

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«Владимирский государственный университет
имени Александра Григорьевича и Николая Григорьевича Столетовых»
(ВлГУ)**

Гуманитарный Институт

Кафедра «Психология личности и специальная педагогика»

Филатова Ольга Валерьевна

Курс лекций

по дисциплине «Психология экстремальных ситуаций» для студентов ВлГУ

Владимир – 2016 г.

Лекция 1. Общее представление о психологической помощи в экстремальной ситуации

План:

1. РАБОТА ПСИХОЛОГА В ОЧАГЕ ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ
2. КЛАССИФИКАЦИЯ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ
3. ЭКСТРЕННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ
4. СТИХИЙНОЕ МАССОВОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЛЮДЕЙ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ
5. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШИМ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ

1. РАБОТА ПСИХОЛОГА В ОЧАГЕ ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ

Рост числа экстремальных ситуаций (техногенных и природных катастроф, межнациональных конфликтов, террористических актов) в нашей стране за последние годы диктует необходимость подготовки специалистов, способных оказывать экстренную психологическую помощь жертвам подобных ситуаций. Несмотря на всю важность и актуальность проблем оказания экстренной психологической помощи населению в экстремальных ситуациях, эти задачи в настоящее время все еще остаются достаточно новыми для психолога.

В рамках теории посттравматического расстройства и возникшей в конце 80-х годов кризисной психологии оформилось понятие «психическая травма» (психотравма). Событие, которое воспринимается человеком как угроза его существованию, которое нарушает его нормальную жизнедеятельность, становится для него событием травматическим, то есть потрясением, переживанием особого рода (Черепанова, 1996).

Психологам и психотерапевтам все чаще приходится работать с людьми, перенесшими психическую травму, такими, как: вынужденные переселенцы и беженцы, жертвы захвата в заложники, люди, пережившие бомбежки, обстрелы, гибель родственников, разбойные нападения, а также широкомасштабные природные и техногенные катастрофы (Владиславова, 2001).

Главное содержание психологической травмы составляет утрата веры в то, что жизнь организована в соответствии с определенным порядком и поддается контролю.

Травма влияет на восприятие времени, и под ее воздействием меняется видение прошлого, настоящего и будущего. По интенсивности переживаемых чувств травматический стресс соразмерен со всей предыдущей жизнью. Из-за этого он кажется наиболее существенным событием жизни, как бы «водоразделом» между происшедшим до и после травмирующего события, а также всем, что будет происходить потом.

Если раньше основную озабоченность вызывали такие последствия экстремальных ситуаций, как количество смертей, физических болезней и травм, то сейчас среди специалистов растет беспокойство их последствиями для психосоциального и душевного здоровья населения. Из людей, перенесших психотравму, 80 процентов нормально функционируют, а у 20 процентов через некоторое время (2–6 месяцев) возникают те или иные проблемы в одной или нескольких сферах жизни: аффективной, психосоциальной, профессиональной, психосоматической (Пергаменщик и др., 1999).

Незамедлительное психотерапевтическое вмешательство, как можно ближе по времени к перенесенной травме, позволяет предотвратить многие нежелательные последствия и переход процесса в хроническую форму.

По наблюдениям исследователей, на психическое состояние наиболее тяжелое воздействие оказывают катастрофы, вызванные умышленными действиями людей. Техногенные катастрофы, происходящие по неосторожности или случайному стечению

обстоятельств, переживаются менее тяжело, но все же тяжелее, чем природные катаклизмы. Именно поэтому в данной главе достаточно большое место занимают вопросы, связанные с психологией терроризма.

2. КЛАССИФИКАЦИЯ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ

Чрезвычайная (экстремальная) ситуация (ЧС) – это обстановка на определенной территории, сложившаяся в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, стихийного или иного бедствия, которые могут повлечь за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей. Каждая ЧС имеет присущие только ей причины, особенности и характер развития (<http://www.nntu.ru/RUS/gochs/posobiya/posob4/>).

ЧС могут классифицироваться по следующим признакам:

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

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

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

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

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

По источнику происхождения чрезвычайные (экстремальные) ситуации подразделяются на:

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

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

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

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

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

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

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

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

Поражающий фактор источника ЧС определяется как составляющая опасного явления или процесса, вызванная источником ЧС и характеризуемая физическими, химическими и биологическими действиями или явлениями, которые определяются соответствующими параметрами

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

Зона заражения – это территория, в пределах которой распространены опасные химические вещества либо биологические (бактериологические) средства. РВ в количествах, представляющих опасность для людей, животных и растений и окружающей природной среды.

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

Оценка ущерба вследствие ЧС проводится по 5 основным параметрам:

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

3. ЭКСТРЕННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ

Экстренная психологическая помощь оказывается людям в остром стрессовом состоянии (или ОСР – острое стрессовое расстройство). Это состояние представляет собой переживание эмоциональной и умственной дезорганизации.

Психодиагностика, психотехники воздействия и процедура оказания психологической помощи в экстремальных ситуациях имеют свою специфику (Сухов, Деркач 1998).

В частности, психодиагностика в экстремальных ситуациях имеет свои отличительные особенности. В этих условиях из-за нехватки времени невозможно использовать стандартные диагностические процедуры. Действия, в том числе практического психолога, определяются планом на случай чрезвычайных обстоятельств.

Неприменимы во многих экстремальных ситуациях и обычные методы психологического воздействия. Все зависит от целей психологического воздействия в экстремальных ситуациях: в одном случае надо поддержать, помочь; в другом – следует пресечь, например, слухи, панику; в третьем – провести переговоры.

Главными принципами оказания помощи перенесшим психологическую травму в результате влияния экстремальных ситуаций являются:

- безотлагательность;
- приближенность к месту событий;

- ожидание, что нормальное состояние восстановится;
- единство и простота психологического воздействия.

Безотлагательность означает, что помощь пострадавшему должна быть оказана как можно быстрее: чем больше времени пройдет с момента травмы, тем выше вероятность возникновения хронических расстройств, в том числе и посттравматического стрессового расстройства.

Смысл принципа приближенности состоит в оказании помощи в привычной обстановке и социальном окружении, а также в минимизации отрицательных последствий «госпитализма».

Ожидание, что нормальное состояние восстановится: с лицом, перенесшим стрессовую ситуацию, следует обращаться не как с пациентом, а как с нормальным человеком. Необходимо поддерживать уверенность в скором возвращении нормального состояния.

Единство психологического воздействия подразумевает, что либо его источником должно выступать одно лицо, либо процедура оказания психологической помощи должна быть унифицирована.

Простота психологического воздействия – необходимо отвести пострадавшего от источника травмы, предоставить пищу, отдых, безопасное окружение и возможность быть выслушанным.

В целом служба экстренной психологической помощи выполняет следующие базовые функции:

- практическую: непосредственное оказание скорой психологической и (при необходимости) доврачебной медицинской помощи населению;
- координационную: обеспечение связей и взаимодействия со специализированными психологическими службами.

Ситуация работы психолога в экстремальных условиях отличается от обычной терапевтической ситуации, по меньшей мере, следующими моментами (Ловелле, Малимонова, 2003):

- Работа с группами. Часто приходится работать с группами жертв, и эти группы не создаются психологом (психотерапевтом) искусственно, исходя из нужд психотерапевтического процесса, они были созданы самой жизнью в силу драматической ситуации катастрофы.

- Пациенты часто пребывают в остром аффективном состоянии. Иногда приходится работать, когда жертвы находятся еще под эффектом травмирующей ситуации, что не совсем обычно для нормальной психотерапевтической работы.

- Нередко низкий социальный и образовательный статус многих жертв. Среди жертв можно встретить большое количество людей, которые по своему социальному и образовательному статусу никогда в жизни не оказались бы в кабинете психотерапевта.

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

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

- Отличие посттравматической психопатологии от невротической патологии.

Можно

утверждать, что психопатологический механизм травматического стресса принципиально отличается от патологических механизмов невроза. Таким образом, необходимо выработать стратегии работы с жертвами, которые охватили бы и те случаи,

когда имеет место «чисто» травматический стресс, и те случаи, когда имеет место сложное переплетение травматического стресса с другими патогенными факторами внутреннего или внешнего происхождения.

Цель и задачи экстренной психологической помощи включают профилактику острых панических реакций, психогенных нервно-психических нарушений; повышение адаптационных возможностей индивида; психотерапию возникших пограничных нервно-психических нарушений. Экстренная психологическая помощь населению должна основываться на принципе интервенции в поверхностные слои сознания, то есть на работе с симптоматикой, а не с синдромами (Психотерапия в очаге чрезвычайной ситуации, 1998).

Проведение психотерапии и психопрофилактики осуществляют в двух направлениях. Первое – со здоровой частью населения – в виде профилактики:

- а) острых панических реакций;
- б) отсроченных, «отставленных» нервно-психических нарушений.

Второе направление – психотерапия и психопрофилактика лиц с развившимися нервно-психическими нарушениями. Технические сложности ведения спасательных работ в зонах катастроф, стихийных бедствий могут приводить к тому, что пострадавшие в течение достаточно продолжительного времени окажутся в условиях полной изоляции от внешнего мира. В этом случае рекомендуется психотерапевтическая помощь в виде экстренной «информационной терапии», целью которой является психологическое поддержание жизнеспособности тех, кто жив, но находится в полной изоляции от окружающего мира (землетрясения, разрушение жилищ в результате аварий, взрывов и т.д.). «Информационная терапия» реализуется через систему звукоусилителей и состоит из трансляции следующих рекомендаций, которые должны услышать пострадавшие:

- 1) информация о том, что окружающий мир идет к ним на помощь и делается все, чтобы помощь пришла к ним как можно быстрее;
- 2) находящиеся в изоляции должны сохранять полное спокойствие, т.к. это одно из главных средств к их спасению;
- 3) необходимо оказывать себе самопомощь;
- 4) в случае завалов пострадавшие не должны принимать каких-либо физических усилий к самозащите, что может привести к опасному для них смещению обломков;
- 5) следует максимально экономить свои силы;
- 6) находиться с закрытыми глазами, что позволит приблизить себя к состоянию легкой дремоты и большей экономии физических сил;
- 7) дышать медленно, неглубоко и через нос, что позволит экономить влагу и кислород в организме и кислород в окружающем воздухе;
- 8) мысленно повторять фразу: «Я совершенно спокоен» 5–6 раз, чередуя эти самовнушения с периодами счета до 15–20, что позволит снять внутреннее напряжение и добиться нормализации пульса и артериального давления, а также самодисциплины;
- 9) высвобождение из «плена» может занять больше времени, чем хочется потерпевшим. «Будьте мужественными и терпеливыми. Помощь идет к вам».

Целью «информационной терапии» является также уменьшение чувства страха у пострадавших, т.к. известно, что в кризисных ситуациях от страха погибает больше людей, чем от воздействия реального разрушительного фактора. После освобождения пострадавших из-под _____ Обломков строений необходимо продолжить психотерапию (и прежде всего – амне-зирующую терапию) в стационарных условиях.

Еще одной группой людей, к которым применяется психотерапия в условиях ЧС, являются родственники людей, находящихся под завалами, живыми и погибшими. Для них применим весь комплекс психотерапевтических мероприятий:

- поведенческие приемы и методы, направленные на снятие психоэмоционального возбуждения, тревоги, панических реакций;
- экзистенциальные техники и методы, направленные на принятие ситуации

утраты, на устранение душевной боли и поиск ресурсных психологических возможностей.

Еще одна группа людей, к которым применяется психотерапия в зоне ЧС, это спасатели. Основной проблемой в подобных ситуациях является психологический стресс. Именно это обстоятельство значительно влияет на требования, предъявляемые к специалистам служб экстренной помощи. Специалисту необходимо владеть умением своевременно определять симптомы психологических проблем у себя и у своих товарищей, владеть эмпатическими способностями, умением организовать и провести занятия по психологической разгрузке, снятию стресса, эмоционального напряжения. Владение навыками психологической само- и взаимопомощи в условиях кризисных и экстремальных ситуаций имеет большое значение не только для предупреждения психической травма-тизации, но и для повышения устойчивости к стрессовым воздействиям и готовности быстрого реагирования в чрезвычайных ситуациях.

В результате осуществления обширной исследовательской программы немецкие психологи Б. Гаш и Ф. Ласогга (Lasogga, Gash 1997) разработали ряд рекомендаций для психолога, другого специалиста или добровольца, работающих в экстремальной ситуации. Эти рекомендации полезны как психологам при непосредственной работе в местах массовых бедствий, так и для подготовки спасателей и сотрудников специальных служб (Ромек и др., 2004).

Правила для сотрудников спасательных служб:

1. Дайте знать пострадавшему, что вы рядом и что уже принимаются меры по спасению.

Пострадавший должен чувствовать, что в создавшейся ситуации он не одинок. Подойдите к пострадавшему и скажите, например: «Я останусь с вами, пока не придет «Скорая помощь». Пострадавший также должен быть проинформирован о том, что сейчас происходит: «Скорая помощь» уже в пути».

2. Постарайтесь избавить пострадавшего от посторонних взглядов.

Любопытные взгляды очень неприятны человеку в кризисной ситуации. Если зеваки не уходят, дайте им какое-либо поручение, например, отогнать любопытных от места происшествия.

3. Осторожно устанавливайте телесный контакт.

Легкий телесный контакт обычно успокаивает пострадавших. Поэтому возьмите пострадавшего за руку или похлопайте по плечу. Прикасаться к голове или иным частям тела не рекомендуется. Займите положение на том же уровне, что и пострадавший. Даже оказывая медицинскую помощь, старайтесь находиться на одном уровне с пострадавшим.

4. Говорите и слушайте.

Внимательно слушайте, не перебивайте, будьте терпеливы, выполняя свои обязанности. Говорите и сами, желательно спокойным тоном, даже если пострадавший теряет сознание. Не проявляйте нервозности. Избегайте упреков. Спросите пострадавшего: «Могу ли я что-либо для вас сделать?» Если вы испытываете чувство сострадания, не стесняйтесь об этом сказать.

Правила первой помощи для психологов:

1. В кризисной ситуации пострадавший всегда находится в состоянии психического возбуждения. Это нормально. Оптимальным является средний уровень возбуждения. Сразу скажите пациенту, что вы ожидаете от терапии и как долго продлится работа над проблемой. Надежда на успех лучше, чем страх неуспеха.

2. Не приступайте к действиям сразу. Осмотритесь и решите, какая помощь (помимо психологической) требуется, кто из пострадавших в наибольшей степени нуждается в помощи. Уделите этому секунд 30 при одном пострадавшем, около пяти минут при нескольких пострадавших.

3. Точно скажите, кто вы и какие функции выполняете. Узнайте имена нуждающихся в помощи. Скажите пострадавшим, что помощь скоро придет, что вы об этом позаботились.

4. Осторожно установите телесный контакт с пострадавшим. Возьмите пострадавшего за руку или похлопайте по плечу. Прикасаться к голове или иным частям тела не рекомендуется. Займите положение на том же уровне, что и пострадавший. Не поворачивайтесь к пострадавшему спиной.

5. Никогда не обвиняйте пострадавшего. Расскажите, какие меры требуется принять для оказания помощи в его случае.

6. Профессиональная компетентность успокаивает. Расскажите о вашей квалификации и опыте.

7. Дайте пострадавшему поверить в его собственную компетентность. Дайте ему поручение, с которым он справится. Используйте это, чтобы он убедился в собственных способностях, чтобы у пострадавшего возникло чувство самоконтроля.

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

9. Скажите пострадавшему, что вы останетесь с ним. При расставании найдите себе заместителя и проинструктируйте его о том, что нужно делать с пострадавшим.

10. Привлекайте людей из ближайшего окружения пострадавшего для оказания помощи. Инструктируйте их и давайте им простые поручения. Избегайте любых слов, которые могут вызвать у кого-либо чувство вины.

11. Постарайтесь оградить пострадавшего от излишнего внимания и расспросов. Давайте любопытным конкретные задания.

12. Стресс может оказать негативное влияние и на психолога. Возникающее в ходе такой работы напряжение имеет смысл снимать с помощью релаксационных упражнений и профессиональной супервизии. Группы су-первизии должен вести профессионально подготовленный модератор.

При осуществлении экстренной психологической помощи необходимо помнить, что жертвы стихийных бедствий и катастроф страдают от следующих факторов, вызванных экстремальной ситуацией (Everstine, Everstine, 1993):

1. Внезапность. Лишь немногие бедствия ждут, пока потенциальные жертвы будут предупреждены – например, постепенно достигающие критической фазы наводнения или надвигающийся ураган, шторм. Чем внезапнее событие, тем оно разрушительнее для жертв.

2. Отсутствие подобного опыта. Поскольку бедствия и катастрофы, к счастью, редки – люди часто учатся переживать их в момент стресса.

3. Длительность. Этот фактор варьирует от случая к случаю. Например, постепенно развивавшееся наводнение может так же медленно и спадать, а землетрясение длится несколько секунд и приносит гораздо больше разрушений. Тем не менее у жертв некоторых длительных экстремальных ситуаций (например, в случаях угона самолета) травматические эффекты могут умножаться с каждым последующим днем.

4. Недостаток контроля. Никто не в состоянии контролировать события во время катастроф; может пройти немало времени, прежде чем человек сможет контролировать самые обычные события повседневной жизни. Если эта утрата контроля сохраняется долго, даже у компетентных и независимых людей могут наблюдаться признаки «выученной беспомощности».

5. Горе и утрата. Жертвы катастроф могут разлучиться с любимыми или потерять кого-то из близких; самое наихудшее – это пребывать в ожидании вестей обо всех возможных утратах. Кроме того, жертва может потерять из-за катастрофы свою социальную роль и позицию. В случае длительных травматических событий человек может лишиться всяких надежд на восстановление утраченного.

6. Постоянные изменения. Разрушения, вызванные катастрофой, могут оказаться невозможными: жертва может оказаться в совершенно новых и враждебных условиях.

7. Экспозиция смерти. Даже короткие угрожающие жизни ситуации могут

изменить личностную структуру человека и его «познавательную карту». Повторяющиеся столкновения со смертью могут приводить к глубоким изменениям на регуляторном уровне. При близком столкновении со смертью очень вероятен тяжелый экзистенциальный кризис.

8. Моральная неуверенность. Жертва катастрофы может оказаться перед лицом необходимости принимать связанные с системой ценностей решения, способные изменить жизнь, – например, кого спасти, насколько рисковать, кого обвинять.

9. Поведение во время события. Каждый хотел бы выглядеть наилучшим образом в трудной ситуации, но удается это немногим. То, что человек делал или не делал во время катастрофы, может преследовать его очень долго после того, как другие раны уже затянулись.

10. Масштаб разрушений. После катастрофы переживший ее, скорее всего, будет поражен тем, что она натворила с его окружением и социальной структурой. Изменения культурных норм заставляют человека адаптироваться к ним или остаться чужаком; в последнем случае эмоциональный ущерб сочетается с социальной дезадаптацией.

Важное место занимает вопрос о динамике психогенных расстройств, развившихся в опасных ситуациях. Ему посвящено достаточно много специальных исследований. В соответствии с работами Национального института психического здоровья (США), психические реакции при катастрофах подразделяются на четыре фазы: героизма, «медового месяца», разочарования и восстановления.

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

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

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

4. Фаза восстановления начинается, когда выжившие осознают, что им самим необходимо налаживать быт и решать возникающие проблемы, и берут на себя ответственность за выполнение этих задач.

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

1. «Острый эмоциональный шок». Развивается вслед за состоянием оцепенения и длится от 3 до 5 ч; характеризуется общим психическим напряжением, предельной мобилизацией психофизиологических резервов, обострением восприятия и увеличением скорости мыслительных процессов, проявлениями безрассудной смелости (особенно при спасении близких) при одновременном снижении критической оценки ситуации, но сохранении способности к целесообразной деятельности. В эмоциональном состоянии в этот период преобладает чувство отчаяния, сопровождающееся ощущениями головокружения и головной боли, сердцебиением, сухостью во рту, жаждой и затрудненным дыханием. До 30% обследованных при субъективной оценке ухудшения состояния одновременно отмечают увеличение работоспособности в 1,5–2 раза и более.

2. «Психофизиологическая демобилизация». Длительность до трех суток. Для абсолютного большинства обследуемых наступление этой стадии связано с первыми контактами с теми, кто получил травмы, и с телами погибших, с пониманием масштабов трагедии («стресс осознания»). Характеризуется резким ухудшением самочувствия и психоэмоционального состояния с преобладанием чувства растерянности, панических реакций (нередко – иррациональной направленности), понижением моральной

нормативности поведения, снижением уровня эффективности деятельности и мотивации к ней, депрессивными тенденциями, некоторыми изменениями функций внимания и памяти (как правило, обследованные не могут достаточно четко вспомнить, что они делали в эти дни). Большинство опрошенных жалуются в этой фазе на тошноту, «тяжесть» в голове, неприятные ощущения со стороны желудочно-кишечного тракта, снижение (даже отсутствие) аппетита. К этому же периоду относятся первые отказы от выполнения спасательных и «расчистных» работ (особенно связанных с извлечением тел погибших), значительное увеличение количества ошибочных действий при управлении транспортом и специальной техникой, вплоть до создания аварийных ситуаций.

3. «Стадия разрешения» – 3–12 суток после стихийного бедствия. По данным субъективной оценки, постепенно стабилизируется настроение и самочувствие. Однако по результатам наблюдений у абсолютного большинства обследованных сохраняются пониженный эмоциональный фон, ограничение контактов с окружающими, гипомимия (маскообразность лица), снижение интонационной окраски речи, замедленность движений. К концу этого периода появляется желание «выговориться», реализуемое избирательно, направленное преимущественно на лиц, которые не были очевидцами стихийного бедствия, и сопровождающееся некоторой ажитацией. Одновременно появляются сны, отсутствовавшие в двух предшествующих фазах, в том числе тревожные и кошмарные сновидения, в различных вариантах отражающие впечатления трагических событий.

На фоне субъективных признаков некоторого улучшения состояния объективно отмечается дальнейшее снижение физиологических резервов (по типу гиперактивации). Прогрессивно нарастают явления переутомления. Средние показатели физической силы и работоспособности (в сравнении с нормативными данными для исследованной возрастной группы) снижаются на 30%, а по показателю кистевой динамометрии – на 50% (в ряде случаев – до 10–20 кг). В среднем на 30% уменьшается умственная работоспособность, появляются признаки синдрома пирамидной межполушарной асимметрии.

4. «Стадия восстановления». Начинается приблизительно с 12-го дня после катастрофы и наиболее отчетливо проявляется в поведенческих реакциях: активизируется межличностное общение, начинает нормализоваться эмоциональная окраска речи и мимических реакций, впервые после катастрофы могут быть отмечены шутки, вызывавшие эмоциональный отклик у окружающих, восстанавливаются нормальные сновидения. Учитывая зарубежный опыт, можно также предполагать у лиц, находившихся в очаге стихийного бедствия, развитие различных форм психосоматических расстройств, связанных с нарушениями деятельности желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой, иммунной и эндокринной систем. Еще одна классификация (Александровский и др., 1991) выделяет три фазы:

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

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

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

3.1 Техники экстренной психологической помощи

У человека в экстремальной ситуации могут появляться следующие симптомы

(Крюкова и др., 2001):

- бред
- галлюцинации
- апатия
- ступор
- двигательное возбуждение
- агрессия
- страх
- истерика
- нервная дрожь
- плач

Помощь психолога в данной ситуации заключается, в первую очередь, в создании условий для нервной «разрядки».

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

К основным признакам бреда относятся ложные представления или умозаключения, в ошибочности которых пострадавшего невозможно разубедить.

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

В данной ситуации:

1. Обратитесь к медицинским работникам, вызовите бригаду скорой психиатрической помощи.

2. До прибытия специалистов следите за тем, чтобы пострадавший не навредил себе и окружающим. Уберите от него предметы, представляющие потенциальную опасность.

3. Изолируйте пострадавшего и не оставляйте его одного.

4. Говорите с пострадавшим спокойным голосом. Соглашайтесь с ним, не пытайтесь его переубедить. Помните, что в такой ситуации переубедить пострадавшего невозможно.

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

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

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

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

Основными признаками апатии являются:

- безразличное отношение к окружающему;
- вялость, заторможенность;
- медленная, с длинными паузами, речь.

В данной ситуации:

1. Поговорите с пострадавшим. Задайте ему несколько простых вопросов: «Как тебя

звонит?»; «Как ты себя чувствуешь?»; «Хочешь есть?»).

2. Проводите пострадавшего к месту отдыха, помогите удобно устроиться (обязательно снять обувь).

3. Возьмите пострадавшего за руку или положите свою руку ему на лоб.

4. Дайте пострадавшему возможность поспать или просто полежать.

5. Если нет возможности отдохнуть (происшествие на улице, в общественном транспорте, ожидание окончания операции в больнице), то больше говорите с пострадавшим, вовлекайте его в любую совместную деятельность (прогуляться, сходить выпить чаю или кофе, помочь окружающим, нуждающимся в помощи).

Ступор. Ступор – одна из самых сильных защитных реакций организма. Она наступает после сильнейших нервных потрясений (взрыв, нападение, жестокое насилие), когда человек затратил на выживание столько энергии, что сил на контакт с окружающим миром уже нет.

Ступор может длиться от нескольких минут до нескольких часов. Поэтому, если не оказать помощь и пострадавший пробудет в таком состоянии достаточно долго, это приведет к его физическому истощению. Так как контакта с окружающим миром нет, пострадавший не заметит опасности и не предпримет действий, чтобы ее избежать.

Основными признаками ступора являются:

- резкое снижение или отсутствие произвольных движений и речи;
- отсутствие реакций на внешние раздражители (шум, свет, прикосновения, щипки);
- «застывание» в определенной позе, оцепенение (numbing), состояние полной неподвижности;
- возможно напряжение отдельных групп мышц.

В данной ситуации:

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.

4. Человек, находясь в ступоре, может слышать и видеть. Поэтому говорите ему на ухо тихо, медленно и четко то, что может вызвать сильные эмоции (лучше негативные). Необходимо любыми средствами добиться реакции пострадавшего, вывести его из оцепенения.

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

Основными признаками двигательного возбуждения являются:

- резкие движения, часто бесцельные и бессмысленные действия;
- ненормально громкая речь или повышенная речевая активность (человек говорит без остановки, иногда абсолютно бессмысленные вещи);
- часто отсутствует реакция на окружающих (на замечания, просьбы, приказы).

В данной ситуации:

1. Используйте прием «захват»: находясь сзади, просуньте свои руки пострадавшему под мышки, прижмите его к себе и слегка опрокиньте на себя.

2. Изолируйте пострадавшего от окружающих.

3. Массируйте «позитивные» точки. Говорите спокойным

голосом о чувствах, которые он испытывает. («Тебе хочется что-то сделать, чтобы

это прекратилось? Ты хочешь убежать, спрятаться от происходящего?»)»

4. Не спорьте с пострадавшим, не задавайте вопросов, в разговоре избегайте фраз с частицей «не», относящихся к нежелательным действиям (например: «Не беги», «Не размахивай руками», «Не кричи»).

5. Помните, что пострадавший может причинить вред себе и другим. * 6. Двигательное возбуждение обычно длится недолго и может смениться нервной дрожью, плачем, а также агрессивным поведением (см. помощь при данных состояниях). Агрессия. Агрессивное поведение – один из произвольных способов, которым организм человека «пытается» снизить высокое внутреннее напряжение. Проявление злобы или агрессии может сохраняться достаточно длительное время и мешать самому пострадавшему и окружающим.

Основными признаками агрессии являются:

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

В данной ситуации:

1. Сведите к минимуму количество окружающих.
2. Дайте пострадавшему возможность «выпустить пар» (например, выговориться или «избить» подушку).

3. Поручите ему 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. Иначе агрессивное поведение будет направлено на вас. Нельзя говорить: «Что же ты за человек!» Следует сказать: «Ты ужасно злишься, тебе хочется все разнести вдребезги. Давай вместе попытаемся найти выход из этой ситуации».

5. Старайтесь разрядить обстановку смешными комментариями или действиями.

6. Агрессия может быть погашена страхом наказания:

- если нет цели получить выгоду от агрессивного поведения;
- если наказание строгое и вероятность его осуществления велика.

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

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

К основным признакам страха относятся:

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

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.

В этой ситуации:

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, выказывайте заинтересованность, понимание, сочувствие.

4. Сделайте пострадавшему легкий массаж наиболее напряженных мышц тела.

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

Если эту реакцию остановить, то напряжение останется внутри, в теле, и вызовет мышечные боли, а в дальнейшем может привести к развитию таких серьезных заболеваний, как гипертония, язва и др.

Основные признаки данного состояния:

- дрожь начинается внезапно – сразу после инцидента или спустя какое-то время;
- возникает сильное дрожание всего тела или отдельных его частей (человек не может удержать в руках мелкие предметы, зажечь сигарету);
- реакция продолжается достаточно долго (до нескольких часов);
- потом человек чувствует сильную усталость и нуждается в отдыхе.

В данной ситуации:

1. Нужно усилить дрожь.
2. Возьмите пострадавшего за плечи и сильно, резко потрясите в течение 10–15 секунд.

3. Продолжайте разговаривать с ним, иначе он может воспринять ваши действия как нападение.

4. После завершения реакции необходимо дать пострадавшему возможность отдохнуть. Желательно уложить его спать.

5. Нельзя:

- обнимать пострадавшего или прижимать его к себе;
- укрывать пострадавшего чем-то теплым;
- успокаивать пострадавшего, говорить, чтобы он взял себя в руки.

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

Основные признаки данного состояния:

- человек уже плачет или готов разрыдаться;
- подрагивают губы;
- наблюдается ощущение подавленности;
- в отличие от истерики, нет признаков возбуждения.

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

В данной ситуации:

1. Не оставляйте пострадавшего одного.
2. Установите физический контакт с пострадавшим (возьмите за руку, положите свою руку ему на плечо или спину, погладьте его по голове). Дайте ему почувствовать, что вы рядом.

3. Применяйте приемы «активного слушания» (они помогут пострадавшему выплеснуть свое горе): периодически произносите «ага», «да», кивайте головой, то есть подтверждайте, что слушаете и сочувствуете; повторяйте за пострадавшим отрывки фраз, в которых он выражает свои чувства; говорите о своих чувствах и чувствах пострадавшего.

4. Не старайтесь успокоить пострадавшего. Дайте ему возможность выплакаться и выговориться, «выплеснуть» из себя горе, страх, обиду.

5. Не задавайте вопросов, не давайте советов. Ваша задача – выслушать.

Истерика. Истерический припадок длится несколько минут или несколько часов.

Основные признаки:

- сохраняется сознание;
- чрезмерное возбуждение, множество движений, театральные позы;
- речь эмоционально насыщенная, быстрая;
- крики, рыдания.

В данной ситуации:

1. Удалите зрителей, создайте спокойную обстановку. Оставайтесь с пострадавшим наедине, если это не опасно для вас.

2. Неожиданно совершите действие, которое может сильно удивить (можно дать пощечину, облить водой, с грохотом уронить предмет, резко крикнуть на пострадавшего).

3. Говорите с пострадавшим короткими фразами, уверенным тоном («Выпей воды», «Умойся»).

4. После истерики наступает упадок сил. Уложите пострадавшего спать. До прибытия специалиста наблюдайте за его состоянием.

5. Не потакайте желаниям пострадавшего.

Экстремальные ситуации (насилие), связанные с угрозой для жизни. К подобным ситуациям относятся: захват террористами, ограбление, разбойное нападение.

За короткое время происходит столкновение с реальной угрозой смерти (в обыденной жизни психика создает защиту, позволяя воспринимать смерть как нечто далекое или даже нереальное). Меняется образ мира, действительность представляется наполненной роковыми случайностями. Человек начинает делить свою жизнь на две части – до события и после него. Возникает ощущение, что окружающие не могут понять его чувств и переживаний. Необходимо помнить, что даже если человек не подвергся физическому насилию, он все равно получил сильнейшую психическую травму.

Помощь взрослому:

1. Помогите пострадавшему выразить чувства, связанные с пережитым событием (если он отказывается от беседы, предложите ему описать происшедшее, свои ощущения в дневнике или в виде рассказа).

2. Покажите пострадавшему, что даже в связи с самым ужасным событием можно сделать выводы, полезные для дальнейшей жизни (пусть человек сам поразмышляет над тем опытом, который он приобрел в ходе жизненных испытаний).

3. Дайте пострадавшему возможности общаться с людьми, которые с ним пережили трагическую ситуацию (обмен номерами телефонов участников события).

4. Не позволяйте пострадавшему играть роль «жертвы», то есть использовать трагическое событие для получения выгоды («Я не могу ничего делать, ведь я пережил такие страшные минуты»).

Помощь ребенку. Ребенок, пережив насилие по отношению к себе или членам семьи, став свидетелем нанесения увечий другим людям, испытывает такие же сильные чувства, что и взрослый (страх повторения события, разрушение иллюзии справедливости мира, беспомощность). Прямое насилие над ребенком может оказаться психологически слишком трудным, непереносимым для него, что выразится в молчании и оцепенении.

У ребенка может зафиксироваться в памяти картина события. Он будет снова и снова представлять самые страшные моменты происшедшего (например, изуродованных, раненых людей или напавшего на него человека).

Связывая действия преступника с яростью, ненавистью, ребенок теряет веру в то, что взрослые могут справиться с собой. Он начинает бояться собственных неконтролируемых эмоций, особенно если у него есть фантазии о мести.

Ребенок может испытывать чувство вины (считать причиной события свое поведение).

Ребенок, переживший психотравмирующее событие, не видит жизненной перспективы (не знает, что будет с ним через день, месяц, год; теряет интерес к ранее привлекательным для него занятиям).

Для ребенка пережитое событие может стать причиной остановки личностного

развития.

В данной ситуации:

1. Дайте ребенку понять: вы всерьез относитесь к его переживаниям и вы знали других детей, которые тоже через это прошли («Я знаю одного смелого мальчика, с которым тоже такое случилось»).
2. Создайте атмосферу безопасности (обнимайте ребенка как можно чаще, разговаривайте с ним, принимайте участие в его играх).
3. Посмотрите вместе с ребенком «хорошие» фотографии – это позволит обратиться к приятным образам из прошлого, ослабит неприятные воспоминания.
4. Сводите разговоры о событии с описания деталей на чувства.
5. Помогите ребенку выстроить жизненную перспективу (конкретные цели на конкретные сроки).
6. Повторяйте, что чувствовать беспомощность, страх, гнев совершенно нормально.
7. Повышайте самооценку ребенка (чаще хвалите его за хорошие поступки).
8. Поощряйте игры ребенка с песком, водой, глиной (помогите ему вынести вовне свои переживания в виде образов).
9. Нельзя позволять ребенку стать тираном. Не исполняйте любые его желания из чувства жалости.

Сексуальное насилие. Пострадавший испытывает комплекс сильнейших переживаний: чувство вины, стыда, безысходности, невозможности контролировать и оценивать события, страх из-за того, что «все узнают», брезгливость к собственному телу.

В зависимости от того, кто явился насильником (незнакомый или знакомый), психологически ситуация воспринимается по-разному.

Если насильником был незнакомый человек, то жертва в большей степени склонна видеть причину происшедшего во внешних обстоятельствах (позднее время суток, безлюдный участок дороги и т.д.).

Если виновник – знакомый, то причину человек ищет внутри себя (характер и прочее). Стрессовая реакция после изнасилования знакомым человеком является менее острой, но длится дольше.

Желательно, чтобы помощь оказывал человек того же пола, что и потерпевший.

Помощь:

1. Не бросайтесь сразу обнимать пострадавшего. Возьмите его за руку или положите свою руку ему на плечо. Если увидите, что это человеку неприятно, избегайте телесного контакта.
2. Не решайте за пострадавшего, что ему сейчас необходимо (он должен ощущать, что не потерял контроля над реальностью).
3. Не расспрашивайте пострадавшего о подробностях происшедшего. Ни в коем случае не обвиняйте его в случившемся.
4. Дайте пострадавшему понять, что он может рассчитывать на вашу поддержку.
5. Если пострадавший начинает рассказывать о происшедшем, побуждайте говорить не столько о конкретных деталях, сколько об эмоциях, связанных с событием. Добивайтесь, чтобы он говорил: «Это не моя вина, виноват насильник»; «Было сделано все возможное в таких обстоятельствах».
6. Если пострадавший решил обратиться в милицию, идите туда вместе. При оформлении заявления, выяснении примет преступников он снова в подробностях переживет ужасную ситуацию. Ему будет необходима ваша поддержка.

3.2 Психогении в экстремальных ситуациях

В условиях катастроф и стихийных бедствий нервно-психические нарушения проявляются в широком диапазоне: от состояния дезадаптации и невротических, невротоподобных реакций до реактивных психозов. Их тяжесть зависит от многих факторов: возраста, пола, уровня исходной социальной адаптации; индивидуальных психологических особенностей; дополнительных отягчающих факторов на момент

катастрофы (одиночество, попечение о детях, наличие больных родственников, собственная беспомощность: беременность, болезнь и т.д.).

Психогенное воздействие экстремальных условий складывается не только из прямой, непосредственной угрозы для жизни человека, но и опосредованной, связанной с ее ожиданием. Психические реакции при наводнении, урагане и других экстремальных ситуациях не носят какого-то специфического характера, присущего лишь конкретной экстремальной ситуации. Это скорее универсальные реакции на опасность, а их частота и глубина определяются внезапностью и интенсивностью экстремальной ситуации (Александровский, 1989; Александровский и др., 1991).

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

В отличие от непатологических реакций патологические-психогенные расстройства являются болезненными состояниями, выводящими человека из строя, лишаящими его возможности продуктивного общения с другими людьми и способности к целенаправленным действиям. В ряде случаев при этом имеют место расстройства сознания, возникают психопатологические проявления, сопровождающиеся широким кругом психотических расстройств.

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

Наиболее часто наблюдаемые во время и после экстремальных ситуаций психогенные расстройства объединяют в 4 группы – непатологические (физиологические) реакции, патологические реакции, невротические состояния и реактивные психозы (см. таблицу 1.1).

Таблица 1.1.

Психогенные расстройства, наблюдаемые во время и после экстремальных ситуаций (Александровский, 2001)

Реакции и психогенные расстройства

Клинические особенности

Непатологические _____ (физиологические) реакции

Преобладание эмоциональной напряженности, психомоторных, психовегетативных, гипотимических проявлений, сохранение критической оценки происходящего и способности к целенаправленной деятельности

Психогенные

патологические
реакции

Невротический уровень расстройств – остро возникшие астенический, депрессивный, истерический и другие синдромы, снижение критической оценки происходящего и возможностей целенаправленной деятельности

Психогенные
невротические
состояния

Стабилизированные и усложняющиеся невротические расстройства – невращения (невроз истощения, астенический невроз), истерический невроз, невроз навязчивых состояний, депрессивный невроз, в ряде случаев утрата критического понимания происходящего и возможностей целенаправленной деятельности

Реактивные психозы

Острые

Острые аффективно-шоковые реакции, сумеречные состояния сознания с двигательным возбуждением или двигательной заторможенностью

Затяжные

Депрессивные, параноидные, псевдодементные синдромы, истерические и другие психозы

Поведение человека во внезапно развившейся экстремальной ситуации во многом определяется эмоцией страха, которая до определенных пределов может считаться физиологически нормальной, поскольку она способствует экстренной мобилизации физического и психического состояния, необходимой для самосохранения. При утрате критического отношения к собственному страху, появлении затруднений в целесообразной деятельности, снижении и исчезновении возможности контролировать действия и принимать логически обоснованные решения формируются различные психотические расстройства (реактивные психозы, аффективно-шоковые реакции), а также состояния паники.

Среди реактивных психозов в ситуации массовых катастроф чаще всего наблюдаются аффективно-шоковые реакции и истерические психозы. Аффективно-шоковые реакции возникают при внезапном потрясении с угрозой для жизни, они всегда непродолжительны, длятся от 15–20 минут до нескольких часов или суток и представлены двумя формами шоковых состояний – гипер- и гипокинетической. Гипокинетический вариант характеризуется явлениями эмоционально-двигательной заторможенности, общим «оцепенением», иногда вплоть до полной обездвиженности и мутизма (аффектогенный ступор). Люди застывают в одной позе, их мимика выражает либо безучастность, либо страх. Отмечаются вазомоторно-вегетативные нарушения и глубокое помрачение сознания. Гиперкинетический вариант характеризуется острым психомоторным возбуждением (двигательная буря, фуги-формная реакция). Люди куда-то бегут, их движения и высказывания хаотичны, отрывочны; мимика отражает устрашающие переживания. Иногда преобладает острая речевая спутанность в виде бессвязного речевого потока. Люди дезориентированы, их сознание глубоко помрачено.

При истерических расстройствах в переживаниях человека начинают преобладать яркие образные представления, люди становятся крайне внушаемыми и самовнушаемыми. На этом фоне нередко развиваются нарушения сознания. Для истерического сумеречного помрачения сознания характерно не полное его выключение, а сужение с дезориентировкой, обманами восприятия. В поведении людей всегда находит отражение конкретная психотравмирующая ситуация. В клинической картине заметна демонстративность поведения с плачем, нелепым хохотом, истероформными припадками. К числу истерических психозов относят также истерический галлюциноз, псевдодеменцию, пуаризм.

Наиболее типичными проявлениями непсихотических (невротических) расстройств

на различных этапах развития ситуации являются острые реакции на стресс, адаптационные (приспособительные) невротические реакции, неврозы (тревоги, истерический, фобический, депрессивный, ипохондрический, неврастения).

Острые реакции на стресс характеризуются быстро проходящими непсихотическими расстройствами любого характера, которые возникают как реакция на экстремальную физическую нагрузку или психогенную ситуацию во время стихийного бедствия и обычно исчезают спустя несколько часов или дней. Эти реакции протекают с преобладанием эмоциональных нарушений (состояния паники, страха, тревоги и депрессии) или психомоторных нарушений (состояния двигательного возбуждения, заторможенности).

Адаптационные (приспособительные) реакции выражаются в легких или преходящих непсихотических расстройствах, длящихся дольше, чем острые реакции на стресс. Они наблюдаются у лиц любого возраста без какого-либо явного

предшествовавшего им психического расстройства. Такие расстройства часто в какой-то степени ограничены в клинических проявлениях (парциальны) или выявляются в специфических ситуациях; они, как правило, обратимы. Обычно они тесно связаны по времени и содержанию с психотравмирующими ситуациями, вызванными тяжелыми утратами.

К числу наиболее часто наблюдаемых в экстремальных условиях адаптационных реакций относят:

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

К основным наблюдаемым формам неврозов относят:

– невроз тревоги (страха), для которого характерно сочетание психических и соматических проявлений тревоги, не соответствующих реальной опасности и проявляющихся либо в виде приступов, либо в виде стабильного состояния. Тревога бывает обычно диффузной и может нарастать до состояния паники. Могут присутствовать другие невротические проявления, такие, как навязчивые или истерические симптомы, но они не доминируют в клинической картине;

– истерический невроз, характеризующийся невротическими расстройствами, при которых преобладают нарушения вегетативных, сенсорных и моторных функций («конверсионная форма»), селективная амнезия, возникающая по типу «условной приятности и желательности», внушения и самовнушения на фоне аффективно суженного сознания. Могут иметь место выраженные изменения поведения, принимающие иногда форму истерической фуги. Это поведение может имитировать психоз или, скорее, соответствовать представлению больного о психозе;

– фобии невротические, для которых типично невротическое состояние с патологически выраженной боязнью определенных предметов или специфических ситуаций;

– депрессивный невроз – он определяется невротическими расстройствами, характеризующимися неадекватной по силе и клиническому содержанию депрессией, которая является следствием психотравмирующих обстоятельств. Он не включает в число своих проявлений витальные компоненты, суточные и сезонные колебания и определяется сосредоточением больного на психотравмирующей ситуации, предшествовавшей болезни. Обычно в переживаниях больных отсутствует проекция тоски на будущее. Нередко имеет место тревога, а также смешанное состояние тревоги и депрессии;

– неврастению, выражающуюся вегетативными, сенсомоторными и аффективными дисфункциями и протекающую по типу раздражительной слабости с бессонницей, повышенной утомляемостью, отвлекаемостью, пониженным настроением, постоянным недовольством собой и окружающими. Неврастения может являться

следствием продолжительного эмоционального стресса, переутомления, возникать на фоне травматических поражений и соматических заболеваний;

– ипохондрический невроз – проявляется главным образом чрезмерной озабоченностью собственным здоровьем, функционированием какого-либо органа или, реже, состоянием своих умственных способностей. Обычно болезненные переживания сочетаются с тревогой и депрессией.

Изучение наблюдавшихся при экстремальных ситуациях психических расстройств, а также анализ комплекса спасательных, социальных и медицинских мероприятий дают возможность схематически выделить три периода развития ситуации, в которых наблюдаются различные психогенные нарушения.

Первый (острый) период характеризуется внезапно возникшей угрозой собственной жизни и гибели близких. Он продолжается от начала воздействия экстремального фактора до организации спасательных работ (минуты, часы). Мощное

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

Непосредственно после острого воздействия, когда появляются признаки опасности, у людей возникают растерянность, непонимание того, что происходит. За этим коротким периодом при простой реакции страха наблюдается умеренное повышение активности: движения становятся четкими, экономными, увеличивается мышечная сила, что способствует перемещению в безопасное место. Нарушения речи ограничиваются ускорением ее темпа, запинками, голос становится громким, звонким. Отмечается мобилизация воли, анимация идеаторных процессов. Мнестические нарушения в этот период представлены снижением фиксации окружающего, нечеткими воспоминаниями происходящего вокруг, однако в полном объеме запоминаются собственные действия и переживания. Характерным является изменение ощущения времени, течение которого замедляется, так что длительность острого периода в восприятии увеличена в несколько раз. При сложных реакциях страха в первую очередь отмечаются более выраженные двигательные расстройства в гипердинамическом или гиподинамическом вариантах, описанных выше. Речевая продукция отрывочна, ограничивается восклицаниями, в ряде случаев имеет место афония. Воспоминания о событии и своем поведении у пострадавших в этот период недифференцированы, суммарны.

Наряду с психическими расстройствами нередко отмечаются тошнота, головокружение, учащенное мочеиспускание, ознобоподобный - ремор, обмороки, у беременных женщин – выкидыши. Восприятие пространства изменяется, искажаются расстояния между предметами, их размеры и форма. Порой окружающее представляется «нереальным», причем это ощущение сохраняется в течение нескольких часов после воздействия. Длительными могут быть и кинестетические иллюзии (ощущение качающейся земли, полета, плавания и т.д.).

При простой и сложной реакциях страха сознание сужено, хотя в большинстве случаев сохраняются доступность внешним воздействиям, избирательность поведения, возможность самостоятельно находить выход из затруднительного положения.

Во втором периоде, протекающем при развертывании спасательных работ, начинается, по образному выражению, «нормальная жизнь в экстремальных условиях». В это время в формировании состояний дезадаптации и психических расстройств значительно большую роль играют особенности личности пострадавших, а также осознание ими не только продолжающейся в ряде случаев ситуации, но и новых стрессовых воздействий, таких, как утрата родных, разобщение семей, потеря дома, имущества. Важными элементами пролонгированного стресса в этот период являются ожидание повторных воздействий, несовпадение ожиданий с результатами спасательных

работ, необходимость идентификации погибших родственников. Психоэмоциональное напряжение, характерное для начала второго периода, сменяется к его концу, как правило, повышенной утомляемостью и «демобилизацией» с астено-депрессивными или апато-депрессивными проявлениями.

После окончания острого периода у некоторых пострадавших наблюдаются кратковременное облегчение, подъем настроения, стремление активно участвовать в спасательных работах, многоречивость, бесконечное повторение рассказа о своих переживаниях, об отношении к случившемуся, бравада, дискредитация опасности. Эта фаза эйфории длится от нескольких минут до нескольких часов. Как правило, она сменяется вялостью, безразличием, идеаторной заторможенностью, затруднением в осмыслении задаваемых вопросов, трудностями при выполнении даже простых заданий. На этом фоне наблюдаются эпизоды психоэмоционального напряжения с преобладанием тревоги. В ряде случаев развиваются своеобразные состояния, пострадавшие производят впечатление отрешенных, погруженных в себя. Они часто и глубоко вздыхают, отмечается брадикардия, ретроспективный анализ показывает, что в этих случаях внутренние переживания нередко связываются с мистически-религиозными представлениями. Другой вариант развития тревожного состояния в этот период может характеризоваться преобладанием «тревоги с активностью». Характерными являются двигательное беспокойство, суетливость, нетерпеливость, многоречивость, стремление к обилию контактов с окружающими. Экспрессивные движения бывают несколько демонстративны, утрированы. Эпизоды психоэмоционального напряжения быстро сменяются вялостью, апатией.

В третьем периоде, начинающемся для пострадавших после их эвакуации в безопасные районы, у многих происходит сложная эмоциональная и когнитивная переработка ситуации, переоценка собственных переживаний и ощущений, осознание утрат. При этом приобретают актуальность также психогенно травмирующие факторы, связанные с изменением жизненного стереотипа, проживанием в разрушенном районе или в месте эвакуации. Становясь хроническими, эти факторы способствуют формированию относительно стойких психогенных расстройств. Наряду с сохраняющимися неспецифическими невротическими реакциями и состояниями в этот период начинают преобладать затянувшиеся и развивающиеся патохарактерологические расстройства. Соматогенные психические нарушения при этом могут носить подострый характер. В этих случаях наблюдаются как «соматизация» многих невротических расстройств, так и в известной мере противоположные этому процессу «невротизация» и «психопатизация».

В динамике астенических расстройств, развившихся после экстремальной внезапно возникшей ситуации, часто наблюдаются аутохтонные эпизоды психоэмоционального напряжения с преобладанием аффекта тревоги и усилением вегетосо-матических нарушений. По существу, астенические расстройства являются основой, на которой формируются различные пограничные нервно-психические расстройства. В ряде случаев они приобретают затяжной и хронический характер.

При развитии на фоне астении выраженных и относительно стабильных аффективных реакций собственно астенические расстройства как бы отесняются на второй план. У пострадавших возникают смутное беспокойство, тревожное напряжение, дурные предчувствия, ожидание какого-то несчастья. Появляется «прислушивание к сигналам опасности», которыми могут оказаться сотрясение почвы от движущихся механизмов, неожиданный шум или, наоборот, тишина. Все это вызывает тревогу, сопровождающуюся напряжением мышц, дрожью в руках, ногах. Это способствует формированию стойких и длительных фобических расстройств. Наряду с фобиями, как правило, отмечается неуверенность, трудность в принятии даже простых решений, сомнения в верности и правильности собственных действий. Часто наблюдаются близкое к навязчивости постоянное обсуждение пережитой ситуации, воспоминания о прошлой жизни с ее идеализацией.

Другим видом проявления эмоционального напряжения являются психогенные депрессивные расстройства. Появляется своеобразное осознание «своей виновности» перед погибшими, возникает отвращение к жизни, сожаление, что выжил, а не погиб вместе с родственниками. Феноменология депрессивных состояний дополняется астеническими проявлениями, а в ряде наблюдений – апатией, безразличием, появлением тоскливого аффекта. Невозможность справиться с проблемами приводит к пассивности, разочарованию, снижению самооценки, чувству несостоятельности. Нередко депрессивные проявления бывают менее выраженными, и на передний план выступает соматический дискомфорт (соматические «маски» депрессии): диффузная головная боль, усиливающаяся к вечеру, кардиалгии, нарушения сердечного ритма, анорексия.

В целом депрессивные расстройства не достигают психотического уровня, у пострадавших не бывает идеаторной заторможенности, они хотя и с трудом, но справляются с повседневными заботами.

Наряду с указанными невротическими расстройствами у людей, переживших экстремальную ситуацию, достаточно часто имеет место декомпенсация акцентуаций характера и психопатических личностных черт. При этом большое значение имеют как индивидуально значимая психотравмирующая ситуация, так и предшествовавший жизненный опыт и личностные установки каждого человека. Особенности личности налагают отпечаток на невротические реакции, играя важную патопластическую роль.

Основную группу состояний личностной декомпенсации обычно представляют реакции с преобладанием радикала возбудимости и сензитивности. Такие лица по ничтожному поводу дают бурные аффективные вспышки, объективно не адекватные поводу. При этом нередки агрессивные действия. Такие эпизоды чаще всего кратковременны, протекают с некоторой демонстративностью, театральностью, быстро сменяются астенодепрессивным состоянием, вялостью и безразличием к окружающему.

В ряде наблюдений отмечается дисфорическая окраска настроения. Люди в подобном состоянии мрачны, угрюмы, постоянно недовольны. Они оспаривают распоряжения и советы, отказываются выполнять задания, ссорятся с окружающими, бросают начатую работу. Нередки и случаи усиления паранойяльных акцентуаций – пережившие острую экстремальную ситуацию становятся завистливыми, следят друг за другом, пишут жалобы в различные инстанции, считают, что их обделили, поступили с ними несправедливо. В этих ситуациях наиболее часто развиваются рентные установки.

Наряду с отмеченными невротическими и психопатическими реакциями на всех трех этапах развития ситуации у пострадавших отмечаются вегетативные дисфункции и расстройства сна. Последние не только отражают весь комплекс невротических нарушений, но и в значительной мере способствуют их стабилизации и дальнейшему усугублению. Чаще всего затруднено засыпание, ему мешают чувство эмоционального напряжения, беспокойство, гиперестезии. Ночной сон носит поверхностный характер, сопровождается кошмарными сновидениями, обычно кратковременен. Наиболее интенсивные сдвиги в функциональной активности вегетативной нервной системы проявляются в виде колебаний артериального давления, лабильности пульса, гипергидроза, озноба, головных болей, вестибулярных нарушений, желудочно-кишечных расстройств. В ряде случаев эти состояния приобретают пароксизмальный характер, становясь наиболее выраженными во время приступа. На фоне вегетативных дисфункций нередко наблюдаются обострение психосоматических заболеваний, относительно компенсированных до экстремального события, и появление стойких психосоматических нарушений.

Во все указанные периоды развитие и компенсация психогенных расстройств при чрезвычайных ситуациях зависят от трех групп факторов: особенность ситуации, индивидуальное реагирование на происходящее, социальные и организационные мероприятия. Однако значение этих факторов в различные периоды развития ситуации неодинаково. С течением времени теряют непосредственное значение характер

чрезвычайной ситуации и индивидуальные особенности пострадавших, и напротив, возрастает и обретает основополагающее значение не только собственно медицинская, но и социально-психологическая помощь и организационные факторы.

Основные факторы, влияющие на развитие и компенсацию психических расстройств при чрезвычайных ситуациях, могут быть классифицированы следующим образом.

Непосредственно во время события (катастрофа, стихийное бедствие и др.):

1) Особенности ситуации:

- интенсивность ЧС;
- длительность ЧС;
- внезапность ЧС.

2) Индивидуальные реакции:

- соматическое состояние;
- возраст;
- подготовленность к ЧС;
- личностные особенности.

3) Социальные и организационные факторы:

- информированность;
- организация спасательных работ;
- «коллективное поведение».

При проведении спасательных работ после завершения опасного события:

1) Особенности ситуации:

- «вторичные психогении».

2) Индивидуальные реакции:

- личностные особенности;
- индивидуальная оценка и восприятие ситуации;
- возраст;
- соматическое состояние.

3) Социальные и организационные факторы:

- информированность;
- организация спасательных работ;
- «коллективное поведение».

На отдаленных этапах чрезвычайной ситуации:

1) Социально-психологическая и медицинская помощь:

- реабилитация;
- соматическое состояние.

2) Социальные и организационные факторы:

- социальное устройство;
- компенсации.

3.3 Психология терроризма

Террористические акты стали неотъемлемой частью современной жизни. Террор (лат. *terror* – страх, ужас) – направлен на «устрашение», «запугивание». Именно это обстоятельство и определяет террор как особую форму политического насилия, характеризующуюся жестокостью, целенаправленностью и кажущейся эффективностью. Террор – ужас, то есть эмоциональное состояние, возникновения которого добиваются террористы, осуществляя те или иные специальные действия – террористические акты. Террористический акт является средством, методом, использование которого ведет реальные или потенциальные жертвы к состоянию ужаса. Совокупность звеньев террорист – террористический акт – террор составляет терроризм как целостное явление (Ольшанский, 2002).

Терроризм – это устрашение людей осуществляемым насилием. Насилие это осуществляется в самых разных формах: это физическое, политическое, социальное,

экономическое, информационное и т. д. насилие. С учетом степени массовости и по мере организованности выделяют четыре вида насилия: массовое организованное и массовое стихийное, индивидуальное стихийное и индивидуальное организованное. Каждое из них имеет свою специфику и особенности. Общее историческое развитие терроризма, с некоторыми исключениями, шло по цепочке: индивидуальный – групповой – локальный – массовый терроризм. Массовый терроризм – достижение последнего минувшего столетия, точнее – его последней четверти.

Терроризм представляет собой особую деструктивную разновидность человеческой деятельности. Однако, как и любая деятельность, она имеет трехчленную структуру (деятельность – действие – операции), которым соответствуют три вида побуждающих стимулов (мотив – цель – условия). Мотив обладает побуждающей и смыслообразующей функциями для террориста. Среди основных мотивов занятия террористической деятельностью («террорной работой») выделяются: 1) меркантильные мотивы; 2)

идеологические мотивы; 3) мотивы преобразования, активного изменения мира; 4) мотив власти над людьми; 5) мотивы интереса и привлекательности терроризма как особой деятельности; 6) «товарищеская» мотивация; 7) мотив самореализации.

В настоящем справочнике мы рассматриваем три вида террористических актов: взрывы, массовый захват заложников и захват террористами самолета.

3.1.1. Взрывы

Террористы, как правило, устанавливают взрывные устройства в жилых домах и общественных местах, на дорогах, в метро, на железнодорожном транспорте, в самолетах, припаркованных автомобилях. В настоящее время могут использоваться как промышленные, так и самодельные взрывные устройства, замаскированные под любые предметы.

Меры безопасности при угрозе проведения теракта (<http://www.balti.iatp.md/reicu/ESE2/>):

1. Будьте предельно внимательны и доброжелательны к окружающим вас людям.
2. Ни при каких условиях не допускайте паники.
3. Если есть возможность, отправьтесь с детьми и престарелыми родственниками на несколько дней на дачу, в деревню, к родственникам за город.
4. Обезопасьте свое жилище:
 - уберите пожароопасные предметы, взрывчатые и химически опасные вещества из жилища;
 - закройте на замки и другие запорные устройства окна, двери, чердаки, подвалы;
 - организуйте охрану своего дома, особенно следите за появлением незнакомых и подозрительных лиц;
 - подготовьте подвальные и другие заглубленные помещения под укрытия;
 - всегда имейте в готовности аварийное освещение, запас воды (минеральная вода, компоты и другие жидкости) и консервированных пищевых продуктов;
 - уберите с окон горшки с цветами;
 - закройте окна шторами – это защитит вас от повреждения осколками стекла.
5. Сложите в сумку необходимые документы, ценные вещи, деньги на случай экстренной эвакуации.
6. По возможности реже пользуйтесь общественным транспортом.
7. Отложите посещение общественных мест.
8. Примите меры к техническому укреплению чердаков и подвалов, произведите установку замков и домофонов.
9. Не сдавайте свое жилье и другие жилищно-бытовые и производственные помещения незнакомым лицам для кратковременного проживания или в коммерческих и еще каких-то целях.
10. Будьте организованны и бдительны, готовы к действиям в чрезвычайных ситуациях, держите связь с органами правопорядка, гражданской защиты и жилищно-

коммунальной службой.

11. Окажите психологическую поддержку старым, больным и детям.

Действия при обнаружении взрывоопасного предмета:

1. Заметив взрывоопасный предмет (гранату, снаряд, бомбу и др.), не подходите близко к нему, позовите находящихся поблизости людей и попросите немедленно сообщить о находке в правоохранительные органы. Не позволяйте случайным людям прикасаться к опасному предмету или пытаться обезвредить его.

2. Совершая поездки в общественном транспорте, обращайте внимание на оставленные сумки, портфели, свертки, игрушки и другие предметы, в которых могут находиться самодельные взрывные устройства. Немедленно сообщите об этом водителю, машинисту поезда, любому работнику милиции. Не открывайте их, не трогайте руками, предупредите стоящих рядом людей о возможной опасности.

3. Заходя в подъезд, обращайте внимание на посторонних людей и незнакомые предметы. Как правило, взрывное устройство в здании закладывают в подвалах, на первых этажах, около мусоропроводов, под лестницами. Будьте бдительны и внимательны.

Ваши действия при совершении теракта заключаются в том, чтобы спокойно уточнить и оценить сложившуюся обстановку, после чего:

1. Окажите первую медицинскую помощь своим детям и родственникам и другим пострадавшим, нуждающимся в ней.

2. По возможности приступайте к освобождению пострадавших из завалов.

3. В случае возможной эвакуации возьмите документы и предметы первой необходимости.

4. Передвигайтесь осторожно, не трогайте поврежденные конструкции и оголенные провода, остерегайтесь обвалов стен и перекрытий.

5. В разрушенном или поврежденном помещении из-за опасности взрыва скопившихся газов нельзя пользоваться спичками, свечами, факелами, зажигалками.

6. При сильном задымлении для защиты органов дыхания пользуйтесь влажными платками, полотенцами и другими вещами.

7. Строго выполняйте указания и требования должностных лиц.

Если вас завалило обломками стен, то действуйте строго в соответствии со следующими рекомендациями:

– Постарайтесь не падать духом.

– Успокойтесь. Дышите глубоко и ровно.

– Настройтесь на то, что спасатели вас спасут.

– Голосом и стуком привлекайте внимание людей.

– Если вы находитесь глубоко под обломками здания, перемещайте влево-вправо любой металлический предмет (кольцо, ключи и т.п.) для обнаружения вас эхопеленгатором.

– Если пространство около вас относительно свободно, не зажигайте зажигалки. Берегите кислород.

– Продвигайтесь осторожно, стараясь не вызвать нового обвала, ориентируйтесь по движению воздуха, поступающего снаружи.

– Если у вас есть возможность, с помощью подручных предметов (доски, кирпича и т.п.) укрепите потолок от обрушения и ждите помощи. При сильной жажде положите в рот небольшой камешек и сосите его, дыша носом.

Если в вагоне метро произошел взрыв и пожар (Громов, Васильев 2000):

1. Почувствовав запах дыма, немедленно сообщите машинисту о пожаре по переговорному устройству и выполняйте все его указания. Постарайтесь не допустить возникновения паники в вагоне, успокойте людей, возьмите детей за руки. При сильном задымлении закройте глаза и дышите через влажный носовой платок, респиратор или противогаз.

2. Оставайтесь на местах, пока поезд движется в тоннеле. После прибытия на

станцию и открытия дверей пропустите вперед детей и престарелых, затем выйдите сами, сохраняя спокойствие и выдержку. Проверьте, не остался ли кто-нибудь в вагоне, помогите этим людям покинуть его. Сразу же сообщите о пожаре дежурному по станции и по эскалатору. Окажите помощь работникам метро, используя для тушения огнетушители и другие противопожарные средства, имеющиеся на станции.

3. При появлении в вагоне открытого огня во время движения постарайтесь потушить его, используя имеющиеся под сиденьями огнетушители или подручные средства. Если это возможно, перейдите в незанятую огнем часть вагона (лучше вперед) и сдерживайте распространение пожара, сбивая пламя одеждой или заливая его любыми негорючими жидкостями (водой, молоком и т.п.). Ни в коем случае не пытайтесь остановить поезд в тоннеле аварийным стоп-краном – это затруднит тушение пожара и вашу эвакуацию.

4. При остановке поезда в тоннеле не пытайтесь покинуть его без команды машиниста; не прикасайтесь к металлическому корпусу вагона и дверям до отключения высокого напряжения по всему участку. После разрешения на выход откройте двери или выбейте ногами стекла, выйдите из вагона и двигайтесь вперед по ходу поезда к станции. Идите вдоль полотна между рельсами гуськом, не прикасаясь к токоведущим шинам (сбоку от рельсов) во избежание поражения электротоком при включении напряжения.

5. Будьте особенно внимательны при выходе из тоннеля у станции, в местах пересечения путей, на стрелках, так как возможно появление встречного поезда. Если оставленный вами поезд сдвинулся с места и нагоняет вас, прижмитесь к нише стены тоннеля. Немедленно сообщите дежурному по станции о случившемся и выполняйте его указания.

3.1.2. Захват заложников

Заложничество отличается от непосредственной террористической атаки (взрывов, выстрелов) тем, что сразу заставляет человека переживать вероятность скорой смерти. Этого переживания нет при непосредственной атаке – там оно появится спустя время. В ситуации заложничества, напротив, ожидание смерти появляется сразу. В ситуации заложничества один страх (отсроченный, в виде запоздалых переживаний уже произошедшего захвата заложников) постепенно накладывается на другой страх (ожидания смерти), как бы удваивая переживания.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОРТРЕТЫ ТЕРРОРИСТА И ЕГО ЖЕРТВЫ

Несмотря на многочисленные исследования, проводимые зарубежными и отечественными специалистами, террористы не попадают в специфическую психодиагностическую категорию. Большая часть сравнительных исследований не обнаружила никакой явной психической ненормальности террористов. Тем не менее продолжают попытки выявить специфическую личностную предрасположенность у людей, становящихся на путь терроризма. Среди членов террористических групп наблюдается значительная доля озлобленных паранойяльных индивидов. Общая черта многих террористов – тенденция к экстернатизации, поиску вовне источников личных проблем. Хотя эта черта не является явно паранойяльной, имеет место сверхсосредоточенность на защите Я путем проекции. Другие характерные черты – постоянная оборонительная готовность, чрезмерная поглощенность собой и незначительное внимание к чувствам других. Была обнаружена психодинамика, сходная с той, которая обнаружена в случаях, граничащих с нарциссическими расстройствами (Поуст, 1993).

Проявления нарциссизма в форме самолюбования, утверждений об исключительности и особых правах своей национальной, религиозной или классовой группы и ее представителей, о собственных выдающихся способностях и др. можно обнаружить у большинства террористических объединений, например чеченских и ирландских. Хотя нарциссизм в аспекте терроризма еще не исследовался, Э.Фромм специально анализирует это явление среди причин человеческой деструктивности, составной частью которой является терроризм (Антонян, 1998).

Э.Фромм определяет нарциссизм «как такое эмоциональное состояние, при котором человек реально проявляет интерес только к своей собственной персоне, своему телу, своим потребностям, своим мыслям, своим чувствам, своей собственности и т.д. В то время как все прочее, что не составляет часть его самого и не является объектом его устремлений, – для него не наполнено настоящей жизненной реальностью, лишено цвета, вкуса, тяжести, а воспринимается лишь на уровне разума. Мера нарциссизма определяет у человека двойной масштаб восприятия. Лишь то имеет значимость, что касается его самого, а остальной мир в эмоциональном отношении не имеет ни запаха, ни цвета; и потому человек-нарцисс обнаруживает слабую способность к объективности и серьезные просчеты в оценках» (Фромм, 1992).

Личность террориста характеризуется сочетанием истерических и эксплозивных черт, высоким уровнем нейротизма и Фрустрированностью, приводящей к прорыву

барьера социальной адаптации, выраженной асоциальностью; однако далеко не всегда террористы обнаруживают физическую агрессию (более характерную для лиц, совершающих такие преступления против личности, как убийства, изнасилования). У большинства террористов обнаруживаются расстройства личности с высоким уровнем косвенной агрессии. При этом механизм реализации террористического акта, как правило, включает в себя аффектогенную мотивацию, психопатическую самоактуализацию и развивается по схемам:

- утрата связей с обществом – оппозиция обществу – переживание общественного давления;

- фрустрация – желание лидерства «назло врагам» – месть обществу за отвержение.

Наиболее громкие террористические акты отмечены, как правило, многочисленными жертвами, что создает страх перед террористом, служит компенсацией со стороны общества и питает его амбиции. Из чего был сделан вывод, что главная цель террориста – демонстрация собственной силы, а не нанесение реального ущерба. Террорист не стремится к безымянности, он всегда охотно берет на себя ответственность за свои действия.

В детском и подростковом возрасте террористы обнаруживают высокий уровень притязаний, завышенную самооценку, отличаются склонностью к фантазированию, занимают выраженную обвиняющую позицию, требуют к себе повышенного внимания педагогов. Психопатологический компонент личности террориста чаще всего связан с ощущением реального или мнимого ущерба, понесенного террористом, дефицита чего-то необходимого, настоятельно потребного для личности. Как правило, логика и мышление террористов носят путаный и противоречивый характер. В эмоциональном плане выделяются два крайних типа террористов: предельно «холодный», практически безэмоциональный вариант, и вариант эмоционально лабильный, склонный к сильным проявлениям эмоций в не связанной с террором сфере, когда снимается обычно жесткий контроль над эмоциями. С эмоциями связаны морально-нравственные проблемы («комплекс греховности»), иногда мучительные для террористов, несмотря на достаточно высокий уровень образования и интеллектуального развития.

В более упрощенных вариантах террорист лишен таких проблем и выступает как бездушная «деструктивная машина». Психологический анализ позволяет выделить три наиболее ярких варианта такой «террористической машины». «Синдром зомби» – состояние постоянной боеготовности, своего рода «синдром бойца», нуждающегося в непрерывном самоутверждении и подтверждении своей состоятельности. Он присущ террористам-исполнителям, боевикам низшего уровня. «Миссионерство» – основной психологический стержень «синдрома Рэмбо». «Рэмбо» не может (хотя и умеет) убивать «просто так» – он обязательно должен делать это во имя чего-то высокого. Поэтому ему приходится все время искать и находить те или иные, все более сложные и рискованные, «миссии». К основным психологическим характеристикам «синдрома камикадзе» прежде всего относится экстремальная готовность к самопожертвованию в виде жертвы самой

своей жизнью. Преодоление страха смерти вполне возможно за счет изменения отношения к жизни. Стоит перестать рассматривать жизнь как некую свою собственность, как страх смерти проходит (Ольшанский, 2002).

Психологические типы террористов в определенной степени (хотя и не абсолютно) соответствуют четырем известным классическим типам темперамента. Специфика террористической деятельности накладывает свой отпечаток на классические типы, присутствующие в норме, поэтому и «сангвиник», и «флегматик», и тем более «меланхолик» значительно более энергетичны, чем среднестатистический представитель данного типа: по уровню энергетике они приближаются к «холерику», считающемуся наиболее темпераментным. Однако определенные характеристики позволяют провести такую типологизацию. В ее основе лежат как внешние, конституционные, так и внутренние, характерологические признаки, позволяющие относить каждый из

приводимых ниже портретов к одному из четырех классических типов. Кроме того, за такой типологизацией стоит содержательное понимание четырех обозначенных выше типов И.П.Павло-в-гм (в связи с особенностями высшей нервной деятельности и скоростью протекания психических процессов), а также известная типология Г.Ю.Айзенка, трактующая те же самые типы на основе соотношения двух координат: нейротизма – эмоциональной устойчивости и экстраверсии – интроверсии.

Террорист-холерик. В нейрофизиологической трактовке И.П.Павлова это тип сильный, однако неуравновешенный, с преобладанием возбуждения; одержимый множеством идей и эмоций, увлекающийся, но быстро остывающий. Нервная система характеризуется, помимо большой силы, преобладанием возбуждения над торможением. Отличается большой жизненной энергией, но ему не всегда хватает самообладания, подчас бывает вспыльчив и несдержан. По Г.Ю.Айзен-ку – это невротизированный экстраверт, вроде бы «любящий массу», но почему-то довольно легко приносящий эту любовь в жертву индивидуальному террору. Ответ на этот кажущийся парадокс достаточно прост: внешняя экстравертированность часто как раз и оборачивается ненавистью к широким контактам за счет высокого уровня невротизации. Обычно нейротизм в сочетании с выраженной экстравертированностью и дает «на выходе» явные признаки психопатии и истерии.

Террорист-флегматик. В трактовке И.П.Павлова, это тип сильный и устойчивый, уравновешенный, иногда инертный; спокойный, «надежный». Нервная система характеризуется значительной силой и равновесием нервных процессов наряду с малой подвижностью. Реагирует спокойно и неспешно, не склонен к перемене своего окружения, хорошо сопротивляется сильным и продолжительным раздражителям. По Г.Ю.Айзенку, это эмоционально устойчивый интроверт. Не склонен к психопатии и истерии, напротив, часто обладает качествами иного рода. В терроре не столько боевик, сколько эмоциональная опора группы или организации – так сказать, стабилизирующее начало группы.

Террорист-сангвиник. Согласно И.П.Павлову, это тип сильный, уравновешенный, подвижный. Его нервная система отличается большой силой нервных процессов, их равновесием и значительной подвижностью. Это человек'быстрый, легко приспособляющийся к изменчивым условиям жизни. Его характеризует высокая сопротивляемость трудностям жизни. По Г.Ю.Айзенку, это тип эмоционально устойчивый и экстравертированный. Наиболее адаптивный среди всех остальных типов. Его решения основаны не на ситуативных эмоциях, а на устойчивых убеждениях, основанных на жизненном опыте.

Четвертый тип больше всего напоминает меланхолика. По И.П.Павлову, это слабый тип нервной системы. Он характеризуется слабостью как процесса возбуждения, так и торможения, обычно плохо сопротивляется воздействию сильных положительных и тормозных стимулов. Меланхолики часто пассивны, заторможены. В особенности их деятельность часто тормозится негативными моральными переживаниями, которым они

придают большое значение. Воздействие слишком сильных раздражителей может стать для меланхолика источником различных нарушений поведения. Так, например, нейротизм в сочетании с интровертированностью часто дает «на выходе» дистимию, навязчивые представления, иногда – страхи. По Г.Ю.Айзенку, это достаточно невротизированный интроверт.

Дифференцированный анализ (Ольшанский, 2002) показал, что среди участников террористических организаций и террористических действий 46% холериков, 32% сангвиников, 12% меланхоликов и 10% флегматиков.

Виктимология – наука о жертвах и, в частности, о психологических особенностях жертв. Известно, что далеко не всякие люди оказываются в числе жертв, например, террористических актов. Есть некая непонятная, загадочная предрасположенность, особая «жертвенность», пока еще недостаточно изученная наукой. Изучение психологии жертв

террора обычно представляет собой сложное дело. Во-первых, мало кто из жертв остается живым и достаточно сохранным. Во-вторых, оставшиеся в живых не хотят вспоминать о произошедшем и тем более говорить об этом. Тем не менее анализ поведения жертв террористических актов показал, что оно по многим параметрам сближается с поведением жертв стихийных бедствий и техногенных катастроф.

Совершение террористического акта обуславливает развитие довольно стереотипных реакций.

В основе террора лежит страх достаточно большого числа людей. Страх определяется как эмоция, вызываемая надвигающимся бедствием. Страх складывается из определенных и вполне специфических физиологических изменений, экспрессивного поведения и специфического переживания, проистекающего из ожидания угрозы или опасности. Первичными и наиболее глубинными причинами, вызывающими страх, являются боязнь физического повреждения и опасения смерти. Они прямо связаны с инстинктом самосохранения, свойственным всем живым существам.

Крайняя степень страха – это ужас. В отличие от просто страха, сигнализирующего о вероятной угрозе, предвосхищающего ее и сообщающего о ней, ужас констатирует неизбежность бедствия. Соответственно, ужас вызывает иные, нежели просто страх, реакции, иное поведение людей. Он может заставить человека оцепенеть на месте, тем самым приводя его в абсолютно беспомощное состояние, или, наоборот, может заставить его броситься наутек, прочь от опасности. Существуют два основных типа поведенческой реакции на страх и ужас: оцепенение (и в результате беспомощность) и бегство. Ужас никогда не вызывает стремления исследовать вызвавший его объект – напротив, он парализует даже ориентировочные рефлексy. В отличие от страха, при ужасе нет ни удивления, ни интереса. Реакция бегства возможна и при ужасе, но только как вторичная, когда ужас несколько ослабевает, для чего необходимо время.

Основными поведенческими следствиями страха и ужаса являются паника, агрессия и апатия. Паника – особое эмоциональное состояние, возникающее как следствие либо дефицита информации о какой-то путающей или непонятной ситуации, либо ее избытка и проявляющееся в стихийных импульсивных действиях. Паника – сложный, промежуточный поведенческий феномен. На основе паники как эмоционально-поведенческого состояния возникают массовые панические толпы со специфическим поведением. В общепринятом смысле, под паникой понимают массовое паническое поведение, обусловленное страхом (ужасом) (более подробно о панике см. раздел 1.2.4 настоящей главы).

Другим видом поведения является стихийная агрессия, обычно определяемая как массовые враждебные действия, направленные на нанесение страдания, физического или психологического вреда или ущерба, либо даже на уничтожение других людей или общностей. Это тоже террор, только с другой стороны: террор массы, подчас направленный против тех террористов, которые вызвали страх, ужас и панику массы. Психологически за агрессией – разрушительным поведением – стоит внутренняя

агрессивность – эмоциональное состояние, в основе которого лежат гнев и раздражение, возникающие как реакция на фрустрацию, на переживание непреодолимости неожиданных барьеров или недоступность чего-то желанного. Такое состояние может возникать как реакция на ту фрустрацию, которую вызывает террор.

Апатия или смирение – третий вид массовых реакций на террор. Более того: в той или иной степени, но все реакции на террор – и страх, и ужас, и паника, и агрессия, если они не дают быстрого результата спасения или устранения террористов, рано или поздно заканчиваются истощением. Тогда приходит апатия, когда двигательная и психическая активность человека падают вследствие панических или агрессивных реакций. Исследования показывают, что апатия может развиваться в двух формах: как непосредственная реакция на террор и как реакция отсроченная, представляющая собой завершение сложной цепи первичных психологических реакций.

В работе Пуховского (2000) на основе исследования, проведенного в г. Буденновске сразу после захвата заложников летом 1995 г., оцениваются общие психологические черты разных типов жертв террора (непосредственно пострадавших от террористических действий заложников, их родственников, а также невольных свидетелей – жителей города).

Первая группа лиц, вовлеченных в террор, – близкие родственники заложников и «пропавших без вести» (предположительных заложников) – внезапно оказались в ситуации «психологического раскачивания»: они метались от надежды к отчаянию. Все эти люди обнаружили острые реакции на стресс с характерным сочетанием целого комплекса аффективно-шоковых расстройств (горя, подавленности, тревоги), паранойальности (враждебного недоверия, настороженности, маниакального упорства) и соматоформных реакций (обмороков, сердечных приступов, кожно-аллергических высыпаний).

В силу мощного ригидного отрицательного аффекта они заражали значительную часть благополучного населения города (которых непосредственно не коснулся террористический акт) негативными эмоциями, а также сомнениями в отношении возможности эффективной помощи и искреннего сочувствия со стороны людей, специально приехавших в город для ликвидации чрезвычайной ситуации. Основными индукторами такого рода эмоциональных состояний стали пожилые родственники заложников, у которых ресурсы адаптации были объективно снижены и которые в силу этого вызвали повышенное сочувствие к себе, а также чувство самоупрека у относительно благополучных соседей.

Состояние представителей второй группы – только что освобожденных заложников – определялось остаточными явлениями пережитых ими острых аффективно-шоковых реакций. В клинко-психологическом плане это была достаточно типичная картина так называемой адинамической депрессии с обычно свойственными ей «масками» астении, апатии, ан-гедонии. Характерным было нежелание вспоминать пережитое, стремление «скорее приехать домой, принять ванну, лечь спать и все забыть, поскорее вернуться к своей обычной жизни». Особо отметим навязчивое желание поскорее «очиститься», в частности «принять ванну», – оно было особенно симптоматичным и высказывалось многими освобожденными заложниками.

По рассказам освобожденных заложников, в их экстремальной ситуации наблюдалось поведение трех типов. Первый тип – это регрессия с «примерной» инфантильностью и автоматизированным подчинением, депрессивное переживание страха, ужаса и непосредственной угрозы для жизни. Это апатия в ее прямом и непосредственном виде. Второй тип – это демонстративная покорность, стремление заложника «опередить приказ и заслужить похвалу» со стороны террористов. Это скорее не депрессивная, а стеническая активно-приспособительная реакция. Третий тип поведения – хаотичные про-тестные действия, демонстрации недовольства и гнева, постоянные отказы подчиняться, провоцирование конфликтов с террористами.

Такие типы поведения наблюдались у разных людей и вели к разным исходам. Третий тип был характерен для одиноких мужчин и женщин с низким уровнем образования и сниженной способностью к рефлексии. Второй тип был типичен для женщин с детьми или беременных женщин. Первый тип был общим практически для всех остальных заложников.

Кроме таких различий поведения отдельно отмечались специфические психопатологические феномены двух типов.

Феномены первого типа – ситуационные фобии. В очаге чрезвычайной ситуации заложники испытывали ситуационно обусловленные агорафобические явления. Это было: боязнь подойти к окну, встать во весь рост, старание ходить пригнувшись, «короткими перебежками», боязнь привлечь внимание террористов и т. п. Естественно, все это определялось стремлением уцелеть в происходящем вокруг бое. Однако уже в ближайшие дни после своего освобождения заложники с выраженным аффектом жаловались на появление навязчивой агорафобии (боязнь открытых пространств) и склонности к ограничительному поведению. У них вновь появились такие симптомы, как боязнь подходить к окнам – уже в домашних условиях; боязнь лечь спать в постель и желание спать на полу под кроватью, и т. п. Наиболее характерны такие жалобы были для молодых женщин, беременных или матерей малолетних детей. В ситуации заложничества их поведение отличалось максимальной адаптивностью (демонстрационной покорностью) – за этим стояло стремление спасти своих детей. Действия террористов эти женщины оценивали с позиций отчуждения. Спустя некоторое время после своего освобождения они вновь вернулись примерно к тому же типу поведения. Либо заложничество оставляет такие сильные и длительные, хронические последствия, либо их поведение вообще отличается такими особенностями.

Второй тип феноменов – это различные искажения восприятия ситуации. В структуре «синдрома заложника» уже после освобождения иногда жертвы высказывались о правильности действий террористов; об обоснованности их холодной жестокости и беспощадности – в частности «несправедливостью властей»; об оправданности действий террористов стоящими перед ними «высокими целями борьбы за социальную справедливость»; о «виновности властей в жертвах» в случае активного противостояния террористам и т. п. Такие высказывания, по сути соответствующие «стокгольмскому синдрому», были характерны для немолодых, одиноких мужчин и женщин с невысоким уровнем образования и низкими доходами. Эти высказывания были пронизаны аффектом враждебного недоверия и не поддавались критике. Такие суждения возникали только после освобождения – в период заложничества именно эти люди демонстрировали описанное выше поведение третьего типа, отличались хаотичными про-тестными действиями, провоцировавшими конфликты и угрозы агрессии со стороны террористов. Судя по всему, такое реактивное оправдание террористов можно рассматривать как проявление своеобразной «истерии облегчения».

Таким образом, массовая психология жертв террора складывается из пяти основных слагаемых. Они могут быть выстроены хронологически. Это страх, сменяемый ужасом, вызывающим либо апатию, либо панику, которая может смениться агрессией. Мужчины и женщины – жертвы террора ведут себя по-разному. Определенные поведенческие различия связаны с уровнем образования, развитостью интеллекта и уровнем благосостояния (если человеку почти нечего терять, он проявляет склонность к хаотичному, непродуктивному протесту). Спустя какое-то время после террористического акта у его жертв и свидетелей сохраняется психопатологическая симптоматика – прежде всего, в виде отложенного страха, а также разного рода фобий и регулярных кошмаров. Отдельные факторы и обстоятельства можно считать некоторыми «чертами виктимности». В описанных случаях такими чертами был пол (жертвами прежде всего становились женщины), наличие маленьких детей или же беременность.

Другая классификация психологических типов заложников приведена в работе

Китаева–Смыка (2002). Сначала почти у всех попавших в заложники возникает шок и двойственное представление о том, что же случилось. В этот момент у некоторых возникает справедливое чувство протеста против насилия, непреодолимая тяга к спасению. Такой человек кидается бежать, даже когда это бессмысленно, бросается на террориста, борется, пытается выхватить у него оружие. В подобных случаях взбунтовавшегося заложника террористы чаще всего убивают.

У других страх перед насилием и неопределенностью превращается в болезненную привязанность к захватчикам. Некоторые делают это с расчетом, почти сознательно, чтобы улучшить свое существование, уменьшить угрозу террора лично для себя и своих близких. Чем дольше заточение, тем сильнее жертвы ощущают некую родственную близость с террористами, разделяя с ними переживания и неприязнь к спасителям. Опасность штурма при освобождении, общая для террористов и удерживаемых ими

заложников, спланирует одних с другими. При нахождении в закрытом помещении между ними возникает эмоциональная связь, так как объединенные общим чувством страха (каждый по своим причинам) и не имея выбора, они начинают идентифицировать себя с захватчиками и в поисках поддержки проникаются их ценностями.

Затянувшееся заложничество в бесчеловечных условиях вызывает мысль о самоубийстве. Психологи считают, что она в сознании заложников смягчает страх смерти как мысль о запасном выходе из трагической действительности. Тем не менее считается, что самоубийства среди заложников маловероятны.

У заложников с первых дней начинается адаптация – приспособление и психическое, и телесное к неудобствам своего положения. У адаптации есть «цена»: нарушения душевные и телесные. Что-то нарушается сразу, многие нарушения возникают после освобождения.

Достаточно скоро у заложников возникают чувства апатии и агрессии. Если условия содержания суровы, то уже через несколько часов кто-то из заложников начинает злобно вспыхивать, ругаться с соседями, может быть, даже со своими близкими: муж с женой, родители с детьми. Такая агрессия помогает «сбрасывать» эмоциональное перенапряжение, но вместе с тем истощает человека.

Многие, напротив, впадают в апатию. Это тоже «уход» от эмоций страха и отчаяния. У одних реже, у других чаще апатия прерывается вспышками беспомощной агрессивности.

При долгом пребывании в заложниках, то есть в плену, в среде пленников возникает одна из двух форм социальной организации, которые всегда появляются в изолированных сообществах, будь то казарма, экспедиция, плен или тюрьма. Используя тюремный жаргон, одну из форм называют «закон», другую – «беспредел». При первой строго регламентируются нормы взаимоотношений, иерархии, распределения пищи и, что немаловажно, гигиены личной и общественной. Эти нормы могут казаться изоцирально ненормальными, но по своей сути они направлены на выживание группы, изолированной в ненормальных условиях. Или на сохранение хотя бы «элитарной» части этой группы. При второй форме социальной организации «правят» преимущественно грубая сила и низменные инстинкты, пробуждающиеся при экстремальной принудительной изоляции людей. Что победит (нередко в жестокой борьбе) и реализуется – «закон» или «беспредел», – зависит от душевной силы, интеллекта, жизненного опыта пленных-заложников, а также от воздействий на них со стороны тюремщиков-захватчиков.

Оказавшиеся в заложниках ведут себя следующим образом:

1. Нетерпеливо отчаянных от 0 до 0,5%. Таких неразумных может стать много больше (до 60%), если «нетерпеливые» разожгут своей безрассудной отчаянностью «истероид-ных», а скрытых истериков среди людей немало.

2. Если истероидным женщинам в критических ситуациях свойственны плач, причитания, метания с воплями и рыданием, то мужчины-истероиды становятся агрессивны. Они отвечают злобой, остервенелостью на всякое давление, притеснение. Чем

больше их давят экстремальные обстоятельства, тем больше в истероидах сопротивления. Оно может стать стойким или накапливаться и взрываться. Их сопротивление врагам или опасным обстоятельствам может стать героическим.

3. В разгар трагедии заложникам наиболее полезны те, кто несгибаем перед невзгодами, разумно смел и осторожен. Стрессовое давление укрепляет их стойкость. Они морально поддерживают других. Их может быть 5–12% среди заложников. Стойкие помогают пережить заточение другим несчастным.

4. Среди заложников много мятущихся – около 30–50%. Они морально подавлены, психически оглушены. Их страдание заглушает все прочие чувства, мешает общению. У таких заложников монотония тягостного переживания страха и беспомощности может сопровождаться шизоидными явлениями. Чем дольше, сильнее, трагичнее давление экстремальных обстоятельств, чем глубже психическое изнурение заложников, тем

больше ее число заложников чувствуют себя – не находящими ни в чем и ни в ком поддержки, ищущими спасения в себе, испытывающими душевное мучение.

5. Остальные, чем дольше длится заложничество, тем сильнее сближаются с захватившими их террористами. Их два типа. Первый тип составляет от 10 до 25% от общего числа заложников. Эти люди сближаются с террористами расчетливо, чтобы улучшить хоть сколько-нибудь свое существование, уменьшить угрозу террора лично для себя и своих близких. Это «приспешники» террористов. Они не однородны и делятся на расчетливо-разумных и расчетливо-злых.

Расчетливо-разумных толкает к коллаборационизму слабость, надлом души или великий страх за близких людей. У них есть самооправдание: «Жертвуя собой, мы для пользы других пошли служить врагам. Мы не «предатели», а тайные «свои».

Расчетливо-злые служат врагам в поисках возможности возвыситься при новой расстановке сил и удовлетворить свои комплексы за счет слабых заложников, притесняя их или, напротив, милостиво им помогая.

Второй тип составляет около 20–30% заложников. Чем дольше продолжается чрезвычайная ситуация, тем сильнее они ощущают как бы родственную близость с захватившими их террористами, разделяя с ними их переживания и неприязнь к спасителям.

Эту очень специфическую психологическую реакцию, при которой жертва проникается необъяснимой симпатией к своему палачу, специалисты назвали «стокгольмским синдромом» или «травматической связью». Термин «стокгольмский синдром» появился после того, как грабители банка в Швеции забаррикадировались в нем с заложниками. Четверо из заложников впоследствии стали особенно близки к этим грабителям, позже защищая их, когда они сдались полиции. Одна женщина даже развелась со своим мужем и вышла замуж за одного из налетчиков.

Данный термин определяет ситуацию, в которой заложники как будто «переходят» на сторону преступников, что проявляется и в мыслях, и в поступках. По мнению психологов, жертвы террористов из-за страха перед ними начинают действовать как бы заодно со своими мучителями, настраиваются на полное подчинение захватчику и стремление всячески содействовать ему, при отсутствии возможности освободиться собственными силами. Сначала это делают для спасения своей жизни в стрессовой ситуации, чтобы избежать насилия. Смирение и демонстрация смирения снижают почти любую самую сильную, агрессивность. Затем – потому, что зарожденное синдромом отношение к человеку, от которого зависит жизнь, полностью охватывает заложника, и он даже начинает искренне симпатизировать своему мучителю. То есть это сильная эмоциональная привязанность к тому, кто угрожал и был готов убить, но не осуществил угроз.

Для формирования «стокгольмского синдрома» необходимо стечение определенных обстоятельств:

– Психологический шок и фактор внезапности ситуации захвата. Когда человек,

только что свободный, оказывается в прямой физической зависимости от террористов.

– Продолжительность удержания заложников. Заложники подвергаются сильнейшему психологическому давлению. Фактор времени на стороне террористов, и с течением времени растет вероятность все большего подчинения чужой воле.

– Принцип психологической защиты. Любое стрессовое состояние погружает человека в депрессию, и чем сильнее переживание, тем глубже.

«Стокгольмский синдром» стал объектом исследования психологов разных направлений и школ, мнения которых сходятся в том, что за появление синдрома ответственны механизмы психологической защиты. Человек как бы уподобляется маленькому ребенку, которого несправедливо обидели. Он ждет защиты и, не находя ее, начинает приспособливаться к обидчику, с которым можно договориться лишь единственным безопасным для себя способом. Подобная метаморфоза в поведении

заложников и есть, по сути, форма психологической защиты.

Как уже говорилось, подобная реакция проявляется не у всех, а лишь у некоторой части заложников. Как правило, у таких заложников есть нечто общее в характере, и их объединяет определенный опыт детства. Венгерский психоаналитик Шандор Ференци, последователь З.Фрейда, сравнивает психологическую травму, связанную с захватом заложников, с избиением спящего ребенка. Повторяющиеся переживания травмы низводят того, кто ее переживает, «почти что на уровень забитого глупого животного».

Очевидно, что человек будет стараться выбраться из этого крайне некомфортного состояния, искать способы снова почувствовать себя сильным. Однако слабая и неразвитая личность в ответ на угрозу и нападение не пытается защититься – в обычном понимании этого слова, а реагирует весьма своеобразно: идентифицируя себя с несущим угрозу лицом. Такая идентификация с агрессором мотивирована тревогой, страхом и непостижимостью происходящего.

При этом механизмы защиты включаются не для того, чтобы защититься от агрессора или от тех путающих событий, которые происходят вокруг человека, а для того, чтобы уберечься от собственных страхов. В частности, от страха дезинтеграции. Нередко человек представляет себя сильным, уверенным, мужественным. Это совершенно не совмещается с ситуацией – страхом, ужасом, оцепенением, неспособностью мыслить и т. д. Человек подсознательно боится увидеть ситуацию так, как она выглядит на самом деле, иначе его Я распадется, дезинтегрируется, не выдержав противоречия между реальностью и своим идеальным образом.

И тогда защита принимает форму превознесения сильного человека, в данном случае агрессора, чтобы иметь возможность находиться в его тени, таким образом отождествляя себя с сильным человеком и в то же самое время выражая чувство беспомощности.

Знание психологического состояния жертв террористических актов и этапов восстановительного периода необходимо для нахождения оптимального пути оказания необходимой помощи жертвам терроризма.

Очевидно, что ситуация, в которой террористы допускают психолога в место содержания заложников, отнюдь не является тривиальной и зависит, в первую очередь, от исхода переговоров с террористами и от готовности самого психолога идти на такой риск для собственной жизни. Тем не менее такие ситуации гипотетически возможны, и мы посчитали целесообразным привести в настоящем справочнике рекомендации, которые необходимо знать психологу в случае попадания в такую ситуацию.

Заложник – это человек, который находится во власти преступников, однако это не значит, что он вообще лишен возможности бороться за благополучное разрешение той ситуации, в которой оказался. Напротив, от его поведения зависит многое. Выбор правильной линии поведения требует наличия соответствующих знаний.

При содержании вас в качестве заложника (<http://www.khb.ru>, <http://www.balti.iatp.md/>):

Взаимоотношения с похитителями. Не оказывайте агрессивного сопротивления, не делайте резких и угрожающих движений, не провоцируйте террористов на необдуманные действия. По возможности избегайте прямого визуального контакта с похитителями. С самого начала (особенно первые полчаса) выполняйте все приказы и распоряжения похитителей. Займите позицию пассивного сотрудничества. Разговаривайте спокойным голосом. Избегайте выражений презрения, вызывающего враждебного тона и поведения, которые могут спровоцировать гнев захватчиков. Ведите себя спокойно, сохраняйте при этом чувство собственного достоинства. Не высказывайте категоричных отказов, но не бойтесь обращаться со спокойными просьбами о том, в чем остро нуждаетесь.

Попытайтесь осознать свою роль в качестве заложника. Помните о «стокгольмском синдроме». Так же, как более слабые люди становятся зависимыми от более сильных личностей, беспомощные заложники становятся зависимыми от своих похитителей, могут перенять их точку зрения или начать воспринимать представителей

власти как нечто антагонистическое не только по отношению к похитителям, но и по отношению к себе.

Помните об этом факте и о том, что похищение ставит вас в зависимость. Ваша жизнь зависит от прихоти террористов. Осознайте эти чувства зависимости и сопереживания террористам и сопротивляйтесь им. Поговорите с товарищами по несчастью, если вы не один, будьте едины. Они – ваши товарищи, а не террористы. Будьте внимательны к проявлению «стокгольмского синдрома» в других заложниках и помогайте им освободиться от этих чувств. Поддерживайте в них бодрость духа. Напоминайте им о том, что у вас высокие шансы остаться в живых. Настаивайте на том, чтобы они сохраняли хладнокровие и достоинство.

Не думайте, что вам удастся остановить террористов. Избегайте политических дискуссий, вы можете вызвать этими разговорами только раздражение. Но при этом постарайтесь быть внимательным слушателем. Один из заложников в Латинской Америке смог победить одного из самых злых своих похитителей тем, что часами слушал его заурядные стихи.

Не давайте советов. Если ваши похитители последуют вашему совету и что-то не получится, виноваты будете только вы.

Ведите себя так, как будто за вами наблюдают все время. Скорее всего, именно так и будет. Согласитесь с отсутствием личного уединения и научитесь жить в таких условиях. Кроме того, ваши похитители могут записывать все ваши разговоры и допросы на пленку для того, чтобы использовать в дальнейшем эту информацию против вас.

Сохраняйте свое достоинство. После вашей свободы достоинство – это самое главное, что ваши похитители могут попытаться отобрать у вас. Возможно, вас будут держать в грязных условиях. У вас могут конфисковать одежду, и нет ничего необычного для такой ситуации, если вас заставят ходить в нижнем белье. Пища тоже может быть несъедобной, и от вас могут потребовать есть ее пальцами. Нет оснований думать, что над вами не будут издеваться или вас унижать. Не сдавайтесь и не упрашивайте их. Ведите себя естественно, не спешите выполнять требования, но и не оказывайте демонстративного неповиновения.

Ешьте все, что вам будут давать, даже если эта пища протухла и несъедобна. Очень важно сохранять свои силы, а поэтому вам необходимо есть. Если у вас возникнут проблемы с пищеварением, пейте как можно больше жидкости, чтобы не наступило обезвоживание.

Найдите наиболее безопасную позицию в том месте, где вас содержат. Если начнется стрельба при попытке освобождения, вы должны быстро найти место, где можно укрыться от пуль. Подумайте об этом заранее. Если такого укрытия нет, упадите на пол, как только вы услышите стрельбу или какой-то шум.

Регулярно делайте зарядку. Постарайтесь оставаться в форме, как обычно. Делайте все возможное, чтобы загрузить себя. Изометрические упражнения и бег на месте,

например. Если вас оденут в неудобную одежду слишком большого размера, подумайте о прыжковых упражнениях. Толчки, сжатия, сгибания колен не требуют много места.

Боритесь с одиночеством. Попросите у ваших похитителей материал для чтения. Читайте как можно больше для того, чтобы избежать тоски одиночества. Если вы все прочитали и больше ничего нет, учите наизусть те журналы и книги, которые у вас есть. Придумайте мысленные игры. Что бы вы ни делали, не останавливайте работу вашего мозга, потому что именно в такие моменты вас может охватить депрессия.

Приспосабливайтесь к окружающим условиям. Как бы плохо вам ни было, будьте благодарны, что вы еще живы. Никогда не выпускайте из виду этот факт.

Сообщайте своим похитителям о проблемах со здоровьем. Если вам необходим регулярный прием лекарства или у вас возникли другие проблемы со здоровьем, как можно быстрее сообщите своим похитителям об этом. Таким же образом, если ваше здоровье ухудшается в результате содержания в плену, не стоит молчать об этом.

Содержание в заложниках – это всегда тяжелое бремя, и содержать здорового заложника всегда проще, чем больного. Более того, мертвый заложник вообще не имеет никакой ценности. Поэтому, скорее всего, вы получите необходимое лекарство или медицинскую помощь, если она вам понадобится.

При длительном нахождении в положении заложника. Не допускайте возникновения чувства жалости, смятения и замешательства. Мысленно подготовьте себя к будущим испытаниям. Сохраняйте умственную активность. Избегайте возникновения чувства отчаяния, используйте для этого внутренние ресурсы самоуверенности. Думайте и вспоминайте о приятных вещах. Помните, что шансы на освобождение со временем возрастают. Будьте уверены, что сейчас делается все возможное для вашего скорейшего освобождения. Постоянно находите себе какое-либо занятие. Установите суточный график физической и интеллектуальной деятельности, выполняйте дела в строгом методическом порядке.

Поведение на допросе. На вопросы отвечайте кратко. Более свободно и пространно разговаривайте на несущественные общие темы, но будьте осторожны, когда затрагиваются важные государственные или личные вопросы. Внимательно контролируйте свое поведение и ответы. Не допускайте заявлений, которые сейчас или в последующем могут повредить вам или другим людям. Оставайтесь вежливым, тактичным при любых обстоятельствах. Контролируйте свое настроение. В случае принуждения выразить поддержку требованиям террористов (письменно, звуко- или видеозаписи) укажите, что они исходят от похитителей. Избегайте призывов и заявлений от своего имени.

Собирайте информацию о своих похитителях. У вас будет чувство, что вы сможете отплатить им сполна и таким образом получить удовлетворение. Поскольку похитители, скорее всего, будут прятать свои лица, вы можете услышать обрывки каких-то разговоров. Постарайтесь запомнить их имена, информацию об их семьях, образовании высшем и школьном, откуда они, их жизненный путь. Постарайтесь отложить в памяти их физические характеристики, включая рост, вес, приметные особенности (татуировки, шрамы, родимые пятна), манеру речи, акцент или физические несоответствия. Оставьте где-нибудь в камере свои отпечатки пальцев. Позже это может послужить доказательством того, что вас содержали именно здесь.

Обычно лучше не пытаться бежать. Наиболее вероятно, что у вас ничего не получится, а вы будете подвергнуты жестокому наказанию. Ваш лучший шанс заключается в вашем обмене или в освобождении властями. Более того, ваши похитители уже наверняка оценили все возможные пути бегства и сделали все, чтобы этого не допустить. Не пытайтесь быть героем.

Думайте о побеге только как о последней возможности спастись. Только если вы абсолютно уверены, что ваши похитители собираются вас убить, имеет смысл попытаться спастись бегством. Если, например, они сняли с вас повязку или свои повязки,

скрывающие их лица, как правило, это означает, что они решили покончить с вами и им больше не имеет смысла скрывать свою личность. Успешные побеги в большинстве случаев включают очень тщательно обдуманный план и подготовку к этому.

При штурме здания спецподразделениями. По возможности расположитесь подальше от окон, дверей и самих похитителей, то есть в местах большей безопасности, в случае, если спецподразделения предпримут активные меры (штурм помещения, огонь снайперов на поражение преступников и др.). В случае штурма здания рекомендуется лечь на пол лицом вниз, сложив руки на затылке. Не возмущайтесь, если при штурме и захвате с вами могут поначалу (до установления личности) поступить некорректно, как с вероятным преступником. Вас могут обыскать, заковать в наручники, связать, нанести эмоциональную или физическую травму, подвергнуть допросу. Отнеситесь с пониманием к тому, что в подобных ситуациях такие действия штурмующих (до окончательной идентификации всех лиц и выявления истинных преступников) оправданны. После

освобождения не делайте скоропалительные заявления до момента, когда вы будете полностью контролировать себя, восстановите мысли, ознакомьтесь с информацией из официальных и других источников.

ЗАХВАТ ТЕРРОРИСТАМИ САМОЛЕТА

Несмотря на меры предосторожности и контроля, воздушный терроризм существует. Специалисты советуют оказывать пассивное сопротивление захватчикам и свести риск к минимуму. Хроника свидетельствует, что иногда пассивное поведение, притупляя бдительность бандитов, помогало пассажирам выиграть время, которое почти всегда работает на пользу заложникам.

Оказавшись на борту захваченного самолета, предпримите меры, которые помогут вам выжить (<http://www.Biznes-advokat.ru/>).

В некоторых компаниях есть вооруженные охранники или сотрудники службы безопасности по борьбе с воздушным пиратством. Если такие сотрудники находятся на борту, в их обязанности входит не допустить захвата самолета. Будьте всегда начеку. Будьте готовы упасть на пол, чтобы найти укрытие в первые моменты захвата самолета. Поднимайтесь только в том случае, если вы будете уверены, что стрельба прекратилась. В любой ситуации не вставайте и не проявляйте излишнего любопытства. Как правило, пассажир, который суетится, может быть убит или ранен в перекрестном огне.

Не давайте повода, чтобы террористы приняли вас за охранника или сотрудника службы безопасности по борьбе с воздушным пиратством. Террористы могут действовать группами, и не все из них раскрывают себя в начале акции. Они могут занимать места среди пассажиров в готовности убить любого, кто покажется им охранником. Не делайте резких движений, не доставайте ничего из пиджака или багажа.

Взрыв на борту. При взрыве бомбы или взрывного устройства давление в салоне может резко уменьшиться. При этом образовавшаяся дыра будет засасывать людей и предметы. Пристегнитесь ремнем безопасности, чтобы не пострадать.

Выполняйте инструкции членов экипажа. Члены экипажа прошли специальную подготовку по выполнению своих обязанностей в чрезвычайной обстановке. Не предпринимайте самостоятельных действий, если необходимость в них не будет вызвана крайними причинами. Прежде чем предпринять какие-либо действия, подумайте. Спокойный, уравновешенный, трезвомыслящий человек успокоит других пассажиров.

Не привлекайте к себе внимания какими-либо действиями. Это наиболее важное правило выживания в случае угона самолета. Не устанавливайте визуального контакта с террористами. Не жалуйтесь. Сделайтесь незаметным. Примите нейтральную позу; не показывайте своего страха или гнева без необходимости.

Если вы нуждаетесь в медикаментах или серьезно заболели, дайте об этом знать террористам. В остальном ведите себя спокойно. В этом случае террористы лишены повода обратить на вас особое внимание. Если вы будете беспокоить их, то подвергнетесь оскорблениям и физическому воздействию.

Не задавайте вопросов. Вы не только обратите на себя внимание, но и разозлите террористов. Они могут отыграться на вас за все.

Не заискивайте перед террористами. Как правило, они не уважают тех, кто перед ними унижается. Почувствуйте свою ответственность перед другими пассажирами. Запомните, существует большой шанс того, что вы выживете.

Будьте готовы к худшему. Во многих случаях террористы проявляют жестокость и грубость. Не пытайтесь урезонить их. Никогда не следует недооценивать их жестокость. Если им хватило безрассудства захватить самолет, они способны к непредсказуемым действиям. Они будут нервничать, потому что лишь немногие террористы предпринимали попытки захвата самолетов ранее. Им потребуется время, чтобы привыкнуть к этой обстановке. Не предпринимайте никаких действий, которые бы заставили их поступать бездумно по причине страха или гнева. Кроме этого, они могут попытаться подвергнуть вас или других пассажиров унижению. Воспринимайте их оскорбления без жалоб. Если

вы настроите их против себя, позже они с вами рассчитаются.

Ешьте и пейте как можно больше. Пища, возможно, будет подаваться нерегулярно. Не капризничайте и не будьте привередливым. Ешьте и пейте все, что вам предложат. Вы не знаете, как долго вы будете оставаться заложником, поэтому поддерживайте свои силы, если есть такая возможность.

Привыкайте к дискомфорту. В летнее время в алюминиевом цилиндре самолета, стоящем на бетонном поле, очень жарко, а зимой очень холодно, более того, вы можете находиться в тесноте. Больше всего пережившим захват запоминается зловоние в самолете. Вначале после захвата самолета вам и другим пассажирам не будет разрешено пользоваться туалетом. Вы сможете посещать туалетные комнаты очень редко. Пассажиры могут принудить справлять нужду на местах. Позже туалеты могут быть переполнены нечистотами и канализация забита. Не будет хватать туалетной бумаги. Если это может служить утешением для вас, помните, что террористы будут испытывать такие же неудобства, что в конечном счете будет способствовать разрешению конфликта.

Держите в памяти все происходящее на борту самолета. В случае вашего освобождения или побега вы можете подвергнуться допросу со стороны властей для получения ценной информации. Вас могут спросить следующее:

- Количество террористов и во что они одеты.
- Их раса, пол и другие физические характеристики.
- Любые наблюдения, с помощью которых можно было бы определить их национальность, а также индивидуальные особенности, язык и уровень владения им.
- Порядок, заведенный ими на борту.
- Расположение захватчиков и заложников.
- Описание оружия и взрывных устройств, заложенных на борту, а также их действия против захвата самолета спецслужбами.

Знайте, как можно покинуть самолет быстро. Запомните расположение выходов. Особенно важно запечатлеть в памяти количество рядов впереди и позади вас до ближайшего выхода. При возникновении пожара и большом задымлении пригнитесь, при необходимости – опуститесь на колени и на локти, чтобы дым и вредные газы не попали в ваши легкие, и пробирайтесь к выходу.

Будьте готовы к возможной попытке освобождения самолета. Если вы услышите шум за бортом, не подавайте вида, что вы смотрите в окно или в сторону источника звуков. Пригнитесь в своем кресле и приготовьтесь прикрыть голову или защитить своих детей.

Как только попытка освобождения самолета началась, ни во что не вмешивайтесь. Считайте, что сотрудники службы безопасности – это профессионалы, которые знают, что делают. Просто выполняйте их указания. Что бы ни случилось, не подбирайте брошенное оружие. Ваши спасители могут убить любого человека, у которого в руках оказалось оружие.

Атака на захваченный самолет молниеносна." Штурмующая группа захватывает самолет в несколько мгновений, используя ручные гранаты ослепляющего и оглушающего действия. Операция проводится одновременно с разных точек, иногда через какое-нибудь отверстие в фюзеляже. Хорошая слаженность и своевременность являются результатом подготовки, проведенной до этого на подобном самолете. Всего важнее для спецслужб информация, полученная в ходе переговоров, с помощью подслушивающих устройств в кабине, от освободившихся пассажиров, от людей, которые смогли побывать на борту самолета.

Группа освобождения, продвигаясь в дыму, кричит пассажирам, чтобы те легли на пол, и беспощадно стреляет во всех вооруженных лиц или во всякого, кто останется стоять.

В этот момент помните:

- неприятности уже почти позади, постарайтесь успокоиться;
- оставайтесь лежать на полу до окончания операции;
- подчиняйтесь приказам и инструкциям группы по борьбе с терроризмом и не отвлекайте ее членов ненужными вопросами;
- не трите глаза, если применяется слезоточивый газ (особенно если он распространяется медленно);
- не покидайте самолет до того момента, пока не дадут специальный приказ, чтобы вас не приняли за захватчика и по ошибке не застрелили;
- при освобождении выходите как можно быстрее, не останавливаясь, чтобы взять личные вещи, учтите: всегда имеется опасность взрыва или пожара.

Наблюдайте за террористами, которые могут смешаться с пассажирами после начала стрельбы. До тех пор, пока ситуация не окажется под контролем сил безопасности, с вами и другими пассажирами могут обращаться грубо. Вы даже можете быть подвергнуты обыску. Это одна из мер предосторожности. Вам не следует обижаться.

Не удивляйтесь, если вы почувствуете некоторое психическое расстройство после столь сурового испытания. Это нормально. Многие заложники испытывают после этого психические страдания. Некоторые из освобожденных говорят, что они чувствуют себя виновными в том, что были объектом столь пристального внимания. Другие терзаются от того, что не оказали достаточного сопротивления или каким-то образом сотрудничали с террористами. Нет ничего необычного в

том, что заложники, которые проявили хладнокровие, выдержку и были примером для других пассажиров во время сурового испытания, позднее, когда необходимость проявлять эти качества миновала, испытывали нервный стресс и истерику. Не стыдитесь обратиться за профессиональной помощью, если вы в ней нуждаетесь. Запомните, что такие испытания могут оказать большее психологическое воздействие на вашу семью, чем на вас. Членам вашей семьи также может потребоваться помощь консультанта.

4. СТИХИЙНОЕ МАССОВОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЛЮДЕЙ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ

Одной из главных опасностей при любой чрезвычайной ситуации является толпа. Различные формы поведения толпы называют «стихийное массовое поведение». Его признаками являются: вовлеченность большого количества людей, одновременность, иррациональность (ослабление сознательного контроля), а также слабая структурированность, то есть размытость позиционно-ролевой структуры, характерной для нормативных форм группового поведения (Назаретян, 2001).

Толпа – скопление людей, не объединенных общностью целей и единой организационно-ролевой структурой, но связанных между собой общим центром внимания и эмоциональным состоянием. При этом общей считается такая цель, достижение которой каждым из участников взаимодействия зависит от достижения ее другими участниками; наличие такой цели создает предпосылку для сотрудничества. Если цель каждого достигается вне зависимости от достижения или недостижения ее

остальными, то взаимодействие отсутствует или оно минимально. Наконец, если зависимость достижения одной и той же цели субъектами отрицательна, складывается предпосылка для конфликта. В толпе цели людей всегда одинаковые, но обычно не бывают общими осознанно, а при их пересечении возникает острейшее отрицательное взаимодействие.

Выявлены два основных механизма образования толпы: слухи и циркулярная реакция (синоним – эмоциональное кружение). Циркулярная реакция – это взаимное заражение, то есть передача эмоционального состояния на психофизиологическом уровне контакта между организмами.

Выделяют четыре основных вида толпы с соответствующими подвидами.

Оккациональная толпа (от англ. occasion – случайность) – скопление людей, собравшихся поглядеть на неожиданное происшествие.

Конвенциональная толпа (от англ. convention – условность) собирается по поводу заранее объявленного события. Здесь уже преобладает более направленный интерес, и люди до поры (пока толпа сохраняет качество конвенционально-сти) готовы следовать определенным условностям (конвенциям).

Экспрессивная толпа ритмически выражает ту или иную эмоцию: радость, энтузиазм, возмущение и т. д. Спектр эмоциональных доминант здесь очень широк, а главная отличительная черта – ритмичность выражения.

Экстатическая толпа – экстремальная форма экспрессивной толпы.

Действующая толпа – политически наиболее значимый и опасный вид коллективного поведения. В ее рамках, в свою очередь, можно выделить несколько подвидов.

Агрессивная толпа, эмоциональная доминанта которой (ярость, злоба), равно как и направленность действий прозрачно выражены в названии.

Паническая толпа объята ужасом, стремлением каждого избежать реальной или воображаемой опасности.

Стяжательная толпа – люди, вступившие в неорганизованный конфликт за обладание некоторой ценностью. Доминирующей эмоцией здесь обычно становится жадность, жажда обладания, к которой иногда примешивается страх.

Повстанческая толпа по ряду признаков сходна с агрессивной (преобладает чувство злости), но отличается от нее социально-справедливым характером возмущения.

В практическом плане наиболее важное свойство толпы – превращаемость: если толпа образовалась, она способна сравнительно легко превращаться из одного вида (подвида) в другой.

В экстремальных ситуациях наибольшую опасность представляет паническая толпа. Согласно приведенной выше классификации паническая толпа – это подвид действующей толпы (наряду с другими подвидами: агрессивной, стяжательной и повстанческой).

Паника – временное переживание гипертрофированного страха, порождающее неуправляемое, нерегулируемое поведение людей (утрата критики и контроля), иногда с полной потерей самоконтроля, неспособностью реагировать на призывы, с утратой чувства долга и чести.

В основе паники лежит страх – опредмеченная тревога, возникающая как результат переживания беспомощности перед реальной или воображаемой опасностью, стремление любым путем уйти от нее вместо того, чтобы бороться с ней.

В. М. Бехтерев считал, что паника – это «психическая эпидемия кратковременного свойства», которая возникает в виде «подавляющего аффекта» чаще всего при большом стечении народа, которому как бы «прививается идея о неминуемой смертельной опасности», обусловленной складывающимися обстоятельствами. Паника, по его мнению, неразрывно связана с инстинктом самосохранения, который одинаково проявляется у личности независимо от ее интеллектуального уровня. Внушение в толпе

распространяется подобно пожару; оно иногда возникает от случайно сказанного слова, отражающего переживания масс, резкого звука, выстрела, внезапного движения. В исступленной толпе каждый индивид влияет на окружающих и сам подвергается постороннему влиянию.

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

Биологическое толкование паники заключается в сравнении ее с гипобулическими реакциями у животных (бессмысленной активностью), как, например, в тех случаях, когда птица бьется о прутья клетки.

Психология паники, помимо взаимной индукции «психического заражения», «эмоционального отравления», во многом определяется резким повышением внушаемости из-за перевозбуждения психики.

Панику можно классифицировать по масштабам, глубине охвата, длительности и деструктивным последствиям.

По масштабам различают индивидуальную, групповую и массовую панику. В случае групповой и массовой паники захватываемое ею количество людей различно: групповая – от 2–3 до нескольких десятков и сотен человек, а массовая – тысячи или гораздо больше людей. К тому же массовой следует считать панику, когда в ограниченном замкнутом пространстве (на корабле, в здании) ею охвачено большинство людей, независимо от их общего числа.

Под глубиной охвата имеется в виду степень панического заражения сознания. В этом смысле можно говорить о легкой, средней панике и панике на уровне полной невменяемости.

Легкую панику можно, в частности, испытывать тогда, когда задерживается транспорт, при спешке, внезапном, но не очень сильном сигнале (звук, вспышке). При этом человек сохраняет почти полное самообладание и критичность. Внешне такая паника может выражаться лишь легким удивлением, озабоченностью, напряжением.

Средняя паника характеризуется значительной деформацией сознательных оценок происходящего, снижением критичности, возрастанием страха, подверженностью внешним воздействиям. Паника средней глубины часто проявляется при проведении военных операций, при небольших транспортных авариях, пожаре и различных стихийных бедствиях.

Полная паника – паника с отключением сознания, аффективная, характеризующаяся полной невменяемостью – наступает при чувстве ужасной, смертельной опасности. В этом состоянии человек полностью теряет сознательный контроль за своим поведением: может бежать куда попало (иногда прямо в очаг опасности), бессмысленно метаться, совершать самые разнообразные хаотические действия, поступки, абсолютно исключая их критическую оценку, рациональность и этичность. Классические примеры паники – события на кораблях «Титаник», «Адмирал Нахимов», а также во время войны, землетрясений, ураганов, пожаров в универмагах.

По длительности паника может быть кратковременной (секунды, несколько минут), достаточно длительной (десятки минут, часы), пролонгированной (несколько дней, недель). Кратковременная паника – это, например, паника в автобусе, потерявшем управление. Достаточно длительной бывает паника при землетрясениях, не развернутых во времени и не очень сильных. Пролонгированная паника – это паника во время длительных боевых операций, например блокада Ленинграда, ситуация после взрыва на ЧАЭС.

По механизмам формирования выделяют два вида паники:

После непосредственного экстремального устрашающего воздействия,

воспринимаемого как смертельная опасность.

После длительного пребывания в состоянии тревоги в ситуации неопределенности и ожидания, напряжения, ведущего со временем к нервному истощению и фиксации внимания на предмете тревоги.

Выделяют четыре комплекса факторов (иначе их называют также условиями, или предпосылками) превращения более или менее организованной группы в паническую толпу.

1. Социальные факторы – общая напряженность в обществе, вызванная происшедшими или ожидаемыми природными, экономическими, политическими бедствиями. Это могут быть землетрясение, наводнение, резкое изменение валютного курса, государственный переворот, начало или неудачный ход войны и т. д. Иногда напряженность обусловлена памятью о трагедии или предчувствием надвигающейся трагедии, приближение которой ощущается по предварительным признакам.

2. Физиологические факторы: усталость, голод, длительная бессонница, алкогольное и наркотическое опьянение снижают уровень индивидуального самоконтроля, что при массовом скоплении людей чревато особенно опасными последствиями.

3. Общепсихологические факторы – неожиданность, удивление, испуг, вызванные недостатком информации о возможных опасностях и способах противодействия.

4. Социально-психологические и идеологические факторы: отсутствие ясной и достаточно значимой общей цели, эффективных пользующихся общим доверием лидеров и, соответственно, низкий уровень групповой сплоченности.

Есть два основных момента, определяющих возникновение паники. Первый связан главным образом с внезапностью появления угрозы для жизни, здоровья, безопасности, например, при взрыве, аварии, пожаре. Второй можно связать с накоплением соответствующего «психологического горючего» и срабатыванием «реле» определенного психического катализатора. Длительные переживания, опасения, накопление тревоги, неопределенность ситуации, предполагаемые опасности, невзгоды – все это создает благоприятный фон для возникновения паники, а катализатором в этом случае может быть все что угодно.

Механизм развития бурной динамической паники можно представить как осознаваемую, частично осознаваемую или неосознаваемую цепь: включение «пускового сигнала» (вспышка, громкий звук, обвал помещения, землетрясение), воссоздание образа опасности, активизация защитной системы организма на различных уровнях сознания и инстинктивного реагирования и следующее за этим паническое поведение. Проявление паники колеблется от случаев истерического поведения до подавленного, апатичного, отрешенного; имеются случаи игнорирования, иногда показного, опасностей.

Возникновение и развитие паники в большинстве случаев связано с действием шокирующего стимула, сразу отличающегося чем-то заведомо необычным (например, сирена, возвещающая начало воздушной тревоги). Частым поводом для паники являются пугающие слухи.

Для того чтобы привести к настоящей панике, действующий на людей стимул должен быть либо достаточно интенсивным, либо длительным, либо повторяющимся (например, взрыв, сирена, автомобильный клаксон, серия гудков и т. п.). Он должен привлекать к себе внимание и вызывать эмоциональное состояние подчас неосознанного, животного страха (Ольшанский, 2002).

Первый этап реакции на такой стимул – как правило, резкий испуг, потрясение, ощущение сильной неожиданно-сти, шока и одновременно восприятие ситуации как кризисной, критической, угрожающей и даже безысходной.

Второй этап – обычно замешательство, в которое переходит потрясение, а также связанные с ним хаотичные индивидуальные, часто совершенно беспорядочные попытки как-то понять, проинтерпретировать произошедшее событие в рамках прежнего, обычного

личного опыта или же путем лихорадочного припоминания аналогичных ситуаций из известного человеку чужого, как бы заимствованного им, опыта. С этим связано острое чувство реальной угрозы. Когда необходимость быстрой интерпретации ситуации становится особенно актуальной и требует немедленных действий, именно это ощущение остроты мешает логическому осмыслению происходящего и вызывает новый страх. Первоначально этот страх сопровождается криком, плачем, двигательной ажитацией. Если такой страх не будет подавлен, то развивается следующая стадия.

Третий этап – усиление интенсивности страха по известным психологическим механизмам циркулярной реакции. Тогда страх одних людей отражается другими, что, в свою очередь, еще больше усиливает страх первых. Усиливающийся страх стремительно снижает уверенность в коллективной способности противостоять критической ситуации и создает у большинства смутное ощущение обреченности. Завершается все это неадекватными действиями, которые обычно представляются людям, охваченным паникой, спасительными. Хотя на деле они могут совсем не вести к спасению: это этап

«хватания за соломинку», в итоге все равно оборачивающийся паническим бегством (разумеется, за исключением тех случаев, когда бежать людям просто некуда). Тогда может возникать подчеркнуто агрессивное поведение: известно, насколько опасен бывает зверь, загнанный в угол, даже если он обычно убегает от опасности.

Четвертый этап – массовое бегство. Паника именно как особый вариант массового поведения реально становится заметной, проявляясь в наблюдаемых феноменах – прежде всего в массовом бегстве. Раньше или позднее именно бегство становится естественным следствием любой паники. Стремление спрятаться, укрыться от надвигающегося страха (ужаса) – естественная реакция. Безоглядное бегство – как правило, апофеоз паники.

Пятый этап – завершение паники. Внешне паника заканчивается по мере прекращения отдельными людьми бегства. Либо они это делают по причине усталости, либо начиная осознавать бессмысленность бегства и возвращаясь в «здравый ум». Обычные следствия паники – либо усталость и оцепенение, либо состояние крайней тревожности, возбудимости и готовности к агрессивным действиям. Реже встречаются вторичные проявления паники.

Оценивая весь цикл панического поведения, надо иметь в виду следующие три момента. Во-первых, если интенсивность первоначального стимула очень велика, то все предыдущие, до бегства, этапы могут «свертываться». Для наблюдателя предшествующие этапы как бы невидимы – и тогда только бегство становится непосредственной индивидуальной реакцией на панический стимул. Индивидуальной, но одинаковой для многих людей – соответственно, массовой.

Во-вторых, словесное обозначение пугающего стимула в условиях его ожидания может само непосредственно вызвать реакцию страха и панику даже до появления стимула.

В-третьих, всегда надо принимать во внимание ряд специфических факторов: общую социально-политическую атмосферу, в которой происходят события, характер и степень угрозы, глубину и объективность информации об этой угрозе и т. д. Это имеет значение для прекращения или даже предотвращения паники.

По своим деструктивным последствиям паника бывает следующих типов: 1) паника без каких-либо материальных последствий и регистрируемых психических нарушений; 2) паника с разрушениями, физическими и выраженными психическими травмами, утратой трудоспособности на непродолжительное время; 3) паника с человеческими жертвами, значительными материальными разрушениями, нервными заболеваниями, срывами, с последствиями в виде длительной утраты трудоспособности и инвалидности.

Средства борьбы с паникой разнообразны. Убеждение (если позволяет время), категорический приказ, информация о несущественности опасности или же использование силы и даже устранение наиболее злобных паникеров. Остановить толпу, которая впадает

в панику, значительно легче, начиная с последних, уменьшая группу насколько это возможно; перегораживать дорогу толпе, которая движется, гораздо труднее, так как на идущих впереди давят сзади.

Воздействие на паническое поведение в конечном счете представляет собой всего лишь частный случай психологического воздействия на любое стихийное поведение – прежде всего, на поведение толпы. Здесь действует общее по отношению к любой толпе правило: прежде всего необходимо снизить общую интенсивность эмоционального заражения, вывести людей из-под гипнотического воздействия состояния и рационализировать, индивидуализировать психику. В толпе любой человек лишен индивидуальности – он представляет собой всего лишь часть массы, разделяющую единое эмоциональное состояние, подчиняющую ей все свое поведение.

В панике, как особом состоянии психики толпы, есть и некоторые специфические моменты. Во-первых, это вопрос о том, кто станет образцом для подражания для толпы. После появления угрожающего стимула (звук сирены, клубы дыма, первый толчок землетрясения, первые выстрелы или разрыв бомбы) всегда остается несколько секунд,

когда люди «переживают» (точнее, «пережевывают») произошедшее и готовятся к действию. Здесь им необходим пример для подражания. Жесткое, директивное управление людьми в панические моменты – один _____ из наиболее эффективных способов прекращения паники.

Такие методы бывают особенно эффективными в сочетании с экстренным предъявлением нового, причем достаточно привычного, знакомого людям, стимула, вызывающего привычное, спокойное и размеренное поведение.

Во-вторых, в случаях паники, как и стихийного поведения вообще, особую роль играет ритм. Стихийное поведение – это поведение неорганизованное, лишенное внутреннего ритма. Если такого «водителя ритма» нет в толпе, он должен быть вадан извне.

Роль ритмической, в частности хоровой, музыки имеет огромное значение для регуляции массового стихийного поведения. Например, она может за секунды сделать его организованным.

Сцепление локтями – одна из хорошо известных мер противодействия паническим настроениям. С одной стороны, ощущение физической близости товарищей повышает психологическую устойчивость. С другой стороны, такая позиция мешает провокаторам или индукторам паники расчлнить ряды, после чего растерянность, ощущение беспомощности и паника станут намного вероятнее.

Известны приемы управляющего воздействия извне и изнутри, что зависит от такого специфического феномена, как география толпы.

Ранее отмечалось, что толпа как таковая не обладает по-позиционно-ролевой структурой и что в процессе эмоционального кружения она гомогенизируется. Вместе с тем в толпе часто образуется свой параметр неоднородности, связанный с неравномерной интенсивностью циркулярной реакции. География толпы (особенно отчетливо фиксируемая при аэрофотосъемке) определяется различием между более плотным ядром и разреженной периферией. В ядре аккумулируется эффект циркулярной реакции, и оказавшийся там сильнее испытывает его влияние.

Поэтому психологическое воздействие на толпу извне обычно рекомендуется нацеливать на периферию, внимание которой легче переключается. Для воздействия же изнутри агентам следует проникнуть в ядро, где внушаемость и реактивность гипертрофированы.

4.1. Психологический дебрифинг

Дебрифинг – метод работы с групповой психической травмой (Бадхен, 2001; Ромек и др., 2004). Это форма кризисной интервенции, особо организованная и четко структурированная работа в группах с людьми, совместно пережившими катастрофу или трагическое событие.

Дебрифинг относится к мерам экстренной психологической помощи. Он проводится как можно раньше после события, иногда через несколько часов или дней после трагедии. Считается, что оптимальное время для проведения дебрифинга – не раньше чем через 48 часов после события. К этому моменту завершится период особых реакций и участники событий будут в состоянии, в котором возвращается способность к рефлексии и самоанализу.

Но если времени пройдет слишком много, воспоминания станут расплывчатыми и туманными. В таких случаях при необходимости воссоздания пережитых чувств и состояний могут использоваться видеозаписи или фильмы о событии.

Процедура дебрифинга заключается в отреагировании в условиях безопасности и конфиденциальности, она дает возможность поделиться впечатлениями, реакциями и чувствами, связанными с экстремальным событием. Встреча похожие переживания у других людей, участники получают облегчение, – у них снижается ощущение уникальности и ненормальности собственных реакций, уменьшается внутреннее

напряжение. В группе появляется возможность получить поддержку от других участников. Действия ведущих направлены на то, чтобы мобилизовать внутренние ресурсы участников, помочь им подготовиться к возникновению тех симптомов или реакций ПТСР, которые могут возникнуть впоследствии. Участникам обязательно сообщают о том, где они впоследствии могут получить помощь.

Цель дебрифинга – снизить тяжесть психологических последствий после пережитого стресса. Общая цель группового обсуждения – минимизация психологических страданий. Для достижения этой цели решаются следующие задачи:

- «проработка» впечатлений, реакций и чувств;
- когнитивная организация переживаемого опыта посредством понимания структуры и смысла происшедших событий, реакций на них;
- уменьшение индивидуального и группового напряжения;
- уменьшение ощущения уникальности и ненормальности собственных реакций.

Эта задача разрешается при помощи группового обсуждения чувств;

- мобилизация внутренних и внешних групповых ресурсов, усиление групповой поддержки, солидарности и понимания;
- подготовка к переживанию тех симптомов или реакций, которые могут возникнуть в ближайшем будущем;
- определение средств дальнейшей помощи в случае необходимости.

Дебрифинг не предохраняет от возникновения последствий травмы, но препятствует их развитию и усилению, способствует пониманию причин своего состояния и осознанию действий, которые необходимо предпринять, чтобы облегчить эти последствия. Поэтому дебрифинг – одновременно и метод кризисной интервенции, и профилактика.

Проводить дебрифинг возможно в любом месте, но нужно стремиться к тому, чтобы помещение было удобным, доступным и изолированным. Идеальной обстановкой для дебрифинга является комната, где группа изолирована от внешних вмешательств, таких, например, как телефонные звонки. Участники располагаются вокруг стола. Это лучше, чем традиционная модель групповой терапии, когда стулья расположены по кругу с пустым пространством посередине, поскольку последняя форма организации пространства может быть непривычной и поэтому восприниматься как угроза.

Оптимальное количество участников в группе от 10 до 15 человек. При необходимости включить большее количество людей одновременно целесообразно разделять группу на небольшие подгруппы. Проводится дебрифинг под руководством двух подготовленных специалистов. Не допускается присутствие посторонних лиц, не имеющих непосредственного отношения к событию.

Время сессии четко обозначается вначале и составляет 2–2,5 часа без перерыва. Ограничение вводится по той причине, что за это время происходит очень интенсивная

переработка опыта, в которой задействованы достаточно сильные эмоции.

Тот, кто руководит дебрифингом, должен ясно представлять себе, что он не консультант и уж, конечно, не групповой терапевт в традиционном смысле. Дебрифинг нельзя назвать «лечением». Его смысл – в попытках минимизировать вероятность тяжелых психологических последствий после стресса. Тот, кто руководит дебрифингом, должен быть знаком с групповой работой, с проблемами, связанными с тревогой, травмой и утратой. Ему необходимо быть уверенным в себе и спокойным, несмотря на интенсивные эмоциональные проявления у членов группы.

Самое важное – это организация группового обсуждения.

Оно включает проговаривание, слушание, принятие решений, обучение, следование повестке дня, «приведение» встречи к удовлетворительному завершению и позитивному результату. У ведущего имеются и другие функции, например, использование законов групповой динамики, контроль над перемещением членов группы внутри и вне комнаты, контроль над временем, индивидуальные контакты с теми, чье состояние ухудшилось, и запись происходящего. Но хотя эти функции важны, они должны быть подчинены

главным задачам действия.

В дебрифинге принято выделять три части и семь отчетливо выраженных фаз:

часть I – проработка основных чувств участников и измерение интенсивности стресса;

часть II – детальное обсуждение симптомов и обеспечение чувства защищенности и поддержки;

часть III – мобилизация ресурсов, обеспечение информацией и формирование планов на будущее.

Ниже сформулированы и описаны семь фаз дебрифинга:

- 1) вводная фаза;
- 2) фаза описания фактов;
- 3) фаза описания мыслей;
- 4) фаза описания переживаний;
- 5) фаза описания симптомов;
- 6) фаза завершения;
- 7) фаза реадaptации.

1. ВВОДНАЯ ФАЗА

Вводная фаза очень важна: если она проведена* на хорошем уровне, организовано, это уменьшает вероятность того, что группа будет плохо функционировать в дальнейшем. Чем больше времени потрачено на введение, тем меньше шансов, что что-нибудь пойдет неверно. В типичном случае на введение уходит 15 минут.

Ведущий группы представляет себя, команду дебрифинга и поясняет цели встречи примерно таким образом: «Я – N... Подобную процедуру обсуждения того, что случилось, я уже использовал много раз в ситуациях после сложных трагических событий, таких, как... Эти обсуждения большинство людей признают полезными. Они дают возможность выразить и понять мысли и чувства, которые возникли у нас в связи с тем, что произошло. Поэтому все, что будет здесь обсуждаться, мы будем считать нормальным. Это поможет вам разобраться в своем состоянии и чувствах, которые сейчас кажутся странными и непреодолимыми».

Ведущий представляет собравшимся основные задачи дебрифинга. Участники могут выразить опасения, что они не сумеют передать факты или не смогут сформулировать свою проблему.

Ведущий разъясняет, что дебрифинг – это новое для них занятие, в котором они никогда не участвовали прежде. Поэтому то, насколько хорошо они будут это делать, выяснится в процессе обсуждения. Такой подход задает определенную систему ожиданий: всем присутствующим предстоит говорить о своих мыслях и чувствах и всем им стоит

попытаться найти пользу в этом занятии.

Затем ведущий определяет правила для дебрифинга. Правила обозначаются, чтобы минимизировать тревогу, которая может быть у участников.

Обычно члены группы успокаиваются, услышав о том, что ни одного из них не будут вынуждать ничего говорить, если он не пожелает. Единственное требование заключается в том, что они должны назвать свое имя и выразить отношение к катастрофе или к тому событию, участником или свидетелем которого были. Однако членов группы просят стараться слушать не перебивая и давать высказаться всем желающим.

Члены группы должны быть уверены в соблюдении конфиденциальности. Руководитель или ответственный дает гарантию, что все сказанное не выйдет за рамки этого круга общения. Аналогично членов группы просят не передавать кому-либо за пределами этого круга личной информации о других участниках, «не сплетничать» о том, что тут говорится. Слово «сплетни» здесь предпочтительнее, так как многие смутно представляют себе, что означает «конфиденциальность», и поэтому им легче понять инструкцию с употреблением бытовой лексики.

Необходимо снять страх, успокоить участников относительно того, что ответы не будут записывать помимо их воли. Они не должны опасаться скрытых записывающих устройств. Однако, с другой стороны, им можно сообщить, что для команды дебрифинга было бы полезным вести запись фактов и мыслей без указания авторства. Если затем это быстро перепечатать, то впоследствии люди смогут еще раз обратиться к материалу, который обсуждался в группе, для снятия иллюзий, которые возникают по поводу того, что происходило.

Нужно, чтобы члены группы знали, что дебрифинг не предполагает оценок, критики и приговоров. Это не трибунал, а лишь обсуждение по правилам. Подобная установка предупреждает споры, взаимные обвинения, которые могут возникнуть из-за расхождения в ожиданиях, мыслях и чувствах.

Однако ведущие психологического дебрифинга могут позволить открыто высказываться по поводу процесса обсуждения, критиковать его, иначе люди будут заниматься этим после дебрифинга.

Участников предупреждают, что во время самого обсуждения они могут почувствовать себя хуже, но это – нормальное явление, обычное следствие прикосновения к болезненным проблемам. Ведущий должен обозначить, что это плата за возможность впоследствии противостоять стрессам.

Членам группы рекомендуют работать без перерыва. Поэтому им можно предложить перекусить или посетить туалет до начала дебрифинга. Кстати, полезно иметь кофеварку или чайник, чтобы каждый мог обслужить себя во время сессии.

Участникам сообщают, что у них есть возможность тихо выйти и вернуться обратно. Однако их просят сообщать ведущему, если они уходят в подавленном состоянии, и тогда членам команды, одному или нескольким, нужно сопровождать их.

Членам группы предоставляется возможность обсуждать материал, выходящий за рамки темы, и задавать любые вопросы. Важно помнить, что у участников может быть минимальный опыт обсуждения, опыт проявления себя в групповом контексте. На команде дебрифинга лежит ответственность за поощрение и поддержку членов группы, особенно в начале дебрифинга.

2. ФАЗА ФАКТОВ

На этой фазе каждый человек кратко описывает, что произошло с ним во время инцидента. Участники могут описать, как они увидели событие и какова была последовательность этапов. Ведущий команды дебрифинга должен поощрять перекрестные вопросы, помогающие прояснить и откорректировать объективную картину фактов и событий, имеющих в распоряжении членов группы. Это важно, поскольку из-за масштаба инцидента и ошибок восприятия каждый человек реконструирует картину по своему. Это могут быть просто неверные переживания событий или же наличие

ошибочных ключевых представлений о них. Чувство времени также нередко бывает нарушено.

Попросите участников по кругу ответить на следующие вопросы:

- Кто вы и как связаны с событием (или с жертвой)? .
- Где вы были, когда событие случилось?
- Что случилось?
- Что вы видели? Слышали?

Дебриферы кратко перефразируют каждый ответ.

Таким образом, каждый человек кратко описывает то, что произошло с ним во время инцидента: как он увидел событие и какова была последовательность произошедшего.

Здесь возможны перекрестные вопросы участников друг другу, помогающие прояснить и сформировать объективную картину произошедшего. Это дает возможность восстановить ощущение ориентации, что способствует упорядочиванию мыслей и чувств. Это одна из главных задач дебрифинга – дать людям возможность более объективно увидеть ситуацию, что блокирует фантазии и спекуляции, подогревающие тревогу.

Продолжительность фазы фактов может варьироваться. Но чем дольше длился инцидент, тем длиннее должна быть фаза фактов. Однако следует помнить, что это лишь этап работы. Стремление создать единое представление может привести к застреванию на этой фазе. Так или иначе, человек может иметь собственное видение ситуации, которое определяется разными факторами: его местоположением в этот момент, длительностью участия, замеченными мелочами и др. Собственное видение определяет личный смысл случившегося для данного конкретного человека и становится впоследствии источником страданий.

3. ФАЗА МЫСЛЕЙ

На фазе мыслей дебрифинг фокусируется на процессах принятия решения и мышления. Вопросы, открывающие эту фазу, могут быть такого типа:

- Какова была ваша первая мысль, когда вы осознали, что произошло? (Вопрос для свидетелей события, спасателей, пострадавших.)
- Какова была ваша первая мысль, когда вы узнали, что случилось? (Вариант предыдущего вопроса для тех, кто не был непосредственным свидетелем.)

Люди часто сопротивляются тому, чтобы поделиться своими первыми мыслями, потому что они, эти мысли, им кажутся неуместными, причудливыми, отражающими интенсивное чувство страха. Первая мысль может отражать то, что впоследствии составляет сердцевину тревоги.

Затем следует спросить: «Что вы делали во время инцидента? Почему вы решили делать именно то, что вы делали?» Последний вопрос часто высвечивает стремление защитить тех, к кому обращаются первые мысли.

Во время экстренных действий у исполнителей может возникнуть злость на приказы вышестоящих руководителей, так как они кажутся бестолковыми и противоречивыми. Рациональность распоряжений может проясниться в процессе дебрифинга.

4. ФАЗА ПЕРЕЖИВАНИЙ

Обычно это самая длительная фаза дебрифинга. Предыдущие фазы актуализировали переживания, которые достаточно сильны и могут быть разрушительны для человека. Задача этого этапа: создать такие условия, при которых участники могли бы вспомнить и выразить сильные чувства в условиях поддержки группы – и в то же время поддержать других участников, которые также испытывают сильные страдания. Для того чтобы достичь успеха в этой фазе, ведущему нужно помогать людям рассказывать о своих переживаниях, даже болезненных. Это может уменьшить разрушительные последствия таких чувств.

Когда люди описывают причины принятия ими тех или иных решений, они очень

часто говорят о страхе, беспомощности, одиночестве, упреках к себе и фрустрациях. В процессе рассказа о чувствах у членов группы создаются ощущения схожести, общности и естественности реакций. Групповой принцип универсальности является здесь ключевым. Этому способствуют вопросы типа:

Как вы реагировали на событие?

Что для вас было самым ужасным из того, что случилось?

Переживали ли вы в вашей жизни раньше что-либо подобное?

Что вызывало у вас такие же чувства: грусть, расстройство, фрустрацию, страх?

Как вы себя чувствовали, когда произошло событие?

Можно задать вопросы типа: «Каковы были ваши впечатления о том, что происходило вокруг вас, когда события только начали развиваться? Что вы слышали, обоняли, видели?»

Другие возможные вопросы:

- Что вы чувствовали на физическом уровне, какие телесные ощущения вы переживали?

- Если это группа людей, непосредственно присутствовавших при событии (свидетели и пострадавшие), можете спросить: «Что из того, что вы увидели, услышали, почувствовали – может быть, даже запахи, которые вы ощутили, – помнится и тревожит вас больше всего?»

Эти обсуждения чувственных впечатлений позволяют в дальнейшем избежать образов и мыслей, которые могут оказывать разрушительные воздействия после события. Проговаривание травматичных впечатлений нейтрализует их разрушительные последствия. Ответ на вопрос о самых тяжелых чувствах помогает проработать наиболее конфликтные переживания.

Если группа небольшая, вы можете просить участников отвечать на вопросы по кругу, если большая – в произвольном порядке.

Поощряйте участников отвечать друг другу, помогайте обсуждению, повторяя вопросы, перефразируя высказывания, отражая чувства участников. Участники должны чувствовать, что любые их эмоции имеют право на существование, что они важны и достойны уважения.

Ведущий дебрифинга должен позволить каждому участвовать в общении. Он вмешивается, если правила дебрифинга нарушены или если имеет место деструктивный критицизм. Это особенно важно иметь в виду, поскольку один из главных терапевтических процессов дебрифинга – моделирование стратегий, определяющих, как справляться с эмоциональными проблемами у себя, друг у друга, в семье, с друзьями. Участники должны научиться выражать чувства, зная, что это безопасно, понимать, что они имеют право обсудить свои проблемы с другими.

Если у кого-то из участников ухудшается состояние, то это – ключевой момент для мобилизации групповой поддержки, сигнал соседу: положить руку на плечо человека, который находится в состоянии дистресса, или просто вербализовать поддержку, сказав, что слезы здесь совершенно уместны и приемлемы. Люди, которые работают вместе, особенно если это мужчины, часто испытывают затруднения, когда нужно прикоснуться к коллеге, даже чтобы утешить, и поэтому нуждаются в специальном разрешении. Если кто-то уходит, один из ведущих должен последовать за ним, удостовериться в его благополучии и способствовать его возвращению в группу.

Важно присматриваться к тем, кто кажется особенно сильно пострадавшим, к тем, кто молчит или у кого есть особенно выраженные симптомы. Это могут быть те, кто более всего подвергался риску. С такими участниками следует продолжить работу после окончания дебрифинга, предложив индивидуальную программу поддержки. Иногда могут всплыть события, относящиеся к прошлым инцидентам, которые не были проработаны, или личные проблемы. Ведущий дебрифинга должен предложить пути проработки и таких более ранних реакций.

5. ФАЗА СИМПТОМОВ

Иногда эта фаза объединяется с предыдущей или последующей фазой. Но иногда имеет смысл выделить ее в отдельный этап работы.

Во время фазы симптомов некоторые реакции следует обсудить детальнее. Участников просят описывать симптомы (эмоциональные, когнитивные и физические), которые они пережили на месте действия, когда инцидент завершился, когда они возвратились домой, в течение последующих дней и а настоящее время. Обязательно нужно задать вопросы о необычных переживаниях, о трудностях возврата к нормальному режиму жизни и работы.

К характерным чертам посттравматического стресса относятся переживание феномена избегания, оцепенение и другие. Страх может вызвать изменения в поведении. Фобические реакции (страхи) могут проявляться в том, что люди не способны вернуться в то место, где произошло событие (особенно проблематичным это становится, если это место их основной работы). После подобных инцидентов люди иногда вынуждены менять место жительства, переезжая в другой дом, могут бояться спать без света или уменьшать скорость езды в автомобиле, когда представляют, что может случиться.

Особое внимание следует уделить проблеме влияния психотравмы на семейную жизнь. Человек может чувствовать, что его семья не в состоянии понять его переживания. Иногда может быть полезно включать семьи в некоторые моменты дебрифинга, возможно, для начала передав им письменные материалы. Другой вариант – отдельные встречи с семьями тех, кто был вовлечен в инцидент. В некоторых случаях семьям может быть показан фильм о подобном инциденте, чтобы они яснее представляли себе, что пережил человек, которого они любят.

6. ФАЗА ЗАВЕРШЕНИЯ

В этой фазе один из ведущих должен попытаться обобщить реакции участников. Это лучше предпринять тем членам команды, кто записывает и осуществляет диагностику общих реакций участников, а затем пытается нормализовать состояние группы.

Возможен подход, когда обсуждаются личные события из жизни участвующих и используются материалы других инцидентов или даже результаты исследований. Такой акцент на анализе демонстрирует собравшимся, что их реакция вполне нормальна, что это «нормальная реакция на ненормальные события». Но индивидуальность каждого также должна быть отмечена. У участников не должно сложиться впечатление, что они обязаны выражать реакции, но им следует знать, что они всегда смогут сделать это, если захотят. Полезно использовать имеющиеся записи с зафиксированным материалом, которые помогают точнее определить реакции и восстановить то, что происходило. Разумеется, этого не следует делать во время дебрифинга или в конце, чтобы не разрушать процесса. Хорошо иметь большой плакат с перечнем возможных симптомов и их детальным описанием; этот плакат может быть помещен где-нибудь в комнате, чтобы люди могли добавлять свои симптомы к списку.

Полезно организовать работу так, чтобы участники могли бы еще раз встретиться через неделю после дебрифинга. Знание о предстоящей встрече позволяет участникам задуматься над формированием собственной стратегии преодоления полученной травмы. Важно отметить такие реакции, как насильственно внедряющиеся образы и мысли, возрастание тревоги, чувство уязвимости, проблемы со сном и с концентрацией внимания. Необходимо отметить, что ничего страшного в этих реакциях нет и при нормальном развитии событий со временем симптомы будут уменьшаться.

7. ФАЗА РЕАДАПТАЦИИ

В этой фазе обсуждается и планируется будущее, намечаются стратегии преодоления, особенно в терминах семейной и групповой поддержки. Одной из главных целей дебрифинга, помимо всего прочего, является создание внутригруппового психологического контекста. Переживания, вызванные отсутствием понимания со стороны окружающих, – возможно, один из самых тяжелых аспектов

посттравматического стресса. Полезно обсудить также, в каких случаях участник должен искать дальнейшую помощь. Здесь определяющими могут быть следующие показания:

- если симптомы не уменьшились спустя 6 недель;
- если со временем симптомы усилились или появились новые;
- если человек не в состоянии адекватно функционировать на работе и дома.

Направление дальнейшей помощи следует уточнить. Группа может принять решение о необходимости следующего дебрифинга или, как минимум, подумать о такой потенциальной возможности, если инцидент был особенно травматичным или не удалось справиться с проблемами. Руководитель дебрифинга предлагает участникам продумать, как они смогут общаться друг с другом в дальнейшем, и, например, предлагает обменяться телефонами и адресами.

Дебрифинг может иметь продолжение спустя несколько недель или даже месяцев. Этот процесс уже менее структурированный, чем первый, и его главная задача – проследить прогресс участников: динамику симптомов и действий, предпринятых, чтобы справиться с ними. В это время также могут выявиться участники, нуждающиеся в более интенсивной психологической помощи.

5. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШИМ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ

С целью оказания своевременной и квалифицированной помощи не только спасатели, но и психологи должны знать приемы и методы определения состояния и степени травмирования пострадавших. Данный раздел написан по материалам книги Шойгу и др. (1997).

Осмотр пострадавшего. Находясь в пассивном положении, пострадавший неподвижен, не может самостоятельно изменить принятую позу, голова и конечности свешиваются. Такое положение бывает при бессознательном состоянии.

Вынужденное положение пострадавший принимает для облегчения тяжелого состояния, ослабления болей; например, при поражении легких, плевры он вынужден лежать на Пораженной стороне. Положение лежа на спине пострадавший принимает преимущественно при сильных болях в животе; при поражении почек некоторые пострадавшие держат ногу (со стороны поражения) согнутой в тазобедренном и коленном суставе, так как при этом боли ослабляются. Основными показателями жизнедеятельности организма являются сохраненное дыхание и сердечная деятельность.

Признаками жизни являются:

– сохраненное дыхание. Его определяют по движению грудной клетки и живота, по запотеванию зеркала, приложенного к носу и рту, по движению комочка ваты или бинта, поднесенного к ноздрям;

– сохраненная сердечная деятельность. Ее определяют путем прощупывания пульса – толчкообразных, периодических колебаний стенок периферических сосудов. Определить пульс можно на лучевой артерии, располагающейся под кожей между шиловидным отростком лучевой кости и сухожилием внутренней лучевой мышцы. В тех случаях, когда нельзя исследовать пульс на лучевой артерии, его определяют либо на сонной или височной артерии, либо на ногах (на тыльной артерии стопы и задней-берцовой артерии). Обычно частота пульса у здорового человека 60–75 уд./мин, ритм пульса правильный, равномерный, наполнение хорошее (о нем судят путем сдавливания пальцами артерии с различной силой). Пульс учащается при недостаточности сердечной деятельности в результате травм, при кровопотере, во время болевых ощущений. Значительное урежение пульса происходит при тяжелых состояниях (черепно-мозговая травма);

– реакция зрачков на свет. Ее определяют путем направления на глаз пучка света от любого источника; сужение зрачка свидетельствует о положительной реакции. -При дневном свете эта реакция проверяется следующим образом: закрывают глаз рукой на 2–3 мин, затем быстро убирают руку; если зрачки сужаются, то это свидетельствует о

сохранении функций головного мозга.

Отсутствие всего названного выше является сигналом к немедленному проведению реанимационных мероприятий (искусственное дыхание, непрямой массаж сердца) до восстановления признаков жизни. Проведение оживления пострадавшего становится нецелесообразным через 20–25 мин. после начала реанимации, если признаки жизни по-прежнему отсутствуют.

Наступлению биологической смерти – необратимому прекращению жизнедеятельности организма – предшествуют агония и клиническая смерть.

Агония характеризуется затемненным сознанием, отсутствием пульса, расстройством дыхания, которое становится неритмичным, поверхностным, судорожным, снижением артериального давления. Кожа становится холодной, с бледным или синюшным оттенком. После агонии наступает клиническая смерть.

Клиническая смерть – состояние, при котором отсутствуют основные признаки жизни – сердцебиение и дыхание, но еще не развились необратимые изменения в организме. Клиническая смерть длится 5–8 минут. Данный период необходимо использовать для оказания реанимационных мероприятий. По истечении этого времени наступает биологическая смерть.

Признаками смерти являются:

- отсутствие дыхания;
- отсутствие сердцебиения;
- отсутствие чувствительности на болевые и термические раздражители;
- снижение температуры тела;
- помутнение и высыхание роговицы глаза;
- отсутствие рвотного рефлекса;
- трупные пятна сине-фиолетового или багрово-красного цвета на коже лица, груди, живота;
- трупное окоченение, проявляющееся через 2–4 ч после смерти.

Окончательное решение о смерти пострадавшего принимается в установленном законом порядке.

Травмы, ушибы, раны. Травма – нарушение целостности ткани под воздействием внешних факторов. Травмы бывают механическими, физическими, химическими, биохимическими, психическими.

Ушиб – механическое нарушение мягких тканей без повреждения кожи, на месте ушиба появляются боль, припухлость, кровоподтек, скопление крови. При ушибе грудной клетки нарушается дыхание. Ушиб живота может привести к разрыву печени, селезенки, кишечника, внутреннему кровотечению. Ушиб головы вызывает черепно-мозговую травму.

Раны – повреждения тканей организма вследствие механического воздействия, сопровождающиеся нарушением целостности кожи и слизистых оболочек. Различают колотые, ушибленные, резаные, огнестрельные, укушенные раны. Они сопровождаются кровотечением, болью, нарушением функции поврежденного органа и могут осложняться инфекцией.

Первая помощь. При наличии артериального кровотечения осуществить мероприятия по его временной остановке. Из раны удалить куски одежды, крупные инородные тела: Волосы вокруг раны выстричь ножницами. Кожу вокруг раны обработать спиртом и зеленкой (1%-ный раствор бриллиантовой зелени). Наложить ватно-марлевую повязку из индивидуального пакета (можно наложить на рану несколько стерильных салфеток, накрыть их стерильной ватой и прибинтовать). Для укрепления повязок на голове удобно пользоваться сетчатым бинтом. При обширных глубоких ранах нужно обеспечить покой травмированной конечности: руку подвесить на косынке или прибинтовать к туловищу, ногу иммобилизовать транспортной шиной. Повязки на туловище и животе лучше всего делать по типу повязок-наклеек (салфетки укрепить

бинтом или лейкопластырем). При сильной боли ввести 1–2 мл 2%-ного раствора промедола внутримышечно или ненаркотические обезболивающие средства (трамал и др.).

Нарушения сознания – обморок, коллапс, кома. Обморок – внезапно возникающая кратковременная утрата сознания. Проявляется резкой бледностью кожи. Глаза блуждают и закрываются, пострадавший падает; зрачки суживаются, потом расширяются, на свет не реагируют. Конечности холодные на ощупь, кожа покрыта липким потом, пульс редкий, слабый; дыхание редкое, поверхностное. Приступ длится от нескольких секунд до 1–2 мин, затем следует быстрое и полное восстановление сознания.

Первая помощь. Пострадавшего уложить на спину с несколько откинутой назад головой, расстегнуть воротник, обеспечить доступ свежего воздуха. К носу поднести ватку, смоченную нашатырным спиртом, обрызгать лицо холодной водой, согреть ноги или растереть их.

Комапс – тяжелое, угрожающее жизни состояние, характеризующееся резким снижением артериального и венозного давления, угнетением деятельности ЦНС. Коллапс может наступить при резкой кровопотере, недостатке кислорода, нарушении питания, травмах, отравлениях. При коллапсе кожа бледнеет, покрывается липким холодным потом, конечности приобретают мраморно-синий цвет, вены спадают и становятся неразличимыми под кожей. Глаза западают, черты лица заостряются. Артериальное

давление резко падает, пульс едва прощупывается или отсутствует. Дыхание учащенное, поверхностное, иногда прерывистое. Может наступить непроизвольное мочеиспускание и опорожнение кишечника. Больной вял, сознание затемнено, а иногда отсутствует полностью.

Первая помощь. Пострадавшего уложить на спину без подушки, нижнюю часть туловища и ноги несколько приподнять, дать понюхать нашатырный спирт. К конечностям приложить грелки, при сохраненном сознании дать пострадавшему крепкий горячий чай. Необходима срочная госпитализация.

Кома – бессознательное состояние, когда отсутствуют реакции на внешние раздражители (словесное, болевое воздействие и т.д.). Причины, комы могут быть различными (нарушение мозгового кровообращения, повреждения печени, почек, отравление, травма). Травматическая кома может возникнуть при тяжелом сотрясении головного мозга. Бессознательное состояние длится от нескольких минут до 24 ч и дольше. При осмотре отмечают бледность лица, медленный пульс, рвота, нарушение или отсутствие дыхания, непроизвольное мочеиспускание, при повреждении мозга к этому добавляется паралич.

Первая помощь. Освободить дыхательные пути от слизи, рвотных масс, инородных тел. Провести искусственное дыхание методами «рот в рот», «рот в нос». Необходима срочная госпитализация.

Искусственное дыхание. При неотложных состояниях, угрожающих жизни, скорость оказания помощи является решающим фактором. Если мозг не получит кислорода в течение нескольких минут после остановки дыхания, наступит необратимое повреждение мозга или смерть:

0 минут – дыхание остановилось, скоро остановится сердце;

4–6 минут – возможно повреждение мозга;

6–10 минут – вероятное повреждение мозга;

более 10 минут – необратимое повреждение мозга.

Необходимость проведения искусственного дыхания возникает в случаях, когда дыхание отсутствует или нарушено в такой степени, что это угрожает жизни пострадавшего. Искусственное дыхание – неотложная мера первой помощи при утоплении, удушении, поражении электрическим током, тепловом и солнечном ударах, при некоторых отравлениях. В случае клинической смерти, то есть при отсутствии самостоятельного дыхания и сердцебиения, искусственное дыхание проводят

одновременно с массажем сердца. Длительность искусственного дыхания зависит от тяжести дыхательных расстройств, причем оно должно продолжаться до тех пор, пока не восстановится полностью самостоятельное дыхание. При появлении первых признаков смерти, например, трупных пятен, искусственное дыхание следует прекратить.

Лучшим способом искусственного дыхания, конечно же, является подключение к дыхательным путям пострадавшего специальных аппаратов (респираторов), которые могут вдуть пострадавшему до 1000–1500 мл свежего воздуха за каждый вдох. Но у неспециалистов таких аппаратов под рукой, безусловно, нет. Старые методы искусственного дыхания (Сильвестра, Шеффера и др.), в основе которых лежат различные приемы сжатия грудной клетки, недостаточно эффективны, так как, во-первых, они не обеспечивают освобождения дыхательных путей от запавшего языка, а во-вторых, с их помощью в легкие за 1 вдох попадает не более 200–250 мл воздуха. В настоящее время наиболее эффективными методами искусственного дыхания признаны вдутье изо рта в рот и изо рта в нос. Спасатель с силой выдыхает воздух из своих легких в легкие пострадавшего, временно становясь «респиратором». Конечно, это не тот воздух с 21% кислорода, которым мы дышим. Однако, как показали исследования реаниматологов, в воздухе, который выдыхает здоровый человек, содержится 16–17% кислорода, что достаточно для проведения полноценного искусственного дыхания, тем более в экстремальных условиях.

Итак, если у пострадавшего нет своих дыхательных движений, то надо немедленно приступить к искусственному дыханию! Если есть сомнения, дышит пострадавший, или нет, то следует, не раздумывая, начинать «дышать за него» и не тратить драгоценные минуты на поиски зеркала, прикладывания его ко рту и т.д.

Чтобы вдуть «воздух своего выдоха» в легкие пострадавшего, спасатель вынужден касаться своими губами его лица. Из гигиенических и этических соображений наиболее рациональным можно считать следующий прием, состоящий из нескольких операций:

- 1) взять носовой платок или любой другой кусок ткани (лучше марли);
- 2) прокусить отверстие в середине марли;
- 3) расширить его пальцами до 2–3 см;
- 4) наложить ткань отверстием на нос или рот пострадавшего (в зависимости от выбора способа искусственного дыхания);
- 5) плотно прижаться своими губами к лицу пострадавшего через марлю, а вдутье проводить через отверстие в ней.

Искусственное дыхание изо рта в рот. Спасатель стоит сбоку от головы пострадавшего (лучше слева). Если пострадавший лежит на полу, то приходится стать на колени. Быстро очищает рот и глотку пострадавшего от рвотных масс. Если челюсти пострадавшего плотно сжаты; спасатель их раздвигает. Затем, положив одну руку на лоб пострадавшего, а другую на затылок, переразгибает (то есть откидывает назад) голову пострадавшего, при этом рот, как правило, открывается. Спасатель делает глубокий вдох, слегка задерживает свой выдох и, нагнувшись к пострадавшему, полностью герметизирует своими губами область его рта, создавая как бы непроницаемый для воздуха купол над ротовым отверстием пострадавшего. При этом ноздри пострадавшего нужно закрыть большим и указательным пальцами руки, лежащей на его лбу, или прикрыть своей щекой, что сделать гораздо труднее. Отсутствие герметичности – частая ошибка при искусственном дыхании. При этом утечка воздуха через нос или углы рта пострадавшего сводит на нет все усилия спасателя. После герметизации спасатель делает быстрый, сильный выдох, вдывая воздух в дыхательные пути и легкие пострадавшего. Выдох должен длиться около 1 сек и по объему достигать 1,0–1,5 л, чтобы вызвать достаточную стимуляцию дыхательного центра. При этом необходимо непрерывно следить за тем, хорошо ли поднимается грудная клетка пострадавшего при искусственном вдохе. Если амплитуда таких дыхательных движений недостаточна – значит, мал объем вдываемого воздуха или западает язык. После окончания выдоха спасатель разгибается и

освобождает рот Пострадавшего, ни в коем случае не прекращая переразгибания его головы, иначе язык западет и полноценного самостоятельного выдоха не будет. Выдох пострадавшего должен длиться около 2 сек, во всяком случае, лучше, чтобы он был вдвое продолжительнее вдоха. В паузе перед следующим вдохом спасателю нужно сделать 1–2 небольших обычных вдоха-выдоха «для себя». Цикл повторяется с частотой 10–12 в минуту. При попадании большого количества воздуха не в легкие, а в желудок, вздутие последнего затруднит спасение пострадавшего. Поэтому целесообразно периодически освобождать его желудок от воздуха, надавливая на эпигастральную (подложечную) область.

Искусственное дыхание изо рта в нос проводят, если у пострадавшего стиснуты зубы или имеется травма губ или челюстей. Спасатель, положив одну руку на лоб пострадавшего, а другую – на его подбородок, переразгибает голову и одновременно прижимает его нижнюю челюсть к верхней. Пальцами руки, поддерживающей подбородок, он должен прижать верхнюю губу, герметизируя тем самым рот пострадавшего. После глубокого вдоха спасатель своими губами накрывает нос пострадавшего, создавая все тот же непроницаемый для воздуха купол. Затем спасатель производит сильное вдувание воздуха через ноздри (1,0–1,5 л), следя при этом за движением грудной клетки пострадавшего.

После окончания искусственного вдоха нужно обязательно освободить не только нос, но и рот пострадавшего: мягкое нёбо может препятствовать выходу воздуха через нос и тогда при закрытом рте выдоха вообще не будет. Нужно при таком выдохе поддерживать голову переразогнутой (то есть откинутой назад), иначе запавший язык помешает выдоху. Длительность выдоха – около 2 сек. В паузе спасатель делает 1–2 небольших вдоха-выдоха «для себя».

Искусственное дыхание нужно проводить, не прерываясь более чем на 3–4 сек, до тех пор, пока не восстановится полностью самостоятельное дыхание или пока не появится врач и не даст другие указания. Надо непрерывно проверять эффективность искусственного дыхания (хорошее раздувание грудной клетки пострадавшего, отсутствие вздутия живота, Постепенное порозовение кожи лица). Следует постоянно следить за тем, чтобы во рту и носоглотке не появились рвотные массы, а если это произойдет, то надо перед очередным вдохом пальцем, обернутым тканью, очистить через рот дыхательные пути пострадавшего. По мере проведения искусственного дыхания у спасателя может закружиться голова из-за недостатка в его организме углекислого газа. Поэтому лучше, чтобы вдувание воздуха производили два спасателя, меняясь через 2–3 минуты. Если это невозможно, то следует через каждые 2–3 мин урезать вдохи до 4–5 в мин, чтобы за этот период у того, кто проводит искусственное дыхание, в крови и мозге поднялся уровень углекислого газа.

Проводя искусственное дыхание у пострадавшего с остановкой дыхания, надо ежеминутно проверять, не произошла ли у него и остановка сердца. Для этого следует двумя пальцами прощупывать пульс на шее в треугольнике между дыхательным горлом (гортанным хрящом, который называют иногда кадыком) и кивательной (грудиноключично-сосцевидной) мышцей. Спасатель устанавливает два пальца на боковую поверхность гортанного хряща, после чего «соскальзывает» ими в ложбинку между хрящом и кивательной мышцей. Именно в глубине этого треугольника и должна пульсировать сонная артерия. Если пульсации сонной артерии нет – надо немедленно начинать непрямой массаж сердца, сочетая его с искусственным дыханием. Если пропустить момент остановки сердца и 1–2 мин проводить пострадавшему только искусственное дыхание, то спасти его, как правило, не удастся.

Особенности искусственного дыхания у детей. Для восстановления дыхания у детей до 1 года искусственную вентиляцию легких осуществляют по методу «рот в рот и нос», у детей старше 1 года – по методу «рот в рот». Оба метода проводятся в положении ребенка на спине, детям до 1 года под спину кладут невысокий валик (сложенное одеяло)

или слег? ка приподнимают верхнюю часть туловища подведенной под спину рукой, голову ребенка запрокидывают.

Спасатель делает вдох (неглубокий!), герметично охватывает ртом рот и нос ребенка или (у детей старше 1 года) только рот и вдует в дыхательные пути ребенка воздух, объем которого должен быть тем меньше, чем младше ребенок (например, у новорожденного он равен 30–40 мл). При достаточном объеме вдываемого воздуха и попадании его в легкие (а не желудок) появляются движения грудной клетки. Закончив вдывание, нужно убедиться, что грудная клетка опускается.

Вдывание чрезмерно большого для ребенка объема воздуха может привести к тяжелым последствиям – разрыву альвеол легочной ткани и выходу воздуха в плевральную полость. Частота вдываний должна соответствовать возрастной частоте дыхательных движений, которая с годами уменьшается. В среднем частота дыханий в 1 мин составляет у новорожденных и детей до 4 мес. жизни – 40, в 4–6 мес. – 40–35, в 7 мес. – 2 года – 35–30, в 2–4 года – 30–25, в 4–6 лет – около 25, в 6–12 лет – 22–20, в 12–15 лет – 20–18.

Массаж сердца – механическое воздействие на сердце после его остановки с целью восстановления деятельности и поддержания непрерывного кровотока до возобновления работы сердца. Показаниями к массажу сердца являются все случаи его остановки.

Признаки внезапной остановки сердца – резкая бледность, потеря сознания, исчезновение пульса на сонных артериях, прекращение дыхания или появление редких судорожных вдохов, расширение зрачков.

Существуют два основных вида массажа сердца: непрямой, или наружный (закрытый), и прямой, или внутренний (открытый).

Найдите правильное положение для рук:

- нащупайте пальцами углубление на нижнем крае грудины и держите свои два пальца в этом месте;
- положите основание ладони другой руки на грудину выше того места, где расположены пальцы;
- снимите пальцы с углубления и положите ладонь первой руки поверх другой руки;
- не касайтесь пальцами грудной клетки.

Непрямой массаж сердца основан на том, что при нажатии на грудь спереди назад сердце, расположенное между грудиной и позвоночником, сдавливается настолько, что кровь из его полостей поступает в сосуды. После прекращения надавливания сердце расслабляется и в полости его поступает венозная кровь.

Непрямым массажем сердца должен владеть каждый человек. При остановке сердца его надо начинать как можно скорее. Он наиболее эффективен, если начат немедленно после остановки сердца. Для этого пострадавшего укладывают на плоскую твердую поверхность – землю, пол, доску (на мягкой поверхности, например, постели, массаж сердца проводить нельзя). Спасатель становится слева или справа от пострадавшего, кладет ладонь ему на грудь таким образом, чтобы основание ладони располагалось на нижнем конце грудины. Поверх этой ладони помещает другую для усиления давления и сильными, резкими движениями, помогая себе всей тяжестью тела, осуществляет быстрые ритмичные толчки с частотой один раз в секунду. Грудина при этом должна прогибаться на 3–4 см, а при широкой грудной клетке – на 5–6 см. Для облегчения притока венозной крови к сердцу ногам пострадавшего придают возвышенное положение. При проведении непрямого массажа соблюдайте следующие правила:

- при проведении надавливаний плечи спасателя должны находиться над его ладонями;
- надавливания на грудину проводятся на глубину 4–5 см;
- за 10 секунд следует делать приблизительно 15 надавливаний (от 80 до 100 надавливаний в минуту);

- производить надавливания плавно по вертикальной прямой, постоянно удерживая руки на груди;
- не делать раскачивающих движений во время проведения процедуры (это снижает эффективность надавливаний и напрасно расходует ваши силы);
- прежде чем начинать следующее надавливание, дайте грудной клетке подняться в исходное положение.

Методика непрямого массажа сердца у детей зависит от возраста ребенка. Детям до 1 года достаточно надавливать на грудь одним-двумя пальцами. Для этого спасатель укладывает ребенка на спину головой к себе, обхватывает ребенка так, чтобы большие пальцы рук располагались на передней поверхности грудной клетки, а концы их – на нижней трети грудины, остальные пальцы подкладывает под спину. Детям в возрасте старше 1 года и до 7 лет массаж сердца производят стоя сбоку, основанием одной кисти, а более старшим – обеими кистями (как взрослым). Во время массажа грудная клетка должна про-габаться на 1,0–1,5 см у новорожденных, на 2,0–2,5 см – у детей 1 – 12 мес, на 3–4 см – у детей старше 1 года.

Число надавливаний на грудь в течение 1 мин должно соответствовать средней возрастной частоте пульса, которая составляет у новорожденного 140, у детей 6 мес. – 130–135, 1 года - 120-125, 2 лет -110-115, 3 лет - 105-110, 4 лет -100-105, 5 лет - 100, 6 лет - 90-95, 7 лет - 85-90, 8-9 лет -80–85, 10–12 лет – 80, 13–15 лет – 75 ударов в 1 минуту.

Непрямой массаж сердца обязательно сочетают с искусственным дыханием. Их удобнее проводить двум лицам. При этом один из спасателей делает одно вдувание воздуха в легкие, затем другой производит пять надавливаний на грудную клетку. Непрямой массаж сердца – простая и эффективная мера, позволяющая спасти жизнь пострадавшим, применяется в порядке первой помощи. Успех, достигнутый при непрямом массаже, определяется по сужению зрачков, появлению самостоятельного пульса и дыхания. Этот массаж должен проводиться до прибытия врача.

Прямой массаж заключается в периодическом сдавливании сердца рукой, введенной в полость грудной клетки. Этот вид массажа применяет только хирург в случае остановки сердца при операции на органах грудной полости.

Кровотечение – излияние (вытекание) крови из кровеносных сосудов при нарушении целостности их стенок. Кровотечения бывают травматическими, вызванными повреждением сосудов, и нетравматическими, связанными с разрушением сосудов каким-либо болезненным процессом. В зависимости от вида поврежденных кровеносных сосудов кровотечение может быть артериальным, венозным, капиллярным и смешанным.

При артериальном кровотечении изливающаяся кровь имеет ярко-красный цвет, бьет сильной пульсирующей струей.

При венозном кровотечении кровь более темная и обильно выделяется из раны непрерывной струей.

При капиллярном кровотечении кровь выделяется равномерно по всей поверхности раны (как из губки).

Смешанное кровотечение характеризуется признаками артериального и венозного кровотечений.

Пострадавший с острой кровопотерей бледен, покрыт холодным потом, вял, жалуется на головокружение, отмечаются потемнение перед глазами при подъеме головы, сухость во рту. Пульс частый, малого наполнения.

Первая помощь. Главным способом, часто спасающим жизнь пострадавшему, является временная остановка кровотечения. Наиболее простой способ – пальцевое прижатие артерии на протяжении, то есть не в области раны, а выше в доступных местах вблизи кости или под ней.

Височную артерию прижать первым (большим) пальцем впереди ушной раковины при кровотечении из ран головы. Нижнечелюстную артерию прижать к углу нижней челюсти при кровотечении из раны на лице. Общую сонную артерию прижать на

передней поверхности снаружи от гортани. Давление пальцами надо производить по направлению к позвоночнику, при этом сонная артерия придавливается к поперечному отростку шестого шейного позвонка.

Подключичную артерию прижать в ямке над ключицей к первому ребру. Подмышечную артерию при кровотоке из раны в области плечевого сустава и надплечья прижать к головке плечевой кости по переднему краю роста волос в подмышечной впадине. Плечевую артерию прижать к плечевой кости с внутренней стороны от двуглавой мышцы, если кровотечение возникло из ран средней и нижней трети плеча, предплечья и кисти. Лучевую артерию прижать к подлежащей кости в области запястья у большого пальца при кровотоке из ран кисти. Бедренную артерию прижать в паховой области при кровотоке из ран в области бедра. Прижатие произвести в паховой области на середине расстояния между лобком и выступом подвздошной кости. Подколенную артерию прижать в области подколенной ямки при кровотоке из ран голени и стопы.

Артерии тыла стопы прижать к подлежащей кости при кровотоке из раны на стопе.

Пальцевое прижатие дает возможность остановить кровотечение почти моментально. Но даже сильный человек не может продолжать его более 10–15 мин, так как руки его утомляются и прижатие ослабевает. В связи с этим такой прием важен,

главным образом, потому, что он позволяет выиграть какое-то время для других способов остановки кровотечения.

При артериальных кровотечениях из сосудов верхних и нижних конечностей прижатие артерий можно осуществить иным способом: при кровотоке из артерий предплечья вложить две пачки бинтов в локтевой сгиб и максимально согнуть руку в локтевом суставе; то же самое сделать для артерий голени и стопы – в подколенную область вложить две пачки бинтов и ногу максимально согнуть в суставе.

После прижатия артерий приступить к наложению кровоостанавливающего жгута. Он состоит из толстой резиновой трубки или ленты длиной 1,0–1,5 м, к одному концу которой прикреплен крючок, а к другому – металлическая цепочка. Чтобы не повредить кожу, жгут надо наложить поверх одежды или место наложения жгута несколько раз обернуть бинтом, полотенцем и т.д. Резиновый жгут растянуть, в таком виде приложить к конечности и, не ослабляя натяжения, обернуть вокруг нее несколько раз так, чтобы между ними не попали складки кожи. Концы жгута скрепить с помощью цепочки и крючка.

При отсутствии резинового жгута использовать подручные материалы, например, резиновую трубку, поясной ремень, галстук, бинт, носовой платок. При этом конечность перетянуть, как жгутом, или сделать закрутку с помощью палочки. Использование тонких или жестких предметов (веревка, проволока) может привести к повреждению тканей, нервов, поэтому применять их не рекомендуется.

При правильном наложении жгута кровотечение сразу же прекращается, а кожа конечности бледнеет. Степень сдавливания конечности можно определить по пульсу на какой-либо артерии ниже жгута; исчезновение пульса указывает на то, что артерия сдавлена. Жгут оставить на конечности на 2 ч (а зимой вне помещения – на 1,0–1,5 ч), так как при длительном сдавливании может наступить омертвление конечности ниже жгута. К жгуту прикрепить лист бумаги с указанием времени его наложения.

В тех случаях, когда прошло более 2 ч, а пострадавший по какой-либо причине еще не доставлен в лечебное учреждение, на короткое время жгут следует снять. Сделать это нужно вдвоем: одному произвести пальцевое прижатие артерии выше жгута, другому медленно, чтобы поток крови не вытолкнул образовавшийся в артерии тромб, распустить жгут на 3–5 мин и снова наложить его, но чуть выше предыдущего места. За пострадавшим, которому наложен жгут, необходимо наблюдать. Если жгут наложен слабо, то артерия оказывается пережатой не полностью, и кровотечение продолжается.

Так как при этом вены пережаты жгутом, то конечность наливается кровью, повышается давление в сосудах, и кровотечение может даже усилиться; кожа конечности из-за переполнения вен кровью приобретет синюшную окраску. При слишком сильном сдавливании конечности жгутом повреждаются подлежащие ткани, в том числе нервы, и может наступить паралич конечности. Жгут нужно затягивать только до остановки кровотечения, но не более того.

Артериальное кровотечение из артерий кисти и стопы не требует обязательного наложения жгута. Достаточно плотно прибинтовать пачку стерильного бинта или тугой валик из стерильных салфеток к месту ранения и придать конечности возвышенное положение. Жгут применяют только при обширных множественных ранениях и разможениях кисти или стопы. Кровотечения из пальцевых артерий нужно остановить тугой давящей повязкой. При любом кровотечении, особенно при ранении конечности, надо придать ей возвышенное положение и обеспечить ее покой.

Травматический вывих – нарушение формы сустава со стойким взаимным смещением суставных концов костей. При этом отмечаются резкая боль, деформация и нарушение функции сустава.

Первая помощь. При вывихе в плечевом или локтевом суставе зафиксировать верхнюю конечность бинтом к туловищу или подвесить руку на косынке. При вывихе суставов нижней конечности зафиксировать бинтом поврежденную ногу к здоровой ноге или к подручным средствам, придав больному суставу неподвижность. Применить холод и обезболивающие средства. Отправить пострадавшего в лечебное учреждение.

Растяжение и разрыв связок – повреждение суставной сумки при движениях. Признаками растяжения (разрыва) связок являются боль в суставе, нарушение его функции, отек, кровоизлияние.

Растяжение связок происходит, когда кость выходит за пределы обычной амплитуды движения. Чрезмерная нагрузка, оказываемая на сустав, может привести к полному разрыву связок и вывиху кости. При этом не исключен перелом кости. При легких растяжениях связок заживление обычно происходит достаточно быстро. Поэтому люди часто не обращают никакого внимания на подобное происшествие, и в результате сустав может быть травмирован повторно.

Тяжелые формы растяжений обычно вызывают сильную боль при малейшем движении сустава. Наиболее распространенными являются растяжения связок голеностопного и коленного суставов, пальцев и запястья. Иногда растяжение связок может иметь более серьезные функциональные последствия, чем перелом. Зажившая после перелома кость редко ломается снова. А сустав после растяжения или разрыва связок может стать менее устойчивым, что повышает вероятность повторной травмы.

Первая помощь. Помощь при всех травмах опорно-двигательного аппарата одинакова. Во время оказания помощи постарайтесь не причинять пострадавшему дополнительной боли. Помогите ему принять удобное положение. Помните об основных моментах:

- покой;
- обеспечение неподвижности поврежденной части тела;
- холод;
- приподнятое положение поврежденной части тела.

Перелом – внезапное нарушение целостности кости. Переломы бывают открытыми и закрытыми.

Открытые переломы – это переломы, при которых имеется рана в зоне перелома и область перелома сообщается с внешней средой. Они могут представлять собой опасность для жизни вследствие частого развития шока, кровопотери, инфицирования.

Первая помощь. На рану в области перелома наложить стерильную повязку. Ввести обезболивающее средство. Категорически запрещается вправлять пальцами в рану отломки костей. При обильном кровотечении наложить жгут. Транспортировать

пострадавшего в лечебное учреждение на носилках в положении лежа на спине.

Закрытые переломы – это переломы, при которых отсутствует рана в зоне перелома. Характерными внешними признаками закрытых переломов являются нарушение прямолинейности и появление «ступеньки» в месте перелома. Отмечаются ненормальная подвижность, боль, хруст отломков, припухлость.

Первая помощь. Обездвижить место перелома, наложить шину, ввести обезболивающее средство, доставить пострадавшего в лечебное учреждение. (Иммобилизацию следует производить поверх одежды.)

Принципы иммобилизации. При наложении шины руководствуйтесь следующими правилами:

- шина накладывается без изменения положения поврежденной части;
- шина должна охватывать как область повреждения, так и суставы, расположенные выше и ниже этой области;
- до и после наложения шины проверьте кровообращение в поврежденной части тела (спросите пострадавшего, немеют ли у него кончики пальцев поврежденной конечности; проверьте пальцы поврежденной конечности – они должны быть теплые на ощупь и иметь розовый цвет у ногтей – при жалобах на онемение ослабьте повязку);
- зафиксируйте шину выше и ниже области повреждения.

Виды шин. Шины бывают трех видов: мягкие, жесткие и анатомические.

В качестве мягких шин можно использовать сложенные одеяла, полотенца, подушки, поддерживающие повязки или бинты.

К жестким шинам относятся дощечки, полоски металла, картон, сложенные журналы и т.п.

При анатомических шинах в качестве опоры используется тело самого пострадавшего. Например, поврежденная рука может быть прибинтована к груди пострадавшего, нога – к здоровой ноге.

Травматическая ампутация конечностей бывает полной и неполной. При полной ампутации отчлененный сегмент конечности не имеет связи с культей. При неполной ампутации происходят повреждения сосудов, нервов, костей, сухожилий с частичным сохранением мягких тканей и кожного покрова. Для успешного восстановления прежней целостности ампутированной конечности имеет значение правильное оказание помощи пострадавшему, выполнение условий хранения и транспортировки ампутированного сегмента.

Сохранность ампутированного сегмента: ампутант в исходном состоянии завернуть в сухое стерильное полотно, платок, не очищать и не промывать. Затем (по возможности) поместить ампутант в полиэтиленовый пакет, перекрыть доступ воздуха. Первый пакет поместить во второй, больший по величине; второй пакет заполнить водой со льдом.

Ампутант должен находиться при достаточно низкой температуре, но не должен напрямую соприкасаться с холодным материалом, так как может возникнуть поражение тканей.

В зависимости от ситуации необходимо организовать поиск ампутанта. Необходимо предпринять максимум усилий для его скорейшего обнаружения ради того, чтобы сохранить для пострадавшего шансы на ретрансплантацию (хирургическое восстановление).

Поиск и сохранение ампутанта не должны препятствовать проведению необходимых мероприятий по сохранению жизни пострадавшего (остановка кровотечения) и противошоковых мер.

Первая помощь. Остановить кровотечение из культи наложением давящей повязки или надувным манжетом. Поврежденную конечность держать в возвышенном положении. Уложить пострадавшего, дать ему обезболивающее средство, напоить крепким чаем; раненую поверхность укрыть чистой или стерильной салфеткой. Отчлененную часть конечности обернуть стерильной или чистой тканью, поместить в полиэтиленовый пакет,

который уложить в емкость, наполненную снегом, льдом, холодной водой. При транспортировке пакет с ампутированной конечностью должен находиться в подвешенном состоянии, к нему прикрепить записку с указанием времени травмы. При неполной ампутации провести тщательную иммобилизацию всей конечности и охлаждение оторванной части. Пострадавшего немедленно доставить в лечебное учреждение.

Повреждения черепа. Люди, перенесшие травму головы (или позвоночника), могут иметь значительные нарушения физического или неврологического характера, такие, как паралич, речевые нарушения, проблемы с памятью, а также психические расстройства. Многие пострадавшие остаются инвалидами на всю жизнь.

Своевременная и правильная первая помощь может предотвратить некоторые последствия травм головы и позвоночника, приводящие к смерти или инвалидности.

Переломы свода черепа могут быть закрытыми и открытыми. Местные проявления – гематома в области волосяного покрова части головы, рана при открытом повреждении, другие изменения, выявляемые при ощупывании. Могут быть нарушения сознания от кратковременной его потери до комы, в зависимости от степени повреждения, что способно привести к нарушению дыхания.

Первая помощь. Если пострадавший находится в сознании и удовлетворительном состоянии, то его надо уложить на спину на носилки без подушки. На рану головы накладывается повязка. При бессознательном состоянии пострадавшего нужно уложить на носилки на спину в положении полуоборота, для чего под одну из сторон туловища подложить валик из верхней одежды. Голову повернуть в сторону, по возможности в левую, чтобы в случае возникновения рвоты рвотные массы не попали в дыхательные пути, а вытекли наружу. Расстегнуть всю стягивающую одежду. Если у пострадавшего имеются зубные протезы и очки, то снять их. При острых нарушениях дыхания произвести искусственное дыхание.

Перелом основания черепа. В раннем периоде отмечаются кровотечения из ушей, носовое кровотечение, головокружение, головные боли, потеря сознания. В более позднем периоде появляются кровоизлияния в области глазниц, истечение из носа и ушей спинномозговой жидкости.

Первая помощь. Пострадавшего уложить на спину, освободить дыхательные пути от слизи, рвотных масс, при нарушении дыхания провести искусственное дыхание; в случае выделения крови и спинномозговой жидкости из ушей и носа провести тампонаду на короткий промежуток времени; срочно госпитализировать.

Сотрясение головного мозга развивается, главным образом, при закрытой черепно-мозговой травме. Оно проявляется потерей сознания различной продолжительности, от нескольких мгновений до нескольких минут. После выхода из бессознательного состояния отмечаются головная боль, тошнота, иногда рвота, пострадавший почти всегда не помнит обстоятельств, предшествовавших травме, и самого момента ее. Характерны побледнение или покраснение лица, учащение пульса, общая слабость.

Ушиб головного мозга характеризуется длительной потерей сознания (свыше 1–2 ч) и возможен при закрытой и открытой черепно-мозговой травме. В тяжелых случаях при ушибе могут нарушаться дыхание и сердечно-сосудистая деятельность.

Первая помощь. Пострадавшего уложить на носилки даже при самой кратковременной потере сознания. При открытой черепно-мозговой травме, вызвавшей сотрясение мозга или ушиб, на рану наложить повязку. В случае остановки сердца, дыхания провести непрямой массаж сердца, искусственное дыхание методом «рот в рот», «рот в нос» или использовать специальные приспособления.

Первая помощь при ранении лица. Ранения мягких тканей лица сопровождаются расхождением краев раны, кровотечением, болью, нарушением функций открывания рта, речи, дыхания. Ранения мягких тканей могут осложниться шоком, кровопотерей.

Первая помощь. Наложить давящую повязку, местно – холод. В случае

кровотечения осуществить его временную остановку пальцевым прижатием крупных артерий.

Перелом нижней челюсти. Пострадавшие жалуются на боль в месте повреждения, усиливающуюся при речи, открывании рта, на невозможность сомкнуть зубы. Нередко перелом нижней челюсти сопровождается кратковременной потерей сознания.

Первая помощь. С целью обезболивания пострадавшему подкожно ввести 1 мл 2%-ного раствора промедола или другие обезболивающие средства. Создать покой поврежденному органу при помощи подбородочной, пращевидной или стандартной транспортной повязки.

Повреждения глаз. Ушиб глаза может быть прямым – возникать при непосредственном ударе травмирующего предмета о глаз и непрямым – вследствие сотрясения туловища, лицевого скелета. Признаками ушиба глазного яблока являются боль, отек век, снижение остроты зрения.

Первая помощь. Наложить повязку.

Ранения век происходят в результате воздействия режущих или колющих предметов, ударов тупыми предметами. Признаками ранения являются наличие раны различных размеров и формы, кровотечение из нее, отек века, изменение его цвета.

Первая помощь. Обработать раны 1%-ным раствором бриллиантовой зелени, наложить повязку.

Проникающие ранения глаза. К ним относятся повреждения с нарушением целостности оболочек глазного яблока. Проникающие ранения могут быть вызваны режущими или колющими предметами, попаданием в глаз осколка. Ранения характеризуются болью, светобоязнью, слезотечением.

Первая помощь. Закапать в глаз 30%-ный раствор сульфа-циланатрия или 0,25%-ный раствор левомецитина. Наложить стерильную повязку.

Повреждения грудной клетки. Пуля, проникшая в легкие или грудную полость вокруг легкого, открывает доступ воздуху. При этом воздух, как выходящий из легкого, так и попадающий снаружи, заполняет пространство вокруг легкого.

Признаки и симптомы проникающего ранения грудной клетки:

- затрудненное дыхание;
- кровотечение из открытой раны грудной клетки;
- всасывающий звук, исходящий из раны при каждом вдохе;
- сильная боль в области раны;
- очевидная деформация, характерная для перелома;
- кровохарканье.

Пневмоторакс – скопление воздуха в плевральной полости. Различают закрытый и открытый пневмоторакс.

Закрытый пневмоторакс является осложнением травмы грудной клетки и служит признаком разрыва легкого. Разрыв легкого происходит вследствие непосредственной травмы отломками ребра или в результате удара о землю при падении с высоты. Через разрыв в легких в плевральную полость выходит воздух, в результате чего наступает спадение легкого и выключение его из дыхания. Пострадавший ловит ртом воздух, выражена одышка, кожные покровы бледные с синюшным оттенком, пульс учащен.

Первая помощь. Ввести 2 мл 50%-ного раствора анальгина внутримышечно или другие обезболивающие средства, придать пострадавшему возвышенное положение с приподнятым изголовьем, по возможности провести ингаляцию кислорода. Срочно госпитализировать.

При открытом пневмотораксе имеется зияющее ранение грудной стенки, в результате чего плевральная полость сообщается с внешней средой; Легкое спадает и выключается из дыхания. Общее состояние пострадавшего тяжелое. Кожные покровы синюшного цвета, выражена одышка, пострадавший пытается зажать рану рукой. При каждом вдохе в рану с «хлопаньем» входит воздух. Первая помощь

- придать возвышенное положение пострадавшему;
- попросите пострадавшего сделать глубокий выдох;
- закройте рану повязкой, не пропускающей воздух, например, куском полиэтиленового пакета или пластиковой оберткой. Если этого нет под рукой, возьмите сложенный кусок материи или что-нибудь из одежды;
- закрепите повязку лейкопластырем, оставив один ее край открытым (за счет этого воздух не будет поступать в рану при вдохе, но сможет выходить при выдохе);
- при огнестрельном ранении обязательно проверьте место возможного выхода пули. В случае обнаружения второго отверстия окажите помощь, как описано выше.

Повреждения живота и его органов. Так как в брюшной полости расположено много жизненно важных органов, травма в этой области может быть смертельной. Легко травмируются и предрасположены к сильному кровотечению при повреждении печени и селезенки.

Признаки и симптомы травмы органов брюшной полости:

- сильная боль, болезненность или чувство сдавленности в животе;
- появление синяков;
- рвота (иногда с кровью или черного цвета), слабость;
- кровь в кале (черный кал).

Кровотечение из органов брюшной полости может быть наружным или внутренним.

Даже если крови не видно, при разрыве внутреннего органа не исключено сильное внутреннее кровотечение, приводящее к шоку. Травмы живота бывают очень болезненными. Кроме того, попадание крови или иного содержимого в брюшную полость чревато тяжелыми последствиями.

В отличие от внутренних органов, находящихся в грудной клетке или тазу, органы брюшной полости практически не защищены костями.

Ушиб брюшной стенки возникает вследствие прямой травмы. Могут обнаруживаться ссадины брюшной стенки, гематома. Когда пострадавший лежит спокойно – боль неинтенсивная, но усиливается при перемене положения тела.

Закрытые повреждения живота, сопровождающиеся внут-рибрюшным кровотечением, возникают вследствие ударов значительной силы по животу, при наезде автомобиля, падении с высоты. Источником кровотечения являются разорванная селезенка, печень, сосуды тонкой и толстой кишок. Пострадавший находится в тяжелом состоянии, нередко имеются повреждения других областей тела. Он бледен, покрыт холодным потом, жалуется на головокружение, если находится в сознании. Головокружение усиливается при вертикальном положении тела. Пульс частый, одышка.

Закрытые повреждения живота сопровождаются разрывом полого органа. Чаще всего повреждается тонкая кишка, затем толстая, желудок, мочевого пузыря. Выход желудочно-кишечного содержимого в брюшную полость вызывает резкую («кинжальную») боль в животе. Пострадавший бледен, выражение лица напряженное, так как любое движение приводит к усилению болей. Живот напряжен, пульс частый, дыхание учащено.

Первая помощь. Своевременное распознавание повреждения и быстрая доставка пострадавшего в стационар имеют в данном случае решающее значение. Пострадавшего уложить на носилки на спину, при внутрибрюшном кровотечении дать холод на живот. Наркотические анальгетики вводить нельзя. При разрыве полого органа и сильной боли можно ввести 50%-ный раствор анальгина 2 мл внутримышечно или другие обезболивающие средства.

Ранения живота. Рана брюшной стенки может быть различных размеров, проникать в брюшную полость или заканчиваться в пределах брюшной стенки. Если ранен орган брюшной полости, то будет наблюдаться сильное кровотечение. Безусловным признаком проникающего ранения является выпадение органа брюшной полости (чаще всего

кишечника) в рану.

Первая помощь. На рану наложить стерильную повязку, укрепив ее полосками лейкопластыря. Нельзя вправлять выпавшие внутренности в брюшную полость – их нужно укрыть стерильными салфетками. С целью обезболивания ввести 50%-ный раствор анальгина 2 мл внутримышечно или другие обезболивающие средства. Нельзя ничего давать пить, можно смачивать водой ротовую полость. Транспортировка в положении лежа на носилках.

Повреждения позвоночника и костей таза. При подозрении на повреждения позвоночника спасатели осторожно, вдвоем или втроем, перекалывают пострадавшего на спину на носилки (желательно на щит), голову укладывают на плотный валик, сделанный из одежды, или на резиновый круг и фиксируют широким бинтом к щиту. При необходимости проводят искусственное дыхание. Ожидая прибытия «Скорой помощи», соблюдайте следующие правила:

- по возможности держите голову и позвоночник пострадавшего в неподвижном состоянии;
- иммобилизуйте руками голову пострадавшего с обеих сторон в том положении, в котором его обнаружили;
- поддерживайте проходимость дыхательных путей;
- следите за уровнем сознания и дыханием;
- при необходимости остановите наружное кровотечение;
- поддерживайте нормальную температуру тела пострадавшего;
- если на пострадавшем надет защитный шлем, не снимайте его. Снимите его только в том случае, если пострадавший не дышит.

Повреждения грудных и поясничных позвонков наблюдаются при падениях на спину, с высоты, автомобильных авариях, реже – при прямом ударе. Характерны боль и деформация в области сломанного позвонка, определяемая при ощупывании позвоночника.

Первая помощь. Для того чтобы переложить пострадавшего, потребуется не менее трех человек: первый должен находиться на уровне головы и шеи, второй – туловища, третий – ног. Подложив руки, повернуть пострадавшего на спину по команде «повернули», после укладывания на спину связать руки на груди за запястья, а ноги – в области коленных суставов и лодыжек. У головы пострадавшего установить носилки, на которые на уровне поясницы положить валик из полотенца или одежды. Приподнять пострадавшего по команде «подняли», обратив внимание на то, чтобы не было прогиба в области спины. Еще одному человеку передвинуть носилки под пострадавшего, которого опустить на них по команде «положили».

Переломы костей таза наблюдаются при травмировании тазового кольца. Множественные переломы костей таза являются тяжелыми травмами, с массивной внутренней кровопотерей, часто с повреждениями уретры и мочевого пузыря, развитием травматического шока. Пострадавший жалуется на боль в области крестца и промежности. Надавливание на лонное сочленение и подвздошные кости болезненно. Пострадавший не может поднять прямую ногу и, сгибая ее в коленном суставе, волочит стопу. При тяжелом шоке, бессознательном состоянии определить перелом костей таза можно по наличию дефекта в области лона, смещения кверху какой-либо половины таза, деформаций костей таза, укорочения бедра.

Первая помощь. Пострадавшего уложить на носилки на спину с валиком под коленями. Колени развести в стороны (положение «лягушки»). Дать любое обезболивающее средство.

Повреждения лопатки и ключицы. Переломы ключицы возникают при падении на вытянутую руку, плечевой сустав. Характерны деформация ключицы, ненормальная подвижность, припухлость, хруст отломков.

Первая помощь. Поддерживающая и фиксирующая повязки. Расположите руку и

косыночную повязку соответствующим образом:

- предплечье поврежденной стороны расположите поперек груди так, чтобы пальцы были направлены к противоположному плечу;
- наложите расправленную повязку поверх предплечья и кисти;
- повязка должна прикрывать локоть и плечо;
- поддерживая предплечье, заверните нижний конец повязки под кистью, предплечьем и локтем.
- нижний конец повязки оберните вокруг спины и затяните концы;
- осторожно установите высоту поддерживающей повязки;
- завяжите концы повязки на противоположной стороне;
- подоткните конец между предплечьем и повязкой;
- сделайте прокладку между телом и рукой в местах естественных впадин, используя мягкий, но прочный материал.

Наложите фиксирующую повязку:

- протяните повязку от локтя поврежденной стороны вокруг корпуса, хорошо закрепив ее;
- завяжите концы повязки на противоположной стороне под здоровой рукой.

Переломы лопатки чаще всего возникают вследствие прямого удара. Характерны болезненность, припухлость в области лопатки, резкая боль и ограничение движения в плечевом суставе, особенно при попытке поднять руку.

Первая помощь. Подвесить руку на косынке. Ввести обезболивающее средство.

Вывихи ключицы наблюдаются чаще всего при падении на вытянутую руку, на плечевой сустав. Отмечается выпячивание наружного конца ключицы кверху, внутреннего – кпереди (реже назад). Движение рукой в плечевом суставе вызывает сильную боль.

Первая помощь. Подвесить руку на косынке. Ввести обезболивающее средство.

Повреждения верхних конечностей – вывихи, переломы. Вывихи плеча наблюдаются при падении на вытянутую и отведенную назад руку. Рука пострадавшего отведена в сторону. Попытка опустить ее вызывает резкую боль. Поврежденное плечо удлинено по сравнению со здоровым плечом.

Первая помощь. Обычно пострадавшие сами находят такое положение, при котором уменьшается боль – они поднимают и поддерживают руку здоровой рукой. Не нужно пытаться насильственно опустить руку. При иммобилизации в подмышечную впадину вложить большой ватно-марлевый валик и руку прибинтовать к туловищу. Кисть и предплечье подвесить на косынку. Ввести 2 мл 50%-ного раствора анальгина или другие обезболивающие средства.

Перелом не всегда бывает очевидным. К переломам относятся расщепление или трещина в кости, а также ее полный разлом.

Переломы верхнего конца плечевой кости. Причины повреждения – падения на локоть, на область плечевого сустава. Пострадавшие отмечают резкую боль в плечевом суставе. Руку, согнутую в локте и прижатую к туловищу, поддерживают здоровой рукой. Плечевой сустав увеличен в объеме, наблюдается резкая болезненность при ощупывании и осторожных движениях, хруст отломков.

Первая помощь. Руку подвесить на косынку, при сильных болях – фиксировать к туловищу повязкой. Ввести 2 мл 50%-ного раствора анальгина или другие обезболивающие средства.

Переломы средней трети плеча являются следствием как не прямой травмы (падение на локоть, резкое выкручивание плеча), так и прямой травмы (удар по плечу). Характерны укорочение и деформация плеча, ненормальная подвижность на месте перелома, хруст отломков.

Первая помощь. Произвести иммобилизацию перелома шиной. Шину наложить от здоровой лопатки до основания пальцев. Руку согнуть под прямым углом в локтевом

суставе. Ввести 2 мл 50%-ного раствора анальгина или другие обезболивающие средства.

Вывихи предплечья в локтевом суставе. Причины повреждения – падение на кисть руки, автомобильные аварии. Чаще всего наблюдаются задние вывихи, реже – передние и боковые. При заднем вывихе предплечье укорочено и имеется деформация локтевого сустава. Пострадавшие жалуются на сильную боль, движения в суставе резко ограничены и болезненны. При попытке разгибания в суставе определяется пружинистое сопротивление. При переднем вывихе предплечье удлинено в сравнении со здоровой конечностью, в области локтевого отростка определяется впадина.

Первая помощь. Наложить шину на локтевой сустав. Длина шины – от верхней трети плеча до основания пальцев. Руку согнуть в локтевом суставе. Ввести обезболивающее средство.

Переломы костей предплечья. Возможен перелом как обеих костей, так и одной (локтевой или лучевой). Перелом одной кости может сопровождаться вывихом другой. При переломах обеих костей отмечаются деформация предплечья, ненормальная подвижность, боль, хруст отломков.

Первая помощь. Предплечье иммобилизовать шиной, наложив ее от нижней трети плеча до основания пальцев кисти. Руку согнуть в локтевом суставе под прямым углом. Ввести обезболивающее средство.

Переломы костей кисти возникают чаще всего в результате непосредственного удара. Наблюдаются деформация, припухлость, боль, хруст отломков.

Первая помощь. В ладонь вложить туго свернутый ват-, но-марлевый валик или небольшой мяч, фиксировать предплечье и кисть к шине, которая идет от концов пальцев до середины предплечья.

Вывихи, переломы нижних конечностей. Вывихи бедра возникают под действием большой силы при аварии, когда пострадавший находится вне автомобиля, или при падении с высоты. Отмечаются резкая боль в области тазобедренного сустава, его неподвижность, полная невозможность пользоваться конечностью. Колено несколько повернуто внутрь, к здоровой ноге, приведено к ней: реже бывает поворот наружу с отведением вывихнутого бедра от здорового бедра. Пострадавший лежит на спине или на здоровом боку.

Первая помощь. Пострадавшего уложить на носилки на спину. Конечность иммобилизовать путем подкладывания подушек и одежды, не изменив то положение, в котором зафиксирована нога.

Иммобилизация стандартными шинами обычно невозможна. Попытки насильственно выпрямить или повернуть ногу могут привести к перелому шейки бедра. Показано применение обезболивающего средства.

Переломы бедра. Перелом шейки бедра может стать следствием незначительной травмы (падение с высоты роста) у лиц пожилого возраста; у молодых людей он может произойти при наезде автомобиля, падении с высоты. Эти же причины способны вызвать и перелом бедренной кости. У пострадавшего отмечается сильная боль в области тазобедренного сустава, нога повернута наружу, быстро появляется припухлость. Попытка приподнять ногу вызывает сильную боль в месте перелома. Бедро может быть укорочено, наблюдаются ненормальная подвижность, хруст отломков.

Первая помощь. Ввести обезболивающее средство. Наложить шину Дитерихса или, при ее отсутствии, наложить две шины: длинную – от подмышечной впадины до наружной лодыжки и короткую от промежности до внутренней лодыжки. Стопу установить под углом 90°.

Повреждения коленного сустава. Повреждения менисков. Причина повреждения – резкий поворот бедра при фиксировании голени. У пострадавшего нога согнута в колене под углом 120–130°, при попытке согнуть или разогнуть ее ощущается пружинистое сопротивление.

Первая помощь. Пострадавшего уложить на спину, под коленный сустав поместить

валик.

Переломы надколенника возникают при падении на коленный сустав. При этом он увеличивается в объеме, отмечается боль, на поверхности определяются ссадины.

Первая помощь. Коленный сустав иммобилизовать шиной, ввести обезболивающее средство.

Вывих голени в коленном суставе возникает в результате приложения большой силы. Типичная ситуация – сдавливание бампером автомобиля, авария, когда пострадавший находился внутри автомобиля. У пострадавшего наблюдаются деформация в коленном суставе, сильная боль.

Первая помощь. Ввести обезболивающее средство. Иммобилизовать коленный сустав шиной.

Переломы голени. Чаще происходит перелом обеих костей голени, реже только одной. Причины повреждения – сильный удар по голени, падение тяжелых предметов на ногу, резкое вращение голени при фиксированной стопе. Отмечаются деформации и укорочение голени, ненормальная подвижность, боль, хруст отломков. Пострадавший самостоятельно поднять ногу не может.

Первая помощь. Наложить шину от верхней трети бедра до конца пальцев стопы. Ввести обезболивающее средство.

Повреждения голеностопного сустава и стопы. Причины повреждения – внезапное подвертывание стопы, падение с высоты на пятки, падение на стопу тяжелых предметов.

При повреждениях сустава и стопы отмечаются отек и деформация сустава, резкая болезненность, движения в суставе могут быть ограничены из-за сильной боли.

Первая помощь. Наложить шину от коленного сустава до кончиков пальцев стопы, расположив ее по задней поверхности голени и подошвенной поверхности стопы. Ввести обезболивающее средство.

Ожоги (термический, химический) являются следствием воздействия высокой температуры (термические ожоги), крепких кислот и щелочей (химические ожоги), электрического тока, ионизирующего излучения.

Термические ожоги. Различают три степени ожогов: легкую, среднюю и тяжелую. (Некоторые медицинские источники определяют и четвертую, крайнюю степень ожога – обугливание костной ткани.)

Ожог первой степени (поверхностный). Затрагивает лишь верхний слой кожи. Кожа становится покрасневшей и сухой, обычно болезненной. (Наиболее часто встречаются солнечные ожоги при чрезмерном нахождении на солнце без прикрытия.) Такие ожоги обычно заживают в течение 5–6 дней, не оставляя рубцов.

Ожог второй степени. Повреждаются оба слоя кожи – эпидермис и дерма. Кожа становится покрасневшей, покрывается волдырями (желто-водянистыми образованиями), которые могут вскрываться с выделением жидкости. Возрастание болевых ощущений. Заживление обычно через 3–4 недели, возможно появление рубцов.

Ожог третьей степени. Разрушает оба слоя кожи и ткани – нервы, кровеносные сосуды, жировую, мышечную и костную. Кожа выглядит обуглившейся (черной) или восково-белой (желто-коричневой), происходит отмирание ткани (некроз). Эти ожоги обычно менее болезненные, так как при этом происходит повреждение нервных окончаний кожного покрова. Обширные ожоги из-за потери жидкости приводят к шоковому состоянию. Вероятно проникновение инфекции. На теле остаются грубые рубцы, часто требуется пересадка кожи.

Ожог четвертой степени. Обугливание тканей и находящихся под ними костей. У пострадавших наблюдаются признаки начинающегося или уже имеющегося шока. Опасность – шок, прекращение функционирования органов, ампутация, внесение инфекции.

Примечания

– дети, как правило, переносят ожоги тяжелее, чем взрослые, даже если

температура воздействия была не столь высока;

– на ожоговые раны нельзя наносить пудру или мазь (обработка этих ран должна производиться только врачом, когда он составит представление о степени поражения).

Обширные ожоги осложняются ожоговым шоком, во время которого пострадавший мечется от боли, стремится убежать, плохо ориентируется в месте и обстановке. Возбуждение сменяется прострацией, заторможенностью.

Вдыхание горячего воздуха, пара, дыма может вызвать ожог дыхательных путей, отек гортани, нарушение дыхания. Это приводит к гипоксии (нарушению доставки кислорода к тканям организма).

Первая помощь. Не снимая с пострадавшего одежду, разрежьте ее ножом; осторожно обрежьте кругом прилипшие к поверхности ожога куски материи. Наложите повязку на область ожога.

При ограниченном термическом ожоге следует немедленно начать охлаждение места ожога водопроводной водой в течение 10–15 минут. После этого на область ожога наложить чистую, лучше стерильную повязку. Для уменьшения боли применять обезболивающие средства (анальгин, амидопирин и др.). При обширных ожогах, после наложения повязок, напоить пострадавшего горячим чаем. Дать обезболивающее средство и, тепло укутав, срочно доставить его в лечебное учреждение. Если перевозка задерживается или длится долго, то надо дать пострадавшему выпить щелочно-солевую смесь (1 чайная ложка поваренной соли и 1/2 чайной ложки пищевой соды, растворенные

в 2 стаканах воды). В первые 6 часов после ожога пострадавший должен получать не менее 2 стаканов раствора в течение часа. Не прокалывайте волдыри, так как целостность кожи защищает от проникновения инфекции. Если волдыри лопнули, обработайте поврежденную поверхность, как в случае раны: промойте водой с мылом и наложите стерильную повязку. Проследите за признаками и симптомами инфицирования. При подозрении на ожог дыхательных путей или легких постоянно наблюдайте за дыханием (при ожоге дыхательные пути могут отекать, вызывая нарушение дыхания у пострадавшего). Снимите с пострадавшего кольца, часы и другие предметы до появления отека. Помните, что при оказании помощи нельзя:

– прикасаться к обожженной области чем-либо, кроме стерильных или чистых перевязочных материалов, использовать вату и снимать одежду с обожженного места;

– отрывать одежду, прилипшую к ожоговому очагу;

– обрабатывать рану при ожогах третьей степени;

– вскрывать ожоговые волдыри;

– использовать жир, спирт или мазь при тяжелых ожогах.

Химические ожоги. При химических ожогах редко возникают пузыри. Углублению и распространению ожога способствует пропитанная кислотой или щелочью одежда.

Первая помощь. Немедленно удалить одежду, пропитанную химикатом. Кожу обильно промыть проточной водой. Ввести обезболивающее средство и направить пострадавшего в лечебное учреждение. Не оставляйте без внимания глаза. При попадании в глаз химического вещества промывайте его в течение 20 минут или до тех пор, пока не придет «Скорая помощь». Поврежденный глаз должен находиться ниже здорового, чтобы избежать попадания химического вещества в другой глаз. Завяжите поврежденный глаз.

Гипотермия (обморожение) заключается в общем переохлаждении тела, когда организм не в состоянии компенсировать потерю тепла.

Обморожение наступает при длительном воздействии холода на какой-либо участок тела. Воздействие холода на весь организм вызывает общее охлаждение. При обморожении на пораженных участках кожа становится холодной, бледно-синюшного цвета, чувствительность отсутствует. При общем охлаждении пострадавший вял, безучастен, кожные покровы бледные, холодные, пульс редкий, температура тела меньше 36,5° С. При воздействии холода на организм происходит сужение кровеносных сосудов,

расположенных близко к кожному покрову, и теплая кровь преимущественно согревает внутренние органы. Таким образом уменьшается выход тепла через кожу и поддерживается нормальная температура тела. Если данный механизм не в состоянии поддерживать постоянную температуру тела, у человека начинается озноб, в результате чего за счет мышечной деятельности вырабатывается дополнительное количество тепла. Гипотермия происходит вследствие переохлаждения всего организма при нарушении процесса терморегуляции. При гипотермии температура тела падает ниже 35°C , при этом возникает сердечная аритмия и в конечном итоге происходит остановка сердца. Наступает смерть.

Если у пострадавшего одновременно наблюдаются признаки отморожения и гипотермии, в первую очередь оказывайте помощь как при гипотермии, так как это состояние может привести к смерти, если человека немедленно не согреть. Но даже в этом случае не стоит оставлять без внимания отморожение, которое при тяжелой степени может повлечь ампутацию поврежденной части тела.

Первая помощь. Пострадавшего внести в теплое помещение, снять обувь и перчатки. Обмороженную конечность вначале растереть сухой тканью, затем поместить в таз с теплой ($32\text{--}34,5^{\circ}\text{C}$) водой. В течение 10 мин температуру довести до $40,5^{\circ}\text{C}$. При восстановлении чувствительности и кровообращения конечность вытереть насухо, протереть 33%-ным раствором спирта, наложить асептическую или чистую повязку (можно надеть чистые проглаженные носки или перчатки). При общем охлаждении

пострадавшего необходимо тепло укрыть, обложить грелками, напоить горячим чаем.

Тепловой удар – болезненное состояние, обусловленное общим перегреванием организма и возникающее из-за воздействия внешних тепловых факторов. Тепловой удар может начаться в результате пребывания в помещении с высокими температурой и влажностью, при интенсивной физической работе в душных, плохо вентилируемых помещениях. У пострадавшего наблюдаются чувство общей слабости, разбитости, головная боль, головокружение, шум в ушах, сонливость, жажда, тошнота. При осмотре выявляется покраснение кожных покровов. Пульс и дыхание учащены, температура повышена. В тяжелых случаях пострадавший теряет сознание, иногда возникают судороги.

Виды неотложных состояний, вызванных гипертермией (перегревом):

Тепловые судороги. Болезненные сокращения мускулатуры, обычно затрагивающие икроножные мышцы или мышцы живота (вызываются потерей жидкости и минеральных солей в результате интенсивных физических упражнений или работы при высокой и даже умеренной температуре окружающей среды).

Тепловое переутомление. Наиболее распространенное состояние при перегреве, приводящее к обезвоживанию организма, – вызывается физическими упражнениями или работой в жарких условиях. Тепловое переутомление распространено среди атлетов, пожарных, строителей и других категорий людей, которые носят тяжелую спецодежду в жарких влажных условиях. В подобном случае потеря жидкости при потоотделении не восполняется в достаточной степени. Это приводит к снижению объема циркулирующей крови. Приток крови к жизненно важным органам сокращается, поскольку организм пытается избавиться от излишнего тепла путем увеличения притока крови к кожному покрову.

Тепловой удар. Менее распространенное, но гораздо более опасное неотложное состояние – возникает, если признаки и симптомы теплового переутомления остаются без внимания. Развитие теплового удара происходит, когда организм не в состоянии обеспечить охлаждение тела, постепенно начинает давать сбой в работе. Процесс потоотделения прекращается из-за низкого содержания жидкости в клетках организма. В результате этого нарушается терморегуляция, что приводит к резкому повышению температуры тела. В конце концов, она поднимается до уровня, при котором мозг и

другие жизненно важные органы не могут функционировать нормально.

Первая помощь. Пострадавшего срочно вынести в прохладное место, обеспечить доступ свежего воздуха, освободить от одежды, напоить холодной водой, наложить холодный компресс на голову. В более тяжелых случаях показано обертывание простыней, смоченной холодной водой, обливание прохладной водой, лед на голову и паховые области; можно дать понюхать вату, смоченную нашатырным спиртом. При тяжелых нарушениях сердечной и дыхательной деятельности приступить к выполнению искусственного дыхания и непрямому массажу сердца; проводить их до восстановления самостоятельного дыхания и сердцебиения или до прибытия медработника.

Синдром сдавливания – один из результатов массовых катастроф: обвалов в шахтах, землетрясений и т.д. Чаще возникает как следствие длительного сдавливания конечности тяжелым предметом. Если конечность не освобождена от сдавливания, то общее состояние пострадавшего может быть удовлетворительным. Боль, которая в начале сдавливания была очень сильной, через несколько часов притупляется. Освобождение конечности (без помощи жгута) вызывает резкое ухудшение состояния, потерю сознания, произвольные дефекацию и мочеиспускание. Нога или рука – холодная на ощупь, бледная, с синюшным оттенком, не функционирует, пульс на конечности редкий или отсутствует.

Первая помощь. Перед освобождением конечности наложить жгут выше места сдавливания. После освобождения от сдавливания, не снимая жгута, бинтовать конечности от основания пальцев до жгута и только после этого осторожно снять жгут.

Ввести обезболивающее средство. При наличии костных повреждений наложить шины, при ранении – стерильные повязки.

Синдром длительного сдавливания. Опыт работы спасателей и медперсонала в зонах стихийных бедствий и катастроф показывает, что стремление извлечь пострадавшего из-под обломков как можно быстрее не всегда приводит к спасению. Можно представить степень недоумения и отчаяния спасателей, когда человек с придавленными более суток ногами умирал сразу же после освобождения. Многие века трагический абсурд этого явления оставался загадкой. Только в конце прошлого столетия и во время Первой и Второй мировых войн медики пришли к выводу, что в придавленных конечностях при пережатии сосудов интенсивно накапливаются не-доокисленные продукты обмена, распада и разрушения тканей, крайне токсичные для организма. Сразу же после освобождения и восстановления кровообращения в организм поступало колоссальное количество токсинов.

Чем дольше сдавливание, тем сильнее токсический удар и тем скорее наступает смерть. Тяжесть состояния пострадавшего усугубляется еще и тем, что в поврежденную конечность устремляется огромное количество жидкости. При освобождении ноги в нее нагнетается до 2–3 литров плазмы. Конечность резко увеличивается в объеме, теряются контуры мышц, отек приобретает такую степень плотности, что нога становится похожа на деревянную и по твердости, и по звуку, издаваемому при легком постукивании. Очень часто пульс у лодыжек не прощупывается. Малейшие движения причиняют мучительные боли даже без признаков переломов костей.

Необходимо заподозрить синдром сдавливания:

- при сдавливании конечности более 15 минут;
- при появлении отека и исчезновении рельефа мышц ног;
- если не прощупывается пульс у лодыжек.

Причины смерти пострадавших в первые минуты и через несколько суток после освобождения. Переход большого количества плазмы в поврежденные конечности (до 30% объема циркулирующей крови) вызывает не только значительное обезвоживание и снижение артериального давления, но и сверхконцентрацию токсинов. Такой противоток (из организма жидкость устремляется в освобожденную конечность, а токсичные продукты распада и миоглобин из зоны повреждения – в сосудистое русло) способствует

резкому угнетению сердечной деятельности, всех органов и систем. Именно это становится причиной смерти в первые минуты после извлечения из-под завалов и обломков. Другое грозное осложнение при синдроме длительного сдавливания – появление в крови свободного миоглобина в результате повреждения мышечных волокон. Чем больше поражено мышечной массы, тем больше миоглобина в крови, тем хуже прогноз. Громоздкие молекулы миоглобина повреждают канальцы почек, что приводит к острой почечной недостаточности. Уже в первые сутки моча приобретает ярко-красный цвет (признак присутствия в моче миоглобина), а в последующие сутки, по мере развития почечной недостаточности, выделение мочи полностью прекращается. Пострадавший погибает от острой почечной недостаточности.

Признаки синдрома сдавливания:

- значительное ухудшение состояния сразу после освобождения;
- появление розовой или красной мочи.

Правила извлечения пострадавшего из-под обломков и завалов. Не следует торопиться сразу устранять препятствие. Сначала необходимо наладить внутривенное введение плазмозамещающих растворов, а при их отсутствии давать обильное питье. Капельное введение 1,5–2 литров жидкости позволит избежать наложения защитных жгутов и сохранить конечности. Применение холода улучшит прогноз. Сразу после извлечения необходимо как можно туго перебинтовать всю конечность (ногу – от пятки до паховой складки, руку – до плечевого пояса) и таким образом создать дополнительный сдерживающий футляр. Это не только уменьшит отек, но и ограничит объем

перераспределяемой плазмы.

До освобождения конечностей:

- обильное теплое питье и обезболивание;
- холод ниже места сдавливания (по возможности).

Помощь на месте происшествия оказывается в два этапа. Первый этап может длиться несколько часов и зависит от того, как быстро удастся освободить конечности из-под придавивших их обломков. Невозможность немедленно освободить пострадавшего не должна приводить в отчаяние. Поднять многотонную плиту или бетонный столб под силу лишь специальной технике. Но если уже с первых минут несчастного случая пострадавшие конечности обложить пакетами со льдом или снегом, сделать тугое бинтование (если есть доступ к конечности) и обеспечить человека обильным теплым питьем, то есть все основания рассчитывать на благоприятный исход. Наложение защитных жгутов здесь необязательно. Оказание помощи на этом этапе может растянуться на несколько часов. Профессиональные спасательные команды, работающие в зонах землетрясений и катастроф, обязательно имеют в своем составе специально обученных людей, смысл действий которых заключается в одном – как можно скорее добраться до руки придавленного развалинами человека и наладить внутривенное введение плазмозамещающей жидкости. А их товарищи, идущие следом со специальной техникой, очень осторожно, без суеты, извлекают пострадавшего из-под руин. Такая тактика позволила спасти многие тысячи жизней.

Второй этап – оказание помощи после освобождения – необходимо предельно сократить. Тугое бинтование, наложение транспортных шин и введение кровезамещающих жидкостей, быстрая доставка пострадавшего в реанимационный центр, где обязательно должен быть аппарат «искусственная почка», дают основание рассчитывать на благоприятный исход.

Утопление – заполнение дыхательных путей жидкостью или жидкими массами. Признаками утопления являются выделение пены изо рта, остановка дыхания и сердечной деятельности, посинение кожных покровов, расширение зрачков.

Первая помощь. Очистить полость рта: уложив пострадавшего животом на бедро спасателя так, чтобы голова пострадавшего свисала к земле, энергично нажимая на грудь и спину, удалить воду из желудка и легких. После этого сразу приступают к проведению

искусственного дыхания. Способ с использованием ремней, лямок, полотенец и т.п. По счету «раз-два» приподнимают пострадавшего – происходит вдох; по счету «три-четыре» опускают его на землю; по счету «пять-шесть» – пауза, происходит выдох. Для восстановления сердечной деятельности одновременно с искусственным дыханием необходим непрямой массаж сердца. Через каждые 5–6 нажатий на область сердца вдувают воздух через рот или нос пострадавшего. Так делают до полного восстановления дыхания и сердцебиения. После нормализации дыхания и сердечной деятельности пострадавшего следует согреть, укрыть и доставить на медицинский пункт.

Электротравма – повреждение организма электрическим током. Электротравмы бывают местными (ожоги) и общими. Местная электротравма является следствием воздействия на часть тела тока в результате короткого замыкания. Общая электротравма возникает при прямом действии электротока, с момента прохождения его через организм.

При общем поражении характерны судорожное сокращение мышц, угнетение сердечной деятельности, нарушение дыхания.

Поражение молнией, наряду с перечисленными признаками общей электротравмы, вызывает снижение слуха, ухудшение речи, появление на коже пятен темно-синего цвета.

Первая помощь. Немедленно освободить пострадавшего от действия тока: выключить рубильник, отбросить электропровод, перерубить его. При проведении первичного осмотра внимательно наблюдайте за признаками нарушения дыхания или внезапной остановки сердца. Приступить к проведению искусственного дыхания и прямого массажа сердца.

Во время вторичного осмотра не забудьте осмотреть выходную рану: всегда ищите два ожога. Наложите стерильную повязку на место ожога. Отправьте пострадавшего в лечебное учреждение.

Лекция 2. Виды консультирования и их особенности при ПТСР

План:

1. ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО: МОДЕЛИ И ДИАГНОСТИКА

2. СТРЕСС, ТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО (ПТСР)

3. ИСТОРИЧЕСКИЙ ОБЗОР

4. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПТСР

5. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ ПТСР

6. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

7. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ УЯЗВИМОСТЬ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ТРАВМЫ

8. ДИССОЦИАЦИЯ И ПТСР

9. МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПТСР

1. ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО: МОДЕЛИ И ДИАГНОСТИКА

Чрезвычайные (экстремальные) ситуации характеризуются, прежде всего, сверхсильным воздействием на психику человека, что вызывает у него травматический стресс. Психологические последствия травматического стресса в крайнем своем проявлении выражаются в посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР), возникающем как затяжная или отсроченная реакция на ситуации, сопряженные с серьезной угрозой для жизни или здоровья.

Интенсивность стрессогенного воздействия в ситуациях, связанных с угрозой существованию человека, бывает столь велика, что личностные особенности или предшествующие невротические состояния уже не играют решающей роли в генезе ПТСР. Конечно, их наличие может способствовать развитию, отражаться в течении или клинической картине ПТСР, однако последнее может развиваться в катастрофических обстоятельствах практически у каждого человека даже при полном отсутствии явной

личностной предрасположенности. Следует подчеркнуть, что, во-первых, ПТСР – это одно из возможных психологических последствий переживания травматического стресса и, во-вторых, данные многочисленных исследований говорят о том, что ПТСР возникает приблизительно у 20% лиц, переживших ситуации травматического стресса (при отсутствии физической травмы, ранения). Люди, страдающие ПТСР, могут обращаться к врачам различного профиля, поскольку его проявления, как правило, сопровождаются как другими психическими расстройствами (депрессия, алкоголизм, наркомания и пр.), так и психосоматическими нарушениями. В психологической картине ПТСР специфика травматического стрессора (военные действия или насилие и т. д.) безусловно, учитывается, хотя общие закономерности возникновения и развития ПТСР не зависят от того, какие конкретные травматические события послужили причиной психологических и психосоматических нарушений. Главным является то, что эти события носили экстремальный характер, выходили за пределы обычных человеческих переживаний и вызвали интенсивный страх за свою жизнь, ужас и ощущение беспомощности. Важными характеристиками тяжелого психотравмирующего фактора являются неожиданность, стремительный темп развития катастрофического события и длительность воздействия, а также повторяемость в течение жизни (Тарабрина, 2001).

Согласно клинической типологии и классификации посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) в эту группу расстройств отнесены затяжные патологические состояния у военнослужащих, ветеранов войны, бывших депортированных и экс-военнопленных после кратковременного или длительного экстремального воздействия.

В рамках посттравматической патологии большинство авторов выделяют три основные группы симптомов: 1) чрезмерное возбуждение (включая вегетативную лабильность, нарушение сна, тревогу, навязчивые воспоминания, фобическое избегание ситуаций, ассоциирующихся с травматической); 2) периодические приступы депрессивного настроения (притупленность чувств, эмоциональная оцепенелость, отчаяние, сознание безысходности); 3) черты истерического реагирования (параличи, слепота, глухота, припадки, нервная дрожь) (Horowitz et al., 1980). Среди невротических и патохарактерологических синдромов выделены характерные для ПТСР состояния: «солдатское сердце» (боль за грудиной, сердцебиение, прерывистость дыхания, повышенная потливость), синдром выжившего (хроническое «чувство вины оставшегося в живых»), флэшбэк-синдром (насильственно вторгающиеся в сознание воспоминания о «непереносимых» событиях), проявления «комбатантной» психопатии (агрессивность и импульсивное поведение со вспышками насилия, злоупотребление алкоголем и наркотиками, беспорядочность сексуальных связей при замкнутости и подозрительности), синдром прогрессирующей астении (послелазерная астения, наблюдающаяся после возвращения к нормальной жизни в виде быстрого старения, падения веса, психической вялости и стремления к покою), посттравматические рентные состояния (нажитая инвалидность с осознанной выгодой от полагающихся льгот и привилегий с переходом к пассивной жизненной позиции). Эти состояния обладают определенной динамикой, в частности – посттравматическая симптоматика с возрастом может не только не ослабевать, а становиться все более выраженной.

В настоящее время термин ПТСР все чаще используется применительно к последствиям катастроф мирного времени, таких, как природные (климатические, сейсмические), экологические и техногенные катаклизмы; пожары; террористические действия; присутствие при насильственной смерти других в случае разбойного нападения; несчастные случаи, в т.ч. при транспортных и производственных авариях; сексуальное насилие; манифестирование угрожающих жизни заболеваний; семейные драмы.

Средние показатели частоты ПТСР в условиях военного времени (15–30%) не совпадают с общими данными о распространенности ПТСР после тяжелого стресса в мирное время (0,5– 1,2%), но для некоторых групп оказываются вполне сравнимы:

высокие показатели распространенности ПТСР отмечаются у жертв преступлений (15–50%) (Андрющенко, 2000).

2. СТРЕСС, ТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО (ПТСР)

Исследования в области посттравматического стресса развивались независимо от исследований стресса, и до настоящего времени эти две области имеют мало общего. Центральными положениями в концепции стресса, предложенной в 1936 г. Гансом Селье (Селье, 1991), является гомеостатическая модель самосохранения организма и мобилизация ресурсов для реакции на стрессор. Все воздействия на организм он подразделил на специфические и стереотипные неспецифические эффекты стресса, которые проявляются в виде общего адаптационного синдрома. Этот синдром в своем развитии проходит три стадии: 1) реакцию тревоги; 2) стадию резистентности; и 3) стадию истощения. Селье ввел понятие адаптационной энергии, которая мобилизуется путем адаптационной перестройки гомеостатических механизмов организма. Ее истощение необратимо и ведет к старению и гибели организма.

Психические проявления общего адаптационного синдрома обозначаются как «эмоциональный стресс» – т. е. аффективные переживания, сопровождающие стресс и ведущие к неблагоприятным изменениям в организме человека. Поскольку эмоции вовлекаются в структуру любого целенаправленного поведенческого акта, то именно эмоциональный аппарат первым включается в стрессовую реакцию при воздействии экстремальных и повреждающих факторов (Анохин, 1973, Судаков, 1981). В результате активируются функциональные вегетативные системы и их специфическое эндокринное обеспечение, регулирующие поведенческие реакции. Согласно современным представлениям эмоциональный стресс можно определить как феномен, возникающий при сравнении требований, предъявляемых к личности, с ее способностью справиться с этим требованием. В случае недостатка у человека стратегий совладания со стрессовой ситуацией (копинг-стратегии) возникает напряженное состояние, которое вкупе с первичными гормональными изменениями во внутренней среде организма вызывает нарушение его гомеостаза. Эта ответная реакция представляет собой попытку справиться с источником стресса. Преодоление стресса включает психологические (сюда входят когнитивная, то есть познавательная, и поведенческая стратегии) и физиологические механизмы. Если попытки справиться с ситуацией оказываются неэффективными, стресс продолжается и может привести к появлению патологических реакций и органических повреждений.

При некоторых обстоятельствах вместо мобилизации организма на преодоление трудностей стресс может стать причиной серьезных расстройств (Исаев, 1996). При неоднократном повторении или при большой продолжительности аффективных реакций в связи с затянувшимися жизненными трудностями эмоциональное возбуждение может принять застойную стабильную форму. В этих случаях даже при нормализации ситуации застойное эмоциональное возбуждение не ослабевает, а наоборот, постоянно активизирует центральные образования нервной вегетативной системы, а через них расстраивает деятельность внутренних органов и систем. Если в организме оказываются слабые звенья, то они становятся основными в формировании заболевания. Первичные расстройства, возникающие при эмоциональном стрессе в различных структурах нейрофизиологической регуляции мозга, приводят к изменению нормального функционирования сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, изменению свертывающей системы крови, расстройству иммунной системы (Тарабрина, 2001).

Стрессоры обычно делятся на физиологические (боль, голод, жажда, чрезмерная физическая нагрузка, высокая и низкая температура и т.п.) и психологические (опасность, угроза, утрата, обман, обида, информационная перегрузка и т.п.). Последние, в свою очередь, подразделяются на эмоциональные и информационные.

Стресс становится травматическим, когда результатом воздействия стрессора

является нарушением в психической сфере по аналогии с физическими нарушениями. В этом случае, согласно существующим концепциям, нарушается структура «самости», когнитивная модель мира, аффективная сфера, неврологические механизмы, управляющие процессами научения, система памяти, эмоциональные пути научения. В качестве стрессора в таких случаях выступают травматические события – экстремальные кризисные ситуации, обладающие мощным негативным последствием, ситуации угрозы жизни для самого себя или значимых близких. Такие события коренным образом нарушают чувство безопасности индивида, вызывая переживания травматического стресса, психологические последствия которого разнообразны. Факт переживания травматического стресса для некоторых людей становится причиной появления у них в будущем посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – это непсихотическая отсроченная реакция на травматический стресс, способный вызвать психические нарушения практически у любого человека. Были выделены следующие четыре характеристики травмы, способной вызвать травматический стресс (Ромек и др., 2004):

1. Произошедшее событие осознается, то есть человек знает, что с ним произошло и из-за чего у него ухудшилось психологическое состояние;
2. Это состояние обусловлено внешними причинами;
3. Пережитое разрушает привычный образ жизни;
4. Произошедшее событие вызывает ужас и ощущение беспомощности, бессилия что-либо сделать или предпринять.

Травматический стресс – это переживание особого рода, результат особого взаимодействия человека и окружающего мира. Это нормальная реакция на ненормальные обстоятельства, состояние, возникающее у человека, который пережил нечто, выходящее за рамки обычного человеческого опыта. Круг явлений, вызывающих травматические стрессовые нарушения, достаточно широк и охватывает множество ситуаций, когда возникает угроза собственной жизни или жизни близкого человека, угроза физическому здоровью или образу Я.

Психологическая реакция на травму включает в себя три относительно самостоятельные фазы, что позволяет охарактеризовать ее как развернутый во времени процесс.

Первая фаза – фаза психологического шока – содержит два основных компонента:

1. Угнетение активности, нарушение ориентировки в окружающей среде, дезорганизация деятельности;
2. Отрицание происшедшего (своеобразная охранительная реакция психики). В норме эта фаза достаточно кратковременна.

Вторая фаза – воздействие – характеризуется выраженными эмоциональными реакциями на событие и его последствия. Это могут быть сильный страх, ужас, тревога, гнев, плач, обвинение – эмоции, отличающиеся непосредственностью проявления и крайней интенсивностью. Постепенно эти эмоции сменяются реакцией критики или сомнения в себе. Она протекает по типу «что было бы, если бы...» и сопровождается болезненным осознанием неотвратимости происшедшего, признанием собственного бессилия и самобичеванием. Характерный пример – описанное в литературе чувство «вины выжившего», нередкоходящее до уровня глубокой депрессии.

Рассматриваемая фаза является критической в том отношении, что после нее начинается либо процесс выздоровления (отреагирование, принятие реальности, адаптация к вновь возникшим обстоятельствам), то есть третья фаза нормального реагирования, либо происходит фиксация на травме и последующий переход постстрессового состояния в хроническую форму.

Нарушения, развивающиеся после пережитой психологической травмы, затрагивают все уровни человеческого функционирования (физиологический, личностный, уровень межличностного и социального взаимодействия), приводят к

стойким личностным изменениям не только у людей, непосредственно⁴ переживших стресс, но и у членов их семей.

Результаты многочисленных исследований показали, что состояние, развивающееся под действием травматического стресса, не попадает ни в одну из имеющихся в клинической практике классификаций. Последствия травмы могут проявиться внезапно, через продолжительное время, на фоне общего благополучия человека, и со временем ухудшение состояния становится все более выраженным. Было описано множество разнообразных симптомов подобного изменения состояния, однако долгое время не было четких критериев его диагностики. Также не существовало единого термина для его обозначения. Только к 1980 году было накоплено и проанализировано достаточное для обобщения количество информации, полученной в ходе экспериментальных исследований.

3. ИСТОРИЧЕСКИЙ ОБЗОР

Хотя современные представления о посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР) сложились окончательно к 1980 году, однако информация о воздействии травматических переживаний фиксировалась на протяжении столетий.

Расстройства, развивающиеся в результате пережитой катастрофы (в отличие от «обычных» психогенных состояний), описывались и диагностировались и раньше. Так, еще в 1867 г. J. E. Erichsen опубликовал работу «Железнодорожная и другие травмы нервной системы», в которой описал психические расстройства у лиц, переживших аварии на железной дороге. В 1888 г. Н. Oppenheim ввел в практику широко известный диагноз «травматический невроз», в рамках которого описал многие симптомы современного ПТСР (Смулевич, Рот-штейн, 1983).

Особого внимания заслуживают работы швейцарского исследователя E. Stierlin (1909, 1911), которые, по мнению П. В. Каменченко, стали основой всей современной психиатрии катастроф. Большой вклад в нее внесли и ранние отечественные исследования, в частности изучение последствий крымского землетрясения в 1927 г. (Брусиловский и др., 1928).

Много работ, посвященных этой проблеме, появляется после значительных военных конфликтов (Краснянский, Морозов, 1995). Так, важные исследования появились в связи с Первой мировой войной (1914–1918). E. Kraepelin (1916), характеризуя травматический невроз, впервые показал, что после тяжелых психических травм могут оставаться постоянные, усиливающиеся с течением времени расстройства. Позднее Майерс в работе «Артиллерийский шок во Франции 1914–1919» определил различия между неврологическим расстройством «контузии от разрыва снаряда» и «снарядным шоком». Контузия, вызванная разрывом снаряда, рассматривалась им как неврологическое состояние, вызванное физической травмой, тогда как «снарядный шок» Майерс рассматривал как психическое состояние, вызванное сильным стрессом. Реакции, обусловленные участием в боевых действиях, стали предметом широких исследований в ходе Второй мировой войны. Это явление у разных авторов называлось по-разному: «военная усталость», «боевое истощение», «военный невроз», «посттравматический невроз».

После Второй мировой войны (1939–1945) над этой проблемой активно работали и русские психиатры: В. Е. Галенко (1946), Э. М. Залкинд (1946, 1947), М. В. Соловьева (1946) и др.

В 1941 г. в одном из первых систематизированных исследований А. Кардинер назвал это явление «хроническим военным неврозом». Отталкиваясь от идей Фрейда, он вводит понятие «центральный физионевроз», который, по его мнению, служит причиной нарушения ряда личностных функций, обеспечивающих успешную адаптацию к окружающему миру. Кардинер считал, что военный невроз имеет как физиологическую, так и психологическую природу. Им впервые было дано комплексное описание симптоматики: 1) возбудимость и раздражительность; 2) безудержный тип реагирования

на внезапные раздражители; 3) фиксация на обстоятельствах травмировавшего события; 4) уход от реальности; 5) предрасположенность к неуправляемым агрессивным реакциям (Kardiner, 1941).

Подобные типы расстройств наблюдали у узников концентрационных лагерей и военнопленных (Etinger, Strom, 1973).

Новый интерес к этой проблеме возник в отечественной психиатрии в связи с военными конфликтами, природными и техногенными катастрофами, постигшими нашу страну в последние десятилетия. Особенно тяжелыми по последствиям были авария на Чернобыльской АЭС (1986) и землетрясение в Армении (1988).

Война во Вьетнаме послужила мощным стимулом для исследований американских психиатров и психологов. К концу 70-х годов они накопили значительный материал о психопатологических и личностных расстройствах у участников войны. Сходная симптоматика обнаруживалась и у лиц, пострадавших в других ситуациях, близких по тяжести психогенного воздействия. В связи с тем, что этот симптомокомплекс не соответствовал ни одной из общепринятых нозологических форм, в 1980 г. М. Горовиц (Horowitz, 1980) предложил выделить его в качестве самостоятельного синдрома, назвав

его «посттравматическим стрессовым расстройством» (posttraumatic stress disorder, PTSD). В дальнейшем группа авторов во главе с М. Горовицем разработала диагностические критерии ПТСР, принятые сначала для американских классификаций психических заболеваний (DSM-III и DSM-III-R), а позже (практически без изменений) – для МКБ-10 (Смулевич, Ротштейн, 1983).

Исследования ПТСР-синдрома в 1980-х гг. стали еще более широкими. В целях развития и уточнения различных аспектов ПТСР в США были выполнены многочисленные исследования. Среди них выделяются работы Эгендорфа с соавторами (Egendorf et al., 1981) и Боуландера с соавторами (Boulander et al., 1986). Первая из них посвящена сравнительному анализу особенностей адаптационного процесса у вьетнамских ветеранов и их невоевавших ровесников, а вторая – изучению особенностей отсроченной реакции на стресс у того же контингента. Результаты этих исследований не утратили своей важности до сих пор. Основные итоги международных исследований были обобщены в коллективной двухтомной монографии «Травма и ее след» (Figley, 1986), где наряду с особенностями развития ПТСР военной этиологии приводятся и результаты изучения последствий стресса у жертв геноцида, других трагических событий или насилия над личностью.

В 1988 г. были также опубликованы данные общенациональных ретестовых исследований различных аспектов послевоенной адаптации ветеранов вьетнамской войны (Kulka et al., 1990). Эти работы позволили уточнить многие вопросы, связанные с природой и диагностикой ПТСР.

Начало систематических исследований постстрессовых состояний, вызванных переживанием природных и индустриальных катастроф, можно отнести к 50–60-м гг. прошедшего века. Число работ по последствиям катастроф, которые выявляют наличие ПТСР, намного меньше, чем количество исследований, проведенных с ветеранами боевых действий. Можно привести данные двух специально организованных исследований, задачей которых было установление представленности ПТСР среди жертв урагана и наводнения (Green, 1990; Green et al., 1983; Modi, 1985).

4. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПТСР

Как уже упоминалось, после анализа многочисленных наблюдений и исследований ветеранов войны во Вьетнаме посттравматическое стрессовое расстройство (post-traumatic stress disorder) было включено в DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder – классификационный психиатрический стандарт, подготовленный Американской психиатрической ассоциацией). В 1994 г. в США введена новая, четвертая редакция – DSM-IV (DSM-IV, 1994). До недавнего времени диагноз ПТСР как самостоятельная нозологическая форма в группе тревожных расстройств существовал

только в США. Однако в 1995 г. это расстройство и его диагностические критерии из DSM были введены и в десятую редакцию Международного классификатора болезней МКБ-10, основного диагностического стандарта в европейских странах, включая Россию (МКБ-10, 1995).

Согласно МКБ-10 вслед за травмирующими событиями, которые выходят за рамки обычного человеческого опыта, может развиваться посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Под «обычным» человеческим опытом понимают такие события, как утрата близкого человека, произошедшая в силу естественных причин, тяжелая хроническая болезнь, потеря работы или семейный конфликт. К стрессорам, выходящим за рамки обычного человеческого опыта, относятся те события, которые способны травмировать психику практически любого здорового человека: стихийные бедствия, техногенные катастрофы, а также события, являющиеся результатом целенаправленной, нередко преступной деятельности (диверсии, террористические акты, пытки, массовое насилие, боевые действия, попадание в «ситуацию заложника», разрушение собственного дома и т. д.).

ПТСР представляет собой комплекс реакций человека на травму, где травма определяется как переживание, потрясение, которое у большинства людей вызывает страх, ужас, беспомощность. Это, в первую очередь, ситуации, когда человек сам пережил угрозу собственной жизни, смерть или ранение другого человека. Предполагается, что симптомы могут появиться сразу после пребывания в травматической ситуации, а могут возникнуть спустя много лет – в этом особая каверзность посттравматического стрессового расстройства. Описаны случаи, когда у ветеранов Второй мировой войны симптомы ПТСР проявились спустя сорок лет после окончания военных действий (Ромек и др., 2004).

В соответствии с особенностями проявления и течения различают три подвиды посттравматических стрессовых расстройств:

1. Острое, развивающееся в сроки до трех месяцев (его не следует смешивать с острым стрессовым расстройством, которое развивается в течение одного месяца после критического инцидента);
2. Хроническое, имеющее продолжительность более трех месяцев;
3. Отсроченное, когда расстройство возникло спустя шесть и более месяцев после травматизации.

В настоящее время ряд зарубежных авторов предлагает дополнить диагностику постстрессовых нарушений еще одной категорией – посттравматическими личностными расстройствами (или РТРД – *posttraumatic personality disorder*), поскольку присутствие хронических симптомов ПТСР часто отмечается на протяжении всей последующей жизни человека, пережившего массивную психотравму. Безусловно, что такая травма способна оставить неизгладимый отпечаток в душе человека и привести к патологической трансформации всей его личности.

Схематически взаимосвязь различных по времени возникновения, продолжительности и глубине стадий формирования постстрессовых нарушений представлена на следующей схеме (Ромек и др., 2004):

Критерии ПТСР в МКБ-10 определены следующим образом:

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

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

В. Больной должен обнаруживать фактическое избегание или стремление избежать

обстоятельств, напоминающих либо ассоциирующихся со стрессором.

Г. 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:

- а) затруднения засыпания или сохранения сна;
- б) раздражительность или вспышки гнева;
- в) затруднения концентрации внимания;
- г) повышения уровня бодрствования;
- д) усиленный рефлекс четверохолмия.

За редкими исключениями, соответствие критериям б, в и г наступает в пределах шести месяцев после экспозиции стрессу или по окончании его действия.

В международной классификации психических нарушений в травматическом стрессе выделяют три группы симптомов: симптом повторного переживания (или симптом «вторжения»), симптом избегания и симптом физиологической гиперактивации.

Критерии посттравматического стрессового расстройства по DSM-IV:

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

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

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

Примечание: у детей реакция может замещаться ажити-рующим или дезорганизованным поведением.

В. Травматическое событие настойчиво повторяется в переживании одним (или более) из следующих способов.

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

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

2. Повторяющиеся тяжелые сны о событии.

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

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

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

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

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

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

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

2. Усилия по избеганию действий, мест или людей, которые пробуждают воспоминания о травме.

3. Неспособность вспомнить о важных аспектах травмы (психогенная амнезия).
4. Заметно сниженный интерес или участие в ранее значимых видах деятельности.
5. Чувство отстраненности или отдаленности от остальных людей.
6. Сниженная выраженность аффекта (неспособность, например, к чувству любви).
7. Чувство отсутствия перспективы в будущем (например, отсутствие ожиданий по поводу карьеры, женитьбы, рождения детей, жизни на долгие годы).

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

1. Трудности с засыпанием или плохой сон (ранние пробуждения).
2. Раздражительность или вспышки гнева.
3. Затруднения с сосредоточением внимания.
4. Повышенный уровень настороженности, сверхбдительность, состояние постоянного ожидания угрозы.
5. Гипертрофированная реакция испуга.

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

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

Острая реакция на стресс, которая первоначально рассматривалась в рамках развития ПТСР, затем была выделена в самостоятельный диагноз под рубрикой тревожных расстройств (Thomb, 2001). Еще со времен Гражданской войны в Америке считалось, что те, кто страдал острой или хронической формой того, что напоминало симптомы ПТСР, должны были во время получения травмы перенести заметный для постороннего глаза шок. Обычно солдаты, столкнувшиеся во время военных действий с острой травмирующей ситуацией, на время теряли способность функционировать: они демонстрировали либо уход в себя, либо сильное возбуждение, плохо понимали происходящее, теряли ориентацию, переживали патологический страх, проявляли беспокойство и очевидные признаки симпатической гиперактивности. Нередко их поведение ставило под угрозу их собственную безопасность или безопасность их подразделения. Подобное поведение, недавно получившее название боевой стрессовой реакции, настолько заметно, что имеющие достаточный опыт командеры обычно распознают его и отстраняют пострадавшего от участия в боевых действиях. Считается, что схожие реакции могут развиваться в ответ и на другие травмы, вызывающие ПТСР.

В DSM-IV боевая стрессовая реакция, выступающая там под названием острой реакции на стресс, диагностируется на основе набора симптомов, которые описаны в литературе, посвященной острым реакциям на травму. Поэтому неудивительно, что то, что называется острой реакцией на стресс, может выступать в разных формах, поскольку опирается на до сих пор еще не вполне определенные критерии.

Связь, которая намеренно устанавливает DSM-IV между острой реакцией на стресс и ПТСР, иллюстрируется, во-первых, общим для обоих расстройств определением стрессора. Кроме того, при остром расстройстве продолжительностью от не менее двух дней – но не более четырех недель в течение месяца после травмы должны присутствовать некоторые типичные для ПТСР симптомы, как то: повторное переживание травматического события, избегание стимулов, имеющих какую-то связь с травмой, повышенная психологическая возбудимость и нарушение обычного функционирования пациента. Короче говоря, в течение первого месяца после травмы острое стрессовое расстройство может ничем не отличаться от ПТСР, которое будет проявляться через месяц после нее. Исключение составляет критерий B, который предполагает, что во время травмы или сразу после нее у пациента наблюдаются яркие диссоциативные симптомы. По-видимому, именно эта реакция деперсонализации, состояние «оглушенности»,

отчуждения от окружающих условий или амнезия и отличает острую реакцию на травму от состояния, которое наблюдается позже при ПТСР.

Диагностические критерии острой реакции на стресс по DSM-IV:

А. Лица, пережившие травматическое событие, характеризующееся наличием обоих

приводимых признаков:

Лица, которые пережили, были свидетелями или сталкивались с событием или событиями, представляющими реальную опасность или угрожающими смертью либо серьезными повреждениями или угрозой физической целостности – своей или других.

Личностные реакции в виде страха, беспомощности, ужаса.

Б. Либо во время, либо непосредственно после переживания травмирующего события у человека возникает, по крайней мере, три диссоциативных симптома:

– субъективное переживание оцепенения, отчужденности или отсутствия эмоциональной реакции;

– сужение поля сознания окружающей ситуации (состояние «оглушенности»);

– дереализация;

– деперсонализация;

– диссоциативная амнезия, например, неспособность вспомнить важный момент травмы.

В. Травматическое событие постоянно переживается одним (или более) из следующих путей: повторяющиеся и захватывающие дистрессовые образы, мысли, флэшбэки или ощущения повторного переживания событий; или же расстройство проявляется при столкновении с чем-то, напоминающим о травмирующем событии.

Г. Стремление избегать стимулов, ассоциирующихся с травмой (мыслей, чувств, разговоров, деятельности, мест и людей).

Д. Очевидные симптомы тревоги или повышенной возбудимости (например, раздражительность, трудности концентрации, трудности засыпания и сохранения сна, преувеличенные реакции испуга, моторное возбуждение).

Е. Расстройство вызывает клинически значимый дистресс и нарушения в социальной, профессиональной и любой другой важной сфере функционирования, или же пациент не может выполнять важные задачи (не в состоянии обратиться за необходимой медицинской или юридической помощью, не может мобилизовать необходимые ресурсы).

Ж. Симптомы длятся минимум два дня и максимум четыре недели и проявляются в течение четырех недель после травмирующего события.

3. Симптомы не являются непосредственным результатом приема химических веществ (химической зависимости или медикаментозного лечения) или общего физического состояния и не вызваны обострением нарушений, принадлежащих к оси I и оси II данной классификации.

Диагностика хронического изменения личности после переживания экстремальной ситуации в МКБ-10 предусматривает соответствие состояния следующим критериям (Попов, Вид, 2000):

1) анамнестические сведения о появлении выраженных и стойких изменений в восприятии, мышлении и отношении индивидуума к себе и окружающим после перенесенной им экстремальной ситуации;

2) изменения личности носят выраженный характер, сопровождаясь ригидным и неадекватным поведением, проявляющимся по меньшей мере в двух из следующих симптомов: а) стойкое враждебное или недоверчивое отношение к окружающему при отсутствии такой установки до попадания в экстремальную ситуацию; б) социальная изоляция (избегание контакта с людьми, кроме немногих живущих вместе родных), не обусловленная каким-то психическим, в т. ч. аффективным расстройством; в) стойкое чувство внутренней пустоты и/или безнадежности (не ограничивающееся очерченным эпизодом аффективного расстройства и отсутствовавшее до экстремальной ситуации),

которое может быть вызвано повышенной зависимостью от других, неспособностью выразить отрицательные или агрессивные эмоции и стойким депрессивным аффектом без указания на наличие депрессивного расстройства перед экстремальной ситуацией; г) стойкое ощущение нервозности или беспричинной угрозы, проявляющееся в повышенной бдительности и раздражительности при отсутствии прежде таких черт; состояние

хронического внутреннего напряжения и чувства угрозы может сочетаться со склонностью к злоупотреблению психоактивными веществами; д) стойкое чувство собственной измененности или инакости в сравнении с другими людьми (отчуждение), это чувство может сочетаться с ощущением эмоциональной оглушенности;

3) изменения личности имеют следствием отчетливое снижение социального функционирования или субъективное страдание и отрицательное воздействие на близких;

4) изменения личности выступают после экстремальной ситуации, в анамнезе отсутствуют данные о нарушениях развития, психопатических чертах или акцентуациях в детском, подростковом и взрослом периоде, которые могли бы объяснить актуальное состояние;

5) изменения личности существуют в продолжении не менее двух лет, они не связаны с эпизодами других психических заболеваний (за исключением посттравматического стрессового расстройства) и не могут быть объяснены органическим поражением мозга.

Данному хроническому состоянию может предшествовать посттравматическое стрессовое расстройство, их симптомы могут перекрывать друг друга, представляя собой переход посттравматического стрессового расстройства в хроническую форму. В этом случае диагноз хронического изменения личности может быть выставлен лишь при соответствии состояния приведенным выше критериям в течение не менее двух лет после существования посттравматического стрессового расстройства не меньшей длительности.

Как уже говорилось, более интенсивной и длительной оказывается реакция на человеческий стрессор (например, изнасилование), чем на природную катастрофу (например, наводнение).

Выделяют несколько типов ПТСР (Волошин, 2001).

Тревожный тип ПТСР характеризуется высоким уровнем соматической и психической немотивированной тревоги на гипотимно окрашенном аффективном фоне с переживанием, не реже нескольких раз в сутки, непровольных, с оттенком навязчивости, представлений, отражающих психотравматическую ситуацию. Характерна дисфорическая окраска настроения с чувством внутреннего дискомфорта, раздражительности, напряженности. Расстройства сна характеризуются трудностями при засыпании с доминированием в сознании тревожных мыслей о своем состоянии, опасениями за качество и продолжительность сна, страхом перед мучительными сновидениями (эпизоды боевых действий, насилия, зачастую расправы с самими пациентами). Больные часто намеренно отодвигают наступление сна и засыпают лишь под утро. Характерны пароксизмальные вечерне-ночные состояния с чувством нехватки воздуха, сердцебиением, потливостью, ознобом либо приливами жара. Больные самостоятельно обращаются за помощью, и хотя доминирует стремление избежать ситуаций, напоминающих о психотравме, стремятся к общению, какой-либо целенаправленной деятельности, получая облегчение от активности.

Астенический тип ПТСР отличается доминированием чувства вялости и слабости. Фон настроения снижен, появляется безразличие к ранее интересовавшим событиям в жизни, равнодушие к проблемам семьи и рабочим вопросам. Поведение отличается пассивностью, характерно переживание утраты чувства удовольствия от жизни. В сознании доминируют мысли о собственной несостоятельности. В течение недели несколько раз непровольно представляются эпизоды психотравмирующей ситуации. Однако, в отличие от тревожного типа, в данных случаях представления лишены яркости, детальности, эмоциональной окрашенности и определяются больными как «возникающие

в сознании картины с оттенком навязчивости». Расстройства сна характеризуются гиперсомнией с невозможностью подняться с постели, мучительной дремой, порой в течение всего дня. Избегающее поведение нехарактерно, больные редко скрывают свои переживания и, как правило, самостоятельно обращаются за помощью.

Дисфорический тип ПТСР характеризуется постоянным переживанием внутреннего недовольства, раздражения, вплоть до вспышек злобы и ярости, на фоне угнетенно-мрачного настроения. Больные отмечают высокий уровень агрессивности, стремления выместить на окружающих обуревающую их раздражительность и вспыльчивость. В сознании де-минуют представления агрессивного содержания в виде картин наказания мнимых обидчиков, драк, споров с применением физической силы, что пугает больных и заставляет сводить свои контакты с окружающими к минимуму. Зачастую они не способны контролировать себя и на замечания окружающих дают бурные реакции, о которых впоследствии сожалеют. Наряду с этим непроизвольно представляются сценарии неадекватного характера эпизоды психотравмирующих ситуаций. Нередки сцены насилия с активным участием самих больных. Внешне больные мрачные, мимика с оттенком недовольства и раздражительности, поведение отличается отгороженностью. Типичны избегающее поведение, замкнутость, малословность. Активно жалоб не предъявляют и попадают в поле зрения специалистов в связи с поведенческими расстройствами, регистрируемыми близкими или сослуживцами. Соматоформный тип ПТСР характеризуется массивными соматоформными расстройствами с преимущественной локализацией неприятных телесных ощущений в области сердца (54%), желудочно-кишечного тракта (36%) и головы (20%), эти расстройства сочетаются с психовегетативными пароксизмами. Классические симптомы ПТСР возникают у данных больных спустя 6 месяцев после психотравмирующего события, что позволяет эти случаи обозначить как отставленный вариант ПТСР. Типично формирование избегающего поведения на фоне панических атак, а симптомы эмоционального оцепенения и феномены флэшбэк встречаются достаточно редко и не носят столь тягостного эмоционального характера. Депрессивный аффект представлен недифференцированной гипотимией с отчетливыми тревожно-фобическими включениями. Идеаторный компонент симптомокомплекса больше представлен ипохондрической фиксацией на неприятных телесных ощущениях и пароксизмальных приступах с выраженной тревогой ожидания их возникновения, чем симптомами гипервозбуждения и переживанием психотравмирующей ситуации.

При диагностике ПТСР первостепенную роль играет выявление травматического события.

Травматические ситуации – это такие экстремальные критические события, которые обладают мощным негативным воздействием, ситуации угрозы, требующие от индивида экстраординарных усилий по совладанию с последствиями воздействия.

Они могут принимать форму необычных обстоятельств или ряда событий, которые подвергают индивида экстремальному, интенсивному, чрезвычайному воздействию угрозы для жизни или здоровья как самого индивида, так и его значимых близких, и коренным образом нарушают чувство безопасности. Эти ситуации могут быть либо непродолжительными, но чрезвычайно мощными по силе воздействия (продолжительность этих событий от нескольких минут до нескольких часов), либо длительными или регулярно повторяющимися.

ТИПЫ ТРАВМАТИЧЕСКИХ СИТУАЦИЙ

Тип 1. Краткосрочное, неожиданное травматическое событие.

Примеры: сексуальное насилие, естественные катастрофы, ДТП, снайперская стрельба.

1. Единичное воздействие, несущее угрозу и требующее превосходящих возможности индивида механизмов совладания.

2. Изолированное, довольно редкое травматическое переживание.

3. Неожиданное, внезапное событие.

4. Событие оставляет неизгладимый след в психике индивида (индивид часто видит сны, в которых присутствуют те или иные аспекты события), следы в памяти носят более яркий и конкретный характер, чем воспоминания о событиях, относящихся к типу 2.

5. Такое событие с большой степенью вероятности приводит к возникновению типичных симптомов ПТСР: к навязчивой мыслительной деятельности, связанной с событием, к симптомам избегания и высокой физиологической реактивности.

6. При таком событии с большой степенью вероятности проявляется классическое повторное переживание травматического опыта.

7. Быстрое восстановление нормального функционирования редко и маловероятно.

Тип 2. Постоянное и повторяющееся воздействие травматического стрессора – серийная травматизация или пролонгированное травматическое событие.

Примеры: повторяющееся физическое или сексуальное насилие, боевые действия. -

1. Вариативность, множественность, пролонгированность, повторяемость травматического события или ситуации, предсказуемость.

2. Более вероятно, что ситуация носит умышленный характер.

3. Сначала переживается как травма типа 1, но по мере того как травматическое событие повторяется, жертва переживает страх повторения травмы.

4. Чувство беспомощности в предотвращении травмы.

5. Для воспоминания о такого рода событии характерна неясность и неоднородность в силу диссоциативного процесса; со временем диссоциация может стать одним из основных способов совладания с травматической ситуацией.

6. Результатом воздействия травмы типа 2 может стать изменение Я-концепции и образа мира индивида, что может сопровождаться чувствами вины, стыда и снижением самооценки.

7. Высокая вероятность возникновения долгосрочных проблем личностного и интерперсонального характера, что проявляется в отстраненности от других, в сужении и нарушении лабильности и модуляции аффекта.

8. Диссоциация, отрицание, «онемение», отстраненность, злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами как попытка защититься от непереносимых переживаний.

9. Такая ситуация приводит к так называемому комплексному ПТСР, или расстройству, обусловленному воздействием экстремального стрессора.

Вероятность того, что стрессор вызовет расстройство, зависит от его внезапности, непредсказуемости, длительности^ повторяемости и умышленности (т.е. травма намеренно нанесена другими людьми), от физического ущерба, который он наносит жертве или ее близким, от того, насколько он угрожает жизни, способствует изоляции, вступает в конфликт с представлением о своем Я, физически или психологически унижает достоинство или наносит ущерб сообществу, к которому принадлежит жертва, или его системе поддержки. Тем не менее ни один из стрессоров не способен вызывать ПТСР у всех людей поголовно, и наоборот, некоторые, на первый взгляд – умеренно травматичные события (вроде потери работы, несчастного случая, болезни или развода) иногда могут привести к развитию ПТСР. В настоящее время, например, неизвестно, как определить травмирующую способность небольшого стрессора, если он длится в течение нескольких недель, и оценить, будет ли она иной, если его воздействие продолжается в течение нескольких месяцев или лет. Точно так же восприятие травматичности события очень индивидуально и подчас целиком зависит от какой-то мелкой подробности, к которой данный человек имеет идиосинкразию. В настоящее время единственным бесспорным выводом, к которому приходят все исследователи в этой области, является то, что в некоторых случаях для развития симптомов ПТСР индивидуальное восприятие стрессора как травмирующего фактора не менее важно, чем его «объективная» стрессогенность.

Не менее существенное значение для развития и течения ПТСР имеют и посттравматические факторы, но в настоящее время эта область исследована гораздо меньше. В некоторых случаях то, что происходит с человеком после травмы, воздействует на него даже сильнее, чем сама травма. Можно выделить факторы, которые способствуют профилактике развития ПТСР и смягчают его течение, к таковым относятся: немедленно

начатая терапия, дающая возможность активно делиться своими переживаниями; ранняя и долгосрочная социальная поддержка; восстановление чувства принадлежности к обществу (если оно было потеряно) и безопасности; участие в терапевтической работе с подобными жертвами травмы; отсутствие повторной травматизации; избегание деятельности, которая прерывает или нарушает ход терапии (например, длительное участие в правовых действиях, которые подспудно поощряют роль больного/ жертвы и снижают значимость терапии).

5. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ ПТСР

В настоящее время не существует единой общепринятой теоретической концепции, объясняющей этиологию и механизмы возникновения и развития ПТСР. Существует несколько теоретических моделей, среди которых можно выделить: психодинамический, когнитивный, психосоциальный и психобиологический подходы и разработанную в последние годы мультифакторную теорию ПТСР.

Психодинамические, когнитивные и психосоциальные модели относятся к психологическим моделям. Они были разработаны в ходе анализа основных закономерностей процесса адаптации жертв травмирующих событий к нормальной жизни. Исследования показали, что существует тесная связь между способами выхода из кризисной ситуации, способами преодоления посттравматического стресса (устранение и всяческое избегание любых напоминаний о травме, погруженность в работу, алкоголь, наркотики, стремление войти в группу взаимопомощи и т. д.) и успешностью последующей адаптации. Было установлено, что наиболее эффективными являются две стратегии: 1) целенаправленное возвращение к воспоминаниям о травмирующем событии в целях его анализа и полного осознания всех обстоятельств травмы; 2) осознание носителем травматического опыта значения травматического события.

Первая из этих стратегий была использована при разработке психодинамических моделей, описывающих процесс развития ПТСР-синдрома и выхода из него как поиск оптимального соотношения между патологической фиксацией на травмирующей ситуации и ее полным вытеснением из сознания. При этом учитывается, что стратегия избегания упоминаний о травме, ее вытеснения из сознания («инкапсуляция травмы»), безусловно, является наиболее адекватной острому периоду, помогая преодолеть последствия внезапной травмы. При развитии постстрессовых состояний осознание всех аспектов травмы становится непременным условием интеграции внутреннего мира человека, превращения травмирующей ситуации в значимую часть бытия субъекта.

Согласно психодинамическому подходу травма приводит к нарушению процесса символизации. Фрейд рассматривал травматический невроз как нарциссический конфликт. Он вводит понятие стимульного барьера. Вследствие интенсивного или длительного воздействия барьер разрушается, либидозная энергия смещается на самого субъекта. Фиксация на травме – это попытка ее контроля. В современной классической психодинамической модели в качестве следствий трав-матизации рассматриваются: регресс к оральной стадии развития, смещение либидо с объекта на Я, ремобилизация садомазохистских инфантильных импульсов, использование примитивных защит, автоматизация Я, идентификация с агрессором, регресс к архаичным формам функционирования «Сверх-Я», деструктивные изменения Я-идеала. Считается, что травма – это триггерный механизм, актуализирующий детские конфликты (Калмыкова, Падун, 2002).

Данная модель не объясняет всю симптоматику травматического реагирования, например, постоянное отыгрывание травмы. Кроме того, в опыте любого человека можно

найти детскую травму, что не является, однако, предопределяющим в развитии неадаптивного ответа на стресс. Кроме того, классическая психоаналитическая терапия для лечения данного расстройства неэффективна.

Другой аспект индивидуальных особенностей преодоления ПТСР – когнитивная оценка и переоценка травмирующего опыта – отражен в когнитивных

психотерапевтических моделях. Авторы этого направления считают, что когнитивная оценка травмирующей ситуации, являясь основным фактором адаптации после травмы, будет в наибольшей степени способствовать преодолению ее последствий, если причина травмы в сознании ее жертвы, страдающей ПТСР, приобретет экстернальный характер и будет лежать вне личностных особенностей человека (широко известный принцип: не «я плохой», а «я совершил плохой поступок»).

В этом случае, как считают исследователи, сохраняется и повышается вера в реальность бытия, в существующую рациональность мира, а также в возможность сохранения собственного контроля за ситуацией. Главная задача при этом – восстановление в сознании гармоничности существующего мира, целостности его когнитивной модели: справедливости, ценности собственной личности, доброты окружающих, так как именно эти оценки в наибольшей степени искажаются у жертв травматического стресса, страдающих ПТСР (Калмыкова, Падун, 2002).

В рамках когнитивной модели травматические события – это потенциальные разрушители базовых представлений о мире и о себе. Патологическая реакция на стресс – неадаптивный ответ на обесценивание этих базовых представлений.

Эти представления формируются в ходе онтогенеза, связаны с удовлетворением потребности в безопасности и составляют Я-теорию. В ситуации сильного стресса происходит коллапс Я-теории. Хотя коллапс Я-теории – это неадаптивное следствие стрессового воздействия, он сам по себе может быть адаптивным, так как предоставляет возможность для более эффективной реорганизации Я-системы. Неадаптивное преодоление травмы включает генерализацию страха, гнев, уход, диссоциацию, постоянное отыгрывание травмы. Причина неадаптивного преодоления травмы лежит в негибкости, некор-регулируемости когнитивных схем. Данная модель с наибольшей полнотой объясняет этиологию, патогенез и симптоматику расстройства, так как учитывает и генетический, и когнитивный, и эмоциональный, и поведенческий факторы.

В рамках психофизиологической модели ответ на травму – результат длительных физиологических изменений. Вариабельность ответов на травму обусловлена темпераментом. Согласно современным данным (Kolb, 1984; Van der Kolk, 1991, 1996), при стрессовом воздействии возрастает оборот норэпинефрина, что приводит к росту уровня плазматического катехоламина, к снижению в головном мозге уровня норадреналина, допамина, серотонина, к росту уровня ацетил-холлина, возникновению болеутоляющего эффекта, опосредованного эндогенными опиоидами. Снижение уровня норадреналина и падение уровня допамина в мозге коррелируют с состоянием психического оцепенения. Это состояние, по мнению многих авторов (Lifton, 1973; 1978; Horowitz, 1972; 1986; Green, Lindy, 1992), является центральным в синдроме ответа на стресс. Болеутоляющий эффект, опосредованный эндогенными опиоидами, может приводить к возникновению опиоидной зависимости и поискам ситуаций, похожих на травмирующую. Снижение серотонина ингибирует работу системы, подавляющей продолжение поведения, что приводит к генерализации условной реакции на связанные с первоначальным стрессором стимулы. Подавление функционирования гиппокампа может являться причиной амнезии на специфический травматический опыт (van der Kolk et al., 1996). Недостаток этих моделей в том, что большинство исследований было проведено на животных или в лабораторных условиях. Они также не учитывают зависимости психофизиологического ответа от когнитивного опосредования, которое было показано еще в опытах Лазаруса.

Информационная модель, разработанная Горовицем (Horowitz, 1998), является

попыткой синтеза когнитивной, психоаналитической и психофизиологической моделей. Стресс – это масса внутренней и внешней информации, основная часть которой не может быть согласована с когнитивными схемами. Происходит информационная перегрузка. Необработанная* информация переводится из сознания в бессознательное, но сохраняется в активной форме. Подчиняясь принципу избегания боли, человек стремится сохранить

информацию в бессознательной форме, но, в соответствии с тенденцией к завершению, временами травматическая информация становится сознательной как часть процесса информационной обработки. При завершении информационной обработки опыт интегрирован, травма больше не хранится в активном состоянии. Биологический фактор, так же как и психологический, включен в эту динамику. Феномен реагирования такого рода – это нормальная реакция на шокирующую информацию. Ненормальны предельно интенсивные реакции, не являющиеся адаптивными, блокирующие проработку информации и встраивание ее в когнитивные схемы индивида.

Данная модель недостаточно дифференцирована, вследствие чего не позволяет учитывать индивидуальные различия при травматических расстройствах.

Наконец, значение социальных условий, в частности фактора социальной поддержки окружающих для успешного преодоления ПТСР, отражено в моделях, получивших название психосоциальных.

Согласно психосоциальному подходу, модель реагирования на травму является многофакторной, и необходимо учесть вес каждого фактора в развитии реакции на стресс. В основе ее лежит модель Горовица, но авторы и сторонники модели (Green, 1990; Wilson, 1993) подчеркивают также необходимость учитывать факторы окружающей среды: факторы социальной поддержки, стигматизации, демографический фактор, культурные особенности, дополнительные стрессы.

Эта модель обладает недостатками информационной модели, но введение факторов окружающей среды позволяет выявить индивидуальные различия.

Были выделены основные социальные факторы, влияющие на успешность адаптации жертв психической травмы: отсутствие физических последствий травмы, прочное финансовое положение, сохранение прежнего социального статуса, наличие социальной поддержки со стороны общества и особенно группы близких людей. При этом последний фактор является самым значимым.

Выделены следующие стрессогенные ситуации, связанные с социальным окружением: человек с опытом войны не нужен обществу; война и ее участники непопулярны; между теми, кто был на войне, и теми, кто не был, отсутствует взаимопонимание; общество формирует комплекс вины у ветеранов. Столкновение с этими, уже вторичными по отношению к экстремальному опыту, полученному на войне, стрессорами достаточно часто приводило к ухудшению состояния ветеранов войн (например, вьетнамской или в Афганистане). Это свидетельствует об огромной роли социальных факторов как в помощи по преодолению травматических стрессовых состояний, так и в формировании ПТСР в случае, когда поддержка и понимание окружающих отсутствуют.

До недавнего времени в качестве основной теоретической концепции, объясняющей механизм возникновения ПТСР, выступала «двухфакторная теория». В ее основу в качестве первого фактора был положен классический принцип условно-рефлекторной обусловленности ПТСР (по И. П. Павлову). Основная роль в формировании синдрома при этом отводится собственно травмирующему событию, которое выступает в качестве интенсивного безусловного стимула, вызывающего у человека безусловно-рефлекторную стрессовую реакцию. Поэтому, согласно этой теории, другие события или обстоятельства, сами по себе нейтральные, но каким-либо образом связанные с травматическим стимулом-событием, могут послужить условно-рефлекторными раздражителями. Они как бы «пробуждают» первичную травму и вызывают соответствующую эмоциональную реакцию (страх, гнев) по условно-рефлекторному типу

(Тарабрина, 2001). Второй составной частью двухфакторной теории ПТСР стала теория поведенческой, оперантной обусловленности развития синдрома. Согласно этой концепции, если воздействие событий, имеющих сходство (явное или по ассоциации) с основным травмирующим стимулом, ведет к развитию эмоционального дистресса, то человек будет все время стремиться к избеганию такого воздействия, что, собственно, и лежит в основе

психодинамических моделей ПТСР.

Однако с помощью двухфакторной теории было трудно понять природу ряда присущих только ПТСР симптомов, таких, как «постоянное возвращение к переживаниям, связанным с травмирующим событием». Это симптомы навязчивых воспоминаний о пережитом, сны и ночные кошмары на тему травмы и, наконец, флэшбэк-эффект. В этом случае практически невозможно установить, какие именно «условные» стимулы провоцируют проявление этих симптомов, настолько слабой оказывается их видимая связь с событием, послужившим причиной травмы.

Для объяснения подобных проявлений ПТСР была предложена теория патологических ассоциативных эмоциональных сетей (Pitman, 1988). Специфическая информационная структура в памяти, обеспечивающая развитие эмоциональных состояний, – «сеть» – включает три компонента:

- информацию о внешних событиях, а также об условиях их появления;
- информацию о реакции на эти события, включая речевые компоненты, двигательные акты, висцеральные и соматические реакции;
- информацию о смысловой оценке стимулов и актов реагирования.

Эта ассоциативная сеть при определенных условиях начинает работать как единое целое, продуцируя эмоциональный эффект. В основе же посттравматического синдрома лежит формирование аналогично построенных патологических ассоциативных структур. Было установлено, что включение в схему элемента воспроизведения травмирующей ситуации в воображении ведет к значимым различиям между здоровыми и страдающими ПТСР ветеранами вьетнамской войны. У последних наблюдалась интенсивная эмоциональная реакция в процессе переживания в воображении элементов своего боевого опыта, а у здоровых испытуемых такой реакции не отмечалось.

Таким образом, с помощью теории ассоциативных сетей был описан механизм развития флэшбэк-феномена, однако такие симптомы ПТСР, как навязчивые воспоминания и ночные кошмары, и в этом случае поддавались объяснению с трудом. Поэтому было высказано предположение, что патологические эмоциональные сети ПТСР-синдрома должны обладать свойством самопроизвольной активации, механизм которой следует искать в нейрональных структурах мозга и биохимических процессах соответствующего уровня.

Для ответа на вопрос, почему лишь у части людей, подвергшихся травматизации, проявляются психологические симптомы посттравматического стресса, предлагается также этиологическая мультифакторная концепция, в которой делается попытка объяснить, почему одни люди после переживания травматического стресса начинают страдать ПТСР, а другие – нет (Maercker, 1998). В этой концепции выделяются три группы факторов, сочетание которых приводит к возникновению ПТСР:

1. Факторы, связанные с травматическим событием: тяжесть травмы, ее неконтролируемость, неожиданность;
2. Защитные факторы: способность к осмыслению происшедшего, наличие социальной поддержки, механизмы совладания; так, показано, что те, кто имеет возможность говорить о травме, отличаются лучшим самочувствием и реже обращаются к врачам (какого бы то ни было профиля);
3. Факторы риска: возраст к моменту травматизации, отрицательный прошлый опыт, психические расстройства в анамнезе, низкие интеллект и социоэкономический уровень.

6. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Распространенность ПТСР среди популяции зависит от частоты травматических событий. Так, можно говорить о травмах, типичных для определенных политических режимов, географических регионов, в которых особенно часто происходят природные катастрофы, и т. п. В 90-е гг. показатели частоты возникновения ПТСР отчетливо возросли: если в 80-х гг. они соответствовали 1–2%, то в недавних исследованиях,

опубликованных в США, – 7,8%, причем имеются выраженные половые различия (10,4% для женщин, 5,0% для мужчин).

Подверженность ПТСР коррелирует с определенными психическими нарушениями, которые либо возникают как следствие травмы, либо присутствуют изначально. К числу таких нарушений относятся: невроз тревоги; депрессия; склонность к суицидальным мыслям или попыткам; медикаментозная, алкогольная или наркотическая зависимость; психосоматические расстройства; заболевания сердечно-сосудистой системы. Данные свидетельствуют о том, что у 50–100% пациентов, страдающих ПТСР, имеется какое-либо из перечисленных сопутствующих заболеваний, а чаще всего два или более. Кроме того, у пациентов с ПТСР особую проблему представляет высокий показатель самоубийств или попыток самоубийств.

Обследование населения обнаружило, что процент распространенности ПТСР колеблется в диапазоне от 1% до 14% с вариативностью, связанной с методами обследования и особенностями популяции. Обследование индивидов из группы риска (например, ветеранов вьетнамской войны, людей, пострадавших от извержений вулкана или насилия) дало очевидное повышение норм распространенности диагноза от 3% до 58%. Интенсивность психотравмирующей ситуации является фактором риска возникновения ПТСР. Другими факторами риска являются: низкий уровень образования, социальное положение; предшествующие травматическому событию психиатрические проблемы; наличие близких родственников, страдающих психиатрическими расстройствами; хронический стресс. Необходимо отметить, что довольно часто индивиды с ПТСР переживают вторичную травматизацию, которая возникает, как правило, в результате негативных реакций окружающих, медицинского персонала и работников социальной сферы на проблемы, с которыми сталкиваются перенесшие травму. Негативные реакции проявляются: в отрицании самого факта травмы, в отрицании связи между травмой и страданиями, в негативном отношении к жертве и ее обвинении, в отказе оказать помощь (Тарабрина, 2001).

В других случаях вторичная травматизация может возникать в результате гиперопеки пострадавших, вокруг которых окружающие создают «травматическую мембрану», которая отгораживает их от внешнего мира и стрессоров обыденной жизни.

7. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ УЯЗВИМОСТЬ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ТРАВМЫ

Когда говорится о том, что человек страдает ПТСР, прежде всего имеется в виду то, что он пережил травмирующее событие, то есть с ним произошло что-то ужасное, и у него есть некоторые из специфических симптомов. Но это событие – лишь часть общей картины, внешнее обстоятельство, которое сыграло свою роль в болезненном процессе. Другая сторона посттравматического стресса относится к внутреннему миру личности и связана с реакцией на пережитые им события, которая в каждом случае индивидуальна. Помимо тяжести стрессорного фактора, важную роль играет уязвимость индивидуума к ПТСР, о которой свидетельствуют особенности преморбида (незрелость, астенические черты, гиперсенситивность, зависимость, склонность к чрезмерному контролю, направленному на подавление нежелательной эмоции), склонность к виктимизации (тенденции оказываться в роли жертвы при аналогичных ситуациях) или черты травматофилии (фиксация на травматическом опыте). Установлена значимая корреляция между конфликтными отношениями с родителями на 3-м году жизни и последующими нарушениями адаптации. Подчеркивается роль матери в формировании у ребенка

выносливости к стрессу. Концепция «достаточно хорошей матери» исходит из того, что теплая эмоциональная поддержка и гибкая адаптация к адекватно распознанным нуждам ребенка создают наиболее благоприятный фон для формирования адаптивных механизмов психологической защиты (Назарова, 2002).

К другим важным факторам риска ПТСР относятся такие личностные особенности человека, как акцентуация характера, социопатическое расстройство, низкий уровень интеллектуального развития, а также наличие алкогольной или наркотической зависимости. Если человек склонен к экстериоризации стресса, то он менее подвержен ПТСР. Генетическая предрасположенность (наличие в анамнезе психических расстройств) может увеличивать риск развития ПТСР после травмы; на это также влияет предшествующий травматический опыт (например, в связи с перенесенным физическим насилием в детстве, несчастными случаями в прошлом или разводом родителей). Важен возрастной фактор: преодоление экстремальных ситуаций труднее дается молодым и старым людям. Риск ПТСР возрастает также в случаях изоляции человека на период переживания травмы, утраты семьи и близкого окружения. Велика роль своевременно оказанной помощи, реакции членов семьи, которые могут поощрять некоторые болезненные проявления.

В последнее время все большее значение придается психологическим аспектам стресса, в частности жизненной значимости события, включая отношение личности к угрожающей ситуации с учетом моральных ценностей, религиозных ценностей и идеологии. Предрасполагающим фактором может оказаться физиологическое состояние в момент получения травмы, особенно соматическое истощение на фоне нарушения стереотипа сна и приема пищи.

Биологические и психологические проявления, характерные для острой реакции на стресс, без сомнения, являются одним из самых очевидных критериев того, что данное событие воспринимается жертвой как травматичное. И хотя для диагноза ПТСР вовсе не обязательно наличие в анамнезе острой реакции на стресс, ее присутствие во время или сразу после травмы говорит о повышенном риске развития симптомов ПТСР в будущем. Если сразу после стресса человек переживает выраженное симпатическое возбуждение, с учащенным пульсом, повышением кровяного давления, чувством тревоги или паники, это неблагоприятный прогностический признак. В тех случаях, когда симпатическая нагрузка достаточно велика, центральная нервная система может выдать соответствующую гиперреакцию даже на одноразовый стрессор. Точно так же наличие диссоциации, считающейся своего рода защитной реакцией на травму, говорит о том, что жертва переживает данное событие как серьезный стресс. Поэтому если какое-то событие «потрясло» человека настолько, что он находится в состоянии «оцепенения» или диссоциативной отстраненности, возможность последующего развития ПТСР увеличивается.

Можно выделить еще ряд условий, влияющих на развитие ПТСР:

1. Насколько ситуация субъективно воспринималась как угрожающая;
2. Насколько объективно реальна была угроза для жизни;
3. насколько близко к месту трагических событий находился индивид (он мог физически не пострадать, но видеть последствия катастрофы, трупы жертв);
4. Насколько в это событие были вовлечены близкие, пострадали ли они, какова была их реакция. Это особенно значимо у детей. Когда родители очень болезненно воспринимают происшедшее и реагируют паникой, ребенок также не будет чувствовать себя в безопасности.

В зарубежных исследованиях, изучающих взаимосвязь характеристик личности, стресса и заболеваний, большое внимание уделяют таким психологическим свойствам, как локус контроля, психологическая выносливость (устойчивость) и самооценка.

Локус контроля определяет, насколько эффективно человек может влиять на окружающую обстановку или владеть ею. Традиционно локус контроля располагается в

континууме между двумя крайними точками: внешним (external) и внутренним (internal) локусах контроля (Rotte, 1966, 1972). Экс-терналы видят большинство событий как результат случайности, контролируемой силами, неподвластными человеку. Ин-тернал, наоборот, чувствует, что только некоторые события находятся вне сферы человеческих влияний. Даже катастрофические события могут быть предотвращены хорошо

продуманными действиями человека. Интерналы располагают более эффективно работающей когнитивной системой. Они тратят существенную часть своей умственной энергии на получение информации, что позволяет им влиять на значимые для них события. Кроме того, интерналы имеют выраженную тенденцию разрабатывать специфические и конкретные планы действий в тех или иных ситуациях. Таким образом, чувство контроля над собой и окружением позволяет им более успешно справляться со стрессовыми ситуациями.

В обзоре Averill (1973) подчеркиваются три основных типа контроля. Это поведенческий контроль, который затрагивает некоторое направление действий; когнитивный контроль, который, в первую очередь, отражает интерпретацию событий личностью; контроль решительности, который определяет процедуру выбора способа действия.

В целом, существует достаточно много теорий, объясняющих личную предрасположенность к возникновению травматического стресса. Дж. Ялом (Ялом, 1999) предложил рассматривать все психологические проблемы травматического стресса с точки зрения понятий смерти, свободы, изоляции и бессмысленности. Выделяют также пятую составляющую – неопределенность как следствие вероятностного характера всего происходящего (Смирнов, 2002). Неопределенность является одним из наиболее тягостных переживаний. Значительная часть интеллектуальной деятельности человека, связанная с формированием представления о мире и о себе, направлена именно на преодоление этой неопределенности, поиск закономерностей, при этом типично отметить возможность маловероятных или просто нежелательных событий.

Понятие смерти. Впервые страх смерти возникает у трехлетнего ребенка: ему стало страшно засыпать, он часто спрашивает у родителей, не умрут ли они и т. д. В дальнейшем ребенок создает психологические защиты, выступающие в виде базовых иллюзий. Их три: иллюзия собственного бессмертия, иллюзия справедливости и иллюзия простоты устройства мира. Эти иллюзии очень устойчивы и часто встречаются не только у детей, но и у взрослых.

Иллюзия собственного бессмертия: «Могут умереть все, кроме меня». Первое же столкновение с травматической ситуацией ставит ребенка лицом к лицу с реальностью. Впервые в своей жизни он вынужден признать, что может умереть. Для большинства такое откровение может кардинально поменять образ мира, который из уютного, защищенного превращается в мир роковых случайностей, открытый для действия неконтролируемых сил.

Иллюзия справедливости: «Каждый получает по заслугам» или: «Мир справедлив». Травматическая ситуация сразу же со всей очевидностью обнажает нереальность иллюзии о справедливом устройстве мира. Для ребенка это открытие часто становится настоящим потрясением. Ведь на самом деле оно обесценивает все усилия: действительно, зачем хорошо учиться, стараться быть хорошим и т.д., если это не даст защищенности?

Иллюзия простоты мироустройства: «Мир очень прост; в нем есть только черное и белое, добро и зло, наши и не наши, жертвы и агрессоры». Чем взрослее становится личность, тем больше ложную простоту вытесняет мысль, которую часто можно услышать от много повидавших людей: «В жизни все очень сложно, чем больше живу, тем меньше понимаю».

Понятие свободы. Самым сильным ограничителем свободы являются чувство вины и вытекающие из него долг, обязательства и т.п. Человек, испытывающий чувство вины, стремится как бы наказать себя саморазрушением, иначе говоря – демонстрирует

аутодеструктивное поведение. Особенно это характерно для травматического чувства вины. У людей, переживших психологическую травму, это чувство возникает в трех видах.

Во-первых, это вина за воображаемые грехи. Если, например, умирает кто-то близкий, человек начинает анализировать свое поведение по отношению к умершему и всегда находит ситуации, когда он причинял умершему огорчение.

Во-вторых, у человека, пережившего травматический стресс, часто возникает чувство вины за то, что он не сделал. Жертвы травматических ситуаций часто страдают от так называемого «болезненного чувства ответственности», когда их терзает вина за действия в прошлом. Анализируя ситуацию, они всегда находят нечто, что можно было бы сделать иначе – и тем самым предотвратить трагедию: например, вовремя подать лекарство или заставить обратиться к врачу и т.п.

Третий аспект травматического чувства вины – это так называемая «вина выжившего», когда человек «виноват» только потому, что он остался жив, а тот, другой, умер. Ее еще называют «синдромом узников концлагерей». Выживший живет под бременем невыносимой ответственности.

Понятие изоляции. Чувство изоляции хорошо известно жертвам травматического стресса: многие из них страдают от одиночества, от трудности и даже невозможности установления близких отношений с другими людьми. Их переживания, их опыт настолько уникальны, что другим людям просто невозможно это понять. И тогда окружающие начинают казаться скучными, ничего не понимающими в жизни. Именно поэтому пережившие травму люди тянутся друг к другу. По их мнению, только человек, испытавший нечто подобное, может их понять.

Одиночество, переживаемое пострадавшими, – это не только психологическая реальность, но и социальная. Существует миф о том, что жертва вызывает прежде всего сочувствие. Однако часто жертва вызывает агрессию. Люди начинают сторониться пострадавшего, как бы боясь заразиться от него несчастьем.

Понятие бессмысленности. В. Франкл убедительно показал, что человек может вынести все, что угодно, если в этом есть смысл. Психологическая травма неожиданна, беспричинна и потому воспринимается как бессмысленная. Это заставляет пострадавших искать какое-нибудь объяснение тому, что произошло, чтобы травматическое переживание не было напрасным. Тогда и создаются социальные мифы, которые предлагают свое объяснение случившегося.

Другой концепцией, объясняющей специфику переживания травматического стресса, является теория Дж. Келли. По мнению Келли, процесс мышления человека протекает на основании формирования полярных утверждений, конструкторов (Kelly, 1955, 1963). Вот некоторые из них: 1) смертность – бессмертие; 2) закономерность – случайность; 3) зависимость – независимость; 4) чувство общности с другими – одиночество; 5) осмысленность – бессмысленность; 6) безопасность – угроза; 7) беспомощность – всемогущество; 8) полноценность – ущербность. Стремление избежать неопределенности приводит к выбору по принципу «или – или», а стремление компенсировать тревогу, вызванную базисным конфликтом, и «принцип удовольствия» определяют выбор той или иной полярности. Практика показывает, что человек зачастую считает себя в какой-то мере скорее бессмертным, чем смертным, предпочитает верить в закономерность и осмысленность происходящего, старается сделать картину мира более безопасной, определенной, ведет себя так, как если бы он был всемогущим или верил во всемогущество того, что (или кто) определяет наше существование (общество, родители, бог и т.п.).

Травматическое стрессовое событие и то, что за ним следует, есть опыт острого и внезапного столкновения убеждений человека с реальностью. Исходя из этого, наиболее психологически значимыми характеристиками травматического стрессового события можно считать: 1) противоречие базисным убеждениям личности, пересмотр которых

воспринимается как угроза существованию; 2) неожиданность (как объективная, так и субъективная, когда в силу отрицания человек не допускал возможности события); 3) непоправимость происшедшего.

Важную составляющую травмы, помимо самого события, представляет собой постстрессовое окружение. Отношение к смерти и страданиям в современном мире

характеризуют следующие особенности: 1) тенденция к избеганию, как если бы эти феномены не имели отношения к жизни большинства людей; 2) их переживают в одиночестве, культура, общество и непосредственное окружение не дает тут поддержки. Все это, как правило, усугубляет течение ПТСР и реакции потери, затрудняет переработку травматического события.

В остром периоде травма влечет за собой крах системы ценностей, убеждений, представлений о мире и о себе (идентичности), что при отсутствии компенсации может привести к суициду. Стремление компенсировать эту катастрофу реализуется в виде: 1) попытки сохранить прежнюю систему ценностей и убеждений; 2) пересмотра и создания новой, более гибкой и жизнеспособной системы. Симптомы ПТСР: вторжение травмы (воспоминания, сновидения, другие формы повторного переживания) и избегание, в этом плане, представляют собой отражение этих тенденций. Прежде всего: как, с одной стороны, попытка проработки случившегося для включения этого опыта в систему мира данного человека, и с другой стороны, как отрицание – исключение события из этой системы. Аналогичным образом, в динамике процесса переработки травмы можно выделить следующие этапы: 1) отрицание; 2) переосмысление; 3) принятие.

Полное или частичное отрицание является первой реакцией на травмирующее событие. Отрицание может быть промежуточным этапом, если в дальнейшем у человека хватает сил, чтобы переработать произошедшее, либо может стать окончательным исходом, предохраняющим систему убеждений от пересмотра. Примером крайней формы отрицания является полная психогенная амнезия. Однако чаще встречаются варианты с частичной амнезией события или с отрицанием некоторых выводов, проистекающих из события. Например, отрицание собственной роли в событии приводит к обвинению других людей или сил, отрицание смертности – к формированию защитных мифов о бессмертии, неготовность пересмотреть идею о собственном всемогуществе – к переживаниям вины за произошедшее. Когда постстрессовые нарушения на фоне отрицания становятся хроническими, появляется выраженное эмоциональное напряжение, которое трансформируется в невротические и психосоматические симптомы, а также может стать основой для формирования алкогольной и наркотической зависимости. Клинически эти состояния уже не укладываются в картину ПТСР или реакции потери, хотя рядом авторов и предлагаются для обозначения этих состояний термины «маскированное ПСТР» или «скрытое ПТСР» (Александровский, 1993, Epstein, 1989).

Переосмысление события является одной из основных причин репереживания (повторного воспроизведения) травмы. Однако симптомы репереживания являются результатом множества факторов, в т.ч. и отрицания. При преобладании отрицания воспоминания о событии носят навязчивый характер и сопровождаются выраженным избеганием.

Часто, особенно при хронической форме процесса, репереживание сопровождается «вторичная выгода». Примером этого может быть описанный в начале века так называемый «рентный невроз». Описывались варианты «ностальгического репереживания» у ветеранов войны в Афганистане (Смирнов, 1997) и «замещающего репереживания» при реакции горя (Смирнов, 1999). Стремление снизить уровень эмоционального дискомфорта в результате репереживания часто приводит к употреблению алкоголя, транквилизаторов или даже наркотиков с последующим формированием зависимости, при которой репереживание, в свою очередь, начинает играть роль оправдания. По сути дела, данная тенденция может быть рассмотрена как процесс формирования новой идентичности – идентичности «травмированного». При

этом возможны как поиск сочувствия и поддержки в окружающих, так и, наоборот, отказ от поддержки и стремление остаться «в гордом одиночестве».

У людей с ПТСР нарушена способность к интеграции травматического опыта с другими событиями жизни. 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, – жертва остается «застывшей», фиксированной на травме как на актуальном переживании, вместо того чтобы принять ее как событие прошлого. При этом травматические воспоминания существуют в памяти не в виде связных рассказов, а как интенсивные эмоции и соматосенсорные явления, которые актуализируются, когда страдающий ПТСР находится в возбужденном состоянии или когда стимулы и ситуации напоминают о травме (Та-рабина, 2001).

Со временем первые навязчивые мысли о травме могут связываться с реакциями на широкий спектр стимулов, что укрепляет выборочное доминирование травматических сетей памяти. Триггеры, запускающие навязчивые травматические воспоминания, со временем могут становиться все более и более тонкими и генерализованными, таким образом, самые разнообразные стимулы становятся напоминанием о травме.

Телесные реакции человека с ПТСР на определенные физические и эмоциональные стимулы носят такой характер, будто бы он все еще находится в условиях серьезной угрозы; он страдает от сверхбдительности, преувеличенной реакции на неожиданные стимулы и невозможности релаксации. Исследования ясно показали, что люди с ПТСР страдают от обусловленного возбуждения вегетативной нервной системы в ответ на связанные с травмой стимулы. Феномены физиологической гипервозбудимости являются сложными психофизиологическими процессами, в которых, как представляется, постоянное предвосхищение (антиципация) серьезной угрозы служит причиной такого, например, симптома, как трудности с концентрацией внимания или сужение круга внимания, направленного 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 опасной ситуации. Однако у тех людей, которые постоянно находятся в состоянии гипервозбуждения, эта функция в значительной степени утрачивается: легкость, с которой у них запускаются соматические нервные реакции, делает невозможным положиться на свою физиологическую систему эффективного раннего оповещения о надвигающейся угрозе. Физические ощущения теряют функцию сигналов эмоциональных состояний, и, как следствие, они уже не могут служить ориентирами для деятельности. Таким образом, подобно нейтральным стимулам окружающей среды, нормальные физиологические ощущения могут быть наделены новым угрожающим смыслом. Собственная физиологическая активность становится источником страха индивида.

Люди с ПТСР испытывают определенные трудности при отделении несущественных стимулов от существенных, когда из контекста необходимо выбрать то, что является действительно важным. В результате теряется способность гибко реагировать на изменяющиеся требования окружающей среды, из чего следуют трудности в обучении и серьезное нарушение способности к усвоению новой информации.

Многие травмированные индивиды, особенно дети, перенесшие травму, склонны обвинять самих себя за случившееся с ними. Взятие ответственности на себя в этом случае позволяет компенсировать (или заместить) чувство беспомощности и уязвимости иллюзией потенциального контроля. Парадоксальным образом исследования показывают, что жертвы сексуального насилия, обвиняющие в случившемся себя, имеют лучший прогноз, чем те, кто не принимает на себя ложной ответственности, ибо это позволяет

первым сохранить внутренний локус контроля и тем самым избежать чувства беспомощности.

Компульсивное повторное переживание травматических событий – поведенческий паттерн, который часто наблюдается у людей, перенесших психическую травму, – не нашел отражения в диагностических критериях ПТСР. Проявляется он в том, что

неосознанно индивид стремится к участию в ситуациях, которые в целом или частично сходны с начальным травматическим событием. Этот феномен наблюдается практически при всех видах травматизации. Например, ветераны становятся наемниками или служат в милиции; женщины, подвергшиеся насилию, вступают в болезненные для них отношения с мужчиной, который с ними грубо обращается; жертвы сексуального соблазнения в детстве, повзрослев, занимаются проституцией. Понимание этого на первый взгляд парадоксального феномена может помочь прояснить некоторые аспекты девиантного поведения. Субъект, демонстрирующий подобные паттерны повторного переживания травмы, может выступать как в роли жертвы, так и агрессора (Соловьева, 2003).

Повторное отыгрывание травмы является одной из основных причин распространения насилия в обществе. Многочисленные исследования, проведенные в США, показали, что большинство преступников, совершивших серьезные преступления, в детстве пережили ситуацию физического или сексуального насилия. Также показана в высшей степени достоверная связь между детским сексуальным насилием и различными формами самодеструкции – вплоть до попытки самоубийства, – которые могут возникнуть уже во взрослом возрасте. В литературе описывается феномен «ревиктимизации»: травмированные индивиды вновь и вновь попадают в ситуации, где они оказываются жертвами.

Преследуемый навязчивыми воспоминаниями и мыслями о травме, травмированный человек пытается организовать свою жизнь таким образом, чтобы избежать эмоций, которые провоцируются этими мыслями. Избегание может принимать разные формы, например: дистанцирование от воспоминаний о событии, злоупотребление наркотиками или алкоголем для того, чтобы заглушить осознание дистресса, использование диссоциативных процессов, позволяющих вывести болезненные переживания из сферы сознания. Все это ослабляет и разрушает взаимосвязи с другими людьми и как следствие – ведет к снижению адаптивных возможностей.

Фобическое избегание ситуаций или действий, которые имеют сходство с основной травмой или символизируют ее, может влиять на межличностные взаимосвязи и вести к супружеским конфликтам, разводу или потере работы. Наличие симптомов ПТСР у одного из членов семьи оказывает влияние на ее функционирование. Однако семья, «семейная стабильность» выступают в качестве мощной социальной поддержки, оказывая компенсирующее влияние на страдающего члена семьи, в частности когнитивную, эмоциональную и инструментальную помощь.

Можно условно разделить людей, переживших травматическое событие, на несколько категорий (Ромек и др., 2004).

Компенсированные личности, которые нуждаются в легкой психологической поддержке – дружеской или семейной.

Личности с дезадаптацией легкой степени, которые нуждаются как в дружеской психологической поддержке близких и окружения в коллективе, так и в профессиональном вмешательстве психолога и психотерапевта. У них нарушено психофизическое равновесие (в физической, мыслительной или эмоциональных сферах), возможны эмоциональная возбудимость, конфликтность, появление страхов и других признаков внутренней дисгармонии. Адаптация нарушена, но при определенных условиях восстанавливается без осложнений.

Личности с дезадаптацией средней степени, которые нуждаются во всех видах помощи, в том числе – в фармакологической коррекции состояния. Психофизическое

равновесие заметно нарушено во всех сферах, имеются психические нарушения на уровне пограничных: постоянное чувство страха, выраженной тревоги или агрессивности, не адекватных ситуации. Физически эти люди могут страдать в результате травм или ранений.

Личности с дезадаптацией тяжелой степени, которая захватывает все сферы и требует длительного лечения и восстановления. Это могут быть выраженные нарушения психического состояния, которые требуют вмешательства психиатра; или физические травмы, приведшие к инвалидизации и сопровождающиеся развитием комплекса неполноценности, депрессией, суицидальными мыслями; или психосоматические нарушения сложного генеза.

8. ДИССОЦИАЦИЯ И ПТСР

Пионером научного подхода к исследованию диссоциации можно считать де Пюисегера, ученика Мессмера, который впервые описал явления сомнамбулизма. Фрейд и Брей-ер, работая у Шарко в Сальпетриере, также уделяли много внимания диссоциативным симптомам у пациентов с истерией. Родоначальником систематических исследований диссоциативных феноменов был Пьер Жане, он же и создал концепцию диссоциации.

Диссоциация и признаки посттравматического стресса, экстремальным выражением которых являются симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), тесно связаны между собой. Диссоциация, являясь существенной составляющей отсроченной реакции на психическую травму, по-видимому, играет важную роль и в развитии симптомов ПТСР как один из основных, но не единственный патогенетический механизм ПТСР.

Изначально диссоциация представляла собой описание некоторых психологических феноменов, имеющих сходные признаки и расположенных на континууме норма – патология. На одном полюсе гипотетического континуума располагаются «нормальные» проявления диссоциации, такие, как абсорбция и рассеянность, тогда как на другом полюсе этого континуума находятся «тяжелые» формы психопатологии, выраженные в симптомах диссоциативных расстройств.

Диссоциация определяется как термин, характеризующий процесс (или его результат), посредством которого согласованный набор действий, мыслей, отношений или эмоций отделяется от другой части личности и функционирует независимо. Основной чертой патологической диссоциации является нарушение интегрированных в норме функций сознания (осознания подлинности своего Эго или моторного поведения), в результате чего часть этих функций утрачивается. Диссоциация также определяется как разведение, разобщение связей, бессознательный процесс, разделяющий мышление (или психические процессы в целом) на отдельные составляющие, что ведет к нарушению обычных взаимосвязей (Та-рабина, 2001).

При диссоциации определенные психические функции, которые обычно интегрированы с другими, действуют в той или иной степени обособленно или автоматически и находятся вне сферы сознательного контроля и вне процессов памяти (Ludwig, 1983).

Вест (West, 1967) определил диссоциацию как психофизиологический процесс, посредством которого потоки входящей и выходящей информации, а также сохраняемая информация активным образом отклоняются от интеграции (т.е. от построения ассоциативных связей). Характеристиками диссоциативных состояний (Ludwig A. M., 1966) являются:

- а) типы мышления, при которых доминируют архаические формы;
- б) нарушение чувства времени;
- в) чувство потери контроля над поведением;
- г) изменения в эмоциональной экспрессии;
- д) изменения образа тела;

- е) нарушения восприятия;
- ж) изменения смысла или значимости актуальных ситуаций или ситуаций, имевших место в прошлом;
- з) чувство «омоложения» или возрастной регрессии; и) высокая восприимчивость к суггестии.

Диссоциация также определяется как состояние, при котором два или более психических процесса сосуществуют, не будучи связанными или интегрированными, а также и как защитный процесс, ведущий к такому состоянию (Райкрофт, 1995).

Ниже приводятся основные формы диссоциации. Абсорбция – специфическое состояние внимания и сознания, характеризующееся напряженностью, усилием, интересом, удивлением, чувствами активности и поглощенности деятельностью. Однонаправленность, высокая степень и узкий объем внимания характеризуют как состояние концентрации, так и абсорбции. Различие между ними поясняется следующим образом: «Концентрация является сознанием будничным; абсорбция же – необыкновенным. Концентрация – это работа; абсорбция – игра и развлечение. Концентрация включает в себя интенсивную умственную деятельность: когнитивную переработку, анализ и размышление. Абсорбция означает временное прекращение любой внутренне иницируемой деятельности. Концентрация подразумевает взаимодействие, участие Эго и усилие; она нацелена на получение практических результатов. Абсорбция же реактивна, внушаема, снимает напряжение и растворяет Эго, гармонично захватывает посредством какого-то очарования. При концентрации налицо строгое разделение субъекта и объекта – чувство «моего», противопоставленного чему-то внешнему. Абсорбция же – это единый контроль внимания, приводящий к тотальному недифференцированному состоянию тотального внимания; это переживание слияния с внешним объектом. Мы концентрируемся, когда чем-то обеспокоены... Мы поглощены, когда наслаждаемся» (Дормашев, Романов, 1999).

Рассеянность. Прямое отношение к диссоциации имеют такие формы рассеянности, как мечтательность или грезы наяву, а также «пустой взор», примером такой рассеянности может послужить блуждание мысли при чтении, когда через какое-то время читающий вдруг осознает, что пролистал несколько страниц и при этом совершенно игнорировал смысл текста и не помнит прочитанного. Дорожный транс (гипноз) или временной провал являются феноменами, родственными состоянию «пустого взора».

Деперсонализация. Явление деперсонализации у больных неврозами впервые было описано Р. Крисгабером в 1873 г. (Меграбян, 1978). Деперсонализация характеризуется своеобразной двойственностью: субъектам, переживающим это состояние, кажется, что они потеряли чувство реальности своего тела и внешнего мира; они говорят о потере своих эмоций, об отсутствии образов в процессе мышления, о полной пустоте психики. Им кажется, что они переживают исчезновение своего Я, обезличиваются и превращаются в безвольные автоматы. Тем не менее объективное исследование показывает относительную сохранность функций органов чувств, эмоциональных переживаний и мыслительного процесса (Яс-перс, 1997).

Объединяя феномены деперсонализации и дереализации, Ясперс приводит следующие основные черты этих переживаний: изменение осознания собственного бытия, сознание потери чувства своего Я; изменение осознания принадлежности «мне» тех или иных проявлений психического. Говоря о деперсонализации, часто употребляют выражение Фромма о диссоциации между наблюдающим и переживающим Эго (van der Kolk et al., 1996).

Диссоциативные изменения идентичности. Диссоциация может приводить и к изменениям идентичности, которые, как и другие диссоциативные феномены, расположены вдоль континуума «норма – патология» и выражаются либо в транзиторных, скоро проходящих состояниях, либо в тяжелых формах психопатологии,

например, в таком расстройстве, как диссоциированная личностная идентичность.

В этом состоянии наблюдаются заметные изменения в переживании фундаментального единства Я. Например, во время разговора человек замечает, что говорит словно автоматически, и в то же время слушает себя как бы со стороны. Если такое раздвоение длится достаточно долго, обычное течение мыслей нарушается; но за короткий промежуток времени человек переживает «раздвоенность» собственной личности без каких бы то ни было потерь (Ясперс, 1997). Феномен раздвоенности

возникает тогда, когда события психической жизни переживаются как бы двумя отдельными, абсолютно независимыми друг от друга личностями, каждой из которых свойственны свои переживания и ассоциации в сфере чувств.

Ясперс подчеркивает, что в данном случае речь идет не о конфликте мотивов, страстей и моральных установок и т.п. и не о случаях множественной личности (раздвоение личности, представляющее собой «объективную данность при альтернирующем состоянии сознания»).

Амнезии. Это явление представляет собой расстройства памяти, относящиеся к определенному ограниченному отрезку времени, о котором ничего (или почти ничего) не удастся вспомнить; кроме того, под «амнезией» понимаются менее жестко привязанные к определенному временному интервалу переживания. Выделяют следующие случаи: 1) расстройства памяти нет; есть состояние глубоко расстроенного сознания, совершенно не способного к апперцепции (способности к охвату целостного содержания), и соответственно – к запоминанию; никакое содержание не входит в память, соответственно – ничто не вспоминается; 2) апперцепция возможна на какой-то ограниченный промежуток времени, но способность к запоминанию серьезно нарушена, вследствие чего содержание не удерживается в памяти; 3) в условиях аномального состояния возможно мимолетное, едва различимое воспоминание, но материал, отложившийся в памяти, разрушается под воздействием органического процесса; наиболее отчетливо это наблюдается при ретроградных амнезиях, например, после травмы головы, когда все, что было пережито в течение последних часов или дней перед получением травмы, совершенно недоступно; 4) расстройство воспроизведения. Содержание в полном объеме присутствует в памяти, но способность к его воспроизведению утрачена; успешное воспроизведение содержания возможно под действием гипноза. Индивиды не могут вспомнить некоторые переживания (систематическая амнезия), или какие-то определенные периоды своей жизни (локализованная амнезия), или свою жизнь в целом (общая амнезия). Такие индивиды не производят впечатление страдающих амнезией. В конце концов, амнезия может исчезнуть – либо сама собой (нередко она периодически исчезает и появляется вновь), либо под влиянием гипноза.

Подвергшийся расщеплению (диссоциации) материал сохраняет определенную связь с сознательной психической жизнью: он влияет на осознанные действия и тем самым, так сказать, приближается к уровню сознания.

Диссоциация является одним из механизмов совладания с психической травмой, когда переживание травматической ситуации сопровождается возникновением трех разных феноменов, которые имеют характерные отличительные особенности, но тем не менее связаны друг с другом. Это первичная, вторичная и третичная диссоциация.

Феномен первичной диссоциации. Непосредственно в первые мгновения травматического события многие люди не в состоянии воспринять целостную картину происходящего. В этом случае сенсорные и эмоциональные элементы события не могут быть интегрированы в рамках единой личностной системы памяти и идентичности и остаются изолированными от сознания. Тогда переживание травматической ситуации разделено на изолированные соматосенсорные элементы (Van der Kolk, Fisler, 1995). Фрагментация травматического опыта сопровождается эго-состояниями, которые отличны от обыденного состояния сознания. Первичная диссоциация во многом обуславливает развитие ПТСР, симптомы которого (навязчивые воспоминания, ночные кошмары и

флэшбэк-эффекты) можно интерпретировать как драматичное выражение диссоциированных воспоминаний, связанных с травмой.

Первичная диссоциация ограничивает когнитивную переработку травматического переживания таким образом, что это позволяет индивиду, который находится в ситуации, выходящей за рамки его обыденного опыта, действовать, игнорируя психотравмирующую ситуацию или ее отдельные аспекты.

Вторичная, или перитравматическая, диссоциация часто имеет место у индивидов, переживающих травматическую ситуацию (Mannar et al., 1994), и включает феномены выхода из тела, дереализации, анальгезии и др. Индивид, находящийся в «травматическом» (диссоциированном) ментальном состоянии, испытывает дальнейшую дезинтеграцию элементов травматического переживания перед лицом непрекращающейся угрозы. Вторичная диссоциация позволяет дистанцироваться от непереносимой ситуации, уменьшить уровень боли и дистресса и, в конечном счете, защитить себя от осознания всей меры воздействия травматической ситуации. Она оказывает своего рода анестезирующее действие, выводя индивида из соприкосновения с чувствами и эмоциями, связанными с травмой.

О третичной диссоциации говорят в том случае, когда имеет место развитие характерных эго-состояний, которые содержат в себе травматические переживания и состоят из сложных личностных идентичностей, обладающих своими специфичными когнитивными, аффективными и поведенческими паттернами. Некоторые из этих эго-состояний могут содержать боль, ужас или ярость и гнев, связанные с конкретной травматической ситуацией, в то время как другие эго-состояния остаются как бы в неведении относительно травмы и позволяют индивиду успешно выполнять повседневные рутинные обязанности. Примером крайнего выражения третичной диссоциации является расстройство множественной личности.

Необходимо отметить, что диссоциация является фундаментальным свойством психики и лежит в основе многих феноменов, имеющих место как при ее нормальном функционировании, так и при многих видах психопатологии. Множество форм диссоциативных состояний, а также их распространенность дают основание предполагать, что они занимают важное место в функционировании психики и обладают большой ценностью с точки зрения адаптации к меняющимся условиям окружающей среды.

В последнее время понятие ПТСР было сильно расширено. Теперь оно все чаще используется не только для описания симптомов жертв военных травм, изнасилования, пыток и естественных катастроф, но также и жертв автомобильных катастроф, тяжелых острых и хронических физических заболеваний, стрессов, переживаемых на уровне местного сообщества (таких, как, например, угроза заражения токсичными отходами), стрессов на работе, столкновением с теми, кто непосредственно пережил травму, или даже просто информация о том, что кто-то пережил травму.

Одним из важных факторов, повлиявших на расширение клинической феноменологии ПТСР, явилось признание высокой степени коморбидности, свойственной этому расстройству. В то же время именно этот фактор отчасти повинен в том, что долгое время ПТСР не рассматривалось как отдельная нозологическая единица, поскольку многие из его симптомов совпадали с клиническими проявлениями других более распространенных психических расстройств. И только сравнительно недавно получил признание тот факт, что переживания, являющиеся причиной ПТСР, и симптомы данного расстройства могут привести к развитию других психиатрических нарушений, связанных с ПТСР, но четко отличающихся от последнего. За исключением пациентов, у которых ПТСР проявляется в легко выраженной форме, у большинства страдающих ПТСР на том или ином этапе развиваются другие психиатрические нарушения, такие, как генерализованные тревожные или панические расстройства, эндогенная депрессия или хроническая дистимия, разнообразные химические зависимости (чаще всего алкогольная) (Eberly, Engdahl, 1991; Kluznik et al., 1986). К другим расстройствам, связанным с ПТСР,

но встречающимся несколько реже, относятся фобии, расстройства личности (особенно по антисоциальному и шизоидному типу) и соматоформные расстройства.

Высокий уровень стресса может негативно влиять на когнитивное и социальное поведение человека (Cohen, 1980). Некоторые подобные последствия, например, трудность в концентрации внимания и ухудшение межличностных отношений, отражены в диагностических критериях ПТСР. Однако существует мнение, что перечень этих нарушений должен быть расширен и что туда необходимо дополнительно включить те

нарушения, от которых страдают пациенты, переживающие наиболее острые формы этого расстройства. Задokumentированы доказательства того, что бывшие военнопленные и другие жертвы ПТСР страдают общим нарушением памяти, снижением способности к обучению, общим снижением мотивации. Особенно сильно нарушена способность справляться с новым стрессом и приспосабливаться к новым ситуациям. К другим проблемам, с которыми приходится сталкиваться пациентам с ПТСР, и в особенности тем из них, кто пострадал от злого умысла других людей, относятся нарушение эмоционального контроля, проблема доверия, подозрительность, враждебность.

И наконец, еще одной особенностью ПТСР, которую отмечают большинство специалистов, является флуктуирующий характер протекания. Страдающие этим расстройством могут на какой-то довольно значительный период почти полностью освобождаться от его симптомов, а затем под воздействием самого незначительного стрессора, чем-то напоминающего первоначальную травму, а иногда и без всякой видимой причины эти симптомы вновь возвращаются (Kinzie, 1993). Поэтому у многих пациентов ПТСР течет волнообразно.

9. МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПТСР

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

К другим наиболее часто используемым в мировой практике методикам диагностики ПТСР относятся: шкала оценки тяжести воздействия травматического события (Impact of Event Scale-Revised, IOES-R); Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций; опросник Бека для оценки депрессии; опросник для оценки выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (шкала Дерогатиса); шкала ПТСР из MMPI; шкала оценки тяжести боевого опыта Т. Ки-на. Однако необходимо учитывать, что указанная батарея была разработана на основе критериев DSM-III-R и, несмотря на полученные данные о возможности использования их русскоязычных версий, вопрос о дальнейшей работе над созданием или адаптацией специализированных психодиагностических методов, направленных на измерение признаков ПТСР, а также других последствий психической травматизации, остается одной из первоочередных задач в этой области психологии. Надо отметить, что в отечественной психологии разработан первый психодиагностический инструмент для этих целей, успешно

зарекомендовавший себя, – Опросник травматического стресса (ОТС) (Котенев, 1996).

Необходимо также учитывать специфику психодиагностики ПТСР: первым этапом при ее проведении является установление в анамнезе испытуемого самого факта переживания им травматического события, т. е. уже на этом этапе происходит актуализация индивидуального травматического опыта и сопутствующей ему постстрессовой симптоматики. Опыт показывает, что процесс обследования травмированных клиентов предъявляет к психологу-диагносту требования,

относящиеся не только непосредственно к его компетенции профессионала, но и к умению оказывать «первую психотерапевтическую помощь». Таким образом, методы стандартизированной психодиагностики в работе с лицами, страдающими травматическими стрессовыми расстройствами – ОСР и ПТСР, представляют интерес не только в плане установления диагноза, но и в плане оптимизации психокоррекционных и реабилитационно-восстановительных мероприятий, проводимых с пациентами – носителями данной группы психических нарушений (Тарабрина и др., 1992, 1994, 1996, 2000).

Лекция 3. Содержание и цели консультационного процесса

План:

1. ПСИХОТЕРАПИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА (ПТСР)

2. ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ПСИХОТЕРАПИИ ПТСР

3. ПСИХОТЕРАПИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ТРАВМ С ПОМОЩЬЮ ДВИЖЕНИЯ ГЛАЗ (ДПДГ)

4. ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ

5. КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

6. СИМВОЛ-ДРАМА (МЕТОД КАТАТИМНОГО ПЕРЕЖИВАНИЯ ОБРАЗОВ)

7. СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

8. НЕЙРОЛИНГВИСТИЧЕСКОЕ ПРОГРАММИРОВАНИЕ

1. ПСИХОТЕРАПИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА (ПТСР)

Психотерапия ПТСР (посттравматического стрессового расстройства) направлена в первую очередь на реинтеграцию нарушенной вследствие травмы психической деятельности. Задачей психотерапии является: создание новой когнитивной модели жизнедеятельности, аффективная переоценка травматического опыта, восстановление чувства ценности собственной личности и способности дальнейшего существования в мире. К настоящему времени разработаны конкретные дифференцированные методы работы с травмированными клиентами, причем эффективность этих методов поддается объективной оценке; важно, однако, своевременно и верно диагностировать наличие у клиента ПТСР (Калмыкова и др., 2001).

2. ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ПСИХОТЕРАПИИ ПТСР

В настоящее время не существует устоявшейся точки зрения на результаты лечения ПТСР. Одни исследователи считают, что ПТСР – 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 целом, психотерапия работает на подкрепление защитных факторов, поскольку она ведет именно к переосмыслению происшедших событий и усилению механизмов адаптации. Целью психотерапевтического лечения клиентов с ПТСР является помощь в освобождении от преследующих воспоминаний о прошлом и от интерпретации последующих эмоциональных переживаний как напоминаний о травме, а также в том, чтобы клиент мог активно и ответственно включиться в настоящее. Для этого ему необходимо вновь обрести контроль над эмоциональными реакциями и найти произошедшему травматическому событию надлежащее место в общей временной

перспективе своей жизни и личной истории. Ключевым моментом психотерапии клиента с ПТСР является интеграция того чуждого, неприемлемого, ужасного и непостижимого, что с ним случилось, в его представление о себе (образ Я) (van der Kolk, Ducey, 1993).

В связи с этим существует четыре стратегии терапии, позволяющие достичь этой цели (Ениколопов, 1998):

- поддержка адаптивных навыков Я (одним из наиболее важных аспектов тут является создание позитивного отношения к терапии);
- формирование позитивного отношения к симптомам (смысл данной стратегии заключается в том, чтобы научить клиента воспринимать свои расстройства как нормальные для той ситуации, которую он пережил, и тем самым предотвратить его дальнейшую травматизацию самим фактом существования этих расстройств);
- снижение избегания (потому что стремление клиента избегать всего, что связано с психической травмой, мешает ему переработать ее опыт);
- наконец, изменение атрибуции смысла (цель этой стратегии – изменить смысл, который клиент придает перенесенной психической травме, и таким образом создать у клиента ощущение «контроля над травмой»).

Психотерапия должна обращаться к двум фундаментальным аспектам посттравматического расстройства: снижению тревоги и восстановлению чувства личностной целостности и контроля над происходящим. При этом необходимо помнить, что терапевтические отношения с клиентами, страдающими ПТСР, чрезвычайно сложны, поскольку межличностные компоненты травматического опыта: недоверие, предательство, зависимость, любовь, ненависть – имеют тенденцию проявляться при построении взаимодействия с психотерапевтом. Работа с травмами порождает интенсивные эмоциональные реакции и у психотерапевта, следовательно, предъявляет высокие требования к его профессионализму.

В работе Горовица (Horowitz, 1998) рассмотрены пять стадий актуального состояния клиента (фазы его реакции на травматическое событие):

1. Длительное стрессовое состояние в результате травматического события.
2. Проявление невыносимых переживаний: наплывы чувств и образов; парализующее избегание и оглушенность.
3. Застывание в неконтролируемом состоянии избегания и оглушенности.
4. Способность воспринимать и выдерживать воспоминания и переживания.
5. Способность к самостоятельной переработке мыслей и чувств.

Каждой фазе реакции клиента на травматическое событие соответствуют последовательные цели психотерапии:

1. Завершить событие или вывести клиента из стрессогенного окружения. Построить временные отношения. Помочь клиенту в принятии решений, планировании действий (например, в устранении его из окружения).

2. Снизить амплитуду состояний до уровня переносимых воспоминаний и переживаний.

3. Помочь клиенту в повторном переживании травмы и ее последствий, а также в установлении контроля над воспоминаниями и в осуществлении произвольного припоминания. В ходе припоминания оказывать помощь клиенту в структурировании и выражении переживания; при возрастающей доверительности отношений с клиентом обеспечить дальнейшую проработку травмы.

4. Помочь клиенту переработать его ассоциации и связанные с ними когниции и эмоции, касающиеся Я-образа и образов других людей. Помочь клиенту установить связь между травмой и переживаниями угрозы, паттерном межличностных отношений, Я-образом и планами на будущее.

5. Проработать терапевтические отношения. Завершить психотерапию.

Психотерапия посттравматического расстройства, независимо от конкретно

избранного метода лечения, характеризуется рядом особенностей. Прежде всего,

следует иметь в виду высокие показатели прерывания терапии с жертвами ДТП, разбойных и других нападений (50% случаев). В отличие от других расстройств, клиенты с ПТСР после 2–3 встреч не приходят в терапию. Для клиентов, прервавших терапию, характерны интенсивные проявления флэшбэков; по отношению к другим симптомам значимых различий не обнаружено.

Такая динамика объясняется тяжелой травматизацией, потрясшей основы доверия клиента. Он чувствует себя не в состоянии вновь довериться кому-либо, боясь повторной травмы (Janoff-Bulman, 1985). Это особенно справедливо в отношении тех, кто был травмирован другими людьми. Недоверие может выражаться в явно скептическом отношении к лечению; чувство отчуждения от людей, не переживших подобной травмы, часто выходит на передний план и затрудняет доступ терапевта к клиенту. Клиенты с ПТСР неспособны поверить в свое излечение, а малейшее недопонимание со стороны психотерапевта укрепляет их чувство отчуждения.

Для клиентов с ПТСР характерны также определенные трудности, связанные с принятием роли реципиента психотерапевтической помощи. Причины, обуславливающие эти трудности, заключаются в следующем:

1. Клиенты часто полагают, что должны своими силами «выкинуть пережитое из головы». На такое их стремление влияют также и ожидания окружающих, которые считают, что клиенты должны, наконец, перестать думать о происшедшем. Однако подобные ожидания, естественно, не оправдываются.

2. Собственное страдание, хотя бы частично, экстернализируется: клиенты сохраняют убеждение в том, что есть внешняя причина травмы (насильник, виновник ДТП и т.д.) и что последовавшие за этим психические нарушения также лежат вне сферы их контроля.

3. Посттравматические симптомы (ночные кошмары, фобии, страхи) причиняют достаточные страдания, но клиент не знает того, что они составляют картину болезни, поддающейся лечению (подобно депрессии или тревожности).

4. Некоторые клиенты борются за получение юридической и/или финансовой компенсации и обращаются к врачу или к психологу только за подтверждением этого их права.

Исходя из этого, психотерапевту следует стремиться к реализации определенных конкретных целей уже при самом первом контакте с клиентом, страдающим ПТСР. Такими целями являются: создание доверительного и надежного контакта; информирование клиента о характере его расстройства и возможностях терапевтического вмешательства; подготовка клиента к дальнейшему терапевтическому опыту, в частности – к необходимости вновь вернуться к болезненным травматическим переживаниям.

Разработан подход психотерапевтического обучения, который включает в себя шесть компонентов (Юрьева, 2002):

- коррекция наиболее часто встречающихся ошибочных представлений относительно стрессовой реакции;
- обеспечение доступа к информации об общей природе стрессовой реакции;
- фокусировка на роли чрезмерного стресса в развитии заболевания;
- приведение клиента к самостоятельному осознанию проявлений стрессовой реакции и характерных симптомов ПТСР;
- развитие у клиента способности к самоанализу для идентификации характерных для него стрессоров;
- объяснение позиции: клиент активный участник терапии чрезмерного стресса.

Основные предпосылки успешной работы с клиентами, страдающими ПТСР, можно сформулировать следующим образом. Способность клиента рассказывать о травме прямо пропорциональна способности терапевта эмпатически выслушивать этот рассказ. Любой признак отвержения или обесценивания воспринимается клиентом как

неспособность терапевта оказать ему помощь и может привести к прекращению борьбы клиента за свое

выздоровление. Эмпатичный терапевт поощряет клиента рассказывать об ужасных событиях, не демонстрируя ему собственной шоковой реакции. Терапевт не уменьшает значение спонтанно возникших тем и не переводит разговор на «нейтральные» темы, которые непосредственно не связаны с травматическим страхом. В противном случае у клиента возникает ощущение, что экзистенциальная тяжесть пережитого невыносима для терапевта, и клиент будет чувствовать себя непонятым. Травматический перенос отражает не только опыт ужаса, но также и опыт беспомощности. Ветераны войны не смогут доверять терапевту до тех пор, пока они не убедятся, что он способен выслушать подробности военных историй.

Терапевтическая работа с людьми, страдающими ПТСР, включает три стадии. Центральной задачей, стоящей перед терапевтом на первой стадии, является установление безопасной атмосферы. Основная задача второй стадии – это работа с воспоминаниями и переживаниями. Основная задача третьей стадии – включение в обыденную жизнь. В процессе успешного восстановления можно распознать постепенный переход от настороженности к ощущению безопасности, от диссоциированности к интеграции травматических воспоминаний, от выраженной изоляции к выстраиванию социальных контактов.

Наиболее распространенными терапевтическими ошибками являются:

- избегание травматического материала;
- несвоевременная и стремительная проработка травматического опыта, пока еще не создана достаточная атмосфера безопасности и не построены доверительные терапевтические отношения.

Избегание травматических воспоминаний ведет к прерыванию терапевтического процесса. В то же время слишком стремительное обращение к ним также приводит к нарушению процесса исцеления.

На второй стадии терапии клиент рассказывает историю травмы. Он рассказывает ее полностью, в деталях. Негман (1997) описывает «нормальную память» как активную, которая «рассказывает истории». «Травматическая память», в противоположность этому, бессловесная и застывшая – «молчаливая».

Восстановление «травматической истории» начинается с обзора событий, которые предшествовали травме, и обстоятельств, которые определили «травматическую ситуацию».

Некоторые исследователи говорят о важности обращения к ранней истории жизни клиента, с тем чтобы восстановить «чувство течения и непрерывности» жизни и связи ее с прошлым. Терапевт должен помогать клиенту говорить о важных отношениях, идеях, фантазиях, трудностях и конфликтах, предшествовавших травматическому событию. Это создает контекст, в котором станет понятным значение травматического опыта в жизни данного человека (Danieli, 1988).

Повествование должно включать в себя не только описание события, но также реакции человека на него и реакции значимых других. Повествование, которое не включает образы и ощущения тела, является неполным и нетерапевтическим. Истории записываются клиентом. Записи историй читаются вместе. Описание эмоциональных реакций должно быть столь же подробным, как и описание фактов.

Терапевт играет роль свидетеля и союзника, он помогает нормализовать реакции клиента, облегчает процесс повествования, помогает обозначать реакции и разделяет с клиентом эмоциональную ношу.

Целью рассказывания травматической истории является интеграция, а не просто выражение чувств. Процесс реконструкции травматической истории направлен на трансформацию, а для этого необходима актуализация элементов травматического опыта «здесь и сейчас» (Molica, 1988).

Две наиболее детально разработанные техники, направленные на трансформацию травматической (молчаливой) памяти, это:

- прямой рассказ или свободное изложение;
- «формализованная исповедь».

«Свободное изложение» является бихевиоральной техникой, разработанной для того, чтобы помочь клиенту преодолеть ужас, связанный с травматическим событием. Подготавливая клиента к сессиям, его учат, как справляться с тревогой, используя техники релаксации и успокаивающие образы (визуализация). Затем терапевт и клиент внимательно готовят историю, тщательно описывая детали травматического события. Эта история включает четыре основных элемента: контекст, факты, эмоции и значение. Если имело место несколько событий, то разрабатываются сюжеты для каждого из них. Когда история завершена, клиент выбирает последовательность презентации истории, двигаясь от более легких к более сложным элементам. Во время сессии клиент громко рассказывает терапевту свою историю в настоящем времени, а терапевт поощряет клиента выразить свои переживания как можно полнее.

Метод исповеди был впервые описан чилийскими психологами Cienfuegos и Monelli (1983), которые опубликовали свои работы под псевдонимами, в целях собственной безопасности. Центральной идеей этой терапии является создание детального и глубокого описания травматического опыта клиента. Во-первых, записываются сессии, и таким образом готовится описание. Затем клиент и терапевт вместе работают над документом. В процессе этой работы клиент имеет возможность собрать разрозненные воспоминания в целостное свидетельское признание: Датчане Agger and Jensen (1990) усовершенствовали эту технику. Они предложили, чтобы клиент читал исповедь вслух и чтобы терапия завершалась формальным ритуалом, во время которого документ подписывается клиентом как истцом, а терапевтом как свидетелем. Необходимо 12–20 еженедельных сессий, чтобы завершить эту работу.

Не только гипноз, но и другие техники могут быть использованы для создания измененных состояний сознания, в которых диссоциированный травматический опыт более доступен. Но какие бы техники ни применялись, базовыми остаются следующие правила:

- локус контроля остается за клиентом;
- время, скорость и структура сессии должны быть таковыми, чтобы «открывающие» (те, которые обращены к травматическому опыту) техники интегрировались в процесс психотерапии.

Kluft (1989), занимавшийся терапией «множественной личности», сформулировал правило «трети». Если «тяжелая работа» должна быть сделана, то она должна быть сделана в первой трети сессии – или отложена. Интенсивное исследование происходит во второй трети сессии, в то время как последняя треть предназначена для того, чтобы клиент обрел внутреннее равновесие.

Терапевтические отношения с клиентом, страдающим ПТСР, обладают характерными особенностями, которые можно сформулировать следующим образом:

1. Постепенное завоевание доверия клиента с учетом того, что у него наблюдается выраженная утрата доверия к миру.
2. Повышенная чувствительность по отношению к «формальностям» проведения терапии (отказ от стандартных диагностических процедур перед разговором о травматических событиях).
3. Создание надежного окружения для клиента во время проведения терапии.
4. Адекватное исполнение ритуалов, которые способствуют удовлетворению потребности в безопасности клиента.
5. До начала терапии уменьшение дозы медикаментозного лечения или его отмена для проявления успеха психотерапевтического воздействия.
6. Обсуждение возможных источников опасности в реальной жизни клиента и их

нейтрализация.

Фундаментальное правило терапии ПТСР – принимать тот темп работы и самораскрытия клиента, который он сам предлагает. Иногда нужно информировать членов его семьи о том, почему необходима работа по воспоминанию и воспроизведению травматического опыта, поскольку домашние поддерживают у клиента избегающие стратегии поведения.

Сильнее всего доверие нарушено у жертв насилия или злоупотребления (например, насилие над детьми, изнасилование, пытки). Эти клиенты в начале терапии демонстрируют «тестирующее поведение», оценивая, насколько адекватно терапевт реагирует на их рассказ о травматических событиях. Для постепенного формирования доверия полезны высказывания терапевта, в которых признаются трудности, пережитые клиентом; терапевт в любом случае должен сначала заслужить доверие клиента. Сильно травмированные клиенты часто прибегают к помощи различных ритуалов для канализации своих страхов (например, двери и окна должны всегда быть открыты); терапевт должен реагировать на это с уважением и пониманием. Снижение дозы медикаментов или полный отказ от них до начала терапии необходим потому, что в противном случае не будет достигнуто улучшение, основанное на новом понимании происшедшего и на новых возможностях совладания с травматическими переживаниями.

Еще один заслуживающий упоминания аспект терапевтической работы с клиентами, страдающими ПТСР, – это психологические трудности, которые испытывает сам психотерапевт в процессе своей работы. Прежде всего, он должен быть интеллектуально и эмоционально готовым к столкновению со злом и трагичностью мира. Можно выделить две основные стратегии поведения психотерапевтов – избегание (обесценивание) и сверхидентификация.

Первая крайняя реакция со стороны терапевта – избегание или обесценивание: «Нет, такого клиента я не вынесу!» Собственные чувства терапевта (страх, отвращение) нарушают его способность воспринимать рассказ клиента; возможно возникновение недоверия к отдельным деталям. Терапевт сидит с отсутствующим выражением лица, демонстрируя нежелание или неспособность воспринять рассказ о травме, поверить и переработать его. Подобная установка ведет к тому, что терапевт не задает никаких вопросов относительно деталей и конкретных переживаний, как бы дистанцируясь от проблем клиента. Подобное защитное поведение является фундаментальной ошибкой в терапии травмированных клиентов. Нежелание терапевта касаться отталкивающих (с точки зрения общепринятой морали) биографических фактов жизни клиента все более отдаляет их друг от друга, тем самым усиливая «заговор молчания», 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 рамки профессионального общения. Принимая на себя роль товарища по несчастью или по борьбе, он существенно ограничивает возможность предложить клиенту коррективный эмоциональный опыт. Опасность такой позиции состоит в том, что любое развенчание иллюзий, неизбежное в терапии, может оказать разрушительное влияние на терапевтические отношения.

Реакции неуверенности у терапевта обусловлены его смущением или опасением усилить травматизацию, боязнь вызвать декомпенсацию у клиента при расспросе о содержании и деталях пережитой травмы. При сексуальных травмах подобная реакция терапевта объясняется его стыдливостью, поэтому, когда клиент сообщает, что ему трудно говорить на эту тему, терапевт склонен пойти у него на поводу. Рассказ клиента о травме может вызвать у терапевта нарушения контроля: он не в состоянии собраться с мыслями, от услышанного у него выступают слезы на глазах. У клиента появляются сомнения в действиях терапевта, поскольку последний не способен вынести его рассказа. Однако большинство клиентов могут выдержать кратковременный прорыв чувств

терапевта при условии, что затем он снова возвращается к своей профессиональной роли. Таким образом, слишком сильная эмоциональная реакция терапевта так же вредна, как и слишком слабая.

Работа с травмированными клиентами требует большого эмоционального вклада от терапевта, вплоть до развития у него подобного расстройства – вторичного ПТСР или вторичной травмы (Danieli 1994), что подробно рассматривается в главе 9 настоящего справочника.

Психотерапевтические методы при ПТСР разнообразны:

1. Рациональная психотерапия – когда клиенту разъясняют причины и механизмы ПТСР.

2. Методы психической саморегуляции для снятия симптомов напряжения и тревоги – аутотренинг, прогрессивная мышечная релаксация, активная визуализация положительных образов.

3. Когнитивная психотерапия – используется для переосмысления дезадаптивных мыслей и изменения негативных установок.

4. Личностно-ориентированная терапия – позволяет изменить отношение пострадавшего к психотравмирующей ситуации и принять ответственность если не за нее, то за свое отношение к ней.

5. Позитивная терапия, гештальт-подход основаны на представлении, что существуют не только проблемы и болезни, но и способы и возможности их преодоления, присущие каждому человеку.

Конкретная форма психотерапии остается предметом выбора для большинства больных, переживших психотравму. В конечном счете, травматизация разрушает когнитивные Я-схемы жертвы и ее взгляд на мир; воссоздание разрушенного бывает болезненным. Самые различные уровни психотерапевтических техник могут оказаться эффективным форматом работы: выслушивание, консультирование, краткосрочная динамическая психотерапия.

Иногда эффективно применение поддерживающих техник и симптоматического облегчения в рамках психотерапии, описанной van de Veer (1993), где учитывается культура пострадавших. Попытка преодолеть, например, чувство вины, утраты контроля и бессилия – с чем работают западные психотерапевты, может оказаться бесплодной. Однако такие понятия, как стыд, потеря репутации, вера, судьба, порицание, могут оказаться более значимыми в странах Третьего мира. Например, утрата контроля (для западных психологов – основное последствие травматизации) может основываться на культуральной уверенности в контроле над тем, чем, как считается, человек владеет. Отсюда акцент на личной ответственности индивида и чувство вины. В противоположность этому, на Востоке вера в карму, судьбу, связь с семьей и предками определяет совсем другой взгляд на мир. Поэтому психотерапевт, получивший образование на Западе, обнаружит, что ему сложно понять иную социально-культуральную среду и систему верований, что заметно снижает эффективность его работы с клиентом иного происхождения.

Существует и более серьезный подход – «логотерапия» (Frankl, 1959), – который заключается в том, чтобы найти смысл в случившемся. Оказывается, что как только найден смысл, большинство клиентов быстро выздоравливает. Культуральные и религиозные убеждения, например, доктрины кармы или смысла страдания, свойственные буддистам и индуистам, тут имеют важное значение. Следует пытаться привлекать к сотрудничеству в качестве котерапевтов или союзников традиционные ресурсы, например священнослужителей, монахов, целителей.

Групповая терапия – наиболее часто применяемый формат терапии для клиентов, переживших травматический опыт. Она нередко используется в сочетании с разными видами индивидуальной терапии. Не существует каких-либо специальных рекомендаций, позволяющих выбрать оптимальный вид групповой терапии, тут можно использовать

группы различных направлений: (а) группы открытого типа, ориентированные на решение образовательных задач или на структурирование травматических воспоминаний (работа «там и тогда»); (б) группы, имеющие заданную структуру, нацеленные на выполнение конкретной задачи, на выработку навыков совладания с травмой, на работу с интерперсональной динамикой (работа «здесь и теперь»). Обзор многочисленных направлений групповой терапии, который охватывает когнитивно-бихевиоральные, психолого-образовательные, психоаналитические и психодраматические группы, группы самопомощи, анализа сновидений, арт-терапии и множество других, представлен в работе (

Allen, Bloom, 1994).

Какие бы методы групповой терапии ни использовались при работе с клиентами с ПТСР, эта работа всегда направлена на достижение определенных терапевтических целей, которые кратко можно определить следующим образом:

1. Повторное эмоциональное переживание травмы в безопасном пространстве поддерживающей группы, разделение этого переживания с терапевтом и группой (при этом терапевту не следует форсировать процесс);

2. Общение в группе с людьми, имеющими похожий травматический опыт, что дает возможность уменьшить чувства изоляции, отчужденности, стыда и усилить чувства принадлежности, уместности, общности, несмотря на уникальность травматического переживания каждого участника группы;

3. Возможность наблюдать за тем, как другие переживают вспышки интенсивных аффектов на фоне социальной поддержки от терапевта и членов группы;

4. Совместное обучение методам совладания с последствиями личной травмы;

5. Возможность быть в роли того, кто помогает (осуществляет поддержку, вселяет уверенность, способен вернуть чувство собственного достоинства), что позволяет преодолеть ощущение собственной неценности («мне нечего предложить другому»), смещение фокуса с чувства собственной изолированности и негативных самоуничижительных мыслей; 6. Приобретение опыта новых взаимоотношений, помогающих участникам группы воспринять стрессовое событие иным, более адаптивным образом.

Принципы и методы групповой терапии описаны во многих работах, например Рудестам (1998); Ялом (2000). Здесь мы хотим привести лишь те правила, которые универсальны как для групп психотерапии, так и для тренинговых групп.

Правила работы группы:

1. Доверительный стиль общения. Для того чтобы группа работала с наибольшей отдачей и участники как можно больше доверяли друг другу, в качестве первого шага к созданию климата доверия предлагается принять единую форму обращения на «ты». Это психологически уравнивает всех членов группы, независимо от возраста и роли (в том числе и терапевта).

2. Общение по принципу «здесь и сейчас». Многие люди стремятся не говорить о том, что они чувствуют или думают, так как боятся показаться смешными. Стремление уйти в сферу общих рассуждений, обсуждать события, случившиеся с другими людьми, – это действие механизма психологической защиты. Но основная задача работы – превратить группу в своеобразное зеркало, в котором каждый смог бы увидеть себя с разных сторон, лучше узнать себя и свои личностные особенности. Поэтому во время занятий все говорят только о том, что волнует каждого; то, что происходит с участниками в группе, обсуждается здесь и сейчас.

3. Персонификация высказываний. Для более откровенного общения во время занятий участники отказываются от безличной речи, помогающей скрывать собственную позицию и тем самым уходить от ответственности за свои слова. Поэтому участники заменяют высказывание типа: «Большинство людей считает, что...» на: «Я считаю, что...»; «Некоторые из нас думают...» на: «Я думаю...» и т. п. Принято избегать также и

безадресных суждений о других. Фраза типа: «Многие меня не поняли» при этом заменяется конкретной репликой: «Оля и Саша не поняли меня».

4. Искренность в общении. Во время работы группы участники говорят только то, что чувствуют и думают по поводу происходящего, т. е. только правду. Если нет желания говорить искренне и откровенно, участники молчат. Это правило означает открытое выражение своих чувств по отношению к действиям других участников и к самому себе. Естественно, что в группе не поощряются обиды на высказывания других членов группы.

5. Конфиденциальность всего происходящего в группе. Все, что происходит во время занятий, никогда, ни под каким предлогом не выносится за пределы группы. Участники должны быть уверены в том, что никто не расскажет о переживаниях человека, о том, чем он поделился с другими во время занятия. Это помогает членам группы быть искренними и способствует самораскрытию.

6. Определение сильных сторон личности. Во время занятий каждый из участников стремится подчеркнуть положительные качества человека, с которым вместе работает. Каждому члену группы – как минимум одно хорошее и доброе слово.

7. Недопустимость непосредственных оценок человека. При обсуждении происходящего в группе оценивается не участник, а только его действия и поведение. Не используются высказывания типа «Ты мне не нравишься», а говорится: «Мне не нравится твоя манера общения».

8. Как можно больше контактов и общения с различными людьми. Разумеется, у каждого из участников есть определенные симпатии, кто-то кому-то нравится больше, с кем-то приятнее общаться. Но во время занятий участники стремятся общаться со всеми членами группы, и особенно с теми, кого меньше всего знают.

9. Активное участие в происходящем. Это норма поведения, согласно которой каждый участник все время, каждую минуту, активно участвует в работе группы: внимательно смотрит и слушает, наблюдает за собой, пытается почувствовать партнера и группу в целом. Участники не замыкаются внутри себя, даже если узнали о себе что-то не очень приятное. Получив много положительных эмоций, члены группы не думают исключительно о себе. В группе участники все время внимательны к другим, им должны быть интересны другие люди.

10. Уважение к говорящему. Когда высказывается кто-либо из членов группы, все его внимательно слушают, давая человеку возможность сказать то, что он хочет. Члены группы помогают говорящему, всем своим видом показывая, что слушают его, что рады за него, что им интересны его мнение, его внутренний мир. Участники не перебивают говорящего и молчат до тех пор, пока он не закончит говорить. И лишь после этого можно задать свои вопросы, поблагодарить его или с ним поспорить.

Далее мы приводим методы и техники некоторых направлений психотерапии, которые хорошо себя зарекомендовали при работе с клиентами с ПТСР.

3. ПСИХОТЕРАПИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ТРАВМ С ПОМОЩЬЮ ДВИЖЕНИЯ ГЛАЗ (ДПДГ)

Техника десенсибилизации и переработки травмирующих переживаний с помощью движения глаз (ДПДГ) – это метод, предложенный Ф. Шапиро в 1987 г. (Шапиро, 1998). В настоящее время данный метод вызывает достаточно большое число споров. Известны случаи, когда в терапии травмы двадцатилетней давности улучшение состояния достигалось в течение одной сессии. Считается, что метод пригоден в основном для лечения случаев единичной травматизации, таких, например, как травма, полученная в результате автокатастрофы, однако имеется опыт применения терапии и для лечения агорафобии и депрессии, панических симптомов. Сама же Шапиро предостерегает от того, чтобы приписывать этому методу слишком высокую эффективность.

Тем не менее существуют данные о том, что ДПДГ с успехом применяется для лечения посттравматического стрессового расстройства у участников боевых действий,

жертв насилия, катастроф и стихийных бедствий, а также при фобиях, панических и диссоциативных расстройствах. С первых лет своего использования ДПДГ показал высокую эффективность у ветеранов военных конфликтов, которые в ходе терапии смогли освободиться от тягостных навязчивых мыслей и воспоминаний, кошмарных сновидений и других проявлений ПТСР (Ромек и др., 2004).

В основе метода лежит представление о существовании у всех людей особого психофизиологического механизма – адаптивной информационно-перерабатывающей системы. При ее активизации происходит спонтанная переработка и нейтрализация любой травмирующей информации, причем этому сопутствуют позитивные изменения в когнитивной сфере, эмоциях и поведении. Тяжелые психические травмы и стрессы могут блокировать деятельность системы. В этих случаях воспоминания о травме и связанные с ними представления, аффективные, соматовегетативные и поведенческие реакции не получают своего адаптивного разрешения, продолжая храниться в центральной нервной системе в изолированном состоянии. Негативная информация как бы «замораживается» и длительное время сохраняется в своем первоначальном, непереработанном виде за счет изоляции нейронных сетей мозга, обеспечивающих доступ к этим воспоминаниям, от других ассоциативных сетей памяти. При этом не происходит нового научения, так как соответствующая психотерапевтическая информация не связывается с изолированной информацией о травмирующем событии (Шапиро, 1998). В результате негативные эмоции, образы, ощущения и представления из прошлого клиента проникают в его настоящее, вызывая сильный душевный и физический дискомфорт. Предполагается, что движения глаз или другие стимулы, используемые при ДПДГ, запускают процессы, которые активизируют ускоренную переработку травматического опыта по аналогии с той, что в норме происходит на стадии сна с быстрыми движениями глазных яблок (БДГ-сна). Ряд исследователей считает, что фаза БДГ-сна является тем периодом, когда бессознательный материал, в том числе связанный со стрессами, всплывает для адаптивной переработки (Winson, 1993). Повторные ночные кошмары с пробуждениями, характерные для больных, страдающих ПТСР, прерывают и искажают БДГ-сон, а вызывающий сильное беспокойство дисфункциональный материал остается непереработанным.

Использование в ходе проведения процедуры ДПДГ повторяющихся серий движений глаз, вероятно, приводит к разблокированию изолированной нейронной сети мозга, где хранится травматический опыт, который, в свою очередь, подвергается десенсибилизации и ускоренной когнитивной переработке. Воспоминания, имеющие высокий отрицательный эмоциональный заряд, переходят в более нейтральную форму, а соответствующие им представления и убеждения клиентов приобретают конструктивный характер.

ДПДГ может применяться при ПТСР как самостоятельный метод психотерапии либо как один из этапов лечебного воздействия, направленный на быстрое устранение у клиентов наиболее тягостных переживаний и симптомов, связанных с перенесенными в прошлом психическими травмами. В зависимости от поставленных целей и задач количество сеансов ДПДГ может варьировать от 1–2 до 6–16 при продолжительности каждого сеанса от 60 до 90 минут. Средняя частота сеансов 1–2 раза в неделю. Стандартная процедура ДПДГ включает восемь стадий:

1. Оценка факторов безопасности клиента, изучение его истории болезни и планирование психотерапии. Основным критерий отбора клиентов для ДПДГ – их способность справляться с высоким уровнем беспокойства, которое может возникать во время сеанса при переработке воспоминаний о травме, а иногда и между психотерапевтическими сессиями. Поэтому важно правильно оценить личностную устойчивость клиента и уровень возможного эмоционального дискомфорта, который могут привести неблагоприятные жизненные обстоятельства (семейный кризис, финансовые проблемы, потеря работы и т.п.). В большинстве случаев следует вначале

оказать человеку психотерапевтическую поддержку в разрешении текущих проблем и лишь затем переходить к переработке прошлых психических травм. Для обеспечения максимальной безопасности клиента на стадии подготовки целесообразно обучить его

приемам нейтрализации эмоционального стресса: упражнению по созданию безопасного воображаемого места; технике светового потока; самостоятельному использованию движений глаз или нервно-мышечной релаксации.

Если психотерапевт принимает решение об использовании метода ДПДГ у конкретного клиента, необходимо провести анализ всей клинической картины расстройства и выделить специфические цели, требующие переработки. В некоторых случаях клиенты, страдающие ПТСР, могут быть излечены с помощью ДПДГ при переработке конкретных, связанных с травмой воспоминаний. Однако значительно чаще целью воздействия становятся как травмирующие события прошлого, так и нынешняя ситуация, стимулирующая болезненные симптомы и дезадаптивное поведение. Важный этап психотерапии – работа с будущим, которая предполагает создание в воображении клиента «положительного примера» и закрепление новых адаптивных форм поведения и эмоционального реагирования.

Тут можно выделить четыре основные цели воздействия для ДПДГ:

- 1) воспоминания о действительно произошедшем травмирующем событии;
- 2) любые другие тягостные навязчивые воспоминания, даже если они отличаются от реально произошедших событий;
- 3) кошмарные сновидения;
- 4) различные внешние или внутренние раздражители, которые напоминают о травме и вызывают связанные с ней эмоции, чувства, мысли и поведенческие реакции (например, звуки, похожие на выстрел, и т.п.).

Для полноценного разрешения травматических переживаний и достижения стабильного клинического эффекта в качестве цели поочередно избирается каждый из четырех вышеперечисленных элементов.

2. Подготовка. Стадия подготовки предполагает установление продуктивных терапевтических отношений с клиентом и создание атмосферы безопасности и доверия. Необходимо кратко разъяснить клиенту смысл ДПДГ-терапии.

На этой же стадии определяется способность клиента выполнять движения глаз. В ДПДГ используют несколько различных видов движений глаз. Задача психотерапевта состоит в том, чтобы определить наиболее комфортные движения для конкретного клиента. Следует учесть, что боль в глазах при выполнении движений требует немедленного прекращения процедуры с последующей консультацией окулиста для выявления возможных противопоказаний к нагрузкам на глазодвигательные мышцы.

Задача психотерапевта – вызывать у клиента движения глаз от одного края визуального поля до другого. Такие полные двухсторонние движения выполняются с максимально возможной скоростью, но при этом следует избегать чувства дискомфорта. Обычно два пальца руки психотерапевта используются как точка фокусировки взгляда клиента. При этом психотерапевт держит пальцы вертикально, с ладонью, обращенной к клиенту, на расстоянии 30–35 см от его лица. Далее пальцы начинают медленно, а затем все быстрее двигаться горизонтально от правого края визуального поля до левого, указывая клиенту направление движений глаз. Таким образом подбирают оптимальную скорость движения, расстояние до пальцев, высоту, на которой держится рука, и т.п. Если при выполнении тестирования обнаруживается, что клиенту трудно следить за пальцами (происходит сбой движений, остановка или появляется непровольная моторика), достаточно попросить его просто надавить пальцами на глазные яблоки. В большинстве случаев это помогает восстановить контроль за движением глаз. Затем можно проверить эффективность других вариантов движений глаз: диагональных, круговых или в форме восьмерки. Вертикальные движения оказывают успокаивающее действие и особенно полезны для снижения беспокойства или чувства тошноты, а также при головокружении.

Обычно в ходе ДПДГ-терапии применяются серии, состоящие из 24 циклов движений глаз (туда и обратно – 1 цикл); в зависимости от конкретной реакции клиента и скорости переработки травматического материала серии могут быть увеличены до 36 циклов, а при возникновении эмоционального отреагирования – еще больше.

Для клиентов с повреждением зрения или ощущающих дискомфорт при движениях глаз используются достаточно эффективные альтернативные формы стимуляции (постукивание по рукам или звуки). Психотерапевт ритмически и с такой же скоростью, как при проведении серии движений глаз, постукивает поочередно по лежащим на коленях и обращенным кверху ладоням клиента. При звуковой стимуляции психотерапевт поочередно щелкает пальцами то у одного, то у другого уха клиента.

Для снижения уровня беспокойства перед началом переработки, во время и между сеансами полезно обучить клиента технике «Безопасное место». Ему предлагают вспомнить ситуацию, где он чувствовал себя спокойно, в полной безопасности. При этом важно сосредоточиться на образе безопасного места, почувствовать возникающие при этом позитивные эмоции и приятные физические ощущения. Психотерапевт суггестивными техниками способствует усилению воображаемых образов, чувства комфорта и душевного покоя. Кроме того, положительная реакция клиента усиливается, если на фоне погружения в приятные воспоминания он совершит от 4 до 6 серий движений глаз. Можно предложить клиенту назвать ключевые слова, подходящие к образу безопасного места (деревья, озеро, запах леса, покой и т.п.), и повторять их про себя, соединяя с соответствующими картинками, звуками и ощущениями. При этом он ощущает чувство полной безопасности, которое психотерапевт подкрепляет дополнительными суггестиями и серией движений глаз (4–6 циклов). В последующем, при необходимости снизить эмоциональное напряжение, клиент может самостоятельно вернуться в воображении в это безопасное место.

Сильные отрицательные эмоции, которые иногда возникают в ходе сеанса ДПДГ, также могут потребовать для клиента передышки и усиления чувства безопасности, что достигается его обращением к приятным и успокаивающим событиям прошлого.

На стадии подготовки клиенту объясняют, что во время сеанса он будет контролировать все происходящее и в любой момент сможет остановить процедуру, приподняв руку или подав другой условный сигнал психотерапевту. Установление сигнала «стой» служит дополнительным фактором безопасности клиента. Фактически две первые стадии относятся лишь к первому сеансу ДПДГ. В дальнейшем психотерапевт начинает каждый сеанс с оценки состояния клиента и анализа достигнутых результатов, а затем переходит сразу к третьей стадии.

3. Определение предмета воздействия. На этой стадии психотерапевт определяет цель воздействия. Как указывалось выше, при лечении больных с ПТСР вначале это будут реальные травмирующие события (боевые действия, катастрофы и т.д.), затем переработке подвергаются навязчивые мысли и другие негативные воспоминания, кошмарные сновидения и любые факторы, оживляющие болезненные переживания прошлого.

После идентификации связанного с травмой конкретного воспоминания клиенту предлагают избрать образ, который лучше всего соответствует этому образу (отражает наиболее неприятную часть произошедшего события). Затем выявляются снижающие самооценку убеждения клиента по поводу травмирующего инцидента. Его просят выразить словами те неприятные, болезненные представления о себе, которые в настоящее время соответствуют хранящейся в памяти информации о психической травме. Высказывать это негативное убеждение о себе (отрицательное самопредставление) клиент должен в настоящем времени, с использованием местоимения «я». Примеры отрицательных самопредставлений: «Я плохой человек»; «Я не заслуживаю уважения»; «Я не могу доверять самому себе»; «Я делал что-то плохое»; «Я заслуживаю смерти»; «Я ничтожество» и т.п.

Следующий шаг – определение желаемого положительного самопредставления, т.е.

более уместного, конструктивного представления, которое хотел бы иметь клиент в настоящий момент, когда он вспоминает о травмирующей ситуации. Например: «Я хорош такой, как я есть»; «Я заслуживаю уважения»; «Я могу доверять самому себе»; «Я контролирую себя»; «Я сделал лучшее, что мог»; «Я могу справиться с этим» и т.п.

Позитивное представление позднее используется для замены отрицательного представления на пятой стадии – инсталляции. Введение положительного самопредставления стимулирует когнитивное переструктурирование (переоценку) клиентом травмирующих событий и облегчает формирование более адекватного к ним отношения. На третьей стадии положительное самопредставление оценивается по семибалльной Шкапе соответствия представлений (ШСП), где 1 балл – полное несоответствие, а 7 баллов – полное соответствие позитивному представлению о себе. Клиент дает оценку, не опираясь на логические построения, а исходя из интуитивного ощущения того, насколько далеко положительное самопредставление от его сегодняшнего взгляда на пережитое. Если эта оценка не выше 1 балла по ШСП, психотерапевт должен взвесить, насколько реалистичны пожелания клиента, и вместе с ним уточнить или изменить положительное самопредставление.

На следующем этапе клиент определяет негативные эмоции, которые вызывает у него картина травмирующего события и повторение слов, соответствующих отрицательному представлению. После того как эти эмоции названы, психотерапевт предлагает клиенту оценить уровень беспокойства, причиняемого воспоминаниями, по Шкале субъективного беспокойства (ШСБ), где 0 – состояние полного спокойствия, а 10 – максимальное беспокойство (наихудшее из того, что можно представить). На этом же этапе определяются локализация и интенсивность дискомфортных телесных ощущений, сопутствующих погружению клиента в травмирующее воспоминание. В дальнейшем изменение ощущений в теле будет одним из важных индикаторов переработки травматического материала.

4. Десенсибилизация. На данной стадии ведется работа над снижением негативных эмоций клиента при воспоминании о травме до 0 или 1 балла по ШСБ. При проведении десенсибилизации клиенту предлагают вспомнить картину события. Далее психотерапевт просит его следить глазами за движениями пальцев и одновременно удерживать образ, отражающий самую неприятную часть воспоминания, произнося про себя отрицательное самопредставление («Я плохой человек» и т.п.) и отмечая ощущения, которые возникают в теле. Если клиент испытывает трудности с визуализацией травмирующего эпизода, он может просто о нем думать в ходе выполнения движений глаз. После каждой серии клиенту говорят: «А теперь отдыхайте. Сделайте вдох и выдох. Пусть все идет, как идет (забудьте об этом)». Затем его спрашивают: «Что происходит сейчас?» или: «Что вы ощущаете в теле? Что приходит в голову?» Важно, чтобы клиент сообщал об изменениях зрительных образов, звуков, мыслей, эмоций и телесных ощущений, которые являются индикатором происходящей переработки дисфункционального материала.

В ряде случаев сосредоточение клиента на травмирующем событии на фоне серии движения глаз, что чередуется с отдыхом, приводит к уменьшению эмоционального и физического дискомфорта, а воспоминания постепенно утрачивают болезненный характер. Психотерапевт контролирует эффекты переработки травмирующего материала, время от времени задавая клиенту вопрос: «На сколько баллов Шкалы беспокойства вы оцениваете свое состояние сейчас?» Необходимо добиваться снижения уровня беспокойства по ШСБ до 0–1 балла.

Нередко в процессе работы наблюдается кратковременное усиление негативных эмоций и ощущений или наступает от-реагирование. В случае отреагирования клиент как бы заново переживает ситуацию психической травмы, испытывая при этом прежние мысли, эмоции и ощущения. При ДПДГ, в отличие от гипноза, не происходит полного погружения в воспоминание, поскольку клиент сохраняет двойную фокусировку – как на осознании прошлого, так и на чувстве безопасности в настоящем. Начало

отреагирования предполагает увеличение количества непрерывных движений глаз до 36 циклов и более, психотерапевт стремится завершить его в ходе одной серии. Часто это удается, поскольку отреагирование в ходе сеанса ДПДГ происходит в 4 – 5 раз быстрее,

чем в трансе, а клиент при этом перескакивает от одного ключевого момента события к другому. После завершения отреагирования дальнейшая работа продолжается в обычном порядке.

Возможен другой вариант, когда после двух идущих подряд серий движений глаз клиент не отмечает никаких изменений в своем эмоциональном состоянии, образах, мыслях и ощущениях. Первое, что необходимо делать в таком случае, – сменить направление движений глаз. Отсутствие новых изменений после попыток использования двух или трех различных направлений движений свидетельствует о заблокированной переработке, что требует применения дополнительных стратегий, описанных ниже.

В случаях, когда при обращении к травмирующему эпизоду у клиента возникают новые отрицательные идеи и представления, перед началом очередной серии ему предлагают сосредоточиться на этих негативных мыслях и связанных с ними телесных ощущениях, после чего серии движений глаз следует повторять до их нейтрализации. Если клиент начинает высказывать более адаптивные суждения о пережитом, их следует закрепить в сознании, предложив сосредоточиться на позитивных мыслях во время последующих серий, а затем снова обратиться к первоначальной цели (воспоминание о травме, отрицательное самопредставление, дискомфортные ощущения и эмоции).

В ходе переработки основного травматического материала на фоне очередной серии движений глаз в сознании клиента могут всплывать дополнительные воспоминания, ассоциативно связанные с психической травмой. Такие воспоминания являются фокусом для проведения следующей серии. Если одновременно возникает несколько воспоминаний, клиенту предлагают сосредоточиться на сильнее всего беспокоящем из них. Ветераны войны, страдающие ПТСР, нередко предъявляют все новые и новые воспоминания, которые последовательно возникают у них во время каждой серии движений глаз. Для того чтобы десенсибилизация происходила успешно, необходимо подвергать переработке весь ассоциативный материал (эпизоды боевых действий; негативные воспоминания, непосредственно не связанные с войной; отдельные звуки или ощущения в теле и т.п.), который может стать доступным осознанию при работе с конкретным травмирующим событием, избранным в качестве цели.

Каждое из вновь приходящих воспоминаний становится фокусом для воздействия во время очередной серии движений глаз. Когда цепь ассоциаций истощается и ничего нового не приходит в голову, клиента просят возвратиться к первоначальной цели для выполнения дополнительных серий движений глаз. Если при обращении к травмирующему событию (цели сеанса) в ходе выполнения 2–3 серий движений глаз другие воспоминания, новые переживания и идеи не появляются, а уровень беспокойства клиента не превышает 1 балла (оптимальный вариант – 0 баллов) по ШСБ, можно переходить к следующей стадии – инсталляции.

Следует отметить, что всплывшее в сознании дополнительное воспоминание иногда бывает чрезвычайно беспокоящим и дискомфортным. В таком случае оно может быть избрано новой целью для следующего сеанса ДПДГ. Однако полномасштабная работа с новой целью должна начинаться лишь после завершения переработки предыдущего воспоминания, связанного с травмой.

5. Инсталляция. Цель этой стадии – _____ связать желаемое положительное самопредставление с избранной в качестве цели информацией, связанной с травмой, что ведет к повышению самооценки клиента.

Сначала следует попросить клиента заново, после проведения десенсибилизации, оценить первоначальное положительное представление о себе с точки зрения его привлекательности: «Остаются ли уместными слова (повторить положительное самопредставление), или вы чувствуете, что более подходящим сейчас является другое

положительное высказывание?» На этом этапе клиенты нередко уточняют или полностью изменяют значимое для них представление. Далее клиенту предлагают подумать о первоначальном травмирующем событии и об этих словах, а затем ответить на вопрос:

«Насколько истинными вам кажутся сейчас эти слова, от 1 – полностью не соответствуют до 7 – полностью соответствуют (истинны)?». После этого клиенту следует направить внимание одновременно на картину события (думать о нем) и на положительное представление. После серии движений глаз психотерапевт спрашивает: '«А теперь – насколько истинными, в б&шгах от 1 до 7, кажутся вам эти слова, если вы думаете о травмирующем событии?» Цель психотерапевта состоит в проведении такого количества серий движений глаз, которое необходимо для усиления положительного самопредставления до 7 баллов. Когда это удается, серии движений повторяют до тех пор, пока уместность и истинность представления не достигнут максимума, а затем переходят к стадии сканирования тела.

Нередко из-за неполной переработки других воспоминаний и негативных убеждений, ассоциативно связанных с избранным в качестве цели травмирующим событием, уровень соответствия положительного представления не превышает 4–5 баллов. С учетом временных рамок сеанса работу с дополнительными воспоминаниями переносят на другую сессию, а процедуру ДПДГ ведут к завершению, минуя стадию сканирования.

6. Сканирование тела. Стадия посвящена устранению возможного остаточного напряжения или дискомфорта ощущений в теле.

Когда положительное представление достигает на стадии инсталляции 7 баллов по ШСП (или 6 баллов, если это экологично для конкретного клиента), начинают сканирование. Клиенту предлагают закрыть глаза и, удерживая в сознании первоначальное воспоминание и положительное представление, мысленно пройтись по различным частям своего тела, начиная с головы и постепенно опускаясь вниз. Клиент сообщает вслух обо всех местах, в которых он обнаружит какое-либо напряжение, зажатость или другие неприятные ощущения. Если такие ощущения отсутствуют, проводят серию движений глаз. При возникновении комфортных ощущений выполняют дополнительную серию для усиления позитивных чувств. В случае, когда клиент сообщает о неприятных ощущениях или мышечном напряжении, их перерабатывают с помощью очередных серий движений глаз, пока дискомфорт не снизится. Иногда телесное напряжение, вскрытое при сканировании тела, может повлечь за собой новую цепь негативных ассоциаций, для переработки которых потребуется время.

7. Завершение. Стадия направлена на возвращение клиента в состояние эмоционального равновесия в конце каждого сеанса, вне зависимости от того, полностью ли завершена переработка дисфункционального материала. Если в конце психотерапевтического сеанса клиент проявляет признаки беспокойства или продолжает отреагирование, психотерапевту следует применить гипноз или управляемую визуализацию (техника «Безопасное место» и т.п.), чтобы вернуть его в комфортное состояние.

Если травматический материал переработан не полностью, велика вероятность продолжения переработки после окончания сеанса. При этом клиент может испытывать тревогу, о чем следует его предупредить. Целесообразно предложить клиенту запомнить (записать) беспокоящие его воспоминания, сновидения, мысли и ситуации, которые возникают между сеансами. Впоследствии они могут стать новыми целями воздействия ДПДГ-терапии.

8. Переоценка. Переоценка проводится перед началом каждого нового сеанса ДПДГ. Психотерапевт вновь возвращает клиента к ранее переработанным целям и оценивает реакцию клиента для определения того, сохраняется ли эффект лечения. Новый дисфункциональный материал можно подвергнуть переработке только после того, как произойдет полная интеграция психических травм, подвергшихся лечению ранее.

СТРАТЕГИИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ ЗАБЛОКИРОВАННОЙ ПЕРЕРАБОТКЕ

Примерно в половине случаев применение стандартной процедуры ДПДГ приводит к завершению процесса переработки и излечению даже наиболее тяжелых психических травм. Однако если переработка соответствующего материала тормозится, ее можно стимулировать с помощью ряда дополнительных приемов:

1. Изменение направления, продолжительности, скорости или амплитуды движений глаз, постепенное смещение их траектории то вверх, то вниз в горизонтальной плоскости. Большой успех дает сочетание этих приемов.

2. Сосредоточение клиента на всех телесных ощущениях сразу или только на наиболее дискомфортных из них (отбросив образ и представление), в то время как характер движений глаз подвергается систематическим изменениям.

3. Стимуляция открытого выражения подавленных эмоций, невысказанных слов или свободного проявления всех движений, ассоциирующихся у клиента с тем или иным физическим напряжением в теле. При этом выполняются серии движений глаз.

4. С началом очередной серии движений клиенту предлагают надавить пальцем или всей рукой на то место тела, где локализуются дискомфортные ощущения. Увеличение давления может привести к уменьшению негативных ощущений либо к появлению новых образов и мыслей, так или иначе связанных с травмирующим воспоминанием. Появившийся ассоциативный материал затем избирают в качестве предмета воздействия.

5. Изменение точки фокусировки во время выполнения последующих серий движений. Клиента просят сосредоточиться на другой части образа травмирующего события либо сделать образ более ярким, уменьшить или увеличить его, превратить в черно-белый и т.д. Можно предложить клиенту припомнить звуковой стимул, вызывающий наибольшее беспокойство, и сконцентрироваться на нем.

6. В сложных случаях применяется когнитивное взаимопереплетение. Эта стимулирующая стратегия соединяет адаптивную информацию, исходящую от психотерапевта, с материалом, появляющимся в процессе психотерапии.

Существует несколько вариантов взаимопереплетения:

- Психотерапевт сообщает клиенту новую информацию, которая способствует лучшему пониманию драматических событий прошлого, роли, которую клиент в них играл. Затем клиенту предлагают думать о сказанном и проводят серию движений глаз.

- Переопределение травмирующей ситуации через обращение к значимым для клиента лицам.

- Использование метафор (аналогий) в форме притч, вымышленных историй или примеров из жизни, контекстуально соответствующих проблеме клиента. С помощью аллегорических историй могут быть проведены параллели с реальной ситуацией клиента, даны скрытые подсказки для наиболее адаптивного ее разрешения. Введение метафорической информации может быть осуществлено как на фоне движений глаз, так и без них. После чего клиенту предлагают поразмышлять обо всем услышанном на фоне следующей серии движений глаз, в Сократический диалог, в ходе которого психотерапевт задает ряд последовательных вопросов. Отвечая на них, клиент постепенно приходит к определенному логическому умозаключению. После чего ему предлагают подумать об этом и проводят серию движений глаз.

Применение указанных приемов даже в трудных случаях способствует полной переработке и нейтрализации травматического материала и устранению основных клинических проявлений ПТСР.

Для успешной работы с ветеранами войны, страдающими ПТСР, следует учесть еще несколько важных моментов.

Многие ветераны страдают от мучительного чувства самообвинения в связи со своими поступками во время боевых действий. В этом случае, во-первых, необходимо помочь ветерану понять, что если он действительно настолько плохой человек, как он думает, то не стал бы страдать от этого – плохих людей не мучает совесть, да еще многие

годы. Во-вторых, его страдания сейчас уже ничем не помогут тем, кто погиб во время войны, но они мешают полноценно жить и работать. Ветерану объясняют, что все его болезненные симптомы, в том числе раздражительность или вспышки гнева, нарушения

сна и кошмарные сновидения, являются результатом фиксации пережитого на войне в нейронных структурах мозга, а лечение поможет освободиться от «застывшей» негативной информации, вследствие чего улучшится его душевное и физическое состояние. При этом ветераны могут испытывать страх, что забудут приобретенный на войне опыт, который представляется им важным и значимым. Психотерапевт разъясняет, что избавление от страданий и отрицательных образов не означает потери памяти на пережитые события. Более того, когда он обретет способность жить более здоровой и полноценной жизнью, у него будет больше возможностей чтить память погибших товарищей или помочь бывшим сослуживцам в трудную минуту.

Приступы неконтролируемого гнева, возникающие по незначительным поводам, также являются острой проблемой для многих ветеранов боевых действий. Они часто приводят к ухудшению отношений в семье и даже к ее распаду, к серьезным конфликтам с окружающими. В большинстве случаев переработка связанных с травмой воспоминаний и соответствующих сегодняшних раздражителей помогает клиентам лучше контролировать свое поведение. Полезно обучать ветеранов дополнительным приемам, позволяющим справиться с проявлениями гнева: технике «Безопасное место», релаксационным упражнениям или самостоятельному использованию движений глаз при малейших признаках нервного возбуждения.

ДПДГ В ЛЕЧЕНИИ ПСИХОГЕННЫХ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ

Как показывают исследования, не менее 10,5% мужчин, принимавших участие в боевых действиях, нуждаются в специализированной сексологической помощи. Еще выше этот показатель у ветеранов, обнаруживающих признаки ПТСР: 12,5% из них активно просят о терапии сексуальных дисфункций, а около 13% признают наличие проблем в интимной жизни, но в силу различных причин считают обращение к сексологу преждевременным (Доморацкий, 1998). Среди сексуальных нарушений у данного контингента преобладают синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи, соответствующий по МКБ-10 диагностическим критериям отсутствия генитальной реакции (психогенные эректильные дисфункции), и, в меньшей степени, последствия злоупотребления алкоголем, приводящие к декомпенсации соответствующих нейрогуморальных механизмов. Известно, что сексуальные проблемы сильно отражаются на супружеских отношениях и крайне негативно влияют на самооужение. Особенно разрушительны случаи, когда симптомы ПТСР сочетаются с агрессивной реакцией на партнершу при повторяющихся неудачных попытках вступить в близость. В этом случае на фоне сексуальных проблем легко возникает и усиливается ревность, а вспышки гнева приобретают все более непредсказуемый и деструктивный характер. Поэтому эффективная коррекция сексуальных дисфункций является важной составной частью лечебно-реабилитационных мероприятий у больных с ПТСР, а также важна для реабилитации всех ветеранов, поскольку повышает самооценку, увеличивает психологический и физический комфорт и гармонизирует супружеские отношения.

Адаптированный к сексологической проблематике метод ДПДГ показал свою высокую эффективность в коррекции психологических механизмов, порождающих половые дисфункции (травмирующих переживаний и воспоминаний о сексуальных неудачах, неадекватных представлений, страхов и т.п.), он способствует быстрому восстановлению сексуальной активности клиентов (Журавель, 1999; Доморацкий, 1999).

Рассмотрим основные этапы ДПДГ-терапии у мужчин с психогенными расстройствами половой сферы:

1. Подготовка. На этом этапе устанавливаются терапевтические отношения с клиентом, разъясняется сущность ДПДГ-терапии, обосновываются ее эффективность в работе тревогой перед половым актом, формируется «лечебная перспектива».

2. Определение предмета (цели) воздействия. Основная цель воздействия: хранящаяся в памяти информация о психотравмирующих событиях сексуального содержания: а) яркие воспоминания о сексуальных неудачах; б) столкновение с негативной информацией по поводу сексуальных возможностей клиента; в) неадекватные сведения о сексуальности, на основе которых формируются ложные убеждения и установки в отношении половой жизни; г) любые события, ведущие к появлению тревоги и страха перед проявлениями сексуальности и половым актом.

3. Определение типа и выраженности негативного эмоционального реагирования и телесного дискомфорта, возникающих в травмирующих ситуациях. Чаще всего соответствующими эмоциями являются тревожное беспокойство и страх перед предстоящим половым актом, иногда – раздражение, растерянность. Выраженность отрицательных эмоций определяют по шкале субъективного беспокойства (ШСБ).

4. Определение негативного самопредставления – т.е. представления клиента о себе в момент сексуальных неудач и других тревожащих ситуаций. Это убеждения типа: «У меня ничего не получится», «Я не могу справиться с этим» и т.п.

5. Определение положительного самопредставления, т.е. того убеждения, которое клиент хотел бы иметь в отношении себя в соответствующих ситуациях: «У меня все получается», «Я могу испытывать радость от близости» и т.п. Затем по шкале соответствия представлений (ШСП) определяют, насколько истинным на данный момент (на уровне чувств и интуиции) кажется клиенту как отрицательное, так и желаемое представление о себе.

6. Десенсибилизация и переработка. Клиент должен вначале сосредоточить внимание на мысленном образе психотравмирующей ситуации (особенно запомнившаяся сексуальная неудача и т.д.), отрицательном самопредставлении и ассоциативно связанных с воспоминанием эмоций и дискомфортных ощущениях. Далее он выполняет серию стимулирующих движений глаз, после каждой из которых клиенту предлагают на время отбросить травмирующий образ и сообщить об ощущениях в теле, эмоциях и мыслях, которые приходят в голову. Психотерапевт повторяет серии стимуляций, периодически направляя внимание больного на самые неприятные ассоциации, спонтанно возникающие во время процедуры, а затем снова возвращаясь к основной цели – первоначальному негативному воспоминанию. Процедура повторяется до тех пор, пока уровень беспокойства в тот момент, когда припоминается исходная ситуация, не снижается до 0 – 1 балла по ШСБ. Добившись этого, клиенту предлагают снова обратиться к травмирующему инциденту, но используя при этом положительное самопредставление (позитивное убеждение в своих сексуальных возможностях), повторяя его про себя на фоне движений глаз. В результате степень соответствия положительного представления по ШСП постепенно достигает 6 – 7 баллов, т.е. клиент по-новому начинает оценивать предшествующий опыт и проникается убеждением, что он способен справиться со своей проблемой. При этом у клиента нередко возникают спонтанные представления об успехе при половом акте.

7. Сканирование тела. Это своего рода проверка результатов переработки, поскольку при полной нейтрализации связанного с травмой воспоминания оно не только теряет отрицательный эмоциональный заряд, но и перестает вызывать сопутствующие дискомфортные ощущения. Любое остаточное напряжение или телесный дискомфорт перерабатываются на фоне движений глаз до устранения.

8. Завершающий этап – подстройка к будущему. Клиенту предлагают представить ситуацию половой близости в ближайшем будущем. При возникновении дисфункциональных эмоций, мыслей, образов и ощущений проводится их дополнительная переработка. Позитивные образы и представления об успешном сексуальном контакте, которые приходят им на смену, закрепляют на фоне нескольких серий движений глаз. Работа с будущим проводится на заключительной стадии психотерапии, когда основные травмирующие воспоминания клиента, содержащие

негативную информацию о его сексуальности и вызывающие внутренний дискомфорт, уже были переработаны.

ДПДГ-терапия психогенных сексуальных дисфункций осуществляется с частотой 1 – 2 раза в неделю при общем количестве сеансов от 2 до 6. Продолжительность 1 сеанса 1 – 1,5 часа.

4. ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ

Гештальт-терапия (нем. Gestalt – форма, образ, структура) традиционно рассматривается как один из эффективных методов терапии тревожных, фобических и депрессивных расстройств. Она также с успехом применяется при терапии многих психосоматических расстройств и в работе с широким спектром интрапсихических и межличностных конфликтов. Это дает возможность использовать гештальт-терапию при работе с участниками военных действий и других экстремальных ситуаций с ПТСР.

Целью терапевтической работы является снятие блокировки и стимулирование процесса развития, реализация возможностей и устремлений личности за счет создания внутреннего источника опоры и оптимизации процессов саморегуляции. Основным теоретическим принципом гештальт-терапии является убеждение, что способность к саморегуляции ничем невозможно заменить. Поэтому особое внимание уделяется готовности принимать решения и делать выбор. Ключевым аспектом терапевтического процесса является осознание контакта с самим собой и окружением. Много внимания уделяется осознанию различных установок и способов поведения и мышления, которые закрепились в прошлом, и раскрытию их значения и функции в настоящее время.

Традиционно гештальт-терапия используется в групповых методах работы, однако, по данным зарубежных авторов, при работе с лицами, страдающими ПТСР, более эффективна индивидуальная терапия. В гештальт-терапии невротическое состояние индивида расценивается как неспособность полностью контактировать (завершать цикл контакта) с собой и окружающей средой, следствием чего является незавершенная ситуация. Один из симптомов ПТСР – неспособность ориентироваться в длительной жизненной перспективе, т.е. человек не планирует карьеру, вступление в брак, рождение детей. Таким образом, речь идет о неспособности выделять потребности (фигуры) из фона. Прерывание контакта происходит уже на первой стадии. В случае, когда истинные потребности остаются за гранью осознания, они могут заменяться потребностями других людей.

Гештальт-подход предлагает свой взгляд на человека; акцент тут ставится не на понимании (интерпретации) клиента, не на попытках научить его определенным схемам поведения, доведенным до автоматизма, а на переживании и на максимальном расширении жизненного пространства и свободы выбора.

Данный подход ориентирован на осознание (awareness) актуального жизненного опыта «здесь и теперь» клиента. Он охватывает одновременно сенсорный, аффективный, интеллектуальный, социальный и духовный аспекты и стремится «не просто к объяснению причин наших трудностей, а к использованию новых путей их разрешения» (Перлз, 1996).

Гештальт-подход побуждает человека лучше узнать и принять себя – принять таким, какой он есть на самом деле, со своим негативным опытом и социально неприемлемыми качествами, со своими психотравмами и вытесненными конфликтами. Психотерапевт тут выступает лишь в роли проводника, ориентирующегося на желания и возможности клиента, но, с другой стороны, является как бы другом и помощником в трудных, болезненных ситуациях.

Главной категорией гештальт-терапии служит не понятие «личность», как это принято в других подходах. Гештальт-терапия ориентирована на процесс, поэтому для понимания человека не нуждается в «застывших» структурах. Основной задачей тут является исследование всей совокупности событий, происходящих на той границе, где организм контактирует со средой. При этом сторонники гештальт-подхода подчеркивают,

что эти события не сводятся к исключительно социальным.

Выделяют пять основных механизмов нарушения контакта, при которых энергия, необходимая для удовлетворения потребностей и для развития, рассеяна или направлена не туда, куда нужно. Это проекция, конфлюенция, ретрофлексия, дефлексия и интроекция. Целью терапии является восстановление естественного протекания контакта и, следовательно, работа с механизмами его прерывания.

При конфлюенции (или слиянии) границы между человеком и миром стираются, чувство различия исчезает. В таком состоянии находится младенец, еще не способный отделить себя от мира. В момент экстаза, медитации человек также может ощущать себя слитым с миром воедино. Однако если такое слияние и стирание границ между собой и окружением происходит постоянно, человек перестает понимать, кто же он есть, существует ли он вообще, и утрачивает способность к реальному контакту с миром и с самим собой. Так, для участников военных действий характерна конфлюенция с теми, кто также участвовал в боевых действиях. Об этом свидетельствует употребление местоимения «мы», когда речь идет об их личных переживаниях. Они часто неспособны отличать свои переживания от переживаний сослуживцев. В данном случае работа должна проводиться в направлении дифференциации человека от окружающего мира.

Ретрофлексия (удержание в себе) наблюдается в тех случаях, когда потребности блокируются социальной средой и не могут быть удовлетворены (непосредственно или опосредованно). Тогда энергия, предназначенная для манипулирования внешней средой, направляется вовнутрь. Чаще всего такой потребностью является агрессия. То есть суть ретрофлексии заключается в том, что человек удерживает в себе что-то, что адресовано другим людям.

Человек, для которого характерна дефлексия, пытается избежать непосредственного контакта с окружением, другими людьми, проблемами и ситуациями. Во время терапии дефлексия, или уклонение от реального контакта, может проявляться в форме общих фраз, болтливости, шутовства, неспособности смотреть в глаза собеседнику, ритуальности и условности поведения. В этом случае энергия рассеивается, так как индивид воздерживается от использования ее в полной мере тогда, когда это необходимо, или не умеет ее сконцентрировать таким образом, чтобы предпринять направленное действие. Это характерно для симптома избегания, выраженного при ПТСР, который проявляется в уходе от обсуждения травматических событий и работы с ней, поскольку это серьезная психологическая нагрузка. Клиент убегает в пустые рассуждения, не касающиеся тяжелых переживаний, и в этом случае можно применить импрессивную технику, которая состоит в том, что когда клиент избегает контакта, его действия прерывают. Существует противоположная, экспрессивная, техника, которая заключается в усилении эмоций, жестов, позы, которую принимает клиент, т.е. следя в процессе сеанса за невербальным поведением и отметив какую-либо позу, жест, выражение лица, терапевт предлагает это усилить. Таким образом клиент может выйти на новый уровень понимания своего состояния и осознать свои скрытые эмоции.

Как уже отмечалось ранее, у лиц с ПТСР присутствует выраженная агрессия, которая может не только ретрофлексироваться, но и проецироваться, т.е. тут уже будет задействован механизм проекции. С этим механизмом связан отказ от ответственности за какие-либо действия или явления, которые приписываются окружению или безличным факторам путем опредмечивания себя («что-то толкнуло меня на это», «что-то заставило меня это сделать»). Так, клиент с ПТСР будет считать другого человека очень агрессивным, потому что не может принять свою агрессию и тревоги. В данном случае можно применить супрессивную технику: просто прервать проецирование клиента, предложив ему переадресовать высказывание. Если клиент говорит, что кто-то агрессивен, – предложить ему повторить: «Я сам агрессивен» – несколько раз. Эта переадресация помогает клиенту осознать свои настоящие чувства.

Для участников военных действий типична позиция жертвы с характерным

снятием ответственности за то, что происходит с ними сейчас, и передача этой ответственности окружающим. Так, ответственность за свое нынешнее состояние возлагается на государство, армию, непонимание окружающих, а действия по улучшению своего

состояния сводятся к минимуму. Таким образом, можно говорить об интроективности позиции жертвы у участников военных действий. Интроекция (или «проглатывание без переваривания») – механизм усвоения стандартов, норм, способов мышления, отношений к действиям, которые не ассимилируются – не становятся собственными. Для работы с интроектом «жертва» предлагается ассимилятивно-аккомодационная модель, в основе которой лежит активация ассимилятивного механизма в поведении клиента и включение механизма адаптации.

На определенном этапе работы, когда терапевт, оценив динамику развития психотерапии, характер прорабатываемых тем, готовность клиента к работе с глубокими переживаниями, сочтет это возможным, клиенту предлагается обсудить ситуации, в которых он чувствовал себя несправедливо обиженным. Таким образом могут быть выявлены интроекты, которые можно соотнести с позицией или ролью жертвы.

Одним из основных симптомов ПТСР являются кошмарные сновидения, повторяющиеся воспоминания о психотравмирующих ситуациях. Хотя большинство авторов придерживается мнения, что ночные кошмары на темы травмы не несут глубинного личностного смысла, данные последних зарубежных работ позволяют говорить о том, что кошмарные сновидения являются выражением скрытого конфликта. В таком случае возможна работа с подобными сновидениями в рамках гештальт-терапии. Различные элементы сна рассматриваются как проекция отдельных частей личности клиента. Сон при таком подходе есть экзистенциальное послание, с которым спящий обращается к самому себе. Для этого клиенту предлагается последовательно идентифицировать себя с разными элементами сна таким образом, чтобы вернуть и усвоить свои проекции. Важно воспроизвести сон со всех точек зрения, т.е. побыть в роли каждого элемента сна, включая и неодушевленные предметы. Клиент должен прожить, осознать и интегрировать отвергаемые им части личности.

Таким образом, гештальт-терапия может применяться при следующих расстройствах, характерных для ПТСР:

- психосоматические расстройства;
- фобии и страхи;
- невротические расстройства;
- сексуальные расстройства психогенного характера;
- депрессивные проявления, суицидальные тенденции, нарушения сна (ночные кошмары);
- дезадаптирующие особенности личности (повышенная тревожность, агрессивность, раздражительность).

Весьма эффективна гештальт-терапия при работе с суицидальными клиентами (Моховиков, 2001). При использовании методов гештальт-терапии _____ в работе с суицидальными клиентами особое внимание обращают на работу с защитными механизмами в виде интроекции, проекции, ретрофлексии и конфлюэнции, которые вносят свой вклад в происхождение саморазрушающего поведения.

Методы гештальт-терапии весьма эффективны при консультировании жертв изнасилования. Они позволяют:

а) помочь установить контакт с окружающим и воспринимать настоящее. «Что вы видите или чувствуете сейчас, в данный момент?», «Что происходит с вами и вокруг вас?»; слова «сейчас», «в данный момент» являются ключевыми и понемногу возвращают собеседника к реальности;

б) работать над сосредоточением внимания. «Всмотритесь (вслушайтесь, вчувствуйтесь) в то, что происходит именно сейчас с вами, вокруг вас»; фиксация на

актуальных переживаниях отстраняет прошлое и позволяет сосредоточиться не только на окружающей реальности, но и на переменах в состоянии клиента;

в) работать с воспоминаниями. Человек обладает фундаментальной способностью – завершать любую ситуацию или взаимодействие (контакт), которые не являются законченными. Работа с воспоминаниями помогает завершить гештальт и приблизиться к возможности изменений;

г) работать с телесными ощущениями. Дезинтеграция приводит к тому, что чувства притупляются. Осознание того, что происходит с телом, способствует жизни в настоящем и интеграции частей личности;

д) работать с вербализацией мыслей и чувств. Высказывание способствует отстранению переживаний и снижению их интенсивности, что позволяет затем перейти к реконструкции, переменам и новому синтезу;

е) работать с непрерывностью эмоций. Отрицательные эмоциональные переживания являются значимыми, их можно контролировать; введение элементов осознанного контроля избавляет от бесчувственности и страха переживать свои эмоции, при этом важна спонтанность, а не самопринуждение.

Гештальт-терапия также успешно применяется при работе с утратой (Кондратенко, 2003). Ситуация утраты характеризуется тем, что исчезает объект среды. В связи с этим возникает сильная фрустрация, так как целый ряд потребностей, удовлетворение которых связывалось с ушедшим, не находит своего адресата.

К основным понятиям гештальт-терапии относятся: фигура и фон, осознание и сосредоточение на настоящем, полноты, защитные функции и зрелость.

В основе всех нарушений лежит ограничение способности к поддержанию оптимального равновесия со средой, нарушение процесса саморегуляции организма. Описанные выше нарушения контакта: интроекция, проекция, ретрофлексия, дефлексия и слияние – часто называются сопротивлениями или защитными механизмами.

К основным процедурам гештальт-терапии относятся:

- расширение осознания;
- интеграция противоположностей;
- усиление внимания к чувствам;
- работа с мечтами (фантазией);
- принятие ответственности;
- преодоление сопротивления.

Подробнее с теорией гештальт-терапии можно ознакомиться в следующих работах: Александрова, 2000; Перлз, 1996, 2000, 2001; Перлз и др., 2001; Наранхо, 1995; Польстер и Польстер, 1999.

5. КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

В основе некоторых современных подходов к изучению посттравматических расстройств лежит «оценочная теория стресса», акцентирующая внимание на роли каузальной атрибуции и атрибутивных стилей. В зависимости от того, каким образом объясняются причины стресса, его преодоление представляет собой либо фокусировку на проблеме (попытку изменить ситуацию), либо концентрацию на эмоциональной стороне переживаемого события (попытку изменить чувства, явившиеся результатом стресса). Важнейшими детерминантами каузальной атрибуции являются личный атрибутивный стиль и локус контроля. Исследования подтверждают, что локус контроля может сдерживать травмирующий эффект события. Что касается каузальной атрибуции, то она заметно влияет на выбираемые стратегии преодоления стресса. Данные, полученные многими исследователями, свидетельствуют о том, что более интенсивные проявления ПТСР соотносятся как с личностными (экстернальный локус контроля, эмоционально сфокусированный стиль преодоления стресса), так и с социальными (недостаточность социальной поддержки) факторами.

Традиционно считается, что поведенческая психотерапия наиболее эффективна при

коррекции ПТСР. Согласно принципу, на котором основывается этот вид терапии, для изменения поведения необязательно понимать определяющие его психологические причины. Цель ее, главным образом, – формировать и укреплять способность к адекватным действиям, к приобретению навыков, позволяющих улучшить самоконтроль.

Методы поведенческой психотерапии включают положительное и отрицательное подкрепление, наказание, систематическую десенсибилизацию, градуированное представление и самоконтроль.

Поведенческая психотерапия стремится заменить неприемлемые действия приемлемыми и использует некоторые методы, ведущие к уменьшению или прекращению нежелательного поведения. Например, при одной из техник клиента обучают диафрагмальному дыханию для снятия беспокойства. Терапия может проводиться с использованием систематической десенсибилизации (постепенного, поэтапного привыкания к пугающей ситуации) либо методом нагнетания вызывающих тревогу факторов, или «наводнения» (клиентов ставят в пугающую ситуацию и помогают с ней справиться). Метод нагнетания считается более действенным.

Систематическая десенсибилизация – метод, направленный на то, чтобы клиент с ПТСР, склонный к избегающему поведению, создал в своем воображении иерархию тревожных образов (от наименее до наиболее пугающих). Он должен оставаться на каждом уровне иерархии до тех пор, пока тревога не исчезнет. Когда процедура проводится в условиях реальной, а не воображаемой жизни, такой метод называется градуированной экспозицией. Эта техника, в сочетании с положительным подкреплением, воздействует на вызывающие тревогу факторы и ликвидирует дезадаптивное поведение, исключая негативные последствия. Иерархическая конструкция часто используется в сочетании, с методиками релаксации, поскольку установлено, что тревога и релаксация исключают друг друга: так образ отделяется от ощущения тревоги (взаимное торможение).

Метод нагнетания вызывающих тревогу факторов считается наиболее эффективным методом поведенческой психотерапии, при условии, что клиент может выдержать связанную с терапевтическим воздействием тревогу. В случае, если данный метод основывается на противопоставлении воображаемой и реальной жизни, он называется имплозией.

Терапевты когнитивно-поведенческого направления предполагают, что психопатологические отклонения являются следствием неточной оценки событий, и следовательно, изменение оценки этих событий должно вести к изменению эмоционального состояния клиента. Подобно поведенческой терапии, когнитивно-поведенческая терапия учит клиентов по-другому реагировать на ситуации, которые вызывают приступы паники и другие признаки беспокойства. В этом случае устраняются иррациональные суждения, возникшие на фоне тревоги и косвенным образом поддерживающие ее.

Когнитивная терапия основана на теории, в соответствии с которой поведение человека определяется его мыслями о самом себе и его роли в обществе. Дезадаптивное поведение обусловлено укоренившимися стереотипами, которые могут привести к когнитивным искажениям, или ошибками в мышлении. Соответствующая терапия ориентирована на коррекцию подобных когнитивных искажений и их следствия в виде поведенческих установок. Когнитивная терапия представляет собой краткосрочный метод лечения, как правило, рассчитанный на 15–20 сеансов, проводящихся в течение 12 недель. В этот период клиенты должны осознать свои собственные искаженные представления и установки. Домашние задания заключаются в следующем: клиентов просят написать, что они чувствуют в определенных стрессовых ситуациях, и определить частично неосознаваемые предпосылки, лежащие в их основе, которые провоцируют появление негативных установок (таких, как: «я несовершенен» или «никому до меня нет дела»).

Такой способ называется распознаванием и коррекцией произвольных мыслей. Когнитивная модель депрессии включает когнитивную триаду – описание искажений мышления, которые характерны при депрессии. Эта триада включает: отрицательное отношение к самому себе, негативную интерпретацию настоящего и прошлого жизненного опыта и пессимистичный взгляд на будущее.

Суицидальная склонность также может быть мишенью терапии. Один из многообещающих терапевтических подходов состоит в том, чтобы научить клиента: а) думать об иных способах решения проблемы и б) отвлекаться от суицидальных желаний, используя различные техники отвлечения внимания (Meichenbaum, 1977). Метод когнитивной репетиции также может быть использован в работе с суицидальными клиентами. Клиент должен:

1. Представить себя в безвыходной ситуации.
2. Прочувствовать отчаяние и суицидальные импульсы.
3. Попытаться выработать возможные решения проблемы, несмотря на давление суицидальных желаний.

После этого клиенту дается задание опробовать эту технику в реальных жизненных ситуациях. Он должен погрузиться в неприятную ситуацию (например, ситуация конфронтации с супругой или супругом) и затем попытаться найти реалистические способы решения возникших проблем. Терапевт представляет клиенту гипотетическую, но абсолютно реалистическую ситуацию, способную спровоцировать кризис, ситуацию, схожую с теми, в которых клиент оказывался в прошлом, и затем они детально исследуют, какую линию поведения следует избрать в данной ситуации.

В тех случаях, когда ядром суицидального желания является чувство безысходности, терапевт, используя различные методы, должен показать клиенту: а) что его текущая жизненная ситуация допускает другие, не столь мрачные истолкования и б) что у него есть возможность решить свои проблемы иным способом.

Терапевтическая стратегия при работе с чувством безысходности основана на предпосылке, что мышление и восприятие депрессивного клиента скованы рамками предвзятых умозаключений. Клиенту не приходит в голову подвергнуть сомнению свои предубеждения. Задача терапевта заключается в том, чтобы пробудить у клиента интерес к исследованию негативных предубеждений. Терапевт указывает клиенту на факты, противоречащие его умозаключениям, и, создавая таким образом «когнитивный диссонанс», побуждает клиента пересмотреть свою позицию.

У поведенческих и когнитивных терапевтов обнаруживается ряд общих черт (Doyle, 1987):

1. И те, и другие не интересуются причинами расстройств или прошлым клиентов, а имеют дело с настоящим: поведенческие терапевты сосредоточиваются на актуальном поведении, а когнитивные – на том, что думает человек о себе и о мире в настоящем.

2. И те, и другие смотрят на терапию как на процесс научения, а на терапевта – как на учителя. Поведенческие терапевты учат новым способам поведения, а когнитивные – новым способам мышления.

3. И те, и другие дают своим клиентам домашние задания, с тем чтобы последние практиковали за пределами кабинета психотерапевта то, что получили во время сеансов терапии.

4. И те, и другие оказывают предпочтение практическому, лишённому абсурдности (каковой грешит, с их точки зрения, психоанализ) подходу, не обременённому сложными теориями личности.

Более подробно с теорией когнитивно-поведенческой терапии можно ознакомиться в следующих работах: Александров, 2000; Бурлачук и др., 1999; Лазарус, 2000 а, б; МакМал-лин, 2001; Beck, 1995; Ellis, 1973; Ellis, Dryden, 1996; Ellis, Grieger, 1977; Lazarus, 1995; Wolpe, 1969.

6. СИМВОЛ-ДРАМА (МЕТОД КАТАТИМНОГО ПЕРЕЖИВАНИЯ ОБРАЗОВ)

Кататимно-имагинативная психотерапия (символ-драма) – широко распространенный за рубежом (в Германии, Австрии, Швейцарии и других странах), но до сих пор мало известный у нас метод психотерапии, называемый также «методом

сновидений наяву». Он разработан известным немецким психотерапевтом Гансом Лейнером (Лейнер, Корнадт, 1997). Основу метода составляет свободное фантазирование в форме образов-«картин» на заданную психотерапевтом тему. Психотерапевт при этом контролирует, сопровождает, направляет клиента. Преимуществом данной системы является ее хорошо продуманная теоретическая основа и детальная разработка всего комплекса психотерапевтических действий.

Метод кататимного переживания образов (КПО) оказался эффективным при краткосрочном лечении неврозов и психосоматических заболеваний, а также при психотерапии нарушений, связанных с невротическим развитием личности.

По данным многочисленных исследований, среди нервно-психических расстройств, отмечаемых у участников военных действий, доминирующее положение занимают пограничные расстройства (в 52,8% это невротические состояния). Причем у ветеранов, имеющих признаки ПТСР, невротические синдромы отмечаются в несколько раз чаще, чем у ветеранов без ПТСР. Также у людей, принимавших участие в военных действиях, выраженность психосоматического компонента в жалобах увеличивается в 1,5 раза по сравнению с людьми, никогда не участвовавшими в военных действиях. При наличии ПТСР у ветеранов психосоматический компонент возрастает еще в 1,5 раза. Все это свидетельствует о показаниях к применению метода КПО при психотерапии и психокоррекции нервно-психических и психосоматических расстройств у участников военных действий.

С технической точки зрения метод основан на том, что лежащий в расслабленном состоянии на кушетке или удобно сидящий в кресле клиент вызывает у себя с помощью психотерапевта похожее на сновидения наяву образы – имагинации. Если предварительно задать некий мотив для воображения, это получается значительно легче. Клиента просят сразу же говорить сидящему рядом психотерапевту о содержании образов. Психотерапевт может оказать на них влияние и структурировать сновидения наяву в соответствии со специально разработанными правилами.

Вся система разделена на три ступени: основную, среднюю и высшую. Чаще всего, наряду с вмешательством в кризисных ситуациях, работа проводится в формате короткой терапии, не превышающей 30 сеансов (Пушкарев и др., 2000).

Основная ступень при работе с ПТСР. На основной ступени КПО психотерапевт придерживается дружественно-сдержанной установки и предлагает клиенту отдельные мотивы сновидений наяву. При этом позиция терапевта скорее выжидательная, ни в коем случае не директивная, но оставляющая клиенту свободу действия. Вместе с тем психотерапевт должен уметь при необходимости использовать и радикальные вмешательства (терапевтические интервенции).

Психотерапевтические воздействия зависят от конкретного случая, от развития образа и его эмоциональной окраски. Главное – это сочувствующая и сопровождающая идентификация психотерапевта с соответствующей сценой сновидения наяву (эмпатия). Под этим понимается временная идентификация с клиентом – с целью пережить то, что в этот момент эмоционально происходит с ним.

Каждому мотиву отводится отдельный психотерапевтический сеанс. В течение одного сеанса не следует работать более чем над одним мотивом. Если из-за нехватки времени не удалось исчерпать какой-то мотив, к нему можно вернуться потом. Последовательность мотивов не должна быть жесткой. Нужно учитывать также индивидуальный психический темп каждого клиента.

В настоящее время в символ-драме, кроме стандартных мотивов, используются и образы реальных ситуаций, благодаря чему можно добиться быстрых позитивных решений проблемы и изменения поведения. Важный сектор проработки – это фобические

ситуации.

Начальная концепция кататимно-имагинативной психотерапии строилась на теории конфликта. Клиент должен был переживать в образах те сцены, которые несли в себе

конфликт, причем дозированно, приемлемым для него образом и в то же время регулярно. Однако если клиент вопреки ожиданиям не выявляет конфликтного материала, а наоборот, представляет преимущественно приятные и гармоничные образы, психотерапевт не должен ему препятствовать. Этот процесс также будет иметь терапевтическое значение.

Для основной ступени отобраны мотивы, символическое значение которых представляет широкое поле для проецирования индивидуального материала.

1. Мотив луга. Его можно использовать и как начало сновидения наяву, и как экран для проекции актуальных конфликтов. Этот сценарий отражает более-менее осознанное настроение клиента. Символическое значение мотива луга очень широко.

Основные воздействия психотерапевта: исчерпать мотив, стимулируя как можно большую детализацию образа, и выяснить связанные с ним настроения. При работе с другими мотивами воздействия аналогичны.

2. Мотив ручья, когда клиенту предлагают проследовать либо вверх по течению до его истока, либо вниз – до устья. Мотив ручья можно считать выражением текущего психического развития, беспрепятственного развертывания психической энергии. В то же время вода – это жизненная сила, она освежает, бодрит, жизнь без нее немыслима. По ходу развертывания образа могут возникнуть мотивы препятствия-недопущения, указывающие на существование конфликта.

«Кататимная гидротерапия» (использование воды). Если вода воспринимается клиентом как приятная, использование этого образа может оказывать позитивное воздействие. Существуют данные о том, что применение образа воды по отношению к поврежденным частям тела или болезненным местам производило удивительный эффект, прежде всего в случаях психосоматических симптомов, которые оставались резистентными к другим видам лечения.

3. Мотив горы. Мотив горы – это хорошая модель отношений с самыми значимыми людьми из раннего детства, которые сыграли свою роль в нарушении развития клиента. Активные действия клиента внутри ландшафта представляют собой анализ этих отношений в символической форме. Такой анализ часто имеет высокую терапевтическую эффективность. Отмечается тесная корреляция между высотой горы и уровнем притязаний. Люди с высоким уровнем притязаний представляют высокую гору, подняться на которую очень тяжело. По особенностям восхождения мы можем судить не только об уровне притязания, но также об установке клиента на достижение результата и какие действия для достижения цели он предпринимает. С точки зрения теории объектных отношений подъем на гору имеет очень большое значение – это идентификация с отцовской или материнской фигурой. В некоторых случаях проработка мотива требует много времени, и на нее уходит полностью весь сеанс.

4. Мотив дома. Проработка этого мотива также требует много времени. Нередко тут скрыт сложный конфликтный материал. Поэтому данный мотив предлагают клиентам, уже освоившимся с символ-драмой и способным выдержать определенную нагрузку. В символическом плане дом переживается как выражение собственной личности или одной из ее частей. Структуры дома позволяют клиенту проецировать себя и свои желания, пристрастия, защитные установки и страхи. Одно только разглядывание дома может произвести на клиента глубокое впечатление, если благодаря этому он догадывается или открывает на предсознательном уровне, что дом «выглядит» в нем именно «так».

5. Заглянуть во мрак леса. Данный мотив дает доступ к бессознательному материалу. Сюда могут проецироваться крайне амбивалентные эмоциональные переживания. Поэтому важно помнить, что на основной ступени КПО «путешествие в

лес» не рекомендуется. В случае появления символических фигур необходимо учитывать два аспекта. На первом уровне интерпретации такой образ можно рассматривать как воплощение близких людей, значимых лиц, оказавших особо важное влияние на клиента. Второй уровень интерпретации образов – это субъективный, т.е. образы могут воплощать

бессознательные тенденции и установки клиента, отщепленные от своего реального поведения. Цель терапии заключается в том, чтобы, символически выйдя из леса на луг, вывести на свет сознания эти отщепленные и вытесненные тенденции. Для интеграции этих образов на основной ступени КПО используются принципы кормления и насыщения, а также примирения и нежного объятия. При этом следует избегать бегства или враждебной самозащиты.

Эти принципы выбраны для исходной работы с символами потому, что их сравнительно легко освоить и они практически не вызывают у клиентов никаких тревожных реакций. Тем не менее, при целенаправленном применении они оказывают терапевтическое воздействие в четко определенных пределах.

Принцип кормления и насыщения дают психотерапевту возможность показать на примере ситуаций с враждебными образами, как следует себя вести в агрессивной или недружелюбной ситуации. Нападение клиента на враждебный символический образ показывает агрессию, направленную против себя самого, вернее, против затрагиваемой при этом части его собственного Я.

Это подавление собственных импульсов клиент уже достаточно долго развивал в невротическом поведении. Плодотворная психотерапевтическая интеграция аналогична действиям укротителей диких животных. Укротитель пытается расположить и привязать к себе животных, при этом он прежде всего кормит их. Насколько это получится, зависит от вида предлагаемой пищи. Например, воображаемой змее можно поставить блюдце молока, а льву лучше предложить миску свеженарезанного мяса.

Предложив накормить животное, психотерапевт обсуждает с клиентом, какой корм лучше использовать. Цель заключается не в том, чтобы просто «кормить», а в том, чтобы предложить избыток пищи, ее должно быть значительно больше, чем невротичный клиент, при его оральной зажатости, может себе представить. Момент пресыщения, когда животное перекормят, имеет большое значение.

Символический образ, как и живое существо, становится по-настоящему сытым и, усталый, ложится отдохнуть. В дальнейшем поведение символического существа коренным образом изменяется. Оно утрачивает свою опасность, становится приветливым и доброжелательным. Теперь клиент может приблизиться к нему и даже прикоснуться или погладить. Принцип кормления и насыщения сам собой переходит в следующий принцип символдрамы – принцип примирения. Возможно, здесь клиенту еще придется при помощи психотерапевта преодолеть остатки своего страха, но работать со своими эмоциями будет уже гораздо проще.

Таковы мотивы основной ступени КПО. Работа с пятью первыми стандартными мотивами и проигрывание связанных с ними креативных сцен во многих случаях дает достаточный психотерапевтический эффект. Основная ступень КПО составляет базис всего метода. При работе на основной ступени в ряде случаев можно использовать отдельные мотивы и методы средней ступени. Так, для исследования установки, касающейся сексуальности, используется мотив поездки автостопом (для женщин) и символ куста розы (для мужчин). Эти мотивы имеют важное значение для лечения сексуальных расстройств.

При работе с психосоматическими расстройствами применяется следующий метод средней ступени КПО: клиент представляет больной орган или часть тела, и ему говорится, что там должно обнаружиться какое-то изменение.

Можно выделить следующие показания для применения КПО (основной ступени) при работе с ПТСР:

1. Нейровегетативные нарушения и психосоматические симптомы.

2. Тревожно-фобические расстройства.
3. Депрессии непсихотического уровня.
4. Коммуникативные нарушения и расстройства адаптации.
5. Сексуальные нарушения психогенного характера.

В то же время необходимо выделить ряд признаков, при наличии которых символ-драма в лечении ПТСР может оказаться неэффективной.

1. Острые и хронические психозы. Символ-драма в немо-дифицированном виде при работе с подобными расстройствами не используется, так как может спровоцировать появление галлюцинаций и суицидальные попытки.

2. Грубые истерические расстройства и тяжелые депрессивные состояния.

3. Церебрально-органические синдромы. В данном случае работу осложняет выраженная аффективная ригидность, которая характерна для органических поражений мозга. Рекомендуется провести 1–3 пробных сеанса и, при отсутствии неблагоприятных последствий, проводить КПО.

4. Недостаточное интеллектуальное развитие.

5. Низкая мотивация клиента к проведению психотерапии.

При психотерапии лиц, страдающих ПТСР, метод КПО позволяет решить следующие задачи:

- снижение психоэмоционального напряжения;
- формирование позитивного фона настроения, получение доступа к ресурсному состоянию;
- достижение релаксации, что, в свою очередь, усиливает яркость представляемых образов, а это способствует еще более глубокому расслаблению;
- постепенное осознание истоков проблем, причинно-следственной связи между особенностями личности и симптомами;
- проработка аффективных и инстинктивных желаний, вытесненных больным;
- обращение к проблемам раннего периода жизни и их проработка, так как, по мнению многих авторов, проблемы раннего детства в дальнейшем увеличивают риск возникновения ПТСР.

Как уже говорилось выше, все мотивы символ-драмы имеют широкий диапазон диагностического и терапевтического применения. В то же время существует определенное соответствие между каждым конкретным мотивом и определенной проблематикой, а также можно говорить об особой эффективности некоторых мотивов при терапии определенных симптомов. Так, для социальной адаптации и для формирования у клиентов с ПТСР установки на самостоятельное решение проблем используются мотивы: луга, горы, образы реальных ситуаций. Для проработки актуальных конфликтов и эмоций предлагается мотив луга. При работе с различными психосоматическими и соматическими симптомами хорошо зарекомендовала себя кататимная гидротерапия, а также интроспекция внутренних органов или частей тела, когда клиент рассматривает их через прозрачную оболочку тела, выполненную как бы из стекла или, уменьшившись до размеров крохотного человечка, отправляется сквозь отверстие в теле на их исследование. Для проработки агрессивных реакций и склонности к физическому насилию, раздражительности можно использовать мотив луга, опушки леса, ручья, а также мотивы дикой кошки, льва (средняя ступень) и заболоченной лужи, вулкана (высшая ступень). Для работы с различными фобическими реакциями шире применяется прорабатывание реальных ситуаций.

Для коррекции личностных особенностей у ветеранов с ПТСР можно применять следующие мотивы: луга, ручья, кухни в доме (проработка оральной тематики); мотив горы (эдипальная тематика), мотив подъема в гору и панорамы, открывающейся с ее вершины (тематика достижения и конкуренции, что является важным этапом, в социальной адаптации ветеранов с ПТСР); мотив дома (оценка готовности к общению, социальным контактам, раскрытие генетического материала); мотив символического

существа, выходящего из темноты леса (работа с вытесненными инстинктивными и поведенческими тенденциями).

У лиц, страдающих ПТСР, наблюдаются такие черты, как недоверчивость к окружающему миру, высокий уровень тревожности, напряженности, социальное дистанцирование, избегание. Для оценки степени выраженности этих черт и для формирования способности отделиться от чего-то целиком используется мотив ручья или реки, когда терапевт предлагает путешествие вниз по течению на лодке без весел, мотив плавания, купания в воде.

Одним из симптомов ПТСР является нарушение межличностных отношений, сложности в установлении контактов, трудности в общении с окружающими и членами семьи. Для проработки отношений со значимыми другими используется мотив горы, символических существ, возникающих на лугу или появляющихся из темноты леса, а также образы реальных людей и регрессивных драматических сцен из детства.

Как уже отмечалось выше, у участников военных действий с ПТСР часто наблюдаются сексуальные расстройства, преимущественно психогенной природы. При лечении сексуальных расстройств в технике КПО применяют мотив куста розы, с которого нужно сорвать один цветок, а также мотив спальни в доме.

На основной ступени задача психотерапевта – сопровождение клиента и предупреждение опасных ситуаций. Необходимо следовать старой психотерапевтической рекомендации: не освобождать на сеансе больше бессознательного материала, чем психика клиента готова спонтанно открыть.

7. СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Семейная психотерапия (СП) – модификация отношений в системе семьи с помощью психотерапевтических и психокоррекционных методов с целью устранения негативной психологической симптоматики и повышения функциональности семейной системы. В семейной терапии психологические симптомы и проблемы рассматриваются как результат дисфункциональных взаимодействий членов семьи, а не как атрибуты того или иного члена семьи («идентифицируемого клиента»). СП реализует не интра-, но интерперсональный подход к решению проблем, и задача психотерапевта состоит в том, чтобы изменить с помощью соответствующих воздействий семейную систему в целом.

Значительная распространенность в семьях с ветеранами войны разводов, супружеских конфликтов, семейной дисгармонии, злоупотребление алкоголем, непонимания обуславливают необходимость проведения психокоррекционной и психотерапевтической работы.

Целью психотерапии является гармонизация семейных отношений, улучшение взаимопонимания в семье, ликвидация у супругов негативных эмоциональных установок друг к другу.

Задачи групповой семейной психотерапии:

- ликвидация неадекватных форм реагирования, общения и поведения, обусловленных особенностями личности;
- установление адекватного отношения жены к проблемам мужа, связанным со службой в армии;
- снижение невротизации жены;
- укрепление ориентации на здоровый образ жизни.

Терапия семьи включает этап оценки и четыре этапа коррекции.

Этап оценки.

Критерии, отличающие функциональные семьи от дисфункциональных:

- 1) травма в семье не отрицается, а принимается;
- 2) проблема распределяется на всю семью, а не лежит исключительно на «жертве»;
- 3) семья ориентирована на решение проблемы, а не на обвинение;
- 4) семья характеризуется высокой толерантностью (терпимостью);
- 5) среди членов семьи существует высокая привязанность;

- 6) в семье открытая коммуникация;
- 7) семья отличается высокой сплоченностью;
- 8) обладает гибким распределением семейных ролей;
- 9) для решения проблем семья привлекает не только внутренние ресурсы, но и внесемейные;
- 10) в семье отсутствует насилие;
- 11) не принято использование наркотических средств.

Этапы коррекции.

Этап 1: Построение терапевтического альянса

Когда семья и терапевт приняли решение проводить психотерапию, на первом этапе необходимо, чтобы как можно больше членов семьи выразили свои личные переживания и свою неудовлетворенность семейными отношениями. Психотерапевт выражает признание и понимание их страданий. Демонстрация уважения терапевта к каждому члену семьи создает атмосферу доверия и способствует продвижению терапии. Постепенное выдвигание на первый план индивидуальных различий в реакциях членов семьи ведет к следующей стадии.

Этап 2: Воссоздание проблемы.

Каждый член семьи сообщает свое видение травмирующей ситуации. Слушая друг друга, члены семьи проясняют для себя, как проблема действует на каждого из них.. Терапевт поощряет обсуждение, в ходе которого фокус проблемы сдвигается от члена семьи, так называемой «жертвы», ко всей семье в целом. На этом этапе происходит распознавание, исследование и преодоление чувства вины у «жертвы». В процессе обсуждения терапевт обращает внимание на положительные последствия травмирующего события (например, ощущение ценности жизни после близкого контакта со смертью).

Этап 3: Переструктурирование проблемы.

После обсуждения личного опыта, эмоциональных реакций и точек зрения каждого члена семьи по отдельности все они объединяются в последовательное целое. Терапевт должен помочь семье переформулировать личный опыт и понимание проблемы в опыт совместный, чтобы в дальнейшем произошел процесс построения семейной «теории заживления». Часто ветераны страдают от изоляции, потому что их жены, чувствуя беспомощность и невозможность помочь мужу, страдающему ПТСР, отказываются говорить с ними на темы трагедии. Помогая ветерану на этом этапе терапии воспринимать поведение жены как проявление любви, а не отвержения, терапевт, в конечном итоге, стимулирует процесс -возвращения семье утраченной целостности и сплоченности.

Проблема рассматривается как обычное препятствие, которое может быть преодолено.

Этап 4: Развитие «теории заживления».

Цель терапии семьи – формирование согласованного видения того, что случилось в прошлом, и оптимистического взгляда на способность справляться с трудностями в будущем. Видение, разделяемое всеми членами семьи, учитывающее реакции каждого, приносящее сплоченность, – это «заживляющая теория». Предполагается, что появление «заживляющей теории» может быть критерием успешного завершения семейной терапии.

В соответствии с изложенным выше можно сформулировать следующие принципы консультирования семей с различной степенью выраженности психологического насилия:

1. В ходе психологического консультирования семьи с проблемами насилия приоритетное внимание следует уделять психологическому насилию;
2. Если это семья с проблемами психологического насилия, приоритетное внимание следует уделять неадекватности (патологии) родительских функций;
3. Если это семья с неадекватностью родительских функций, приоритетом становятся механизмы неприятия самих себя у родителей;
4. Если речь идет о консультировании родителей с проблемами неприятия себя, приоритетом становятся интраперсональные процессы блокирования (фрустрации),

диссоциации (расщепления) и вытеснения из сознания родителей своих собственных сущностных (в широком смысле – витальных) проявлений, то есть динамические аспекты «негативной психологии» (А. Ме-негетти), процессы персонализации (А. Б. Орлов) – формирование персональных и теневых личностных составляющих;

5. В ходе консультирования родителей с выраженными эффектами процесса персонализации приоритетом становятся прецеденты и условия процессов персонификации (А. Б. Орлов), альтернативных процессам персонализации.

Такая стратегия консультационной психологической практики открывает путь к созданию новых, свободных от насилия форм родительской функции.

Что касается семейной терапии с родителями жертв сексуального насилия, то, по мнению Orenchuk-Tomiuk, Matthey и Christensen (1990), моделью терапии, которую лучше использовать в данном случае, является так называемая модель разрешения ситуации, состоящая из 3 стадий:

- стадии отрицания;
- промежуточной стадии;
- стадии разрешения.

На стадии отрицания не участвовавший в насилии родитель отрицает факт насилия, обвиняет ребенка в обмане и защищает насильника. На промежуточной стадии он начинает верить в факт насилия и становится союзником ребенка. На стадии разрешения этот родитель начинает оказывать поддержку ребенку и прорабатывает чувство вины за отказ защитить ребенка на стадии отрицания.

Родитель-насильник на стадии отрицания отказывается принять ответственность за насилие или отрицает его; на промежуточной стадии признает факт насилия, но обвиняет ребенка; на стадии разрешения принимает на себя ответственность за насилие и усваивает более продуктивные родительские роли.

Данная модель предполагает использование на стадии отрицания индивидуального и группового консультирования, а семейную и супружескую терапию только на последующих стадиях, при этом ребенок может быть включен в семейную терапию только тогда, когда он будет к этому готов.

В процессе семейной терапии с жертвами сексуального насилия также можно использовать подход, предложенный К. Маданьес (1990), при котором жертвы прощают насильников-мужчин. Эта процедура принимает форму ритуала, когда насильник раскаивается и ищет прощения у ребенка.

В групповую работу можно включать родителей, опекунов и других людей, непосредственно несущих ответственность за ребенка. Перед началом группы необходимо проанализировать индивидуальные особенности предполагаемых участников:

- взрослые с различными формами психических расстройств, с наркотической или алкогольной зависимостью, а также уклоняющиеся от выполнения родительских обязанностей, не должны включаться в группу;
- не рекомендуется включать в группу взрослых, которые полностью отрицают факт насилия даже после индивидуальной терапии;
- взрослые, которые сомневаются в правдивости своих детей и сохраняют близкие отношения с отрицающим свою вину насильником, могут активно противодействовать терапии;
- приверженцы строгих религиозных систем, где запрещено открытое обсуждение сексуальной сферы, могут усложнить групповую работу;
- серьезные внутрисемейные разногласия между супругами могут отвлекать группу от ее целей. В таких случаях в занятиях группы должен участвовать только один из супругов.

Следует особо подчеркнуть правило конфиденциальности относительно всего, что обсуждается на групповых занятиях. Кроме того, важно, чтобы у взрослых сложилось ясное представление о требованиях, предъявляемых к участникам групповой терапии. Для

этого им предлагают контракт, в котором оговариваются основные правила группы; вопросы пропусков и опозданий; условия досрочного выхода из группы; описание структуры и основного содержания работы группы.

Родители, оказавшиеся после случившегося в эмоциональной изоляции, часто опасаются, что другие члены группы или психолог будут обвинять их в происшедшем. Этот страх, порожденный собственным чувством вины, как правило, глубоко скрыт и выражается косвенно – в форме враждебности и цинизма. Взрослые скрывают тревогу по поводу группы и могут опасаться неприятия со стороны других ее членов. С другой стороны, работа в группе дает им возможность получить поддержку и понимание, поэтому психолог должен укрепить желание родителей участвовать в групповой терапии, несмотря на страхи и сомнения.

Семейная или супружеская терапия также подходящий способ для работы с жертвами изнасилования. Так как реакция окружающих чаще обвинительная по отношению к жертве, иногда даже происходит отвержение жертвы, – члены семьи должны участвовать в терапии. Типичные реакции родителей и супругов на изнасилование – чувство беспомощности, гнев, фрустрация и фантазии об убийстве насильника (Emm, McKenry, 1988). Поэтому участие в терапии может способствовать реорганизации и восстановлению целостности семьи. В рамках семейной/супружеской терапии члены семьи смогут обсудить когнитивные и эмоциональные компоненты своих реакций на травму.

В СП выделяются 4 этапа:

- 1) диагностический (семейный диагноз);
- 2) ликвидация семейного конфликта;
- 3) реконструктивный;
- 4) поддерживающий.

Под семейным диагнозом понимается определение типологии нарушенных семейных отношений с учетом личностных свойств членов семьи и характеристик патологии одного из них. Диагностика семейных отношений осуществляется психотерапевтом, выдвигающим и проверяющим проблемные диагностические гипотезы. Особенность процедуры семейной диагностики заключается в том, что она носит сквозной характер, т. е. сопровождает СП на всех этапах и предопределяет выбор психотерапевтических техник. Другая особенность диагностики заключается в ее стереоскопическом характере. Это означает, что информация, полученная от одного из членов семьи на односторонних встречах, должна быть сопоставлена с информацией от других членов семьи и общим впечатлением, которое сложилось у психотерапевта на основании расспроса и наблюдения за поведением участников СП. На втором этапе осуществляется выявление семейного конфликта и прояснение его истоков, а затем – его ликвидация посредством эмоционального отреагирования каждого вовлеченного в конфликт, на фоне создания адекватного контакта с психотерапевтом. Психотерапевт помогает участникам конфликта научиться говорить на языке, понятном всем. Кроме того, он берет на себя роль посредника и передает информацию о конфликте от одного члена семьи к другому. Невербальный компонент этой информации может быть транслирован психотерапевтом на сеансе совместной встречи, для чего используется прием «робот-манипулятор». Выслушав противоречивое сообщение участника сеанса, психотерапевт переводит его на язык жестов, соотнося экспрессивность жестов с чувствительностью и толерантностью участников. На этой стадии ведущая роль принадлежит таким психотерапевтическим методам, как: недирективная психотерапия, нацеленная на вербализацию неосознанных аспектов отношений, а также методы групповой психодинамики. На этапе реконструкции семейных отношений происходит обсуждение актуальных семейных проблем: либо в одной семье, либо в параллельных группах клиентов со сходными проблемами и их родственников. В этих же группах проводится ролевой поведенческий тренинг и обучение правилам конструктивного спора. На

поддерживающем этапе, или этапе фиксации, в естественных условиях жизни семьи закрепляются приобретенные на предыдущих этапах навыки эмпатического общения и расширенный диапазон ролевого поведения, заслушиваются отчеты о динамике внутрисемейных отношений, проводится коррекция приобретенных навыков общения применительно к реальной жизни.

Выделение этапов позволяет структурировать процесс СП и обосновывает порядок применения тех или иных методов в зависимости от целей и от объема диагностических данных. Чаще всего в СП применяются психотехнические приемы, используемые в групповой психотерапии:

- 1) использование молчания;
- 2) слушание;
- 3) обучение с помощью вопросов;
- 4) повторение (резюмирование);
- 5) уточнение (прояснение) и отражение эмоций;
- 6) конфронтация;
- 7) проигрывание ролей;
- 8) создание «живых скульптур»;
- 9) анализ видеомagneтофонных записей.

Основным теоретическим базисом СП является принцип системности семейных отношений, т. е. взаимодетерминированность отдельных личностей и межличностных отношений. Согласно этой теории, стиль общения, характер взаимодействия, тип воспитания, с одной стороны, и личностные особенности членов семьи – с другой, образуют замкнутый постоянно воспроизводящийся гомеостатический цикл. СП является методом разрушения такого цикла, когда он становится патологическим, и создания конструктивных альтернатив семейного функционирования.

Параметры семейной системы. Семейная система может быть описана по нескольким параметрам. Можно выделить шесть информативных параметров:

- 1) особенности взаимоотношений членов семьи;
- 2) гласные и негласные правила жизни в семье;
- 3) семейные мифы;
- 4) семейные границы;
- 5) стабилизаторы семейной системы;
- 6) история семьи.

Последний параметр важен, поскольку для успешной работы с семьей необходимо знать не только сегодняшнее положение дел, которое описывается этими параметрами, но и то, каким образом семья достигла этого положения.

Более подробно о различных теориях семейной терапии можно прочесть в следующих работах: Бендлер и др., 1999; Варга, 2001; Витакер, 1998; Минухин, Фишман, 1998; Витакер, Бамберри, 1997; Кратохвил, 199-1; Маданес, 1999; Мягер, Мишина, 1979; Пезешкиан, 1993; Пэпп, 1998; Ричардсон, 1994; Саймон, 1996; Сатир, 1992, 1999; Фримен, 2001; Хейли, 1995; 1998; Черников, 1997; Шерман, Фредман, 1997; Эйде-миллер, Юстицкий, 1989.

8. НЕЙРОЛИНГВИСТИЧЕСКОЕ ПРОГРАММИРОВАНИЕ

Нейролингвистическое программирование (НЛП) – психотерапевтическая концепция, согласно которой за счет изменения в сознании психического образа жизненной ситуации изменяется психическое состояние человека, что способствует эффективной реализации себя в жизни и удовлетворению актуальных потребностей. Теория и практика НЛП подробно описаны во многих работах, как новых, так и ставших уже классическими (Альдер, 1998, 2000; Андреас, Андреас, 1999а, 1999б; Андреас и др. 2000; Бэндлер, 1998; Бэндлер, Гриндер, 1992, 1994; Гриндер, Бэндлер, 1996; Дилтс, 1994; 1997, 1998; О'Коннор, Сеймор, 1997; Мак-Дермотт, О'Коннор, 1998; Таланов, Малкина-Пых, 2003). В данном разделе мы приводим только те испытанные техники НЛП, которые

уже себя хорошо зарекомендовали в лечении ПТСР.

Одним из базисных положений НЛП является утверждение, что каждый человек несет в себе скрытые, неиспользованные психические ресурсы. Главными задачами НЛП-терапевта является обеспечение доступа клиента к этим скрытым ресурсам, извлечение их из подсознания, доведение до уровня сознания, а затем обучение клиента тому, как ими пользоваться. Выполнение этих задач достигается использованием различных техник, таких, как: «интеграция якорей», «визуально-кинестетическая диссоциация», «шестишаговый рефрей-минг», «взмах».

Техника интеграции якорей. Методика проста, обладает большой терапевтической широтой и позволяет значительно редуцировать невротическую симптоматику у участников экстремальных ситуаций уже на начальных этапах работы. Ее применение особенно желательно при фиксации клиента на негативных аспектах своего жизненного опыта, связанных с травматической ситуацией. Она может использоваться как основная или же как вспомогательная в составе других технических приемов НЛП-терапии.

Якорение – процесс, посредством которого любое внутреннее или внешнее событие (звук, слово, поднятие руки, интонация, прикосновение) может быть связано с некоторой реакцией или состоянием и запускать ее проявление. Якоря могут возникать естественным образом и устанавливаться намеренно.

Положительный якорь – якорь, вызывающий ресурсное состояние (приятное переживание).

Отрицательный якорь – якорь, вызывающий проблемное состояние (неприятное переживание).

При установке якоря лучше пользоваться тремя правилами:

1. Якорь ставится незадолго до пика переживания. В момент пика его нужно постепенно убирать. Это очень важно. Только в этом случае произойдет связывание: мозг свяжет состояние и внешнее событие.

2. Якорем может быть движение, звук, прикосновение.

3. Воспроизводить якорь следует чрезвычайно точно: точно такой же звук или слово, произнесенное с точно такой же интонацией, точно такое же движение или прикосновение.

Тактильные якоря. Одни из самых надежных и удобных в установке – тактильные якоря. Это якоря, которые ставятся прикосновением к телу клиента. Они действительно достаточно удобны и надежны, потому что прикосновение – всегда прикосновение. Аудиальный якорь обычно трудно удерживать, визуальный неудобен тем, что клиент может отвернуться или закрыть глаза, а прикосновение всегда замечается и срабатывает.

- При установке важно запомнить, что куда поставил. Одна из рекомендаций – разделять, какой рукой ставить положительные (ресурсные) якоря, какой – отрицательные.

- Следует учитывать, что некоторые люди по самым разным причинам вообще не любят прикосновений, и если попытаться поставить им тактильный якорь реакция может быть непредсказуемой.

- Внезапное прикосновение обычно вызывает напряжение у клиента. Так что или стоит задать «кинестетический» стиль общения, при котором прикосновение естественно и органично, или использовать другие якоря.

Хорошо поставленный якорь обычно органично вписывается в ситуацию, он там естественен и незаметен.

Визуальные якоря. Визуальным якорем может быть «поза гипнотизера», характерное движение, положение в пространстве, мимика. Но следует помнить о том, что большинство якорей желательно удерживать продолжительное время. Обычно рекомендуется использовать позу или положение в пространстве. Но предпочтительнее выбирать такие позы, которые больше не будут использоваться при общении с клиентом, чтобы якорь не сработал в совершенно ненужном месте.

Аудиальные якоря. Можно разделить все аудиальные якоря на два типа: голосовые и звуковые.

Голосовые ставятся определенной характеристикой голоса: интонации, высота, скорость и т.п. или их сочетанием. Естественно, не следует употреблять эту высоту или скорость для чего-либо, кроме якорения и воспроизведения якоря.

Звуковые якоря ставятся с помощью подручных предметов (можно использовать дудочку, колокольчик и т.д.).

Вызов состояния. Самая важная задача при работе с якорями – это не сама установка якоря, а получение состояния, которое потом можно использовать.

Терапевт может просто дождаться того момента, когда клиент сам войдет в подходящее вам состояние. Это удобно, если общение происходит в виде монолога, но при условии, что вы можете поставить якорь, то есть клиент на вас изредка смотрит или вы можете издать звук, который он может услышать. Недостаток этого пассивного способа – ждать иногда приходится долго.

Но существуют активные способы вызова состояния:

- прямолинейный: попросить клиента войти в нужное вам состояние;
- можно предложить клиенту вспомнить ситуацию, в которой он испытывал нужное вам состояние;
- можно подстроиться к клиенту и повести его в нужное состояние, а потом поставить якорь.

Техника визуально-кинестетической диссоциации. Это одна из самых эффективных и быстродействующих психотехник при работе с людьми, перенесшими тяжелую психотравму – экстремальную ситуацию, участник которой чувствует себя беспомощным и незащищенным. Это ведет к формированию своеобразной фобической реакции, имеющей, как правило, охранительный, защитный характер в специфическом контексте, связанном с опасностью для клиента. В дальнейшем эта реакция генерализируется, т.е. этот паттерн реагирования переносится в другие – неадекватные и отличные от первоначального – контексты. Это, в свою очередь, приводит к формированию патологического реагирования в самом широком диапазоне ситуаций, т.е. к дезадаптивному поведению и разнообразным формам невротических проявлений и делин-квентного поведения, а в дальнейшем к патохарактерологическому развитию.

В большинстве случаев после подобной ситуации человек не отдает себе сознательного отчета в том, насколько сильно психотравмирующее переживание накладывает отпечаток на его жизнь и деформирует систему отношений. При таком характере психической травмы найти позитивное переживание достаточной интенсивности для совмещения обоих состояний (техника якорения) просто невозможно. Здесь уместно говорить о наличии некой отщепленной части человека, которая продолжает страдать, вновь и вновь переживать прежнюю ситуацию и взаимодействует с миром через призму боли и страдания. Отсюда становится понятной необходимость отреагировать на «ущемленный аффект», психотравмирующую ситуацию, изменить к ней отношение, позволить страдающей части получить поддержку и сострадание и, в конечном итоге, интегрировать ее с личностью клиента.

В технике визуально-кинестетической диссоциации эти задачи решаются посредством диссоциации клиента от негативных чувств, пережитых во время психической травмы. Клиент должен посмотреть на происшедшее с ним со стороны, т.е. перейти от ассоциированного повторного переживания психотравмирующего события к диссоциированному. Вспоминая психотравмирующее событие в ассоциированной форме, человек вновь и вновь переживает его, словно оно происходит «здесь и сейчас», он как бы снова возвращается назад в прошлое, чтобы вновь переживать чувства безнадежности, страха и боли. Но существует другой способ восприятия и переработки информации, обеспечивающий способность, оставаясь эмоционально невовлеченным, посмотреть со стороны на свой прошлый психотравмирующий опыт, располагая при этом всеми

ресурсами и знаниями, всем опытом прошлого, жизнеощущением настоящего и целеполаганием на будущее. Таким способом является диссоциированная форма восприятия. Обычно приятные события запоминаются в ассоциированном, а негативные – в диссоциированном виде. При диссоциированном отношении к собственному жизненному опыту можно оставаться сострадающим, сопереживающим, пережившим и во многом постигшим происшедшее, но в то же время пребывать в настоящем и смотреть на все происшедшее со стороны. Находясь в такой новой, более конструктивной позиции, клиент может изменить отношение к происшедшему, вернуть психотравмирующую ситуацию в ее ограниченный контекст, оказать эмоциональную поддержку страдающей части себя, повернуться к ней душой и сердцем, интегрировать ее в себя.

Шестишаговый рефрейминг. В самом общем виде круг проблем, решаемых с помощью этой психотехники, можно разделить на два типа.

К первому, основному, относятся паттерны когнитивного, эмоционального и поведенческого реагирования, часто возникающие при ПТСР. Больной воспринимает их как неадекватные, не устраивающие (не удовлетворяющие) его в данном контексте, но, несмотря на понимание, он не может изменить или исправить их. К этому часто примешиваются некоторая навязчивость в их возникновении и развитии, чувство их автоматичности, неуправляемости, неподвластности сознательному контролю. Ко второму типу относятся самые разнообразные психосоматические проблемы, также часто встречающиеся у участников военных действий. С помощью этой техники можно: сформировать новые, более адекватные способы поведения; сделать личность более цельной, интегрированной; построить чувство доверия к себе, веру в свои способности; вывести на сознательный уровень истинные мотивы и цели поведения; разрешить возникшие в результате перенесенных трагедий и ПТСР внутриличностные и межличностные конфликты.

Рефрейминг (от английского frame – рамка) – переформирование. Смысл любого события зависит лишь от того, в какую рамку мы его вставим, с какой точки зрения на него посмотрим. Меняется рамка – меняется смысл. Когда меняется смысл – реакции и поведение тоже становятся иными. Умение помещать события в различные рамки и придавать им различное значение очень важно и дает человеку больше свободы выбора. Существуют два основных вида рефрейминга: рефрейминг контекста и рефрейминг содержания.

Рефрейминг контекста. Практически любое поведение может оказаться полезным в соответствующих обстоятельствах. Лишь очень немногие формы поведения начисто лишены ценности и целесообразности. Рефрейминг контекста лучше всего работает с утверждениями типа «Я слишком...» или: «Я бы хотел прекратить...». Спросите себя:

Когда это поведение было бы полезным?

При каких обстоятельствах это поведение является ценным ресурсом?

Когда клиент найдет тот контекст, в котором данное поведение является подходящим, он может мысленно прорепетировать его именно в этом контексте и выработать уместное поведение для первоначального контекста.

Рефрейминг содержания. Содержание опыта – это то, на чем человек фокусирует свое внимание, придавая ему то значение, какое ему нравится. Рефрейминг содержания полезно применять к утверждениям типа: «Я начинаю сердиться, когда мною командуют» или: «Я впадаю в панику, когда приближается крайний срок».

Задайте себе вопросы:

Что еще это могло бы означать?

Какова позитивная направленность этого поведения?

Как еще я мог бы описать это поведение?

Техника взмаха. Эта техника позволяет быстро и эффективно изменять ригидные стереотипы на более адекватные и приемлемые для клиента способы реагирования. В результате формируются не только новые, более

позитивные реакции, но и более продуктивный «Я-образ».