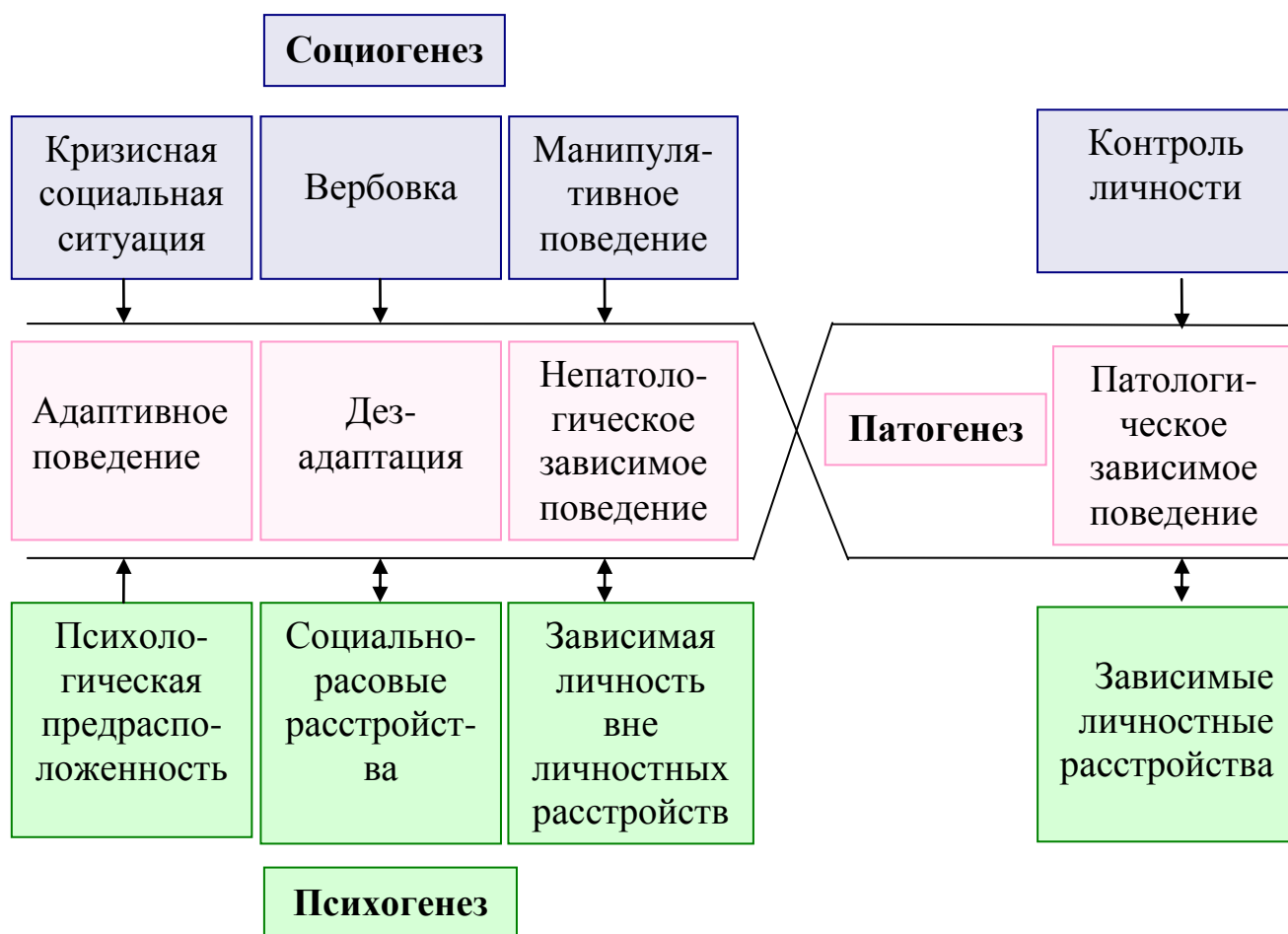


Рис. 4.30. Динамика вовлечения в секту адепта

Вербовка чаще всего бывает успешной только при наполнении ее определенным психотерапевтическим содержанием, значимым для объекта воздействия. В 80-е годы прошлого столетия Американский семейный фонд, учрежденный для борьбы с сектантством, предложил 4 признака вербовщика (психоманипулятора) (рис. 4.31):

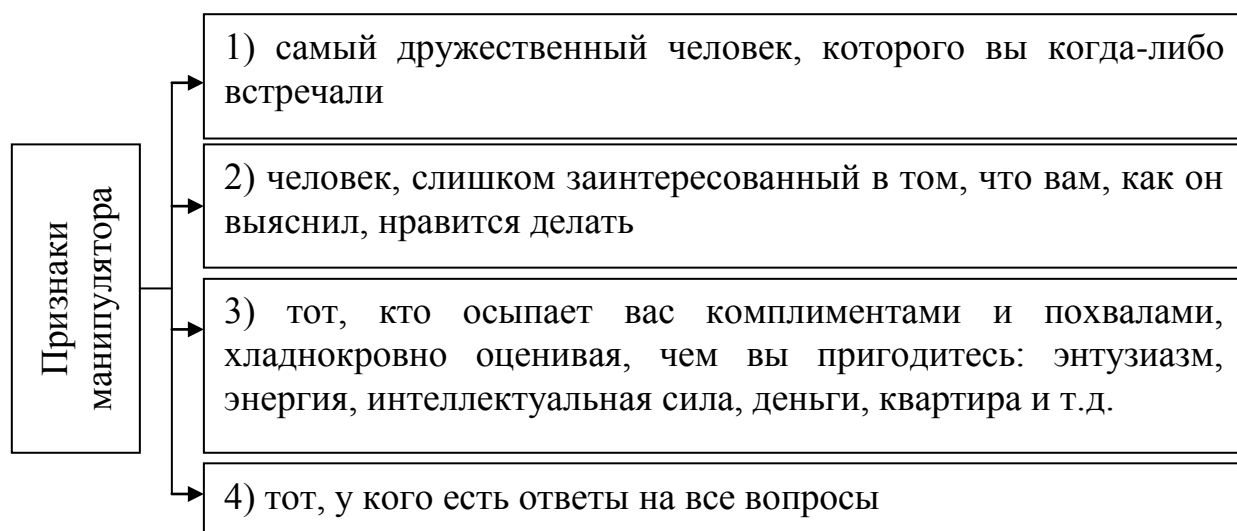


Рис. 4.31. Признаки манипулятора

При взаимодействии с психоманипулятором можно выделить следующие стадии

- привлечение внимания;
- вовлечение в процесс взаимодействия;
- эксплуатация неопитов;
- порабощение с выраженными изменениями психоэмоциональной сферы.

Непатологическое культовое зависимое поведение характеризуется:

- подчиненностью собственных интересов интересам секты или ее лидера;
- длительной фиксацией внимания на культовой деятельности;
- снижением способности контролировать вовлеченность в сектантскую деятельность;
- несамостоятельностью и пассивностью в выборе стратегии поведения.

Важным условием развития любого варианта зависимого поведения (в том числе культового) является зависимая личность вне личностного

расстройства, характеризующаяся инфантильностью, внушаемостью и подражательностью, прогностической некомпетентностью и сниженной интуицией, ригидностью и упрямством, наивностью и простодушием, чувственной непосредственностью, любопытством и высокой поисковой активностью, максимализмом и эгоцентризмом, яркостью воображения и фантазией, впечатлительностью и нетерпеливостью, склонностью к риску, «вызову опасности», страхом быть покинутым.

Деструктивный контроль сознания осуществляется без физического принуждения и насилия. R. Lifton (Сидоров П.И., 2005) обосновал критерии деструктивного контроля сознания (рис. 4.32):

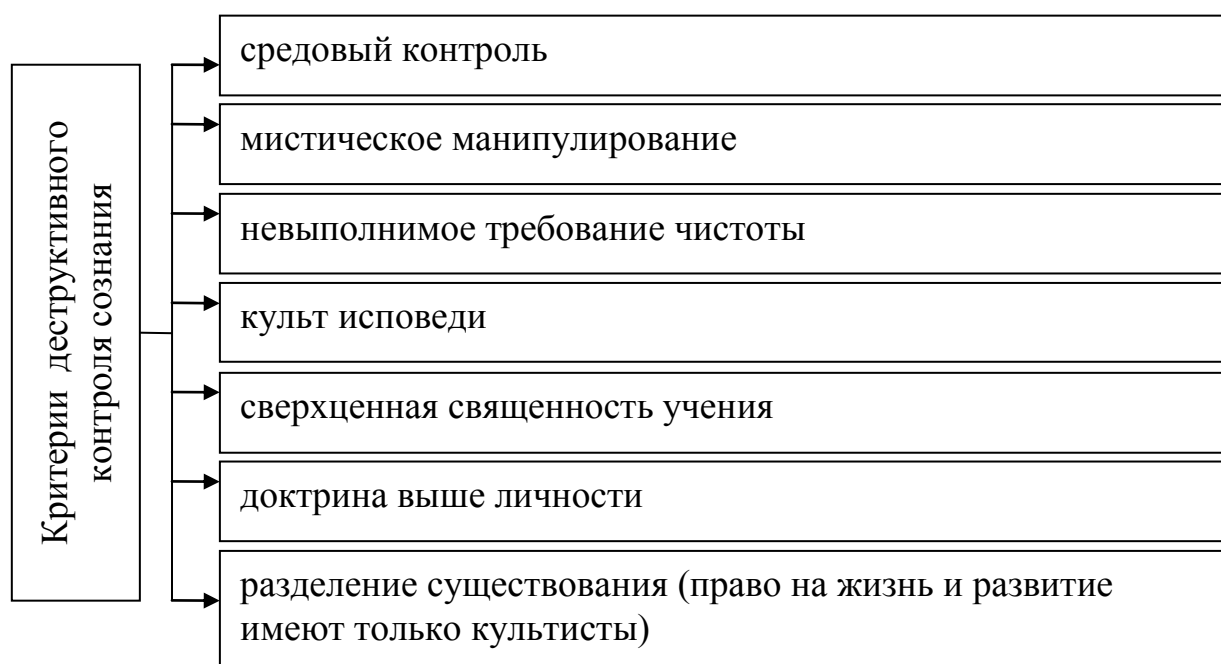


Рис. 4.32. Критерии деструктивного контроля сознания

В работах многих исследователей (Сидоров П.И., 2005; Пронин И.П., 2003; Елизаров А.Н., 2003) рассматриваются механизмы воздействия на личность в тоталитарных сектах, приводящие к ее деформации (рис. 4.33). Анализ механизмов воздействия в тоталитарных сектах и сформированных качеств личности террориста, позволяет утверждать о наличии единых

рычагов формирования как тоталитарных сект, так и террористических организаций.

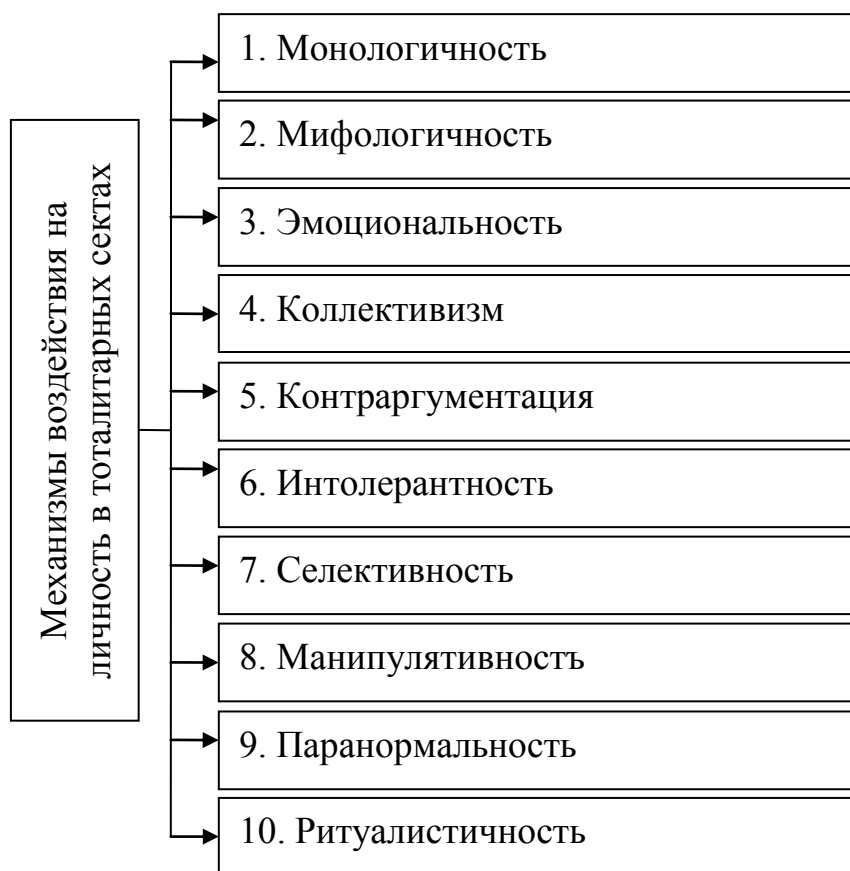


Рис. 4.33. Механизмы воздействия на личность в тоталитарных сектах

1. *Монологичность* - однонаправленность воздействия и исключение альтернативных источников информации.
2. *Мифологичность* - эксплуатация проверенных мифологических схем.
3. *Эмоциональность* - компенсация не полученного в миллесоциуме эмоционального тепла и «бомбардировка любовью» в культе.
4. *Коллективизм* - использование групповых форм само- и взаимоиндукции.
5. *Контраргументация* - опережающее внушение контраргументов на возможные возражения.
6. *Интолерантность* - стимуляция внушаемости на фоне

психофизиологического истощения.

7. *Селективность* - рекрутирование неофитов из числа дезадаптированных и дефицитарных (зависимых) личностей.
8. *Манипулятивность* - использование технологий эффективного суггестивного влияния.
9. *Паранормальность* - эксплуатация вымышленных достижений на основе внечувственного опыта.
10. *Ритуалистичность* - создание экзотических культовых поведенческих стереотипов, облегчающих тотальный контроль личности.

Можно выделить следующие условия высокой толерантности к попыткам вовлечения в деструктивные культы (рис. 4.34):

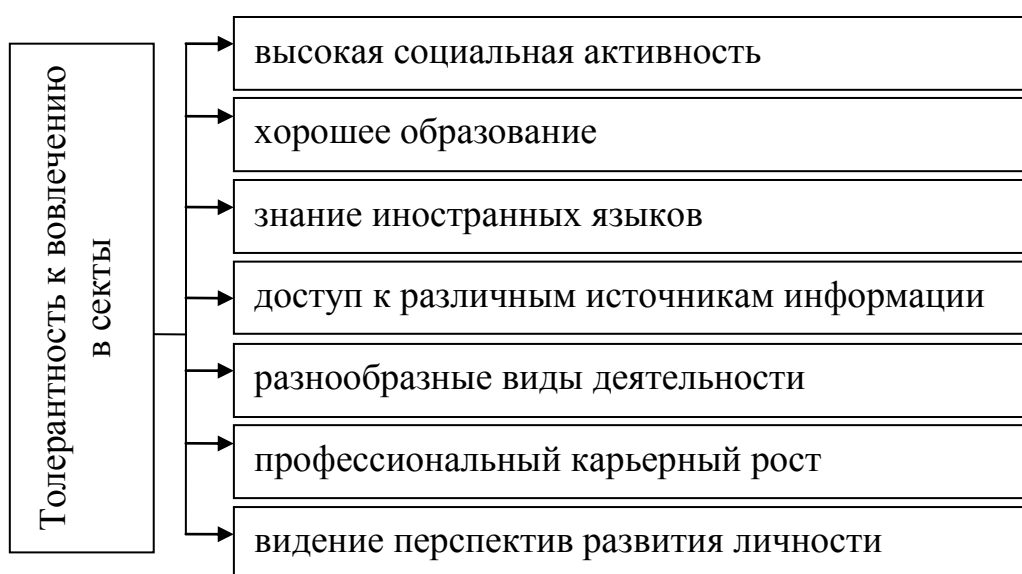


Рис. 4.34. Условия высокой толерантности к попыткам вовлечения в деструктивные культы

В современном мире насчитываются десятки тысяч тоталитарных сект: Бразилия - 4100, США - 3000, Россия - 2500 (около 1 млн. человек), Великобритания - 2000, Италия - 400, Дания - 300, Бельгия - 150 и т. д. Оценивать их агрессивную деятельность необходимо с позиций психического терроризма. Сопоставив определения и критерии

агрессивности тоталитарных сект и террористических организаций, можно отметить, что отличие имеется только по вектору вооруженного насилия у террористических организаций (рис.4.35).



Рис. 4.35. Сравнение тоталитарных сект и террористических организаций

К общей характеристики деятельности тоталитарных сект и террористических организаций относят:

1. Сильную антигосударственную направленность - запреты на участие человека в жизни государства и общества
2. Жесткую иерархичность организации с безоговорочным

подчинением лидеру.

3. Сходство в источниках финансирования - внешнее финансирование из-за рубежа, через различные фонды
4. Создание финансовой зависимости от организации.
5. Создание имиджа бескорыстия и благонравия: декларирование принципов свободы, равенства и братства.
6. Использование специального антуража и групповых психотехник: у террористов - различные клятвы и посвящение с оружием, у сектантов - использование религиозных обрядов.
7. Интенсивные методы агитации и рекламы с претензией на интернациональность.
8. Привлечение максимального количества потенциальных членов, особенно среди молодежи.
9. Однородные психические изменения у участников - деформация структуры личности под интенсивным психологическим воздействием.

Важно подчеркнуть, что психические расстройства у жертв религиозных культов и людей, подвергшихся террористическому воздействию еще 10 лет назад в США, рассматривались в рамках единых этиопатогенетических механизмов и клинических проявлений (табл. 4.2).

К признакам патологического зависимого поведения В. Д. Менделевич (1998) относит наличие эпизодов измененных состояний сознания при реализации зависимости, непреодолимость зависимости, стереотипизацию поведения, синдром отмены.

Зависимые личностные расстройства, по МКБ - 10, характеризуются неспособностью самостоятельно принимать решения, готовностью позволять другим принимать значимые решения, затруднениями начать какое-либо дело самостоятельно, готовностью добровольно выполнять неприятные работы с целью приобрести поддержку, плохой

переносимостью одиночества, ощущением беспомощности, когда рушится близкая связь, охваченностью страхом быть отвергнутым, легкой ранимостью и податливостью любой критике.

Таблица 4.2

Расстройства у жертв терроризма и религиозных культов

<i>Воздействие</i>	<i>Диагностический критерий</i>
<i>Синдром диссоциативного неуточненного расстройства</i>	
<p>Проявляется у лиц, подвергшихся длительному и интенсивному насильственному внушению (промывание мозгов, изменение мышления, принудительная обработка сознания людей при захвате террористами или при вовлечении в секту)</p>	<p>Диссоциативные симптомы выражены, но клиническая картина расстройства полностью не отвечает диагностическим критериям специфического диссоциативного расстройства; происходит нарушение или изменение нормальной интеграции между способностью осознавать себя как личность, памятью на прошлые события и непосредственными ощущениями, при этом нарушение нельзя объяснить простой забывчивостью</p>
<i>Осложненный синдром посттравматического стресса</i>	
<p>Проявляется у лиц, подвергшихся тотальному контролю в течение длительного времени (месяцы, годы), ставших жертвами концентрационных лагерей, захвата террористами, а также переживших пребывание в религиозных культах (причины не ограничиваются только указанными)</p>	<p>Хроническое течение; в продолжение нескольких лет периодически происходит переживание травмирующего события; при наличии психопатологических нарушений до травмирующего события прогноз менее благоприятный</p>

Манипулятивная деятельность различных некультиков, влияющих на формирование взглядов и мнений личности, изменения ценностей и норм поведения больших групп людей может рассматриваться как способ ведения психологической войны.

Совокупность различных форм, методов и средств воздействия на людей с целью изменения в желаемом направлении их психологических характеристик (взглядов, мнений, ценностных ориентаций, настроений, мотивов, установок, стереотипов поведения), а также групповых норм, массовых настроений и общественного сознания в целом – определяется как *психологическая война*.

В ходе ведения психологической войны на людей оказывается психологическое воздействие, которое может осуществляться различными средствами (рис. 4.36).

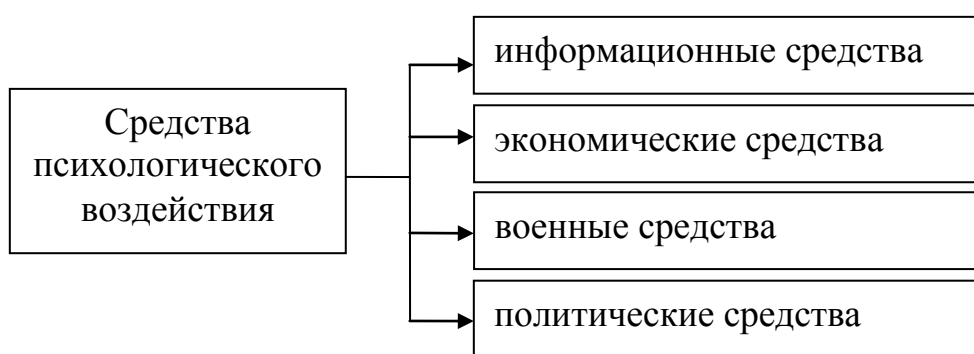


Рис. 4.36. Средства психологического воздействия

1. *Информационные средства*. Правительство любой страны через средства массовой информации стремится сформировать у своего населения патриотические взгляды и убеждения, обеспечить в массовом сознании приоритет целей государственной политики.
2. *Экономические средства* – это система торговых и финансовых санкций, направленных на подрыв экономики потенциального противника.
3. *Военные средства*, демонстрации военной силы.
4. *Политические средства*. Создание или поддержка существующих оппозиционных партий, движений с целью оказания политического давления на руководство страны.

По мнению отечественных и зарубежных специалистов

психологическое воздействие подразделяется на следующие виды (рис. 4.37):

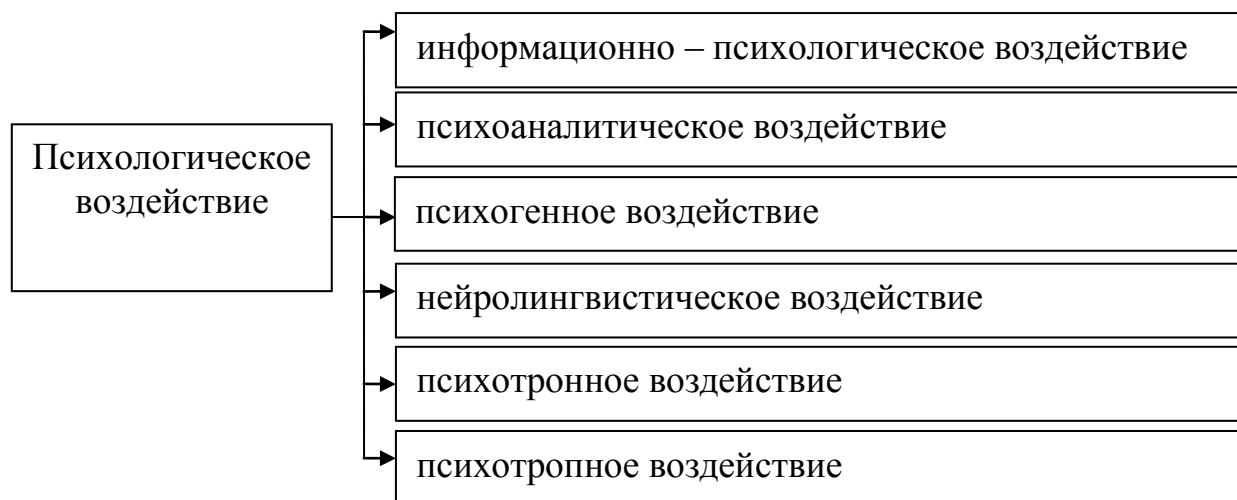


Рис. 4.37. Виды психологического воздействия

Информационно-психологическое воздействие

Это воздействие словом, информацией. Психологическое воздействие такого вида ставит своей основной целью формирование определенных идеологических (социальных) идей, взглядов, представлений, убеждений, одновременно оно вызывает у людей положительные или отрицательные эмоции, чувства и даже массовые реакции, например, панику.

Психоаналитическое воздействие

Воздействие на подсознание человека терапевтическими средствами, особенно в состоянии гипноза или глубокого сна.

Психогенное воздействие

Осуществляется в результате физического воздействия на мозг человека в результате травмы головы или воздействия физических факторов (звука, освещения, температуры и т. д.). В результате психогенного воздействия человек не в

состоянии рационально действовать, теряет ориентацию в пространстве, испытывает аффект или депрессию, впадает в панику, в состояние ступора.

Нейролингвистическое воздействие Вид психологического воздействия, изменяющий мотивацию людей путем введения в их сознание специальных лингвистических программ.

Психотронное (парапсихологическое, экстрасенсорное) воздействие Это воздействие на людей, осуществляемое путем передачи информации через нечувственное (неосознаваемое) восприятие (феномен «25 кадра», проведение работ по созданию генераторов высокочастотной и низкочастотной кодировки мозга).

Психотропное воздействие Воздействие на психику человека с помощью медицинских препаратов, химических или биологических веществ.

Умело спланированное, организованное и проведенное психологическое воздействие способно влиять на эффективность действий людских масс, войск, сломить сопротивление противника, не прибегая к силовым методам решения проблемы.

В наши дни средства массовой информации становятся не только средством связи, обеспечивающим доступ людей к информации, к различным уровням контактов и общения, но и приобретают черты мощнейшего инструмента формирования сознания, чувств, вкусов, мнений огромных аудиторий людей и инструмента воздействия. В многочисленных политологических и социологических исследованиях постулируется идея о том, что они являются «манипуляторами сознания».

Информационно - Тайное принуждение личности как

*психологическое
воздействие*

специфический способ управления поведением человека используется на всех уровнях социального взаимодействия людей - от межличностного общения, до массовой коммуникации и присуще различным культурам и историческим условиям.

Огромное количество разнообразных подходов к проблеме воздействия на сознание и поведение человека можно свести в две группы.

1. Теории и технологии, допускающие и поддерживающие *несимметричную коммуникацию*, когда один из участников коммуникации определяет ее содержание и способы общения, а другой лишь подчиняется. Такую коммуникацию и оправдывающие ее теории имеет смысл назвать репрессивной.
2. Идея *симметричной коммуникации*, объединяющей равноправных партнеров. Такую коммуникацию можно назвать диалогической или гуманитарной.

Любой акт восприятия внешней информации осуществляется в форме конкретных образов, которые связаны с другими психическими познавательными процессами - мышлением, памятью, вниманием, направляются мотивацией и имеют определенную эмоциональную окраску. Организуя подачу информации, учитываются эмоциональный настрой объекта и способность сообщаемой информации вызывать именно те переживания, которые обостряют восприятие ее (интерес, любопытство, удивление).

В.Г. Крысько (2003) выделяет закономерности психологического воздействия, которые увеличивают скорость осмысления и усвоения информации (рис. 4.38):

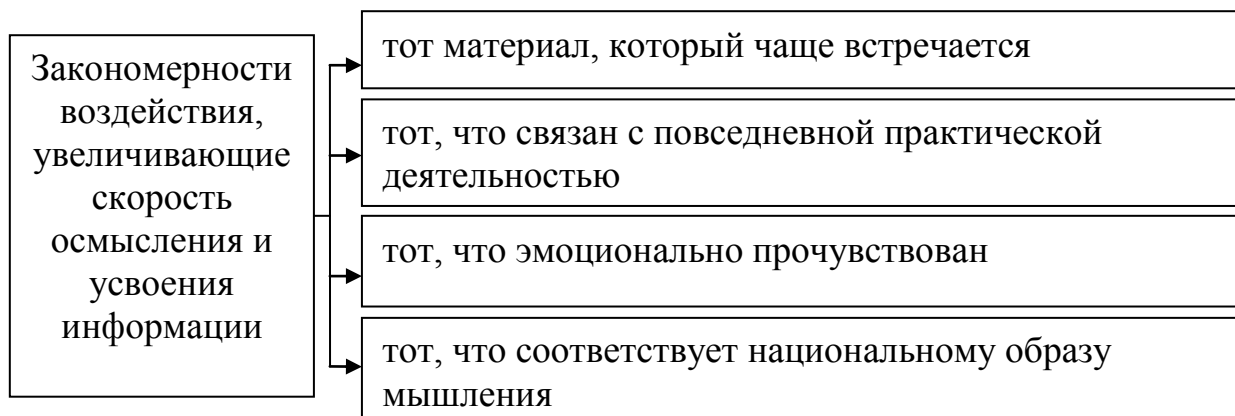


Рис. 4.38. Закономерности психологического воздействия, увеличивающие скорость осмысления и усвоения информации

Англичане и американцы, например, лучше осмысливают логически просто построенные рассуждения, французы предпочитают оригинальные идеи, эмоционально окрашенные сообщения. Китайцы любят образные выражения, немцы - систематизированные сведения, преподнесенные в традиционном духе.

Основываясь на закономерностях восприятия содержания психологического воздействия, специалисты сформулировали ряд рекомендаций, позволяющих повысить его эффективность (Грачев Г., Мельник И., 2003):

1. Психологическое воздействие должно организовываться в соответствии с закономерностями восприятия и при этом быть логически продуманным. Тогда оно как бы ведет мысль объекта психологического воздействия за собой, способствует формированию у него необходимых установок и стереотипов.

2. Психологическое воздействие целесообразно строить в виде цепочки: стимулы и ассоциации, тезисы и аргументы, причины и следствия. При этом в его содержании следует идти от старого к новому, от известного к неизвестному.

3. Следует учитывать, какие конкретные элементы психологического воздействия в большей степени привлекают внимание. Абстрактные

рассуждения следует чередовать с конкретными фактами, примерами, иллюстрациями.

4. Чем ярче, разнообразнее, убедительнее психологическое воздействие, тем легче удержать внимание объекта, и тем эффективнее можно влиять на него.

5. Следует принимать меры по устранению всех возможных источников отвлечения внимания от объекта психологического воздействия.

Наряду с восприятием предметов окружающего мира существует социальная перцепция (рис. 4.39).

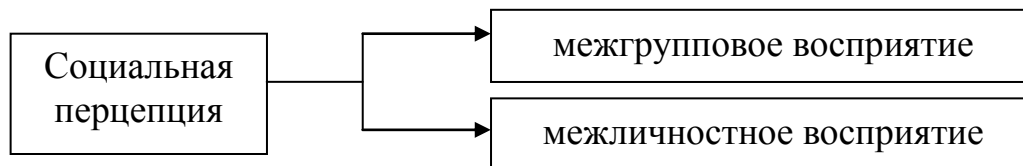


Рис. 4.39. Классификация социальной перцепции

Межгрупповое восприятие

Понимают процессы социальной перцепции, в которых как субъектом, так и объектом восприятия выступают социальные группы или общности. Результаты межгрупповой дискриминации проявляются в виде двух тенденций (рис. 4.40):

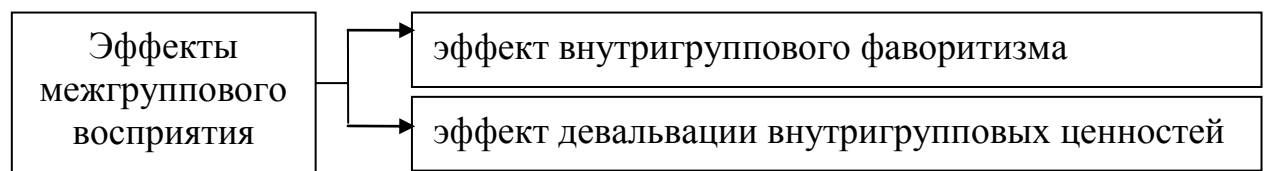


Рис. 4.40. Эффекты межгруппового восприятия

Эффект внутригруппового

Приоритет своего группового членства над совпадением взглядов с представителями чужой

фаворитизма

группы. Индивид в ситуации выбора скорее отдаст предпочтение даже таким членам «своей» группы, с которыми он не согласен, чем тем членам «чужой» группы, с которыми внешне его объединяет сходство точек зрения.

*Эффект девальвации
внутригрупповых
ценностей*

Установления позитивно оцениваемых различий в пользу другой группы. В своих крайних выражениях данная тенденция ведет к ослаблению внутригрупповых связей, дестабилизации и дезинтеграции группы как таковой. Как правило, на это и ориентировано психологическое воздействие.

*Межличностное
восприятие*

Это восприятие, понимание и оценка человека человеком. С особенностями межличностного восприятия связан ряд психологических эффектов (рис. 4.41):



Рис. 4.1 0. Эффекты межличностного восприятия

Эффект новизны

По отношению к знакомому человеку наиболее

значимой оказывается последняя, то есть более новая информация о нем. А по отношению к незнакомому человеку более значима первая информация.

Эффект первичности Вероятность припоминания нескольких первых элементов однородного материала более высока, чем средних (при этом, чем объемнее предъявляемый материал и чем выше темп его предъявления, тем меньшее количество первых элементов припоминается).

Эффект стереотипности Выражается в упрощенном и схематичном, но устойчивом представлении о чем-либо (или ком-либо). Стереотипы стихийно складываются в условиях дефицита информации, либо неспособности индивида интерпретировать ее адекватно. Стереотип обобщает явления по принципу внешней схожести или случайных совпадений, однако не анализирует их глубинную сущность.

Эффект «голоса пророка» Авторитет источника информационно-психологического воздействия существенно возрастает, если он обладает высокими прогностическими свойствами. Поэтому при осуществлении психологических операций (ПсиОп) информацию конструируют таким образом, что изложенные в ней факты воспринимаются как ранее ими предсказанные. При этом используются закономерности ассоциаций по смежности, подобию, контрасту, временной и пространственной близости.

Эффект ореола Это распространение первичной общей оценки человека (людей) на восприятие его (их) поступков и личностных качеств.

Эффект возложения ответственности Основывается на том, что человек склонен воспринимать успешное и неуспешное развитие событий в категориях ответственности. При этом он приписывает причины успеха себе самому, а ответственность возлагает на других людей.

Поэтому специалисты ПсиОп при воздействии на людей стремятся связать любые трудности и препятствия, неудачи с конкретными объектами (конкретные лица, политические партии, организации, правительственные круги, законодательство, моральные и этические нормы и др.). Как правило, выбирается ограниченное число таких объектов, и на них настойчиво направляется ненависть людей.

Эффект повторения Основывается на закономерностях запоминания человеком информации. Психологический механизм многократного повторения действует на основе принудительного привлечения внимания, подсознательного восприятия предлагаемой информации, существенного сужения сознания человека в экстремальной обстановке.

Считается, что целесообразно передавать одно и то же сообщение трижды: в кратком изложении, полном и снова в кратком. При необходимости та же информация может быть преподнесена в другой форме. При этом соблюдается установка на первоочередное воздействие на чувства и состояние людей.

Психологические эффекты влияния межличностных отношений на формирование установок (рис. 4.42):

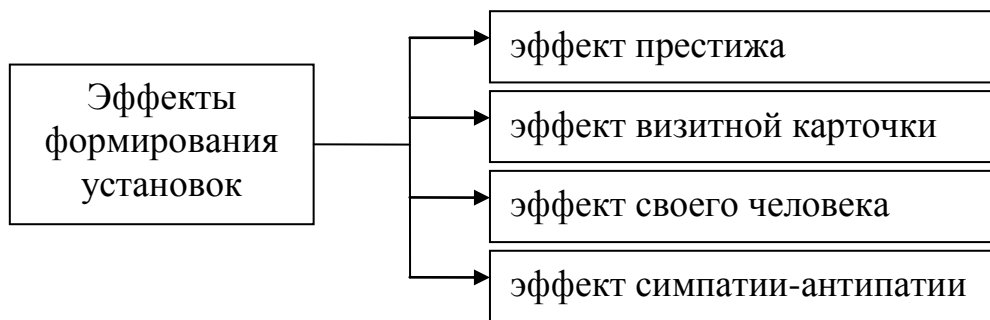


Рис.4.42. Эффекты формирования установок

Эффект престижа Информация, исходящая от источника, обладающего высоким авторитетом, характеризуется большей силой воздействия, тем больше сила внушающего воздействия на людей, так как люди воспринимают ее менее критично.

Эффект визитной карточки Субъект психологического воздействия сначала излагает то, приемлемость чего для объекта ему заранее известна. После того, как выясняется наличие «общей точки зрения», он излагает ту мысль, ради которой организовал свое сообщение. Общность взглядов (мнений, суждений) между объектом и субъектом по ряду вопросов как бы ослабляет дух противоречия, критичность со стороны объекта.

Эффект своего человека Любое сходство между субъектом и объектом (если объект психологического воздействия придает этому сходству определенное значение) повышает действенность самого воздействия.

Эффект симпатии-антипатии Объект психологического воздействия гораздо легче приемлет взгляды, преподносимые симпатичным ему субъектом, и бессознательно настраивается враждебно к той информации, которую сообщает неприятные ему источник.

Организуя психологическое воздействие, необходимо учитывать

закономерности формирования и проявления установки (рис. 4.43).

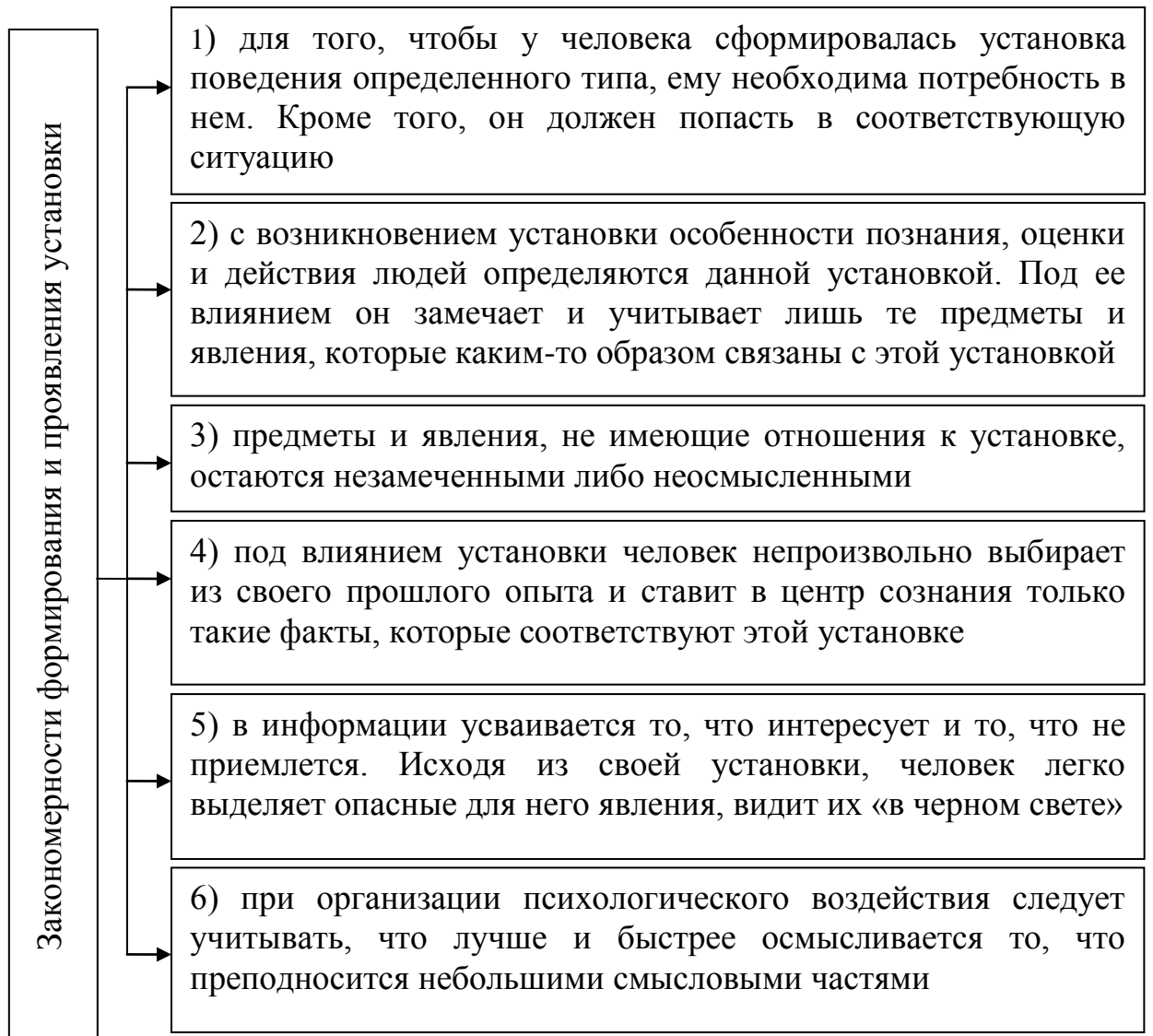


Рис. 4.43. Закономерности формирования и проявления установки

Способы скрытого принуждения личности к определенному поведению существуют с незапамятных лет и используются в средствах массовой информации. Основных приемы психологического воздействия при ведении дискуссий впервые описал Карел Чапек (Дзялошинский И., 2003) (рис. 4.44):

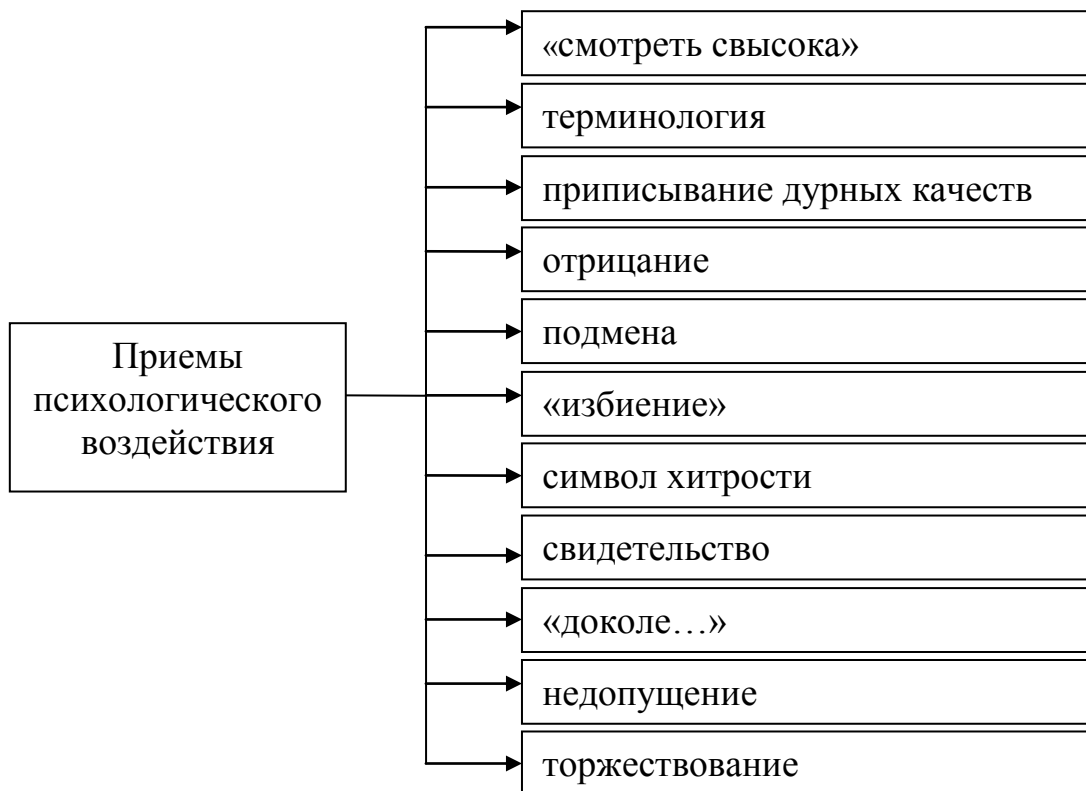


Рис. 4.44. Приемы психологического воздействия

«Смотреть свысока» Состоит в том, что участник диспута должен дать почувствовать противнику свое интеллектуальное и моральное превосходство.

Такая априорная посылка дает право на барский, высокомерно-поучающий и самоуверенный тон, который неотделим от понятия «дискуссия». Полемизировать, осуждать кого-то, не соглашаться и сохранять при этом известное уважение к противнику — все это не входит в национальные традиции.

Терминология Этот прием заключается в использовании специальных полемических оборотов.

Приписывание дурных качеств Состоит в искусстве употреблять лишь такие выражения, которые могут создать об избиваемом противнике только отрицательное мнение.

<i>Отрицание</i>	Состоит в простом отрицании всего, что вам присуще.
<i>Подмена</i>	Замена одной информации на другую.
<i>Избиение</i>	Он основан на том, что противнику или концепции, которую он защищает, присваивают ложное название, после чего вся полемика ведется против этого произвольно взятого термина.
<i>Символ хитрости</i>	Главное в нем — уклониться в сторону и говорить не по существу вопроса. Благодаря этому полемика выгодно оживляется, слабые позиции маскируются, и весь спор приобретает бесконечный характер. Это также называется «изматывать противника».
<i>Свидетельство</i>	Этот прием основан на том, что иногда удобно использовать ссылку на авторитет.
<i>«Доколе...»</i>	Прием аналогичен предыдущему и отличается лишь отсутствием прямой ссылки на авторитет.
<i>Недопущение</i>	Не допускать, чтобы противник хоть в чем-нибудь оказался прав.
<i>Поржествование</i>	Это один из наиболее важных приемов и состоит он в том, что поле боя всегда нужно покидать с видом победителя. Искушенный полемист никогда не бывает побежден.

Жизнедеятельность человека реализуется одновременно с миром природы в специфической присущей человеческому обществу информационной среде, имеющей свои закономерности и особенности развития и функционирования. Трансформация или любые изменения информации и процессов ее функционирования используются для

оказания воздействия на психику людей, модификации поведения, для психологических манипуляций личностью. Основное внимание исследователей при рассмотрении общения, информационного взаимодействия, функционирования средств массовой коммуникации сосредотачивалось на разработке новых способов и форм социального взаимодействия, современных информационно-коммуникативных технологий, на их необходимости и в целом на позитивном значении и влиянии на организацию совместной деятельности, социальное управление, на развитие общества и личности. Многочисленными исследованиями было установлено, что без постоянного информационного контакта невозможно полноценное развитие человека и нормальное функционирование социальных групп и общества в целом. При этом в тени оставался тот факт, что информационно-коммуникативные процессы могут таить в себе опасности, представляющие реальную и все возрастающую угрозу для развития личности и общества. Манипулирование личностью, использование различных средств и технологий информационно-психологического воздействия на людей стало достаточно обычным явлением в повседневной жизни, экономической конкуренции и политической борьбе. Информационно-психологическое воздействие манипулятивного характера, осуществляемое в интересах человека или групп людей по отношению к другим, является специфической формой управления.

Деятельность тоталитарных культов является исключительно психическим терроризмом, и как любая форма терроризма может рассматриваться как психическое оружие, несущее сильнейшее эмоциональное разрушительное воздействие.

Психическое оружие — это средства и методы профессионального воздействия на сознание и эмоционально-волевою сферу человека для достижения политических

(экономических, религиозных и т. п.) целей.

Опасность возникновения психических травм с физическими последствиями существует также при применении нелетального оружия. Чтобы быть эффективным в бою или во время массовых беспорядков, нелетальное оружие должно действовать почти мгновенно. Для этого нужно использовать достаточно высокие дозы. Действие доз на граждан (особенно детей) или на военнослужащих со слабым физическим здоровьем может быть фатальным - безопасная доза для одного человека не означает безопасность для другого. Аэрозольное и газовое оружие зависит от преобладающих погодных условий: влажности, температуры и направления ветра. Вариабельность этих факторов может причинить побочный вред невинным наблюдателям. Адгезивные химикаты и пенообразователи обладают способностью вызывать удушье (табл. 4.3).

Таблица 4.3

Не летальные технологии

<i>Наименование технологии или оружия</i>	<i>Описание: состав, принцип действия, поражающие факторы</i>
<i>Акустический генератор</i>	Используется громкий звук для лишения боеспособности или дезориентации людей
<i>Биотехнология и генная инженерия</i>	Основой НСВ смогут стать отдельные генетически-расовые характеристики
<i>Боеприпасы не смертоносные</i>	Это обычные пули, заключенные в пластиковую оболочку. При малой начальной скорости оболочка не разрывается, что делает боеприпасы менее смертоносными

<i>Вещества (противопехотные)</i>	Успокоительные средства, понижающие агрессивность и/или вызывающие сонное состояние, вызывают воспаления и не боеспособность
<i>Вирусы</i>	Портят или разрушают компьютерные программы
<i>Водометы</i>	Струи воды под высоким напором могут быть маскированы красителем, чтобы сделать возможной идентификацию цели
<i>Действие на подсознание и голографическая проекция</i>	Подсознательное распространение информации и пропаганды и проекция пространственных образов. Вызывает в подсознании закрепление внушаемой информации
<i>Дефолианты</i>	Уничтожают растительный покров, лишая противника продовольствия и укрытия
<i>Запах</i>	Зловонно пахнущие жидкости («выстрел скунса»)
<i>Звуковой пучок</i>	Ультразвуковое оружие. Поражающее действие - ударные волны или направленный взрыв
<i>Ингибиторы зажигания</i>	Выводят из строя механизм транспортных средств, принцип действия которого основан на электрических или химических методах
<i>Инфра/ультразвук</i>	Волны акустического давления могут вызвать механические разрушения
<i>Кинетическая энергия</i>	Резиновые пули, резиновые шары с шипами, пластиковые пули, пористые гранаты, «стручки», «студенистые палочки»
<i>Коррозирующие вещества</i>	Подвергают коррозии строительные материалы в зданиях. Повреждение необратимо
<i>Лазеры</i>	Лазерный луч с энергией малых значений может

	привести как к временной, так и постоянной слепоте; лазерный луч с большими количествами энергии может вызвать обширные ожоги
<i>Микроволны</i>	Поражают электронные системы. Могут появиться как при ядерном взрыве, так и при обычном; делают небоеспособным личный состав
<i>Механические разрушители</i>	Изменяют молекулярную структуру металлов так, что они становятся хрупкими
<i>Оптические средства</i>	Вспышечные/взрывные устройства ослепляют или вызывают постоянную слепоту; пучки света отвлекают внимание и дезориентируют
<i>Отвлекающие устройства</i>	Оказывают световое или звуковое действие, могут иметь тактическую комбинацию с раздражающими веществами, красителями
<i>Пенообразователи</i>	1) вязкие пенообразователи применяются как барьерные системы и системы захвата; 2) жидкие пенообразователи растекаются на большие расстояния, могут служить зрительными и слуховыми обскурантами; делать поверхность скользкой
<i>Почвенные дестабилизаторы</i>	Изменяют свойства почвы, обуславливая сильное скольжение. Предотвращают проезд транспортных средств
<i>«Пояс оглушения»</i>	Приводится в действие дистанционно. Вызывает сильный шок, способный оглушить, приводит к потере контроля мочеиспускания и дефекации
<i>«Противотяга»</i>	Растворимые в воде полимеры, образующие сверхскользкие поверхности

<i>Рвотные средства</i>	Вызывают тошноту (DN-газ) и приводят к краткой потере боеспособности
<i>Сверхадгезивные вещества</i>	Замедляют или останавливают продвижение транспорта и живой силы. Могут склеивать части машин, обездвиживать самолеты на аэродромах
<i>Сеть проволочных заграждений</i>	Работают по принципу ловушки для людей, техники; могут запутывать лопасти винта вертолетов; управляются датчиками
<i>«Углеродные волокна»</i>	Ультратонкие волокна применяются для короткого замыкания систем энергообеспечения; выводят из строя электрическое и электронное оборудование
<i>Экологические средства</i>	Используются для контроля климата (выпадение осадков, рассеивание тумана)
<i>Электрические устройства</i>	Шоковые пистолеты с высоким напряжением (порядка 300 вольт); тупые снаряды, прикрепляющиеся к цели с помощью клея или тонкой проволоки и передающие короткий импульс высокого напряжения

Таким образом, религиозные тоталитарные культы представляют сегодня угрозу национальной безопасности так же, как и терроризм. Тоталитарные культы можно признать разновидностью психического терроризма, включающего манипулятивные воздействия на эмоционально – волевою сферу человека в целях уничтожения его индивидуальности и корыстного подчинения психики и поведения. Психический терроризм - самая массовая форма не летального оружия. Не случайно сегодня в инструкциях для полицейских (МВД Франции) содержатся критерии тоталитарных сект, достаточные для начала уголовного преследования: манипуляция сознанием, покушение на физическое здоровье, навязывание разрыва с прямым окружением, непомерные поборы, вербовка детей,

антиобщественные высказывания, нарушения общественного порядка, налоговые преступления, проникновения во властные структуры.

Резюме

- В социогенезе любых форм зависимого поведения выделяют макросоциальный, мезосоциальный, миллисоциальный и микросоциальный уровни.
- В последнее время в России обозначилось огромное количество разнообразных неокультов. Среди них выделяют четыре основные группы сект: обрядовые, мистические, рационалистические и тоталитарные, которые подразделяются еще на 10 разновидностей.
- При совпадении внешних факторов с определенной внутренней психологической предрасположенностью увеличивается вероятность попадания человека в секту.
- Вовлечение в неокульт имеет определенную динамику.
- К признакам манипулятора Американский семейный фонд, учрежденный для борьбы с сектантством, относит самого дружественного человека, которого вы когда-либо встречали; человека, который осыпает вас похвалами и того, у кого есть ответы на все вопросы.
- Стадии взаимодействия с психоманипулятором классифицируются на привлечение внимания, вовлечение в процесс взаимодействия, эксплуатация неофитов и порабощение с выраженными изменениями психоэмоциональной сферы.
- Непатологическое культовое зависимое поведение характеризуется подчиненностью собственных интересов интересам секты или ее лидера, длительной фиксацией внимания на культовой деятельности, снижением способности контролировать вовлеченность в сектантскую деятельность и пассивностью в выборе стратегии

поведения.

- К критериям деструктивного контроля сознания относят средовой контроль, мистическое манипулирование, невыполнимое требование чистоты, культ исповеди, сверхценная священность учения и разделение существования, заключающееся в убежденности, что право на жизнь и развитие имеют только культисты.
- Механизмами воздействия на личность в тоталитарных сектах, приводящими к ее деформации являются монологичность, мифологичность, эмоциональность, коллективизм, контраргументация, селективность, манипулятивность, паранормальность и ритуалистичность.
- Условиями высокой толерантности попыток вовлечения в деструктивные культы являются высокая социальная активность, хорошее образование, знание иностранных языков, доступ к различным источникам информации, разнообразные виды деятельности, профессиональный карьерный рост и видение перспектив развития личности.
- Тоталитарные секты и террористические организации по определению и критериям агрессивности отличаются только по вектору вооруженного насилия у террористических организаций
- Манипулятивная деятельность различных неокультистов, влияющих на формирование взглядов и мнений личности, изменения ценностей и норм поведения больших групп людей может рассматриваться как способ ведения психологической войны.
- Психологическое влияние подразделяется на информационно – психологическое, психогенное, психоаналитическое, нейро – лингвистическое, психотронное и психотропное воздействие.
- Любая социальная перцепция имеет свои эффекты. Межличностное восприятие характеризуется эффектами новизны, первичности,

стереотипности, ореола, возложения ответственности, повторения и «голоса пророка». Межгрупповое восприятие описывается эффектами внутригруппового фаворитизма и девальвации внутригрупповых ценностей.

- Карел Чапек впервые описал **основных приемы психологического воздействия при ведении дискуссий**.
- Психический терроризм - самая массовая форма не летального оружия, опасность которого сопряжена с возникновением психических травм с физическими последствиями.
- Деятельность тоталитарных культов является исключительно психическим терроризмом, и как любая форма терроризма может рассматриваться как психическое оружие, несущее сильнейшее эмоциональное разрушительное воздействие.
- К критериям тоталитарных сект, достаточным для начала уголовного преследования, содержащимся в инструкциях для полицейских (МВД Франции) относят манипуляцию сознанием, покушение на физическое здоровье, навязывание разрыва с прямым окружением, непомерные поборы, вербовка детей, антиобщественные высказывания, нарушения общественного порядка, налоговые преступления, проникновения во властные структуры.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Сформулируйте определение понятия «психический терроризм».
2. Выделите уровни зависимого поведения в социогенезе.
3. Рассмотрите классификацию некультов.
4. Проанализируйте динамику вовлечения в секту.
5. Перечислите признаки манипулятора.
6. Опишите стадии взаимодействия с психоманипулятором.
7. Дайте характеристику культовому непатологическому зависимому

поведению.

8. Выявите основные составляющие деструктивного контроля сознания.
9. Проанализируйте механизмы воздействия на личность в тоталитарных сектах, приводящие к ее деформации.
10. Вспомните условия высокой толерантности попыток вовлечения в деструктивные культы.
11. Сравните тоталитарные секты и террористические организации по определению и критериям агрессивности.
12. Сформулируйте определение понятия «психологическая война».
13. Раскройте классификацию психологического влияния.
14. Перечислите основные эффекты социальной перцепции.
15. Опишите эффекты и закономерности формирования установок.
16. Дайте характеристику приемам психологического воздействия при ведении дискуссий.
17. Сформулируйте определение понятия «психическое оружие».
18. Дайте характеристику видам не летального оружия.
19. Определите особенности не летального оружия.
20. Объясните, почему деятельность тоталитарных культов является психическим терроризмом.

3.1. Механизмы адаптации

Гомеостазом называется «сбалансированное» состояние, в котором организм пребывает после удовлетворения основных биологических потребностей. Когда организм подвергается стрессу, у него происходит нарушение гомеостатического баланса. При осмыслении воздействия стресса на организм полезно помнить о другом используемом понятии — аллостазе, которое обозначает процесс адаптации или достижения стабильности через изменение. Например, чтобы удовлетворить требования стрессора, организм использует для мобилизации своих ресурсов адреналин. В условиях пролонгированного стресса эти системы организма оказываются активированными постоянно в течение длительного времени: это означает, что они не прекращают работы даже тогда, когда потребность в них отпадает. Частая мобилизация этих систем в условиях стресса называется «аллостатической нагрузкой» (McEwen & Stellar, 1993), которая приводит к износу организма

В условиях сильного стресса люди, склонные справляться с ним путем перенапряжения защитных механизмов, таким как принятие желаемого за действительное или самообвинение, чаще демонстрировали дезадаптивное поведение и повышенную тревогу. К данному типу личностных ресурсов относят уровень когнитивного развития, особенности Я-концепции и уровня самоконтроля, а также психологические особенности личности, обеспечивающие стрессоустойчивость. В процессе действия стрессора на личность происходит первичная оценка, на основании которой определяют тип

создавшейся ситуации - угрожающий или благоприятный. Именно с этого момента формируются механизмы личностной защиты.

Стержневой проблемой экстремальных условий является адаптация. Н.А. Агаджанян (1981) считает, что факторы, влияющие на адаптацию к экстремальным условиям среды, могут быть социальными и природными (рис. 5.1).



Рис. 5.1. Классификация факторов адаптации

Личностная адаптация человека к экстремальным ситуациям – это важнейшая индивидуальная и социальная характеристика. Одним из признаков адаптации является то, что регуляторные процессы, обеспечивающие равновесие организма как целого во внешней среде,

протекают плавно, слаженно, экономно. Адаптивное регулирование обуславливается длительным приспособлением к окружающей среде и впоследствии не требует от человека особого напряжения для поддержания жизненно важных соматических и психических процессов.

О.В. Бирюкова (2001) предполагает, что в индивидуальных адаптациях составляющими являются, с одной стороны, отражение филогенетического пути организма, а с другой – его индивидуальность. Эти составляющие определяют как форму, так и содержание индивидуальной адаптации (рис. 2.2).

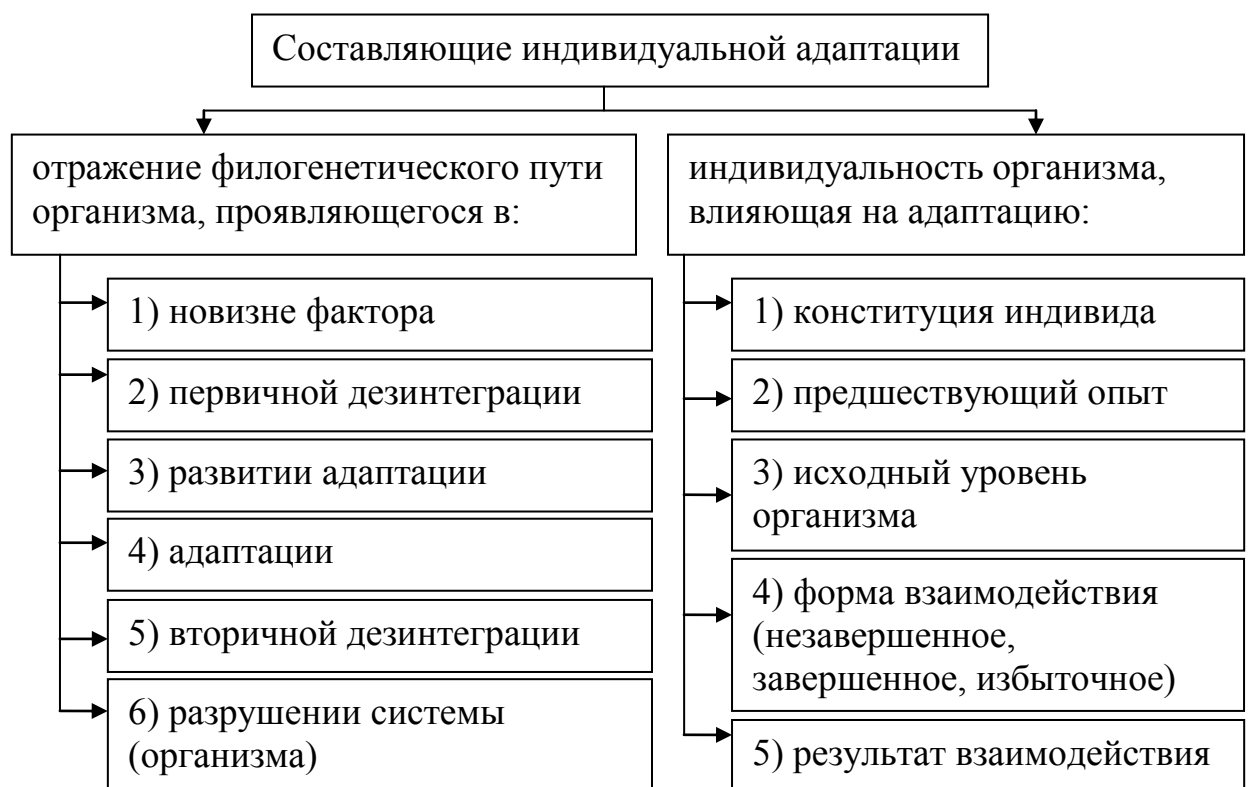


Рис. 2.2. Составляющие индивидуальной адаптации

Ц.П. Короленко (2002) утверждает, что длительная экстремальная ситуация оказывает крайне неблагоприятное влияние на человека, вызывая нарушения поведения, конфликтность, социальные девиации. По наблюдениям В.И. Лебедева (2002), у подводников, летчиков и космонавтов вследствие сознания угрозы для жизни присутствует

постоянная готовность к действиям, которая не всегда ими осознается. Такая готовность, сопровождаемая соответствующей психической напряженностью в адекватной форме, является закономерной реакцией на опасность. В то время как устойчивые индивидуально-психологические особенности личности (тип высшей нервной системы) и временные функциональные психофизиологические особенности способствуют развитию аффективных реакций в условиях аварийной ситуации. Ф.Б. Березин (1988) отмечает, что возникновение психического стресса в определенной ситуации может отмечаться не в силу ее объективных характеристик, а в связи с субъективными особенностями восприятия и сложившимися индивидуальными стереотипами реагирования. Для психической адаптации особое значение могут приобретать соответствие адаптивных механизмов индивидуума социальным условиям.

Существует классификация механизмов интрапсихической адаптации (рис. 2.3).

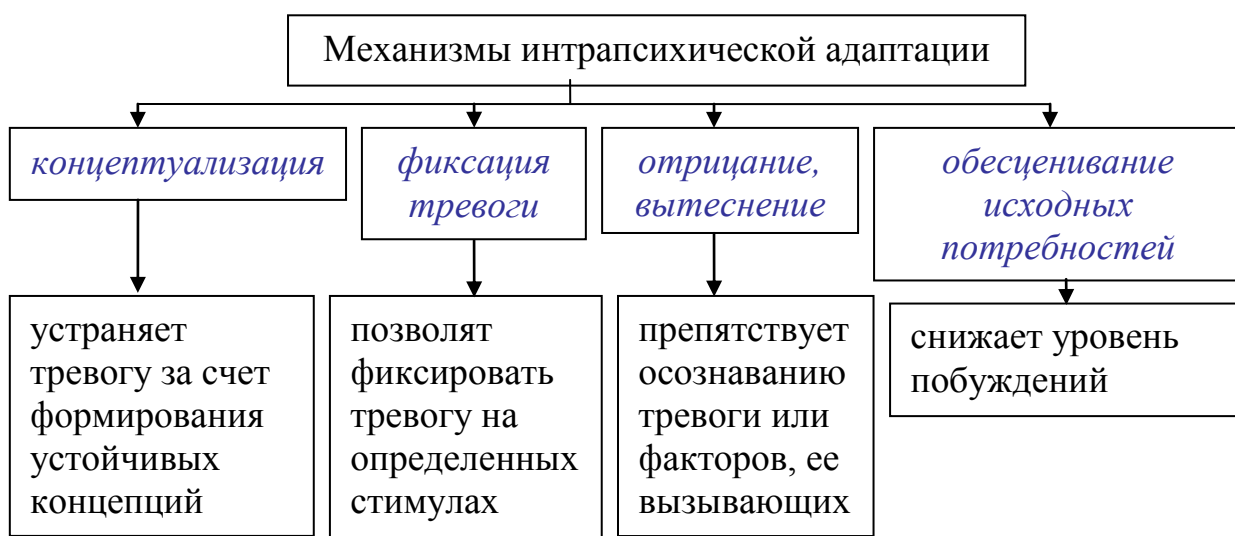


Рис. 2.3. Классификация механизмов интрапсихической адаптации

Л.Х. Гаркави, Е.Б. Квакина, М.А. Уколова (1990) предложили принцип количественно-качественной приспособительной деятельности организма: развитие качественно различных реакций в зависимости от меры и количества раздражителя. В зависимости от силы воздействия в

организме могут развиваться минимум три адаптивных реакции (рис. 2.4).

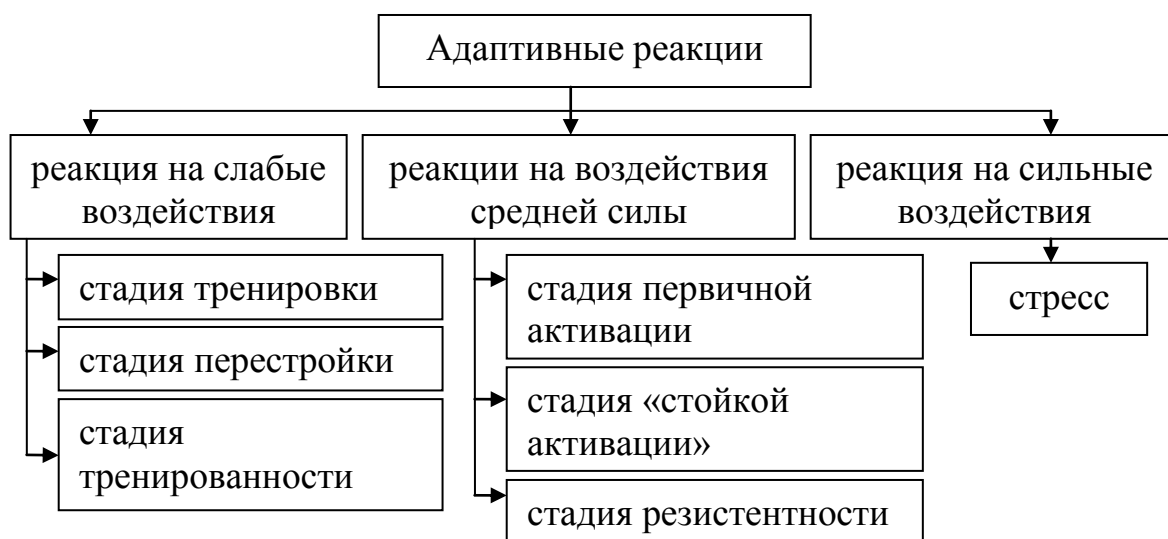


Рис. 2.4. Адаптивные реакции организма в зависимости от силы воздействия раздражителя

1. Реакция на слабые воздействия – реакция тренировки (Гаркави Л.Х. и соавт., 1990), которая делится:

1.1. Стадия тренировки. Организму нужно сориентироваться и привести защитные системы в состояние «боевой готовности». Начинается через 6 часов после воздействия и длится 24 – 48 часов.

1.2. Стадия перестройки. Продолжительность 1 месяц.

1.3. Стадия тренированности. Наряду с повышением пассивной резистентности происходит подъем резистентности за счет возрастания защитных систем организма. Поддержание резистентности возможно только при систематическом повторении тренировочных воздействий.

2. Реакции на воздействия средней силы, промежуточные между сильным и слабым - реакция активации (Гаркави Л.Х., 1990). Характеризуется быстрым подъемом активности защитных и регуляторных систем организма. Напряжения как при стрессе у этой

реакции не развивается, и напоминает по личным показателям «физиологический стресс», считает И.А. Аршавский (Андреевко Е.В., 2001). Реакция активации проходит в три стадии:

2.1. Стадия первичной активации. На уровне поведенческих реакций это проявляется в умеренном повышении двигательной активности по А.И Шихляровой и Л.Н. Вигун (Тарас А.Е. и соавт., 2002). Начинается через 6 часов после воздействия, и длится 24 – 48 часов.

2.2. Стадия «стойкой активации» развивается при систематическом повторении раздражителей средней силы. Возбужденность на этой стадии остается умеренно повышенной. В реакции «стойкой активации» можно выделить:

- реакцию спокойной активации;
- реакцию повышенной активации.

2.3. Стадия резистентности остается повышенной в течение некоторого времени после прекращения воздействия (в отличие от стадии резистентности). Длительность варьируется от 1 – 2 недель до полугода.

3. Реакция на сильные, чрезвычайные воздействия – стресс (Селье Г., 2002; Funkenstein D.H., 1957; Mitchell J. T., 1991).

Реакция активации легко вызывается с помощью умеренных раздражителей положительных эмоциогенных зон мозга, а реакция тренировки и стресс – отрицательных эмоциогенных зон (Гаркави Л.Х. и соавт., 1990).

Возрастающий информационный поток, производственные процессы, требующие повышенного умственного напряжения, усиление психической нагрузки, характерное в настоящее время для работников любой отрасли

промышленности и науки, осложнения в человеческих отношениях зачастую приводят к психическому стрессу. К особенностям адаптации человека можно отнести сочетание развития физиологических адаптивных свойств организма с искусственными способами, преобразующими среду в его интересах (Rahmqvist M., 1998; Davis H., 1999). Н.А. Агаджанян, П.Г. Петрова (1996) определяют критерии адаптированности к измененным условиям существования (рис. 2.5).



Рис. 2.5. Критерии адаптации

В.И. Лебедев (2002) полагает: чем ближе по времени человек приближается к барьеру, отделяющему обычные условия жизни от

экстремальных, тем сильнее психическая напряженность (тягостные переживания, субъективное замедление течения времени, нарушения сна, вегетативные изменения). Дезадаптация возникает чаще всего в тех случаях, когда действие факторов, явившихся основными стимуляторами адаптивных изменений в организме, усиливается, и это становится несовместимым с жизнью (Агаджанян Н.А. и соавт., 1996).

По мнению Р.И. Мокшанцева (2001), одно из условий адаптации человека к обстановке, связанной с угрозой для жизни, — готовность к моментальному действию, что помогает избежать аварий и катастроф. Состояние психической неустойчивости в этих условиях возникает в результате астенизации нервной системы различными потрясениями. Это состояние нередко проявляется у людей, предшествующая деятельность которых не отличалась психической напряженностью.

*Формирование
«структурных следов»*

Ц.П. Короленко (2002) считает, что изменения окружающего могут приводить к перенапряжению, истощению защитных резервов, нарушению динамического равновесия.

Могут создаваться условия, когда человеку приходится максимально использовать адаптивные ресурсы, жить в условиях, приближающих организм к «лимиту» адаптационных возможностей. Дальнейшее увеличение нагрузки на адаптивные механизмы или присоединение добавочных, условно-патогенных, факторов, которые в обычных условиях не способны нарушить резистентность организма, может привести к развитию патологии. Крайние варианты нормы психофизиологической адаптации обнаруживаются при изучении функционирования на грани адаптационных «лимитов». Если адаптогенный фактор действует длительно или повторно прерывисто, это создает достаточные предпосылки для формирования «структурных следов». Суммируются эффекты действия факторов, углубляются и нарастают метаболические

изменения, и аварийная фаза адаптации превращается в переходную, а затем и в фазу стойкой адаптации.

Поскольку фаза стойкой адаптации связана с постоянным напряжением управляющих механизмов, перестройкой нервных и гуморальных соотношений, формированием новых функциональных систем, то эти процессы в определенных случаях могут истощаться. Если принять во внимание, что в ходе развития адаптивных процессов важную роль играют гормональные механизмы, то становится ясно, что они являются наиболее истощаемым звеном. Истощение управляющих механизмов, с одной стороны, и клеточных механизмов, связанных с повышенными энергетическими затратами, с другой стороны, приводит к дезадаптации.

Симптомами этого состояния являются функциональные изменения в деятельности организма, напоминающие те сдвиги, которые наблюдаются в фазе острой адаптации. Вновь в состояние повышенной активности приходят вспомогательные системы — дыхание, кровообращение, неэкономично тратится энергия. Однако координация между системами, обеспечивающими состояние, адекватное требованию внешней среды, осуществляется неполноценно, что может привести к гибели.

А.И. Волчегорский, И.И. Долгушин (1998), опираясь на концепцию В.И. Кулинского и И.А. Ольховского (1992), предполагают о существовании двух различных адаптационных стратегий (рис. 2.6).

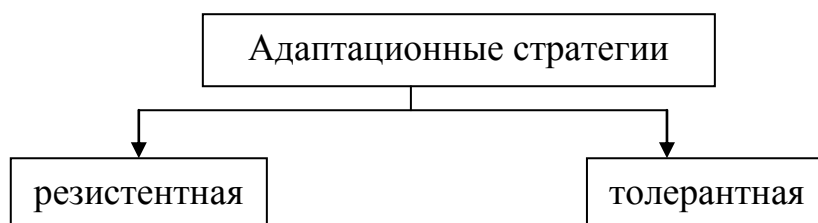


Рис. 2.6. Стратегии адаптации

*Резистентная
стратегия*

Характеризуется активным противодействием внешней среде и максимизацией функций основных физиологических систем.

Биохимической основой такого реагирования является активация катаболических процессов и значительное увеличение потребления кислорода (Kvetnansky R., 1995). Главное достоинство этой стратегии – возможность сохранения гомеостаза даже в экстремальных условиях. Но у нее есть и очевидные недостатки: неэкономичность, риск развития стрессорных повреждений внутренних органов (Меерсон Ф.З., 1981).

*Толерантная
стратегия*

Толерантный гипобиоз является качественно отличной, ресурсосберегающей стратегией приспособления.

Адаптивный эффект достигается не за счет сохранения гомеостаза «любой ценой» как при стрессе, а путем «уступки» условиям внешней среды и минимизации функций организма. Чаще всего толерантная стратегия является вторичной и развивается при неэффективности резистентной стратегии, однако при чрезвычайной выраженности стрессорных факторов она может выступать и в качестве первичной адаптационной стратегии. Выигрышными сторонами подобной стратегии являются толерантность к неблагоприятным воздействиям, устойчивость к гипоксии, экономичность, отсутствие стрессорных повреждений внутренних органов.

Важно отметить, что минимизацию двигательной активности можно рассматривать как один из механизмов снижения кислородного запроса.

Данные литературы (Волчегорский И.А. и соавт., 1998) свидетельствуют, что неспецифическая иммуностимуляция сопряжена с формированием толерантной адаптационной стратегии, поскольку отмечаются определенные феномены (рис. 2.7).

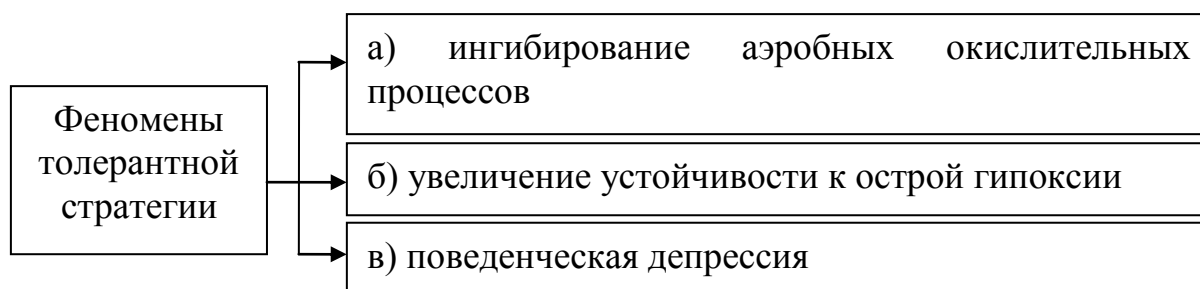


Рис. 2.7. Феномены толерантной стратегии адаптации

О.В. Бирюкова (2001) предполагает, что адаптация организма к однократным и систематическим двигательным нагрузкам и их ограничению (гипокинезии), протекает по этапам (стадиям) в виде волн изменений параметров кардиореспираторной системы (рис. 2.8).

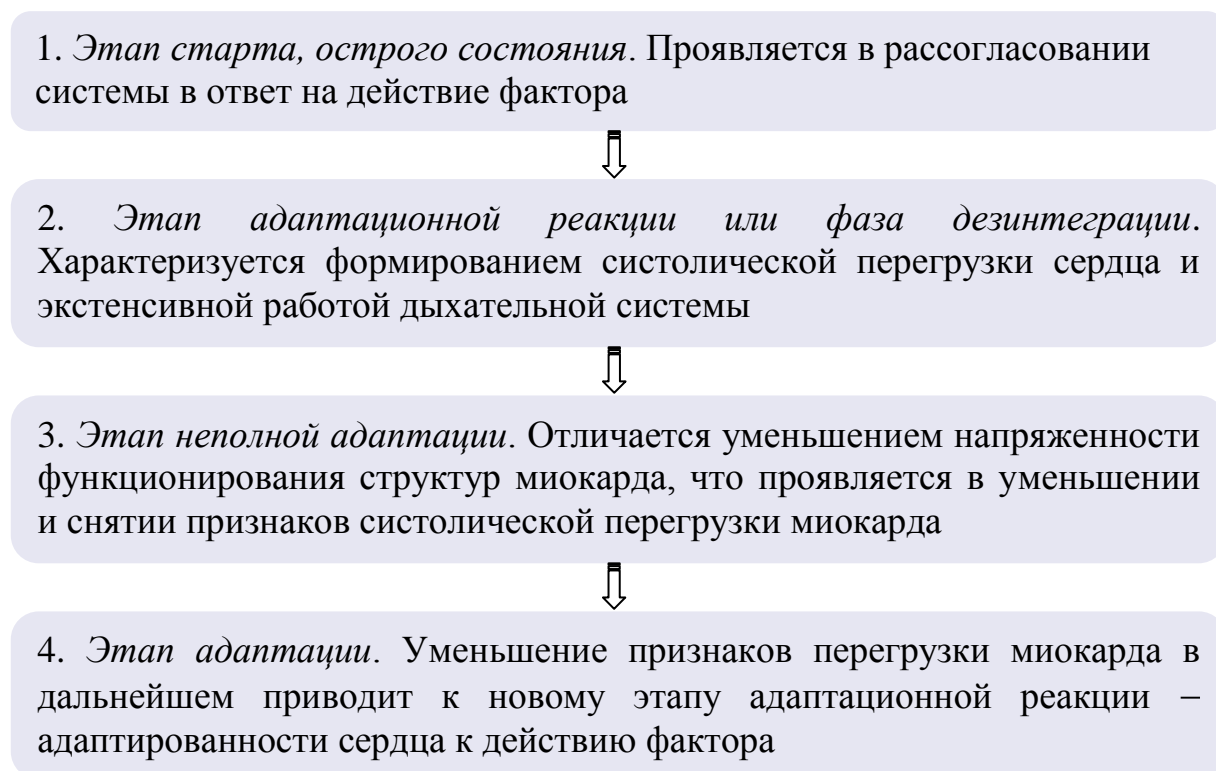


Рис.2.8. Этапы адаптационной реакции

А.И. Воложин (1987) выделяет два типа приспособительно-защитных механизмов (рис. 2.9).

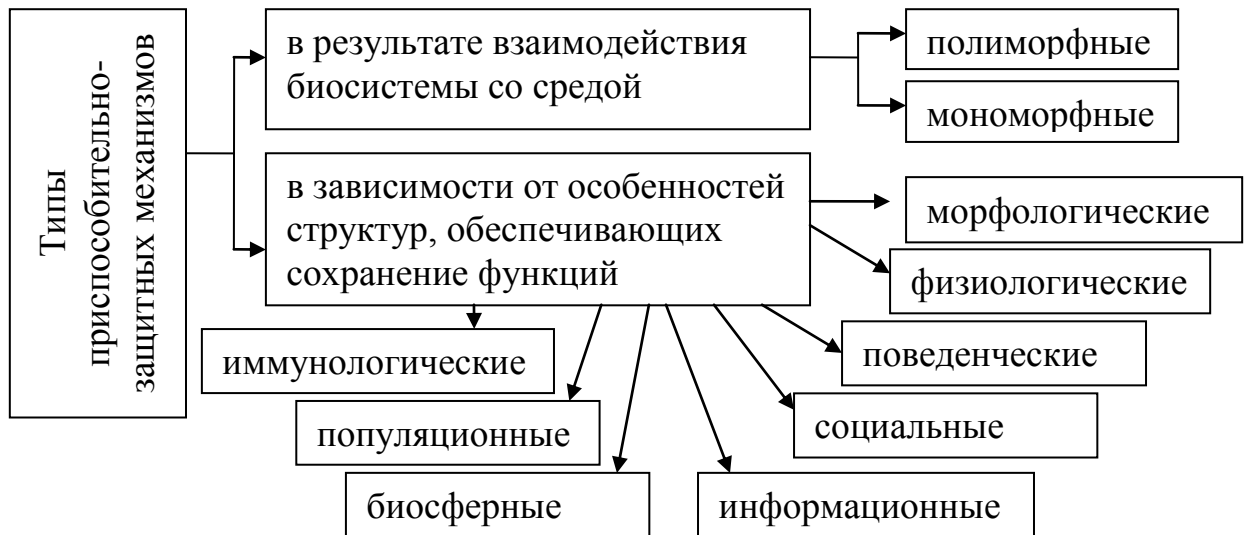


Рис. 2.9. Типы приспособительно–защитных механизмов

- 1) В зависимости от функционального результата взаимодействия биосистемы со средой. Полиморфные приспособительные механизмы, обеспечивающие сохранение целостности объекта при воздействии любых изменяющихся характеристик среды, за счет которых происходит адаптация к ним и изменения нормы адаптации. Мономорфные защитные механизмы, специализированные по ответу на воздействие определенного повреждающего фактора; функциональные специализированные механизмы, направленные на сохранение функции биосистемы при количественном изменении силы воздействия в пределах нормы адаптации.
- 2) В зависимости от особенностей структур, обеспечивающих сохранение функций. Ко 2–му типу относятся следующие изменения: морфологические (пролиферация, гиперплазия, гиперфункция); физиологические (активация метаболизма, образование новых медиаторов, ферментов и метаболических циклов); иммунологические; информационные (с участием систем восприятия и переноса к функционирующим структурам сигналов об изменении характеристик воздействия среды); поведенческие (изменение условий взаимодействия со средой за счет безусловных и условных рефлексов);

популяционные (изменения нормы адаптации с помощью статистических накоплений благоприятных признаков в адаптациогенезе, закрепляемых в генотипе); социальные (активное воздействие на среду под контролем сознания); биосферные (обеспечивающие целостность биосферы в результате воздействия живого вещества на абиотическую среду).

В результате создается многоуровневая система адаптационно-компенсаторных структур целостного организма высших животных и человека, призванная обеспечить функционирование всех его структур при взаимодействии с повреждающими факторами в адаптациоморфозе.

Разделение адаптивно-компенсаторных механизмов в онтогенезе на приспособительные и защитные, несмотря на его относительность, позволяет выявить их специфику, определяемую формой взаимодействия структур организма с факторами среды (Воложин А.И. и соавт., 1987).

Приспособительные механизмы С их помощью определенные структурно-функциональные элементы системы адаптируются к изменившимся факторам среды, направлены на сохранение гомеостаза организм – среда и сопровождаются неспецифическими перестройками структур организма. Основа приспособительных реакций – это адаптация.

Защитные механизмы Проявляются на определенных этапах онтогенеза. Основа защитных реакций – компенсация. Компенсаторные реакции, осуществляемые специализированными защитными структурными элементами организма, являются специфическими к повреждающим факторам определенной этиологии.

С их помощью осуществляется саногенез, т. е. реадаптация организма, адаптировавшегося к условиям борьбы с повреждающим

фактором, при возникновении «поломки» структур, сопровождающейся патогенезом.

В.В. Абрамов (1988) считает, что одним из главных патологических проявлений длительных стрессов является нарушение иммунной и нейроэндокринной систем. По мнению Ф.З. Меерсона (1998), чрезмерная по напряжению адаптация имеет высокую «структурную цену». При этом возможно функциональное истощение системы, доминирующей в адаптивной реакции. Одним из наиболее важных последствий длительных стрессов (в т.ч. эмоциональных) становятся функциональные, а затем и структурные нарушения иммунной и нейроэндокринной систем.

*Нейрорегуляторные
соотношения адаптации*

Раздражение, достигающее определенной интенсивности, приводит к возбуждению симпатической системы и выделению адреналина.

Этот фон нейрорегуляторных соотношений характерен для первой фазы адаптации – аварийной. На протяжении последующего периода формируются новые координационные отношения: усиленный эфферентный синтез приводит к осуществлению целенаправленных защитных реакций. Гормональный фон изменяется за счет включения гипофизарно-адреналовой системы. Глюкокортикоиды и выделяемые в тканях биологически активные вещества мобилизуют структуры, в результате деятельности которых ткани получают повышенное энергетическое, пластическое и защитное обеспечение. Все это составляет основу третьей фазы (устойчивой адаптации). Важно отметить, что переходная фаза стойкой адаптации имеет место только при том условии, что адаптогенный фактор обладает достаточной интенсивностью и

длительностью действия. Если он действует кратковременно, то аварийная фаза прекращается и процесс адаптации не формируется.

Влияние личностных особенностей на адаптацию Ряд исследователей отмечают значение самооценки и саморегуляции в целом для эффективности адаптации. Особое место в структуре личностных факторов психической адаптации исследователи отводят мотивации. Ф.Б. Березин (1988) ставит во главу угла мотивацию достижения успеха.

В группах высокоадаптируемых обследуемых отличается качественная сбалансированность личностных свойств и относительная автономность отдельных подсистем личности, а также сильная положительная корреляция между уровнем интеллектуального развития и уровнем притязаний.

Эмпирическая модель низкоадаптивной личности, построенная статистическими методами, отличается сильными связями между элементами личностной системы, высокой напряженностью системы в целом при явном качественном дисбалансе личностных свойств (Воробьев В.М., 1993). Х.Б. Ахмедова (2003) показывает, что личностный профиль обследуемых с расстройствами адаптации характеризуется: большой отчужденностью, замкнутостью, подозрительностью, фрустрированностью, тревожностью, чувством вины, конформностью и социальной робостью. Им свойственны: прямолинейность, рассудительность, консерватизм и практичность. Ф.Б. Березин (1988) полагает, что тревога, обозначаемая как ощущение неопределенной угрозы, представляет собой результат возникновения или ожидания фрустрации и механизм психического стресса, а по интенсивности и длительности неадекватной ситуации препятствует формированию адаптивного поведения, приводит к нарушению поведенческой регуляции.

П.И. Сидоров, И.Г. Мосягин, С.В. Маруняк (2005) установили, что стенический тип реагирования с гипертимными чертами характерен для

группы лиц, обладавших высокими адаптивными способностями. С уменьшением приспособительных возможностей наблюдается преобладание астенического типа реагирования с циклотимными чертами (рис. 2.10).

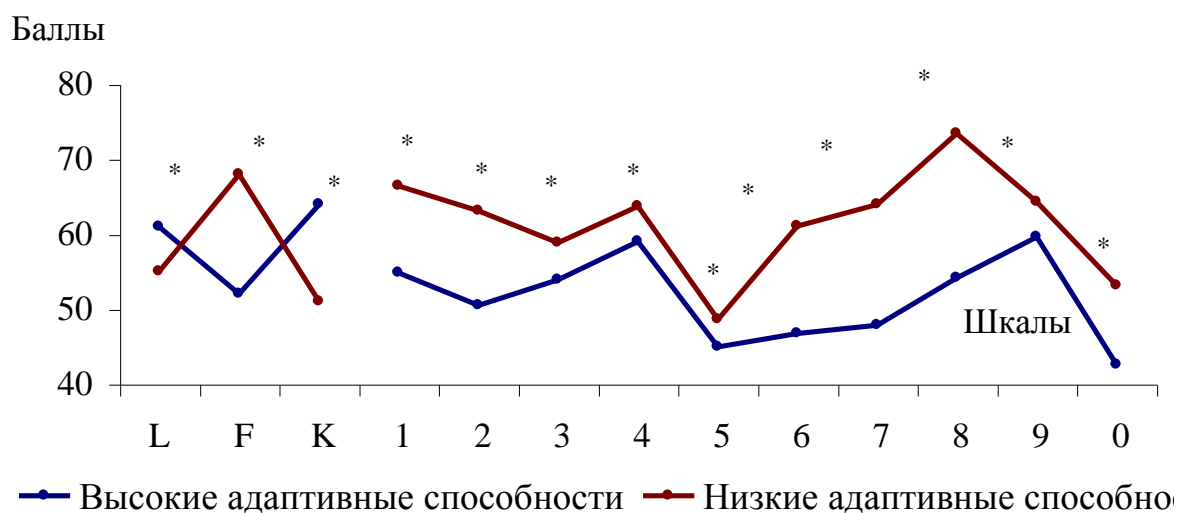


Рис. 2.10. Сравнение личностных профилей у военнослужащих с различными уровнями адаптивных способностей (СМИЛ; * - различия достоверны при $p \leq 0,05$)

Изучение А.А. Алдашевой (1984) личностных факторов психической адаптации привело к гипотезе, получившей многочисленные подтверждения: психическая адаптация человека определяется не абсолютными значениями (выраженностью) тех или иных стабильных характеристик личности, а изменением структуры взаимосвязей между этими характеристиками, что сказывается на общем поведении индивида и его устойчивости к комплексу экстремальных (природных и социальных) факторов среды.

Социальное взаимодействие и адаптация Большое значение следует предавать выявлению биологических детерминант преадаптации человеческого мозга к социальным взаимодействиям, выявления генетических программ развития человека, определение

наиболее сенситивных периодов их развития, когда любое неадекватное воздействие может необратимым образом нарушить ход реализации программы и способствовать формированию нежелательных отклонений в развитии человека (Батуев А.С. и соавт., 1994).

Различные типы связи внутри одного из аспектов адаптации - процесса адаптации личности в коллективе – обнаружила И. А. Георгиева (Павленко В.Н., 2000):

<i>Детерминация</i>	Адаптированность в одной сфере коллективных отношений определяет адаптированность в другой (или других).
<i>Компенсация</i>	Успешность включения в одну сферу восполняет недостаточную адаптированность в другой (или других).
<i>Отношения независимой дополнительности</i>	Подразумевают параллельное развитие адаптированности в отдельных сферах коллективной жизни, когда соответствующие стороны адаптации достаточно развиты независимо друг от друга.
<i>Отношения зависимой дополнительности</i>	Развитие адаптированности в разных сферах коллективных отношений определяются общими факторами.

По мнению П.И. Сидорова, И.Г. Мосягина, С.В. Маруняк (2005), у высокоадаптированных индивидуумов в 63,92% выявлялось преобладание властно-лидирующего типа межличностных отношений (МО). Ориентация на конгруэнтность во взаимодействии в 61,67% определялась у низкоадаптированных лиц (сотрудничающий-конвенциональный тип взаимодействия 26,67% и ответственно-великодушный тип – 35,00%, МО).

Механизмы социального предупреждения адаптивных процессов, приводящих к патологии, включают (Воложин А.И., 1987):

- 1) рекомпенсацию патогенных физико-химических воздействий среды, предупреждающую адаптивные реакции организма под влиянием изменения характеристик среды (жилище, одежда, термическая обработка пищи, орудия труда, облегчающие физические нагрузки и др.);
- 2) преадаптацию организма человека к постоянным нагрузкам, повышающую индивидуальную норму адаптации путем тренировок.

Снижение эффективности психической адаптации при ухудшении микросоциального взаимодействия приводит к увеличению частоты адаптивных нарушений, к изменениям психодиагностических характеристик, свидетельствующих о неблагоприятной динамике психического состояния, о нарастании эмоционального стресса. Интенсивная профессиональная деятельность тесно связана со всеми аспектами психической адаптации, требуя для своей реализации сохранение психического гомеостаза и устойчивого поведения (собственно психическая адаптация), адекватного взаимодействия с другими участниками деятельности (социально-психологическая) и оптимального соотношения между психическими и физиологическими адаптационными процессами (психофизиологическая).

Резюме

- В индивидуальных адаптациях составляющими являются отражение филогенетического пути организма и его индивидуальность.
- В зависимости от силы воздействия на организм могут развиваться три адаптивных реакции. При реакции на слабые раздражители

наблюдаются стадии тренировки, перестройки и тренированности. На раздражители средней силы прослеживаются стадии первичной активации, «стойкой активации» и резистентности. Реакцией на сильные воздействия является стресс.

- При длительном и повторяющемся воздействии адаптогенных факторов создаются достаточные предпосылки для формирования «структурных следов».
- Резистентная стратегия адаптации характеризуется активным противодействием внешней среде и максимизацией функций основных физиологических систем. Адаптивный эффект толерантной стратегии достигается путем «уступки» условиям внешней среды и минимизации функций организма.
- Стенический тип реагирования с гипертимными чертами характерен для группы лиц с высокими адаптивными способностями. Уменьшение приспособительных возможностей приводит к преобладанию астенического типа реагирования с циклотимными чертами.
- Снижение эффективности психической адаптации при ухудшении микросоциального взаимодействия приводит к увеличению частоты адаптивных нарушений, свидетельствующих о неблагоприятной динамике психического состояния, о нарастании эмоционального стресса.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Раскройте особенности социальных и природных факторов адаптации.
2. Проанализируйте механизмы интрапсихической адаптации.
3. Опишите адаптивные реакции организма в зависимости от силы воздействия раздражителя.

4. Рассмотрите механизм образования «структурных следов».
5. Охарактеризуйте критерии адаптированности к измененным условиям существования.
6. Разберите типы приспособительно–защитных механизмов.
7. Раскройте специфику приспособительных и защитных механизмов адаптации.
8. Охарактеризуйте влияние адаптации на личностные особенности и особенности социального взаимодействия.

2.2. Стратегии поведения и коммуникации в преодолении трудных жизненных ситуаций

Стратегии поведения в преодолении трудных жизненных ситуаций включают систему типов личностного реагирования субъекта в рамках экстремальной и постэкстремальной ситуации. Среди разнообразия таких стратегий поведения можно выделить три основных обобщенных типа (Мокшанцев Р.И., 2001) (рис. 2.11).

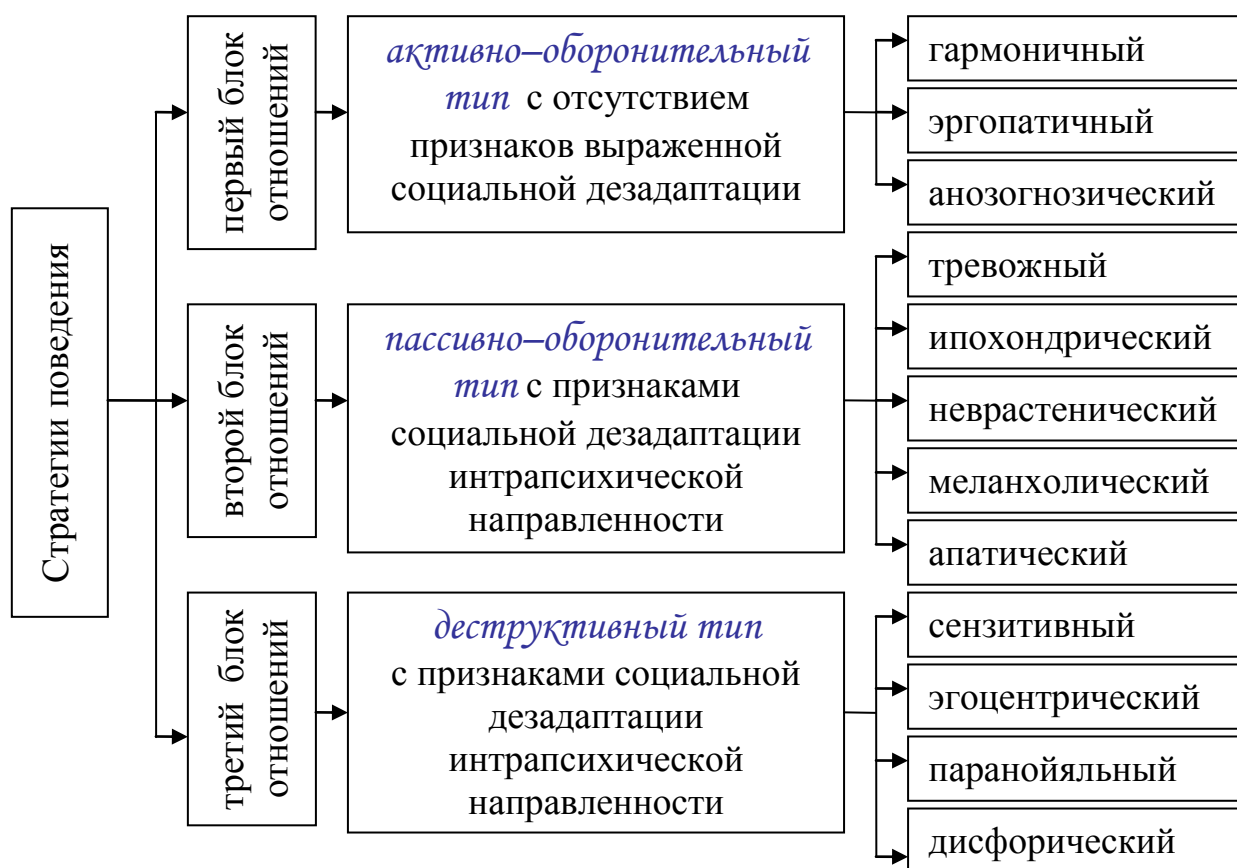


Рис. 2.11. Стратегии поведения

Активно-оборонительный — преимущественно адаптированный стиль поведения

Он проявляется либо в адекватной самооценке своего состояния, прежде всего — тяжести заболевания, либо в тенденции к его игнорированию. Пострадавшие с таким поведением, как правило, стремятся пройти обследование и лечение в амбулаторных условиях, при необходимости терапии предпочитают лекарства, консультативную или краткосрочную форму психотерапии.

Гармоничный:

- трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без основания видеть все в мрачном свете, но и без недооценки его тяжести;

- стремление во всем активно содействовать успеху лечения;
- нежелание обременять других тяготами ухода за собой;
- в случае неблагоприятного прогноза (предстоящая инвалидность) – переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными пострадавшему.

Эргопатичный:

- «уход от болезни в работу»;
- даже при тяжести болезни и страданиях стремление продолжать работу;
- сверхответственное отношение к работе, выраженное еще в большей степени, чем до болезни;
- избирательное отношение к обследованию и лечению, обусловленное стремлением во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности.

Апозогнозический:

- активное отбрасывание мысли о потере здоровья, о возможных ее последствиях;
- отрицание очевидного;
- приписывание проявлений болезни случайным обстоятельствам или другим несерьезным расстройствам;
- отказ от обследования и лечения;
- желание обойтись «своими средствами»;
- при эйфорическом варианте этого типа – необоснованно повышенное настроение;
- пренебрежение, легкомысленное отношение к лечению;
- надежда на то, что «само все обойдется»;
- легкость нарушения режима.

Пассивно-оборонительный Этот тип стратегии определяется тревожной,

стиль дезадаптация с депрессивной, ипохондрической формой интрапсихической восприятия своей болезни и жизни. В его направленностью основе лежат отступление, капитуляция перед болезнью и ее последствиями.

Тревожный:

- непрерывное беспокойство о неблагоприятном течении болезни, возможных осложнениях;
- мнительность в отношении неэффективности и даже опасности лечения;
- поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни и методах лечения, поиск «авторитетов»;
- выраженный интерес к объективным данным о болезни - результатам анализов, заключениям специалистов;
- выраженное ослабление фиксации на субъективных ощущениях;
- тревожная мнительность в отношении опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных, но малообоснованных неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью.

Ипохондрический:

- сосредоточенность на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях;
- стремление постоянно рассказывать окружающим о своем неприятном самочувствии;
- преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий;
- сочетание желания лечиться и неверия в успех;
- требование тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур.

Неврастенический:

- поведение по типу «раздражительной слабости»;
- вспышки раздражения, нередко обращенные на первого попавшегося, особенно при болях, при неудачах лечения;
- непереносимость болевых ощущений;
- нетерпеливость;
- неспособность ждать облегчения.

Меланхолический:

- удрученность болезнью;
- неверие в выздоровление, в эффект лечения, даже при благоприятных объективных данных;
- депрессивные высказывания (вплоть до суицидных мыслей);
- пессимистический взгляд на окружающее.

Апатический:

- полное безразличие к результату лечения, исходу болезни, к своей судьбе;
- пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны;
- утрата интереса к жизни, ко всему, что ранее волновало.

Деструктивный стиль

дезадаптация с
интерпсихической
направленностью

Для этих пострадавших характерны: постоянная внутренняя напряженность; дисфорическое настроение; эмоциональная возбудимость, взрывчатость, неуживчивость; делинквентное поведение; в стрессовых ситуациях уход в алкоголизацию, наркотизацию, суицидные попытки.

Сенситивный:

- чрезмерная озабоченность возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения о болезни;

- опасения, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать слухи о болезни;
- боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим.

Паранойяльный:

- уверенность, что болезнь – результат чьего-то злого умысла;
- крайняя подозрительность к процедурам и лекарствам;
- стремление приписывать возможные осложнения или побочные действия лекарств халатности или злему умыслу врачей и персонала, обвинения и требования наказаний в связи с этим.

Эгоцентрический:

- «уход в болезнь»;
- выставление на показ своих страданий и переживаний, чтобы завладеть вниманием близких и окружающих;
- требование к себе исключительной заботы всех окружающих, другие люди, нуждающиеся в заботе, рассматриваются только как конкуренты, отношение к ним неприязненное;
- постоянное желание показать другим свое особое положение, свою исключительность в отношении болезни.

Дисфорический:

- преобладание мрачно-озлобленного настроения;
- постоянный угрюмый вид;
- зависть и ненависть к здоровым;
- вспышки крайней озлобленности;
- требование особого внимания к себе;
- подозрительность к процедурам и лечению;
- деспотическое отношение к близким – требование во всем угождать.

Исследования последних 5 лет показали, что подавляющее число отклонений в поведении вызываются сложным взаимодействием множества факторов. Л.Ф. Шестипалова, Т.А. Перевозная (2003) выявили семь блоков, которые представляют область жизненного пространства и осмысленность системы ценностных отношений к миру, влияющих на адаптацию и поведение человека (рис. 2.12).



Рис. 2.12. Блоки жизненного пространства, влияющие на адаптацию

Т.А. Донских, Ц.П. Короленко (Андреев Е.В., 2001) выделили 7 вариантов отклоняющегося поведения (рис. 2.13).

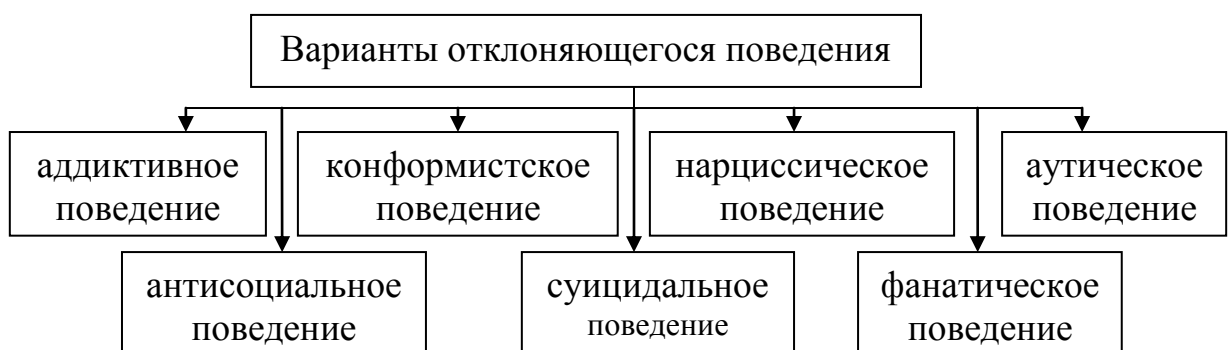


Рис. 2.13. Варианты отклоняющегося поведения

По мнению Т. Шибутани (1999), существует три типа отклоняющегося поведения:

1. Возникающее в результате временной утраты самоконтроля, особенно под влиянием сильного возбуждения.
2. Компульсивное. Такие нарушения, как употребление наркотиков, сильные оскорбления при слабой провокации, алкоголизм, часто являются фиксациями поведения.
3. Конформизм к ожиданиям, разделяемым референтной группой.

Е.В. Андреев (2001) выдвигает причины проблемного поведения (рис. 2.14).

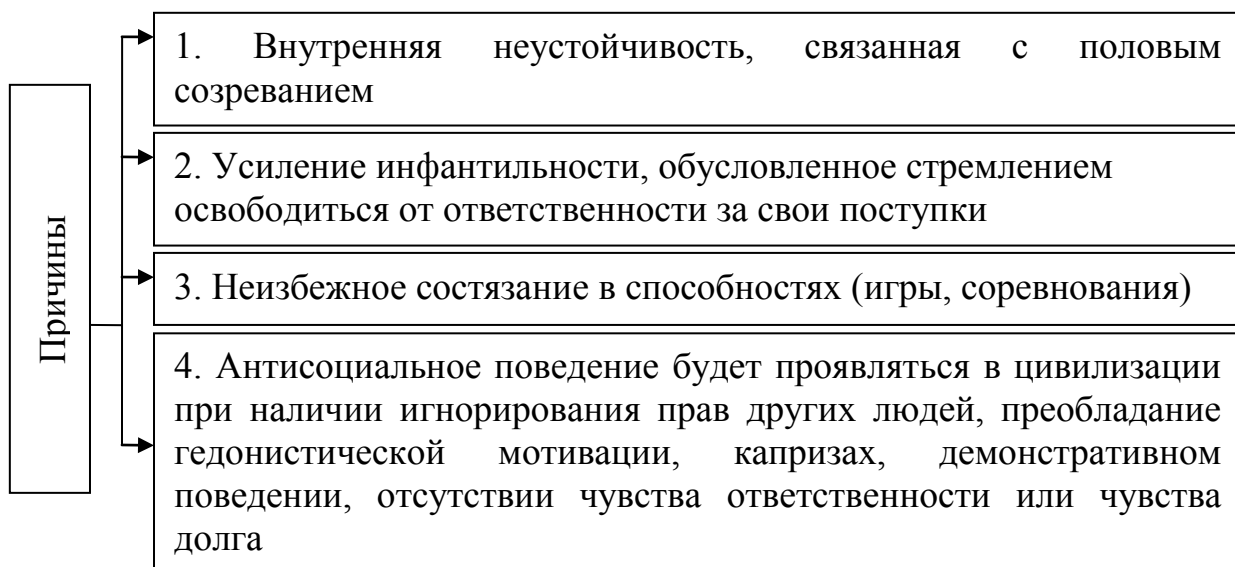


Рис. 2.14. Причины проблемного поведения

Теория субъекта и фиксированных форм поведения (ФФП) В.Г. Залевского (2003) объясняет природу такого поведения (рис. 2.15).

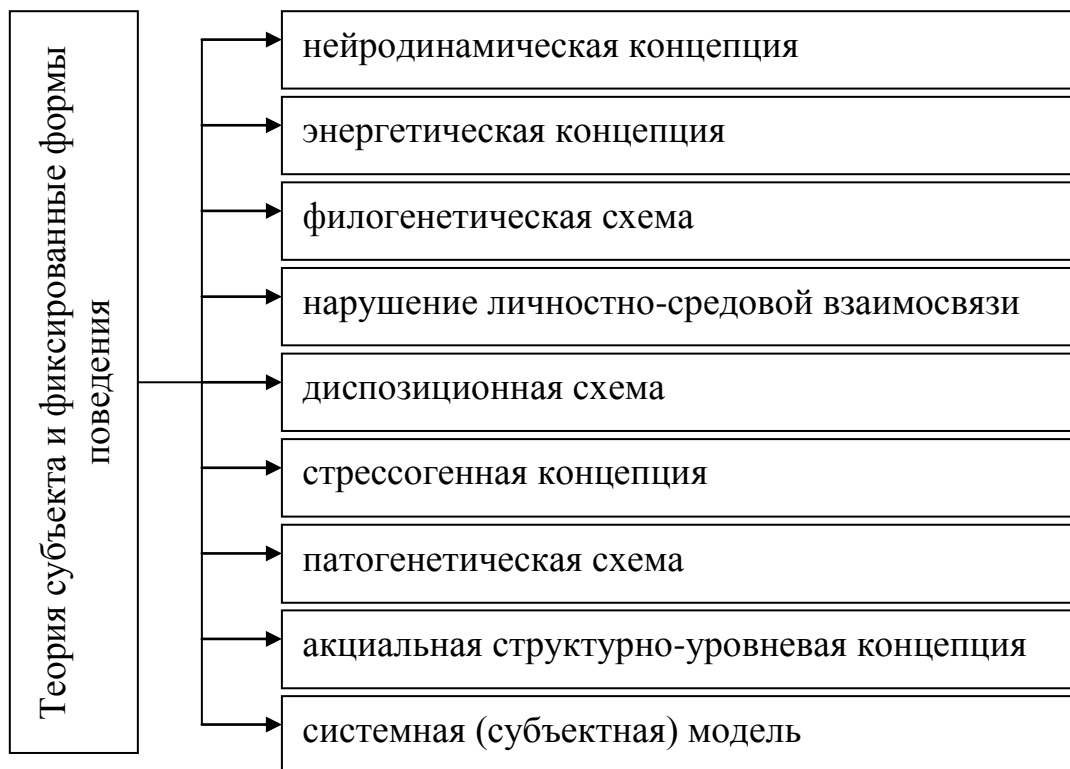


Рис. 2.15. Теория субъекта и фиксированные формы поведения (ФФП) В.Г. Залевского

- 1) *Нейродинамическая ФФП* связывает природу и причины проявления с инертностью нервных процессов. Инертность нервных процессов опосредуется ослаблением или расстройством функции произвольного внимания.
- 2) *Энергетическая концепция ФФП* исходит из общего принципа экономии энергии.
- 3) *Филогенетическая схема ФФП*. Чем ниже на филогенетической лестнице находится живое существо, тем вероятнее проявление таких форм поведения. Инстинкт, направляющий поведение животного, адаптирован к жизни организма в постоянной и неизменной среде и функционирует в этих условиях исправно.
- 4) *ФФП как «нарушение личностно-средовой взаимосвязи»*. Гармония внутренних состояний и внешних воздействий обеспечивается лишь тогда, когда жизнедеятельность и поведение человека детерминированы

внешним, постоянно изменяющимся воздействием среды.

5) *Диспозиционная схема ФФП*. Определяющим личностным элементом ФФП является психическая ригидность. Выявляется «ригидный тип личности» и его варианты «астенический» и «стенический».

6) *Стрессогенная концепция ФФП*. Причины ФФП могут быть связаны с тревогой, переживанием, страхом, фрустрацией, шоком, вызванными стрессором.

7) *Патогенетическая схема ФФП*:

- психодинамические схемы ФФП (выступают при неврозах как защитный механизм);
- научение (бихевиориально-когнитивная схема ФФП). ФФП – есть результат неправильного научения или воспитания.

8). *Акциальная структурно-уровневая концепция ФФП*. Возможны два варианта таких нарушений, когда фиксированной является:

- средство. Неадекватное средство сливается с целью, делая акцию неадаптивной, а личность функционирующей на более низком акциональном уровне;
- цель действия (поведения). Неадекватная цель становится самоцелью, срачиваясь со средством, делает акцию неадекватной, а личность – функционирующей на более низком уровне.

9) *Системная (субъектная) модель ФФП*. ФФП может проявляться на уровне индивида, личности, макро- и микрогрупп людей.

Г.М. Андреева (1999) разделяет поведение человека, как жертвы обстоятельств или насилия других людей (виктимизация) на объективное и субъективное (рис. 2.16).



Рис. 2.16. Поведение человека, как жертвы обстоятельств или насилия других людей

1. Объективное:

- социальные факторы – внешние воздействия, внутренние изменения в человеке, которые происходят под влиянием неблагоприятных факторов воспитания и социализации;
- снижение адаптации людей в связи с быстро меняющимися условиями жизни;
- психологические стрессы и напряжения;
- катастрофы.

2. Субъективное: феноменологические факторы – связаны с формированием определенных свойств личности, которые постепенно превращают человека в жертву ситуации.

Р.П. Ловелле (2001) считает, что люди, ставшие жертвами насилия или катастроф, теряют веру в человека, веру в возможность защитить себя и свою собственность, веру в существование закона и порядка в обществе. Происходит «вторичная виктимизация» у некоторых из них, когда определенные действия представителей общества приводят к новым травмам. Естественным следствием виктимизации является не только девиантное поведение, но и развитие особых психических состояний (депрессии и депривации). А.В. Дмитриев (2001) утверждает, что

состояние неудовлетворенности и беспокойства, сохраняющееся в течение достаточно длительного периода времени, служит питательной почвой для возникновения и развития разного рода напряженности. Социальная напряженность порождает напряженность эмоциональную, которая:

- 1) на индивидуально-личностном уровне проявляется во фрустрации, недовольстве, постоянной раздражительности, поисках контактов в неформальных кругах;
- 2) на групповом уровне – в агрессивности, в действиях, направленных на преодоление сложившейся ситуации. Усиление депривации будет способствовать проявлению агрессивных реакций на фрустрацию.

Мокшанцев Р.И (2001) выделяет две основные формы социального поведения в экстремальных ситуациях (рис. 2.17).

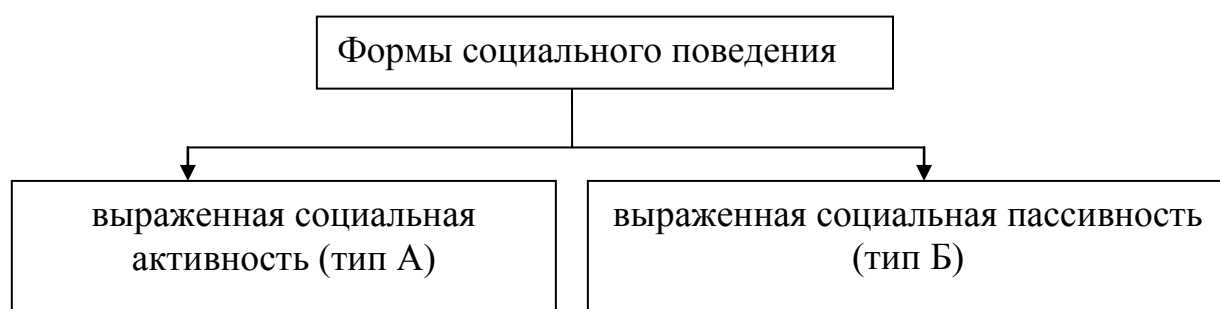


Рис. 2.17. Формы социального поведения

Поведение типа А Специфический стиль поведения, который характеризуется агрессивностью, нетерпением, чрезмерной вовлеченностью в работу, стремлением к достижениям, соперничеству, преувеличенным чувством недостатка времени, торопливой речью, напряженностью мышц лица и тела. Основная черта поведения этого типа – стремление достигнуть как можно большего за минимальный промежуток времени, преодолевая любое сопротивление окружающих.

Поведение типа Б Специфический стиль поведения, который характеризуется расслабленностью, спокойствием, умеренной вовлеченностью в работу при чередовании работы и отдыха, напряжения и релаксации, отсутствием непрерывной эмоциональной напряженности, уравновешенностью.

Важной предпосылкой для самореализации личности является общение (Селезнева Е.В., 2002; Kamps J. и соавт., 1996).

Субъект затрудненного общения В.П. Стрельцова (Цветков С.А., 2002) отметила, что система отношений определяет миропонимание человека, его склонность и способность к восприятию и переработке поступающей информации, его апперцепцию, тип его индивидуальной реакции на стрессовые и обычные раздражители.

Д.П. Кайдалов, Е.И. Суименко (1980) утверждают, что глубина взаимодействия определяется, с одной стороны, наличием в контактах взаимной передачи информации (опыта) и, с другой – частотой этих контактов. Субъект затрудненного общения наделен особенностями, которые делают недостижимым, невозможным установление подлинного контакта, сокращение психологической дистанции, развитие глубоких межличностных отношений и удовлетворение базовых социальных потребностей, что деформирует развитие личности, разрушает внутренний мир и связи с внешним миром (Лабунская В.А., 2003). Субъект затрудненного общения отличается несбалансированной саморегуляцией, у него слабо развита способность адекватно использовать внешние и внутренние критерии социально-психологических ситуаций. Он имеет низкие показатели самоконтроля, непредсказуемые реакции на критику и нереальные притязания (Альбуханова–Славская К.А., 1987).

В.Н. Павленко (2000) отмечает сложность представления в каждый данный момент, как одновременно чувствовать себя и подобным членом группы (проявляя социальную идентификацию), и отличным от них (в рамках личностной идентификации). Это породило идею о неизбежности определенного конфликта между двумя видами идентичности, об их несовместимости и о том, что в каждый данный момент времени только одна из них может быть актуализирована. По данным М. Яромовиц (Андреева Г.М., 1999), социальная идентичность превалирует у тех, у кого высокий уровень отличий «я–мы» и низкий в случае сравнения «мы–они». Предполагается, что чем выше уровень отличий, тем сильнее влияние идентичности на поведение индивида. Г. Бриквелл (Андреев Е.В., 2001) предположил, что личностная идентичность является продуктом социальной идентичности: перцепция социального давления и адаптация к нему – активный селективный процесс и личностная идентичность является его остаточным, резидуальным образованием. Принятие человеком социальной идентичности (Гулевич О.А. и соавт., 2002) оказывает влияние на самооценку. Принятие человеком позитивно оцениваемой социальной идентичности способствует поддержанию его высокой самооценки, когда как принятие негативной идентичности ведет к снижению самооценки.

Л.А. Пергаменщик (2002) утверждает, что человек, который не хочет обнаружить собственную слабость, пытается как-то скрыть ее, может вести себя по-разному (рис. 2.18).

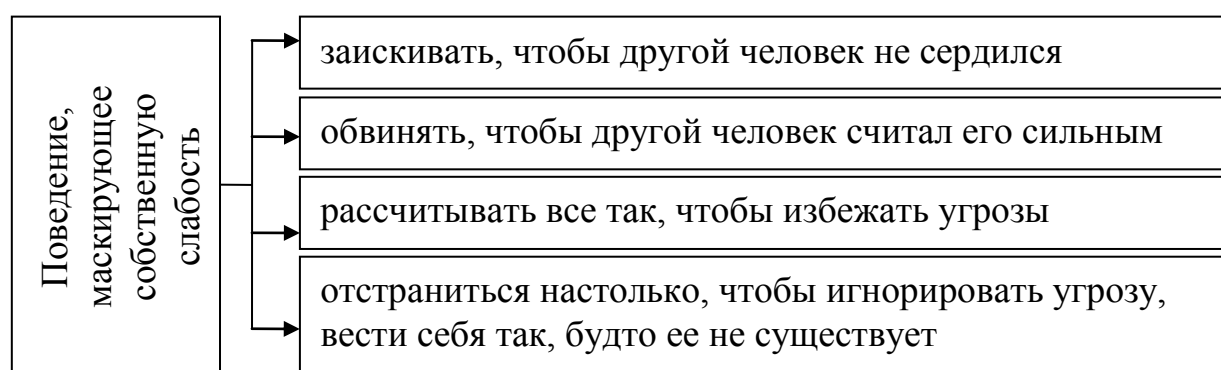


Рис. 2.18. Варианты поведения, маскирующего собственную слабость

В.П. Морозов (2001) полагает, что система речевого общения имеет двухканальную структуру (в психологическом смысле) и состоит из лингвистического (речевого, вербального) и экстралингвистического (неязыкового, невербального) каналов. В рамках невербального канала передается акустическим путем до 9 основных категорий информации о говорящем (психологическая, медицинская, социально-типологическая, пространственная, эмоциональная и эстетическая). Элементы невербального поведения являются одними из первых визуальных, знаковых систем, усваиваемых в онтогенезе (Белинская Е.П. и соавт., 2000). Подростки реагируют на вербальные ограничения и запреты более бурно, чем на физическую несвободу (Изард К.Э., 2000; Strang D., 2001).

Г.М. Андреева (1999) все межличностные отношения разбивает на коммуникацию, интеракцию и социальную перцепцию (рис. 2.19).

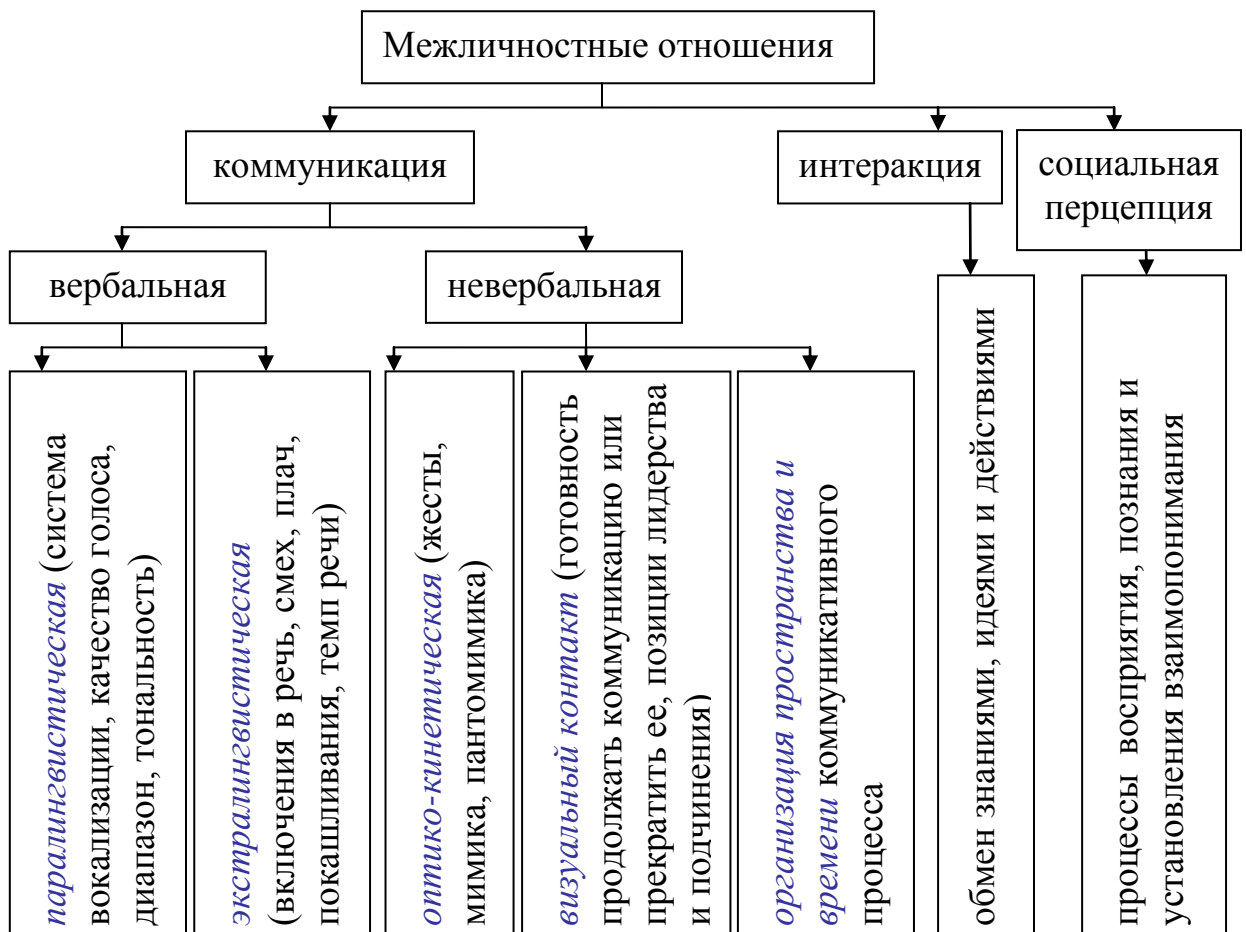


Рис. 2.19. Классификация межличностных отношений

Наиболее веским аргументом в пользу невербального языка над вербальным, служат результаты, свидетельствующие об интернациональном характере основных мимических картин, которые выступают генетическими признаками человека (врожденные способы выражения эмоций). Е.П. Белинская и соавт. (2000) создали схему описания мимики шести эмоциональных состояний на основе анализа зарубежной и отечественной литературы (табл. 2.1).

Таблица 2.1

Описания мимических признаков эмоциональных состояний

Части и элементы лица	Мимические признаки эмоциональных состояний					
	гнев	презрение	страдание	страх	удивление	радость
Положение рта	Открыт		Закрыт		Открыт	Закрыт
Губы	Уголки рта опущены			Уголки рта приподняты		
Форма глаз	Раскрыты, прищурены		Сужены		Широко раскрыты	Прищурены или закрыты
Яркость глаз	Блестят		Тусклые		Блеск не выражен	Блестят
Положение бровей	Сдвинуты к переносице			Подняты вверх		
Уголки бровей	Внешние уголки бровей подняты вверх			Внутренние уголки бровей подняты вверх		
Лоб	Вертикальные складки на лбу и переносице			Горизонтальные складки на лбу		
Подвижность лица и его частей	динамичное		Застывшее		Динамичное	

Особенностью мимических картин эмоциональных состояний является то, что каждый симптомокомплекс мимики включает признаки,

которые одновременно являются универсальными, специфическими для выражения одних состояний и неспецифическими для выражения других и приобретают уже коммуникативную функцию.

Характер общения может определять место, занимаемое за столом. Если оно соперничающее, то люди садятся напротив; если кооперативное – на одной стороне; если случайное, то наискосок стола (рис. 2.20).

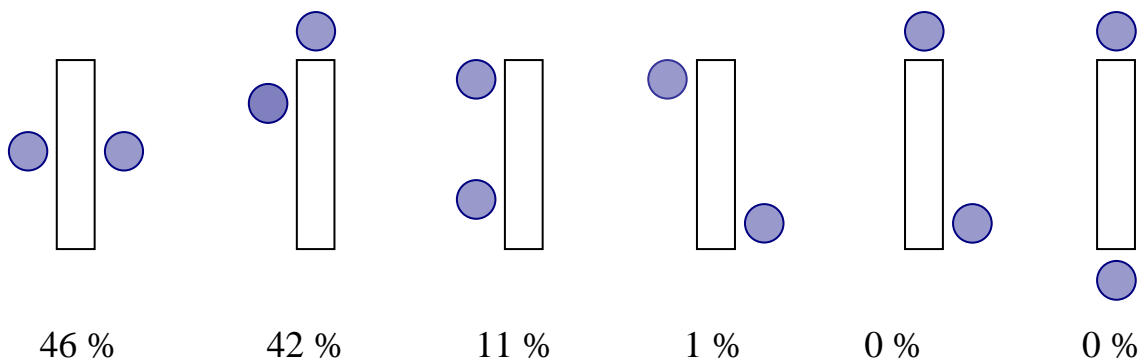


Рис. 2.20. Эффективность наиболее приемлемых для общения пространственных ориентаций сидящих за столом людей (Белинская Е.П. и соавт., 2000)

Наряду с пространством группы существует персональное пространство. Вокруг общающихся людей образуются своеобразные границы (рис. 2.21).

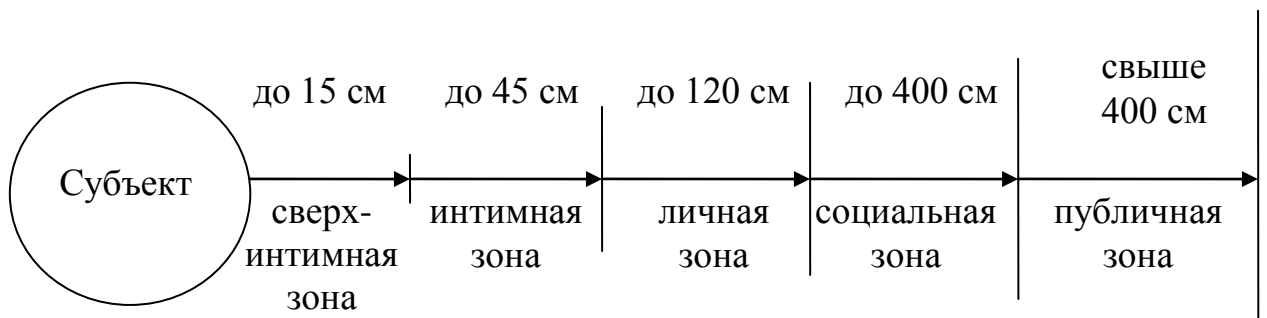


Рис. 2.21. Пространственные границы субъекта (Сидоров П.И., Путин М.Е., Коноплева И.А., 2005)

Характер проксемических переменных, как было обнаружено в исследовании Л.А. Китаева–Смыка (2000), усложняется в ситуации длительной групповой изоляции, в условиях скученности, создающей наряду с другими факторами дистресс у человека. Происходит совмещение персонального пространства и персонализированной территории, которая понимается как более развитое и сложное удлинение личного пространства, включающего собственно территорию и различные объекты. Условия тесного размещения людей, постоянное пребывание на одном и том же месте обуславливают совмещение персонального пространства и персонализированной территории, создают эффект наложения их друг на друга. Увеличение числа приближающихся индивидов действует как информационная перегрузка и приводит к возникновению стресса и дистресса. Гипотеза М. Аргайли и Д. Дина (Павленко В.Н., 2000) о равновесии между такими системами невербального поведения, как такесика (физический контакт), визуальное взаимодействие (контакт глаз) и дистанция, гласит что при слишком интенсивном использовании одной из этих систем происходит торможение проявления других элементов невербального общения. Изменение соотношения интенсивностей проявления подструктуры невербального поведения создает условия оптимального контакта. Чем меньше дистанция общения, тем реже ориентация собеседников «лицом к лицу», тем реже прямой визуальный контакт.

Теория нейролингвистического программирования (НЛП) установила внутреннюю связь латеральных глазных движений с репрезентативными системами. Существует зависимость направления взгляда по горизонтали влево – вправо и по вертикали вверх – вниз. При визуализации (воспоминании) прошлого опыта зрачок имеет тенденцию передвигаться влево по отношению к нам, а при конструировании информации – вправо (Таланов В.Л. и соавт., 2003) (рис. 2.22).

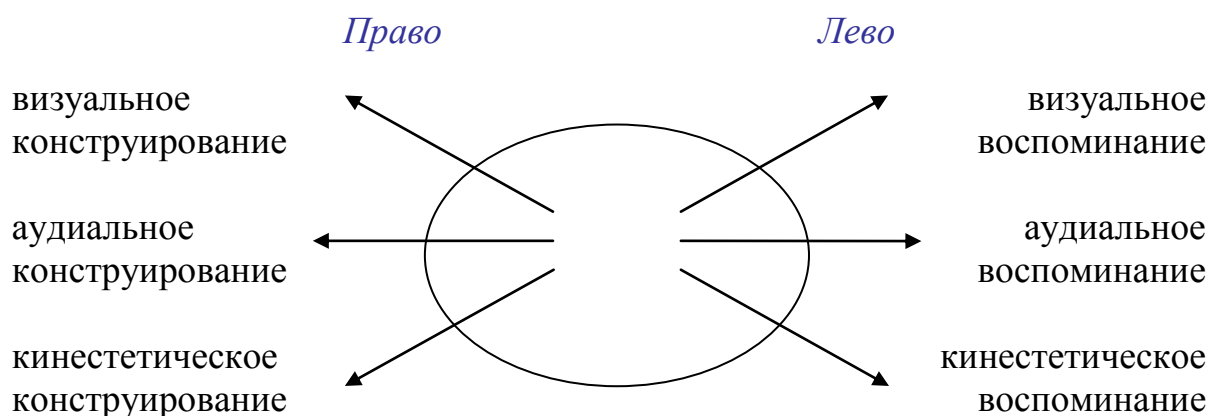


Рис. 2.22. Связь латеральных глазных движений с репрезентативными системами

Взаимоотношения с окружающими людьми, особенности невербального и вербального общения могут в различных ситуациях действовать с различным эффектом. В одних ситуациях как вариант терапии, а в других – способствовать возникновению стресса и, как следствие, девиантного поведения.

Резюме

- Стратегии поведения в преодолении трудных жизненных ситуаций включают систему типов личностного реагирования субъекта в рамках экстремальной и постэкстремальной ситуации. Среди разнообразия стратегий поведения выделяют активно–оборонительный, пассивно–оборонительный и деструктивный типы.
- Отклоняющееся поведение подразделяется на аддиктивное, конформистское, нарциссическое, фанатичное, антисоциальное, суицидальное и аутичное.
- Причины проблемного поведения заключаются во внутренней неустойчивости, связанной с половым созреванием; в усилении инфантильности, обусловленной стремлением освободиться от

ответственности за свои поступки; в состязаниях способностей (игры, соревнования) и в цивилизации при наличии игнорирования прав других людей и демонстративного поведения, а также отсутствии чувства ответственности или чувства долга.

- Природу проблемного поведения объясняет теория субъекта и фиксированных форм поведения В.Г. Залевского.
- В экстремальных ситуациях выделяют две основные формы социального поведения: выраженная социальная активность (тип А) и выраженная социальная пассивность (тип Б).
- Элементы невербального поведения являются одними из первых визуальных, знаковых систем, усваиваемых в онтогенезе.
- Характерной особенностью мимических картин эмоциональных состояний является включение признаков, одновременно являющихся специфическими для выражения одних состояний и неспецифическими для выражения других.
- Характер общения определяется персональным пространством участников и местом, занимаемым ими за столом.
- Прямой визуальный контакт находится в прямой зависимости от дистанции общения и направления собеседников «лицом к лицу».

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Раскройте основные стратегии поведения в трудных жизненных ситуациях.
2. Опишите типы отклоняющегося поведения.
3. Проанализируйте причины проблемного поведения.
4. Объясните природу проблемного поведения с точки зрения теории субъекта и фиксированных форм поведения.
5. Дайте характеристику поведению типа А и типа Б.
6. Сформулируйте определение понятия «виктимизация».

7. Рассмотрите факторы, влияющие на формирование объективной и субъективной виктимизации.
8. Выявите индивидуальные особенности субъекта затрудненного общения.
9. Разберите причины поведения, маскирующего собственную слабость.
10. Поясните влияние мимических признаков на эмоциональную окраску общения.
11. Раскройте зависимость эффективности общения от места, занимаемого за столом.
12. Проанализируйте влияние персонального пространства на межличностные взаимоотношения.
13. Объясните зависимость визуального контакта от дистанции общения и направления собеседников «лицом к лицу».
14. Опишите связь латеральных глазных движений с репрезентативными системами.

2.3. Защитные механизмы личности

Защитные процессы стремятся избавить индивида от рассогласованности побуждений и амбивалентности чувств, предохранить его от осознания нежелательных или болезненных эмоций, а главное – устранить тревогу и напряженность. Существуют значительные сложности в разграничении механизмов защиты. Наиболее распространенной является точка зрения, согласно которой психологическая защита характеризуется отказом индивидуума от решения проблемы связанной с конкретными действиями ради сохранения комфортного состояния (Малкина–Пых И.Г., 2003).

Психологическая защита – нормальное предохранение личности, направленное на предупреждение расстройств поведения.

Психологическая защита проявляется в тенденции человека сохранять привычное мнение о себе, отторгая или искажая информацию, расцениваемую как неблагоприятную и разрушающую первоначальные представления о себе и других (Бассин Ф.В., 1982).

Механизм психологической защиты Защита связана с реорганизацией осознаваемых и неосознаваемых компонентов системы ценностей и изменением всей иерархии ценностей личности. Такой механизм реализуется в форме специфических приемов переработки информации,

которые могут предохранять личность от стыда и потери самоуважения.

Механизмы психологической защиты — это некоторые специализированные формы замещающих действий, которые начинают свое действие, когда достижение цели нормальным способом невозможно или когда человек полагает, что оно невозможно.

Э.А. Костандов (1977) предложил убедительное представление глубинного физиологического компонента психологической защиты. Отрицательные эмоциональные переживания формируют устойчивую рефлекторную связь в коре мозга. Она повышает пороги чувствительности и тем самым тормозит сигналы, связанные с событиями, вызывающими такие переживания, препятствуя их осознанию. Временные связи между неосознаваемыми стимулами могут запечатлеваться в долговременной памяти, быть чрезвычайно стойкими. Это позволяет понять способ возникновения стойких эмоциональных переживаний в случаях, когда повод остается для переживающего их человека неосознанным.

Защитные механизмы личности — это механизмы, сохраняющие баланс между внешними (социальными силами), действующими на человека, и внутренними (бессознательными).

Р.М. Грановская (Ганзен В.А., 2000; Ильин Е.П., 2000) предлагает варианты защитных механизмов (рис. 2.23).

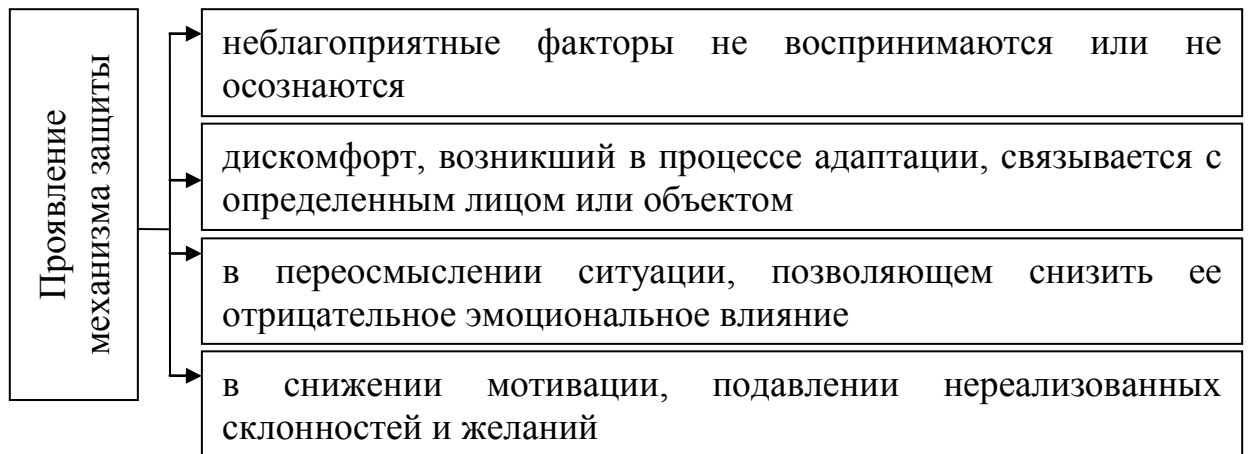


Рис. 2.23. Проявление механизма защиты

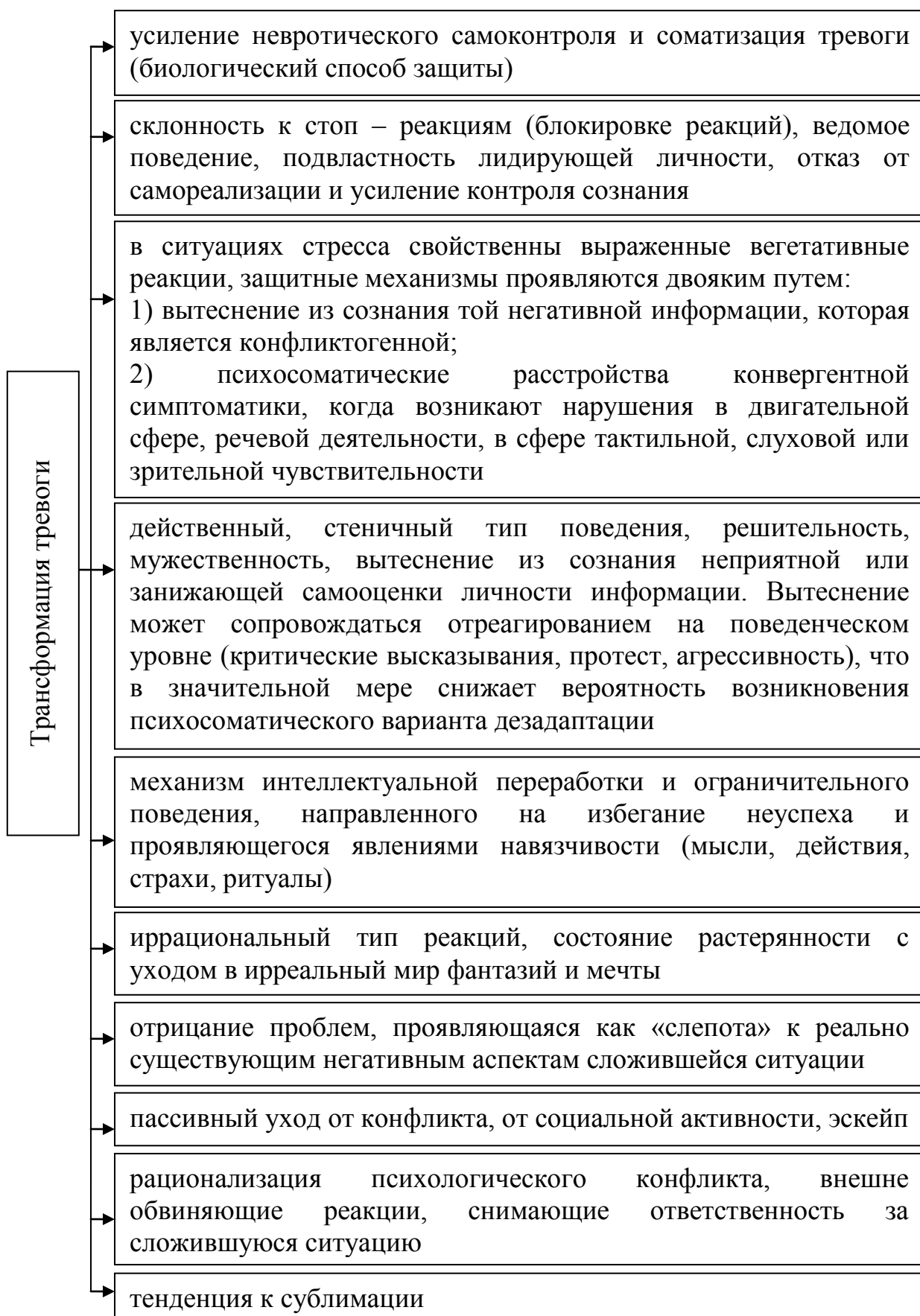


Рис. 2.24. Варианты механизмов защиты личности и трансформации тревоги

Л.Н. Собчик (2001) выделяет 10 вариантов механизмов защиты и трансформации тревоги, определяемые СМИЛ (рис. 2.24).

А.В. Морозов (2002) признает существование в мозге чувствительного механизма, реагирующего на физически очень слабые, но весьма значимые для данного человека раздражители. Несмотря на то, что они не осознаются человеком, в организме происходит ряд вегетативных реакций, приводящих к изменениям физиологического и психологического состояний.

Е.Т. Соколова (1998) обращает внимание на то, что всякое препятствие ведет к прерыванию действия до тех пор, пока препятствие не будет преодолено или человек не откажется от его преодоления. При этом действие оказывается незавершенным либо в своем внешнем, материальном плане, либо во внутреннем, когда решение еще не принято. Когда человек не осознает конкретного смысла тех или иных обстоятельств, незавершенным оказывается сам акт осознания.

Как показано экспериментами Б. Зейгарник (Zeigarnik В., 1927), незавершенные действия (и сопутствующие им обстоятельства) запоминаются лучше завершенных и запоминаются непроизвольно, поэтому люди по-разному реагируют на свои внутренние трудности.

П. Лейнер рассматривает следующие механизмы психологической самозащиты (Морозов А.В., 2002) (табл. 2.2).

Интроекция Бессознательный перенос на себя чувств и качеств, присущих другому человеку, желательных для себя. Это простейший механизм усвоения норм социального поведения. Это неосознаваемое следование идеалам, позволяющее преодолеть собственную слабость и чувство

неполноценности.

Вытеснение Наиболее универсальный способ избегания внутреннего конфликта путем активного выключения из осознания неприемлемого мотива или неприятной информации.

Ущемленное самолюбие, задетая гордость и обида могут порождать декларирование ложных мотивов своих поступков, чтобы скрыть истинные намерения не только от других, но и от себя. Истинные, но неприятные мотивы вытесняются с тем, чтобы их заместили другие, подходящие для социального окружения и потому не вызывающие стыда и угрызений совести. Ложный мотив в этом случае может быть опасен тем, что позволяет прикрывать общественно приемлемой аргументацией личные эгоистические устремления.

Вытесненный мотив, не находя разрешения в поведении, сохраняет свои эмоциональные и вегетативные компоненты. Несмотря на то, что содержательная сторона травмирующей ситуации не осознается и человек может активно забыть сам факт того, что он совершил некоторый неблагоприятный поступок, конфликт сохраняется, а вызванное им эмоционально-вегетативное напряжение субъективно может восприниматься как состояние неопределенной тревоги. В связи с этим вытесненные влечения могут проявляться в невротических и психофизиологических симптомах. Обмолвки, описки, неловкие движения также нередко свидетельствуют о вытеснении. Быстрее всего вытесняется и забывается человеком не то плохое, что ему сделали люди, а то плохое, что он причинил себе или другим. При вытеснении неразрешенный конфликт обнаруживает себя различными симптомами, высоким уровнем тревожности и чувством дискомфорта.

Проекция Бессознательный перенос (приписывание) собственных чувств, желаний и влечений, в которых человек не хочет

себе сознаться, понимая их социальную неприемлемость, на другое лицо.

Замещение Замена действия, направленного на недоступный объект, на действие с доступным объектом.

Замещение разряжает напряжение, созданное недоступной потребностью, но не приводит к желаемой цели. Когда человеку не удается выполнить действие, необходимое для достижения поставленной перед ним цели, он иногда совершает первое попавшееся бессмысленное движение, дающее какую-то разрядку внутреннему напряжению. Такое замещение часто встречается в жизни, когда человек срывает свое раздражение, гнев, досаду, вызванные одним лицом, на другом лице или на первом попавшемся предмете.

Сублимация. Используется новая глобальная система ценностей, куда прежняя система входит как часть, и тогда относительная значимость травмирующего фактора понижается на фоне других, более мощных.

Бегство Сводится к тому, что информация, которая тревожит и может привести к конфликту, не воспринимается. Этот способ защиты вступает в действие при конфликтах любого рода, не требуя предварительного знания, и характеризуется заметным искажением восприятия действительности.

Рационализация Псевдоразумное объяснение человеком своих желаний, поступков, в действительности вызванных причинами, признание которых грозило бы потерей самоуважения.

Она связана с попыткой снизить ценность недоступного. Переживая психическую травму, человек защищает себя от ее разрушительного воздействия тем, что переоценивает значимость травмирующего фактора в сторону его понижения: не получив страстно желаемого, убеждает себя,

что «не очень-то и хотелось». Рационализация используется человеком в тех особых случаях, когда он, страшась осознать ситуацию, пытается скрыть от себя, что его действия побуждаются мотивами, находящимися в конфликте с его собственными нравственными стандартами.

Экранирование Обособление внутри сознания травмирующих человека факторов. При этом неприятные эмоции блокируются от доступа к сознанию, так что связь между каким-то событием и его эмоциональной окраской не отражается в сознании.

Такой вид защиты напоминает «синдром отчуждения», для которого характерно чувство утраты эмоциональной связи с другими людьми, ранее значимыми событиями или собственными переживаниями, хотя их реальность и осознается. Феномены дереализации, деперсонализации и расщепления личности (множественности «Я») могут быть связаны с такой защитой.

Таблица 2.2

*Преимущества и недостатки механизмы психологической
самозащиты*

<i>Механизм</i>	<i>Преимущества</i>	<i>Недостатки</i>
<i>Вытеснение</i>	Неисполнимые желания и неприемлемые представления вытесняются из сознания ради спокойствия, это приносит освобождение	Вытеснение требует энергии для его поддержания. Проблема не решается она остается и это – угроза психическому здоровью
<i>Интроекция</i>	Благодаря интроекции – формированию Сверх-Я – перенимаются нормы,	Контролер (Сверх-Я) - внутренний тиран. Человек становится рабом

	приносящие освобождение от конфликтов	интроецированных норм, поэтому несвободен. Распространяется принцип: что мне делают, то и я
<i>Проекция</i>	Можно не видеть бревна и в собственном глазу и критиковать его в глазу другого. Можно бороться с собственными ошибками, ничего не делая с самим собой	Затрудняется самопознание созревание личности. Невозможно объективное восприятие внешнего мира. Проекция с трудом различима личностью, это лишает ее реалистичности
<i>Замещение</i>	Более «здоровый» защитный механизм, чем образование симптомов, т.к. осуществляется не на собственном теле, а переносится на замещающий объект	Отреагировавший чувствует освобождение, а замещающий объект часто страдает. Замещение может иметь социально-негативные последствия, отреагирующий получает новую фрустрацию – круг замыкается и бумеранг вернется к нему
<i>Сублимация</i>	Энергия напряжения полностью отреагируется в социально полезной деятельности: творчество, спорт и т.д.	Упускаются причины напряжения, которое не исчезает. Возникает осознанное состояние фрустрации
<i>Бегство</i>	Человек избегает критики и благодаря этому	Позиция наблюдателя уменьшает продуктивность

	фрустрации	и активность человека, в будущем возникают проблемы с саморегуляцией
<i>Рационализация</i>	Подыскиваются обоснования своих действий, скрывающие истинные мотивы. Она служит сохранению самоуважения и самоутверждения против критики	Деловое и конструктивное обсуждение проблемы устраняется, человек сам создает себе препятствие, чтобы с точки зрения других выглядеть лучше
<i>Оглушение</i>	Благодаря алкоголю или наркотикам устраняются конфликты, фрустрации, страхи, вина, достигается ощущение силы. Это спасение от пугающей действительности	Зависимость от алкоголя и наркотиков. Изменение органических структур организма, болезнь
<i>Экранирование</i>	Отгораживание от психических нагрузок, депрессивных настроений, Возникает преходящее чувство покоя, стабильности и как следствие, удовлетворительное временное освобождение	Симптомы исчезают без устранения причин. Это приводит к накоплению отрицательных переживаний

<i>Толкование бессилием</i>	«Я ничего не могу сделать – это обстоятельства» – таким образом, человек избегает решения проблем	Психологические проблемы не устраняются, а распространяются дальше. Появляется опасность манипуляции
<i>Игра ролей</i>	Маска роли приносит безопасность. Потребность в безопасности сильнее, чем блокированная свобода самовыражения индивидуалистичности	Неспособность найти себя за надетой, запрограммированной ролью
<i>Окаменение, притупление чувств</i>	Деловая маска, картина полной безэмоциональности и психической невозмутимости. Панцирь на чувствах не позволяет им появиться во вне и попасть вовнутрь. Человек ориентируется на поведение автомата	Межличностные контакты обедняются, подавленные чувства ложатся грузом на органы и мускулы. Кто не позволяет себе быть эмоциональным, тот становится больным телесно и психически
<i>Образование символов</i>	Самоагрессия ведет к ущемлению собственной жизни и поиску сочувствия	Симптомы становятся хроническими: это медленное умирание

Избирательность отношения человека к группе и коллективу связана с опосредованием психологической защиты. Она является своеобразным фильтром, включающимся при конфликтном рассогласовании между собственной системой ценностей и оценкой своего поступка или

поступков близких людей, отделяющих желательные воздействия от нежелательных; соответствующие убеждения, потребности и ценности личности от несоответствующих. Воздействие психологической защиты может способствовать сохранению внутреннего комфорта человека при нарушении им социальных норм и запретов, поскольку, снижая действенность социального контроля, она создает почву для самооправдания.

Человек, относясь к себе в целом положительно, допускает в сознание представление о своем несовершенстве, о недостатках, проявляющихся в конкретных действиях, поэтому он становится на путь их преодоления. Он может изменить свои поступки и тем самым всю последующую жизнь. Если же информация о несоответствии желаемого поведения, поддерживающего самоуважение, и реальных поступков в сознание не допускается, то сигналы конфликта включают механизмы психологической защиты и конфликт не преодолевается, т. е. человек не может встать на путь самоусовершенствования. Только переводя неосознаваемые импульсы в сознание, можно достигнуть контроля над ними, приобретая большую власть над своими поступками и повышая уверенность в своих силах.

Резюме

- Психологическая защита проявляется в тенденции человека сохранять привычное мнение о себе, отторгая или искажая информацию, расцениваемую как неблагоприятную и разрушающую первоначальные представления о себе и других.
- Действие защитных механизмов может проявляться в снижении мотивации, подавлении нереализованных склонностей и желаний; в переосмыслении ситуации, позволяющем снизить ее отрицательное эмоциональное влияние; когда дискомфорт, возникший в процессе

адаптации, связывается с определенным лицом или объектом или неблагоприятные факторы не воспринимаются, не осознаются.

- Незавершенные действия (и сопутствующие им обстоятельства) запоминаются непроизвольно и лучше завершенных актов.
- Л.Н. Собчик выделяет 10 вариантов механизмов защиты и трансформации тревоги, определяемых стандартизированным методом исследования личности (СМИЛ).
- К механизмам психологической самозащиты П. Лейнер относит: интроекцию, проекцию, вытеснение, замещение, сублимацию, бегство, рационализацию, оглушение, экранирование, толкование бессилием, игру роли, притупление чувств и образование символов.
- Психологическая защита является фильтром, включающимся при рассогласовании собственной системы ценностей, отделяющей желательные воздействия от нежелательных, соответствующие убеждения, потребности и ценности личности от несоответствующих.

Вопросы и задания для самоконтроля

21. Сформулируйте определение понятия «защитные механизмы личности».
22. Раскройте глубинный физиологический компонент психологической защиты Э.А. Костандова.
23. Проанализируйте особенности проявления действия защитных механизмов.
24. Назовите особенность доказанную экспериментами Б. Зейгарника.
25. Каким методом исследования личности можно определить свой вариант механизма защиты и трансформации тревоги?
26. Разберите основные механизмы психологической самозащиты.
27. Рассмотрите преимущества и недостатки механизмов самозащиты.
28. Определите свой преимущественный механизм психологической

защиты.

Глава 6.

Методы регуляции и саморегуляции психических состояний

6.1. Общие принципы оказания психологической помощи

Пострадавшему оказывается экстренная психологическая помощь, во время оказания медицинской помощи. Первоначально следует удостовериться, что именно критическая ситуация вызвала психогенную реакцию.

Течение психогенной реакции можно разделить на следующие фазы (рис. 6.1):

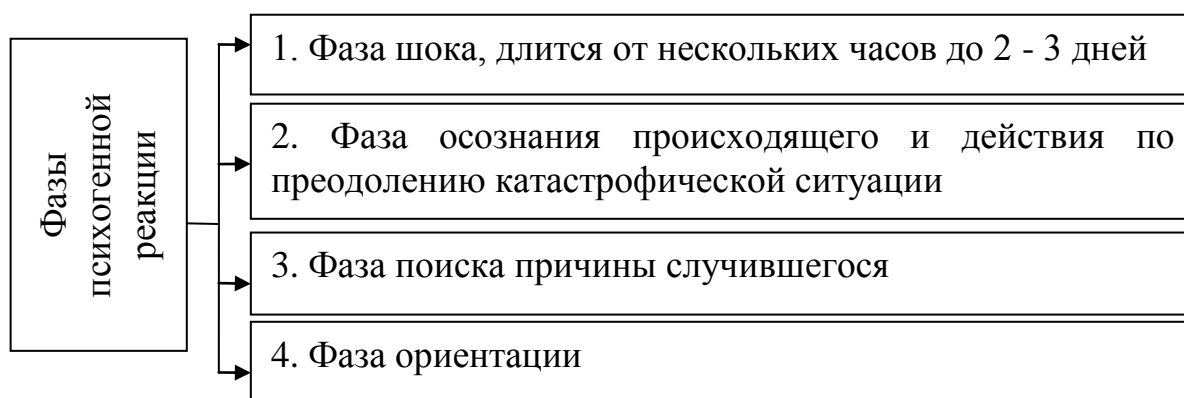


Рис. 6.1. Фазы течения психогенной реакции

Длительность всех фаз в среднем составляет один год. Характерным для острой стрессовой реакции являются проявления фазы шока.

После возникновения катастрофической ситуации человека следует вывести из кризиса. Общими принципами выхода из кризиса будут следующие (рис. 6.2):

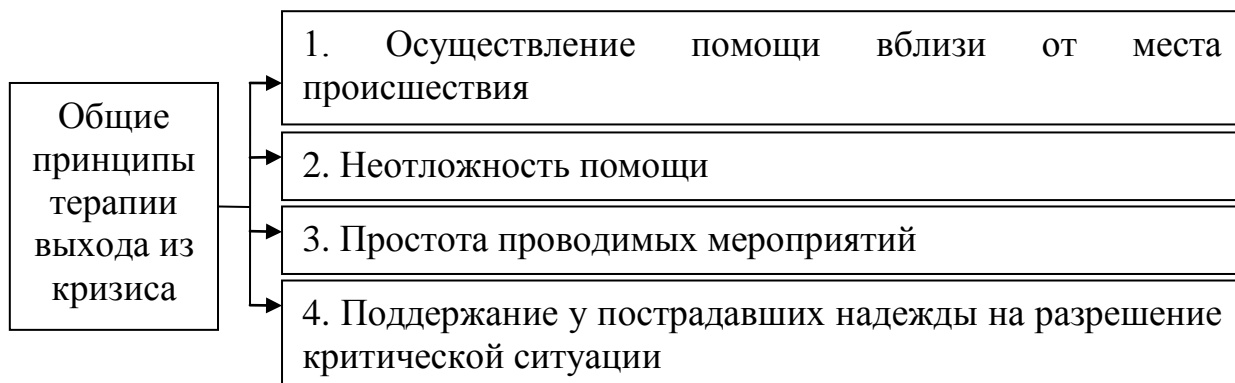


Рис. 6.2. Общие принципы терапии выхода из кризиса

После чрезвычайного события многие люди нуждаются в первой психологической помощи.

Инструкции по выполнению первой психологической помощи:

1. Необходимо обеспечить пострадавшему покой, тепло, обеспечить питьём и питанием.
2. Не следует допускать, чтобы пострадавший сразу оказался в незнакомой обстановке.
3. Следует использовать содействие в оказании первой психологической помощи со стороны наиболее опытного из числа участников спасательной операции.
4. Необходимо немедленно начать психотерапию во избежание фиксации пострадавшего на психической травме. Следует давать ему возможность «выговориться» на протяжении всей шоковой фазы. При этом нельзя пытаться сократить продолжительность этой фазы.
5. Следует начать оказывать психологическую поддержку пострадавшим на месте стрессовой ситуации или в непосредственной близости от него, чтобы они могли по возможности помочь друг другу, ощутив солидарность.
6. Следует убедиться, что все уцелевшие находятся вместе, никто не остался в одиночестве.
7. Необходимо знать о различных методиках кризисной психотерапии,

как в острой, так и в поздней стадии кризиса.

8. Следует направить очень беспокойных и вызывающих тревогу, предрасположенных к панике пострадавших в специальные сборные пункты на попечение команд, специализирующихся на помощи людям, оказавшимся в стрессовых ситуациях.
9. Следует воздержаться от использования психотропных препаратов до консультации с психиатром. Если пострадавший принял транквилизаторы, необходимо обеспечить покой и транспортировку в лежачем положении. Никому не следует давать пить алкоголь в качестве лекарственного средства.
10. Следует обратить особое внимание на пострадавших с множественными травмами.
11. Необходимо вовремя выявить проявления соматических или психических расстройств.
12. Следует обеспечить спасённых, их родственников и прессу правдивой и надёжной информацией. Необходимо немедленно опровергать недостоверные слухи.
13. Нужно обратить особое внимание на лиц, потерявших во время чрезвычайного происшествия близких и родных. В первую очередь это относится к детям.
14. Следует позволить спасённым увидеться со своими погибшими родственниками и дать им время для прощания. Это также помогает им в дальнейшем преодолеть кризис.

Непосредственно после инцидента общие принципы оказания первой психологической помощи в следующем:

Инструкции к действиям непосредственно после инцидента.

1. Необходимо как социальное, так и психологическое вмешательство. Организация последнего — обязанность медицинского персонала.
2. Группы пострадавших приглашают для беседы о случившемся

критическом событии, вызвавшем психологический стресс, в течение 1-3 дней.

3. Пострадавшим и медицинскому персоналу, подвергшимся тяжёлому стрессу, в тот же день проводят сеансы психотерапии по снятию стресса.
4. Пациентам с явными симптомами стресса обеспечивают соответствующую помощь в учреждении здравоохранения или в центре по лечению когнитивных расстройств.
5. Нуждающихся в социальной помощи и поддержке необходимо направить к работникам соответствующих социальных служб.

Рекомендации по оказанию экстренной психологической помощи

На первом этапе наиболее оптимальной формой психологической помощи пострадавшим является информационная психотерапия. Психотерапевтическая работа проводится психотерапевтами, психиатрами, психологами или подготовленными врачами.

Целью информационной терапии нивелировка и уменьшение чувства страха у пострадавших, т.к. при катастрофах от страха погибает больше, чем от реального разрушительного фактора.

Очень важно разговаривать с пострадавшим. Говорить необходимо громко, медленно и четко:

1. Сообщите пострадавшему о том, что помощь уже идет.
2. Находящиеся в изоляции должны сохранять полное спокойствие, т.к. это одно из главных средств к их спасению;
3. Подскажите пострадавшему, как необходимо себя вести:
 - максимальная экономия сил;
 - дыхание медленное, неглубокое, через нос – это позволит экономить кислород в организме и окружающем

пространстве;

- находиться с закрытыми глазами, что позволит приблизить себя к состоянию легкой дремоты и большей экономии физических сил;

4. Запретить пострадавшему делать что-либо для самоэвакуации, самоосвобождения;
5. Оказать себе в случае необходимости и по возможности самопомощь;
6. Освобождение может занять больше времени, чем хочется. Следует набраться терпения и мужественности.

Г.И. Белоусова (2006) предлагает правила первой психологической помощи пострадавшим (табл. 6.1).

Таблица 6.1

Правила оказания психологической помощи пострадавшим в ЧС

<i>№</i>	<i>Действия спасателей</i>	<i>Чувства пострадавшего</i>
1.	Представьте пострадавшему, скажите ему свою профессиональную квалификацию («здравствуйте, меня зовут Дмитрий Михайлович, я - врач»).	Возникает чувство надёжности, облегчения оттого, что подошёл не случайный прохожий, а профессионал
2.	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

3.	<p>Давайте пострадавшему конкретную информацию о повреждениях, характере и длительности отдельных медицинских манипуляций («я осмотрю Ваш живот, Вам надо потерпеть 1 минуту»)</p>	<p>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»)</p>
4.	<p>Поддерживайте с пострадавшим разговор. Активно слушайте, если он горит о своих мыслях и чувствах</p>	<p>Человек в зависимости от индивидуальных особенностей, обстоятельств травмы, испытывает негативные чувства (одиночества, безысходности, горя). Разговор снижает эмоциональное напряжение</p>
5.	<p>Усиливайте уверенность пострадавшего. Давайте ему не сложные задания («придержите, пожалуйста, повязку, чтобы она не сползла с раны»)</p>	<p>При выполнении не сложных заданий усиливается чувство самоконтроля, осознание ситуации, возникает чувство уверенности в преодолении возникших трудностей</p>
6.	<p>Обращайтесь с пострадавшим, находящимся в состоянии угнетенного сознания вежливо, корректно, доброжелательно. Избегайте при этом оценок, содержащих неблагоприятный прогноз</p>	<p>Пострадавший, находящийся в состоянии угнетенного сознания, склонен к обострённому восприятию эмоций и информации извне</p>

7.	<p>Если Вы вынуждены покинуть пострадавшего, скажите ему об этом. Проследите, чтобы рядом с ним всё время находился собеседник («мне нужно осмотреть других пострадавших, с Вами рядом побудет этот человек, он также компетентен, если Вам станет хуже, позовите меня»)</p>	<p>Если от пострадавшего отходят, не предупреждая, то у него возникает чувство страха, покинутости</p>
8.	<p>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 дойдёт до нулевой отметки, скажите нам»)</p>	<p>Родственники пострадавшего склоны 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</p>
9.	<p>Общение с родственниками по поводу состояния пострадавшего и его прогноза, должен проводить один человек, правило, наиболее</p>	<p>Родственники отнесутся с большим доверием к официальному заключению, основанному на объективных данных состояния</p>

	компетентный старший по бригаде	пострадавшего, а также правило, наиболее сделанному от имени наиболее опытного спасателя
10.	Защищайте пострадавших от взглядов зевак. Например, закройте его одеялом	У многих пострадавших возникает чувство стыда, неловкости из-за своего непристойного вида
11.	Подбадривайте пострадавших, говорите с ними вежливым и дружелюбным тоном («Вы хорошо держитесь, молодец!»)	Тёплое, дружеское общение помогает снять психоэмоциональное напряжение
12.	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

Психологическая помощь людям пожилого возраста

Возрастные особенности: 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 с большей остротой, с ощущением быстротечности времени. Пожилые люди

<p>большее значение придают нюансам межличностного общения, проявляют капризы, упрямство, отличаются повышенной раздражительностью</p>		
1.	<p>Пожилым людям необходимо уделять достаточно времени, внимания и, в первую очередь, понимания, терпения</p>	<p>Внимательное, терпеливое общение помогает снизить чувство страха, безысходности</p>
2.	<p>Информация должна преподноситься в медленном темпе, четко и ясно</p>	<p>У пожилых людей скорость мыслительных процессов несколько снижена, чем у людей среднего возраста</p>
3.	<p>Осторожно установите легкий телесный контакт</p>	<p>Пожилые люди очень положительно реагируют на поддержку под руку, помощь при передвижении</p>
4.	<p>Разговаривайте с ними о происшедшей трагедии, активно слушайте, если говорят о своих чувствах. Общаться следует вежливо, на «Вы». Избегайте выражений типа «бабушка» и т.п.</p>	<p>Пожилым людям важно поделиться с Вами не только подробностями катастрофы, но и переживаниями их жизни в целом. Пожилой человек перескакивает от события в прошлом к настоящему и обратно. Важно помнить о том, что, с точки зрения пострадавшего, разговор является логично выстроенным</p>
5.	<p>Необходимо успокоить и терпеливо объяснить, почему</p>	<p>Многие пожилые люди боятся ехать в больницу. Спокойное</p>

	важно ехать в больницу	разъяснение, что в больнице их пролечат, и они через определенное время вернутся домой, снижает страх поездки
Психологическая помощь умирающим людям		
1.	Дайте почувствовать умирающему человеку заботу, внимание, общение	Важно дать умирающему человеку возможность спокойно и с достоинством уйти из жизни
2.	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
3.	Известие о смерти говорите 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
Психологическая помощь детям		
1.	В обращении с детьми важно излучать настоящий оптимизм, уверенность и спокойствие. Ни	Если дети замечают у взрослых панику, страх, беспокойство, то они легко поддаются этому

	в коем случае не следует допускать суетливых метаний и громких возгласов на месте происшествия	влиянию. Наоборот, уверенность и спокойствие помогают ребенку побороть свой страх, справиться с тяжелой психологической ситуацией
2.	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
3.	К пострадавшему ребенку следует приближаться медленно. Чтобы установить с ребенком контакт, нужно разговаривать с ним на уровне глаз, опустившись на колени	Впечатления у детей усиливаются за счет их угла зрения, направленного снизу вверх. Из-за малого роста воспринимают спасателей, работающих с тяжелыми приборами, угрожающе
4.	Познакомьтесь с ребенком, узнайте его имя и представьтесь ребенку по имени	Ребенку легче запомнить и привычнее употреблять «тетя Галя» (или «дядя Миша»), чем вспомнить имя и отчество спасателя
5.	Ребенка необходимо как можно быстрее удалить с места происшествия, нужно доставить его в спокойную, теплую и защищенную обстановку (например, в машину,	Уменьшение воздействия оптических, акустических, обонятельных раздражителей от проводимых спасательных работ является важным успокаивающим фактором для

	находящуюся стороне от места происшествия)	ребенка
6.	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
7.	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 непосильно для несформировавшейся психики ребенка
<p>Дети в возрасте от 2 до 5 лет</p> <p><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, 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), взрослых.</p>		
1.	Необходимо спокойное, доброжелательное общение. Важно успокоить, особенно маму, и как можно быстрее удалить ребенка с места происшествия (желательно,	Чувство страха вызывают плач и стоны пострадавших, реакция и паника взрослых

	чтобы ребенка унес родной или знакомый человек)	
2.	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
3.	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
4.	По возможности ребенку нужно дать мягкую игрушку (например, плюшевого медведя)	Мягкий теплый мех придает ребенку уверенность и чувство защищенности
Дети в возрасте от 6 до 12 лет		
<p><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</p>		
1.	Необходимо уверенное, спокойное, доброжелательное	Беспомощные и отчаявшиеся взрослые являются

	общение и как быстрое удаление ребенка с места происшествия	чрезвычайным раздражителем для детской психики
2.	Важно ребенку доступно объяснить 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	У детей до 12-летнего возраста из-за ограниченного жизненного опыта часто возникает ложное чувство вины за произошедшее событие
3.	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
4.	После знакомства осторожно установите телесный контакт (возьмите на руки, держите за руку или плечо)	Осторожно установленный телесный контакт вселяет в детей чувство защищенности, уверенности и спокойствия
<p>Дети в возрасте старше 12 лет</p> <p><i>Возрастные особенности:</i> у детей подросткового возраста возникают</p>		

<p>сильные эмоциональные реакции, такие чувства, как уязвимость, стыд, вина, тревожное осмысление своих страхов, страх оказаться ненормальным и др.</p>		
1.	<p>Необходимо спокойное, терпеливое доброжелательное общение. В общении желательно избегать шутливого тона, штампованных фраз («все не так уж и плохо»)</p>	<p>Дети этой возрастной группы часто конфликтуют с миром взрослых и у них возможны такие сильные реакции, как грусть, гнев и даже агрессия (могут замкнуться в себе)</p>
2.	<p>Поощрение конструктивных действий в интересах пострадавших</p>	<p>Оказание помощи окружающим взрослым людям помогает подросткам почувствовать себя взрослыми</p>
3.	<p>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</p>	<p>Дети этого возраста имеют уже больше жизненного опыта, они с большей охотой будут вести разговор. Общение помогает подросткам справляться со своими эмоциями</p>

В целях предотвращения развития посттравматического стрессового расстройства у детей, переживших какую – либо катастрофу следует уметь правильно оказать первую помощь *физиолого – психологического порядка*:

- проведите медицинское обследование, если это возможно;
- сделайте так, чтобы место временного пребывания ощущалось ребенком как безопасное, знакомое и комфортабельное;
- убедитесь, что это место имеет все необходимые удобства –

туалет, освещение, вода, мыло, полотенца, отопление;

- многие дети не способны принимать еду или иное попечение от взрослых, с которыми у них нет близкого знакомства. Для этого следует иметь под рукой запас пакетного питания – чипсы, поп – корн и т.д. Снабдив подобными пакетиками таких детей, вы сообщите ощущение того, что все в порядке. Малышам другого типа станет лучше, если кто–то возьмет на себя ответственность кормить и опекать их. Детям более старшего возраста придает чувство уверенности забота о младших;
- ощущение безопасности детям передается простым способом – укутайте их в одеяла или покрывала;
- не требуйте от детей сменить одежду. В собственной одежде ребенок всегда чувствует себя комфортнее и спокойнее. Малыши при смене одежды боятся, что в другой одежде их родители не найдут, могут возникнуть ощущения потери своего «Я»;
- имейте материалы для детского развлечения – с их помощью сможете обеспечить общение детей друг с другом. Устройте так, чтобы дети, сидя за столом, занимались лепкой, рисованием, читали друг другу рассказы, играли в какие-либо игры.

Эмоциональная поддержка в кризисной ситуации очень важна, особенно для детей. Помощь *эмоционального порядка* достигается:

- надо дать взвешенную и вразумительную информацию на счет дальнейшей судьбы ребенка: рассказать им что случилось и что с ним произойдет в дальнейшем;
- уверьте ребенка, что он в безопасности, возможно, это придется повторять несколько раз;
- окружающие обязаны проявлять гибкость и относиться с пониманием к индивидуальным нуждам каждого ребенка в отдельности;

- для большинства детей еда служит знаком того, что взрослые заботятся о них и осознают их потребности;
- не мешайте переживать и расстраиваться по поводу потерянной игрушки, потерянного одеда, дома и т.д.;
- поглаживания и объятия дают желаемое чувство комфорта, при условии, отсутствия проявления регрессивного поведения типичного для более раннего возраста;
- занятие одних детей другими дает чувство опеки и комфорта;
- упорядоченность послужит развитию ощущения себя в безопасности. В кризисной ситуации детям поможет знание того, как будут развиваться события шаг за шагом, что даст им уверенность;
- строгое соблюдение правил поведения позволяет ощутить себя в безопасности;
- ребенок чувствует себя менее беспомощным, когда есть выбор: его не просят играть, не принуждают к ней, а поощряют;

Острая стрессовая реакция *Острую стрессовую реакцию выявляют у людей недавно (не позднее 4 часов) переживших психическую травму или подвергшихся воздействию чрезвычайного фактора.*

Основные правила лечения при наличии признаков стрессового расстройства:

1. Обоснованных рекомендаций не существует.
2. Пациента выслушивают и ободряют, согласно инструкциям по оказанию первой психологической помощи в критических ситуациях.
3. Больного не следует оставлять в одиночестве. Возможно создание групп, в которых наблюдает за пациентами и оказывает психологическую помощь один человек.

4. При выраженной тревожности или невозможности заснуть в течение нескольких ночей назначают быстродействующие бензодиазепины, предпочтительно после консультации психиатра.
5. При сохранении симптоматики в течение нескольких дней, больных направляют в стационар (общего профиля или психиатрический) для лечения, проводимого специалистами по кризисным или стрессовым ситуациям. Как правило, большинство острых стрессовых реакций разрешается самопроизвольно благодаря поддержке, оказываемой окружающими в острую фазу.

Посттравматическое стрессовое расстройство Следует распознавать возможные посттравматические стрессовые расстройства, развивающиеся вследствие угрожающей жизни или психологически травмирующей ситуации, имеющей место более 1 месяца назад.

Основные правила лечения ПТСР включают в себя психотерапию и лекарственную терапию (рис. 6.3).

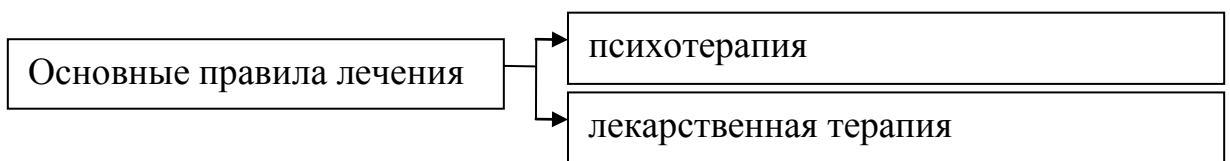


Рис. 6.3. Основные правила лечения

1. Психотерапия:

- поддерживающая контактная терапия, часто сочетается с фармакотерапией;
- сразу после катастрофы наиболее распространенной и широко используемой процедурой является психологический дибрифинг;
- индивидуальная или групповая терапия под руководством

специалистов по стрессовым (кризисным) реакциям в учреждениях здравоохранения;

- специальная терапия в условиях психиатрического учреждения, например релаксация, десенситизация, короткая психодинамическая терапия, гипнотерапия;
- краткосрочное лечение и периоды обследования в психиатрическом отделении больницы общего профиля или в амбулатории психиатрической больницы.

2. Лекарственная терапия:

- для снижения тревожности первоначально назначают: бензодиазепины или буспирон в обычных дозировках; рекомендовано быстрое снижение дозы и ранняя отмена лечения;
- эффективны антидепрессанты, трициклические антидепрессанты или новейшие ингибиторы обратного захвата серотонина. Лечение начинают с малых доз, постепенно их увеличивая; необходимо часто контролировать состояние больного для раннего выявления побочных эффектов. При длительных проблемах с засыпанием и частых пробуждениях, а также во избежание полипрагмазии, предпочтительно назначение антидепрессантов с седативным действием;
- при превалировании в клинической симптоматике гиперактивности вегетативной нервной системы можно рекомендовать неселективные (β-адреноблокаторы или другие лекарственные средства, угнетающие симпатическую активность);
- необходимо помнить о склонности пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством к самолечению алкоголем.

*Помощь при
проявлении
различных
эмоциональных
состояний*

Опираясь на работы Е.М. Черепановой (1995), В.Г. Ромека, М.А. Крюковой, Т.И. Никитиной (2003), В.А. Конторович, Е.И. Крукович (2004) и Г.И. Белоусовой (2006) предлагаются рекомендации по оказанию экстренной психологической помощи при проявлении различных эмоциональных состояний.

1. *Страх* проявляется:

- напряжением мышц (особенно лицевых);
- сильным сердцебиением;
- учащенным поверхностным дыханием;
- снижением контроля поведения.

Панический страх, ужас может побудить к бегству, вызвать оцепенение или, наоборот, возбуждение, агрессивное поведение. При этом человек плохо контролирует себя, не осознает, что он делает и что происходит вокруг. Страх может быть полезным, когда помогает избегать опасности. Поэтому бороться со страхом нужно тогда, когда он мешает жить нормальной жизнью.

Помощь:

1. Положите руку пострадавшего себе на запястье, чтобы он ощутил Ваш спокойный пульс. Это будет для него сигналом: «Я сейчас рядом, ты не один».
2. Дышите глубоко и ровно. Побуждайте пострадавшего дышать в одном с Вами ритме.
3. Если пострадавший говорит, слушайте его, высказывайте заинтересованность, понимание, сочувствие. Сделайте пострадавшему легкий массаж наиболее напряженных мышц тела

2. Признаки *агрессивного поведения:*

- раздражение, недовольство, гнев (по любому, незначительному

поводу);

- нанесение окружающим ударов руками или какими-либо предметами;
- словесное оскорбление, брань;
- мышечное напряжение;
- повышение кровяного давления.

Агрессивное поведение - один из произвольных способов, которым организм человека пытается снизить высокое внутреннее напряжение.

Проявление агрессии или злобы может сохраняться достаточно длительное время, мешать самому пострадавшему и окружающим, привести к опасным последствиям, увечьям.

- Помощь:*
1. Сведите к минимуму количество окружающих.
 2. Дайте пострадавшему возможность «выпустить пар» (например, выговориться или «избить» подушку).
 3. Поручите работу, связанную с высокой физической нагрузкой.
 4. Демонстрируйте благожелательность, даже если Вы не согласны с пострадавшим, не обвиняйте его самого, а высказывайтесь по поводу его действий.
 5. Нельзя говорить: «Ты, почему вообще тут орешь?». Надо говорить: «Ты злишься, тебе хочется все разнести вдребезги. Давай вместе попробуем найти выход из этой ситуации».

Старайтесь разрядить обстановку смешными комментариями или действиями.

Агрессия может быть погашена страхом наказания:

- если нет цели получить выгоду от агрессивного поведения;
- если наказание строгое и вероятность его осуществления

велика.

3. *Попытка самоубийства (суицид).*

Человек может совершать конкретные действия, направленные на лишение себя жизни, или говорить о своих намерениях («я устал так жить»). Перед совершением попытки самоубийства человек может быть подавленным, либо наоборот, чрезмерно возбужденным. Пережитая катастрофа, потеря близкого (смерть, разлука), тяжелая болезнь, приведшая к инвалидности, все это может толкнуть человека на самоубийство.

Помощь: Детские и подростковые самоубийства могут быть абсолютно «беспочвенными» с точки зрения взрослых. Поэтому нужно реагировать на каждое высказывание ребенка о «плохой жизни». Человек, решивший свести счеты с жизнью, находится, как правило, в состоянии конфликта со всем окружающим миром. Важно, чтобы кто-то проявил по отношению к нему сочувствие. Слушать и соглашаться с тем, что говорит, стать своим, найти сложившейся ситуации, показать уникальность его жизненного опыта, попросить его о помощи, дать почувствовать, что он кому-то нужен. Вести разговор на том расстоянии, которое ему удобно. При первой же возможности обратиться за помощью к специалисту.

4. *Бред, галлюцинации.*

Критическая ситуация может обострить уже имеющееся психическое заболевание. Признаки:

Бред: ложные представления или умозаключения, в ошибочности которых пострадавшего невозможно разубедить.

Галлюцинации: пострадавший воспринимает объекты, которые в данный момент не воздействуют на соответствующие органы чувств

(слышит голоса, видит людей, чувствует запахи и прочее, которых нет на самом деле).

Помощь:

1. В этом случае необходимо обращаться за помощью к врачу-психиатру, медицинскому работнику, вызвать бригаду скорой психиатрической помощи.
2. До прибытия бригады следить за тем, чтобы пострадавший не навредил себе и окружающим. Убрать от него предметы, представляющие потенциальную опасность.
3. Перевести пострадавшего в уединенное место, не оставляя его одного.

Говорить с пострадавшим спокойным голосом. Соглашаться с ним, не пытаться переубедить его.

5. *Реакция бегства.*

Потрясение от критической ситуации может проявиться в виде двигательного возбуждения.

Признаки:

- резкие движения, часто бесцельные и бессмысленные действия;
- ненормально громкая речь или повышенная речевая активность (человек говорит без остановки, иногда абсолютно бессмысленно);
- часто отсутствует реакция на окружающих (на замечания, просьбы, приказы).

Нужно помнить, что пострадавший может причинить вред себе и другим. Двигательное возбуждение обычно длится недолго и может смениться нервной дрожью, плачем, а также агрессивным поведением.

Помощь: Человек перестает понимать, что происходит вокруг него, не в состоянии определить, где враги, а где помощники, где опасность, где спасение. Человек теряет способность

логически мыслить и принимать решения, становится похожим на животное, мечущееся в клетке: «я побежал, а когда пришел в себя оказалось, что не знаю, где нахожусь», или «я что – то делал, с кем – то разговаривал, но ничего не могу вспомнить».

1. Используйте прием «захват»: находясь сзади, засуньте свои руки пострадавшему под мышки, прижмите его к себе и слегка опрокиньте на себя.
2. Изолируйте пострадавшего от окружающих.
3. Массируйте пострадавшему «позитивные» точки, над надбровными дугами. Говорите спокойным голосом о чувствах, которые он испытывает: «тебе хочется что-то сделать, чтобы это прекратилось? Ты хочешь убежать, спрятаться от происходящего?».

Не спорьте с пострадавшим, не задавайте вопросов, в разговоре избегайте фраз с частицей «не», относящихся к нежелательным действиям («не беги», «не размахивай руками», «не кричи»).

6. При *истерике*:

- сохраняется сознание;
- чрезмерное возбуждение, множество движений, театральные позы;
- речь эмоционально насыщенная, быстрая, крики, рыдания.

- Помощь:*
1. Удалите зрителей, создайте спокойную обстановку. Оставайтесь с пострадавшим наедине, если это не опасно для Вас.
 2. Неожиданно совершите действие, которое может сильно удивить (можно дать пощечину, облить водой, с грохотом уронить предмет, резко крикнуть на пострадавшего).

3. Говорите с пострадавшим короткими фразами, уверенным тоном («выпей воды», «умойся»)

После истерики наступает упадок сил. Уложите пострадавшего спать, до прибытия специалиста наблюдайте за его состоянием. Не потакайте желаниям пострадавшего.

7. *Ступор* это:

- резкое снижение или отсутствие произвольных движений и речи;
- отсутствие реакций на внешние раздражители (шум, свет, прикосновения, щипки);
- «застывание» в определенной позе, оцепенение, состояние полной неподвижности;
- возможно напряжение отдельных групп мышц.

Ступор - одна из самых сильных защитных реакций организма. Происходит после сильнейших нервных потрясений, когда человек затратил столько энергии на выживание, что сил на контакт с окружающим миром уже нет. Ступор может длиться от нескольких минут до нескольких часов.

Помощь: Если не оказать помощь, пострадавший пробудет в таком состоянии достаточно долго, это приведет к его физическому истощению. Так как контакта с окружающим миром нет, пострадавший не заметит опасности и не предпримет действий, чтобы ее избежать. Необходимо любыми средствами добиться реакции пострадавшего, вывести его из оцепенения:

1. Согните пострадавшему пальцы на обеих руках и прижмите их к основанию ладони. Большие пальцы должны быть выставлены наружу.
2. Кончиками большого и указательного пальцев

массируйте пострадавшему точки, расположенные на лбу, над глазами ровно посередине между линией роста волос и бровями, четко над зрачками.

3. Ладонь свободной руки положите на грудь пострадавшего. Подстройте свое дыхание под ритм его дыхания.

Человек, находясь в ступоре, может слышать и видеть. Поэтому говорите ему на ухо тихо, медленно и четко то, что может вызвать сильные эмоции.

8. *Апатия* характеризуется:

- безразличным отношением к окружающему;
- вялостью, заторможенностью;
- медленной речью с большими паузами.

Апатия может возникнуть после длительной напряженной, но безуспешной работы; или когда не удалось кого-то спасти, попавший в беду погиб. Навалившееся ощущение такое, что не хочется ни двигаться, ни говорить: движения и слова даются большим трудом. В душе - пустота, безразличие, нет сил даже на проявление чувств.

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

Помощь: Если человека оставить без поддержки и помощи в таком состоянии, то апатия может перерасти в депрессию (тяжелые и мучительные эмоции, пассивность поведения, чувство вины, ощущение беспомощности перед лицом жизненных трудностей, бесперспективность и т.д.). *Помощь:*

1. Поговорите с пострадавшим. Задайте ему несколько простых вопросов, исходя из того, знаком он Вам или нет. («Как тебя зовут?», «Как ты себя чувствуешь?», «Хочешь есть?»).

2. Проводите к месту сбора (возможного места отдыха), помогите удобно устроиться (желательно снять обувь).
3. Возьмите пострадавшего за руку или положите свою руку ему на лоб.
4. Дайте пострадавшему возможность поспать или просто полежать.

Если нет возможности отдохнуть (происшествие на улице, в общественном транспорте, ожидание операции в больнице), то больше говорите с пострадавшим, вовлекайте его в любую совместную деятельность (выпить чай или кофе, помочь окружающим, нуждающимся в помощи).

9. *Внезапные слезы, плач.*

Помните, что не происходит эмоциональной разрядки, облегчения, если человек сдерживает слезы. Когда плач затягивается, внутреннее напряжение может принести вред физическому и психическому здоровью человека.

Помощь: Не оставлять одного. Установить с пострадавшим физический контакт (взять за руку, положить свою руку ему на плечо или спину, погладить по голове). Дать почувствовать, что Вы рядом. Применяйте приемы «активного слушания». Не старайтесь успокоить пострадавшего. Дайте ему возможность выплакаться и выговориться, «выплеснуть» из себя горе, страх, обиду. Не задавайте вопросов, не давайте советов.

10. *Неконтролируемая дрожь (нервный озноб).*

Реакция может продолжаться от нескольких минут до нескольких часов. Потом человек чувствует сильную усталость и нуждается в отдыхе. Если эту реакцию остановить, то напряжение останется внутри, в теле, и вызовет мышечные боли, а в дальнейшем может привести к развитию таких серьезных психосоматических заболеваний.

Помощь: При продолжающемся нервном ознобе нужно усилить дрожь. Взять пострадавшего за плечи и сильно, резко потрясите в течение 10-15 секунд. Продолжайте разговаривать с ним, иначе он может воспринять Ваши действия, как нападение. После завершения реакции необходимо дать пострадавшему возможность отдохнуть.

Нельзя:

- обнимать пострадавшего или прижимать его к себе;
- укрывать пострадавшего чем-то теплым;
- успокаивать, говорить, чтобы он взял себя в руки.

В процессе оказания первой помощи пострадавшему с соматическими травмами, выполнении манипуляций по спасению необходимо помнить о негативном влиянии на выживание, преодоление последствий травмы пессимистичных мыслей, эмоций, чувств. Важно учитывать личностные и возрастные особенности, уровень культуры, вероисповедание, социальный статус в общении с пострадавшими.

Кроме пострадавших, в катастрофическую ситуацию вовлечены спасатели. Среди самых простых и эффективных способов психологической поддержки выделяют следующие:

- 1) тактильные контакты – коснуться, похлопать по плечу и т.п.;
- 2) контакт глазами;
- 3) ободряющие слова;
- 4) шутки (без деструктивной критики).

Среди наиболее распространенных типов реакций спасателей выделяют:

1. *Беспокойство*

Вы хорошо тренированный спасатель. Вы ужасно заняты и не хотите останавливаться в работе. Вы беретесь за все и не можете сделать разницы, между тем, что действительно важно, а что нет.

Если никто не пытается успокоить Вас, это поведение может продолжаться в процессе всей операции. Если никто не успокаивает Вас и после, Вы вынуждены оставить работу.

Если же Вас успокаивают, то это поведение продолжается около 2 часов, и после этого Вы будете способны выполнять простые задания.

2. Реакция бегства.

Вы хорошо тренированный спасатель. Вы прекращаете что-либо делать и хотите убежать прочь от всех несчастий. Вы достаточно еще контролируете себя, чтобы попытаться убежать незаметно

Если никто не пытается успокоить Вас, удержать на месте, Вы уходите прочь. Не стоит работать во время дневного отдыха. Поговорите об этом с психологом или с друзьями вечером и попросите дать простые, но важные задания на следующий день.

3. Раздражительность

Вы хорошо тренированный спасатель. Внезапно, неожиданно для себя, Вы можете почувствовать бессилие, невозможность что-либо сделать, эффективность падает. Вы начинаете беспричинно сердиться на кого-то или на что-либо вокруг Вас. Вы в бешенстве и Вы ругаетесь.

Если никто не старается успокоить Вас, Вам надо уйти и уединиться где-нибудь. И это поведение продолжается примерно 10 минут, после чего Вы возвращаетесь к Вашей работе.

4. Истощение

Вы хорошо тренированный спасатель. Внезапно Вы ощущаете неспособность сделать даже один шаг. Вам хочется сесть, Вы пытаетесь восстановить свое дыхание. Все Ваши мускулы болят. Вы совершенно опустошены, любое «думанье» слишком тяжело для Вас.

Если никто не пытается Вас успокоить, эти чувства будут единственными. Вам следует остановиться в работе и идти отдыхать. Работать лучше начать лишь на следующий день и после хорошего сна.

5. Приставание к другим

Вы хорошо тренированный спасатель. Внезапно Вы чувствуете срочную потребность говорить. Вам настоятельно хочется поделиться тем ужасным, что Вы видели в процессе Вашей работы. Вы пристаёте к другим вновь и вновь, рассказывая снова и снова о том, что Вы видели, слышали

Если никто не пытается Вас успокоить, необходимо пойти куда-нибудь и отдохнуть. Вам не следует работать снова в этот день. Вечером поговорите с психологом.

6. Неспособность действовать правильно.

Вы хорошо тренированный спасатель. Внезапно, и Вы не знаете почему, Вы не можете нормально функционировать, чувствуете, Вы не можете вспомнить, что входит в Ваши задачи. Вы не знаете с чего начать делать что-либо полезное. Вы просите других о помощи, но в то же время не хотите показать, что не в состоянии хорошо работать.

Если никто не пытается успокоить Вас, это поведение длится примерно 10 минут. Потом появляется возможность работать относительно нормально. Возьмите себе простые задания, например, поискать чай или еду для Ваших коллег. Это тоже важное дело. Ваши друзья очень хорошо отнесутся к этому занятию.

7. Внезапные слезы, плач.

Вы хорошо тренированный спасатель. Внезапно Вы не знаете почему, Вы готовы разрыдаться (подрагивают губы, наблюдается ощущение подавленности, но в отличие от истерики нет возбуждения в поведении).

Слезы появляются безо всяких причин, хотя Вы можете очень сильно сдерживать их. Возникает чувство стыда за то, что с Вами происходит. Вы стараетесь уйти в спокойное место, прийти в себя.

Если никто не пытается Вас успокоить, это может продолжаться 5 минут. Потом Вы вновь сможете нормально функционировать.

8. *Сердцебиение.*

Вы хорошо тренированный спасатель. Внезапно вы можете ощутить боль в своей груди. Вы знаете, что со здоровьем у Вас все в порядке, но, тем не менее, Вы действительно испуганы и обеспокоены. Вы встревожены тем, что у Вас может начаться сердечный приступ. Вы стараетесь посидеть в спокойном месте.

Если никто не пытается успокоить и поддержать Вас, чувство боли продолжается примерно 15 минут. Вы не должны продолжать работу, следует сказать доктору, что вы нездоровы и вынуждены остановить работу.

9. *Отчаянье.*

Вы хорошо тренированный спасатель. Внезапно, и Вы не знаете почему, Вы не можете больше справляться с вашими чувствами. Вы идете куда-нибудь, в тихое место. Возможно, Вы чувствуете, что сейчас зарыдаете. Вы чувствуете отчаяние и опустошенность. Вы ощущаете головокружение, Вас пошатывает. Вам хочется присесть.

Если никто не пытается успокоить Вас, эти симптомы продолжаются и течение дневного отдыха. Поговорите с психологом.

10. *Неконтролируемая дрожь (нервный озноб).*

Вы хорошо тренированный спасатель. Внезапно Вы можете ощутить сильное дрожание всего тела или отдельных его частей (человек не может удержать в руках мелкие предметы, зажечь сигарету, налить чашку чая). Со стороны это выглядит так, будто человек замерз. По собственному желанию он не может прекратить подобную реакцию. Так организм «сбрасывает» напряжение.

Если никто не пытается Вас успокоить и поддержать, это поведение может продолжаться примерно 10 минут. Потом Вы сможете снова работать нормально.

Резюме

- Около 50 - 90% пострадавших после несчастья или серьёзного инцидента людей имеют клинические проявления острой стрессовой реакции (стрессовый шок).
- К общим клиническим проявлениям стрессовой реакции относится физическое напряжение, выраженная вегетативная дисфункция, изменение когнитивных функций, эмоциональные и поведенческие нарушения.
- Социальное отчуждение, сужение кругозора, неприятие точек зрения других, дезориентация, враждебность, вербальная агрессивность, отчаянье, чувство безнадежности, бесцельная сверхактивность, неконтролируемая скорбь, диссоциативный ступор или психогенная амнезия являются специфическими проявлениями стрессовой реакции.
- Экстремальные ситуации имеют легкую, умеренную и тяжелую степени воздействия в зависимости от наличия признаков специфических клинических проявлений.
- Общими принципами терапии выхода из кризиса после возникновения критической ситуации является осуществление помощи вблизи от места происшествия, неотложность помощи, простота проводимых мероприятий и поддержание у пострадавших надежды на разрешение критической ситуации.
- ЧС вызывает различный спектр чувств у различных групп пострадавших, что отражается на особенностях оказания спасателями экстренной психологической помощи.
- Экстремальные ситуации оказывают воздействие как на пострадавших, так и на спасателей, вызывая у них различные реакции, требующие психологической помощи.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Рассмотрите клинические признаки течения психогенной реакции.
2. Сформулируйте общие клинические проявления стрессовой реакции.
3. Перечислите специфические проявления стрессовой реакции.
4. Охарактеризуйте степени тяжести воздействия экстремальной ситуации.
5. Раскройте основные подходы к дифференциальной диагностике проявления признаков стрессовой ситуации.
6. Рассмотрите общие принципы терапии выхода из кризиса после возникновения критической ситуации.
7. Разберите основные правила лечения при наличии признаков стрессового расстройства.
8. Расскажите алгоритм действий медицинского персонала после произошедшего чрезвычайного события.
9. Раскройте алгоритм действий психологической службы после чрезвычайной ситуации.
10. Раскройте правила первой психологической помощи пострадавшим в ЧС.
11. Охарактеризуйте психологическую помощь умирающим людям.
12. Установите особенности оказания экстренной психологической помощи детям различных возрастов.
13. Рассмотрите особенности оказания помощи пожилым людям.
14. Разберите реакции пострадавших и спасателей, установив мероприятия по экстренной психологической помощи.

6.2. Методы психофизиологической регуляции.

6.2.1. «Методика психофизиологического восстановления»

«Методика психофизиологического восстановления» разработана Э. Джекобсоном. Одним из самых энергоемких процессов у человека в период активности является нервное напряжение, которое порождает мышечное.

Существуют различные способы снижения уровня нервного напряжения. Лечебный эффект, основанный на действии релаксации, заключается в достижении состояния покоя и отдыха (нервно-психической релаксации), ведущим к восстановлению сил и энергии.

Грудная клетка Расслабление следует начинать с мышц грудной клетки, чтобы почувствовать, как дыхание становится свободным. Сделайте очень-очень глубокий вдох.

Попытайтесь вдохнуть весь воздух, который вас окружает. Задержите воздух. Теперь выдохните весь воздух из легких выдохом расслабьтесь, сбросьте напряжение, возвратитесь к нормальному дыханию. Запомните эти ощущения напряжения и расслабления. Попытайтесь сосредоточиться на разнице ощущений, чтобы с большим успехом повторить все снова (между упражнениями паузы в 5-10 секунд).

Нижняя часть ног Поставьте обе ступни плотно на пол. Теперь оставьте пальцы ног на полу и поднимите обе пятки так высоко, насколько это возможно. Задержите их в таком положении, с выдохом расслабьте.

Пусть они мягко упадут на пол. Вы должны были почувствовать напряжение в икрах. При расслаблении можно почувствовать покалывание в икрах, некоторую тяжесть, что соответствует расслабленному состоянию.

Следующее упражнение. Оставьте обе пятки на полу, а пальцы поднимите как можно выше, стараясь достать ими до потолка. Задержите их, с выдохом расслабьтесь. Вы можете почувствовать покалывание в ступнях (пауза 20 секунд).

Бедра и живот Теперь сосредоточьтесь внимание на мышцах бедер. Надо вытянуть прямо перед собой обе ноги. Если это неудобно, то можно вытягивать по одной ноге.

Икры не должны напрягаться. Задержитесь в этом состоянии. И расслабьтесь. Пусть ноги мягко упадут на пол. Вы должны почувствовать напряжение в бедрах. Чтобы расслабить противоположную группу мышц, представьте, что Вы на пляже зарываете пятки в песок. Теперь в верхней части Ваших ног должно чувствоваться расслабление. Сосредоточьтесь на этом ощущении (пауза 20 секунд).

Кисти рук Сначала одновременно обе руки очень крепко сожмите в кулаки. Сожмите вместе оба кулака настолько сильно, насколько это возможно. Задержите. И расслабьтесь.

Это прекрасное упражнение для тех, чьи руки устали от письма в течение всего дня. Для того чтобы расслабить противоположную группу мышц, нужно просто развести пальцы настолько широко, насколько это возможно (пауза 20 секунд).

Плечи Данное упражнение состоит в пожимании плечами в вертикальной плоскости по направлению к ушам, при этом мысленно старайтесь достать до мочек ушей плечами. Поднимите плечи. Задержите. И расслабьтесь (пауза 20 секунд).

Лицо Начнем со рта. Улыбнитесь настолько широко, насколько это возможно. Это должна быть «улыбка до ушей». Задержите. И расслабьтесь.

Для расслабления противоположной группы мышц сожмите губы вместе, будто хотите кого-то поцеловать. Задержите. И расслабьтесь.

Теперь надо очень крепко закрыть глаза. Представьте, что в глаза попал шампунь. Зажмурьте глаза очень крепко. Задержите. И расслабьтесь.

Последнее упражнение заключается в том, чтобы максимально высоко поднять брови. Глаза должны быть при этом закрыты. Задержите. И расслабьтесь (пауза 15 секунд).

Заключительный этап Сейчас Вы расслабили большинство основных мышц Вашего тела. Чтобы была уверенность в том, что все они действительно расслабились, следует в обратном порядке перечислять мышцы, которые напрягали, а затем расслабили.

По мере того, как их называют, старайтесь расслаблять их еще сильнее. Вы почувствуете еще большее расслабление, как теплая волна проникающее в Ваше тело. Начиная со лба, Вы чувствуете еще большее расслабление, затем оно переходит на глаза и ниже на щеки. Вы чувствуете тяжесть расслабления, охватывающего нижнюю часть лица, затем оно опускается к плечам, на грудную клетку, предплечья, живот, кисти рук. Еще больше расслабляются Ваши ноги, начиная с бедер, достигая икр и ступней. Вы чувствуете, что Ваше тело стало очень тяжелым, очень расслабленным. Это приятное чувство. Задержите эти ощущения и насладитесь чувством расслабления, покоя и отдыха (пауза 2 минуты).

6.2.2. Медитация Медитация — замечательный способ управления стрессом, а также источник позитивных эмоций у

человека. С помощью медитации можно устранить даже пищевые расстройства. Лучше всего медитировать в тишине и комфорте.

Сядьте в кресло так, чтобы ягодицы находились перпендикулярно его спинке, ступни слегка выдвинуты, а руки свободно лежали на подлокотниках или на коленях. Расслабьтесь как можно лучше, но не пытайтесь расслабиться. Просто станьте пассивным и сконцентрируйтесь на дыхании. Позвольте жизни идти своим чередом. Если Вы смогли расслабиться, это хорошо, если нет, то примите это как факт.

Закройте глаза и произносите про себя слово «раз» с каждым вдохом и слово «два» с каждым выдохом. Не пытайтесь сознательно изменить или проконтролировать ритм своего дыхания, дышите естественно. *Продолжайте это занятие в течение двадцати минут.* Лучше, медитировать дважды в день по двадцать минут.

Когда Вы закончите медитацию, позвольте телу приспособиться к нормальным рутинным условиям. Открывайте глаза постепенно, фокусируя взгляд сначала на одном объекте, находящемся в комнате, затем на нескольких. Вздохните глубоко несколько раз. Потянитесь, сидя в кресле, потом, когда почувствуете, что уже готовы соприкоснуться с реальностью, встаньте и снова потянитесь. Если Вы сразу сорветесь с места после окончания медитации, то вскоре почувствуете усталость, и чувство расслабленности исчезнет. Так как в процессе медитации ваше артериальное давление снизилось и сердцебиение замедлилось, слишком быстрое вставание с кресла может вызвать головокружение и потому не рекомендуется. Если Вы испытываете дискомфорт, у вас кружится голова, возникают галлюцинации или видения, просто откройте глаза и прекратите медитацию. Такие ситуации редки, хотя иногда и случаются.

Рекомендации.

1. Время сразу после пробуждения и перед обедом - лучшее для

медитации. Не медитируйте сразу после еды. После приема пищи кровь приливает в область желудка, поскольку она участвует в процессе переваривания. А так как прилив крови к конечностям рук и ног — часть реакции релаксации, кровь, собранная в районе желудка, не сможет участвовать в процессе релаксации. Именно поэтому желательно медитировать непосредственно перед завтраком или перед обедом.

2. Медитация способствует замедлению процесса обмена веществ. Кофеин - это стимулятор. Он содержится в кофе, чае, коле и некоторых других напитках. Вам необходимо расслабиться, а не взбодриться. Поэтому не рекомендуется употреблять эти напитки перед медитацией. Точно так же вы не должны курить перед медитацией (никотин - это тоже стимулятор) или принимать иные стимулирующие вещества.
3. Голову держите, как хотите. Некоторые предпочитают держать ее прямо, некоторые откидывают на спинку кресла или позволяют ей упасть на грудь.
4. Если двадцать минут истекли, прекратите медитацию, если нет - продолжайте. Смотреть на часы каждые две-три минуты не рекомендуется, однако посмотреть на них 1 – 2 раза не возбраняется. Через некоторое время после того, как Вы начнете практиковать медитации, у Вас появятся «встроенные» часы; они дадут знать, когда время истекло.
5. Ни в коем случае не ставьте будильник. Вы будете слишком расслаблены, а звонок приведет вас в чувство слишком резко. Также отключите телефон или просто снимите трубку, чтобы не было звонков.
6. Вы не сможете долго концентрироваться на дыхании из-за других мыслей. Вы задумаетесь о своих проблемах, предчувствиях и других

заботах. Это нормально. Однако когда вы вдруг поймете, что задумываетесь о другом и не концентрируетесь на дыхании, мягко вернитесь к повторению слов «один» и «два» соответственно на каждый вдох и выдох.

7. Просто расслабьтесь и получайте удовольствие. Ваши проблемы никуда не денутся, и Вы сможете вернуться к ним позже. Единственное, что способно измениться, это ваше отношение к ним: возможно, после медитации они станут меньше Вас пугать.

6.2.3. Аутогенная тренировка

Способ самовнушения и мышечной релаксации, позволяющий регулировать свое психическое состояние. Этот метод заимствован немецким психиатром И. Шульце у индийских йогов и адаптирован к европейским условиям.

Его фундаментальные описания даны в трудах Э. Джекобсона, Н. Линдемана, Г. Миллер-Хегемана, Г. Персиваля, а из отечественных ученых — Г. С. Беляева, В. И. Евдокимова, В. С. Лобзина, В. Л. Марищука, М. М. Решетникова, Д. И. Шпаченко и др.

Аутогенная тренировка (АТ) - это метод самовнушения, при котором первоначально достигается расслабление тонуса мускулатуры (релаксация), затем в этом состоянии проводятся самовнушения, направленные на те или иные функции организма. Аутогенная тренировка - может рассматриваться как метод лечения и как метод профилактики различного рода неврозов и функциональных нарушений в организме. Она может служить весьма действенным средством психогигиены и эффективным средством управления психикой человека в трудных условиях деятельности.

Классическая методика аутогенной тренировки делится на две ступени: 1-я, или начальная (АТ-1) и 2-я, или высшая (АТ-2).

Перед началом упражнений в доступной форме раскрываются физиологические основы метода и эффект, ожидаемый от выполнения того или иного упражнения. Полезно с самого начала ознакомить клиента с планом тренировок. Сеансы самовнушения проводятся 3 - 4 раза в день. Первые три месяца длительность каждого сеанса не превышает 1 - 3 минуты, затем время их несколько увеличивается (АТ-2), но не превышает 30 минут. Тренировкой можно заниматься в любое время дня.

Первые сеансы желательно проводить в теплом, тихом помещении, при неярком свете. В дальнейшем занимающийся в состоянии не обращать внимания на посторонний шум. При подаче формулы (команды или самоприказания) о появлении чувства тяжести в руке следует представить, что рука наполняется свинцом или удерживает гирю, при команде почувствовать тепло в руке (ноге, в мышцах живота и др.) следует представить, что рука находится в горячей воде или, например, рядом стоит раскаленный утюг.

Эффект АТ в существенной мере возрастает, если предварительно освоена саморегуляция мышечного тонуса. При этом следует иметь в виду, что положительных результатов достичь очень трудно, если сам участник АТ не стремится овладеть данной методикой.

В начале аутогенной тренировки важно усвоить исходные позы. Основной позой является поза кучера. Суть ее состоит в том, чтобы ноги, несколько вытянутые вперед, не испытывали нагрузки, а тело и голова удерживались в основном не за счет мышц, а благодаря удобной позе.

Все формулы произносятся спокойным и ровным голосом. Между формулами следует делать интервалы по 7 - 10 секунд, чтобы успеть прочувствовать слова формулы, создать соответствующие чувственные образы. Если применяется функциональная музыка, слова формулы и мысленное их воспроизведение осуществляют в ритме музыки.

АТ-1 На первом этапе обучения необходимо овладеть 6

упражнениями. На тренировку каждого требуется примерно 10-15 дней. После этого наступает 2-й этап обучения (АТ-2), который длится не менее 6 месяцев. Полный курс аутогенной тренировки рассчитан на 9-12 месяцев.

Во время занятий важно придать телу удобное положение, исключая какое-либо мышечное напряжение.

1. Вызывание ощущения тяжести. Мысленно повторяют: «Я совершенно спокоен (спокойна)» (1 раз); «Моя правая (левая) рука тяжелая» (6 раз); «Я спокоен (спокойна)» (1 раз). После 4-6 дней упражнений ощущение тяжести в руке становится отчетливым.

Далее таким же образом чувство тяжести вызывается в обеих руках, в обеих ногах, во всем теле. Каждое упражнение должно начинаться и заканчиваться формулой: «Я спокоен (спокойна)».

2. Вызывание ощущения тепла. Мысленно повторяют: «Я спокоен (спокойна)» (1 раз); «Мое тело тяжелое» (1 раз); «Моя правая (левая) рука теплая» (6 раз). В последующем внушение тепла распространяется на вторую руку, ноги, все тело. Переходят к формуле: «Обе руки теплые... обе ноги теплые... все тело теплое»

В дальнейшем 1-е и 2-е упражнения объединяются одной формулой: «Руки и ноги тяжелые и теплые». Упражнение считается освоенным, если ощущение тяжести и тепла в теле вызывается легко и отчетливо.

3. Регуляция ритма сердечной деятельности. Упражнение начинается с формулы: «Я спокоен (спокойна)». Затем последовательно вызывается ощущение тяжести и тепла в теле. Клиент кладет свою правую руку на область сердца и мысленно произносит 5-6 раз: «Мое сердце бьется спокойно, мощно и ритмично». Предварительно клиенту рекомендуется научиться мысленно считать сердцебиение. Упражнение считается освоенным, если удастся влиять на силу и ритм сердечной деятельности

4. Регуляция дыхания. Используется примерно следующая формула внушения: «Я спокоен (спокойна) ... мои руки тяжелые и теплые... мое сердце бьется сильно, спокойно и ритмично... Я дышу спокойно, глубоко и равномерно». Последняя фраза повторяется 5-6 раз. В последующем формула сокращается: «Я дышу спокойно»

5. Влияние на органы брюшной полости. Клиенту предварительно разъясняется локализация и роль солнечного сплетения в нормализации функции внутренних органов. Вызываются последовательно такие же ощущения, как при упражнениях 1-4, а затем мысленно 5-6 раз повторяют формулу: «Солнечное сплетение теплое... оно излучает тепло»

6. Вызывание ощущения прохлады в области лба. Вначале вызываются ощущения, описанные в упражнениях 1-5. Затем мысленно 5-6 раз повторяют формулу: «Мой лоб прохладен». По мере освоения упражнений формулы самовнушения могут сокращаться: «Спокоен (спокойна)... Тяжесть... Тепло... Сердце и дыхание спокойны... Солнечное сплетение теплое... Лоб прохладный»

После выполнения упражнения клиентам рекомендуется спокойно отдыхать в течение 1-2 минут, а затем вывести себя из состояния аутогенного погружения. Для этого дают себе мысленную команду: «Согнуть руки (2 - 3 резких сгибательных движения в локтевых суставах), глубоко вдохнуть, на вдохе открыть глаза».

Приведенные 6 упражнений низшей ступени являются подготовительными и позволяют в основном воздействовать на вегетативную нервную систему.

АТТ – 2. К высшей ступени аутогенной тренировки относятся упражнения, цель которых заключается в тренировке процессов воображения (со способностью к визуализации представлений) и нейтрализации аффективных переживаний. В основе упражнений высшей ступени аутогенной тренировки лежит медитация.

1. *Медитация на цвете.* После исполнения 6 упражнений низшей ступени клиент, не меняя позы, мысленно концентрирует свое сознание на образах характерного цвета: заснеженные горные вершины, зеленый луг. Во время упражнений клиент должен стремиться удерживать в сознании представление о цвете, а не о формах предметов. Упражнение повторяется до появления умения визуализировать цветные образы

2. *Медитация на образе определенного цвета.* Цель упражнения заключается в целенаправленном вызывании определенных цветовых представлений. Одновременно тренируются ассоциации цвет - ощущения. Например, фиолетовый - чувство покоя и т.д.

3. *Медитация на образе.* Цель упражнения - научиться произвольно визуализировать конкретный предмет или образ. Это может быть цветок, ваза, человек. Критерием успешности тренировки является целенаправленная визуализация самого себя

4. *Медитация на абстрактной идее.* Сущность упражнения заключается в вызывании образных эквивалентов таких абстрактных понятий, как свобода, надежда, радость, любовь и т.п. Образные эквиваленты подобных абстрактных понятий у всех людей сугубо индивидуальны

5. *Медитация на эмоциональном состоянии.* В процессе упражнений осуществляется переход к проекции визуализированных образов на себя, на собственные переживания. В качестве примера можно использовать медитацию ощущения при виде гор. Фокус воображения должен быть направлен не на конкретный объект или пейзаж (море, горы), а на ощущения, которые возникают при их созерцании

6. *Медитация на человеке.* Сначала воображение концентрируется на незнакомом, а потом - на знакомом человеке. Основная задача упражнения состоит в том, чтобы научиться «освободиться» от субъективных установок и эмоциональных переживаний по отношению к знакомым образам, сделать эти образы «нейтральными»

7. *«Ответ бессознательного».* Овладев способностью к визуализации образов, клиент сам себе задает вопросы, а ответы на них получает в виде спонтанно возникающих образов, которые потом интерпретируются

В тех случаях, когда с помощью АТ ставится задача облегчить засыпание, добавляется несколько формул, направленных на ощущение расслабления и тепла в мышцах лица: тепла в затылке и в мышцах шеи, тепла в пальцах, а также ощущение сонливости, тяжести в веках. Помимо формул, способствующих снятию излишнего психического напряжения, существуют и формулы, способствующие мобилизации организма. Мобилизующие формулы следует сопровождать бодрой, ритмичной музыкой.

6.2.4. Техники успокоения Автор и разработчик программы улучшения здоровья и физической подготовки Роберт Купер описывает релаксационную технику, которая помогает вызвать реакцию релаксации за несколько секунд.

Осознание Это фокусирование внимания на настоящем моменте, бытии здесь и сейчас. Вместо того чтобы думать о том, что, если или если только, сфокусируйтесь на том, что есть.

Противоположное состояние - бессознательность - это игнорирование настоящего, так как внимание направлено больше на цель, нежели на текущие переживания. Бессознательность проявляется тогда, когда вы идете «на автопилоте» и внезапно вы оказываетесь на месте, не понимая, как добрались до него. Некоторые люди подходят к концу жизни, не пережив по-настоящему весь жизненный путь.

Процесс осознания включает четыре ключевых момента (рис. 6.4):

1. *На что я направлен(а) в данный момент?* В своей ежедневной практике сознательности вы можете использовать дыхание в качестве объекта направленности. Другие потенциальные объекты - составление отчета, прием клиента, чтение книги на ночь ребенку. Постарайтесь ответить на вопрос: «Зачем я здесь?» Снова и снова возвращайтесь к своему объекту - полезно для практики.



Рис. 6.4. Ключевые моменты процесса осознания

2. *Обратите внимание на свои мысли, чувства, ощущения.* Когда ваши мысли потекут спокойно и непринужденно, остановитесь и задайте себе вопросы:
 - На чем в данный момент сосредоточено мое внимание и сознание?
 - О чем я думаю? (О прошлом или будущем, строю планы, беспокоюсь)
 - Что я чувствую? (Комфорт, дискомфорт, эмоции не выражены)
 - Что я ощущаю? (Вижу, слышу, вдыхаю, к чему прикасаюсь)
 - Какие ощущения в моем теле? (Напряжение, дискомфорт, какое дыхание)
3. *Обратитесь к настоящему моменту, сосредоточившись на дыхании.* Не пытайтесь его изменить, просто понаблюдайте за вдохами и выдохами и вернитесь к объекту направленности в данный момент.
4. *Повторите эти шаги столько раз, сколько нужно,* чтобы вернуться к настоящему моменту.

Хорошо практиковать процесс осознания ежедневно, а дыхание использовать в качестве объекта сосредоточения для достижения сознательности. Тихое место и свободное время помогут в этом процессе, который со временем вы научитесь практиковать в любых условиях.

*Рефлекс
успокоения*

Психолог Чарльз Стребель разработал релаксационную технику, которая позволяет мгновенно расслабиться. Ч. Стребель утверждает, что с практикой рефлекс успокоения может проявиться почти мгновенно. Каким бы трудным это ни показалось, но, регулярно практикуясь, можно проходить эти шесть ступеней за шесть секунд.

Для практики нужно (рис. 6.5):

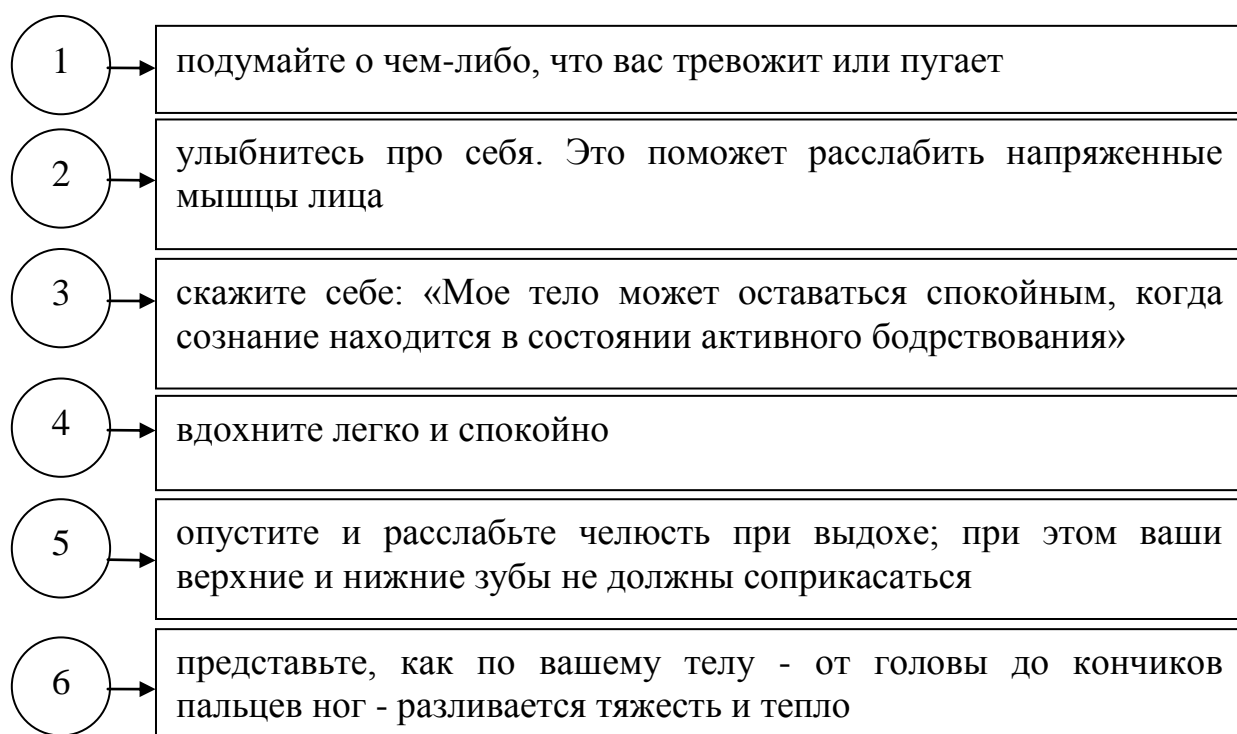


Рис. 6.5. Техника «Рефлекс успокоения»

*Мгновенное
успокоение*

Мгновенное успокоение основывается на убеждении Купера о том, что лучший способ справиться со стрессом - умение распознавать первые признаки стрессовой реакции и немедленно отреагировать на них. Техника состоит из пяти шагов (рис. 6.6).

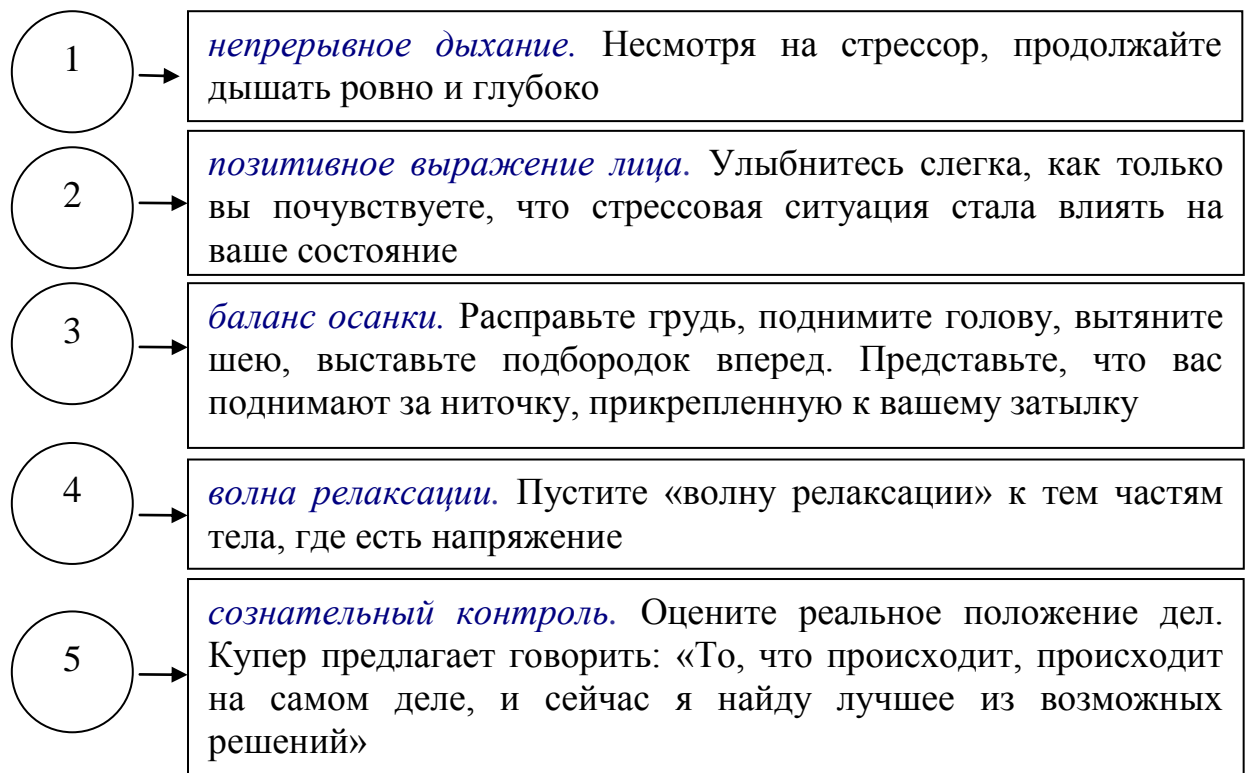


Рис. 6.6. Техника мгновенного успокоения

6.2.5. Идеомоторная тренировка

Поскольку любое мысленное движение сопровождается микродвижениями мышц, то имеется возможность совершенствования навыков действий без их реального выполнения. По своей сути идеомоторная тренировка это мысленное проигрывание предстоящей деятельности.

Этот метод требует серьезного отношения, способности к сосредоточению, мобилизации воображения, умения не отвлекаться на протяжении всей тренировки.

Психологу, проводящему данную тренировку необходимо до ее начала четко представлять разыгрываемую ситуацию или действие. Можно даже заранее составить текст описания ситуации. Обратив особое внимание на создание эмоционального фона.

При проведении идеомоторной тренировки рекомендуется соблюдать следующие принципы (рис. 6.7):

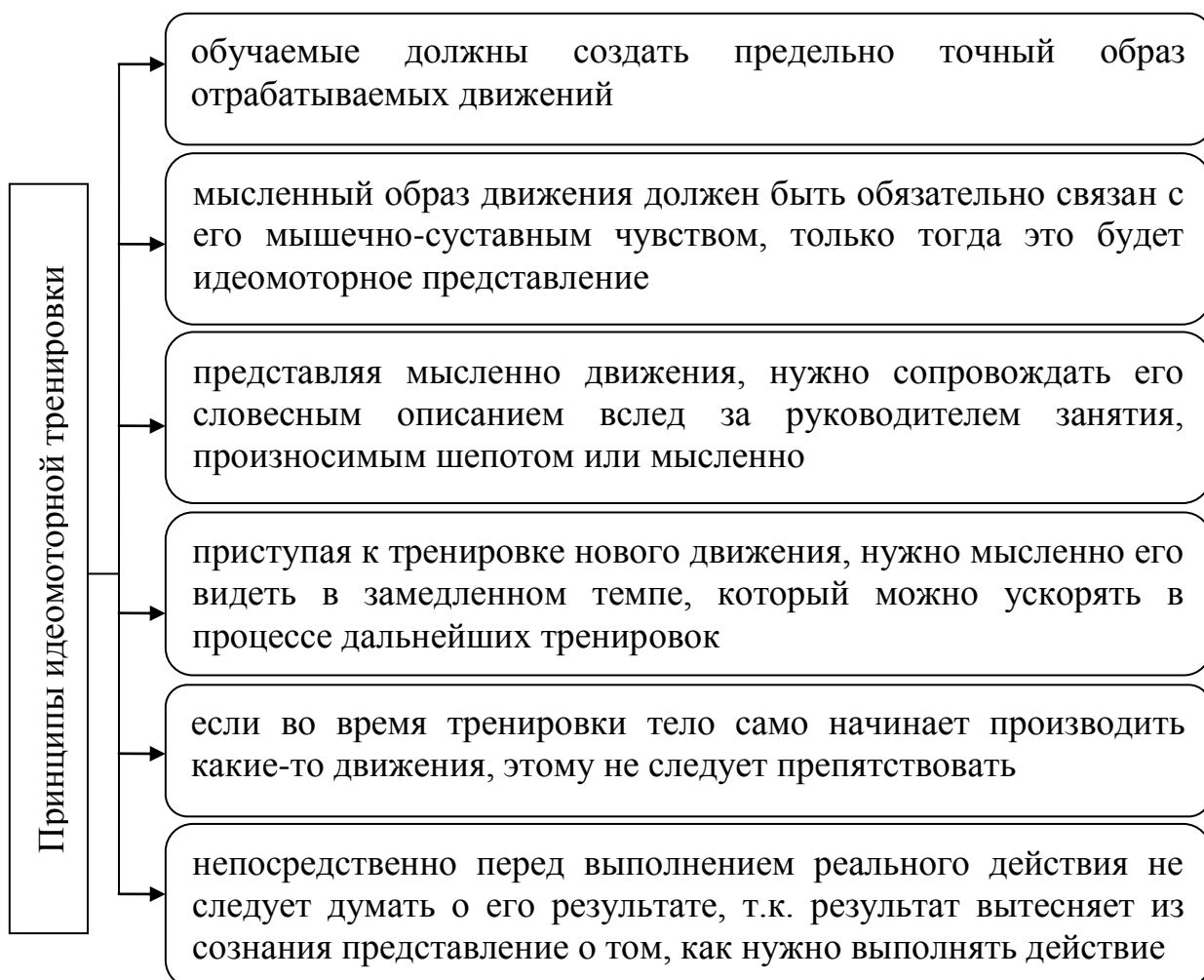


Рис. 6.7. Принципы идеомоторной тренировки

В начале тренировки можно порекомендовать обучаемым расслабить мышцы, использовать нижнее дыхание и погрузиться в спокойное, слегка дремотное состояние. После этого психолог приступает к описанию ситуации.

Идеомоторная тренировка будет способствовать снижению воздействия фактора новизны, что приводит к более быстрому овладению новыми навыками, формированию образа предстоящих действий и повышает уровень психологической готовности к ним.

6.2.6. Управление ритмом дыхания

Еще одним методом психической саморегуляции является метод управления ритмом дыхания. Полное дыхание йогов является основой всех дальнейших упражнений для регуляции дыхания. Остальные упражнения - это только расширение или вариации данного метода.

В полном дыхании условно выделяют три стадии: верхнее, среднее (или реберное) и нижнее (или брюшное) дыхание. Соединение их в один дыхательный акт и есть полное дыхание йогов. Упражнение можно выполнять стоя, сидя или лежа.

Верхнее дыхание

Сосредоточившись на верхней части грудной клетки и верхушке легких, вы, медленно поднимая ключицы и плечи, вдыхаете через нос и заполняете верхнюю часть легких. При выдохе вы медленно опускаете ключицы и плечи, выпуская воздух из легких через нос. При верхнем дыхании живот и средняя часть грудной клетки остаются без движения.

Среднее дыхание

Сосредоточьтесь на ребрах. Усилением межреберных мышц грудная клетка расширяется, и вы вдыхаете воздух в среднюю часть легких. Грудь при этом поднимается вверх и вперед, а живот и плечи остаются неподвижными. Выдох: вначале, расслабив грудную клетку, свободно выпускаете воздух из легких, а затем с небольшим усилием сокращаете межреберные мышцы и выдыхаете остатки воздуха.

Нижнее дыхание

Сосредоточьтесь на области средней части живота. С выдохом вы сокращаете мышцы живота, приближая их к

позвоночнику. Затем, расслабляя мышцы живота и диафрагму, медленно вдыхаете воздух через нос, все больше наполняя нижнюю часть легких воздухом. Ваш живот выпячивается волнообразным движением. Выдох достигается активным сокращением мышц живота с их втягиванием по направлению к позвоночнику. При нижнем дыхании грудная клетка остается неподвижной.

*Полное
дыхание*

Объединяет в себе в едином движении сначала нижнее, затем среднее и, наконец, верхнее дыхание. Каждая составляющая выполняется на 6 - 8 - 10 - 12 мысленных счетов. Вначале расслабляются диафрагма и брюшные мышцы, живот выпячивается вперед. Воздух поступает в нижнюю часть легких.

Затем вы расширяете грудную клетку, поднимаете ее вверх и вперед, заполняя среднюю часть легких и, наконец, поднимая ключицы и плечи, вдыхаете воздух в верхнюю часть легких. Все это делается одним волнообразным движением. При последнем движении верхняя часть живота несколько втягивается. После того как сделан полный вдох, дыхание задерживается на 5 - 15 секунд (регулярная задержка на более длительное время – 30 - 60 секунд — не рекомендуется).

Выдох выполняется также одним движением за 2 - 5 секунд. Одновременно расслабляются диафрагма, мышцы живота и ребер, опускаются ключицы и плечи. Воздух свободно выходит из легких через нос или рот. В конце выдоха мышцы живота активно сокращаются и подтягиваются к позвоночнику. Несколько секунд задержка, и дыхательный цикл повторяется в том же порядке.

Следует добиться спокойного продолжительного вдоха и свободного выдоха, избегая прерывистого дыхания. Чтобы усвоить это упражнение, рекомендуется, стоя перед зеркалом, положить руки на живот и

попробовать выполнить нижнее дыхание, а затем среднее и верхнее, при этом наблюдая свои движения в зеркале и внося необходимые коррективы.

При выполнении полного дыхания рекомендуется представить себе, что при вдохе в организм поступает свежий оздоровительный воздух, который вызывает ясность мыслей и хорошее настроение, при выдохе — удаляется все плохое, вредное для организма.

Полное дыхание в движении Вы идете ровным и спокойным шагом, голова и подбородок несколько приподняты, плечи слегка отведены назад. На 6-10 шагов или мысленных счетов делайте полный вдох, 6-10 — задерживайте дыхание, а затем на 2-5 — свободный выдох с втягиванием мышц живота. Так повторяете 20-30 раз.

Между отдельными вдохами можно делать перерыв. Это упражнение следует повторять сначала 2-3, а затем 3-4 раза в день, прогуливаясь на свежем воздухе. Выполняйте упражнение, пока не почувствуете усталость. Отдохните и вновь продолжайте, пока это доставляет вам удовольствие.

Полное дыхание и мышечная работа Данное упражнение целесообразно использовать в перерывах между напряженной умственной или другой «сидячей» работой, утром сразу после сна и в других случаях, когда требуется поднять тонус нервно-психической деятельности, повысить содержание кислорода в крови, улучшить работоспособность.

Встаньте прямо, ноги на ширине плеч. Сделайте 2-3 полных дыхания, затем вдох на 75-80% и задержите дыхание. Медленно (3 - 5 секунд) поднимите прямые руки на уровень плеч, напрягите мышцы рук и груди, сожмите кулаки. Далее на протяжении 20 - 30 секунд выполняйте энергичные повороты туловища и рук поочередно вправо — влево на 90° от исходного положения. Когда почувствуете усталость и желание выдохнуть, остановитесь и одновременно с расслаблением мышц рук и

вялым опусканием их вдоль тела сделайте свободный мощный выдох, отдохните 1 - 2 минуты и повторите упражнение.

Вместо напряжения мышц рук и поворотов туловища можно растягивать эспандер или, наступив на него ногой, сгибать руки в локтевых суставах, приближая их к плечам.

Если вы поймали себя на мысли, что ваши поведение, речь, движения и т. д. выходят за принятые рамки, сделайте незаметно для собеседника 2 - 3 расслабленных вдоха и выдоха. Во-первых, это временно выключит вас из беседы и соответственно успокоит, во-вторых, глубокое дыхание приводит к растяжению диафрагмы и возбуждению нерва, который регулирует (замедляет) сердечные сокращения.

Успокаивающий тип дыхания Используется для нейтрализации избыточного возбуждения после стрессовых ситуаций и для снятия нервного перенапряжения. Первый этап этого дыхательного упражнения характеризуется постепенным удлинением выдоха до продолжительности удвоенного вдоха.

Во время второго этапа несколько удлиняются вдох и выдох. Удлинять любую фазу дыхания более чем до счета 10 не рекомендуется, так как в этом случае дыхание становится затрудненным. На третьем этапе вдох постепенно удлиняется до тех пор, пока не становится равным выдоху. В ходе четвертого этапа продолжительность фазы дыхания возвращается к исходной величине.

6.2.7. Массаж и акупрессура

Массаж способствует релаксации напряженных мышц. Существуют разные формы массажа (рис. 6.8). Наиболее популярен акупрессурный массаж - это давление на точки, где чаще всего появляются

узлы и очаги напряжения.

Хотя для массажа можно использовать любой предмет, чаще всего давление на точки осуществляется руками. Чтобы правильно использовать акупрессу, необходимо знать расположение точек.

При массаже, в противоположность акупрессуре, применяются разогревающие лосьоны и различные техники. Делая массаж, вы должны помнить, что нельзя давить прямо на позвоночник - только по сторонам, а также сильно давить на шею и участок внизу шеи.

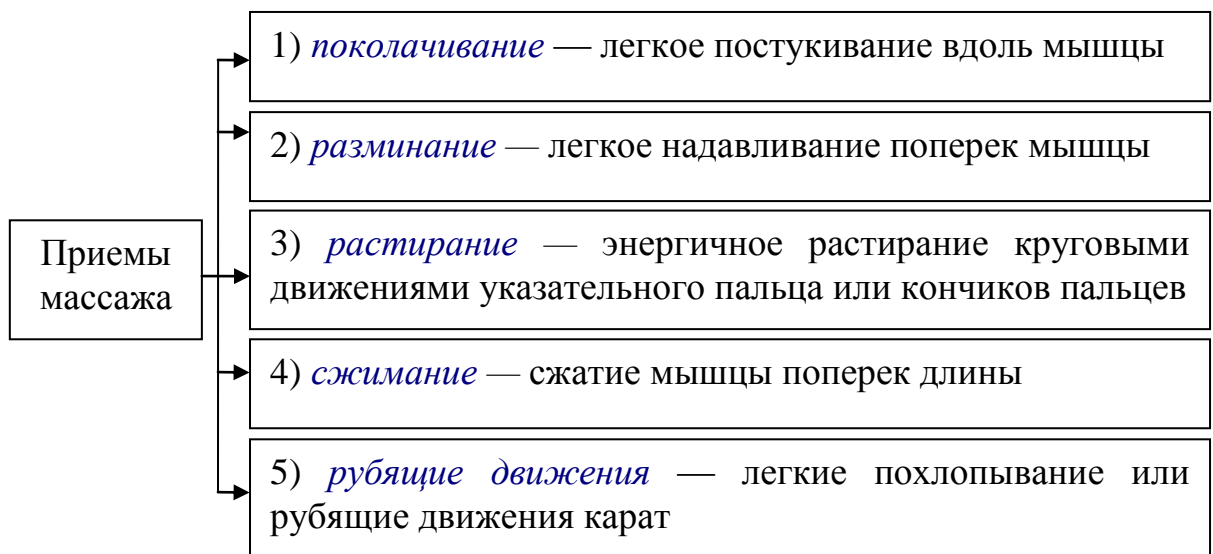


Рис. 6.8. Основные приемы массажа (Гринберг Д., 2004)

Доказано, что массаж способствует улучшению состояния здоровья. Он снижает тревожность и влияние стресс-факторов, помогает детям с СДВГ (синдром дефицита внимания и гиперактивности) успокоиться, способствует излечению булимии у подростков, а также стимулирует рост, помогает снизить боль, уменьшить депрессию и улучшить функции иммунной системы.

6.2.8. Арома- фитозергономика

Метод воздействия на психическое, эмоциональное и функциональное состояние человека с помощью растительных ароматов (табл. 6.2).

Облегчение течения болезней с помощью ароматических масел

<i>Заболевания</i>	<i>Растения</i>
<i>Нейроциркуляторная дистония</i>	Розмарин, левея, лимон, герань, мелисса, душица, вербена, шалфей, эвкалипт
<i>Бессонница, депрессии</i>	Лаванда, ромашка, чабрец, иланг-иланг, левея, пихта, нероли, мирра, сандал, ветивер, береза, базилик, майоран, мелисса
<i>Раздражительность, неврозы, детская гипервозбудимость, страхи, нервная анорексия</i>	Душица, мимоза, мелисса, мята, валериана, имбирь, пихта, ирис, чабрец, мирра, анис, кориандр, базилик, корица, герань, нероли, мускат, масло семян моркови, туя
<i>Изжога, язвенная болезнь желудка</i>	Каяпут, лаванда, шалфей, роза, имбирь, сандал, душица, мята
<i>Метеоризм, кишечные колики, колит, заболевания прямой кишки</i>	Гвоздика, кориандр, апельсин, грейпфрут, анис, фенхель, валериана, лаванда, мята, мелисса, ваниль, ромашка, кипарис
<i>Геморрой</i>	Кипарис, масло семян моркови, береза, иссоп, каяпут, герань, сосца, туя, роза
<i>Заболевания печени, желчекаменная болезнь</i>	Масло семян моркови, лимон, грейпфрут, апельсин, мандарин, береза, нероле, розмарин, мята, фенхель, анис
<i>Заболевания поджелудочной железы, сахарный диабет</i>	Эвкалипт, лимон, масло семян моркови, роза, фенхель, ромашка, лаванда

<i>Запоры</i>	Фенхель, иссоп, ромашка, анис, лиметт
<i>Диарея</i>	Шалфей, герань, сандал, ромашка, гвоздика, имбирь, мускат
<i>Трахеит, острый и хронический бронхит</i>	Анис, ладан, душица, ирис, туя, чабрец, лаванда, можжевельник, мята, ромашка, сосна, эвкалипт, иссоп, кипарис, пихта, ель
<i>Бронхиальная астма</i>	Ладан, эвкалипт, туя, кедр, чабрец, душица, каяпут, найоли, иссоп, ладан, мирра

Методы введения аромамасел растений при лечении перечисленных психоневрологических заболеваний: массаж, аромалампы, ароматические ванны, компрессы и ингаляции.



Фото 6.1, 6.2, 6.3.

Растения, используемые в ароматерапии

Ароматические ванны

Один из удобных методов применения аромамасел в домашних условиях являются ванны. Терапевтическое действие ароматических ванн обусловлено быстрым введением масел через кожу в лимфатическую систему, омывающую все

органы, и вдыханием паров, ингаляции.

Ванны можно применять не раньше чем через 2,5 - 3 часа после еды. Вода для ароматической ванны должна быть тёплой (35 - 38 градусов), так как потоотделение может помешать впитыванию кожей эфирного масла.

Предварительно эфирное масло смешивают с растворителем, которым может быть морская или поваренная соль (3 - 4 столовой ложки), мёд, сметана, сливки, кефир (2 - 3 столовой ложки), сыворотка, цельное молоко (100 - 200 мл).

Продолжительность процедуры колеблется от 5 до 30 минут, время желательно увеличивать постепенно, от процедуры к процедуре. Ополаскивать тело водой после приёма аромаванны не желательно. После аромаванн рекомендуется отдохнуть 30 – 40 минут. Не желательно употреблять спиртные напитки, избегать сквозняков.

Аппликации и компрессы

Для согревающего компресса используется ткань, смоченная раствором эфирных масел в растительном масле, в соотношении 10 - 15 капель на 30 мл масла. Ткань прикладывают на нужное место, покрывают компрессной бумагой, утепляют тканью или ватой, а затем фиксируют бинтом.

Длительность проведения такой процедуры - 2 часа. Для согревающих компрессов можно использовать тёплую воду (35 – 40 градусов), куда добавляют натуральную ткань (можно вату или марлю), слегка отжимают и прикладывают в необходимом месте или к больному органу. Сверху следует наложить согревающую повязку. При головных болях, мигренях и травмах используют холодные компрессы. Для холодных компрессов необходимо взять 100 мл холодной воды и добавить туда 4 – 5 капель масла. Потом смачиваем в этом растворе компресс, отжимаем лишнюю воду и прикладываем к больному месту. Зафиксировать его бинтом 15 – 20 минут. Процедуру повторять 3 раза в

день. Для аппликаций необходимое количество масла нужно растворить в 10 мл спирта или любого масла – основы. Этим раствором пропитывают небольшой кусочек ваты или марли и прикладывают к больному месту на 10 – 15 минут.

Аромалампа Самым доступным и популярным способом применения эфирных масел является ароматизация воздуха. Для этого используют аромалампу. Перед началом процедуры, следует проветрить комнату, и закрыть окна.

Лампа заправляется из расчёта 2 капли на 5 – 6 кв. метров площади помещения. Ароматизация воздуха благотворно влияет на психоэмоциональную среду человека, на органы дыхания, дезинфицирует помещение и очищает воздух от вредных примесей, оказывает оздоровительное действие на весь организм. С помощью аромалампы не только ароматизируют воздух, но и уничтожают болезнетворные бактерии. Хорошо и грамотно подобранные композиции эфирных масел помогают создать необходимую атмосферу в доме, помогают расслабиться или стимулируют умственную и физическую активность.

Массаж, рефлексомассаж и растирания Хорошим методом лечения, объединяющим в себе 2 способа является массаж с ароматерапией. На чистую кожу наносят небольшое количество тёплого массажного масла. Массажуется мягкими плавными движениями, пока не впитается. После окончания массажа следует отдохнуть (25 – 40 мин).

Смесь для массажа: на 50 мл масла добавляют до 15 капель эфирных масел. Хранить смесь следует в холодном тёмном месте, перед применением надо хорошенько встряхнуть. Для рефлексомассажа смешиваются масла в пропорции 3:1 (или 5:1 для особо чувствительных людей) и наносятся на точку акупунктуры. Для растирания 10 мл

этилового спирта (30 – 50 %) смешивают с эфирным маслом. Кроме этилового спирта можно использовать 10% спиртовой раствор прополиса.

Условия хранения Эфирные масла нужно хранить в недоступном для детей месте, прохладном, защищённом от света. В стеклянных флаконах с плотно закрывающейся крышкой, при температуре не ниже 0 градусов и не выше 30 градусов.

Если эфирное масло получено без нарушений технологии, из отличного, то со временем, его качества заметно улучшаются, и увеличивается срок годности. Масла, полученные из цитрусовых, а так же сосновое масло лучше хранить в холодильнике, т.к. они быстро окисляются.

6.2.9. Музыкальное кондиционирование Данный прием представляет собой использование музыкальных программ для оптимизации психического состояния человека. Музыка может существенно помочь мобилизации функциональных резервов организма на фоне выраженного физического и психического утомления.

Звук может обладать расслабляющим действием, которое приносит пользу как физиологическому, так и психологическому состоянию. Вы закрываете глаза и прислушиваетесь к звукам прибоя, щебетанию лесных птиц или шелесту ветра в листве деревьев - это «белый шум», так как он «смывает» все беспокоящие звуки. «Белый шум» используется в релаксационных техниках для устранения посторонних звуков.

Другой формой снимающего напряжение звука может быть спокойная музыка. Музыка обладает целительными свойствами и способствует релаксации. Однако музыка может также и стимулировать. Эффект, получаемый от прослушивания, зависит от типа музыки, уровня

звучания и ритма. Музыка, используемая для успокоения, помогает снизить артериальное давление, снять депрессию, поднять самооценку и даже пробудить в человеке духовность.

От депрессивного психоза рекомендуется «Королева гномов» Шуберта или «Карнавальная прелюдия» Дворжака, от неврастении, вызванной переутомлением – «Утро» Грига или «Молдавия» Сметаны.

5.2.10. Термо- восстановительные процедуры

Термовосстановительные процедуры - это процедуры в русской бане или в сауне. При отсутствии бани могут использоваться индивидуальные сауны - небольшие емкости из пластика, наполняемые теплой водой или разогретым воздухом.

Бани имеют большое гигиеническое и оздоровительное значение. Они способствуют поддержанию чистоты тела, закаливанию организма, предупреждению простудных, кожных и других заболеваний. После бани появляется чувство бодрости, свежести, спокойствия, подъема сил, улучшается сон, самочувствие.

Бани являются прекрасным средством борьбы с утомлением, обеспечивают быстрое восстановление сил после тяжелой мышечной работы, повышают умственную и физическую работоспособность человека (рис. 6.9).

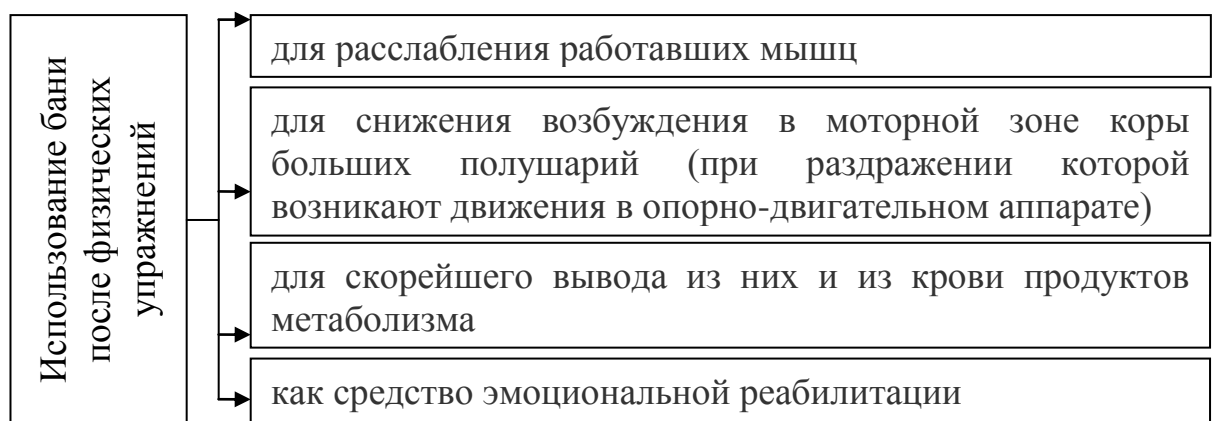


Рис. 6.9. Использование термовосстановительных процедур после физических упражнений

Бани также способствуют более быстрому заживлению травм и восстановлению здоровья после перенесенных заболеваний. Условия бань оказывают подавляющее действие на болезнетворные микробы из-за высокой температуры.

Согревание тела способствует повышенной выработке в тканях интерферона, вещества, которое преодолевает вредное действие вируса гриппа. В условиях повышенной температуры тела быстрее происходит диссоциация карбоксигемоглобина и освобождение организма от окиси углерода. При посещении бани следует придерживаться основных гигиенических правил (рис. 6.10).

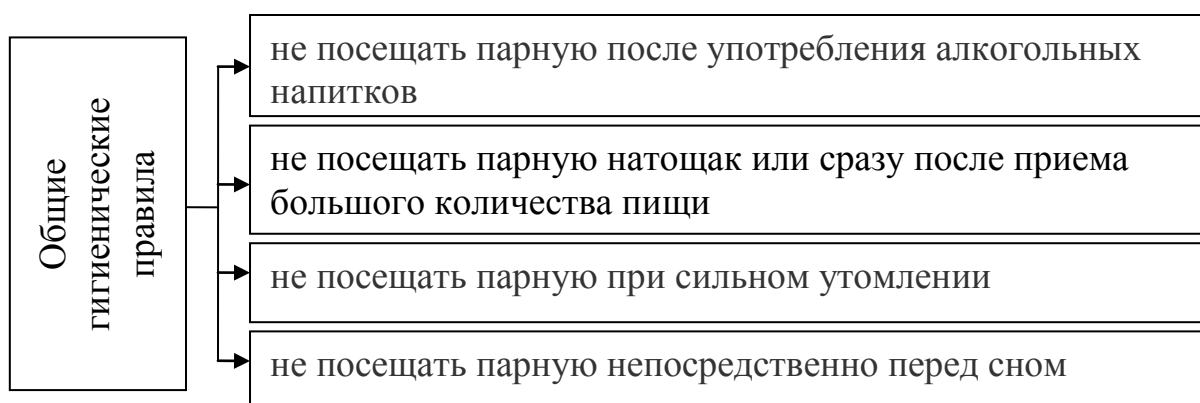


Рис. 6.10. Общегигиенические правила посещения бани

Парная баня характеризуется, температурой воздуха от 40 до 60°C при 90-100% относительной влажности, а суховоздушная - температурой воздуха 70-90°C при 5-15% относительной влажности. Эти особенности играют существенную роль при воздействии на организм человека и приводят, к заметным различиям в характере ответной физиологической реакции - терморегуляции. Условия высоких температур затрудняют теплоотдачу, и в результате нарушается тепловое равновесие: задерживается и накапливается тепло в организме, что в свою очередь,

ведет к повышению температуры тела. Это мобилизует функции терморегуляции для удаления из организма лишнего тепла, что может осуществляться двумя путями: снижением теплообразования в клетках и органах (химическая терморегуляция) и усилением теплоотдачи с помощью потоотделения, расширения кровеносных сосудов кожи и легких, учащения дыхания (физическая терморегуляция). Эти механизмы могут обеспечить тепловой гомеостаз (равновесие) лишь на определенный промежуток времени, в зависимости от окружающей температуры и влажности, поэтому во избежание перегрева следует соблюдать основные правила парильщика (рис. 6.11). Характерные признаки перегрева человека это бледность, головокружение, тошнота, нарушение координации.

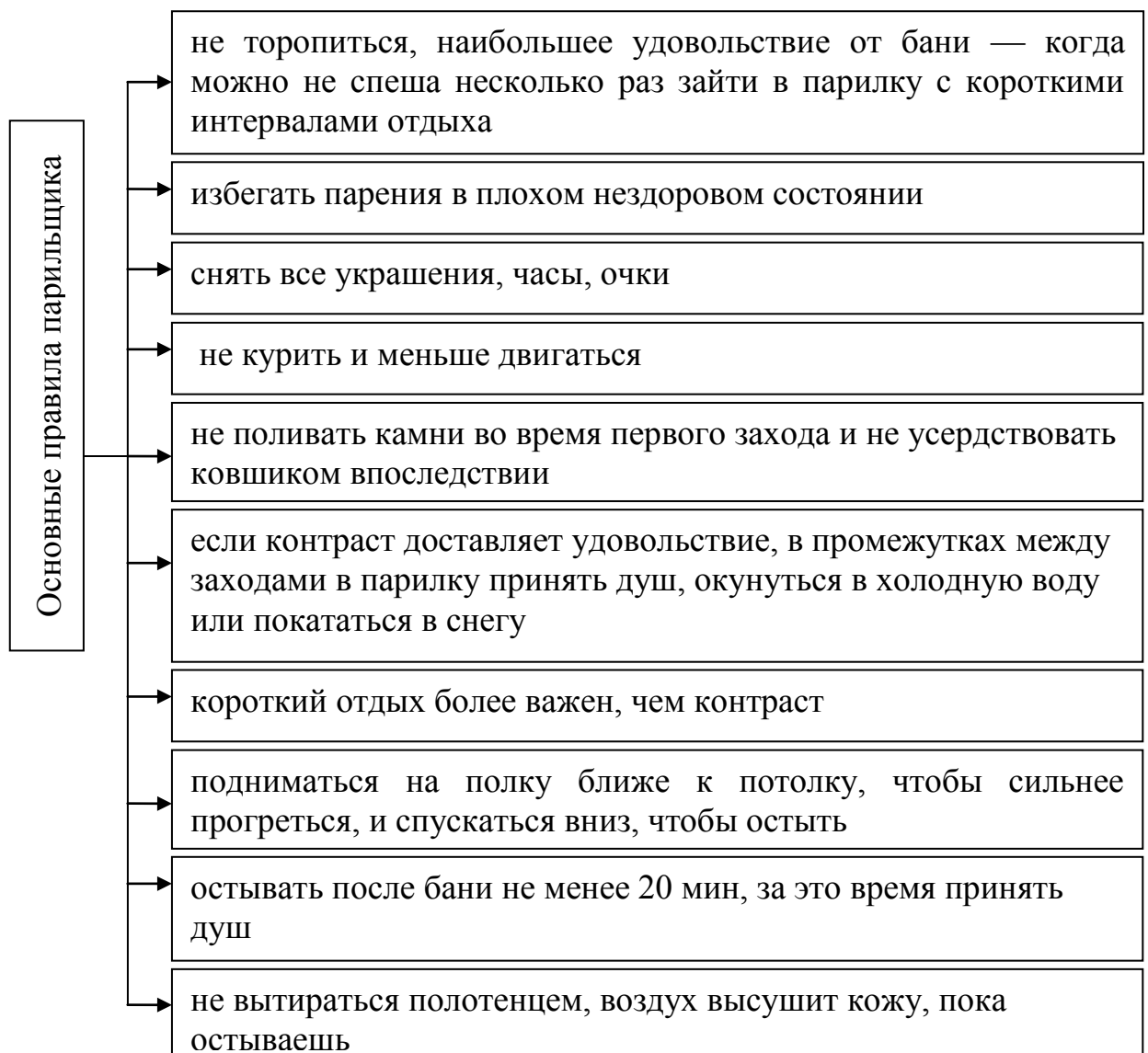


Рис. 6.11. Основные правила парильщика

Особо следует отметить противопоказания для посещения парной (рис. 6.12).



Рис. 6.12. Противопоказания к использованию парной

Фактором, определяющим начало реакции организма на высокую температуру, является раздражение теплом соответствующих полей гипоталамуса. В парной с горячим воздухом общее разогревание тела происходит относительно медленно, однако в результате подачи тепла к верхним воздушным путям и мягким наружным участкам шеи довольно быстро происходит изменение температуры на участке сонной артерии.



Фото 6.4, 6.5, 6.6. Термовосстановительные процедуры

При правильном применении баня полезна как метод закаливания и оздоровления, а также как средство гигиены. Суховоздушные бани показаны для людей менее закаленных или находящихся в стадии выздоровления, для пожилых людей, детей и женщин, а также для спортсменов, использующих бани с целью восстановления сил после больших физических нагрузок, перед выступлением в соревнованиях, когда необходимо сохранить хорошую спортивную форму.

Резюме

- Около 50-90% пострадавших после несчастья или серьёзного инцидента людей имеют клинические проявления острой стрессовой реакции (стрессовый шок).
- Лечебный эффект, основанный на действии релаксации, заключается

в достижении состояния покоя и отдыха (нервно-психической релаксации), ведущим к восстановлению сил и энергии.

- Одним из самых энергоемких процессов у человека в период активности является нервное напряжение, порождающее мышечное. Одним из способов снижения уровня нервного напряжения является «Методика психофизиологического восстановления», разработанная Джекобсоном.
- Медитация является замечательным способом управления стрессом, источником позитивных эмоций у человека, с ее помощью устраняются эмоциональные психологические и физиологические расстройства.
- Аутогенная тренировка - это метод самовнушения, при котором первоначально достигается расслабление тонуса мускулатуры (релаксация), затем в этом состоянии проводятся самовнушения, направленные на те или иные функции организма. Она может служить весьма действенным средством психогигиены и эффективным средством управления психикой человека в трудных условиях деятельности.
- Идеомоторная тренировка это мысленное проигрывание предстоящей деятельности, поскольку любое мысленное движение сопровождается микродвижениями мышц, то имеется возможность совершенствования навыков действий без их реального выполнения.
- Еще одним методом психической саморегуляции является метод управления ритмом дыхания. Полное дыхание йогов является основой всех дальнейших упражнений для регуляции дыхания.
- В практике психолога возможно использование как целых методик психофизиологической регуляции (музыкальное кондиционирование, термовосстановительные процедуры, ароматерапия и управление ритмом дыхания), так и комбинацию их

элементов для повышения эффективности воздействия.

- Самым доступным и популярным способом применения эфирных масел является ароматизация воздуха, для чего используют преимущественно аромалампу.
- Согревание тела способствует повышенной выработке в тканях интерферона, вещества, которое преодолевает вредное действие вируса гриппа. В условиях повышенной температуры тела быстрее происходит диссоциация карбоксигемоглобина и освобождение организма от окиси углерода.

Вопросы и задания для самоконтроля:

1. Сформулируйте основные правила оказания первой помощи.
2. Опишите фазы психогенных реакций.
3. Перечислите упражнения входящие в «Методику психофизиологического восстановления» Н.С. Ширяевой.
4. Сформулируйте основные принципы проведения медитации.
5. Какой временной интервал и какие рекомендации необходимы для эффективного проведения медитации.
6. Раскройте стадийно упражнения аутогенной тренировки.
7. Проанализируйте принцип работы техник успокоения.
8. Раскройте механизм управления ритмом дыхания.
9. Перечислите другие способы регуляции психических состояний, которые возможно эффективно использовать в практике психолога.
10. Какие существуют противопоказания использования парной.
11. Опишите механизм регуляции психических состояний в ароматерапии, музыкальном кондиционировании и у термовосстановительных процедур.

6.3. Психологические методы

5.2.1. Техники и упражнения

Техники и упражнения, приведенные в этом учебнике, подобраны для работы с шоковыми и фобическими реакциями и являются наиболее эффективными при работе с пострадавшими в катастрофах.

Методы психологической помощи детям

Приведенные модели работы взяты из пособия, изданного в штате Арканзас США для школьных психологов, преподавателей, в целях предотвращения развития посттравматического стрессового расстройства у детей, переживших катастрофу.

Методы можно использовать на классных занятиях, чтобы морально укрепить детей, поднять их психологическую готовность.

Необходимый материал: фломастеры и от 2 до 4 листов бумаги, размерами 40 на 60 см на каждого ученика.

Упражнение 1 (около 30 секунд на каждую линию).

1. Выберите цвет, «которому не хочется вставать утром с постели» и проведите линию этого цвета.
2. Выберите цвет, «которому хочется рано вставать и действовать». Проведите линию этого цвета.
3. Проведите линию, «которой страшно».
4. Проведите линию, «которая хочет помочь другим линиям».

Дополнительные варианты: «линии с приступом икоты», «хихикающая линия», «сердитая», «испуганная», «у которой приключился

неудачный день», «с плохим самочувствием» и «любящая всех остальных».

Упражнение 2 (около 1 минуты на каждую фигуру).

Предложите ученикам нарисовать четыре фигуры и раскрасить каждую в особый цвет.

1. Фигура никогда не побывавшая в землетрясении (заложниках, наводнении и др.).
2. Фигура, пережившая катастрофу (землетрясение, наводнение, захват заложников и др.).
3. Фигура, желающая помочь людям, пострадавшим от катастрофы (землетрясения, наводнения, захвата заложников и др.).
4. Фигура, которая подготовилась к новой катастрофе (землетрясению, наводнению, захвату заложников и др.).

Дополнительные варианты: фигура, «у которой невезучий день», «сострадающая», «сильная» и др.

Упражнение 3 (15 минут). Учитель просит, чтобы каждый ученик нарисовал что он помнит о пережитой катастрофе или о чем думал в ее время. Через несколько минут учитель напоминает, чтобы дети не забыл нарисовать на своей картинке самих себя, если это кажется им уместным.

Обсуждение (1 час). Ученики собираются небольшими группками, чтобы показать друг другу свои рисунки и поделиться опытом. После этого начинается завершающее упражнение.

Завершающее упражнение: ободряющее. Учитель просит детей нарисовать самих себя, но уже подготовленных к новой катастрофе (землетрясению, наводнению, захвату заложников и др.). При этом можно дать подсказки на счет темы рисунка: «Теперь мы опытнее», «Теперь мы знаем, что делать», «Теперь мы стали храбрее», «У нас стало больше знаний», «Нам еще надо узнать больше на счет катастроф».

Работа в группе.

Десенситизация Данная техника разработана И. Уолпом (Wolpe J., 1969). Она направлена на снижение индивидуальной чувствительности к тем объектам и ситуациям, которые вызывают у индивида страх, и предполагает обучение релаксации мышц лица, шеи, тела при неоднократном представлении устрашающих стимулов, т.к. у людей, страдающих фобиями, каждая из этих групп мышц либо хронически напряжена, либо напрягается в ситуации страха.

Когда вырабатывается способность к полному мышечному расслаблению, терапевт путем клинического интервью выявляет круг ситуаций, вызывающих у пациента страх. С помощью клиента эти ситуации ранжируются по степени убывания устрашающего эффекта. Затем, когда клиент находится в состоянии полного мышечного расслабления, терапевт просит его представить наименее пугающую ситуацию. Данная процедура длится до тех пор, пока человек не научится оставаться полностью расслабленным в момент мысленного «проживания» пугающей ситуации, после чего эта же процедура повторяется для следующей, более страшной ситуации.

Имплозивная терапия При использовании этой техники клиента просят представить наиболее травмирующие события из его жизни. Круг этих событий выявляется с помощью диагностических опросов. В сообщениях об использовании этой техники отмечается, что

клиенты в ходе терапии переживают экстремальный страх или сильнейшую тревогу, отсюда и происходит название метода - импловзивная (взрывная) терапия. Согласно этим же сообщениям, данная техника оказывается достаточно не для всех клиентов. Механизмы ее действия пока не исследованы.

Остановка мыслей

Когда возникают негативные мысли, их можно просто остановить. Чтобы научиться останавливать мысли, надо освоить технику глубокой релаксации мышц. Когда бы ни возникли тревожные мысли, нельзя позволять этим мыслям развиваться, используя технику релаксации. Приятное чувство расслабленности воспрепятствует развитию тревожных мыслей и предотвратит негативное влияние этих мыслей на физиологическое состояние. Альтернатива мышечной релаксации - замена негативной, мало реалистичной мысли на более реалистичную.

«Переименование»

Помня об избирательном осознании, Вы можете рассматривать негативные происшествия с позитивной точки зрения. Все, что Вам нужно, это сфокусироваться на положительных аспектах случая, а не на отрицательных. Если вы страдаете от экзаменационной тревожности, то лучше рассматривать экзамен не как возможность очередного провала, а как шанс узнать нечто новое или блеснуть своими знаниями по данной теме.

Моделирование

Эта техника предполагает наблюдение за опытом чужого переживания и его имитацию. Кто-то из близких людей демонстрируют модель бесстрашного поведения в ситуациях, которые пугают, моделируют способы взаимодействия с пугающим объектом. Имитируйте и Вы этот способ.

Техника взаиморегуляции эмоций

Как и любая другая эмоция, страх может ослабнуть или даже отступить под воздействием иной эмоции. Если пугающий объект или ситуация способны вызвать у вас злость, то вы скорее всего не испытаете сильного страха. Для того чтобы научиться контролировать страх, нужно тренировать в себе способность к переживанию и выражению эмоций, противостоящих страху. Такая тренировка оказывается эффективной.

Приспособление к окружающей среде

Иногда необходимо приспособиться к жизни и окружающей среде так, чтобы избежать столкновения со стимулами, порождающими тревожность и страх. Например, кто боится толпы, могут переехать в маленький городок из большого мегаполиса.

ABCDE-техника

Психолог А. Эллис считает, что тревожность - это следствие иррациональных убеждений. ABCDE - техника, состоит из изучения иррациональных убеждений, которые вызывают тревогу, изменения этих убеждений и визуализации положительных последствий действий.

По мнению А. Эллиса, мы убеждены в следующем:

1. Мы всегда должны быть компетентны, адекватны и успешны;
2. Все и всегда должны нас любить и одобрять;
3. Если все получается не так, как мы того хотим, то это просто ужас и катастрофа.

Мы терпим поражение или делаем что-либо не так, и в результате развиваются наши иррациональные убеждения, которые, не имеют под собой никакого основания.

Техника ABCDE состоит из следующих шагов (рис. 5.15.):

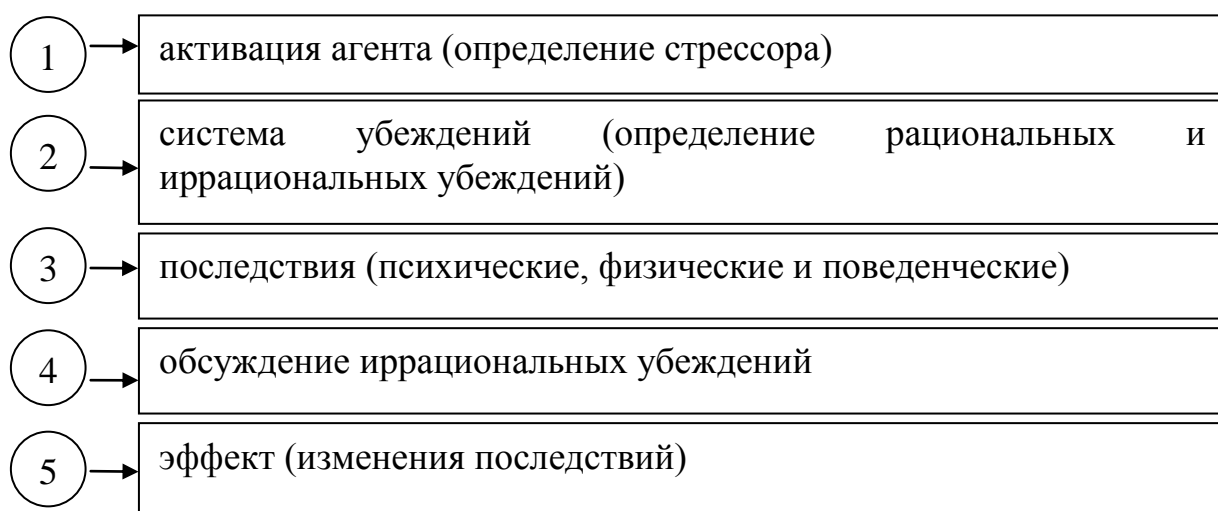


Рис. 5.15. ABCDE-техника.

Разговор с

самим собой

Для этой техники необходима объективность. Вы должны знать, какая реальная опасность кроется в ситуациях, тревожащих клиента. Обычно реальная оказывается довольно незначительной, и даже если случится худшее, то вероятность негативного исхода является ничтожной.

Например, если клиент хорошо учитесь, то вероятность провала на экзамене очень невелика, а если он и провалитесь, то, что из этого?

Конечно, ничего хорошего в несданном экзамене нет, но за то вас все в порядке со здоровьем. В конце концов, экзамен можно пересдать.

Работа с якорями Якорение – процесс по средством которого любое внутреннее или внешнее событие может быть связано с некоторой реакцией или состоянием, запускать его.

Работа с якорями основана на акцентировании состояния в ситуации сильного позитивного переживания. Методика состоит из 4 упражнений: установка якорей, сведение рук, интеграция якорей и разрушение якорей. Для точного установления якорей существуют правила (рис. 5.16.):

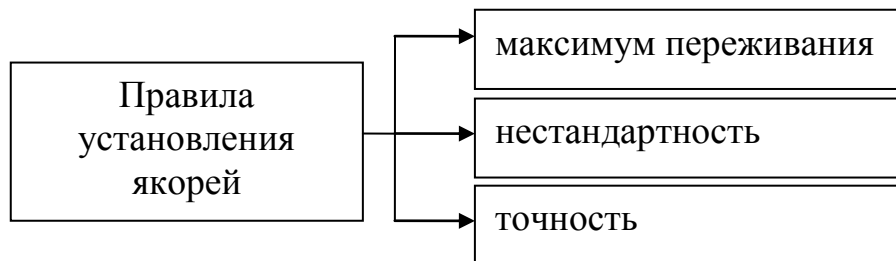


Рис. 5. 16. Правила установки якорей.

1. Установка якорей Группа объединяется в тройки: Гипнотизер, Клиент и Наблюдатель. Клиент работает с переживаниями. Гипнотизер устанавливает якоря. Наблюдатель сравнивает внешние признаки пережитого состояния.

Алгоритм действия техники состоит из 5 основных шагов (рис. 5.17.).



Рис. 5.17. Алгоритм действия техники «Установка якорей».

1. *Вызов состояния.* Сначала Гипнотизер просит Клиента вспомнить ситуацию, в которой у него было относительно сильное переживание (желательно позитивное), и калибрует внешние признаки этого состояния.

2. *Установка якоря.* Когда внешние признаки состояния достигают максимума, Гипнотизер устанавливает якорь.

3. *Воспроизведение.* Гипнотизер предлагает Клиенту вернуться в обычное состояние и пробует воспроизвести якорь максимально точно, калибруя при этом, насколько внешние изменения, происходящие с Клиентом, похожи на те, которые были при установке якоря. Если изменений в нужную сторону не наблюдается, можно попробовать воспроизвести якорь еще раз.

4. *Продолжение.* Пройдитесь еще несколько раз по шагам 1 - 3, но каждый раз ставьте другой якорь на различные состояния. Возможно изменение типа устанавливаемых якорей (аудиальный, кинестетический, визуальный) для различных состояний.

5. *Поменяйтесь ролями* и повторите упражнение.

2. *Сведение рук* Стандартная поза начала упражнения: сидя, руки согнуты в локтях, ладони вверх (как если бы у вас в

руках был поднос с тарелками).

Алгоритм действия техники состоит из 4 основных шагов (рис. 5.18.):

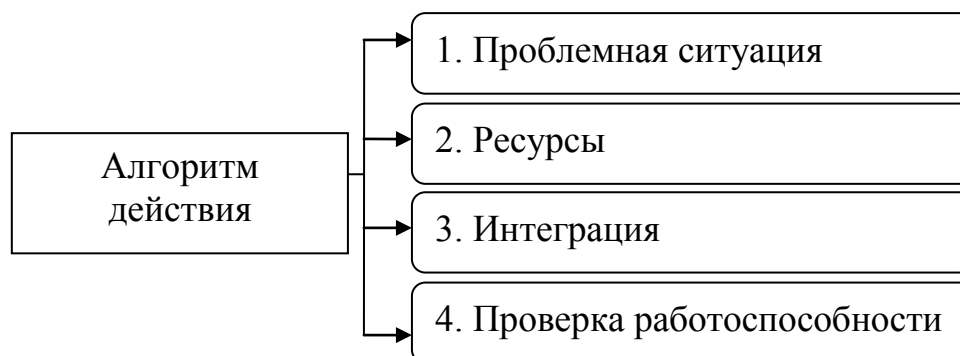


Рис. 5.18. Алгоритм действия техники «Сведение рук».

1. *Проблемная ситуация.* Выберите проблемную ситуацию. Создайте для нее визуальный образ и положите его на руку. Выбор руки (правая - левая) принципиального значения не имеет. Если Клиент затрудняется, можно спросить: «С какой рукой у вас ассоциируется данная ситуация?» «На какую руку вам хочется положить этот образ?» В крайнем случае, просто скажите, что негативный образ кладется на левую руку, а позитивный - на правую, или наоборот.

2. *Ресурсы.* Какие ваши ресурсы: чувства, состояния, эмоции, ценности, способности - могут помочь вам справиться с этой проблемой? Эти ресурсы могут быть совершенно не связаны с данной ситуацией. Положите все это на другую руку. Ресурсы можно складывать на одну руку. Того, что лежит на ресурсной руке, должно быть в 1,5 - 2 раза больше, чем то, что лежит на проблемной.

3. *Интеграция.* Когда вы поймете, что ресурсов у вас действительно больше, чем того, что лежит на левой («негативной») руке, попросите свои

руки сойтись. Они должны сойтись сами, без вашей физической помощи. Просто наблюдайте за этим процессом как бы со стороны. Ладони должны сойтись и плотно сжаться.

Если руки у Клиента долго «не идут», можно предложить ему свести их, но очень медленно (за 2 - 3 минуты). Иногда при сведении рук возникает как бы «подушка» - область «сгущенного воздуха» - приблизительно при расстоянии 15 - 20 см между руками (внешне это выглядит, как будто человек сжимает в руках упругий мяч). Тогда скажите Клиенту, что надо приложить «моральные, а не физические усилия», что это «и есть работа». В этом упражнении в процессе сведения рук возникает достаточно глубокое трансовое состояние, люди могут терять ощущение времени и надолго «подвисать». Тогда можно подойти и сделать небольшое внушение: «Ваши руки сходятся, тянутся друг к другу... Все сильнее и сильнее... Ладони хотят сжаться...» и т. п.

4. *Проверка работоспособности.* Представьте себя в этой ситуации в недалеком будущем. (Если вы работали с прошлой ситуацией, просто предложите вспомнить ее.) Как изменятся ваше поведение и состояние? Желательно представить не менее трех случаев в разных контекстах.

3. *Интеграция якорей* Снова объединитесь в тройки: Клиент, Гипнотизер, Наблюдатель. В этом упражнении мы должны воспроизвести два якоря одновременно.

Алгоритм действия техники состоит из 4 основных шагов (рис. 5.19.):

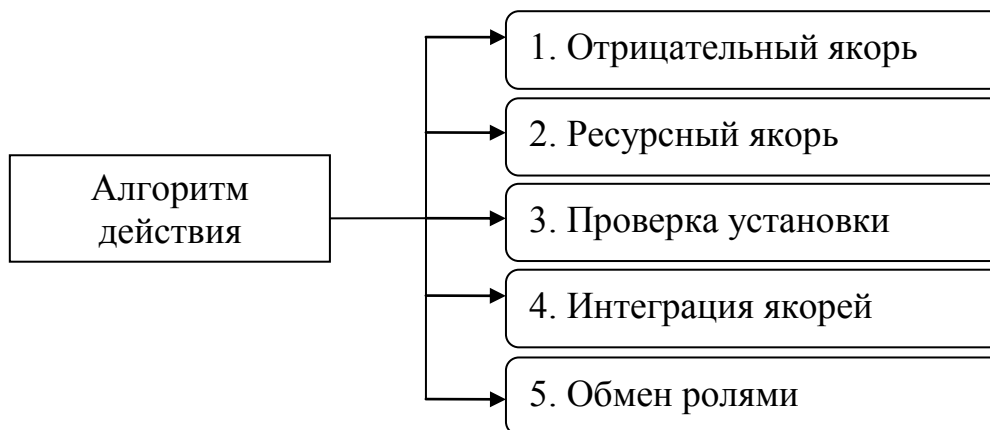


Рис. 5.19. Алгоритм действия техники «Интеграция якорей»

1. *Отрицательный якорь.* Сначала предложите вашему партнеру вспомнить маленькую неприятную ситуацию и коснитесь его правой ноги. После этого пусть он вернется в настоящее.

2. *Ресурсный якорь.* Попросите Клиента определить тот ресурс, который поможет ему справиться с этой неприятной ситуацией (любовь, вера, сила, надежда, и т.д.). После чего предложите ему войти в это состояние максимально и заякорите его. Можно спросить Клиента, достаточно ли ему ресурсов для решения проблемной ситуации. Если нет - на тот же ресурсный якорь добавьте еще ресурсов.

3. *Проверка установки.* Поговорите на отвлеченную тему, во время разговора воспроизводите якоря и следите, что происходит с вашим партнером. Если при воспроизведении якоря наблюдаются внешние признаки соответствующего состояния - все нормально. Если нет - попробуйте установить якорь еще раз.

4. *Интеграция якорей.* А теперь воспроизведите эти два якоря одновременно. Это и есть интеграция. И проследите, что происходит с ним в это время. А что изменилось в восприятии ситуаций после интеграции? Если ресурса недостаточно, вернитесь на второй шаг и заякорите еще один ресурс. Выход - внешние признаки состояния Клиента при воспоминании о ситуации и реакция на воспроизведение соответствующего якоря.

5. *Поменяйтесь ролями* и снова выполните упражнение.

4. *Разрушение якорей*

Техника разрушения якорей не будет работать до тех пор, пока позитивное состояние не станет сильнее негативного, и, возможно, вам придется накапливать позитивные ресурсы на одном якоре, чтобы достичь этого.

1. Идентифицируйте проблемное состояние и мощное позитивное состояние, вполне доступное этому человеку.

2. Извлеките позитивное состояние и калибруйте физиологию так, чтобы вы смогли его отличить. Измените состояние: заставьте клиента перейти в другое состояние, отвлекая его внимание или просто попросив его об этом.

3. Вызовите желаемое состояние снова и заякорите его особенным прикосновением и/или словом (фразой), затем опять измените состояние.

4. Проверьте позитивный якорь, чтобы убедиться, что он установлен. Включите якорь, используя то же прикосновение в том же самом месте и/или говоря соответствующие слова. Убедитесь, что вы на самом деле видите физиологию желаемого состояния. Если не видите, повторите шаги с первого по третий, чтобы усилить ассоциацию. После того как вы установите позитивный якорь на желаемое состояние, измените состояние.

5. Идентифицируйте негативное состояние или опыт, повторите шаги 2, 3 и 4 применительно к негативному состоянию и заякорите его особенным прикосновением в другом месте. Измените состояние. На этом шаге устанавливается якорь для проблемного состояния.

6. Проведите клиента через каждое состояние по очереди, используя якоря попеременно и говоря примерно следующее: «Бывают случаи, когда вы чувствуете «голубое» (включите негативный якорь), и в этих ситуациях вам на самом деле лучше бы чувствовать «желтое» (включите позитивный

якорь)». Повторите это несколько раз, не делая промежутков между состояниями.

7. Когда вы будете готовы, обратитесь к клиенту со словами типа: «Замечайте любое изменение, которое вы осознаете» и включите оба якоря в одно и то же время. Внимательно следите за физиологией клиента. Возможно, вы увидите признаки изменения или смещения. Уберите вначале негативный якорь, затем позитивный.

8. Проверьте свою работу, либо, попросив клиента вернуться в проблемное состояние, либо включив негативный якорь. Вы должны увидеть, что клиент входит в состояние, промежуточное между позитивным и негативным (различные оттенки зеленого) или в новое отличающееся состояние, или в позитивное состояние. Если вы все же получили негативное состояние, найдите, в каких еще ресурсах нуждается клиент. Заякорите их на том же самом месте, что и первый позитивный ресурс, и затем перейдите к шагу 6.

9. Наконец, попросите клиента подумать о ситуации в ближайшем будущем, в которой предположительно могут возникнуть негативные ощущения, и пусть он в своем воображении пройдет через эту ситуацию. В это время вам следует наблюдать за его состоянием. Послушайте, как он это описывает. Если вы недовольны его состоянием или он недоволен этой перспективой, найдите, какие еще ресурсы необходимы, и заякорите их на том же самом месте, что и первый позитивный ресурс, а затем продолжайте с 6 шага.

Работа с

метапрограммами

Метапрограмм – это базовые фильтры восприятия человека, «сваи», на которых держится его мировосприятие. Человеку, в связи с ограниченностью его сознания, постоянно приходится отфильтровывать «лишнюю» информацию, чтобы справиться с остальной. При

этом он что – то теряет, пропускает.

Алгоритм действия техники состоит из 4 основных упражнений (рис. 5.20.):

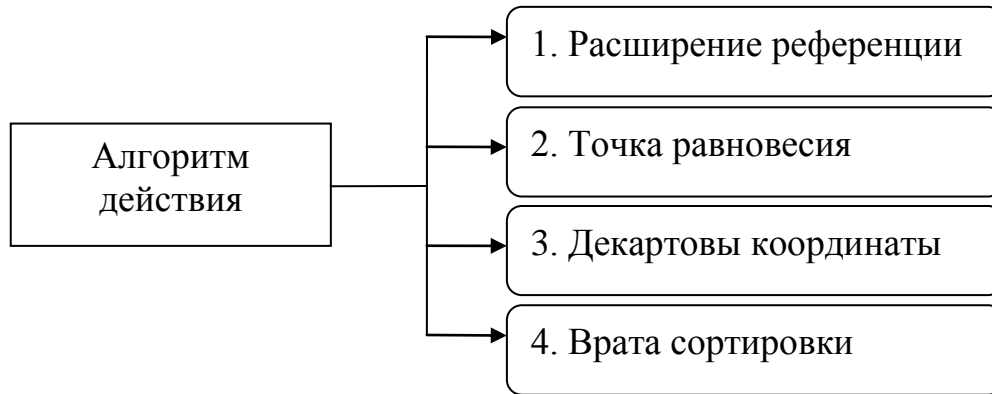


Рис. 5.20. Алгоритм действия техники «Интеграция якорей»

1. Расширение референции

Для работы вам необходимо некоторое пространство: комната, зал, можно попробовать на улице, если вы уверены, что вам никто не мешает.

Алгоритм действия техники состоит из 5 основных шагов (рис. 5.21.):



Рис. 5.21. Алгоритм действия техники «Интеграция якорей»

1. *Точка Внутренней Референции.* Найдите себе место, которое вам более всего подходит для состояния внутреннего принятия решений. Вспомните ситуацию, состояние, когда вы только сами принимали

решение. Вы могли собирать информацию, беседовать с кем-то, но решение принимали сами. Когда вы это вспомните, максимально войдите в это состояние, прочувствуйте его изнутри.

2. *Точка Внешней Референции.* Отойдите на 3-5 метров, встаньте и вспомните ситуацию, в которой вы были максимально ориентированы на мнение других людей или другого человека. Скорее всего, это был авторитет для вас в какой-то области. Вы можете взять ситуацию из детства, когда авторитетом были родители или старшие братья и сестры. После того как вы это вспомните, максимально вчувствуйтесь в это состояние.

3. *Шкала Референции.* Теперь несколько раз перейдите от точки Внешней к точке Внутренней Референции и обратно. Старайтесь как бы «растянуть» переход состояний, сделать его плавным.

4. *Метафора.* Попробуйте найти наиболее подходящую метафору этого перехода - это может быть какой-то образ, или ощущение, или звук. Кто-то представляет себе весы: на одной чаше - Внутренняя Референция, на другой - Внешняя, и в зависимости от наклона коромысла весов как бы происходит переход из одного состояния в другое. Кто-то слышит свой внутренний голос. Чем ближе к точке Внутренней Референции, тем более громким и властным он становится, а чем ближе к точке Внешней Референции — тем более тихим и мягким. Постарайтесь найти собственную метафору; лучше, если она придет к вам изнутри, спонтанно.

5. *Точка Равновесия.* Теперь найдите на Шкале Референции сначала точку вашего обычного состояния - это как бы «точка равновесия». После этого попробуйте определить точку, которую вы хотели бы иметь как точку Равновесия. Перейдите туда и «возьмите» эту шкалу внутрь себя. Помните, что если вам понадобится, вы всегда можете сменить эту точку, а также то, что это только «точка равновесия», а вы теперь можете бывать в любом состоянии Шкалы Референции.

*2. Точка
равновесия*

Задача этого упражнения — попробовать найти наиболее гармоничное соотношение «негативной» и «позитивной» оценки ситуации.

Алгоритм действия техники состоит из 8 основных шагов (рис. 5.22.):



Рис. 5.22. Алгоритм действия техники «Точка равновесия».

Не забывайте, что, события не являются ни плохими, ни хорошими. Оценку даем им мы из каких-то своих внутренних идей и принципов. Это всего лишь инструмент, помогающий нам учиться и находить наиболее правильное поведение. Инструмент надо регулярно затачивать и регулировать, что вам и предлагается сделать. Технику можно использовать как в «общем плане» - это как бы регулировка жизненной позиции, так и в частном - тогда вы определяете контекст, ситуации, где считаете свою оценку не совсем гармоничной. Здесь приводится общий вариант, а потом дается описание его применения в «частном случае».

1. *Линия Оценки.* Встаньте посреди комнаты и представьте себе, что вы находитесь на «Линии Оценки». На одной ее стороне - «Негативный Голос», на другой - «Позитивный Голос». Выберите размер этой

воображаемой линии так, чтобы вы могли по ней достаточно свободно двигаться. Достаточно трех - четырех метров. Выберите, с какой стороны вы поместите «Негативный» голос, а с какой стороны - «Позитивный».

2. *Постановка Голоса.* Придумайте некий образ, соответствующий Негативному Голосу. Не надо выбирать что-то страшное и отвратительное. Постарайтесь придумать что-то достаточно нейтральное. Не обязательно, чтобы это было что-то конкретное. Пусть он будет размыт, или это будет вообще что-то вроде тумана. Если ничего не можете придумать, то можно обойтись и без образа. После этого придумайте фразу, наиболее соответствующую сути этого Негативного Голоса. Не обязательно делать ее очень длинной. Пусть это даже будет некая ассоциация или образное выражение:

- «Будь осторожен!»
- «Это может быть опасно!»
- «Берегись!»

Попробуйте найти наиболее подходящие интонации, громкость и высоту этого голоса. Вам надо определить:

- 1) образ;
- 2) характерную фразу;
- 3) характеристики голоса.

После этого войдите в образ Негативного Голоса, прочувствуйте себя на этом месте и проговорите характерную фразу. Послушайте, как это звучит, и если вам кажется, что что-то не соответствует, попробуйте изменить все так, чтобы это было более похоже на то, что вы хотите получить. Иногда для оценки лучше выйти из образа и сойти с Линии Оценки.

Сделайте то же для Позитивного Голоса. Придумайте образ, фразу и найдите наиболее подходящие характеристики для голоса. Потом войдите

в образ Позитивного Голоса, прочувствуйте состояние и проговорите фразу.

3. *Функция.* Сойдите с Линии Оценки и попробуйте определить, какова функция Негативного Голоса? Что он хочет сделать для вас полезного и важного? Зачем он вообще вам нужен? Обычно Негативный Голос предупреждает об опасности или предостерегает от возможной ошибки. А зачем вам нужен Позитивный Голос? Что он для вас хочет сделать полезного? Позитивный Голос может сообщать, что хорошего вы можете извлечь из этой ситуации или к каким полезным последствиям она может привести. Найдите то значение, ту функцию, которая наиболее правильна именно для вас. Возможно, после этой работы ваши образы Голосов могут измениться, или вам захочется изменить характерную фразу или характеристики голоса. Некоторые вообще меняют названия Голосов. Например, Негативный Голос превращается в Критический или Предупреждающий. Тогда, после того как вы это сделаете, вернитесь на предыдущий шаг.

4. *Точка Гармонии.* Встаньте на Линию Оценки сначала в ту точку, которая обозначает ваше нынешнее соотношение Негативного и Позитивного. Только не надо хитрить с собой. Выбирайте именно точку нынешнего соотношения, а не более «правильного» или «полезного». Для этого можно немного походить по линии, прислушиваясь к собственным ощущениям и переживаниям. Помните, что когда вы приближаетесь к Негативному Голосу, он становится более сильным и важным, а при приближении к Позитивному Голосу он становится более сильным, а Негативный ослабевает. После того, как вы найдете Начальную Точку, походите по Линии Оценки туда-сюда, определяя, что при этом меняется внутри вас и в вашем восприятии мира. Можно при этом представлять себе, что изменилось бы в вашей жизни, если бы это было вашей основной точкой, как бы вы действовали в различных ситуациях, и что при этом

изменилось бы в вашем поведении. При этом желательно представить как минимум три ситуации. Учтите, что это только путешествие, вы пока только присматриваетесь, но еще не делаете окончательного выбора. Теперь выберите Новую Точку, которая соответствовала бы тому соотношению Голосов, которое вы сочтете наиболее подходящим. Лучше делать этот выбор более по внутренним ощущениям, чем по соображениям того, что будет более правильно.

Если вам захочется в Новой Точке изменить фразы, образы, громкость или интонации одного или обоих Голосов, сделайте это. При этом возвращаться на предыдущий шаг не надо.

5. *Экологическая проверка.* Подумайте, что изменится в вашей жизни, если с вами произойдет это изменение и соотношение Голосов сместится в эту сторону. Не повредит ли вам это изменение? Есть ли ситуации, где вам от этого станет хуже? Если существуют ситуации, где это изменение может вам повредить, тогда просто исключите их из области изменения. Просто определите для себя, что на них это изменение не распространяется. Либо вернитесь на предыдущий шаг и найдите новую точку равновесия, и делайте так до тех пор, пока не будете уверены, что это изменение вам нигде не повредит.

6. *Отображение.* А теперь подумайте о том, что-то, что вы сейчас делали, - это некоторое отображение вашего внутреннего пространства. Вы произвели некоторые изменения, и теперь необходимо сделать так, чтобы изменения «снаружи» привели к изменениям «внутри». Найдите способ взять это изменение в себя. Для этого можно придумать множество разных способов. Например, представить визуально, что пространство, в котором находятся ваши голоса, перетекает в вас в виде тумана. Можно просто попросить свое бессознательное произвести соответствующее отображение внутри.

7. *Окончание процесса* желательно обозначить неким внешним действием: резко опустить руку, вслух сказать «все!», резко выдохнуть. Самое главное, чтобы это действие обозначало для вас завершение, окончание чего-то. Это достаточно хороший и красивый символ завершения.

8. *Привязка к будущему*. Подумайте, как изменит вашу жизнь сделанное изменение, как и где это отразится на вашем поведении. Попробуйте найти как минимум три ситуации, где будет видно наличие изменения.

3. *Декартовы координаты* Люди с мотивацией «движение к» хорошо представляют себе, чего хотят достичь, и с трудом - что им может помешать. У мотивирующихся «движением от» проблема обратная - они вполне прекрасно представляют себе проблемы, которые могут возникнуть, но то, чего они достигнут, дается им с большим трудом.

Когда возникает необходимость что-то выбрать, вам надо ответить на четыре вопроса.

1. Что будет, если это произойдет?
2. Что будет, если это не произойдет?
3. Чего не будет, если это произойдет?
4. Чего не будет, если это не произойдет?

Эти вопросы определяют приблизительно одно и то же, но определяют это с разными оттенками.

4. *Врата сортировки* Несколько человек - слушатели. Один - рассказчик, рассказывает сюжет из своей жизни, желательно с завязкой, развязкой, действующими лицами. Слушатели выходят, возвращаются по одному, и каждый пересказывает сюжет остальным участникам.

Ребефинг

Данный метод был разработан в рамках теории Свободного дыхания Леонардом Орром в 1975 году. Изначально ребефинг был направлен на преодоление последствий родовой травмы.

Однако дальнейшие исследования, в том числе и наших специалистов (В. Козлов, С. Всесвятских и др.) доказали гораздо более широкие возможности данного метода.

Авторы метода считают, что жизнь человека начинается с оценки «хорошо-плохо». В утробе матери комфортно, хорошо, а здесь, в этом мире – страшно и дискомфортно. С этого момента весь мир перестает восприниматься в его единстве и начинает делиться на части. Результатом этого деления является ряд следствий, разрешить которые, и призван данный метод:

1. *Раздробленность сознания.* Мы не можем реально разделить мир на «правильное» и «неправильное» (мир как был, так и остается единым), мы производим это деление в своем сознании, результате делим и дробим само сознание. Вокруг области «неправильного» возникает энергетическая структура, которая подавляет доступ к соответствующей области сознания, что соответствует нашему желанию освободиться от ощущения любых негативных эмоций (страх, стыд, боль, неприязнь, гнев, горе и т.д.). Подавление этих эмоций с помощью механизмов психологической защиты представляет собой процесс, в результате которого неприемлемые для человека мысли и переживания «изгоняются» и переводятся в сферу бессознательного.
2. Каждую секунду такая структура требует для поддержания подавления *непрерывного поступления энергии*, так как ничего не забывается, а только вытесняется. В результате – огромная затрата энергии на поддержание самим же созданных энергетических

структур, работающих на подавление.

3. *Сужение, ограничение поля выбора.* Чем сильнее раздроблено сознание, тем сильнее человек ограничивает поле своего выбора в той или иной ситуации. Негативная структура, активизировавшись, подталкивает человека к использованию привычного поведенческого клише, хотя существует бесконечное разнообразие выбора. В результате, люди начинают действовать почти автоматически, алгоритмизировано.
4. Все эти *процессы отражаются в тканях мозга* и, буквально, в каждой клетке нашего тела, из-за чего клетки перестают нормально функционировать, что является причиной появления раз личных болезней.
5. *Вытесненные мысли*, воспоминания, переживания, находясь в бессознательном, продолжают оказывать влияние на поведение и деятельность людей в форме тревоги, страха, неуверенности, вплоть до срыва деятельности.

Ребефинг направлен на устранение раздробленности сознания, он делает его цельным, дает человеку воспринимать мир в его единстве. Его конечная цель – полная интеграция личности (интеграция – слияние части с целым). В процессе ребефинга убираются блоки, разделяющие единое сознание на дробные части, и та часть, которая была заблокирована и находилась в бессознательном, присоединяется к осознаваемой части, делается доступной. Теперь энергию этого блока можно использовать в качестве ресурса в конкретных практических ситуациях. Таким образом, при расширении сознания структура, блокирующая негативную ситуацию, распадается, и вместе с ней уходит и стресс, связанный с данной ситуацией.

С точки зрения психофизиологии следует учитывать, что дыхание участвует не только в процессе получения кислорода, но процессе вывода

продуктов метаболизма из тела. Только 3 % из всех отходов тела выводятся через дефекацию, 7 % через уринацию, через кожу – еще 20 %, а оставшиеся 70 % просто выдыхаются наружу.

Особенностью метода является то, что при связном дыхании (без пауз) не наступает явления гипервентиляции как в методике холотропной терапии Станислава Грофа из-за отсутствия форсированного выдоха.

Техника ребефинга основана на соблюдении пяти элементов (рис. 5.23.). Каждый из них – это умение, в котором можно неограниченно совершенствоваться. Этими элементами являются:



Рис. 5. 23. Элементы ребефинга.

1. *Связное дыхание.* Структура дыхания определяется тремя основными параметрами – глубиной, частотой и соотношением между вдохом и выдохом. Ребефинг – это дыхание без пауз между вдохом и выдохом. Глубина дыхания задает интенсивность переживаемой ситуации, степень эмоционального вовлечения в нее и уровень физических ощущений. Частота дыхания задает скорость процесса, скорость трансформируемой ситуации, над которой человек работает. Вдох должен происходить активно, на мышечном усилии, выдох – пассивно, при

расслаблении мышц. В ходе полного цикла ребефер проходит через четыре класса дыхания.

1-й класс: медленное и глубокое дыхание с акцентом на вдох. Это дает возможность сохранять достаточную глубину погружения в процесс при относительно небольшой его скорости. При этом можно рассмотреть и проработать отдельные детали переживаемой ситуации. Этот класс дыхания используется в начале процесса, а самостоятельно при желании отдохнуть.

2-й класс: быстрое и глубокое дыхание с акцентом на вдох, предназначенное для того, чтобы увеличить осознание физического тела или специфической энергетической структуры. Работая с этим классом, человек получает доступ к ситуациям из различных слоев памяти (например, страх высоты). Этот класс применяется при отключении сознания, сонливости, скуке, для большей интенсивности ощущений в данный момент, для поддержания связи с телом и эмоциями.

3-й класс: быстрое и поверхностное дыхание («собачье дыхание»). Предназначено для трансформации и рассеивания энергетических структур. Применяется при чрезмерном дискомфорте, беспокойстве, аффективных реакциях, острой активизации, переполнении чувствами. Этот класс снимает чрезмерную интенсивность ощущений, не снижая эффективности самого процесса.

4-й класс: медленное и поверхностное дыхание. Применяется только после наступления интеграции, за 8 - 10 минут до выхода из процесса или в промежутке между двумя циклами.

Овладение четырьмя классами дыхания позволяет дышащему самостоятельно проводить процессы связного осознанного дыхания.

2. *Полное расслабление.* Полнота расслабления определяется легкостью доступа к подавленным ситуациям и эмоциям. Чем больше расслабление, тем плодотворней процесс. Один из хороших способов

расслабления в направлении от ступней ног, расслабляя участок за участком, пока все тело не будет расслаблено. Особое внимание уделяется мышцам лица, мышцам вокруг рта, голосовым связкам и плечевому поясу. Если в ходе процесса человек ощущает напряжение, то он может установить с этим участком внутренний контакт, мысленно обратившись к нему: «Тебе безопасно расслабиться. Я не хочу бороться с тобой и принимаю тебя таким, какой ты есть, независимо от того, расслабишься ты или нет».

3. *Тотальное внимание.* Направленность действия рационального сознания может сильно влиять на эффективность процесса. Чем больше времени и усилий тратится на анализ процесса, тем сильнее он искажается. Сознание человека многомерно, одна и та же ситуация может проявиться на разных планах: физическом, эмоциональном, образном, символическом, ментальном и др. Обычно, сознание выбирает один, более привычный ему план восприятия переживаемой ситуации. Поэтому внимание должно быть одновременно и глубоким, и полным, то есть, необходимо выбрать из многообразия сигналов и планов восприятия самый сильный и сосредоточить на нем все свое внимание, то же время, как бы боковым зрением, воспринимать всю динамику происходящего.

4. *Интеграция радости.* Суть этого элемента в безусловном принятии любого ощущения, приходящего в поле осознания и быть благодарным за то, что оно больше не отвержено и не подавлено. Искусство безусловного принятия – основа любого пути самосовершенствования. Какими бы не были ощущения, их нужно принять с любовью и радостью – это часть собственного сознания и опыта.

5. *Активное доверие.* Нет идеального рецепта проведения ребефинга. Поэтому лучший вариант – доверять тому, что процесс идет правильно. Доверять себе, инструктору, самой жизни. Вместе с тем, желательно быть активным в процессе – экспериментировать со всеми элементами,

особенно с дыханием, режимами работы, позволяющими добиваться легкости и эффективности.

В ходе проведения методики предлагалось после уяснения задачи в ходе психологической подготовки к ее выполнению выделить именно те элементы, которые вызывают чувства неуверенности в успехе, страх и другие негативные реакции. После этого взять каждый из них по очереди (обычно не более трех) и попытаться разблокировать его отрицательный энергетический заряд с помощью ребефинга. Было разъяснено, что все мысли и эмоции относительно этого элемента имеют свое представительство не только в психике, но теле, которое более явно сигнализирует о наличии блока. Выявив с помощью ребефинга заблокированную зону, необходимо ее максимально расслабить и тем самым без сожаления распротиться со всем негативным комплексом относительно данного элемента. Тогда подсознание в ходе выполнения задачи не будет препятствовать ее успешному завершению. Заканчивать цикл необходимо после наступления интеграции. Субъективно это определяется по моменту, когда достигнуто максимальное расслабление и процесс дыхания начинает приносить удовольствие (хочется дышать еще и еще). После этого можно переходить к следующему циклу. По опыту один цикл занимает в среднем 20 - 25 минут.

Шестишаговый рефрейминг (от англ. frame – рамка) – реформирование. Смысл любого события зависит лишь от того, в какую рамку мы его вставим, с какой точки зрения посмотрим и оценим. Меняется рамка – меняется смысл. Когда меняется смысл, реакции и поведение также изменяются. Умение помещать события в различные рамки им придавать им различное значение увеличивает свободу выбора.

1. Определите поведение «Х», которое вы хотите изменить. Назовите

его любой буквой, цифрой, цветом, только безоценочно.

2. Установите контакт с частью личности, ответственной за это поведение.
 - Установите сигналы «Да» и «Нет».
 - Дайте имя этой части.
 - Согласна ли часть, отвечающая за поведение X, чтобы ее называли А?
3. Определите намерение части А. Не хотите ли вы дать мне знать на уровне сознания, что вы хотите для меня сделать с помощью поведения X? Если получаете ответ «Да», то попросите часть А сообщить об этом на уровне сознания. Если «Нет», то можно попытаться сделать это бессознательно, с помощью условного сигнала. Приемлемо ли это намерение для сознания?
4. Создайте новые варианты поведения, которые реализовали бы данное намерение. На уровне подсознания часть А сообщает о своем намерении Творческой Части и выбирает три новых варианта поведения, более эффективных, чем X, из тех, которые придумывает Творческая Часть. Каждый раз, когда происходит выбор, подается сигнал «Да». Согласна ли Творческая Часть помочь части А найти новые варианты поведения? А теперь мне хотелось бы, чтобы часть А сообщила о своем намерении Творческой Части, а та начала бы создавать новые варианты поведения, из которых часть А выбирала бы те, которые более эффективны, чем X.
5. Экологическая проверка. Есть ли какие-то части моей личности, которые возражают против трех новых выбранных вариантов поведения? Если «Да»:
 - Пусть все части, имеющие что-либо против трех новых вариантов поведения, сообщат о своих намереньях Творческой Части, а она начнет придумывать новые варианты поведения

вместо X, удовлетворяющие намерениям как части A, так и всех этих частей. Часть A же выберет те три, которые будут более эффективны, чем X. После выбора каждого варианта поведения просьба сообщать «Да».

- Есть ли какие-то части моей личности, которые возражают против этих трех новых выбранных вариантов поведения?

6. Ответственность. Согласна ли часть A взять ответственность использовать три новых варианта поведения вместо X, учитывая, что они более эффективны?

Символическая постановка цели Технология применения предполагает, что человек, уже имеющий понятия о символах и архетипах, их роли в психической жизни, а также убедившийся на собственном опыте в эффективности их влияния, способен четко представить желаемую будущую ситуацию и закрепить ее в психике с помощью данной процедуры.

Человек должен как можно ярче и объемней представить себе желаемый результат будущей ситуации, а, главное, свое поведение, степень проявления необходимых для нее качеств и состояний и после этого приступить к символической постановке цели. Этот процесс заключается в мысленном рисовании картины представляемой ситуации, сопровождаемой идеомоторными движениями. Процесс продолжается до тех пор, пока не будут прорисованы все детали будущей ситуации на уровне субъективной достаточности. После этого «созданная» картина (фотография), выступающая теперь в качестве символа цели, уменьшается до миниатюрных размеров и мысленно помещается в сердце. Этот шаг сопровождается фразой самовнушения, например: «Теперь символ постоянно будет направлять меня к цели, независимо от того, буду я об

этом помнить или нет». Большое значение имеет и степень внутренней уверенности в действенности данного процесса.

Самоконтроль функционального состояния Данный прием используется в основном в ходе выполнения задачи и основывается на использовании навыка постановки самому себе ряда вопросов относящихся к основным параметрам функционального состояния в целях оказания влияния на него.

Первая группа вопросов касается само контроля мышечного тонуса. Такими вопросами могут быть: «Не скован ли? Где мышечные зажимы?». После обнаружения проявлений данного характера принимаются меры по релаксации соответствующих групп мышц.

Вторая группа вопросов относится к контролю мимики и пантомимики: «Не сжал ли челюсти? Не втянул ли голову в плечи? Естественна ли поза?». После чего осуществляется соответствующее самовоздействие.

Третья группа вопросов касается контроля ритма дыхания и частоты сердечных сокращений: «Нет ли прерывистого, учащенного, поверхностного дыхания? Не колотится ли сердце?».

После этого рекомендуется сделать два-три глубоких вдоха с продолжительным выдохом и перейти на ритмичное брюшное дыхание.

Уменьшение страха и раздражения Можно значительно уменьшить разными способами страх и раздражение. Данная техника предлагает пятишаговую модель избавления от страха и напряжения.

Шаг первый. Подумайте о том, к чему вы испытывали или испытываете благодарность. Это может быть все что угодно. Представьте данное событие ярко, оценивайте его, думайте о том, что оно вам дало и дает, и чему вы от него можете научиться.

Шаг второй. Теперь подумайте о том, чего или кого вы хотели бы избежать в своей жизни. Опять же представляйте его, внимательно анализируя ваши реакции на него. Наблюдайте за реакциями, не пытайтесь препятствовать им или остановить их. Проследите вашу обычную стратегию неприятия. Осознайте, как это проявляется на уровне вашего тела, чувств и мышления.

Шаг третий. Теперь предположите, что жизнь направляет вас, общаясь с вами закодированным языком ситуаций и событий. Какое послание заключено в той или иной ситуации, в конкретном событии? Запишите все идеи, пришедшие вам в голову, пока вы думали над этим вопросом.

Шаг четвертый. Теперь вернитесь к тому предмету или событию, что вызывает вашу благодарность. Представьте себе его еще раз, подумайте о нем с пониманием и как можно полнее осознайте ваше принятие.

Шаг пятый. Теперь обратитесь снова к неприятной ситуации с тем видом принятия, которое у вас возникло. Представьте временный характер неизбежности этой неприятной ситуации. Поймите, что тот же самый мир, который преподносит приятное, также способен и на неприятности, и допустите к себе, если чувствуете готовность, и желание, установку сознательного, намеренного принятия.

Быстрый метод освобождения от страха Основа методики – визуальное переживание ситуации страха с элементами методики «Кинотеатр». Выберите неприятный случай, страх или травмирующее воспоминание, которые вам хотелось бы нейтрализовать.

1. Представьте, что вы находитесь в кинотеатре. Увидьте себя выполняющим что-то нейтральное в черно-белом изображении на экране.

2. Отделитесь от себя и увидьте себя, смотрящим на экран.

3. Оставаясь в том же положении, посмотрите на экран, где идет черно-белый фильм, в котором вы испытываете то переживание, которое вы хотите «нейтрализовать».

4. Закончив наблюдение за собой как участником фильма, когда все снова уладится, остановите фильм, войдите назад в свое изображение на экране, сделайте его цветным и очень быстро прокрутите фильм назад. Итак, у вас будет впечатление, что вы смотрите фильм с собственным изображением, в котором время идет в обратном направлении.

5. А теперь проверьте результат. Вспомните о случившемся. Обратите внимание на то, можете ли вы теперь думать об этом более спокойно. Если да, то вы добились результата. Если нет, вам следует пройти еще раз через весь процесс или обратиться за помощью к человеку, владеющему данным методом.

Визуально-кинестетическая диссоциация Эта процедура используется при работе с сильными эмоциональными переживаниями, которые существенно нарушают внутреннее равновесие человека.

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 выключатель рукой. 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 сильнее, и он зафиксируется.

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.

*Работа с
негативными
переживаниями*

1. Представьте негативную ситуацию и увидите все происходящее своими собственными глазами - ассоциируйтесь с ситуацией. Это делается для того, чтобы проверить, действительно ли событие до сих пор доставляет человеку неприятные переживания. Как только вы ощутите негативные эмоции, тут же посмотрите на все происходящее со стороны, то есть диссоциируйтесь от ситуации.

2. Просмотрите всю ситуацию в диссоциированном состоянии.

3. Отложите эту картинку в сторону. Она понадобится чуть позже.

4. Найдите веселую, бодрую мелодию или песню, которая вам нравится. Мелодия сопровождается каким-либо видеорядом, все это напоминает видеоклип. Прослушайте мелодию вместе с изображением от

начала до конца. Важно проверить, действительно ли у вас возникают положительные переживания. Если нет, то найдите другую мелодию.

5. Помещайте на заднем плане изображение с мелодией, а на переднем — картинку негативной ситуации. Просматривайте одновременно два ряда событий с начала и до конца. При этом звучит выбранная на шаге 4 мелодия или песня.

6. Можно повторить процедуру шага 5 три или четыре раза. Прodelайте ее быстро (за 1 – 2 секунды).

7. Проверка. Чтобы установить результат процедуры, ассоциируйтесь с негативной ситуацией и переживите ее еще раз. Обратите внимание, как изменились ваше восприятие события и ваши ощущения.

Смена субмодальностей «Смена субмодальностей неприятной ситуации» является упражнением НЛР и состоит из 5 заданий. Упражнение выполняется в парах: Оператор и Клиент.

1. *Ситуации.* Вам нужно выбрать из собственного опыта две ситуации: «Рабочую» — отношение к которой вы хотите изменить, и «Эталонную» — ситуацию, по отношению к которой вы испытываете желательные переживания. Оператор калибрует внешние невербальные признаки Клиента в каждой ситуации.
2. *Субмодальные отличия.* Составьте список из 3-5 субмодальных отличий «Рабочей» и «Эталонной» ситуации.
3. *Изменение.* Замените субмодальности «Рабочей» ситуации.
4. *Проверка.* Если оценка ситуации стала желательной, то вы закончили. Если нет, вернитесь на шаг 2 и найдите еще несколько отличий.
5. *Проверка работоспособности.* Попросите Клиента вспомнить «Рабочую» ситуацию и проверьте невербальные признаки.

«Анти-катастрофизирующая» практика

1. Перечислите ситуации, в которых клиент испытывает страх.
2. Запишите предрекаемый в каждой ситуации урон.
3. На шкале от 0 до 10 отметьте значение того урона, который клиент предполагает («1» равнозначна отсутствию каких-либо потерь, «10» — ужасающим потерям).
4. После дискуссии, опровергающей преувеличение, попросите клиента представить лучший возможный исход для каждой ситуации. Отметьте этот исход на той же шкале от 0 до 10.
5. Пусть клиент решит, опираясь на прошлый опыт, что более вероятно — наилучший исход или катастрофа.
6. Если необходимо, попросите клиента использовать шкалу для предсказания опасности в предстоящей ему ситуации, которой он боится. После того как событие произойдет, пусть клиент сверится со шкалой и оценит, насколько точно он предсказал степень опасности.

Новый Я

1. Осознайте свою проблему. Назовите ее словом или словосочетанием. Это делается для фиксации соответствующего фрагмента поведения. Важно, чтобы изменения касались только проблемного аспекта деятельности человека, а не расплывались на другие области жизни.

Удобным способом получения данного эффекта является обозначение поведения, подлежащего изменению, словом.

2. Переживите две-три жизненные ситуации, когда проблема беспокоила больше всего. Получить полный доступ к переживаниям мы можем, лишь находясь внутри ситуации. Поэтому на данном шаге процедуры все делается в ассоциированном состоянии. Здесь важно найти

привязку к телесным ощущениям, то есть найти, какие телесные состояния соответствуют проблемной ситуации.

3. Диссоциируйтесь от ситуаций, связанных с проблемным поведением. Другими словами, смотрите на все происходящее с позиции стороннего наблюдателя. Перед нашим внутренним взором откроется неприятное зрелище. Хотя человек и диссоциирован от ситуации, но ощущение дискомфорта и негативные переживания, связанные с увиденным, будут присутствовать.

4. Измените образ самого себя в проблемной ситуации, делая его все более и более негативным. Если это скованность, ее следует усилить буквально до неспособности сдвинуться с места, произнести слово. Если речь идет о раздражительности, то посмотрите на свое перекошенное злостью лицо, дрожащие и брызжущие слюной губы. Сделайте образ максимально неприятным. В это время сжимайте левый кулак, причем, чем неприятнее образ, тем сильнее сжимается кулак. На пике негативного переживания разожмите пальцы.

5. Моделируйте желаемое состояние. Создайте образ самого себя в будущем. Посмотрите, как вы будете выглядеть после того, как проблема перестанет быть проблемой. Как изменятся ваши движения, какие новые особенности обретет ваш голос.

6. Вернитесь снова в позицию стороннего наблюдателя, то есть диссоциируйтесь от будущей ситуации. Посмотрите на себя, на все то, что происходит, на свои действия. Пусть образ становится все более и более привлекательным. Он вызывает массу позитивных переживаний. Одновременно сжимайте правый кулак. Чем сильнее переживания, тем сильнее мышечное напряжение. На пике позитивных ощущений разожмите пальцы.

7. Теперь у вас есть два, образа: один слева, другой справа. Они оба находятся в поле вашего внутреннего зрения. Созерцание изображений

вызывает положительные переживания, ведь это результат приложенных усилий и «строительный материал» будущих позитивных изменений.

8. Объедините итоговый образ со своим собственным телом с помощью погружения образа в себя или ассоциации с ним. Для этого, переплетя пальцы, приближайте руки к своей груди, одновременно мысленно придвигая к себе и образ. Коснувшись груди, можно расцепить руки, обнять себя. Переживите процесс объединения. Обратите внимание, чтобы все части образа совпали с соответствующими частями вашего тела. Когда переживания закончатся, можно опустить руки.

Оригинальные

варианты решения
актуальной
проблемы

1. Найдите зрительный образ замешательства.

2. Найдите зрительный образ понимания из той же области жизни. Например, если замешательство относится к сфере техники, то и понимание берется оттуда.

3. Найдите зрительный образ понимания из какой-то другой области вашей жизни, например, из области межличностных отношений.

4. Поместите на заднем плане большую картинку замешательства, а на переднем справа и слева от вас - маленькие картинки понимания. Последние накладываются на картинку замешательства, но полностью ее не перекрывают. Сквозь образы понимания видна картина замешательства.

5. Потратьте некоторое время и понаблюдайте, что происходит с замешательством под влиянием сразу двух способов понимания. Результатом этой процедуры обычно бывает появление сразу нескольких вариантов решения проблемы. Среди них могут обнаружиться нетривиальные и очень интересные способы.

Есть еще несколько вариантов данной процедуры. Мы приведем один из них, и принцип создания всех остальных станет ясен. Шаги 1, 2 и 3 остаются теми же самыми, что и в только что описанной технологии.

6. Найдите зрительный образ понимания еще из одной области человеческой деятельности. Допустим, это будет понимание такого процесса, как круговорот воды в природе.

7. Найдите образ понимания из еще одной, четвертой области нашей жизни. Может быть, это будет понимание рационального питания. Какое конкретно понимание вы используете - результат личного творчества. В данной области нет никаких ограничений.

8. Поместите перед своим внутренним взором на заднем плане большую картину замешательства. На переднем плане, справа и слева, сверху и внизу - четыре маленькие картинки понимания из разных сфер вашей жизни. Последние накладываются на картину замешательства, но полностью ее не закрывают. Сквозь образы понимания видна картина замешательства.

9. В течение некоторого времени понаблюдайте, что происходит с замешательством под влиянием сразу четырех способов понимания. Довольно часто результатом процедуры бывает своеобразный «взрыв», проявляющийся в появлении большого количества различных вариантов решения проблемы.

Пред - и

послесонное

самовнушение.

Данный прием может быть использован как в дополнение к символической постановке цели, так и самостоятельно. Его особенностью является по сравнению с обычным самовнушением использование не специально вызванного состояния аутогенного погружения, сопровождающих физиологический сон на его начальном и завершающем участках.

Перед сном человек формулирует в соответствии с правилами построения формул самовнушения одну из наиболее актуальных предстоящих проблем. По мере погружения в сон на фоне возникающего дремотного состояния вводит в подсознание формулами самовнушения

информацию о том, что и сам сон и возможные сновидения будут способствовать разрешению сформулированной проблемы. После пробуждения, не выходя из просоночного состояния, он закрепляет эту установку в утвердительной форме. Данный прием позволяет повысить субъективную уверенность в успехе ощущением того, что внутренняя работа в направлении цели идет непрерывно, в том числе период сна.

Дибрифинг

Психологический дибрифинг проводится с группами людей, совместно испытавших стрессовые или трагические события. По своей природе он представляет собой не терапевтический, а психолого-педагогический метод, и проводится «по горячим следам» конкретного события в форме групповой дискуссии под руководством подготовленного профессионала.

Его *цель* минимизировать нежелательные психологические последствия и предупредить развитие синдрома посттравматических стрессовых расстройств. Эта цель достигается путем «вентиляции» впечатлений и эмоций, когнитивной организации опыта, уменьшения тревоги и напряженности, понимания универсального характера индивидуальных реакций, достигаемого в процессе интенсивного «обмена» чувствами, мобилизации ресурсов для социальной поддержки, усиления групповой солидарности и сплоченности, подготовки участников к правильному восприятию своего последующего состояния и использованию различных стратегий психологической помощи.

Процесс дибрифинга обычно состоит из трех основных частей:

1. «Вентиляции» чувств в группе и оценивания стресса ведущими.
2. Подробного обсуждения «симптоматики» и психологической поддержки.
3. Мобилизации ресурсов, предоставления информации и

планирования дальнейшей помощи.

Выделяют несколько обязательных фаз, через которые проходит группа:

1. *Вводная*: представление ведущего, разъяснение целей, задач и правил, снятие тревоги у участников по поводу «необычности» процедуры.
2. *Факты*: каждый рассказывает о том, что происходило с ним, что он видел, где находился и что делал. Восстанавливается полная картина происшествия и хронология событий.
3. *Мысли, эмоции, чувства*: ведущий просит перейти от описания событий к рассказу о внутренних психологических реакциях на них.
4. *Симптомы*: обсуждаются актуальные эмоциональные, когнитивные и соматические проявления посттравматического стресса, отмечаемые участниками изменения в восприятии своего «Я» и поведении.
5. *Образование (информирование)*: разъяснение участникам природы стрессовых состояний как «нормальных реакций на экстремальную ситуацию».
6. «Закрытие прошлого» и новое начало: подводятся своеобразный итог под тем, что было пережито (ритуалы «закрытия прошлого» и т.д.)

Формально процедура дебрифинга завершается вопросами участников к ведущим, советами, как вести себя в будущем, где искать источники психологической поддержки или профессиональной помощи, раздачей памяток, листовок (если они заранее подготовлены) Окончание дебрифинга всегда специально акцентируется, что придает процессу завершенность и логическую стройность.

*5.3.3. Методика
формирования
перспективной
жизненной
стратегии
(ТЖС)*

Разработана на основе методики ценностных ориентаций М. Рокича. Основу работы составляет прямое ранжирование в ходе индивидуальной беседы списка ценностей, предъявляемых клиенту на отдельных карточках. Методика предполагает два списка ценностей:

- 1) *терминальные* - убеждения в том, что какая-то конечная цель индивидуального существования стоит того, чтобы к ней стремиться (ценности - цели);
- 2) *инструментальные* - убеждения в том, что какой-то образ действий или свойство личности является

предпочтительным в любой ситуации (ценности - средства).

Респонденту последовательно предъявляются оба списка, выполненных машинописным текстом на отдельных карточках размером 12x5 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, т.е. 18 штук. Вначале предъявляется набор терминальных ценностей, затем - инструментальных.

При ранжировании возможна неискренность респондента, его подверженность социальной желательности. Однако, поскольку все предлагаемые ценности социально одобряемые, это влияние на результат работы снижается. Кроме того, необходим надежный доверительный контакт психолога с респондентом.

В целях формирования ПЖС 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 своей 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 армейской службы, после службы и т.д.

Основания ранжирования могут задаваться и по личному усмотрению психолога, исходя из его конкретных целей и задач в работе с испытуемым.

Результаты каждого ранжирования фиксируются психологом любым удобным для него способом, но, не привлекая к этому внимания испытуемого или же объяснив, что это необходимо для того, чтобы потом задать уточняющие вопросы.

Примерная 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 вашей жизни. Каждая ценность написана на отдельной карточке. Внимательно изучите карточки и выберите ту, которая для вас наиболее значима, поместите ее на первое место. Затем выберите вторую по значимости ценности и поместите ее вслед за первой. Затем сделайте то же со всеми оставшимися карточками. Наименее важная останется последней и займет 18 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;

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

- 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 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, своих взглядов;
- 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

- 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).
- чужую точку зрения, уважать иные вкусы, обычаю, привычки);
 - честность (правдивость, искренность);
 - эффективность в делах (трудолюбие, продуктивность в работе);
 - чуткость (заботливость).

Работа испытуемого с карточками ценностных ориентаций по их ранжированию позволяет инициировать у него рефлексивный процесс, направленный на осознание своих мотивов, целей, желаний, устремлений и оценку собственных возможностей по их реализации. Конечным результатом действия этого процесса должно стать разрешение его личного фрустрационного конфликта по одному из типов:

- замена способа достижения цели;
- замена самой цели на адекватную ей и реально достижимую в данных условиях;
- переоценка всей дезадаптирующей ситуации.

Этот процесс действует как в сознательной, так и подсознательной сферах личности.

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. Например:

- А 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 по данной методике должна закончиться формированием его ближайших перспектив достижения:

- а) в профессиональной, рабочей деятельности;
- б) во внутриличностной сфере;
- в) в межличностной сфере.

5.3.4. Методы работы с жертвами контроля сознания в некультурах В настоящее время зарубежными психологами разработан ряд методов работы с элементами психического терроризма - культовой зависимостью. Поскольку это направление деятельности практической психологии всё еще мало распространено в нашей стране, имеет смысл осветить некоторые его основные направления.

Консультирование о реформировании мышления (КРМ) Данный способ работы, разработанный Кэрлом и Ноэлем Джамбалво, является одним из самых популярных и широко применяемых в США. По своему характеру - это не директивный просветительский подход семейного консультирования.

Его цель - помощь в принятии информированного решения на основе предоставления соответствующей информации. В ходе практического применения этот метод показал высокую степень надёжности: в случае, когда адепт даёт психологам достаточно времени для предоставления информации - обычно около трех дней, - консультируемые решают уйти

примерно в 90 % случаев. Если они не дают консультантам достаточно времени, но выслушивают их информацию, результат достигается примерно в 60 % случаев (Пронин И.П., 2003).

Следует отметить, что для проведения КРМ необходимо, чтобы члены семьи поддерживали достаточно прочные связи с адептом. После установления связи и определённой степени доверия с его стороны, а также после подбора команды, включающей 3 - 4 психологов и заинтересованных членов семьи, происходит процедура КРМ, длящаяся около 3 дней по 12-16 часов в сутки. Консультирование по реформированию мышления включает в себя определённые фазы (рис. 5.24.):

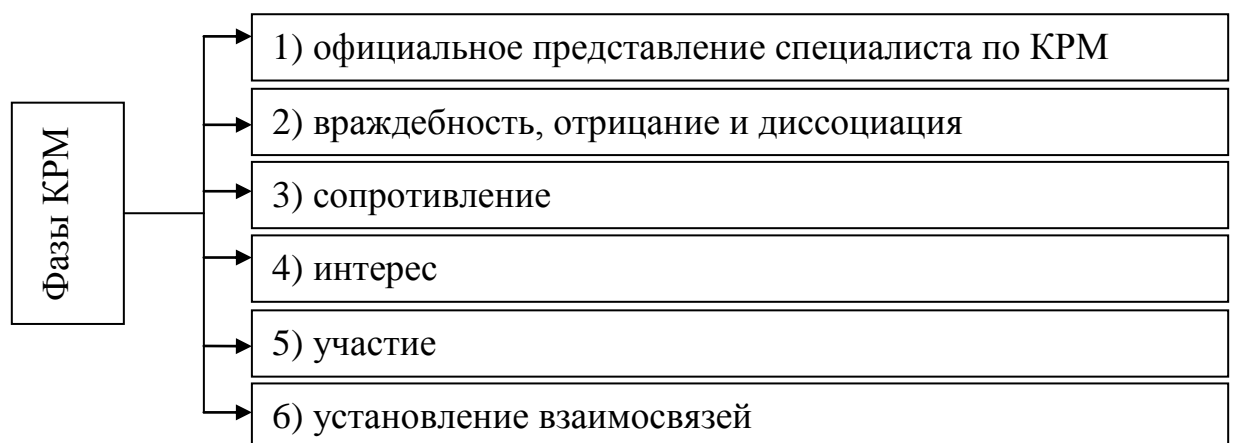


Рис. 5.24. Фазы КРМ.

*Официальное
представление
специалиста по КРМ*

В самом начале воздействия семья представляет психологов адепту. Специалисты по КРМ с самого начала стараются поставить клиента в удобные условия, объяснив свои намерения и подчёркивая, что они здесь в ответ на охватившую всю семью тревогу, возникшую из-за участия данного человека в культе.

При этом они не отрицают, что в участии адепта в группе могут быть и истинно хорошие моменты. Однако, с точки зрения консультанта по

выходу, у клиента недостаточно информации для оценки группы. Главной целью консультанта является обзор имеющихся источников совместно с адептом, а не спор или убеждение. При этом специалисты по КРМ должны подчеркнуть, что они честны и готовы слушать. Клиент сам будет решать, какое влияние на его жизнь эта информация будет иметь.

*Враждебность,
отрицание и
диссоциация*

В процессе начальной фазы КРМ часто имеет место отрицание со стороны адепта от определенных фактов или воспоминаний, сопровождаемое демонстрацией явной или скрытой враждебности. При отрицании факты или воспоминания подавляются или заново истолковываются, оставляя лишь неясное осознание, поскольку включаются механизмы психологической защиты.

Следует особо отметить, что в момент отрицания адепты не лгут сознательно - это неосознанный обман. Помощь клиенту в признании хотя бы незначительного случая лжи может подвергнуть сомнению его фундаментальное допущение, будто члены группы и её лидеры никогда не лгут. Если адепт начинает сомневаться в этом предположении, он становится способным признать другие случаи обмана, от которых зависит культовая группа.

При диссоциации, вызванной удвоением личности, адепты не стремятся замалчивать те или иные аспекты культовой практики, связанной с манипуляцией сознанием.

Часто причина кроется в том, что в их сознании не были запечатлены определённые переживания, либо аспекты переживаний, и никогда не существовало понимания манипулирования, связанного с тем или иным событием.

Отличить отрицание от расщепления или удвоения личности иногда достаточно трудно, но это различие важно иметь в виду, поскольку каждое

из них требует своего подхода, если требуется пробудить у личности умение критически мыслить. Терпение - наиболее эффективный способ справиться с отрицанием. По мере того, как растёт понимание адепта, его потребность отрицать уменьшается. При диссоциации также требуется терпеливое предоставление информации. Здесь следует обсудить тактику контроля сознания, принятую в культе.

Сопrotивление

Демонстративное сопротивление адепта информации, предоставляемой специалистом по КРМ, является положительным знаком, поскольку при нём человек просто старается уйти от обсуждения предмета, нежели отрицать его. Признаки сопротивления обычно включают попытки сменить тему или придирки. Отмечая наличие сопротивления, консультант должен продолжить информационное воздействие.

Интерес

Когда клиент начинает задавать вопросы относительно предоставляемой ему информации и дополнительно требовать её, этот человек проявляет интерес, что является признаком прогресса. Другие признаки интереса включают изменение качества отношений: молчаливая враждебность сменяется теплотой, дружелюбием; документы изучаются без понуждения и т.д.

Участие

Эта стадия характеризуется усложнённым интересом. Адепт уже не только требует, но и даёт информацию о деструктивной деятельности группы. Он всё ещё может не соглашаться со специалистами по КРМ, но уже не проявляет враждебности по отношению к ним.

На данном этапе клиент уже участвует в поиске истины, а не просто положительно или отрицательно отвечает на информацию психологов-

консультантов. Он обретает способность смотреть на события с разных точек зрения и понимает, что позиция культа является лишь одной из них. Эта перемена носит решающий характер.

Установление взаимосвязей Когда адепт начинает устанавливать взаимосвязи между фрагментами информации - это говорит о том, что процесс КРМ продвигается успешно и позитивно. Клиент не только начинает видеть все «за» и «против», но оценивает и сравнивает их и, наконец, начинает создавать последовательную, самостоятельно выбранную и основанную на информированности точку зрения, что является признаком успеха в консультировании о реформировании мышления.

Человек начинает мыслить независимо. Адепты с большим «стажем» часто склонны быстрее откликаться на информацию специалистов по КРМ, т.к. они имели некоторые возможности видеть «тёмные» стороны культа. Те же, кто присоединился к той или иной псевдорелигиозной организации сравнительно недавно, часто с трудом признают надёжность предоставляемой им информации, поскольку это кажется им несовместимым с их собственным опытом.

Признаки установления взаимосвязей таковы:

- адекватное восприятие внешнего мира и признание наличия и правомерности различных точек зрения;
- понимание манипулятивного воздействия деструктивного культа в качестве причины формирования дезадаптивных установок;
- спонтанное и добровольное предоставление примеров контроля сознания в группе;
- узнавание и признание моментов отрицания, сопротивления и диссоциации;
- восприятие альтернатив культовой группе не только с

интеллектуальной, умозрительной точки зрения, но и в качестве реального выбора, который клиент в состоянии сделать.

Когда клиент демонстрирует такое понимание и поведение, уход из культа становится весьма вероятным. Консультанты по выходу уважают любой выбор. Если человек в силу тех или иных причин предпочитает остаться в группе, психолог напомнит ему и его семье, что у них теперь есть знание, которое может быть использовано для усиления его автономии и улучшения семейных отношений. Если же клиент решает покинуть культовую группу, что случается в большинстве случаев, специалист по КРМ обеспечивает его информацией о том, какие ресурсы могут ему помочь.

Подход стратегического взаимодействия (ПСВ)

Автором этого подхода, является американский психолог-консультант Стивен Хассен. ПСВ - это разновидность бихевиористски - ориентированного семейного консультирования с использованием методов НЛП, Эриксоновского гипноза и ролевых игр, призванная помочь жертвам деструктивного контроля сознания в избавлении от культовой зависимости и осуществить коррекцию культовых травм.

Она сосредоточена на процессе изменения, т.е. здесь важнее то, как люди пришли к перемене, а не то, что или как они изменили. Это обуславливает множество психотехник, направленных на стимулирование психологических перемен в сознании клиента. Наряду с активным использованием психотехник С. Хассеном широко используется и предоставление информации о теории и реальной деятельности того или иного культа. Однако сторонники КРМ нередко упрекают его в неправомерном, на их взгляд, уклонении в сторону некоторой манипулятивности. Впрочем, данный подход весьма действенен с точки

зрения результата и может использоваться наряду с методом К. Джиамбалво.

Основные принципы ПСВ таковы:

1. *Люди испытывают потребность и желают расти.*

2. *Сосредоточенность на ситуации «здесь и теперь».* Клиент побуждается сфокусировать свое внимание не на тех или иных ошибочных действиях в прошлом, а на том, что он может сделать в настоящем. Прошлое полезно лишь в той мере, в которой оно обеспечивает информацией, полезной в настоящем времени.

3. *Человек всегда выбирает то, что он считает наилучшим в данный момент.* Люди не склонны действовать во вред себе и делают то, что по их убеждению является для них наилучшим. Члены культов позволяют идеологически обрабатывать себя только потому, что верят в благие намерения группы и надеются что-то получить от неё в качестве выигрыша.

4. *Каждый клиент и каждая ситуация по-своему уникальна.* Поскольку любой человек имеет особый способ понимания и взаимодействия с реальностью, данный подход полностью сосредоточен на клиенте, т.е. психолог стремится быть полезным клиенту и не ожидает, что тот приспособится к нему. Работа консультанта заключается в том, чтобы понять человека: что он ценит, в чём нуждается, чего хочет и как думает. Психологу нужно эмпатически понять клиента, чтобы помочь осуществить желание его изначальной личности - покинуть манипулятивную деструктивную культовую группу.

5. *Сфокусированность на семье.* Члены семьи и друзья жизненно важны для самых успешных случаев. Их можно обучить способам максимально эффективного общения с участником культа путём проведения ролевых игр. Таким образом, психолог приобретает дополнительные эмоциональные и личностные рычаги, чтобы добиться

сотрудничества адепта. Когда члены семьи узнают, как эффективно взаимодействовать, они делают очень много, чтобы помочь индивиду выйти из группы. Во время воздействия этот фактор часто оказывается решающим.

Работа психолога, по мнению С. Хассена (2001), заключается в том, чтобы помочь адепту осознать 4 вещи (рис. 5.25.):

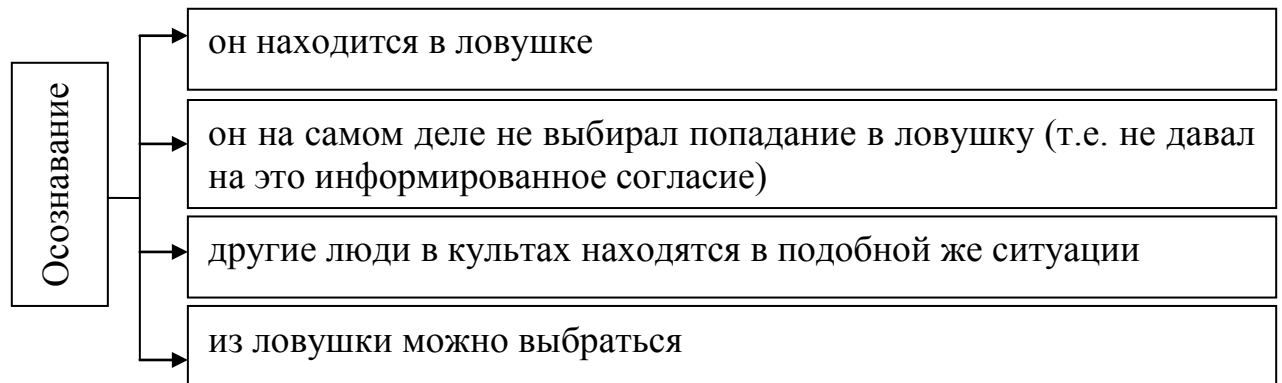


Рис. 5.25. Особенности, необходимые осознать адепту.

Исходя из этих четырёх пунктов, психолог, применяющий ПСВ, не должен пытаться во время проведения консультирования тем или иным путём принудить адепта выйти из группы. Его задача, помочь увидеть различные варианты выбора, предлагая различные перспективы и благоприятные возможности и затем поощрить клиента делать то, что, по его мнению, является наилучшим и способствует ощущению полного контроля за ситуацией с его стороны.

Процедура ПСВ Прежде всего, происходит формирование команды стратегического взаимодействия. В идеале она должна включать в свой состав помимо членов семьи клиента бывших участников того культа, в котором он состоит, священника той конфессии, к которой принадлежит семья, если они верующие и психолога.

ПСВ - это весьма структурированный процесс, имеющий определённый сюжет, начало, середину и конец, являющиеся его необходимыми элементами. Члены команды представляются клиенту не одновременно, а в соответствии с планом, который может часто меняться в зависимости от возникающих по ходу дела потребностей. На всё время воздействия люди, участвующие в команде стратегического взаимодействия, берут перерыв на работе, откладывают в сторону повседневную рутину и дают адепту понять, что он важен для них и что его проблема требует безотлагательного решения.

Здесь очень важно, чтобы у членов команды на момент проведения процедуры ПСВ уже были налажены позитивные взаимоотношения с адептом, достигнутые в ходе предшествующих мини-взаимодействий.

Первый шаг заключается в отборе нескольких наиболее важных членов команды, которая должна состоять из людей, общение с которыми с наибольшей вероятностью приведёт к ощутимым позитивным сдвигам в поведении и мировоззрении клиента.

Руководителю группы важно использовать то, что ему известно об адепте, чтобы знать, какое воздействие стимулировало бы его, увлекло и побудило бы соучаствовать. Именно поэтому лучшие ведущие ПСВ - это бывшие культисты, имеющие психологическое образование.

При подборе членов команды стратегического воздействия важно ввести в её состав бывшего члена того культа, в котором состоит клиент. При этом весьма желательно, чтобы его интересы совпадали с докультовыми хобби человека, состоящего в культе, поскольку это помогает быстро установить контакт с его докультовой личностью и добиться взаимопонимания и уважения со стороны клиента.

При подготовке ПСВ очень важно определить время и место, где оно будет происходить. Если клиент постоянно находится на территории,

принадлежащей культовой организации, психологу совместно с членами семьи нужно продумать возможные ситуации, при которых клиент может оказаться на некоторое время вне досягаемости группы. При этом не следует осуществлять воздействие в первый его визит, так как он, скорее всего, будет максимально осторожен. Его возможные опасения нужно уменьшить, наполнив его первое посещение самыми приятными впечатлениями. Выбор места также имеет большое значение. Оно должно быть связано с положительными эмоциями и располагаться вне зоны досягаемости культа (Хассен С., 2001).

После этого член группы, пользующийся наибольшим доверием, уважением и эмоциональным влиянием, обращается к адепту с предложением посетить семью на несколько дней. При этом адепт должен чувствовать, что он контролирует ситуацию.

Нужно иметь в виду, что лидеры культа будут препятствовать этой встрече или настаивать на том, чтобы вместе с клиентом находился другой участник культа, занимающий более высокое положение в организации. Поскольку для успеха процедуры ПСВ важно, чтобы клиент думал самостоятельно, необходимо последовательно настаивать на том, чтобы клиент был единственным представителем культа в ходе взаимодействия.

Согласившись на встречу с членами команды стратегического взаимодействия, адепт возможно пожелает поддерживать связь с культовыми лидерами по телефону, что даёт им возможность прервать ход ПСВ. Это следует учитывать. Можно заранее поговорить с адептом, подтолкнув его к размышлениям о том, как бы отреагировала его организация, если бы он позвонил туда и вежливо попросил дать ему время побыть вне группы. Если же адепт настаивает на телефонном разговоре, нужно тактично попросить его максимально сократить беседу, ограничившись дежурными фразами.

Второй шаг

Вся процедура ПСВ занимает 3 дня, в течение которых

проводятся долгие марафонские занятия. Положение облегчается тем, что многие адепты хорошо подготовлены к многодневному воздействию.

День 1. Большая часть первого дня уходит на установление взаимопонимания, сбор информации и максимальное общение участников команды с членом культа, закладывающее фундамент для следующих трёх дней. В некоторых случаях можно начать с обсуждения проблемы контроля сознания и культов как таковых.

Первый день воздействия включает семейное консультирование, в ходе которого адепт должен почувствовать, что его слушают и слышат, что он действительно важен для своей семьи. Нужно, чтобы каждый по очереди вербализировал свои чувства друг к другу. Затем следует перейти к структурированным упражнениям. Например, можно попросить каждого человека назвать три вещи, которые ему нравятся в других, и три вещи, которые он хотел бы изменить, или попросить людей разбиться на пары и в течение нескольких минут постараться защищать убеждения, противоположные их собственным. После этого устраиваются встречи наедине с каждым членом семьи. При этом на клиента затрачивается гораздо больше времени, что позволяет добиться взаимопонимания и доверия.

День 2. В течение второго дня происходит подробное обсуждение контроля сознания, применяемого культами. Проводится трёхэтапное снятие культовых фобий, если оно не проводилось до начала процедуры ПСВ.

Устранение культовых фобий, связанных с иррациональным страхом оказаться вне культовой группы, настолько важно для успешной коррекции культовой зависимости, что имеет смысл подробнее рассмотреть эту технику.

Трёх шаговое воздействие на фобии можно свести к следующим пунктам (рис. 5.26.):

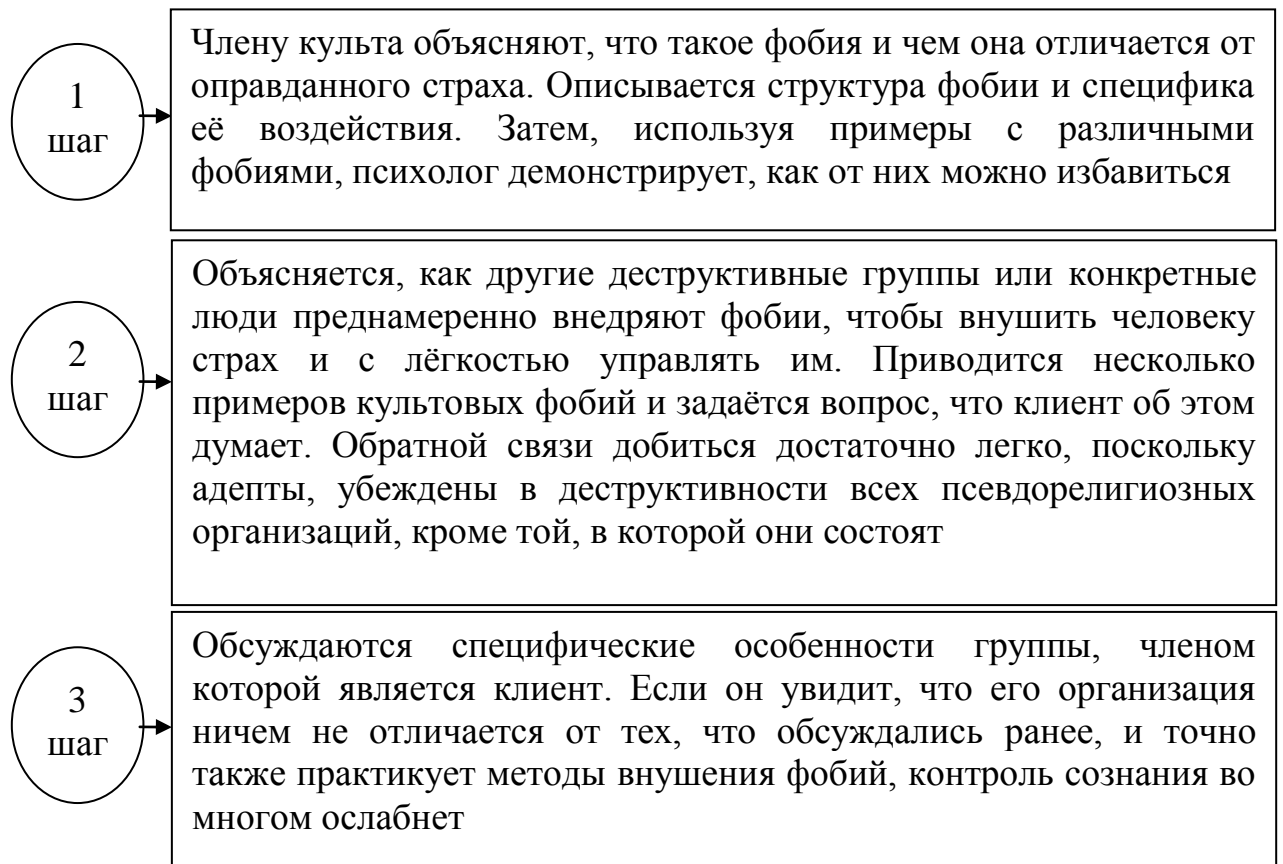


Рис. 5.26. Трёх шаговое воздействие на фобии адепта.

Не следует пытаться делать все три шага одновременно, но и растягивать их не следует. Нужно, чтобы сохранялась непрерывность, делающая воздействие более эффективным и чтобы адепт делал свои выводы в удобном для него темпе.

После этого происходит представление клиенту бывшего члена его группы. Если в состав команды стратегического воздействия входит религиозный или светский эксперт, он также начинает свою деятельность.

Затем семья начинает в тактичной и корректной форме высказывать свои вопросы и опасения. Позднее психолог может попросить клиента поговорить с ним наедине о своём пребывании в группе. Таким образом, второй день отмечен переходом от семейного консультирования к

консультированию о культах, в ходе которого клиенту можно помочь понять, как культовая практика сделала его более восприимчивым к некритичному усвоению культовых верований (Хассен С., 2001).

День 3. На третий день происходит углублённый анализ конкретных верований группы. К этому времени человек выявит необходимые взаимосвязи и научится задавать прямые вопросы, касающиеся своей собственной группы.

Успешное воздействие, если оно было проведено должным образом, помогает установить контакт с подлинной личностью и освободить её. Причина положительных результатов ПСВ заключается в том, что культовый контроль сознания никогда не добивается полного успеха в стирании исходного «Я» человека. Он навязывает доминирующую культовую личность, которая постоянно подавляет его. Именно успешное установление связи с личностным ядром и позволяет психологу добиваться положительного результата. Как правило, в большинстве случаев люди решают выйти из культов. Однако следует понимать, что это не решает все проблемы, поскольку бывшие адепты, как правило, нуждаются в длительном периоде посткультовой реабилитации, когда им не менее чем раньше необходимы профессиональная помощь психологов и принятие со стороны близких (Пронин И.П., 2003).

5.3.7. Тренинг поведения в экстремальных ситуациях Тренинг рассчитан на выработку умений действовать в экстремальной ситуации, выявлять конструктивные и деструктивные схемы поведения, научиться решать проблемы, брать ответственность на себя, а также обучение анализу своего поведения и проблем взаимоотношений в группе.

Время проведения 2 часа. Проведение данного упражнения должно соответствовать всем правилам тренинга.

Игра «Кораблекрушение» *Цель игры:* формировать навыки общения в экстремальных ситуациях, выявлять конструктивные и деструктивные способы поведения.

Ведущий сообщает, что «группа туристов» из 15 человек, которая путешествовала морем, потерпела кораблекрушение и в настоящее время находится в «лодке». Примерно через 15 минут начнется «шторм», и «потерпевшие» смогут спастись только в том случае, если в «лодке» останется ровно на одного человека меньше. В условиях «шторма» большего числа людей «лодка» не выдержит. Если будет меньше на 2 - 3 человека, тоже все «погибнут», так как оставшихся будет недостаточно для гребли. По условиям игры, никто не может плыть за «лодкой», держась за ее борт — и в таком случае погибнут все.

Если оказывается человек, который по ходу игры покидает «лодку», он выходит за пределы игрового помещения и не возвращается до самого начала «шторма» и до объявления результата.

Ведущий объявляет о начале игры. Время от времени он информирует «потерпевших», сколько минут осталось до начала шторма. Ровно через 15 минут ведущий объявляет результат игры — либо все спаслись, кроме одного, либо погибли все.

Обсуждение: проводится посредством обмена впечатлениями, мнениями, переживаниями, чувствами. Анализируются стратегии поведения «потерпевших». Какие из них преобладали — конструктивные или разрушительные.

Игра «Стена» *Цель игры:* попробовать заняться самоанализом в экстремальной ситуации. Можно представить себе, что идет человек по долгой дороге и вдруг натывается на стену. Что делать в такой ситуации?

Попытаться обойти, но это невозможно: стена «бесконечна». Попробовать перелезть, перепрыгнуть - увы, это тоже невозможно, стена слишком высока. Сесть под стеной?

Обсуждение: попытаться ответить на вопрос:

Что может чувствовать, испытывать человек, оказавшись в такой неразрешимой экстремальной ситуации?

Игра

«Необитаемый остров»

Цель игры: научиться решать проблемы в экстремальных ситуациях при смене образа жизни, в частности, актуализировать конструктивные средства взаимодействия, брать ответственность на себя, пользоваться групповой поддержкой, тренировать способность переживать неудачи и потери, стимулировать процесс саморазвития.

Ведущий сообщает, что группа (группу более 20 человек можно разбить на две подгруппы) в силу чрезвычайных обстоятельств оказалась на необитаемом острове в тропиках. К этому времени у терпящих бедствие уже ничего не осталось, даже надежных плавсредств. Участники получают большой лист бумаги, коробку пластилина, фломастеры. Надо нарисовать место высадки на остров, потом слепить «себя» из пластилина и найти пристанище на отмеченном 1 пространстве острова.

Ведущий поясняет, что в ближайшие 20 лет группе не суждено встретиться с другими людьми или уплыть с острова и предлагает им «начать свою новую жизнь».

Развитие группы идет спонтанно. Ведущий может выступать в роли «хранителя времени», напоминая: «прошел день, неделя, месяц, год, два и т.д.». Иногда он может дополнять «жизнь» участников событиями: «ливень уничтожил...», «начались болезни...». Таким образом, он косвенно корректирует развитие группы.

Обсуждение: проводится с помощью анализа того, как проходила адаптация в самые трудные, первые, дни жизни на острове, когда возникала опасность негативного поведения, как проявлялось умение решать бытовые и коммуникативные проблемы, как развивались межполовые взаимоотношения и социальные или политические разногласия.

5.3.9. Тест «Способность действовать в напряженных обстоятельствах» Данный тест позволят определить Вашу эмоциональную устойчивость, способность к саморегуляции, мотивационно – энергетический компонент и стабильность действий, помехоустойчивость. Опросник состоит из 22 вопросов, с тремя вариантами ответа. Выбранному варианту ответа присуждается определенный балл.

Инструкция: В каждом вопросе обведите кружочком ту букву, которая определяет Ваш выбор. Затем, пользуясь ключом, подсчитайте число баллов по каждому из четырех факторов теста.

- | | |
|---|---|
| 1. В каких случаях Вы успешнее выступаете в соревнованиях, в конкурсах, на экзаменах? | б) иногда; |
| а) в спокойном состоянии, практически не волнуясь; | в) нет. |
| б) в состоянии повышенного возбуждения; | 3. Точно ли Вы оцениваете степень своего волнения и других эмоциональных состояний в напряженных ситуациях? |
| в) в состоянии сильного возбуждения. | а) обычно не задумываюсь об этом; |
| 2. Сильно ли Вы волнуетесь на таких мероприятиях? | б) иногда; |
| а) да; | в) да. |
| | 4. Нравится ли Вам выступать в контрольных упражнениях на результат? |

а) да;
б) не могу сказать определенно;
в) нет.

5. Можете ли Вы в течение наиболее важного для вас периода поддерживать стабильный уровень высоких результатов?

а) да;
б) бывают колебания;
в) нет.

6. Стабильна ли Ваша техника исполнения заданий в ситуациях соревнования, конкурса, экзамена?

а) да;
б) бывают колебания;
в) нет.

7. Сильно ли Вам мешают неожиданные помехи?

а) да;
б) иногда;
в) нет.

8. Мешает ли Вам волнение выступить наилучшим образом в соревнованиях, на конкурсе, на экзамене?

а) да;
б) иногда;
в) нет.

9. Вы полностью «выкладываетесь» на важных соревнованиях?

а) да;
б) не всегда;
в) нет.

10. Вы охотно выполняете объемные, интенсивные нагрузки?

а) да;
б) не всегда;
в) нет.

11. Сильно ли действуют на Вас неудачи?

а) да, сильно расстраивают;
б) быстро забываются;
в) не придаю им большого значения.

12. В каких случаях Вы достигаете наилучшего результата?

а) при строгом сознательном контроле своих действий;
б) при автоматическом выполнении;
в) нечто среднее.

13. Бывают ли у Вас во время действия в социально-напряженных обстоятельствах серьезные, необъяснимые ошибки, влияющие на результат Ваших действий?

а) да;
б) иногда;
в) практически не бывает.

14. Возникает ли у Вас при успешном сопротивлении трудным обстоятельствам чувство «скорее бы все заканчивалось»?

- а) да,
- б) иногда;
- в) нет.

15. Когда Вы обычно начинаете испытывать волнение перед социально-напряженными обстоятельствами:

- а) за несколько дней до их наступления;
- б) накануне,
- в) непосредственно перед их наступлением.

16. Трудно ли Вам отключаться от мыслей о предстоящем выступлении на ответственных соревнованиях, конкурсах, экзаменах?

- а) да;
- б) нет;
- в) могу отключиться, но не надолго.

17. Проводите ли Вы специальную психологическую настройку самого себя непосредственно перед началом

соревнования, конкурса, экзамена?

- а) да;
- б) не всегда;
- в) нет, не провожу.

18. Можете ли Вы, если считаете это нужным, быстро переключаться с одного вида настройки на другой?

- а) нет;
- б) обычно не нуждаюсь в этом;
- в) да.

19. Можете ли Вы в ходе спортивной, конкурсной борьбы, экзамена при необходимости заставить себя быстро успокоиться?

- а) нет;
- б) не всегда;
- в) как правило, могу.

20. Пользуетесь ли Вы для этих целей словесными приказами самому себе?

- а) нет;
- б) обычно не нуждаюсь в этом;
- в) да.

21. Вы многим готовы пожертвовать в жизни ради успехов в спорте, на ответственном для Вас конкурсе и т.п.?

- а) да, могу отказаться от многих жизненных благ;

б) этой проблемы передо мной не возникало;

в) нет.

22. Каково Ваше отношение к социально-напряженным ситуациям, типа спортивных

соревнований, конкурсов, экзаменов и т. п.?

а) это весьма трудное дело;

б) это праздник;

в) и то и другое.

Степень выраженности фактора:

1. Эмоциональная устойчивость:

0 баллов: средний уровень устойчивости и надежности;
от - 1 до - 12: пониженный уровень устойчивости и надежности;
от +1 до +5: повышенный уровень устойчивости и надежности.

2. Способность к саморегуляции:

0 баллов: средний уровень;
от - 1 до - 10: пониженный уровень;
от +1 до +6: повышенный уровень.

3. Мотивационно-энергетический компонент:

0 баллов: средний уровень;
от - 1 до - 10: пониженный уровень;
от +1 до +8: повышенный уровень.

4. Стабильность действий, помехоустойчивость:

0 баллов: средний уровень;
от - 1 до - 6: пониженный уровень;
от +1 до +3: повышенный уровень.

Подсчет баллов

	а	б	в		а	б	в		а	б	в
1.	- 2	- 1	+ 1	8.	- 2	- 1	+ 1	15.	- 2	- 1	0
2.	- 2	0	+ 1	9.	+ 1	- 1	- 2	16.	- 2	+ 1	- 1
3.	- 2	- 1	+ 1	1.	+ 1	- 1	- 2	17.	-	-	-
4.	+ 1	0	- 1	11.	+ 1	- 1	- 2	18.	- 2	- 1	+ 1
5.	+ 1	- 1	- 2	12.	+ 1	- 1	0	19.	- 2	- 1	+ 1
6.	+ 1	- 1	- 2	13.	- 2	0	+ 1	20.	- 1	0	+ 1
7.	- 2	- 1	+ 1	14.	- 2	0	+ 1	21.	+ 1	- 1	- 2
								22.	- 1	+ 1	+ 1

Характерологические свойства:

1. Эмоциональная устойчивость:

- интенсивность эмоционального возбуждения;
- колебания этого возбуждения;
- степень влияния его на характер действий и поведения в социально-напряженных обстоятельствах.

2. Способность к саморегуляции:

- умение правильно осознавать и оценивать свое эмоциональное состояние;
- умение влиять на него, в частности, путем словесных самовнушений и самоприказов;
- умение перестраиваться в процессе действий;
- развитие функции самоконтроля над своими действиями.

3. Мотивационно-энергетический компонент:

- терпимость к социально-напряженным ситуациям, любовь к соревновательным видам взаимодействия;
- стремление к любой форме соревновательного взаимодействия;
- полная отдача в ходе действий в социально-напряженных ситуациях.

4. Стабильность действий, помехоустойчивость:

- устойчивость внутреннего функционального состояния;
- стабильность двигательных навыков и приемов в процессе действий в социально-напряженных обстоятельствах;
- невосприимчивость к воздействиям.

5.3.10. Методика групповых занятий по регуляции психических состояний Джанет Рейнуотер

Первый этап занятия включает в себя упражнения по релаксации, достижению измененного состояния сознания и по визуализации, направленные на развитие навыков в создании мысленных зрительных образов. После завершения упражнений участникам необходимо обменяться своими впечатлениями от визуализации, в ходе которого руководитель должен получить обратную связь о готовности группы к созданию зрительных образов. При необходимости

упражнение по визуализации можно повторить.

Внешними признаками релаксации будут являться (рис. 5.15.):

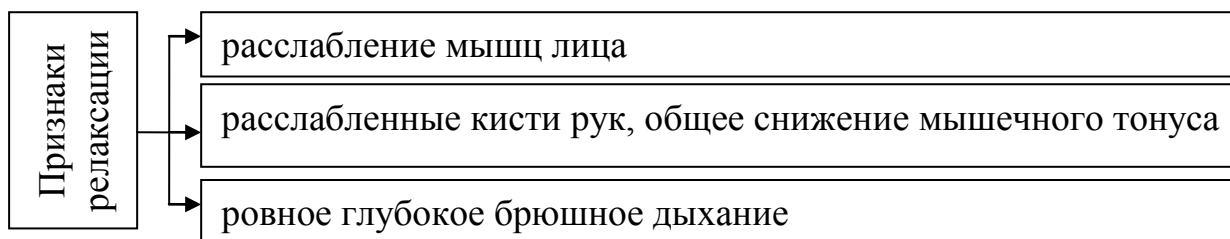


Рис. 5.15. Внешние признаки релаксации.

Упражнение на релаксацию Спокойным, ровным, монотонным голосом, выдерживая паузы в такт дыхания участников группы, руководитель произносит словесные инструкции: «Займите самое удобное для вас положение... Выпрямите спину ... Закройте глаза ... Сосредоточьтесь на своем дыхании...

Воздух сначала заполняет брюшную полость ... затем вашу грудную клетку ... легкие ... Сделайте полный вдох ... затем несколько легких, спокойных выдохов. Теперь спокойно ... без специальных усилий сделайте новый вдох ... Обратите внимание, какие части вашего тела ... соприкасаются с креслом ... полом ... в тех частях тела, где поверхность поддерживает вас ... постарайтесь ощутить эту поддержку немного сильнее ... Вообразите, что кресло ... пол ... приподнимаются, чтобы поддержать вас ... Расслабьте мышцы, с помощью которых вы сами поддерживаете себя ...»

Упражнение по визуализации «Сосредоточьтесь на своем дыхании ... Вообразите большой белый экран ... Представьте на экране любой цветок ... Уберите цветок с экрана, а вместо него поместите на экран белую розу ... Поменяйте белую розу на красную ... (Если у вас возникли трудности ... вообразите, что вы кисточкой покрасили розу в красный цвет ...).

Уберите розу и представьте комнату, в которой вы находитесь, всю ее обстановку ... мебель ... цвет ... Переверните картинку ... Посмотрите на комнату с потолка ... Если это трудно сделать ... вообразите себя на потолке ... смотрящим на комнату и всю обстановку сверху вниз ... Теперь снова вообразите большой белый экран ... Поместите синий фильтр перед источником света так, чтобы весь экран стал ярко-синим ... Поменяйте синий цвет на красный ... Сделайте экран зеленым ... Представляйте любые цвета и изображения по своему усмотрению ...»

После выполнения последовательно данных упражнений необходимо спокойным, ровным голосом «вернуть» участников в обстановку «здесь и теперь», например, с помощью монотонного обратного отсчета: « После того, как я посчитаю от 10 до 1, вы медленно, на вдохе откроете глаза и «вернетесь» в эту комнату ...»

После завершения упражнений участникам необходимо обменяться своими впечатлениями от визуализации, в ходе, которого руководитель должен получить обратную связь о готовности группы к созданию зрительных образов. При необходимости упражнение по визуализации можно повторить.

На следующем этапе упражнения носят различный характер в зависимости от вероятного типа дезадаптации участников группы.

1. Для группы участников с агрессивным типом дезадаптации.

Упражнение 1. «Вообразите, что вы маленький поплавок в огромном океане. У вас нет цели ... компаса ... карты ... руля ... весел ...
«Поплавок» ...Вы движетесь туда, куда несет вас ветер ... океанские волны ...

Большая волна может на некоторое время накрыть вас ... но вы вновь и вновь выныриваете на поверхность ... Попробуйте ощутить эти толчки и выныривание ... Ощутите движение волны ... тепло солнца ... капли воды ... подушку моря под вами, поддерживающую вас ... Посмотрите, какие еще

ощущения возникают у вас ... когда вы представляете себя маленьким поплавком в большом океане ...» (Пауза 1 -2 минуты).

Упражнение 2. «Вообразите себя гуляющим на окраине многолюдного и шумного города ... Постарайтесь ощутить, как ваши ноги ступают по мостовой. Обратите внимание на других прохожих ... выражения их лиц, фигуры.

Заметьте, что некоторые выглядят встревоженными ... другие спокойны и радостны ... Обратите внимание на транспорт ... его скорость, шум ... гудят автомобили, визжат тормоза ... Может быть, вы слышите и другие звуки ... Обратите внимание на витрины магазинов ... булочную ... цветочный магазин ... Может быть, вы увидели в толпе знакомое лицо?... Вы подойдете и поприветствуете этого человека ?... Или пройдете мимо ?... Остановитесь и подумайте, что вы чувствуете на этой шумной улице ... Теперь поверните за угол и прогуляйтесь по более спокойной улице ... Пройдя немного, вы заметите большое здание, отличающееся по архитектуре от других ... Большая вывеска гласит: «Храм тишины» ... Вы понимаете, что этот храм - место, где не слышны никакие звуки, где никогда не было произнесено ни единого слова ... Вы подходите и трогаете тяжелые резные деревянные двери ... Вы открываете их, входите и сразу же оказываетесь в окружении полной и глубокой тишиной ... (Пауза 1 -2 минуты). Когда вы захотите покинуть здание, толкните деревянные двери и выйдите на улицу ... Как вы теперь себя чувствуете ?... Запомните дорогу, которая ведет к Храму тишины ... чтобы вы могли, когда захотите, вновь вернуться туда ...»

После возвращения участников в обстановку «здесь и теперь» организуется обмен впечатлениями, проговаривание своего опыта переживаний и т.п. После чего руководитель может закончить занятие.

2. Для группы участников с депрессивным типом дезадаптации (после упражнений на релаксацию и изменение состояния сознания):

Упражнение 1. «Вспомните то время своей жизни ... когда вы были
«Я любим(а)» уверены, что по-настоящему любимы ... Выберите какой-нибудь эпизод этого периода и заново переживите его во всех деталях ...

Вспомните все звуки ... цвета ... запахи ... музыку ... свои чувства и заново их переживите ... Попробуйте ответить самому себе ... каковы самые существенные особенности этого переживания ... Что мешает вам испытывать такие чувства сейчас ...?»

Упражнение 2. «Вообразите перед собой какой-то источник энергии ... Он
«Источник энергии» согревает вас ... дает вам энергию ... Постарайтесь ощутить, как энергия воздействует на переднюю часть вашего тела ...

Вдохните ее ... Представьте такой же источник энергии за своей спиной ... Почувствуйте, как волны энергии скользят вниз и вверх по вашей спине ... Поместите источник энергии справа ... Ощутите воздействие энергии на правую половину тела ... Поместите источник энергии слева ... Ощутите воздействие энергии на левую половину тела ... Вообразите источник энергии над собой ... Ощутите, как энергия действует на голову ... Теперь источник энергии находится у вас под ногами ... Почувствуйте, как наполняются энергией ступни ваших ног ... потом энергия поднимается выше ... и распространяется по всему вашему телу ... Представьте, что вы посылаете энергию какому-то человеку ... а теперь другому ... Отметьте для себя, каких именно людей вы выбрали ... Теперь пошлите энергию своей семье ... своим друзьям ... знакомым ...»

Упражнение 3. «Вы совершаете прогулку по территории большого замка ...
«Сад» Вы видите высокую каменную стену ... увитую плющом, ... в которой находится деревянная дверь ...

Откройте ее и войдите ... Вы оказываетесь в старом ... заброшенном саду ... Когда-то это был прекрасный сад ... однако уже давно за ним никто не ухаживает ... Растения так разрослись, и все настолько заросло травами, ... что не видно земли ... трудно различить тропинки ... Вообразите, как вы, начав с любой части

сада ... пропалываете сорняки ... подрезаете ветки ... выкашиваете траву ... пересаживаете деревья ... окапываете, ... поливаете их ... делаете все, чтобы вернуть саду прежний вид ... Через некоторое время остановитесь ... и сравните ту часть сада, в которой вы уже поработали ... с той, которую вы еще не трогали».

Упражнение 4. «Представьте маленький скалистый остров ... вдали от континента ... На вершине острова ... - высокий, крепко поставленный маяк. Вообразите себя этим маяком ...

Ваши стены такие толстые и прочные ... что даже сильные ветры, постоянно дующие на острове ... не могут покачнуть вас ... Из окон вашего верхнего этажа ... вы днем и ночью ... в хорошую и плохую погоду ... посылаете мощный пучок света, служащий ориентиром для судов ... Помните о той энергетической системе, которая поддерживает постоянство вашего светового луча ... скользящего по океану ... предупреждающего мореплавателей о мелях ... являющегося символом безопасности на берегу ... Теперь постарайтесь ощутить внутренний источник света в себе ... света, который никогда не гаснет ...»

Данные упражнения выполняются последовательно, переходя от первого ко второму и так далее до четвертого. Словесные инструкции могут произноситься на фоне музыки, подобранной по характеру и содержанию упражнения и соответствующей каждому упражнению своей ритмикой, мелодией и гармоническим ладом.

Резюме

- Психологические техники и упражнения, рассматриваемые в данном учебнике, направлены на снижение индивидуальной чувствительности к тем психотравмирующим объектам и ситуациям, которые вызывают у индивида различные эмоционально окрашенные реакции.
- Методика формирования перспективной жизненной стратегии разработана на базе методики ценностных ориентаций М. Рокича, в основу которой

положено прямое ранжирование списка терминальных и инструментальных ценностей в ходе индивидуальной беседы.

- Консультирование о реформировании мышления, разработанный Кэрол и Ноэлем Джиамбалво, и подход стратегического взаимодействия, автором которого является американский психолог-консультант С. Хассен, наиболее популярные и эффективные техники работы с культовой зависимостью.
- Методика групповых занятий по регуляции психических состояний включает в себя упражнения по релаксации, достижению измененного состояния сознания и по визуализации, направленные на развитие навыков в создании мысленных зрительных образов.

Вопросы и задания для самоконтроля:

1. Сформулируйте направления применения техники И. Уолпа «Десенситизация» и техники «Имплозивная терапия».
2. Опишите особенности техник НЛП «Работа с метапрограммами» и «Работа с якорями».
3. Раскройте принципы работы «Ребефинга».
4. Перечислите шаги «Рефрейминга».
5. Сформулируйте стадии «Дибрифинга».
6. Рассмотрите ценности, положенные в основу метода М. Рокича.
7. Вспомните наиболее популярные и эффективные техники работы с культовой зависимостью.
8. Назовите, какое упражнение тренинга произвело наибольшее впечатление на Вас.
9. Определите Вашу способность действовать в экстремальных ситуациях.

6.5. Физиолого-гигиенические и медико-фармакологические методы

Физиолого-гигиенические методы

Самостоятельную группу методов регуляции составляют физиолого-гигиенические методы. Их особенность заключается в организации рационального режима труда, отдыха и питания, что является одним из основных условий формирования и поддержания оптимального психического состояния.

В повседневной жизни имеется достаточно факторов, способных определить негативную для психических состояний направленность условий труда и обитания. Поддержание оптимального психического состояния должно проходить за счет адаптации к рабочей обстановке и путем обеспечения комфортности пользования этой обстановки. Следует обеспечивать кондиционирование воздуха, поддерживать нормальный температурный режим, регулировать влажность. Среди факторов, которые целесообразно учитывать в плане регуляции психического состояния, можно указать на акклиматизацию, адаптацию к новым условиям, к холоду и жаре, к пребыванию в новых часовых поясах, существенно отличающихся от привычного, и др. Определенную роль играет и обеспечение оптимального питания и питьевого режима. Обучение подчиненных простейшим методам психической саморегуляции, внедрение их в повседневную практику является одним из путей повышения эффективности работы.

Медико-фармакологические методы

Описывая группу медико – фармакологических методов, следует отметить значение биологически активных добавок к пище (БАД). БАД представляются одним из наиболее удобных путей *опосредования психотерапии*. Они могут применяться независимо от того, какими методами психотерапии пользуется специалист.

Важнейшей определяющей характеристикой биологически активных добавок является то, что они могут употребляться совместно с психотерапевтическим воздействием и сопровождать психотерапевтическое воздействие. Психотерапевтическое влияние позволяет мобилизовать ресурсы организма человека, направить их на сохранение здоровья, избавление от заболевания. Психотерапия значительно усиливает воздействие биологически активных добавок, а добавки, несущие в себе психотерапевтические послания, могут усиливать действие психотерапии.

В медицине сегодня преобладает применение синтетических препаратов. Несомненно, они являются наиболее активными и действенными. Вместе с тем отдаленные последствия самого широкого использования синтетических лекарств, особенно психотропных, для всей нашей цивилизации предсказать сложно.

Второе место по распространенности занимает народная медицина с ее тысячелетним опытом использования трав, корней и минералов. При всех ее достоинствах препараты народной медицины трудно или даже невозможно точно дозировать, трудно хранить и неудобно использовать.

Третье, все шире распространяющееся направление - гомеопатия. Применение препаратов в сверхмалых дозах вызывает все больший интерес у медицинских работников.

БАД представляются В.В. Макарову (2000) препаратами четвертого пути. Они располагаются в поле между продуктами питания и фитопрепаратами народной медицины. В отличие от продуктов питания они эффективны в малых количествах. В отличие от фитопрепаратов они характеризуются стандартизированными дозами, возможностями длительного хранения, удобством применения, использованием не только специально приготовленных растений, но и экстрактов растений и органов животных, наличием в их составе витаминных и минеральных комплексов.

В отличие от синтетических, фармакопейных препаратов БАД действуют более медленно, менее целенаправленно. Многие из них обладают несколькими эффектами: их действие на организм всегда более мягко, а также осложнений и побочных действий от их использования намного меньше.

Применять БАД могут профессионалы, вне зависимости от своего базового образования, т.к. добавки не отнесены к лекарственным препаратам.

Важно отметить, что БАД выпускаются многими различными фирмами под одними и теми же названиями. Это делает их использование более удобным, в отличие от лекарственных препаратов, каждый из которых имеет множество синонимов в названии, так же использование БАД значительно уменьшает стоимость лечения (Макаров В.В., 2000).

Резюме

- Суть физиолого-гигиенических методов заключается в организации рационального режима труда, отдыха и питания, что является одним из основных условий формирования и поддержания оптимального психического состояния.
- Обучение подчиненных простейшим методам психической саморегуляции, внедрение их в повседневную практику является одним из путей повышения эффективности работы.
- Группу медико - фармакологических методов составляют биологические

активные добавки к пище.

- Важнейшей определяющей характеристикой биологически активных добавок является то, что они употребляются совместно с психотерапевтическим воздействием, сопровождают психотерапевтическое воздействие.
- Применять биологически активные добавки могут профессионалы, вне зависимости от своего базового образования, к.т. добавки не отнесены к лекарственным препаратам.

Вопросы и задания для самоконтроля:

1. Охарактеризуйте физиолого-гигиенические методы.
2. Перечислите способы поддержания оптимального психического состояния.
3. Охарактеризуйте медико - фармакологические методы.
4. Объясните причину выпуска биологических активных добавок к пище различными фирмами под одним названием.
5. Установите причину применения БАД совместно с психотерапией.
6. Выявите специалистов, которые могут применить БАД.

Заключение

Стихийные бедствия, техногенные катастрофы и аварии, захват заложников, террористические акции создают ситуации, опасные для здоровья и благополучия человека. Эти воздействия становятся катастрофическими, когда они приводят к большим разрушениям, вызывают смерть, ранения и страдания большого количества людей. На людей, находящихся в экстремальных условиях наряду с различными поражающими факторами действуют и психотравмирующие обстоятельства, представляющие собой обычно комплекс сверхсильных раздражителей, вызывающих нарушение психической деятельности в виде та называемых реактивных (психогенных) состояний. Важно, что психогенное воздействие экстремальных условий складывается не только из прямой, непосредственной угрозы, но и опосредованной, связанной с ожиданием её реализации.

Конкретные характеристики основных составляющих (интенсивность, внезапность и продолжительность воздействия травмирующего фактора) и определяют, разовьется ли у человека непатологическая (физиологическая) психологическая реакция или же возникнут психические расстройства, какова будет их глубина, продолжительность и конкретная клиническая картина. В целом имеют значение вторичные психотравмирующие факторы, которые появляются после непосредственного воздействия катастрофического события: степень ущерба, нанесенного катастрофой (полученная травма, гибель близких, материальные потери), непосредственная психическая нагрузка (уровень опасности для жизни, зрелище умирающих, погибших и изувеченных).

На протяжении всей своей жизни человек постоянно сталкивается с ситуациями, грозящими ему гибелью. Одни обусловлены природными явлениями, другие возникают при неразумной деятельности или поведении самого человека. Можно говорить о разных факторах, обуславливающих выживание человека как биологического вида, но все они связаны, с одной стороны, со способностью организма регулировать параметры внутренней среды, а с другой — со способностью человека опосредованно отражать объективную действительность. Только хорошо развитая нервная система и такой феномен, как психика, определяют возможность выживания человека в целом как вида.

В ряде исследований К. Н. Платонова, В. В. Васильевой, Р. А. Макаревича, Н. И. Наенко и др. было установлено, что в состоянии сильной эмоциональной напряженности ухудшаются логичность и критичность мышления, затрудняется воспроизведение в памяти, иногда наступает общая заторможенность, переходящая в полный ступор мыслительных операций. В процессе адаптации к экстремальным условиям деятельности отмечается устойчивая тенденция к повышению показателей по шкалам невротической триады: ипохондрия, депрессия, истерия. Это свидетельствует о возникновении определенной невротической симптоматики и психологической усталости, а в последующем реадаптации.

Переутомление, нарушение ритма сна и бодрствования, астенизация способствуют возникновению эмоционально окрашенных и психотравмирующих состояний. Устойчивые индивидуально-психологические особенности личности (тип высшей нервной системы) и временные функциональные психофизиологические состояния содействуют развитию психотравмирующих состояний в условиях экстремальной ситуации. При чрезвычайных обстоятельствах данные реакции могут приводить к глубоким психическим нарушениям, что означает переход в новое качество - болезнь.

Для предотвращения последствий экстремальных ситуаций и блокирования их проявлений на психическом и соматическом уровне, необходимо официально сформулировать отношение государства и общества к участникам этих событий и как можно быстрее разработать действенную систему мероприятий (на уровне государственной программы) по оказанию им специализированной медико-психологической, социальной и экономической помощи.

Словарь

Адаптация (от лат. adaptare – приспособлять) – в широком смысле – приспособления к окружающим условиям.

Аддиктивное поведение - стремление уйти от реальности, изменить свое психическое состояние с помощью приема некоторых веществ: алкоголь, наркотики.

Ажитация — аффективная реакция, возникающая в ответ на угрозу жизни, аварийную ситуацию и другие психогенные факторы. Проявляется в форме сильного беспокойства, тревоги, потери целенаправленности действий. Человек суетится и способен выполнять лишь простые автоматизированные действия. Возникает ощущение пустоты и отсутствия мыслей, нарушается возможность рассуждать и устанавливать сложные связи между явлениями. Это сопровождается вегетативными нарушениями: бледностью, учащением дыхания, сердцебиением, дрожанием рук и пр. Расценивается как предпатологическое состояние в границах психологической нормы, нередко воспринимается как растерянность.

Аменция - недостаточность развития интеллекта, умственная отсталость, или умственная дефективность.

Анаклитическая депрессия - болезненная безучастность; развивается у грудных детей, испытывающих эмоциональную депривацию.

Антисоциальное поведение – нарушение социальных, культурных или правовых норм.

Апатия - это состояние, характеризующееся эмоциональной пассивностью, безразличием, упрощением чувств, равнодушием к себе и

близким, к событиям окружающей действительности и ослаблением побуждений и интересов, резким ослаблением внимания. Апатия протекает на фоне сниженной физической и психологической активности и может быть кратковременной или долговременной. Формируясь в основном в результате усталости, истощения или длительно протекающего расстройства психики, это состояние иногда возникает при некоторых органических поражениях головного мозга, при слабоумии, а также как следствие продолжительного соматического заболевания.

Аутизм - эмоциональное замыкание пациента в себе, наблюдаемое при некоторых психотических состояниях, например, детский аутизм.

Аффект – сильное и относительно кратковременное эмоциональное переживание, сопровождаемое резко выраженными двигательными и висцеральными проявлениями.

Аффектация - сильное и относительно кратковременное нервно-психическое возбуждение. Характеризуется измененным эмоциональным состоянием, связанным с изменением важных для субъекта жизненных обстоятельств. Внешне проявляется в резко выраженных движениях, бурных эмоциях, сопровождается изменениями в функциях внутренних органов, утратой волевого контроля. Возникает в ответ на уже произошедшее событие и сдвинуто к его концу. В основе аффектации лежит переживаемое состояние внутреннего конфликта, порождаемого противоречиями между требованиями, предъявляемыми человеку, и возможностями их выполнить.

Абферентация измененная - специфическое реагирование организма в резко измененных, непривычных условиях существования. Отчетливо проявляется при воздействии невесомости, высоких или низких температур, высокого или низкого давления. Может сопровождаться (кроме вегетативных реакций) выраженными нарушениями самосознания, ориентации в пространстве, аффектацией, деперсонализацией и дереализацией личности.

Аутизм - крайняя форма психологического отчуждения. Выражается в отстранении, «уходе», «бегстве» индивида от контактов с действительностью и погружении в замкнутый мир собственных переживаний.

Виктимология – наука о жертвах и психологических особенностях жертв.

Война - организованная вооруженная борьба между государствами, нациями (народами), социальными группами.

Генез (от греч. genesis — происхождение, возникновение) - часть сложных слов, связанная с процессом образования, возникновения (напр., гистогенез).

Девиянтное поведение – вариант поведения, отклоняющегося от нормального в своей возрастной группе.

Делинквентное поведение - противоправное поведение.

Деменция - заболевание, возникающее в результате дегенерации клеток коры головного мозга, которое может обуславливаться разными причинами и приводит в основном к расстройству памяти, ориентации и социального самосознания.

Деперсонализация - состояние измененного сознания, наблюдаемое при некоторых психотических заболеваниях, при котором тело ощущается измененным каким-либо образом.

Депривация (deprivation, или соотв. privation) - обозначает потерю чего-либо, лишение из-за недостаточного удовлетворения какой-либо важной потребности.

Дереализация - состояние, аналогичное деперсонализации, за исключением того, что измененной кажется окружающая среда.

Десинхроноз - рассогласование ритма сна и бодрствования, что приводит к астенизации нервной системы и развитию неврозов.

Диссоциация - состояние измененного сознания, наблюдаемое при истерических неврозах и состояниях тревожности (например, в фуге и истерической амнезии).

Дистимия – кратковременные, длящиеся несколько часов, иногда дней, расстройства настроения: унылость, недовольство с гневливостью или тревогой.

Дисфория – состояние, отличающееся от депрессии тем, что пониженное настроение приобретает напряженно – злобный оттенок.

Защитный механизм - нормальный механизм психологической защиты, направленный на предупреждение расстройств поведения.

Землетрясения - подземные толчки и колебания земной коры, вызываемые чаще всего тектонической деятельностью.

Изменение восприятия пространственной структуры - состояние, возникающее в ситуациях, когда в поле зрения человека вообще отсутствуют какие-либо объекты.

Ипохондрия – разновидность функционального расстройства, при котором пациент интерпретирует незначительные физические изменения в своем состоянии как признаки серьезной болезни.

Истерия - невротическое состояние, при котором расстройство функционирования организма происходит без какой-либо физической причины.

Катастрофы - ситуации, характеризующиеся непредусмотренными серьезными и непосредственными угрозами общественному здоровью, имеющие чрезвычайный характер и приводящие к нарушению повседневного уклада жизни более или менее значительных групп людей, а также человеческим жертвам.

Кататония - тип шизофрении, характеризующийся расстройством двигательной активности, причудливыми ритуалами и странными паттернами поведения.

Компульсия - симптом, наблюдающийся при некоторых невротических заболеваниях, когда человек чувствует настоятельную необходимость выполнять какое-либо ритуальное действие.

Конфабуляция - тенденция, проявляемая при некоторых видах деменции, направленная на заполнение провалов памяти неистинными, воображаемыми ответами на поставленные вопросы.

Конфликт (от conflictus - столкновение) представляет собой противостояние людей (межличностные конфликты) или групп с противоположно направленными интересами, мнениями, позициями, целями, достижение которых ущемляет интересы противостоящей стороны (групповые конфликты).

Конформизм – разновидность социального воздействия, результатом которого является стремление соответствовать мнению большинства.

Кризис – условное наименование переходных этапов развития.

Лабильность настроения - состояние, обычно сопровождающее деменцию, характеризующееся внезапными колебаниями настроения от печали до счастья и наоборот, не согласующееся с окружением пациента в данный момент.

Маргинальный - (от франц. marginal — побочный, на полях), незначительный, несущественный, второстепенный, промежуточный.

Монотонность - функциональное состояние, возникающее при длительной монотонной работе. Характеризуется снижением общего уровня активности, потерей сознательного контроля за выполнением действий, ухудшением внимания и кратковременной памяти, снижением чувствительности к внешним раздражителям, преобладанием стереотипных движений и действий, ощущением скуки, сонливости, вялости, апатии, потерей интереса к окружающему, изменением афферентации со стороны рецепторов вестибулярного и опорно-двигательного аппаратов.

Мутизм – временное отсутствие речи.

Наводнение - временное затопление обширной местности водой в результате подъема ее уровня в водоеме, а также образования временных водотоков. Различают паводковые наводнения - быстрые, но сравнительно

кратковременные поднятия уровня воды в водоеме вследствие таяния снега (ледников) в его бассейне, выпадения обильных осадков, затем нагонные наводнения, возникающие под действием ветра, задерживающего в устье реки, впадающей в море, притекающую сверху воду, а также цунами - морских волн сейсмического или вулканического происхождения.

Неврозы — это наиболее распространенные нервно-психические расстройства, психогенные по своей природе, возникающие при нарушении особо значимых жизненных отношений личности. В основе неврозов лежит непродуктивно и нерационально разрешаемое противоречие между личностью и значимыми для нее сторонами действительности, сопровождаемое болезненно-тягостными переживаниями неудачи, неудовлетворения потребностей, недостижимости жизненных целей, невосполнимости потери и т.д. Это противоречие — невротический конфликт — закладывается преимущественно в детстве, в условиях нарушенных отношений с микросоциальным окружением, в первую очередь с родителями.

Нормальное функционирование систем организма человека означает, что воздействующие на него факторы внешней среды не несут пагубных воздействий, не причиняют ему вреда, т.е. в этих условиях человек чувствует себя достаточно комфортно.

Обсессивность - умственная озабоченность чем-либо, которая при обсессивном неврозе обычно имеет черты ритуального поведения.

Обычные или нормальные (оптимальные), условия деятельности - условия, которые обеспечивают нормальное функционирование всех систем организма человека и не вызывают чрезмерного нервно-психического напряжения.

Ограничение информации, особенно личностно-значимой, - состояние, способствующее развитию эмоциональной неустойчивости.

Очаг стихийного бедствия - территория, на которую воздействуют поражающие факторы стихийного бедствия, с расположенными на ней

населением, животными, зданиями, специальными сооружениями, инженерными сетями и коммуникациями, оборудованием и техникой.

Паника - это временное переживание гипертрофированного страха, обуславливающее неуправляемое, нерегулируемое поведение людей, иногда с полной потерей самообладания.

Паратерминальные условия – это условия, при которых перераспределение функциональных резервов прекращается и начинается их выраженное общее падение.

Паратимия – неадекватный аффект, извращение аффективности, радость по поводу грустных событий и наоборот.

Параэкстремальные условия – это условия деятельности, при которых могут внезапно возникать ситуации, опасные для жизни субъекта деятельности или окружающих его людей.

Паркинсонизм - состояние, сопровождающееся тремором, в частности дрожанием рук по типу катания пилули, мышечными судорогами, шаркающей походкой и избыточным слюноотделением; наблюдается при болезни Паркинсона и при некоторых расстройствах функционирования базальных ядер, вызываемых уплотнением стенок артерий. Паркинсонизм может вызываться лекарственными препаратами и проявляться в виде побочного эффекта при приеме некоторых нейролептиков.

Персеверация - повторение или назойливое воспроизведение, часто вопреки сознательному намерению, какого-либо действия, мысли или переживания.

Пожар - неконтролируемый процесс горения, сопровождающийся уничтожением материальных ценностей и создающий опасность для жизни людей.

Проксемика – специальная область, занимающаяся нормами организации общения в пространстве и времени.

Психическая депривация – это психическое состояние, возникшее в результате таких жизненных ситуаций, где субъекту не предоставляется возможности для удовлетворения некоторых его основных (жизненных) психических потребностей в достаточной мере и в течение достаточно длительного времени.

Психическая травма — это разнообразные болезненные состояния, возникающие вследствие отрицательных психических воздействий. Термин определяет критическое состояние на психологическом и патопсихологическом уровне.

Психогении — это расстройства психики, возникающие в связи с одномоментной, интенсивно воздействующей психотравмирующей ситуацией или как результат относительно слабого, но продолжительного травмирования. Причиной психогений может быть готовность к «психическому срыву», развивающаяся на фоне ослабленности организма после перенесенного заболевания, длительного нервного напряжения, специфических особенностей нервной системы и личностных черт, психопатий. Интенсивность психической травмы, необходимая для возникновения психогений, находится в обратно пропорциональной зависимости от предрасположенности к «психическому срыву».

Психогенная анестезия – испытание состояния отсутствия чувства боли в первые 5 - 10 минут после полученных травм, ожогов при сохранении ясного сознания и способности к рациональной деятельности, что позволяет некоторым из потерпевших спастись. У лиц с повышенным чувством ответственности длительность психогенной анестезии в отдельных случаях достигает 15 минут, даже при площади ожоговых поражений до 40% поверхности тела. Одновременно может отмечаться сверхмобилизация психофизиологических резервов и физических сил. Некоторые потерпевшие способны выбраться из перевернутого вагона с заклинившимся выходом из купе, в прямом смысле слова раздирая голыми руками перегородки крыши.

Психогенные сумеречные помрачения сознания характеризуются сужением сознания, автоматическими формами поведения, двигательным возбуждением, иногда бессмысленным блужданием, у больных отмечаются отрывочные нестойкие галлюцинаторные и бредовые переживания.

Психолог - специалист, занимающийся изучением психических механизмов и способный работать в сфере образования, здравоохранения или исследований. Он может не иметь медицинского образования, но способен работать в сотрудничестве с психиатрами в больнице, занимаясь тестированием умственных процессов у пациентов и принимая участие в ориентированных на поведение лечебных программах.

Психологическая война - совокупность различных форм, методов и средств воздействия на людей с целью изменения в желаемом направлении их психологических характеристик (взглядов, мнений, ценностных ориентаций, настроений, мотивов, установок, стереотипов поведения), а также групповых норм, массовых настроений и общественного сознания.

Психология - наука о нормальных психических процессах.

Психология катастроф (нем. katastrophe, греч. katastrophē - поворот, поворотный момент) – это отрасль прикладной психологии, представляющая собой систему научных знаний и сферу практической деятельности, направленную на изучение закономерностей проявления психики и сохранение психического здоровья человека, вовлеченного в экстремальную ситуацию.

Психопатия - состояние, при котором человек проявляет безответственное или агрессивное поведение.

Психопатология - наука о психологических процессах, способствующих развитию заболевания.

Психосоматическое заболевание - заболевание, при котором в организме обнаруживаются явные физические изменения, связанные в своей этиологии с воздействием психологических факторов.

Реактивные психозы - характеризуются выраженными нарушениями психической деятельности, которые лишают человека возможности правильно (неискаженно) воспринимать происходящее и на продолжительное время лишают работоспособности.

Реакция горя - эмоциональный и поведенческий ответ организма на невосполнимую утрату.

Рефрекссы:

- *хоботковый* — это характерное вытягивание губ «трубочкой» («хоботком») при легком постукивании твердым предметом по верхней губе. Его проявление без внешнего воздействия свидетельствует об очень сильном эмоциональном возбуждении или напряженности.
- *сосательный* - заключается в движениях губ при легком прикосновении к ним кисточкой.
- *ладонно-подбородочный* - выражается в том, что при проведении твердым предметом по ладони обнаруживается движение подбородка и губ.

Сель - это временный грязевой или грязекаменный поток, внезапно формирующийся в руслах горных рек в результате ливней, бурного таяния ледников или сезонного снежного покрова.

Сенсорная гиперактивация - воздействие на человека зрительных, звуковых, тактильных, обонятельных, вкусовых и других сигналов, по своей силе или интенсивности значительно превышающих пороги чувствительности для данного человека.

Сенсорная изоляция - отсутствие воздействия на человека зрительных, звуковых, тактильных, вкусовых и иных сигналов.

Смерч - атмосферный вихрь, возникающий в грозовом облаке и распространяющийся вниз, часто до самой поверхности Земли, в виде темного облачного рукава или хобота диаметром в десятки и сотни метров.

Социальная изоляция групповая (на продолжительное время) - состояние высокой эмоциональной напряженности, причиной которой может явиться и то, что люди вынуждены постоянно находиться на глазах друг у друга. Особенно чувствительны к этому фактору женщины. В обычных условиях человек привык скрывать от других людей свои мысли и чувства, обуревающие его в тот или иной момент. В условиях же групповой изоляции это либо затруднено, либо невозможно. Отсутствие возможности побыть наедине с собой требует от человека повышенной собранности и контроля своих действий, и когда такой контроль ослабевает, многие люди могут переживать своеобразный комплекс физической и психической открытости, обнаженности, что и вызывает эмоциональную напряженность.

Социальная изоляция одиночная (на продолжительное время) - проявление одиночества, одной из форм которого выступает «сотворение собеседника»: человек «общается» с фотографиями близких, с неодушевленными предметами. Выделение «партнера» для общения в условиях одиночества — защитная реакция в рамках психологической нормы, однако это явление представляет собой своеобразную модель раздвоения личности в условиях длительности экстремальной ситуации.

Социальные катастрофы - результат общественно-политической деятельности группы лиц (политических деятелей, партий, сообществ и др.) или государственной власти, обусловивших снижение социально-политической стабильности в обществе или экономического благополучия населения, приведших к массовой гибели людей.

Стихийные бедствия - ситуации, характеризующиеся непредусмотренными серьезными и непосредственными угрозами общественному здоровью, возникающие в результате явлений и действий сил

природы, имеющие чрезвычайный характер и приводящие к нарушению повседневного уклада жизни более или менее значительных групп людей, а также человеческим жертвам.

Страх - отрицательная эмоция в ситуации реальной или воображаемой опасности.

Стресс (с англ. - давление, натяжение, усилие) – постоянное психическое напряжение, возникающее у человека в процессе деятельности в наиболее сложных, трудных условиях. Как в повседневной жизни, так и при особых обстоятельствах. Стресс, вызывающий негативные эмоции, называется «дистрессом», положительные эмоции – «эустрессом».

Сублимация – один из защитных механизмов по теории З.Фрейда, когда человек выражает половую или агрессивную энергию косвенным способом, наиболее приемлемым для общества.

Техногенные катастрофы - внезапный выход из строя машин, механизмов и агрегатов во время их эксплуатации, сопровождающийся серьезными нарушениями производственного процесса, взрывами, образованиями очагов пожаров, радиоактивным, химическим, биологическим заражением больших территорий, гибелью людей.

Травма - повреждение органа или нарушение какого-либо психического процесса.

Тромб или торнадо (в США) - смерч над сушей.

Ужас - это максимальная степень переживания страха, усиливающего самого себя за счет повторяющейся циркуляции этого переживания в психике.

Фрустрационная толерантность – это способность человека противостоять разного рода жизненным трудностям без утраты психологического равновесия.

Фрустрация (от лат. frustratio – обман, тщетное ожидание) – психическое состояние, вызванное неуспехом в удовлетворении потребности, желания.

Фуга - состояние измененного сознания, наблюдаемое при эпилепсии и истерических невротических реакциях, когда поведение пациента становится автоматическим, лишенным ответных реакций, с последующим забыванием происшедшего эпизода.

Чрезвычайная ситуация – это совокупность проявлений дестабилизирующих факторов, нарушающих заданное функционирование социальной системы.

Экологические катастрофы - это особый вид катастроф, вызванных действием антропогенных факторов, которые привели к качественному изменению биосферы, оказывающему вредное воздействие на людей, животных, растительный мир и окружающую среду в целом.

Экстремальная ситуация - измененные, необычные и непривычные условия существования человека, к которым его психофизиологическая организация не готова.

Экстремальные условия - обстоятельства жизни и деятельности, характеризующиеся наличием реальной витальной угрозы.

Эмпатия - отношения взаимной симпатии и взаимопонимания между двумя людьми.

Эндогенная депрессия - это депрессия, возникающая по биохимическим причинам, а не из-за факторов внешней среды.

Эндогенное заболевание - заболевание, возникающее в результате внутреннего расстройства собственного метаболизма организма, а не вследствие воздействия внешней среды.

Список сокращений

- АКТГ* – адренкортикотропный гормон
- АОСС* – архангельская областная служба спасения
- АСР* – аварийно–спасательные работы
- АСС* – аварийно–спасательная служба
- АТ* – аутогенная тренировка
- АЭС* – атомная электростанция
- БАД* – биологические активные добавки
- ВОЗ* – всемирная организация здравоохранения
- ДМО* – диагностика межличностных отношений
- ЖКТ* – желудочно-кишечный тракт
- КРТ* – кортикотропный рилизинг-гормон
- КРМ* – консультирование о реформировании мышления
- ЛПУ* – лечебно–профилактические учреждения
- МО* – межличностные отношения
- НСВ* – не смертоносное вооружение
- ОСР* – острая стрессовая реакция
- ПМП* – пункт медицинской помощи
- ППП* – пункт психологической помощи
- ПСВ* – подход стратегического взаимодействия
- ПсиОп* – психологическая операция

- ПТСР* – посттравматическое стрессовое расстройство
- СДВГ* – синдром дефицита внимания и гиперактивности
- СМИ* – средства массовой информации
- СМИЛ* – стандартизированный метод исследования личности
- СМК* – служба медицины катастроф
- СМЭ* – служба медицинских экспертов
- ССМП* – станция скорой медицинской помощи
- ТРГ* – тиреотропный рилизинг-гормон
- ТТГ* – тиреотропный гормон
- УБОП* – управление по борьбе с организованной преступностью
- УВД* – управление внутренних дел
- УГПС* – управление государственной противопожарной службой
- ФФЛ* – фиксированные формы поведения
- ЦНС* – центральная нервная система
- ЧМТ* – черепно–мозговая травма
- ЧО* – чрезвычайное обстоятельство
- ЧП* – чрезвычайное происшествие
- ЧС* – чрезвычайная ситуация

Список литературы

1. Аболин Л.М. Психологические механизмы эмоциональной устойчивости человека / Л.М. Аболин. – К.: Казанский университет, 1997. – 262 с.
2. Абрамов В.В. Взаимодействие иммунной и нервной систем / В.В.Абрамов. – Новосибирск: Наука, 1988. – 166 с.
3. Агаджанян Н.А. Человек в условиях Севера / Н.А. Агаджанян, П.Г. Петрова. – М.: Крук, 1996. – 208 с.
4. Агаджанян Н.А. Экологический портрет человека на Севере / Н.А. Агаджанян, Н.В. Ермакова. – М.: Крук, 1997. – 14 с.
5. Адаптация человека и животных к экстремальным условиям внешней среды / Под ред. Н.А. Агаджаняна. – М.: Из-во УДН, 1985. – 184 с.
6. Акимов В. Выходила на берег «Катрина» / В. Акимов // Основы безопасности жизнедеятельности. – 2005. - № 10. – С. 8 – 13.
7. Актуальные проблемы медико-социальной экспертизы и реабилитации ветеранов войн: Сб. докл. межгосударств, науч.-практ. семинара / Под общ. ред. А.Л. Пушкарева, Минск, 13-14 декабря 2002 г. - Мн.: БГЭУ, 2002. - 83 с.
8. Александрова Л.А. Некоторые психологические аспекты надежности профессиональной деятельности человека в сложных условиях физико-географической среды в контексте индустриальной безопасности / Л.А.Александрова. – Кемеров: Из-

во Кемеровского государственного университета, 2005. – 56 с.

9. Александровский Ю. А. Психогении в экстремальных условиях / Ю.А. Александровский, О.С. Лобастов, Л.И. Спивак, Б.П. Щукин. — М.: Медицина, 1991. – 177 с.
10. Алфимова М.В. Психогенетика агрессивности / М.В. Алфимова, В.И. Трубников // Вопросы психологии. - 2000. - № 6. – С. 112-123.
11. Альбуханова – Славская К.А. Типология активности в социальной психологии / К.А. Альбуханова – Славская // Психология личности и здоровый образ жизни. – М.: Наука, 1987. – С. 10-14.
12. Амбрумова А.Г. Анализ состояния психологического кризиса и его динамика / А.Г. Амбрумова // Психологический журнал. – 1985. - №6. – С. 20 – 26.
13. Андреева Г.М. Социальная психология / Г.М. Андреева. – М.: Аспект Пресс, 1999. – 376 с.
14. Андреева Н.В. Изучение проявлений стресса и проблем психологического обеспечения деятельности сотрудников ГУВР г. Москвы в экстремальных ситуациях / Н.В.Андреева, Н.Г. Хохлова // Проблемы деятельности МВД в экстремальных условиях: Сборник научных трудов академии МВД. – М.: Воениздат, 1995. – С. 88-96.
15. Андреевко Е.В. Социальная психология / Е.В. Андреевко; Под ред.В.А. Пластинина – М.: Академия, 2001. – 264 с.
16. Анохин П.К. Социальное и биологическое в природе человека / П.К. Анохин. – М.: Наука, 1975. – 301 с.
17. Ахмедова Х.Б. Мирные жители в условиях военных действий: личностные черты и расстройства адаптации / Х.Б. Ахмедова // Психологический журнал. - 2003. - № 3. – С. 37 - 44.
18. Барачевский Ю.Е. Организация ликвидации медико – санитарных последствий взрыва жилого дома в г. Архангельске / Ю. Е. Барачевский, Л. Н. Коряковский, А. В.Вальков // Экология человека.

– 2005. - № 3. – С. 8 – 11.

19. Бассин Ф.В. Неопознанное в психике человека / Ф.В. Бассин. - М.: Наука, 1982. – 185 с.
20. Батуев А.С. О соотношении биологического и социального в природе человека / А.С. Батуев, Л.В. Соколова // Вопросы психологии. - 1994. - № 1. – С. 81-91.
21. Белозерцева И. Остаться в живых! Профилактика суицидального поведения у детей // И. Белозерцева // Основы безопасности и жизнедеятельности. – 2002. - № 11. – С. 22 – 27.
22. Белоглазов Г. Общественное мнение / Г. Белоглазов // Основы безопасности и жизнедеятельности. – 2003. - № 6. – С. 25.
23. Белозерцева И. Собрался жить, да взял и помер: психосоциальные и диагностико-коррекционные технологии // И. Белозерцева // Основы безопасности и жизнедеятельности. – 2003. - № 6. – С. 22 – 25.
24. Белоусова Г.И. Формирование психической устойчивости к факторам чрезвычайной ситуации: Методические рекомендации / Г.И. Белоусова. – Пермь: «МИГ», 2006. – 108 с.
25. Березин Ф.П. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф.П. Березин. – Л.: Наука, 1988. – 270 с.
26. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений / Э. Берн //Под ред. М.С. Мацковского. – СПб.: Лениздат, 1992. – 400 с.
27. Бирюков С.Д. Психогенетическое исследование пластичности как черты темперамента / С.Д. Бирюков // Психологический журнал. – 1992. - № 5. – С. 64-71.
28. Бирюкова О.В. Общие закономерности адаптации: фазы и циклы адаптационного процесса / О.В. Бирюкова // Аспекты адаптации. Критерии индивидуальных адаптаций. Закономерности и управление: Сборник научных трудов. – Н.Новгород: НГМА, 2001.

– С. 93-104.

29. Бороздкин Ф.М. Внимание: конфликт / Ф.М. Бороздкин, Н.М.Коряк. – Новосибирск; Наука, 1989. – 156 с.
30. Бубнова С.С. Адаптация к экстремальным условиям деятельности и система профессионально важных качеств человека-оператора / С.С. Бубнова // Физиология экстремальных состояний и индивидуальная защита человека. – М.: Институт биофизики, 1986. – С. 13-14.
31. Васильева О.С. Экстремальные ситуации и предельные возможности человека / О.С. Васильева, Р.Ф. Филатов // Психологический журнал. - 2002. - № 3. - С.130 -131.
32. Василюк Ф.Е. Проблема критической ситуации / Ф.И. Василюк // Психология экстремальных ситуаций: Хрестоматия. – Минск: Харвест, 2002. – С. 39-54.
33. Военная психология
34. Военная психология / Под ред. А.Г. Маклакова. – СПб.: Питер, 2005. – 464 с.
35. Волков Е.Н. Преступный вызов практической психологии: Феномен деструктивных культов и контроля сознания (Введение в проблему)/ Е.В. Волков // Журнал практического психолога. - 1996. - № 2. - С. 87-93.
36. Воложин А.И. Адаптация и компенсация – универсальный биологический механизм приспособления / А.И. Воложин, Ю.К. Субботин. – М.: Медицина, 1987. – 176 с.
37. Волчегорский И.А. Роль иммунной системы в выборе адаптационной стратегии организма / И.А. Волчегорский, И.И. Долгушин, О.Л. Колесников и др. – Челябинск: Мысль, 1998. – 70 с.
38. Воробьев В.М. Психическая адаптация как проблема медицинской психологии и психиатрии / В.М. Воробьев // Обзорение психиатрии

и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 1993. - № 3. – С. 33-39.

39. Выгодский Л.С.Собрание сочинений: В 6 томах. – М.: Наука, 1982.
40. Ганзен В.А. Описание психических состояний человека / В.А. Ганзен // Психические состояния. – СПб.: Питер, 2000. – С. 60-72.
41. Гаркави Л.Х. Адаптационные реакции и резистентность организма / Л.Х. Гаркави, Е.Б. Квакина, М.А. Уколова. – Ростов н/Д.: Ростовский университет, 1990. – 224 с.
42. Горбов Ф.В. Детерминация психических состояний / Ф.В. Горбов //Вопросы психологии. – 1971. - № 5. – С.20 – 29.
43. Грачев Г. Манипулирование личностью: организация, способы и технологии информационно – психологического воздействия / Г. Грачев, И. Мельник. – М.: Пресс, 2003. – 153 с.
44. Гримак Л. П. Резервы человеческой психики / Л.П. Гримак. – М.: Наука, 1987. – 270 с.
45. Гринберг Д. Управление стрессом /Д. Гринберг. – СПб.: Питер, 2004. – 496 с.
46. Гулевич О.Л. Изучение эффектов межгруппового восприятия / О.Л. Гулевич, А.Н. Онучин // Вопросы психологии. – 2002. - № 3. – С. 132-145.
47. Данишевский Г. М. Акклиматизация человека на Севере / Г.М. Данишевский. – М.: Наука, 1995. – 152 с.
48. Дерягина Л.Е. Адаптивное поведение человека в экстремальных условиях среды / Л.Е. Дерягина, П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев. – Архангельск, из – во СГМУ, 2001. – 123 с.
49. Дерягина Л.Е. Психофизиологические аспекты формирования дифференцированных стратегий адаптивного поведения. Автореферат / Л.Е. Дерягина. – Архангельск: из – во СГМУ, 2001. – 38 с.

50. Дзялошинский И. Масс – медиа: репрессивная система коммуникаций / И. Дзялошинский // Психологический журнал. – 2003. - № 6. – С. 100 – 111.
51. Дмитриев А.В. Конфликтология: Учебное пособие / А.В. Дмитриев. – М.: Гардарики, 2001. – 320 с.
52. Дубовик О.Л. Принятие решения в механизме преступного поведения / О.Л. Дубовик. – Алма-Ата: Респ. книж. из-во, 1971. – 67 с.
53. Елизарова А.Н. Профилактика вовлечения молодежи в деструктивные религиозные организации / А.Н. Елизаров, А.А. Михайлова // Вестник психосоциальной и коррекционно – реабилитационной работы. – М. – 2003. - № 2. – С. 40 – 46.
54. Залевский В.Г. Теория субъекта и фиксированные формы поведения / В.Г. Залевский // Психологический журнал. – 2003. - № 3. – С. 32-36.
55. **Зелянина А.Н.**
56. Змановская Е.В. Девиантология: учебное пособие / Е.В. Змановская. – М.: Академия, 2004. – 288 с.
57. Знаков В.В. Понимание воинами-интернационалистами ситуаций насилия и унижения человеческого достоинства / В.В. Знаков // Психологический журнал. – 1989. - № 4 – С. 113 – 124.
58. Знаков В.В. Психологические причины непонимания «афганцев» в межличностном общении / В.В. Знаков // Психологический журнал. – 1990. - № 4 – С. 99 – 108.
59. Знаков В.В. Психологическое исследование стереотипов понимания личности участников войны в Афганистане / В.В. Знаков // Вопросы психологии. – 1990. - № 4 – С. 108 – 116.
60. Зотова О.И. Направленность личности и социальная регуляция поведения молодежи / О.И. Зотова // Психология личности и образ

жизни. – М.: Наука, 1987. – С. 30-33.

61. Иванов В. Волны смерти / В. Иванов // Гражданская защита. – 2005. - № 2. – С. 11 – 13.
62. Изард К.Э. Психология эмоций / К.Э. Изард. – СПб.: Питер, 2000. – 464 с.
63. Кайдалов Д.П. Психология единоначалия и коллегиальности / Д.П. Кайдалов, Е.И. Суименко. – М.: Мысль, 1980. – 253 с.
64. Каплан Г.И. Клиническая психиатрия: В 2 х томах / Г.И. Каплан, Б.Д. Сэдок. – М.: Мбдицина, 1994. – 608 с.
65. Карсон Р. Аномальная психология / Р. Карсон, Дж. Батчер, С. Минека. – СПб.: Питер, 2004. – 1167 с.
66. Кашин В.Н. Методические аспекты изучения адаптации организма человека к экстремальным воздействиям / В.Н. Кашин, В.П. Тихонов // Тезисы докладов научной сессии АМИ «Актуальные проблемы адаптации и здоровья населения Севера». – Архангельск: АГМИ, 1991. – С. 32-34.
67. Кемпински А. Экзистенциальная психиатрия / А. Кемпински. – М.: М.: Наука, 1998. – С. 123 – 134.
68. Кекелидзе З.И. Психиатрия чрезвычайных ситуаций. Руководство: В 2т./ З.И. Кекелидзе // под ред. Т.Б. Дмитриевой. - М., 2004. - 361 с.
69. Киршбаум Э.И. Психические состояния / Э.И. Киршбаум, А.И. Еремеева. – Владивосток: Наука, 1990. – 126 с.
70. Китаев – Смык Л.А. Психология стресса / Л.А. Китаев - Смык. – М.: Наука, 2000. – 368 с.
71. Кларк Д. Консультирование о выходе: практический обзор / Д. Кларк, К. Джиамбалво, Н. Джиамбалво // Журнал практического психолога. - 2000. - № 1. -С. 57-87.
72. Клинические рекомендации, основанные на доказательной медицине: Пер. с англ. / Под ред. И.Н. Денисова, В.И. Кулакова,

Р.М. Хаитова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 1248 с.

73. Колосова М. Как вырастить самоубийцу // М. Колосова // Основы безопасности и жизнедеятельности. – 2002. - № 8. – С. 17.
74. Коновалов Е.А. Психологическая и психофизиологическая адаптация спасателей в условиях Европейского Севера. Автореферат / Е.А. Коновалов. – Архангельск: из – во СГМУ, 2005. – 18 с.
75. Кордуэлл М. Психология. А – Я: Словарь – справочник / М. Кордуэлл // Пер. с англ. К.С. Ткаченко. – М.: Фиар – Пресс, 1999. – 448 с.
76. Корнилова Т.В. Психология риска и принятия решений: Учебное пособие для вузов / Т.В. Корнилова. – М.: Аспект Пресс, 2003. – 286 с.
77. Короленко Ц.П. Крайние варианты нормы психофизиологической адаптации к экстремальным условиям / Ц.П. Короленко // Психология экстремальных ситуаций: Хрестоматия. – Минск: Харвест, 2002. – С. 135-154.
78. Короленко Ц.П. Психофизиологическая адаптация к экстремальным условиям / Ц.П. Короленко // Психология экстремальных ситуаций / Сост. А.Е. Тарас, К.В. Сельченко. – Мн.: Харвест, 2002. – 480 с.
79. Короленко Ц.П. Психофизиология человека в экстремальных условиях / Ц.П. Короленко. – Л.: Педагогика, 1978. – 269 с.
80. Короленко Ц.П. Вселенная внутри себя (Эмоции. Поведение. Адаптация) / Ц.П. Короленко, Г.В. Фролова. – М.: Медицина, 1979. – 205 с.
81. Костандов Э.А. Восприятие и эмоции / Э.А. Костандов. – М.: Наука, 1977. – 154 с.
82. Краткий психологический словарь / Под ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – Ростов-на-Дону: «Феникс», 1998. – 512 с.

83. Крысько В.Г. Секреты психологической войны / В.Г. Крысько. – М.: Экспо, 2003 – 53с.
84. Ксенофонтов А.М. Организация психологического обеспечения пострадавших при взрыве жилого дома / А.М. Ксенофонтов, И.И. Беликов // Экология человека. – 2005. - № 3. - С. 15 – 17.
85. Кузин С.Г. Организация работы судебно – медицинской службы в ликвидации последствий техногенных катастроф и внезапно возникших чрезвычайных ситуаций / С.Г. Кузин, А. В. Пятлин, С. Г. Суханов // Экология человека. – 2005. - № 3. - С. 22 – 25.
86. Кузнецов В.Н. Психологическая помощь пациентам с расстройствами адаптации после взрыва подъезда жилого дома г. Архангельске: из опыта работы психологической службы / В.Н. Кузнецов, А.Н. Зелянина // Экология человека. – 2006. - № 5.
87. Куликова М. Чувство вины – самое опасное // М. Куликова // Основы безопасности и жизнедеятельности. – 2002. - № 8. – С. 15 – 18.
88. Лабунская В.А. Психологический портрет субъекта затрудненного общения / В.А. Лабунская // Психологический журнал. – 2003. - № 3. – С. 14-22.
89. Лангмейер Й. Психологическая депривация в детском возрасте / Й. Лангмейер, З. Матейчек. – Прага: Мед. из-во, 1984. – 334 с.
90. Лебедев В.И. Личность в экстремальных ситуациях / В.И. Лебедев // Психология экстремальных ситуаций: хрестоматия / Сост. А.Е. Тарас, К.В. Сельченко. – Мн.: Харвест, 2002. – 480 с.
91. Лейстер П. Не давайте себя в обиду (искусство продвижения)/П. Лейстер. – Вена, -1976
92. Лисин А. Тесты по опасным природным ситуациям / А. Лисин // ОБЖ. – 2006. -№ 2. – С. 27 – 32.
93. Личко А. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков /

А. Личко. – М.: Экспо, 1999. – 53 с.

94. Ловелле Р.П. Тревожность, страх, насилие и их жертвы, как компоненты человеческой среды начала 21 века / Р.П. Ловелле // Журнал прикладной психологии. – 2001. - № 1. – С. 3-5.
95. Лурия А.В. Невротик: его внутренний мир и среда / А.В. Лурия. – М.: Из-во иностранной литературы, 1957. – С. 375.
96. Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии / В.В. Макаров. – М.: Академ. проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. – 432 с.
97. Маклаков А.Г. Психология и педагогика. Военная психология: учебник для вузов / А.Г. Маклаков. – СПб.: Питер, 2005. – 464 с.
98. Маклаков А.Г. Проблемы прогнозирования психологических последствий локальных военных конфликтов / А.Г. Маклаков // Психологический журнал. – 1998. – Т. 19, № 2. – С. 15 - 22.
99. Максимова А.Е. Организационные и психологические аспекты поисково – спасательных работ при взрыве дома / А.Е. Максимова, И.А. Поливанный // Экология человека. – 2005. - № 3. - С. 3 – 7.
100. Малкина–Пых И.Г. Стратегии поведения при стрессе / И.Г. Малкина–Пых. – СПб.: Питер, 2003. – 628 с.
101. Маруняк С.В. Психофизиологические аспекты адаптации молодых военных специалистов к экстремальным условиям служебно – боевой деятельности. Автореферат / С.В. Маруняк. – Архангельск: из – во СГМУ, 2005 . – 17 с.
102. Медведев В.И. Терминология инженерной психологии /В.И. Медведев, А.М. Парачев. – Л.: Наука, 1971. – 198 с.
103. Медведева Н. Национальные особенности суицида // Н. Медведева // Основы безопасности и жизнедеятельности. – 2002. - № 7. – С. 25.
104. Меерсон Ф.З. Адаптация к стрессорным ситуациям и физическим нагрузкам / Ф.З. Меерсон, М.Г. Пшенникова. – М.: Медицина, 1998. – 256 с.

105. Международная классификация болезней МКБ – 10: классификация поведенческих и психических расстройств (клинические указания по диагностике) / Пер. под редакцией Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. – СПб.: «Адис», 1994. – 304 с.
106. Мелихов А. Свобода – вот беда, свобода – вот причина. // А. Мелихов // Основы безопасности и жизнедеятельности. – 2002. - № 7. – С. 25 – 26.
107. Меновщиков В.Ю. Психологическое консультирование: работа с кризисными и проблемными ситуациями / В.Ю. Меновщиков. – М.: Смысл, 2002. – 182 с.
108. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: практическое руководство / В.Д. Менделевич. – М.: Медпресс, 1998. – 385 с.
109. Ментис М. Эффективное использование ролевых игр в тренинге. – СПб.: Питер, 2001. – 208 с.
110. Милнер П. Физиологическая психология / П. Милнер. – М.: Мир, 1973. – 647 с.
111. Моляко В.А. Особенности проявления паники в условиях экологического бедствия / В.А. Моляко // Психологический журнал. - 1992. - Т. 13. № 2. - С. 66-73.
112. Морозов В. Самоубийства – знак культурного общества // В. Морозов // Основы безопасности и жизнедеятельности. – 2002. - № 7. – С. 27.
113. Морозов А.В. Социальная конфликтология / А.В. Морозов. – М.: Академ. проект, 2002. – 336 с.
114. Морозов В.П. Психологический портрет человека по невербальным особенностям речи / В.П. Морозов // Психологический журнал. – 2001. - № 6. – С. 48-63.
115. Мосягин И.Г. Военная психология. Учебно-методическое пособие /

- И.Г. Мосягин. – Архангельск: СГМУ, 2004. –354 с.
116. Мосягин И.Г. Медико-психологические аспекты реабилитации и восстановления функционального состояния специалистов ВМФ / И.Г. Мосягин. – Архангельск: АГМА, 2001. – 86 с.
117. Муравицкий А. Феномен самоубийства // А. Муравицкий // Основы безопасности и жизнедеятельности. – 2003. - № 6. – С. 25.
118. Немов Р.С. Психология: В 3 кн. / Р.С. Немов. – М.: ВЛАДОС, 1997. – 688 с.
119. Облачева Н.К. Психофизиологический профессиональный отбор как элемент индивидуальной защиты лиц операторского труда от срывов в профессиональной деятельности / Н.К. Облачева, М.А. Ларцев // Физиология экстремальных состояний и индивидуальная защита человека. - М.: Институт биофизики, 1986. – 49-50 с.
120. Ольшанский Д.С. Психология терроризма / Д.С. Ольшанский. – СПб.: Питер, 2002. – 288 с.
121. Павленко В.Н. Представление о соотношении социальной и личностной идентичности в современной западной психологии / В.Н. Павленко // Вопросы психологии. – 2000. - № 1. – С. 135-141.
122. Пайнас Э. Практикум по социальной психологии / Э. Пайнас, К. Маслач. – СПб.: Питер, 2001. – 528 с.
123. Папкин А.И. Личная безопасность сотрудников ОВД / А.И. Папкин. – М.: академия МВД, 1996. – 243 с.
124. Пергаменщик Л.А. Список Робинзона / Л.А. Пергаменщик // Психология экстремальных ситуаций: Хрестоматия. – Минск: Харвест, 2002. – С. 60-79.
125. Плотников В.В. Психофизиологическая адаптация студентов в условиях экзаменационного стресса / В.В. Плотников // Физиология экстремальных состояний и индивидуальная защита человека. – М.: Институт биофизики, 1986. – С. 53 – 54.

126. Пономаренко В.А. Психофизиология человеческого фактора в опасной профессии / В.А. Пономаренко. – Красноярск: «Поликом», 2006. – 629 с.
127. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие / редактор и составитель. Д.Я. Райгородский. – Самара: «Бахрах», 1998. – 672 с.
128. Прикладная социальная психология / Под ред. А.Н. Сухова, А.А. Деркача. – М.: Изд. - во Ин - т практической психологии; Воронеж: НПО «МОДЭК», 1998. – 688с.
129. Пронин И.П. Изучение и нейтрализация психологических механизмов вовлечения личности в деструктивные культовые группы / И.П. Пронин // Вестник психосоциальной и коррекционно – реабилитационной работы. – М. – 2003. - № 1. – С. 26 – 45.
130. Проселкова Е.В. Организация психолого – психиатрической помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях на территории Архангельской области / Е.В. Проселкова, Е.А. Коновалов, В.С. Демурчева // Экология человека. – 2005. - № 3. - С. 12 – 14.
131. Психологический словарь / Под ред. В.П. Зинченко, Б.Г. Мещерякова. – М.: Педагогика – Пресс, 1998. – 440 с.
132. Психология возрастных кризисов / Сост. К.В. Сельченко. – Мн.: Харвест, М.: АСТ, 2001. – 560 с.
133. Психология здоровья / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2003. – 607 с.
134. Психология: современные направления междисциплинарных исследований: Материалы научной конференции, посвященной памяти члена – корреспондента РАН А.В. Брушлинского, 8 октября 2002 года / Под ред. А.Л. Журавлева, Н.В. Тарабриной. – М.: Из-во «Институт психологии РАН», 2003. – 488 с.
135. Психология социальных ситуаций / Сост. и общ. ред. Н.В.

- Гришиной. – СПб.: Питер, 2001. – 416 с.
136. Психология экстремальных ситуаций / Сост. А.В. Тарас, К.В. Сельченко – Мн.: Харвест, 2002. – 480 с.
137. Психосоматические заболевания: полный справочник / Под ред. Ю.Ю. Елисеева. – М.: Эксмо, 2003. – 608 с.
138. Пуховский Н.Н. Психопатологические последствия чрезвычайных ситуаций / Н.Н. Пуховский. – М.: Академ. проект, 2000. – 286 с.
139. Пушкарев
140. Пушкина Т. П. Медицинская психология / Т.П. Пушкина. – Новосибирск: Научно-издательский центр НГУ, 1996. – 49 с.
141. Ратинов
142. Решетников М. М. Уфимская катастрофа: особенности состояния, поведения и деятельности людей / .М. Решетников, А.Ю. Баранов, А.П. Мухин и др. // Психологический журнал. - 1990. - Т. 11, № 1. - С. 95 - 101.
143. Рощин С. 1991
144. Рубенштейн С.Л. Основы общей психологии./ С.Л. Рубенштейн. – М.: Наука, 1989. – 486 с.
145. Руководство по медицине катастроф / Под ред. П.И. Сидорова. – Архангельск: издательство АГМА, 1999. – 240 с.
146. Руководство по самоменеджменту / Под ред. П.И. Сидорова. – СПб.: издательство Буковского, 1996. – 288 с.
147. Савинков Б. Воспоминания террориста / Б. Савинков. – М.: Московский рабочий, 1990. – 153 с.
148. Самоубийство: как достичь его и как избежать // Основы безопасности и жизнедеятельности. – 2002. - № 7. – С. 29.
149. Сахно И.И. Медицина катастроф / И.И. Сахно, В.И. Сахно. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002. – 560 с.
150. Селезнева Е.В. Общение как среда для саморазвития личности / Е.В.

- Селезнева // Журнал прикладной психологии. – 2002. - № 2. – С. 49-54 с.
151. Селье Г. Стресс без дистресса / Г. Селье. – Рига: 1992. – 109 с.
152. Селье Г. Стресс жизни / Г. Селье // Психология экстремальных ситуаций: Хрестоматия. – Минск: Харвест, 2002. – С. 6 – 39.
153. Сельченко К.В. Психосоматика: взаимосвязь психики и здоровья / К.В. Сельченко. – Мн.: Харвест, 1999. – 640 с.
154. **Сидоров П.И. Деловое общение / П.И. Сидоров, М.Е. Путин, И.А. Коноплева. – 2005**
155. Сидоров П.И. Клиническая психология / П.И. Сидоров, А.В. Парняков. - М.: Академ. Проект, 2002. – 864 с.
156. Сидоров П.И. Опыт работы психологической службы СГМУ по оказанию помощи пациентам с расстройствами адаптации после взрыва жилого дома в городе Архангельске / П.И. Сидоров, В.Н. Кузнецов, А.Н. Зелянина // Экология человека. – 2005. - № 3. - С.18 – 21.
157. Сидоров П.И. Психический терроризм – не летальное оружие массового поражения / П.И. Сидоров // Российский психиатрический журнал. – 2005. - № 3. – С. 28 – 34.
158. Сидоров П.И. Психическое здоровье ветеранов Афганской войны / П.И. Сидоров, С.В. Литвинцев, М.Ф. Лукманов. – Архангельск: АГМА, 1999. – 384 с.
159. Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности / Л.Н. Собчик. – М.: Институт прикладной психологии, 2001. - 511 с.
160. Соколова Е.Т. Самосознание и оценка при аномалиях личности / Е.Т. Соколова. – М.: Наука, 1998. - 215 с.
161. Соловьева С.Л. Психология экстремальных состояний / С.Л. Соловьева. – СПб.: ЭЛБИ – СПб, 2003. – 128 с.
162. Сопов В.Ф. Психические состояния в напряженной

- профессиональной деятельности: учебное пособие / В.Ф. Сопов. – М.: Академ. проект, Трикста, 2005. – 128 с.
163. Социальная конфликтология / Под ред. А.В. Морозова. – М.: Академия, 2002. – 336 с.
164. Социальная психология / Сост. Р.И. Мокшанцев, А.В. Мокшанцев. – Новосибирск: Сибирское соглашение; М.: ИНФА – М, 2001. – 408 с.
165. Социальная психология: Хрестоматия: Учебное пособие для студентов вузов / Сост. Е.П. Белинская, О.А. Тихомандрицкая. – М.: Аспект Пресс, 2000. – 475 с.
166. Социальная психология личности / Сост. Е.П. Белинская, О.А. Тихомандрицкая. – М.: Аспект Пресс, 2001. – 300 с.
167. Степанова С.И. Биоритмологические аспекты проблемы адаптации / С.И. Степанова. – М.: Наука, 1986. – 224 с.
168. Стрельникова Ю.Ю. Пролонгированное воздействие боевой психической травмы: автореферат на соискание ученой степени кандидата наук / Ю.Ю. Стрельникова. – СПб.: СПбГУ, 2004. – 18 с.
169. Суицид // Основы безопасности и жизнедеятельности. – 2002. - № 7. – С. 24.
170. Суицидология: прошлое и настоящее: проблема самоубийств в трудах философов, социологов, психотерапевтов и художественных текстах / составитель А.Н. Моховиков. – М.: Когнито-центр, 2001. – 569 с.
171. Таланов В.Л. Справочник практического психолога / В.Л. Таланов, И.Г. Малкина–Пых. – СПб: ЭКСМО, 2003. – 928 с.
172. Тарабрина Н.В. Посттравматический стресс: междисциплинарные аспекты изучения / Н.В. Тарабрина // Психология: современные направления междисциплинарных исследований. – М.: Из-во «Институт психологии РАН», 2003. – С. 55 – 65.
173. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического

стресса / Н.В. Тарабрина. – СПб.: «Питер», 2001. – 272 с.

174. Тарабрина Н.В. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние и проблемы / Н.В. Тарабрина, Е.О. Лазебная // Психологический журнал. – 1992. - № 2. – С. 14 – 29.
175. Тарас А. Боевая машина / А. Тарас // Психология экстремальных ситуаций: Хрестоматия. – Минск: Харвест, 2002. – С. 362 – 422.
176. Тайпале И. Война или здоровье? / И. Тайпале // Пер с англ. под ред. П.И. Сидорова - Архангельск: СГМУ, 2004. – 688 с.
177. Фоменко Г.Ю. Личность в экстремальных условиях: два модуса бытия / Г.Ю. Фоменко. – Краснодар: Кубанский государственный университет, 2006. – 342 с.
178. Фоменко Г.Ю. Личность как субъект бытия в экстремальных условиях: автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора психологических наук / Г.Ю. Фоменко. – Краснодар: Кубанский государственный университет, 2006. – 48 с.
179. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции / З.Фрейд. – СПб.: Питер, 2005. – 384 с.
180. Хассен С. Консультирование о выходе: свобода без принуждения / С. Хассен // Журнал практического психолога. - 2000. - № 1-2. - С. 88-93.
181. Хассен С. Освобождение от психологического насилия: Деструктивные культы, контроль сознания, методы помощи / С. Хассен. // Пер. с англ. Е.Н. Волков, И.Н. Волкова. - СПб.: Прайм – ЕВРОЗНАК, 2001. - 400с.
182. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность: В 2 т. /Х. Хекхаузен // Пер. с нем.; Под ред. Б.М. Величковского. – М.: Педагогика, 1986. – 189 с.
183. Хананашвили М.М. Экспериментальная патология высшей нервной

- деятельности / М.М. Хананашвили. – М.: Медицина, 1978. – 240 с.
184. Хэзлем М.Т. Психиатрия: Вводный курс / М.Т. Хэзлем. – М.: АСТ, 1998. – 624с.
185. Цветков А.С. Психология отношений: вопросы, проблемы, подходы / А.С. Цветков // Психологический журнал. – 2002. - № 1. – С. 132-135.
186. Чамберс У.В. Шкала группового психологического насилия / У.В. Чамберс, М.Д. Лангоуни, П. Малиноски // Журнал практического психолога. - 2000. - № 1-2. - С. 131-141.
187. Чаруковский А.А. Военно-походная медицина / А.А. Чаруковский. – Л.: Медицина, Ленинградское отделение, 1971. – С. 284.
188. Черпанова А.Е. Саморегуляция и самопомощь при работе в экстремальных условиях / А.Е. Черпанова. – М.: Пресс, 1995. – 33 с.
189. Чернышов А.С. Взаимосвязь психологии с другими науками при оказании помощи детям и населению в экстремальных ситуациях / А.С. Чернышов // Психология: современные направления междисциплинарных исследований. – М.: Из-во «Институт психологии РАН», 2003. – С. 401 – 409.
190. Човдырова Г.С. Проблемы стресса, психической дезадаптации и повышения стрессоустойчивости личности в условиях социальной изоляции / Г.С. Човдырова // Проблемы деятельности ОВД и ВВ в экстремальных условиях: Сб. научных трудов. - М.: ВНИИ МВД России, 1997. - 293 с.
191. Чурсин А. Влияние экстремальной ситуации на спасателя / А. Чурсин, Г. Неудахин, О. Наливаева. – М.: Из-во АНАТР, 2005. – С. 8 – 16.
192. Шейнов В.П. Психология обмана и мошенничества / В.П. Шейнов. – М.: АСТ, Мн.: Харвест, 2002. – 512 с.
193. Шестипалова Л.Ф. Целостно-смысловая сфера личности со

специфическими расстройствами и склонностью к противоправному поведению / Л.Ф. Шестипалова, Т.А. Перевозная // Психологический журнал. – 2003. - № 3. – С. 66-71.

194. Шибутани Т. Социальная психология / Т. Шибутани. – М.: Феникс, 1999. – 539 с.
195. Экология человека в изменяющемся мире / Под ред. В.А. Черешнева. – Екатеринбург: УрО РАН, 2006 – 570 с.
196. Ядов В.А. Социологическое исследование: методология, программы, методы / В.А. Ядов.- Самара: Изд-во Самарский ун-т, 1995.- 241с.
197. American psychiatric association committee on nomenclature and statistics // Diagnostic and statistical manual of mental disorders. – W.: APA, 1987. – P. 354.
198. B. Booth, F. Fitch (1979),
199. Bootzin R.R. Psychology today: in introduction / R.R. Bootzin, G.H. Bower, J. Grocker. - N. York: Mac Graw – Hill, 1991. – 727 p.
200. Brush F.R. Genetic determinants of individual differences in avoidance learning: Behavioral and endocrine characteristics / F.R. Brush // Experiential. 1991.- № 47(6). - P. 1039 -1050.
201. Burges A.W. Rape trauma syndrome /A.W. Burges, L.L. Holmstrom // Amer. J. Psychiat. – 1974. – Vol. 131, №9. – P. 238 – 249.
202. Bowlby J. Attachment and loss. Separation, anxiety and anger / J. Bowlby. - N. York: Basic Books, 1973.
203. Bull N. Experimental investigation of body – mind continuum in the affective states / N. Bull // Journal of Nervous and Mental Decease. – 1951. – Vol. 113. – P. 512 – 521.
204. Calhoun L.C. Facilitation posttraumatic growth / L.C. Calhoun, R.G. Tedeschi. – London, 1999. – 164 p.
205. Cannon W.B. Stress and strains of homeostasis / W.B. Cannon // Am. J.

Med. Sci. – 1935. - Vol. 89. – P. 1-14

206. Cannon W.B. The emergency function of the adrenal medulla in pain and the major emotions /W.B. Cannon //Am. J. Physiol. – 1914. – Vol. 33. – P. 356-372.
207. Charlesworth W.R. General issues in the study of fear / W.R. Charlesworth. – N.York: John Wiley, 1974. – 258 p.
208. Davis H. The psychiatrization of Post – Traumatic Distress: issues for social workers / D. Davis // The British journal of social work. – 1999. - № 5. Vol. 29.- P. 247 – 259.
209. Driscoll P. Genetically based model for divergent stress responses: Behavioral, neurochemical and hormonal aspects / P. Driscoll et. al. // Adv. Anim. Breeding Genet. - 1990. - №5 (1). - P. 97 -107.
210. Jackson S. E. Understanding human resource management in the context of organization and their environments / S. E. Jackson, R.S. Schuler // Annual review of Psychology. - 1995. - V. 46. - P 237-264.
211. Enander A.E. Effects of human performance / A.E. Enander // Scand. J. Work, Environ and Health. – 1989. – № 1. – P. 27-33.
212. Frankl V. From death camp to existentialism / V. Frankl. – N.Y.: Beacon, 1959.
213. Funkenstein D.H. Mastery of stress / D.H. Funkenstein. – Cambridge: Harvard V. Press, 1957. – 105 p.
214. Gellhorn E. The emotions and the ergotropic and trophotropic systems / E. Gellhorn //Psychologists Frosting. – 1970. - № 34. – P. 48 – 94.
215. Green B.L. Multiple diagnoses in PTSR: the role of war stressors / B.L. Green // J. Nerv. Ment. – 1989. - № 77.- P. 329 – 335.
216. Henry J.P. Instincts, archetypes and symbol: an approach to the Physiology of religious experience / J.P. Henry. – N.Y.: College Press, 1992. - 299 p.
217. Hibernian E. The rape victim. / E. Hibernian. – W.: APP, 1976.

218. Horowitz M.J. Diagnosis of PTSD / M.J. Horowitz // *Nerv. Ment. Dis.* – 1987. – № 175 – P. 276 – 277.
219. Hubbard E. The Cognition Stress System: Attitudes, Beliefs and Expectations / E. Hubbard. – California: Pice, 1992. – P. 61 – 84.
220. Human adaptation to extreme stress / Ed. John P. Wilson, Z. Harel. – NY.: Plenum Press, 1988. - 397 p.
221. Izard C.E. Facial expressions and the regulation of emotions / C.E. Izard // *Journal of personality and social psychology.* – 1990. - № 58 (3). – P. 487 – 498.
222. Izard C.E. Patterns of emotions: A new analysis of anxiety and depression / C.E. – N.York: Academic Press, 1971.
223. Kabin P.L. Conflict, ambiguity and overload: Three elements in job stress / P.L. Kabin // *Occupational stress.* – 1974. - Springfield. - P. 61 – 74.
224. Kaplan H.I. Clinical psychiatry from synopsis of psychiatry / H.I. Kaplan, B.J. Sadock. – 1988.
225. Reane T.M. A behavioral formulation of PTSD in Vietnam veterans / T.M. Reane // *Behav. Therapy.* – 1985. - № 8. – P. 9 – 12.
226. Kelly G. A. The psychology of personal constructs / G. A. Kelly - N.Y.: Norton. - V. 1, 2. -1955.
227. Kemp A. PTSD in battered women / A. Kemp // *J. of traumatic stress.* – 1991. - № 4. – P. 137 – 148/
228. Kiergaard S. The concept of dread / S. Kiergaard. – Princeton: Princeton University Press, 1944.
229. Kvetnansky R. Sympatoadrenalsystem in stress. Interaction with the hypothalamic-pituitary-adrenocortical system / R. Kvetnansky, K. Pacak, K. Fukuhara // *Stress. Basic mechanisms and clinical implication.* – New York Academy of Sciences, 1995. – P. 131-158.
230. Kugelman R. Stress: The nature and engineered grief. GP: Wesport,

1992

231. Lazarus R.S. From psychological stress to the emotions: A history of changing outlook / R.S. Lazarus // *Ann. Rev. Psychol.* – 1993. – V. 44. – P. 1 – 21.
232. Lazarus R.S. Psychological stress and the coping process / R.S. Lazarus. – N.-Y.: McGraw – Hill, 1966. – 230 p.
233. Lazarus R. S. Progress on cognitive motivational-relational theory of emotion / R. S. Lazarus // *American Psychologist.* 1991. - V 46. - P. 819 - 837.
234. Leopold R.L. Psycho – anatomy of a disaster: longterm study of post – traumatic neuroses in survivors of marine explosion / R.L. Leopold, H. Dillon // *Amer. J. Psychiat.* – 1963. – Vol. 119. – P. 913 – 921.
235. Lifton R.J. Death and Life / R. J. Lifton R.J.- N.Y.: Vintage Book, 1967.
236. Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief / E. Lindemann // *Amer. Journ. of psychiatry.* – 1944. – Vol. 101, № 2. – P. 29 – 35.
237. Mitcell J. T. Law enforcement applications of critical incident stress teams. Critical incidents in Policing. Revised / J.T. Mitcell. – Washington: DC, 1991.- P. 201- 211.
238. McNaughton N. Stress and behavioral inhibition / N. McNaughton // *Stress – From Synapse to Syndrome* / Ed. S.C. Stanford, P. Salmon. – London: Academic Press, 1993. – P. 191 – 206.
239. Neenan M. Stress Counseling / M. Neenan, S. Palmer: A Cognitive – Behavioral. *International Stress Management Journal.* – 1996. – Vol. 8. - № 4.
240. Niederland W.G. Psychiatric disorders among persecution victims – A contribution to the understanding of concentration camp pathology and its after affects / W.G. Niederland // *J. Ment. Dis.* – 1964. - № 139. – P. 458 – 583.

241. Pitman R. Psychophysiological responses to combat imagery of V.V. with PTSD versus other anxiety disorders / R. Pitman // J. abnormal psychology. – 1990. - № 1. – P/ 1 – 6.
242. Poiso Y. Les syndromes post – emotionalist / Y. Poiso, M.C. Mouzen //Ann. Med. Psychol. – 1974. – Vol. 134, № 2. – P. 185 – 218.
243. Rahmqvist M. Trend of psychological distress in a Swedish population from 1989 to 1995 / M. Rahmqvist, J. Garstensen // Scandinavian journal of Social Medicine. – 1998. - № 3, Vol. 26. - P. 315 – 327.
244. Rick J. Stress: Big issue, but What are problem? / J. Rick. – London: IES. – 1997.
245. Solomon Z. Combat stress reaction clinical manifestations and correlates / Z. Solomon // mil. Psychol. – 1989. - № 3. – 35 – 47 p.
246. Soroko S. The mechanism of the adaptation to the oxygen deficiency as common mechanism for other kinds of adaptogenic factors / S. Soroko, S. Krivochekov // Abst. Of 33 th Internal Congress of Physiol. Sc. «Adaptation to the environment»/ Soroko. – St. Petersburg, 1997. – 43 p.
247. Spielberger C.D. Theory and research on anxiety / C.D. Spielberge // Anxiety and Behavior. – N.-Y.: Academic Press, 1966. – P.3 – 20.
248. Taylor J.A. A personality scale of manifest anxiety /J.A. Taylor // Journal of abnormal and social psychology. – 1953. - № 48. – P. 285 – 290.
249. Tomkins S.S. Affect, imagery, consciousness. The negative affects / S.S. Tomkins. – N. York: Springer, 1963.
250. Trauma and its wake / Ed. C.R. Figley. – N.Y.: Brunner-Mazel, 1986. - 135 p.
251. Twain M. Stress Concepts, theories and models BCPC / M. Twain. – California: Pasific groove, 1992. – P. 3 – 31.
252. Zeigarnik B. Das Behalten erledigter und unerledigter Handlungen /B. Zeigarnik // psychologische Forsch. – 1927. - № 9. – P. 21 – 34.

253. Wolpe J. The practice of behavior therapy / J. Wolpe. – N.York:
Pergamon Press, 1969.