

**МИНИСТЕРСТВО ТРАНСПОРТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
УЛЬЯНОВСКОЕ ВЫСШЕЕ АВИАЦИОННОЕ УЧИЛИЩЕ
ГРАЖДАНСКОЙ АВИАЦИИ (ИНСТИТУТ)**

ПСИХОЛОГИЯ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ

Учебное пособие

Ульяновск 2012

Психология экстремальных ситуаций : учеб. пособие / сост. И. А. Семёнова. – Ульяновск : УВАУ ГА(И), 2012. – 138 с.

Содержит необходимые теоретические сведения по дисциплине «Психология экстремальных ситуаций». Изложены основные категории и понятия психология экстремальных ситуаций, приведены классификация экстремальных ситуаций и принципы психотерапии и психопрофилактики. Раскрыты биологический механизм стрессовой реакции организма, виды и признаки острых реакций на стресс и принципы оказания психологической помощи при их возникновении.

Рассмотрены основные группы пострадавших в экстремальных ситуациях и специфика экстренной психологической помощи для каждой группы, понятие стихийного массового поведения человека и психологические характеристики, описывающие поведение человека в толпе, процесс развертывания панической реакции и способы борьбы с паникой.

Раскрыты понятие посттравматического стрессового расстройства, стадии его развития, симптомы и диагностические критерии. Рассмотрены понятие профессионального стресса, фазы адаптации специалиста к экстремальной ситуации, понятие психологической устойчивости и определяющие ее факторы, понятие горя, стадии и задачи горя, принципы психологической помощи горющему. Описаны психотравмирующие ситуации в жизни детей и формы поведения человека, индикаторы и факторы суицидального риска.

После каждой темы дисциплины приведены контрольные вопросы и задания для закрепления материала.

Подробно изложены мотивы поведения террористов, психологические портреты террориста и жертвы террора, психологические типы заложников и особенности их поведения, раскрыта сущность понятия «стокгольмский синдром».

Предназначено для курсантов специализации 280102.65.12 – Инженерно-техническое обеспечение авиационной безопасности и профиля подготовки 161000.62.09 – Обеспечение авиационной безопасности, 161000.62.02 – Поисковое и аварийно-спасательное обеспечение полетов воздушных судов.

Печатается по решению Редсовета института.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	5
Тема 1. Предмет и основные понятия психологии экстремальных ситуаций.....	6
1.1. Теоретический и практический аспекты психологии экстремальных ситуаций.....	6
1.2. Категориальный аппарат психологии экстремальных ситуаций.....	9
Тема 2. Виды экстремальных ситуаций. Экстренная психологическая помощь в экстремальных ситуациях.....	12
2.1. Классификация экстремальных ситуаций.....	12
2.2. Экстренная психологическая помощь в экстремальных ситуациях.	14
2.3. Правила для сотрудников специальных служб, оказывающих экстренную психологическую помощь	19
Тема 3. Стресс и его последствия.....	22
3.1. Психофизиологическая природа стресса.....	22
3.2. Психологические особенности переживания стресса.....	27
3.3. Специфические эмоции, сопровождающие переживание стресса	30
3.4. Мотивация и стресс	32
3.5. Стресс и продолжительность жизни.....	35
Тема 4. Психологическая помощь при острых реакциях на стресс.....	39
Тема 5. Особенности работы специалиста с разными группами участников экстремальных ситуаций. Стихийное массовое поведение	48
5.1. Классификация участников экстремальных ситуаций	48
5.2. Толпа как форма стихийного массового поведения.....	49
5.3. Паника как экстремальная форма поведения толпы.....	50
5.4. Способы профилактики паники	53
5.5. Средства борьбы с паникой	55
Тема 6. Отсроченные реакции на стресс	59
6.1. Стресс, травматический стресс и посттравматическое стрессовое расстройство: соотношение понятий.	59

6.2. Диагностические критерии посттравматического стрессового расстройства	62
Тема 7. Профессиональный стресс. Факторы, определяющие психологическую устойчивость специалиста	72
7.1. Понятие профессионального стресса. Этапы психической адаптации специалиста к экстремальной ситуации	72
7.2. Психологическая устойчивость. Факторы психологической устойчивости специалиста.	75
7.3. Некоторые аспекты личной истории, определяющие психологическую устойчивость специалиста	78
Тема 8. Психология горя	82
8.1. Горе как процесс. Стадии переживания горя.....	82
8.2. «Нормальное» и «патологическое» горе	89
8.3. Задачи горя.....	92
8.4. Развод как вариант ситуации острого горя	98
8.5. Психологическое сопровождение переживающему горе	99
Тема 9. Особенности переживания детьми стрессовых ситуаций.....	100
Тема 10. Психологическая профилактика суицидального поведения.....	108
10.1. Определение суицидального поведения.....	108
10.2. Мифы и факты о суициде.....	111
10.3. Индикаторы суицидального риска	113
10.4. Факторы суицидального риска	114
Тема 11. Психологические аспекты терроризма.....	120
11.1. Терроризм как особый вид человеческой деятельности.....	120
11.2. Психологический портрет террориста и его жертвы	121
11.3. Психологический портрет жертвы террора.....	124
11.4. Разновидности поведения заложников	127
11.5. Стокгольмский синдром как разновидность поведения заложников	132
Библиографический список.....	135

ВВЕДЕНИЕ

В последние десятилетия произошли многообразные изменения как в различных сферах существования людей всего мира (в политической, экономической, социальной областях, образовании), так и в сфере науки, в том числе – психологической науке. Включение экстремальных ситуаций в круг академических исследований и учебных дисциплин многих высших учебных заведений можно отнести к числу, безусловно, продуктивных изменений. Чрезвычайные ситуации получают в современных социально-политических условиях все более широкое распространение. Все чаще взрослые и дети попадают в условия техногенных катастроф, стихийных бедствий, подвергаются насилию, становятся заложниками и жертвами терактов. Это во многом объясняет интерес к психологии экстремальных ситуаций, неуклонно растущий в современном мире, как среди политиков, социологов, философов, так и среди сотрудников специально организованных служб, обеспечивающих безопасность. В самом общем приближении речь идет об изучении психологических закономерностей функционирования психики под действием экстремальных ситуаций, с которыми человечество сталкивается на протяжении всей истории своего существования. Для психологов главным является наблюдение тех изменений – и негативных, и позитивных, – которые происходят с человеком, переживающим чрезвычайное событие, разделяющее его жизнь на «до» и «после». Отечественная психология плотно занималась проблемами воздействия на психику экстремальных ситуаций с середины XX века – огромное количество экспериментальных исследований и эмпирических наблюдений выполнено в общей и особенно авиационной и космической психологии. Во многом это обусловлено социальным заказом того времени: необходимостью качественного профессионально-психологического отбора и эффективной подготовки людей к деятельности в особых условиях.

Включение учебной дисциплины «Психология экстремальных ситуаций» в учебные курсы многих специальностей продиктовано реалиями сегодняшнего дня – это и задачи подготовки высококлассных специалистов, решающих локальные профессиональные задачи (например, оказание экстренной психологической помощи пострадавшим в экстремальных ситуациях), и необходимость определять стрессогенные факторы, специфику их влияния

на собственное психическое состояние и состояние пострадавших. Важным профессиональным навыком является забота о собственном здоровье и профессиональном долголетии – применение методов саморегуляции и мер по профилактике профессионального выгорания и реабилитации специалиста.

Сделать настоящее пособие всеобъемлющим или хотя бы полно охватывающим проблематику исследований в области психологии экстремальных ситуаций не представляется возможным, так как количество публикаций в этой сфере уже превысило 25 тысяч источников. Продолжают появляться новые экспериментальные данные, ведется разработка теоретических концепций, базовых положений, позволяющих систематизировать имеющуюся информацию по проблеме переживания человеком экстремальных ситуаций различного происхождения. В настоящем учебном пособии мы попытаемся дать объемный взгляд на область психологии экстремальных ситуаций и определить круг перспективных проблем, сопроводив читателя соответствующими ссылками и комментариями.

Тема 1. Предмет и основные понятия психологии экстремальных ситуаций

1.1. Теоретический и практический аспекты психологии экстремальных ситуаций

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

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

В теоретическом аспекте психологии экстремальных ситуаций значительное внимание уделяется выявлению, анализу и классификации разнообразных

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

Интенсивные эмоциональные переживания (страх, паника, ужас, отчаяние) могут затруднять адекватное восприятие действительности, правильную оценку ситуации, мешая принятию решений и нахождению адекватного выхода из стрессовой ситуации. Эти явления, отражающие феноменологию психического функционирования человека в кризисе, оказываются в центре внимания **практически-ориентированной области** психологии экстремальных ситуаций. Здесь эта новая отрасль психологической науки прибегает к опыту существующей практики как врачей-психиатров и психотерапевтов, так и спасателей, психологов МЧС, оказывающих психологическую помощь людям, оказавшимся непосредственно в очаге чрезвычайной ситуации. Психологическая помощь необходима для предотвращения нарушений поведения и профилактики психосоматических расстройств. Она предполагает нормализацию психического состояния с нивелированием негативных переживаний. Основной задачей психологической помощи является актуализация адаптивных и компенсаторных ресурсов личности, мобилизация психологического потенциала для преодоления негативных последствий чрезвычайных обстоятельств. Следствием эффективной психологической помощи пострадавшим является совладание со страхом и оптимизация психического состояния и поведения человека в экстремальных ситуациях.

В значительной части случаев последствиями травматического стресса, связанного с переживанием экстремальных жизненных ситуаций, являются такие формы аддиктивного (связанного с пагубными привычками) поведения, как алкоголизм, наркомания, токсикомания, злоупотребление лекарственными препаратами и пр. Алкоголь или наркотик могут использоваться в качестве релаксирующих средств, позволяющих снять или частично снизить острый дискомфорт, напряжение, растерянность, страх. В некоторых случаях пострадавший допускает в сознание мысли о невыносимости либо бессмысленности собственной жизни, самоубийстве. Чрезмерный стресс может влиять и на витальные (жизненные) функции – сексуальное поведение, сон или питание. Таким образом, последствиями травматического стресса являются не только длительные или острые эмоционально-негативные состояния, затрудняющие жизнедеятельность человека, но также и нарушения целого ряда функций, поведения, представляющие сферу интересов врачей-психиатров. Между тем, подобные нарушения поведения имеют психологические причины, связанные с недостаточностью личностных ресурсов для преодоления стресса либо с чрезмерностью и избыточностью дезадаптирующих воздействий в чрезвычайных обстоятельствах.

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

Таким образом, в курсе психологии, посвященном экстремальным ситуациям, раскрываются как теоретические аспекты, позволяющие понять специфику этих ситуаций, их значение для человека, так и практические, прикладные аспекты: рассматриваются конкретные способы преодоления травматического стресса, частные формы поведения, позволяющие справиться с чрезвычайными ситуациями. Приводятся конкретные рекомендации, которые могут быть полезны специалистам, профессиональная деятельность

которых сопряжена с оказанием помощи пострадавшим и собственным переживанием экстремальных ситуаций и эффективной деятельностью в них (спасателям, военным, медикам, пожарным, сотрудникам служб, обеспечивающих безопасность).

1.2. Категориальный аппарат психологии экстремальных ситуаций

Одной из особенностей психологии экстремальных ситуаций можно констатировать слабую согласованность содержания ее основных категорий. Понятия экстремальных, кризисных и чрезвычайных ситуаций еще не получили исчерпывающего определения. Представляется, что недостаточно рассматривать их лишь с точки зрения объективных особенностей, не принимая во внимание психологические составляющие, такие, как, например, восприятие, понимание, реагирование и поведение людей в таких ситуациях. Человек, имеющий представление о чрезвычайной ситуации, так или иначе психологически оказывается вовлечен в эту ситуацию: как ее инициатор, жертва, или очевидец. Исходя из соотношения субъективных (особенностей переживания человеком происходящего, его поведения, последствий для жизни и некоторых других психологических параметров) и объективных обстоятельств, а также стихийно сложившейся практикой, можно выделить следующие основные, наиболее общие категории, которые использует психология экстремальных ситуаций:

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

Понятия «экстремальная ситуация» и «чрезвычайная ситуация» часто используются как синонимы. По определению, взятому из одного учебника по психологии ЭС, «чрезвычайная (экстремальная) ситуация – 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» [22]. Однако, даже не вдаваясь в теоретический анализ понятий, интуитивно люди используют их избирательно. Если обратиться к Большой советской энциклопедии, то можно зафиксировать некоторые нюансы в сущности понятий:

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

Таким образом, одну и ту же ситуацию возможно охарактеризовать и как **экстремальную** – когда необходимо подчеркнуть уникальность переживания ее отдельным субъектом, личностью, и как **чрезвычайную** – когда речь идет о каких-либо объективных параметрах, «специально не предусмотренных обычным ходом дел», – когда указывается на несоответствие ожидаемым, привычным внешним обстоятельствам. В качестве рабочего определения на страницах данного пособия мы предлагаем следующее: **экстремальная ситуация – это жизненная ситуация, выходящая за рамки обычного человеческого опыта, представляющая угрозу для жизни, здоровья, благополучия человека или группы людей.**

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

стрессоры» [32]. Автор проводит четкую границу между стрессом и дистрессом, определяя полезность первого / эустресса и вредность второго / дистресса для организма человека (подробнее – в теме 3).

Слово «**кризис**» (критическая ситуация) – имеет вполне ясное для любого человека бытовое значение – поворотный пункт, решение; резкий, крутой перелом, тяжелое переходное состояние. Кризис – понятие общенаучное. С медицинской стороны, кризис – перелом в течении болезни, ведущий к выздоровлению, с экономической – перепроизводство, не находящее сбыта. В психологии выделяют (среди прочих разновидностей кризисов) **нормативные** (или возрастные) и **ситуативные кризисы**, привязанные к ситуации, которую сложно предугадать и подготовиться заранее. Возрастные кризисы логично и подробно анализируются как отечественными (Д. Б. Эльконин), так и зарубежными (Э. Эриксон) психологами. Своевременное и полноценное переживание нормативного возрастного кризиса дает личности специалиста, выполняющего профессиональные обязанности в экстремальных условиях, возможность проявить стрессоустойчивость и свою профессиональную надежность с большой вероятностью. Этот тезис важен при рассмотрении факторов психологической устойчивости и профилактики ПТСР специалиста (подробнее – в теме 7).

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

Контрольные вопросы и задания

1. Раскройте особенности психологии экстремальных ситуаций как отрасли психологической науки.
2. Перечислите основные проблемы исследований в области психологии экстремальных ситуаций.
3. Дайте определения понятиям «кризисная ситуация», «нормативный кризис развития», «стресс».
4. Определите различия в понимании терминов «экстремальная ситуация» и «чрезвычайная ситуация».

Тема 2. Виды экстремальных ситуаций. Экстренная психологическая помощь в экстремальных ситуациях

2.1. Классификация экстремальных ситуаций

Напомним, что экстремальная (чрезвычайная) ситуация – это обстановка на определенной территории, сложившаяся в результате воздействия каких-либо факторов, которые могут повлечь за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей среде, значительные материальные потери и нарушение привычных условий жизнедеятельности людей.

Каждая реальная ЭС имеет присущие только ей причины, особенности и характер развития. Приоритет в попытках систематизировать различные ЭС с целью оптимизации деятельности по предотвращению последствий воздействия чрезвычайных факторов принадлежит службам, непосредственно занимающимся ликвидацией последствий ЭС, например, службы МЧС. Поэтому, пытаясь придерживаться того смысла понятий ЭС и ЧС, который обозначен в теме 1, отметим, что для приводимых ниже классификаций, логично говорить о «чрезвычайных ситуациях», поскольку для их описания используются объективные характеристики; понятием «экстремальная ситуация» мы пользуемся, когда хотим подчеркнуть специфику переживания конкретной ситуации отдельным человеком.

В настоящее время существует множество классификации ЧС, в основании которых лежат следующие признаки:

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

2. По скорости распространения различают взрывные, стремительные, быстрораспространяющиеся или умеренные, плавные ЧС. К стремительным чаще всего относятся большинство военных конфликтов, техногенных аварий, стихийных бедствий. Относительно плавно развиваются ситуации экологического характера.

3. По масштабу распространения различают локальные, местные, территориальные, региональные, федеральные, трансграничные ЧС. 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.

4. По продолжительности действия различают кратковременные и затяжные. Все ЧС, в результате которых происходит загрязнение окружающей среды, относятся к затяжным.

5. По характеру, преднамеренности различают преднамеренные (умышленные) и непреднамеренные (неумышленные) ЧС. К преднамеренным ЧС относятся 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.

6. По источнику, характеру происхождения различают ЧС техногенного характера, ЧС природного происхождения, ЧС социального (или биолого-социального) характера.

К ЧС техногенного характера относятся 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.

К ЧС природного происхождения относятся геофизические, геологические, метеорологические, агрометеорологические, опасные морские гидрологические явления, природные пожары.

К ЧС социального характера относятся голод, терроризм, общественные беспорядки, алкоголизм, наркомания, токсикомания, различные акты насилия. К ЧС биолого-социального характера относятся ЧС, связанные с изменением состояния литосферы (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 интегральная характеристика ЧС, где предлагается учитывать следующие параметры:

- количество людей, пострадавших в ЧС;
- количество людей, у которых нарушены условия жизнедеятельности;
- размер материального ущерба;
- границы зоны распространения поражающих факторов ЧС.

Оценка ущерба вследствие ЧС проводится по пяти 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.

Что касается специальных психологических классификаций ЭС, то одним из очевидных существенных оснований такой классификации нам представляется степень эмоциональной вовлеченности человека в ЭС различной природы. В литературе, освещающей специфику психологической реабилитации жертв ЧС различного происхождения, содержатся замечания о том, что легче в плане соматического здоровья и психологического благополучия восстанавливаются участники природных катастроф (наводнений, землетрясений и т. п.). Повышенная вероятность посттравматического стресса, затяжное и болезненное восстановление психических функций в пределах их нормы наблюдается после ЭС социального характера, например, у бывших заложников, жертв терактов.

2.2. Экстренная психологическая помощь в экстремальных ситуациях

Экстренная психологическая помощь оказывается людям в остром стрессовом состоянии или при остром стрессовом расстройстве (ОСР). Общее стрессовое расстройство в общих чертах представляет собой переживание эмоциональной и умственной дезорганизации. Внешние проявления ОСР

могут быть весьма разнообразными (подробно эти особенности и экстренная психологическая помощь при них рассматриваются в теме 4). Психодиагностика, психотехники воздействия и процедура оказания психологической помощи в экстремальных ситуациях имеют свою специфику.

Особенности психодиагностики в экстремальных ситуациях обусловлены тем, что действия специалиста, оказывающего экстренную психологическую помощь, определяются планом на случай чрезвычайных обстоятельств, в которых из-за нехватки времени невозможно использовать стандартные диагностические процедуры, например, тесты-опросники и обычные методы психологического воздействия, например, психотерапевтические техники. 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 пострадавшим в ЭС являются:

1. Безотлагательность. Помощь пострадавшему должна быть оказана как можно быстрее: чем больше времени пройдет с момента воздействия психотравмирующих факторов, тем выше вероятность возникновения хронических расстройств, в том числе и посттравматического стрессового расстройства.

2. Приближенность к месту событий. Оказание помощи должно проходить в привычной обстановке и комфортном социальном окружении, должны быть сведены к минимуму отрицательные последствия изоляции пострадавшего, «госпитализма».

3. Ожидание, что нормальное состояние восстановится. Специалист должен взаимодействовать с лицом, перенесшим стрессовую ситуацию, не как с пациентом, а как с нормальным человеком. Психологи говорят, что, как бы ни выглядело внешнее проявление острого стресса, нужно помнить, что такова нормальная защитная реакция психики пострадавшего на ненормальные обстоятельства. Необходимо поддержать уверенность в скором возвращении нормального состояния.

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

определяется необходимостью отвести пострадавшего от источника травмы, предоставить теплое питье, пищу, отдых, безопасное окружение и возможность быть выслушанным.

В целом важно отметить, что специалисты, так или иначе задействованные в обеспечении безопасности жертв ЧС, оказании экстренной психологической помощи (службы экстренного реагирования), выполняют следующие базовые функции:

- **практическую** – непосредственное оказание скорой (при необходимости) доврачебной медицинской и экстренной психологической помощи населению;
- **координационную** – обеспечение связей и взаимодействия со специализированными, в том числе и психологическими службами.

Сложные состояния не являются объектом внимания специалистов экстренных служб реагирования и требуют привлечения профессионалов иной направленности, например, психиатров.

Задачи экстренной психологической помощи включают профилактику острых панических реакций, психогенных нервно-психических нарушений, повышение адаптационных возможностей индивида. Экстренная психологическая помощь населению должна основываться на принципе интервенции в поверхностные слои сознания, т. е. на работе с симптоматикой, а не с синдромами.

Проведение психотерапии и психопрофилактики осуществляют в двух направлениях:

- со здоровой частью населения – в виде профилактики острых панических реакций и отсроченных, «отставленных» нервно-психических нарушений;
- психотерапия и психопрофилактика лиц с развившимися нервно-психическими нарушениями. Технические сложности ведения реабилитационных, восстановительных, 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 спокойствие, т. к. это одно из главных средств их спасения;
3. Необходимо оказывать себе самопомощь, максимально экономить свои силы;
4. В случае завалов пострадавшие не должны принимать каких-либо физических усилий к самоэвакуации, что может привести к опасному для них смещению обломков;
5. Находиться с закрытыми глазами (индивидуально), что позволит приблизить себя к состоянию легкой дремоты и большей экономии физических сил;
6. Дышать медленно, неглубоко и через нос, что позволит экономить влагу и кислород в организме и кислород в окружающем воздухе;
7. 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. Высвобождение из «плена» может занять больше времени, чем хочется потерпевшим. Это обуславливает необходимость быть мужественными и терпеливыми.

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 влияния психотравмирующих факторов может появиться необходимость обратиться к специалисту-психологу в стационарных условиях.

Еще одной группой людей, к которым применяется психотерапия в условиях ЧС, являются родственники людей, находящихся в чрезвычайной ситуации (захват заложников, угон ВС). Для них применим весь комплекс психотерапевтических мероприятий (подробно – в теме 5).

Еще одна группа людей, к которым применяется психотерапия в зоне ЧС – это специалисты, должностные обязанности которых включают взаимодействие с различными категориями граждан, пострадавших от воздействия экстремальных факторов, оказание им информационной или психологической поддержки. Основной проблемой в подобных ситуациях является психологический стресс. Специалисту необходимо владеть умением своевременно определять симптомы психологических проблем у себя и у своих товарищей, обладать 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 травматизации, но и для повышения устойчивости к стрессовым воздействиям и готовности эффективно работать в чрезвычайных ситуациях (подробнее – в теме 7).

При осуществлении экстренной психологической помощи необходимо помнить, что жертвы стихийных бедствий и катастроф страдают от следующих факторов, вызванных ЭС:

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 ВС) 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: пострадавший может оказаться в совершенно новых и враждебных условиях.

7. Экспозиция смерти. Даже короткие угрожающие жизни ситуации могут изменить личностную структуру человека и его «карту мира». 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 спасать, насколько рисковать, кого обвинять и т. п.

9. Поведение во время события. Каждый хотел бы выглядеть наилучшим образом в трудной ситуации, но удастся 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.

2.3. Правила для сотрудников специальных служб, оказывающих экстренную психологическую помощь

В результате осуществления обширной исследовательской программы немецкие психологи Б. Гаш и Ф. Ласогга разработали ряд рекомендаций для специалистов или добровольцев, работающих в экстремальной ситуации. Российскими психологами этот список был продолжен. Эти рекомендации

полезны как волонтерам при непосредственной работе в местах массовых бедствий, так и для психологической подготовки спасателей и сотрудников специальных служб.

1. Важно помнить, что в кризисной ситуации пострадавший всегда находится в состоянии психического возбуждения. Это нормально. Оптимальным является средний уровень возбуждения. 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 приедет «Скорая помощь»». Пострадавший также должен быть проинформирован о том, что сейчас происходит.

2. Позаботьтесь о собственной психологической безопасности. Если оказание психологической помощи не входит в ваши обязанности, не оказывайте этой помощи, если Вы не хотите (неприятно или по каким-либо другим причинам). Найдите того, кто может это сделать.

3. Не приступайте к действиям сразу. Осмотритесь и решите, какая помощь (помимо психологической) требуется, кто из пострадавших в наибольшей степени в ней нуждается. Уделите этому 30 с при одном пострадавшем, около 5 мин при нескольких пострадавших.

4. Представьтесь, скажите, кто Вы и какие функции выполняете. Узнайте имена нуждающихся в помощи. Скажите пострадавшим, что помощь скоро прибудет, что Вы делаете все возможное в сложившейся ситуации.

5. 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.

6. Осторожно (действуя по ситуации) устанавливайте телесный контакт. Легкий телесный контакт обычно успокаивает пострадавших. Поэтому возьмите пострадавшего за руку или дотроньтесь до плеча. Прикасаться к голове или иным частям тела не рекомендуется. Займите положение на том же уровне (ориентируясь на линию глаз), что и пострадавший. Даже оказывая медицинскую помощь, старайтесь находиться на одном уровне с пострадавшим. Общаясь с пострадавшим, старайтесь не поворачиваться к нему спиной.

7. Дайте пострадавшему выговориться. Слушайте его внимательно, активно, не перебивайте. Будьте терпеливы, выполняя свои обязанности, проявляйте внимание к чувствам и мыслям пострадавшего.

8. Говорите спокойным тоном, даже если пострадавший теряет сознание. Не проявляйте нервозности. Избегайте упреков. Пересказывайте позитивное. Спросите пострадавшего: «Могу ли я что-либо для Вас сделать?» Если Вы испытываете чувство сострадания, не стесняйтесь об этом сказать.

9. Расскажите, какие меры требуется принять для оказания помощи в его случае. Расскажите о ваших квалификации и опыте. Профессиональная компетентность успокаивает.

10. Позвольте пострадавшему поверить в его собственную компетентность. Если это возможно, дайте ему поручение, с которым он справится. Используйте это, чтобы он убедился в собственной значимости, зафиксируйте его способность контролировать и регулировать себя.

11. Скажите пострадавшему, что Вы останетесь с ним столько, сколько будет необходимо. При расставании, если нужно, найдите себе заместителя и проинструктируйте его о том, что делать с пострадавшим.

12. 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.

13. Стресс может оказать негативное влияние и на Вас как специалиста, оказывающего экстренную психологическую помощь. Возникающее в ходе такой работы напряжение имеет смысл снимать с помощью специальных процедур.

Контрольные вопросы и задания

1. Перечислите известные вам основания для классификации ЧС.
2. С какими целями производится классификация ЧС?
3. Приведите примеры ЧС техногенного, природного, социального / биолого-социального характера.
4. В чем состоят психологические особенности переживания и восстановления психики жертв различных по своей природе ЭС?
5. Определите отличительные особенности и основные задачи экстренной психологической помощи.

6. Раскройте принципы экстренной психологической помощи.
7. В чем состоят особенности «информационной терапии» в ЭС?
8. Каких правил должны придерживаться сотрудники служб, оказывающих экстренную психологическую помощь?

Тема 3. Стресс и его последствия

3.1. Психофизиологическая природа стресса.

В наши дни много говорят о стрессе, связанном с учебой, профессиональной работой, выходом на пенсию, физическим напряжением, семейными проблемами или проблемами со здоровьем, загрязнением окружающей среды. Само слово «стресс», так же как «успех», «неудача» и «счастье», имеет различное значение для разных людей. Поэтому дать его определение очень трудно, хотя оно и вошло в обыденную речь.

Бытовое упоминание стресса связано с такими конкретными состояниями, как усилие, утомление, боль, страх, необходимость сосредоточиться, публичное унижение, потеря крови или даже неожиданный огромный успех, ведущий к ломке всего жизненного уклада, и т. д. Любое из перечисленных условий может вызвать стресс, но ни одним из них нельзя полностью определить стресс, потому что этот термин в равной мере относится и ко всем другим.

Круг жизненных ситуаций, в которых люди испытывают стресс, весьма обширен. Сотрудник какой-либо из служб аэропорта, испытывающий постоянное давление со стороны клиентов и коллег, диспетчер аэропорта, который знает, что минутное ослабление внимания может стать причиной смерти сотни человек, спортсмен, безумно жаждущий победы, человек, беспомощно наблюдающий, как его близкий медленно и мучительно теряет силы от неизлечимой болезни, – все они испытывают стресс. Их проблемы совершенно различны, но медицинские исследования показали, что в аналогичных случаях организм реагирует стереотипно, одинаковыми биохимическими изменениями, назначение которых – справиться с возросшими требованиями к человеческому организму. Факторы, вызывающие стресс, называются стрессорами. Различные стрессоры запускают одинаковую в сущности биологическую реакцию стресса.

Развивая тему стресса в настоящем пособии, целесообразно акцентировать внимание на двух фундаментальных работах Г. Селье «Когда стресс не приносит горя» и «Стресс без дистресса» [32, 33]. Врач по образованию, биолог со всемирно известным именем, на протяжении полувека Г. Селье разрабатывал проблемы стресса и общего адаптационного синдрома.

Центральным положением в концепции стресса, предложенной в 1936 г. Г. Селье, является гомеостатическая модель самосохранения организма и мобилизация ресурсов для реакции на внешнее воздействие, стрессор. Все воздействия на организм ученый подразделил на специфические и стереотипные неспецифические эффекты стресса, которые проявляются в виде **общего адаптационного синдрома**. В самом общем приближении, этот синдром проходит в три стадии:

- стадию тревоги;
- стадию резистентности;
- стадию истощения.

Г. Селье ввел понятие адаптационной энергии, которая мобилизуется путем адаптационной перестройки гомеостатических механизмов организма. Ее истощение необратимо и ведет к старению и гибели организма, независимо от его биологического возраста.

Психические проявления общего адаптационного синдрома обозначаются как «**эмоциональный стресс**» – 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.

Стресс есть неспецифический ответ организма на любое предъявление ему требования. Чтобы понять это определение, нужно объяснить, что мы подразумеваем под словом «неспецифический». Каждое предъявленное организму требование в каком-то смысле своеобразно или специфично. На морозе человек дрожит, чтобы выделить больше тепла, а кровеносные сосуды кожи сужаются, уменьшая потерю тепла с поверхности тела. На солнцепеке мы потеем, и испарение пота охлаждает нас. Если мы съели слишком много сахара, и содержание его в крови поднялось выше нормы, мы выделяем часть

и сжигаем остальное, так что уровень сахара в крови нормализуется. Мышечное усилие, например, бег вверх по лестнице с максимальной скоростью, предъявляет повышенные требования к мускулатуре и сердечно-сосудистой системе. Мышцы нуждаются в дополнительном источнике энергии для такой необычной работы, поэтому сердцебиение становится чаще и сильнее, повышенное кровяное давление расширяет сосуды и улучшается кровоснабжение мышц.

Каждое лекарство и гормон обладают специфическим действием. Мочегонные увеличивают выделение мочи, гормон адреналин учащает пульс и повышает кровяное давление, одновременно поднимая уровень сахара в крови, а гормон инсулин снижает содержание сахара. Однако независимо от того, какого рода изменения в организме они вызывают, все эти агенты имеют и нечто общее. Они предъявляют требования к перестройке. Это требование неспецифично, оно состоит в адаптации к возникшей трудности, какова бы она ни была.

Другими словами, кроме специфического эффекта, все воздействующие на нас агенты вызывают также и неспецифическую потребность осуществить приспособительные функции и тем самым восстановить нормальное состояние. Эти функции независимы от специфического воздействия. Неспецифические требования, предъявляемые воздействием как таковым, – это и есть сущность стресса.

С точки зрения стрессовой реакции не имеет значения, приятна или неприятна ситуация, с которой мы столкнулись. Имеет значение лишь интенсивность потребности в перестройке или в адаптации. Мать, которой сообщили о гибели в бою ее единственного сына, испытывает страшное душевное потрясение. Если много лет спустя окажется, что сообщение было ложным и сын неожиданно войдет в комнату целым и невредимым, она почувствует сильнейшую радость. Специфические результаты двух событий – горе и радость – совершенно различны, даже противоположны, но их стрессорное действие – неспецифическое требование приспособления к новой ситуации – может быть одинаковым.

Нелегко представить себе, что холод, жара, лекарства, гормоны, печаль и радость вызывают одинаковые биохимические сдвиги в организме. Однако дело обстоит именно так. Количественные биохимические измерения

показывают, что некоторые реакции неспецифичны и одинаковы для всех видов воздействий. Медицина долго не признавала существования такого стереотипного ответа. Казалось нелепым, что разные задачи, фактически все задачи, требуют одинакового ответа.

Есть мнение, что слово «стресс» пришло в английский язык из старофранцузского и средневекового английского и вначале произносилось как «дистресс» (от англ. *distress* – горе, несчастье). Первый слог постепенно исчез из-за «смазывания» или «проглатывания». Теперь слова эти имеют различные значения, несмотря на общность происхождения. Деятельность, связанная со стрессом, может быть приятной или неприятной. Дистресс всегда неприятен.

В обиходной речи, когда говорят, что человек «испытывает стресс», обычно имеют в виду чрезмерный стресс, или дистресс, подобно тому как выражение «у него температура» означает, что у него повышенная температура, т. е. жар. Обычная же теплопродукция – неотъемлемое свойство жизни.

Независимо от того, чем вы заняты или что с вами происходит, всегда есть потребность в энергии для поддержания жизни, отпора нападению и приспособления к постоянно меняющимся внешним воздействиям. Даже в состоянии полного расслабления спящий человек испытывает некоторый стресс. Сердце продолжает перекачивать кровь, кишечник – переваривать вчерашний ужин, а дыхательные мышцы – обеспечивать движение грудной клетки. Даже мозг не полностью отдыхает в периоды сновидений.

Полная свобода от стресса означает смерть. Стресс связан с приятными и неприятными переживаниями. Уровень физиологического стресса наиболее низок в минуты равнодушия, но никогда не равен нулю (это означало бы смерть). Приятное и неприятное эмоциональное возбуждение сопровождается возрастанием физиологического стресса (но не обязательно дистресса). Вопреки расхожему мнению мы не должны – да и не в состоянии – избегать стресса. Но мы можем использовать его и наслаждаться им, если лучше узнаем механизм и выработаем соответствующую философию жизни.

Сильные положительные (расположение и благодарность) или отрицательные чувства (ненависть и жажда мести) тесно связаны с условными рефлексам, которые первым начал изучать русский физиолог, академик И. П. Павлов. В отличие от врожденных безусловных реакций условные

рефлексы приобретаются в результате повторных сочетаний и обучения. Мы на опыте постигаем необходимость избегать всего, что вызывает отрицательные эмоции или приводит к наказанию, и усваиваем те формы поведения, которые приносят поощрение и вознаграждение, т. е. вызывают положительные чувства.

На клеточном уровне обучение зависит главным образом от химического обусловливания и сводится к выработке защитных веществ типа гормонов или антител и модификации их действия с помощью других химических соединений (например, питательных веществ).

Если человек определенным «заученным» поведением запускает выработку цепочки биохимических реакций, которые разрушительно действуют на клеточные структуры, – некоторое время и усилия требуются организму на восстановление гомеостаза. Английским нейрофизиологом Л. Хейфликом был зафиксирован замечательный эффект, заключающийся в конечности восстановительных циклов для клеток разных тканей живого организма. Таким образом, мы можем говорить о восстановительном эффекте клеток и тканей как о конечном процессе, и утверждать, что клетка может отвечать на стрессовые воздействия ограниченное количество раз, после чего умирает.

В экспериментах Г. Селье и сотрудники много раз видели, что кратковременный стресс может привести к выгодам и потерям. Они поддаются точному учету, можно объективно измерить признаки физиологического сопротивления. Когда все тело подвергается кратковременному интенсивному стрессу, результат бывает либо благотворным (при шоковой терапии), либо вредным (как в состоянии шока). Когда стрессу подвергается лишь часть тела, результатом может быть возросшая местная сопротивляемость (адаптация, воспаление) или гибель тканей (эффект Хейфлика), в зависимости от обстоятельств. Ответ на стрессор регулируется в организме системой противостоящих друг другу сил, таких как кортикоиды, которые либо способствуют воспалению, либо гасят его, и нервные импульсы, выделяющие адреналин или ацетилхолин. Мы научились также отличать синтоксические соединения от кататоксических, которые представляют собой сигналы – терпеть или атаковать.

Существует стереотипная физическая модель ответа на стресс независимо от его причины. Исход взаимодействия со средой зависит в такой же мере

от наших реакций на стрессор, как и от природы этого стрессора. Нужно осуществить разумный выбор: или принять брошенный вызов и оказать сопротивление, или уступить и покориться.

3.2. Психологические особенности переживания стресса

Мы довольно подробно обсудили медицинские аспекты сложных взаимоотношений между химическими воздействиями, которым мы подвержены, и ответами организма на эти воздействия. **Психический стресс**, вызываемый отношениями между людьми, а также их положением в обществе, регулируется удивительно похожим механизмом. В какой-то момент возникает столкновение интересов – стрессор, затем появляются сбалансированные импульсы – приказы сопротивляться или терпеть. Непроизвольные биохимические реакции организма на стресс управляются теми же законами, которые регулируют произвольное межличностное поведение.

В зависимости от наших реакций решение оказать сопротивление может привести к выигрышу или проигрышу, но в наших силах отвечать на раздражитель с учетом обстановки, поскольку мы знаем правила игры. На автоматическом, произвольном уровне выгода достигается с помощью химических ответов (иммунитет, разрушение ядов, заживление ран и т. д.), которые обеспечивают выживание и минимальное для данных условий разрушение тканей. Эти реакции либо спонтанны, либо направляются рукой опытного врача. В межличностных отношениях каждый может и должен быть своим собственным врачом, руководствуясь здоровой естественной философией поведения.

Разным людям требуются для счастья различные степени стресса. Лишь в редких случаях человек склонен к пассивной, чисто растительной жизни. Даже наименее честолюбивые не довольствуются минимальным жизненным уровнем, обеспечивающим лишь пищу, одежду и жилье. Но человек, беззаветно преданный идеалу и готовый посвятить всю свою жизнь совершенствованию в областях, требующих яркой одаренности и упорства (наука, искусство, философия), встречается так же редко, как и чисто растительный тип. Большинство людей представляют собой нечто среднее между этими двумя крайностями.

Средний гражданин страдал бы от тоски бесцельного существования точно так же, как и от неизбежного утомления, вызванного настойчивым стремлением к совершенству. Иными словами, большинству людей в равной мере не нравится и отсутствие стресса, и избыток его. Поэтому каждый должен тщательно изучить самого себя и найти тот уровень стресса, какое бы занятие он ни избрал. Кто не сумеет изучить себя, будет страдать от дистресса, вызванного отсутствием стоящего дела либо постоянной чрезмерной перегрузкой.

Последствие стресса может быть длительным, даже когда стрессор прекратил свое действие. Известно много специфических реакций иммунитета, которые очень долго предохраняют организм после единственного соприкосновения с бактериями или ядом. Но имеется и неспецифическая сопротивляемость, которая приобретается регулярными умеренными нагрузками на наши органы, например, на мышцы или на мозг. Здесь долговременный выигрыш состоит в том, чтобы держать их «в хорошей форме», а долговременный выигрыш может быть вызван перенапряжением, приводящим к повреждениям тканей.

В межличностных отношениях выигрыш состоит в возбуждении чувства дружбы, благодарности, доброжелательности и любви, проигрыш же – в том, что у других людей возникают ненависть, фрустрация (от лат. *frustratio* – обман, неудача) и жажда мести. Это относится к окружающим и к нам самим. Наши собственные положительные или отрицательные чувства приносят нам пользу или вред самым прямым путем, точно так же мы извлекаем пользу или приносим себе вред, возбуждая эти чувства в других людях.

Долговременные последствия различных вариантов межличностных отношений слишком сложны, чтобы можно было уже сегодня выразить их в терминах биохимии, хотя со временем и это станет возможным. Они в значительной мере основаны на воспоминаниях о прошлом и предвосхищении вероятного поведения в будущем – постольку, поскольку можно предсказывать будущее исходя из прошлого. Слово «предрассудок» утратило первоначальный смысл и в современном языке обозначает – с осуждающим оттенком – мнение, основанное не на опыте, а на невежестве. Но на самом деле вся мудрость, извлекаемая из опыта, есть «предрассудок» в старом смысле этого слова. Эксперт, вооруженный специальными знаниями, может сделать более

верные предсказания, прогнозируя будущее, если примет в расчет то, что ему известно об исходах подобных событий в прошлом. Эти события могут вызывать три типа чувств: положительные, отрицательные и безразличные.

1. Положительные чувства – это «любовь» в самом широком смысле. Она включает благодарность, уважение, доверие, восхищение выдающимся мастерством, т. е. чувства, усиливающие дружеское расположение и доброжелательность. Возбуждать такую любовь к себе – конечная цель жизни, если считать, что эта конечная цель состоит в поддержании жизни и в наслаждении ею. Устойчивое положение в обществе лучше всего обеспечивается возбуждением положительных чувств у максимального числа людей. Ведь ни у кого не возникнет желание вредить человеку, которого он любит, уважает, к которому он испытывает доверие или благодарность или чье мастерство в какой-либо области говорит о возможности свершений, достойных подражания.

2. Отрицательные чувства – ненависть, недоверие, презрение, враждебность, ревность, жажда мести или любое побуждение, угрожающее вашей безопасности тем, что оно вызывает враждебность в других людях, опасаящихся, что вы можете причинить им вред.

3. Чувства безразличия в лучшем случае могут привести к отношениям взаимной терпимости. Они делают возможным мирное сосуществование, но не более.

В конечном счете, эти три типа чувств – важнейший фактор, управляющий нашим поведением в повседневной жизни. Такие чувства определяют наш душевный покой или тревогу, ощущение безопасности или угрозы, свершения или провала. Иначе говоря, они определяют, сможем ли мы добиться успеха в жизни, наслаждаясь стрессом и не страдая от дистресса. Они регулируют гомеостатическую адаптацию на всех уровнях взаимодействия – между клетками, между людьми, между народами. Если мы по-настоящему поймем и проникнемся этим, то сумеем лучше управлять своим поведением в той мере, в которой оно подчиняется или может быть подчинено сознательному контролю.

О преимуществах сотрудничества в противовес конкуренции и враждебному отношению в животных и человеческих сообществах уже говорилось немало. Но совместный труд имеет и другое значение: он порождает

сплоченность и солидарность. Когда предстоят чрезвычайные лишения, воодушевление общего идеала и общей цели – лучший способ помочь каждому человеку переносить тяготы. Удивительное поведение лондонцев в битве за Англию и русских во время блокады Ленинграда показывает, какую стойкость и какое мужество можно вдохнуть в людей таким путем. Это впечатляющие примеры психосоциальной устойчивости в условиях, казалось бы, непреодолимых трудностей. Общая цель дает не только физическую выносливость и силу, но вдохновляет и на подвиги разума. Микробиологи утверждают, что необычайно быстрая разработка пенициллина оказалась возможной потому, что группы ученых в разных странах почувствовали потребность стать выше соображений национальной гордости и личного научного престижа и объединили усилия, чтобы этот эффективный антибиотик стал доступен раненым солдатам на поле боя.

3.3. Специфические эмоции, сопровождающие переживание стресса

Почему одна и та же работа может привести и к стрессу, и к дистрессу? Успех всегда способствует последующему успеху, крушение ведет к дальнейшим неудачам. Даже самые крупные специалисты не знают, почему «стресс рухнувшей надежды» со значительно большей вероятностью, чем стресс от чрезмерной мышечной работы, приводит к заболеваниям (язва желудка, мигрень, высокое кровяное давление и даже просто повышенная раздражительность). Физические нагрузки успокаивают и даже помогают переносить душевные травмы.

Единственное объяснение, которое мы можем предложить, дано в одном из разделов работы Г. Селье «Что такое стресс?» [32], в которой Г. Селье пытался показать, почему одна и та же реакция вызывает различные нарушения. Причина в том, что неспецифическое действие стресса всегда осложняется специфическим действием стрессора, а также врожденным или приобретенным предрасположением, существенно видоизменяющим проявления стресса. Некоторые эмоциональные факторы (например, **фрустрация** – чувство крушения) превращают стресс в дистресс, а физические усилия в большинстве случаев обладают противоположным действием. Но даже здесь есть исключения. У «коронарного кандидата» физическое усилие может вызвать сердечный приступ.

У лиц, занятых типичной для современного общества работой в промышленности, сельском хозяйстве, в сфере услуг (от простого служащего до руководителя), главный источник дистресса – в неудовлетворенности жизнью, неуважении к своим занятиям. Старая и приближаясь к завершению карьеры, человек начинает сомневаться в важности своих достижений. Он испытывает чувство крушения от мысли, что хотел и мог бы сделать что-то гораздо более значительное. Такие люди часто проводят остаток жизни в поисках козлов отпущения, ворчат и жалуются на отсутствие условий, на обременяющие семейные обязанности – лишь бы избежать горького признания: винить некого, кроме себя. Можно ли извлечь пользу из лучшего понимания биологических законов стресса?

Г. Селье дает утвердительный ответ, который кроется в понимании сущности и свойств общего адаптационного синдрома. Можно пролить свет на проблему, напомнив об **адаптационной энергии** – наследственно определенном ограниченном запасе жизнеспособности. Человек непременно должен израсходовать его, чтобы удовлетворить врожденную потребность в самовыражении, совершить то, что он считает своим предназначением, исполнить миссию, для которой, как ему кажется, он рожден.

Это не продукт человеческого воображения или надуманного кодекса поведения, это следует из неумолимого закона цикличности биологических явлений. Примеры цикличности природных явлений бесчисленны. Сюда относятся сезонные и суточные колебания обменных процессов, периодически возникающая потребность в пище, воде, сне, половой активности. Механизмы циклов зависят преимущественно от периодического накопления и расходования химических веществ в процессе нормальной жизнедеятельности. Поэтому нарушения неизбежны, если цикл не полностью завершен: накопившиеся отходы и шлаки должны быть удалены, истощившиеся запасы жизненно важных веществ нужно возобновить.

Биологическая необходимость полного завершения циклов распространяется и на произвольное человеческое поведение. Препятствие на пути осуществления нормальных побуждений приводит к такому же дистрессу, как вынужденное продление и интенсификация любой деятельности выше желаемого уровня. Забвение этого правила ведет к фрустрации, утомлению, истощению сил, к душевному и физическому надрыву.

Однако организм устроен так, что он не всегда подвергается единичному стрессовому воздействию. Когда завершение одной задачи стало невозможным, отвлечение, сознательная перемена занятий не хуже – и даже лучше, чем просто отдых. Если усталость или помеха не дают вам окончить решение математической задачи, лучше отправиться поплавать, чем сидеть и бездельничать.

Возложив на мускулатуру ту нагрузку, которая была первоначально возложена на интеллект, мы не только позволяем мозгу отдохнуть, но избегаем волнений и тревог из-за перерыва в работе. Стресс, падающий на одну систему, помогает отдыхать другой. Когда завершение задачи становится временно невозможным, переключение на «замещающую» деятельность лишь симулирует завершение, но симулирует весьма эффективно, и к тому же само по себе дает удовлетворение.

Пожалуй, самая интересная сторона цикличности – ее отношение к трем фазам общего адаптационного синдрома. ОАС фактически воспроизводится в миниатюре несколько раз в день, а в полной мере на протяжении всего жизненного пути. Какое бы требование ни предъявляла жизнь, мы начинаем с первоначальной реакции удивления или тревоги из-за неопытности и неумения совладать с ситуацией, ее сменяет фаза сопротивления, когда мы научились справляться с задачей умело и без лишних волнений, затем наступает фаза истощения, израсходование запасов энергии, ведущее к утомлению. Эти три фазы удивительно похожи на неустойчивость неопытного детства, стойкость зрелого возраста, одряхление в старости и, наконец, смерть.

Высказанные соображения существенно важны для формулирования естественного кодекса поведения. Нужно не только понимать фундаментальную биологическую потребность в завершении, в осуществлении наших стремлений, но нужно также знать, каким образом гармонически сочетать ее с унаследованными возможностями. Ведь количество врожденной адаптационной энергии у разных людей неодинаково.

3.4. Мотивация и стресс

Как сказал французский философ М. Монтень, «слава и спокойствие никогда не спят в одной постели». Жажда достижений дает человеку радость жизни. Нужно быть очень голодным, чтобы по-настоящему насладиться

едой. Нужно страстно желать победы, чтобы мобилизовать все свои силы на борьбу. Таковы истоки подвигов гладиаторов и тореадоров, которые должны были победить или умереть.

Отсутствие мотивации – величайшая душевная трагедия, разрушающая все жизненные устои.

Ошибкой было бы указывать, какими именно должны быть человеческие мотивы. Г. Селье только подчеркивает значение мотивации – предпочтительно в форме сильного желания достижений, целеустремленности как свойстве личности, которое даст удовлетворение и никому не причинит вреда. Образ жизни, учитывающий реакции человека на стресс непрерывных перемен, автор описывает как единственный выход из лабиринта противоречивых суждений о добре и зле, справедливости и несправедливости, в которых многие утратили нравственные ориентиры, существенные для обретения человеком жизненной стойкости и веры.

В течение своей жизни мы являемся свидетелями многих технических нововведений и социальных изменений в структуре семьи, правах мужчин и женщин, в характере работы, на которую есть спрос в условиях роста городов. Все это ставит перед обществом беспрецедентную задачу постоянной адаптации. Те из нас, кто испытал на себе все эти перемены, не могут сидеть сложа руки и наблюдать, как у части людей целеустремленность постепенно вытесняется чувством отчаяния. Чтобы преодолеть нынешнюю волну расслабляющего крушения духовных идеалов, ведущую к насилию и жестокости, по авторитетному мнению автора теории стресса, нужно убедить молодых людей, что они не утолят нормальную жажду свершений эксцентрическим поведением или бесконечной погоней за любовными победами. Им не уйти от действительности, с которой они не могут справиться; не поможет и притупление умственного взора мимолетным забытием от наркотиков.

Нужно объяснить им, какие методы адаптации полезны, а какие вредны. Адаптация, как и стресс, сама по себе представляет проблему независимо от обстоятельств, к которым нужно адаптироваться, или факторов, вызвавших стресс. Этому можно научить если не с помощью продуманных учебных программ, то во всяком случае путем наставничества, личным примером или присущим человеку методом словесного разъяснения, теплотой и доверием.

Однако проблемы приспособления к внезапным техническим и социальным переменам оказывают влияние на огромную часть человечества во всем мире. Для этого, считает Г. Селье, человек должен работать. Нужно четко осознать, что труд есть биологическая необходимость. Мышцы становятся дряблыми и атрофируются, если мы их не упражняем. Мозг приходит в расстройство и хаос, если мы не используем его постоянно. Средний человек уверен, что работает ради материального достатка или положения в обществе, но, когда к концу самой удачной деловой карьеры он приобретает и то, и другое и ему не к чему больше стремиться, у него не остается никакого просвета в будущем, а лишь скука монотонного обеспеченного существования.

Нельзя не прислушиваться к лозунгам тех, кто повторяет: «Жизнь – это не только труд» или «Надо работать, чтобы жить, а не жить, чтобы работать». Конечно, такие заявления заманчиво звучат и верны в своем узком значении. Но лучший способ избежать вредоносного дистресса – избрать себе такое окружение (жену, руководителя, друзей), которое созвучно вашим внутренним предпочтениям, найти работу, которую вы можете любить и уважать. Только так можно устранить нужду в постоянной изматывающей реадаптации, которая и есть главная причина стресса.

Продолжительный досуг вынужденного ухода в отставку или одиночного заключения, даже если питание и жилье будут лучшими в мире, – не очень привлекательный образ жизни. В медицине сейчас общепринято не назначать длительный постельный режим даже после операции. Многим пожилым людям, даже открыто объявляющим себя эгоистами, после выхода на пенсию невмоготу чувство собственной ненужности. Часто не ради заработка хотят они трудиться. По удачному выражению Б. Франклина, «ничего плохого нет в отставке, если только это никак не отражается на вашей работе».

Труд – одна из основных потребностей человека. Вопрос не в том, следует или не следует работать, а в том, какая работа больше всего подходит. Работа нужна человеку для нормальной жизнедеятельности, как нужны воздух, пища, сон, общение. В современном мире распространен вожделенный лозунг «Меньше работать – больше получать». Согласно положениям теории Г. Селье, этого явно недостаточно для достижения внутреннего баланса. Стресс связан с любым видом работы, а дистресс – не с любым. Люди должны спросить себя: меньше работать и высвободить время для чего? Больше

получать, чтобы купить что? Немногие задумываются над тем, как распорядиться свободным временем и излишком денег после того, как они обеспечат себе постоянный приличный доход. Конечно, всем нужен прожиточный минимум. Инфляция стала угрозой даже для довольно состоятельных людей. Однако накал борьбы за повышение уровня жизни зависит не от заработка и количества рабочих часов, а, скорее, от общей неудовлетворенности жизнью. Можно добиться многого, и с меньшими издержками, если бороться против этой неудовлетворенности.

Главное не в том, чтобы как можно меньше трудиться и зарабатывать достаточно для уверенности, что никогда не придется работать больше и тяжелее. Чтобы насладиться отдыхом, надо сначала почувствовать усталость, лучшим же поваром всегда был голод. Зачастую люди страдают от того, что у них нет вкуса ни к чему, нет никаких стремлений. Они, а не те, кто мало зарабатывает, – истинные нищие человечества. И нужны им не деньги, а духовная опора.

Ничего не делать – не значит отдыхать. Праздный ум и ленивое тело страдают от дистресса безделья. Нужно уже сейчас готовиться к борьбе не только с загрязнением среды и «демографическим взрывом», но также со скукой, ибо недостаточная трудовая нагрузка угрожает стать чрезвычайно опасной. Понадобятся громадные усилия, чтобы обучить массы населения «игровым профессиям», связанным с искусством, философией, художественными промыслами, наукой.

3.5. Стресс и продолжительность жизни

Существует тесная связь между работой, стрессом и качеством жизни, старением в том числе. Стресс – это неспецифический ответ на любое требование в любое время. Старение – итог всех стрессов, которым подвергался организм в течение жизни. Оно соответствует «фазе истощения» общего адаптационного синдрома, который в известном смысле представляет собой свернутую и ускоренную версию нормального старения. Под влиянием интенсивного стресса реакция тревоги, фаза сопротивления и фаза истощения быстро сменяют друг друга. Главное различие между старением и ОАС состоит в том, что последний более или менее обратим после отдыха. Но нужно

помнить, что, пока человек жив, он всегда испытывает некоторую степень стресса и, хотя стресс и старение тесно связаны, они не тождественны.

Новорожденный младенец, когда он кричит и вырывается, испытывает значительный стресс, даже дистресс, но у него нет признаков старения. Девяностолетний человек, спокойно спящий в своей постели, не испытывает стресса, но у него есть все признаки старости. Любой стресс, особенно вызванный бесплодными усилиями, приводящими к фрустрации, оставляет после себя необратимые химические рубцы (эффект Хейфлика); их накопление обуславливает признаки старения тканей. Многие авторы используют определение биологического стресса, как «износа» организма, но по мнению Г. Селье, износ – это скорее результат стресса, а накопление неустраняемых повреждений – это старение.

В настоящее время нет объективных методов измерения запасов адапционной энергии, но, по всей видимости, как отмечает Г. Селье, имеется поверхностный, легкодоступный и восстанавливаемый тип энергии и другой, скрытый глубже, который пополняет израсходованный поверхностный запас лишь после отдыха или переключения на другую деятельность. Это можно представить как взаимодействие двух систем удаления отходов. В биохимических терминах истощение – это накопление нежелательных побочных продуктов жизненно важных химических реакций. Многие отходы обмена веществ легко выводятся из организма, и первоначальное равновесие восстанавливается. Но бесчисленные биохимические процессы, необходимые для приспособления к требованиям жизни, приводят к образованию нерастворимых шлаков, которые засоряют механизм нашего тела, пока он полностью не выходит из строя.

Так называемые «пигменты старения» в клетках (особенно в клетках сердца и печени) очень старых людей – видимые под микроскопом нерастворимые осадки этого типа. Мощные отложения кальция в артериях, суставах, хрусталике глаза – другие побочные продукты, подтверждающие такое толкование процесса старения. В лабораторном эксперименте сотрудники Г. Селье добивались отложения кальция у животных, чтобы вызвать их преждевременное старение.

Потеря эластичности соединительной ткани тоже, видимо, происходит из-за накопления нерастворимых шлаков, в которых макромолекулы белка

соединены перекрестными связями. Эти процессы (чрезмерное разрастание плотной соединительной ткани и отложение нерастворимых веществ, например, кальция и холестерина) объясняют прогрессирующее затвердение стареющих кровеносных сосудов. По мере снижения эластичности артериальное давление должно расти, чтобы поддерживать ток крови через жесткие и суженные сосуды. Повышенное давление создает предрасположение к сердечно-сосудистым нарушениям, в частности, кровоизлияниям.

Другой механизм, приводящий к окончательному истощению адаптационной энергии в процессе старения, – нарастающий итог непрерывной потери мельчайших частиц невосстановимой ткани (мозга, сердца и т. д.) из-за повреждений или небольших сосудистых разрывов. У молодых эти дефекты легко компенсируются здоровой тканью, но в течение долгой жизни все тканевые резервы оказываются использованными. У пожилых потери замещаются рубцами из соединительной ткани. Они накладываются на «химические шрамы» – нагромождения обменных шлаков, которые, как сказано выше, не могут быть выведены из организма.

Успешная деятельность, какой бы она ни была напряженной, оставляет сравнительно мало рубцов. Она вызывает стресс и почти (или вовсе) не приводит к дистрессу. Наоборот, даже в преклонном возрасте она дает бодрящее ощущение молодости и силы. Работа изматывает человека главным образом удручающими неудачами. Многие выдающиеся труженики почти во всех областях деятельности (например, У. Черчилль, Б. Шоу, Г. Форд, Ш. де Голль) прожили долгие жизни. Они преодолевали неизбежные неудачи, ибо перевес всегда был на стороне успеха. Эти люди продолжали добиваться успехов – и, что еще важнее, были вполне счастливы, – когда им было за семьдесят, за восемьдесят и даже далеко за девяносто. Никто из них никогда не «трудился» в том смысле, что им не приходилось ради куска хлеба выполнять постыльную работу. Несмотря на долгие годы напряженной деятельности, их жизнь была сплошным досугом, поскольку их занятия всегда были им по душе. Конечно, лишь немногие принадлежат к этой категории творческой элиты. Поэтому успехи таких людей в преодолении стресса не могут служить основой для всеобщего кодекса поведения. Но Г. Селье считает, что каждый может долго и счастливо жить и трудиться на более скромном поприще, если выбрал подходящую для себя работу и успешно справляется с ней.

Сам автор знаменитой теории стресса, поступив в возрасте восемнадцати лет на медицинский факультет, был так захвачен изучением жизненных процессов и болезней, что просыпался в четыре часа утра и до шести вечера занимался в саду с небольшими перерывами. Мать ничего не знала о биологическом стрессе, но предостерегала, что такой режим нельзя выдержать дольше двух месяцев и что все это кончится нервным срывом. В возрасте шестидесяти семи лет Г. Селье по-прежнему вставал в четыре или пять часов, работал до шести вечера с небольшими перерывами и совершенно был счастлив такой жизнью. Чтобы противодействовать возрастному физическому угасанию, он сделал себе единственное послабление: выделил час в день для поддержания тонуса мускулатуры – плавание или объезд на велосипеде университетского городка.

Гордиться умением и мастерством – опять-таки первобытное биологическое чувство. Оно не является достоянием только вида *Homo Sapiens*. Охотничья собака гордится, когда приносит добычу невредимой. Посмотрите на ее морду, и вы убедитесь, что работа делает ее счастливой. Тюлень, выступающий в цирке, явно доволен аплодисментами. Только неудачи и отсутствие цели портят удовольствие от работы. Трения и вечно меняющиеся указания ускоряют износ и одряхление, способствуют накоплению шлаков и отходов как в живых машинах, так и в неодушевленных.

Трудность в том, чтобы среди всех работ, с которыми Вы способны справиться, найти одну – ту, что нравится больше всех и ценится людьми. Человек нуждается в признании, он не может вынести постоянных порицаний, что больше всех других стрессоров делает труд изнурительным и вредным.

Контрольные вопросы и задания

1. Охарактеризуйте биологический (физиологический) смысл стрессовой реакции живого организма.
2. Раскройте понятие «стрессора» согласно теории Г. Селье.
3. Приведите примеры разных групп стрессоров (типология стрессоров).
4. Опишите фазы общего адаптационного синдрома.
5. В чем состоят специфические и неспецифические ответы организма на воздействие стрессора?
6. Каковы позитивные эффекты стресса?
7. Чем опасен дистресс и есть ли возможности избежать (снизить) его?

Тема 4. Психологическая помощь при острых реакциях на стресс

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 расстройства психики (реактивные психозы, аффективно-шоковые реакции), а также состояния паники.

Рассматривая тему оказания экстренной психологической помощи, мы остановимся только на тех ситуациях, которые являются особо тяжелыми по своим последствиям для психики пострадавшего, когда срочная помощь крайне необходима. При отборе способов оказания экстренной психологической помощи учитывается отсутствие специальной психологической подготовки тех, кто эту помощь способен будет оказать.

Очевидно, что гражданин, сохраняющий самообладание в ЭС, должен обладать толерантностью, хорошей сопротивляемостью экстремальным воздействиям, т. е. психологической устойчивостью. **Психологическая устойчивость** – это интегрированная система психологических качеств и свойств личности, позволяющая сохранять способность к надежной и эффективной деятельности в особых и экстремальных условиях. Психологи выделяют следующие факторы, влияющие на психологическую устойчивость:

- зона стабильности – личные качества, обеспечивающие человеку толерантность, т. е. принятие жизни такой, какая она есть;
- психофизиологический статус – особенности высшей нервной деятельности, обменных процессов;
- профессиональные навыки;
- навыки самодиагностики и саморегуляции;
- знание особенностей поведения человека в ЭС.

Если Вы оказались рядом с человеком, получившим психическую травму в результате воздействия экстремальных факторов (при аварии, теракте,

потере близких, насилии, трагическом известии и т. п.), постарайтесь придерживаться следующих рекомендаций специалистов-психологов [19]:

1. Сохраняйте выдержку, не теряйте самообладания. Поведение пострадавшего не должно Вас пугать, удивлять или раздражать. Его поведение, состояние – это нормальная реакция на ненормальные обстоятельства.

2. Позаботьтесь о себе, о собственной психологической безопасности. Не оказывайте экстренную психологическую помощь в том случае, если Вы этого не хотите (неприятно или по другим причинам). Найдите того, кто сможет это сделать.

3. Придерживайтесь принципа «не навреди». Не делайте того, в пользу чего Вы не уверены. Ограничьтесь лишь сочувствием и как можно быстрее обратитесь за помощью к специалисту (психологу, медику, психиатру, психотерапевту).

У человека под влиянием экстремальной ситуации могут появляться следующие симптомы или **острые реакции на стресс (ОСР)**:

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

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

Бред и галлюцинации появляются вследствие того, что критическая ситуация вызывает у человека мощный стресс, приводит к сильному нервному напряжению, нарушает равновесие в организме, отрицательно сказывается на здоровье в целом – как физическом, так и психическом. 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 следует выполнить следующие действия:

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.

На человека наваливается ощущение усталости – такое, что не хочется ни двигаться, ни говорить, движения и слова даются с большим трудом, 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 необходимо выполнить следующие действия [19, 22]:

1. Поговорите с пострадавшим. Задайте ему несколько простых вопросов: «Как тебя зовут?», «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 – одна из самых сильных защитных реакций организма. Она наступает после сильнейших нервных потрясений (взрыв, нападение, 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, состояние полной неподвижности;
- возможно напряжение отдельных групп мышц.

В данной ситуации необходимо выполнить следующие действия [19, 22]:

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 пострадавшего 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 возникает, когда 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.

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

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 отсутствие реакции на окружающих (на замечания, просьбы, приказы).

В данной ситуации необходимо выполнить следующие действия [19, 22]:

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 («Твое дыхание сбивчиво... 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.

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

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 необходимо выполнить следующие действия [19, 22]:

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

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 возникает в ситуации реальной или воображаемой угрозы жизни или здоровью человека. Однажды попав в автомобильную катастрофу, водитель не может снова сесть за руль. Человек, переживший землетрясение, отказывается идти в свою уцелевшую квартиру. Ребенок просыпается ночью от того, что ему приснился кошмар. Он боится чудовищ, которые живут под кроватью. А тот, кто подвергся насилию, с трудом заставляя себя входить в свой подъезд. Причиной всех этих поступков 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 данной ситуации необходимо выполнить следующие действия [19, 22]:

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, выражайте заинтересованность, понимание, сочувствие.

4. Сделайте пострадавшему легкий массаж наиболее напряженных мышц тела.

Истерика (истерический припадок) длится несколько минут или несколько часов.

К основным признакам истерики относятся:

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

В данной ситуации необходимо выполнить следующие действия [19, 22]:

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 (например: «Выпей воды», «Умойся»).

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

5. Не потакайте желаниям пострадавшего.

После экстремальной ситуации может непроизвольно появиться неконтролируемая **нервная дрожь** (человек не может по собственному желанию прекратить эту реакцию). Так организм «сбрасывает» напряжение. Реакция может продолжаться достаточно долго (до нескольких часов); успокоившись, человек чувствует сильную усталость и нуждается в отдыхе.

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

К основным признакам данного состояния относятся:

– дрожь начинается внезапно – сразу после инцидента или спустя какое-то время;

– сильное дрожание всего тела или отдельных его частей (человек не может удержать в руках мелкие предметы, зажечь сигарету).

В данной ситуации необходимо выполнить следующие действия [19, 22]:

1. Нужно усилить дрожь.

2. Возьмите пострадавшего за плечи и сильно, резко потрясите в течение 10–15 с.

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

4. После завершения реакции дайте пострадавшему возможность отдохнуть. Уложите его спать.

5. Нельзя:

– успокаивая обнимать пострадавшего или прижимать его к себе;

– укрывать пострадавшего чем-то теплым;

– успокаивать пострадавшего, говорить, чтобы он взял себя в руки.

Плач является своеобразным знаком, что пострадавший от экстремального воздействия человек начал восстанавливаться, перерабатывать информацию, полученную в виде событий и первой спонтанной реакции на них. Когда человек плачет, в организме у него выделяются вещества, обладающие успокаивающим действием. Основная задача того, кто оказался рядом, – возможность разделить горе.

К основным признакам данного состояния относятся:

- 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 необходимо выполнить следующие действия [19, 22]:

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, т. е. 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.

Контрольные вопросы и задания

1. Охарактеризуйте психологический смысл понятия «острая стрессовая реакция».
2. Назовите основные виды острых стрессовых реакций, их внешние характерные признаки.
3. Расскажите об экстренной психологической помощи в случаях распространенных острых стрессовых реакций.
4. Дайте определение понятия «психологическая устойчивость».
5. Каковы основные рекомендации человеку, оказывающему экстренную психологическую помощь, не имеющему специальной подготовки в области психологии?

Тема 5. Особенности работы специалиста с разными группами участников экстремальных ситуаций.

Стихийное массовое поведение

5.1. Классификация участников экстремальных ситуаций

Все люди, оказавшиеся в непосредственной близости от возникшего чрезвычайного события, считаются пострадавшими, т. к. даже если не пострадал сам человек и его родственники, невозможно остаться равнодушным, когда вокруг страдают другие люди.

В психологии экстремальных ситуаций известно множество подходов к исследованию закономерностей изменений, происходящих с людьми, подвергшимися воздействию факторов, угрожающих здоровью и жизни, созданию соответствующих типологий. Один из подходов – разделение участников ЭС в зависимости от приближенности к очагу экстремального воздействия и степени эмоциональной вовлеченности в ЭС. На основании такого критерия, выделяют четыре группы участников ЭС:

- I группа – пострадавшие;
- II группа – родственники;
- III группа – очевидцы;
- IV группа – наблюдатели.

Для каждой из групп определяются психофизиологические особенности, проявляющиеся в поведении, и психологическая помощь, наиболее вероятная для скорейшей нормализации состояния пострадавших в ЭС.

Психофизические особенности **I группы** – «пострадавшие»: болевой шок, острые психические реакции. Психологическая помощь в этом случае состоит в информационной помощи (поддержке), применении элементов внушения и убеждения для придания необходимого эмоционального ресурса и удержании в сознательном состоянии.

Для **II группы** – «родственники» – характерны чувство потери, состояние оглушенности, реакция избегания, психосоматические проявления, шок (ступор, тремор, двигательные возбуждения) или обратная реакция (прилив сил). Психологическая помощь состоит в экстренной психологической (возможно, психиатрической) помощи, в первую очередь, тем, кто в состоянии

шока, снятии острых психических реакций, перевода из пассивного в активное состояние, применении элементов внушения, изоляции от толпы.

III группа – «очевидцы» – подвержены аффективным реакциям, речевой активности, направленной на поиск виновных в происшедшем. Психологическая помощь, позволяющая нормализовать поведение «очевидцев», состоит в обеспечении работой (попросить что-нибудь помочь сделать).

IV группа – «наблюдатели» – наиболее удалена и пространственно, и эмоционально от очага ЭС. «Наблюдателей» характеризует проявление аффективных реакций (редко). Психологическая помощь оказывается в зависимости от силы эмоционального реагирования: возможна экстренная психологическая помощь.

5.2. Толпа как форма стихийного массового поведения

Одной из главных опасностей при любой чрезвычайной ситуации является неуправляемое поведение людей. В психологии экстремальных ситуаций существует понятие **«стихийное массовое поведение»**, под которым имеют в виду различные формы поведения толпы. Его признаками являются вовлеченность большого количества людей, одновременность, иррациональность (ослабление сознательного контроля), а также слабая структурированность, т. е. размытость позиционно-ролевой структуры, характерной для нормативных форм группового поведения.

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 (эмоциональное кружение). Циркулярная реакция – это взаимное заражение, т. е. передача эмоционального состояния на психофизиологическом уровне контакта между организмами.

Выделяют три основных вида толпы [22]:

- **окказиональная толпа** (от англ. *occasion* – случайность) – скопление людей, собравшихся поглазеть 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 конвенциональности) 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. Подвидами экспрессивной толпы являются экстатическая, агрессивная, паническая, стяжательская и повстанческая толпа [21].

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

5.3. Паника как экстремальная форма поведения толпы

В экстремальных ситуациях наибольшую опасность представляет паническая толпа. **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 [цит. по 17]. Паника, по мнению В. М. Бехтерева, 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. Механизм развертывания панического поведения можно рассмотреть с трех сторон: физиологической (точнее психофизиологической), биологической и поведенческой (или психологической).

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 (бессмысленными) реакциями у животных как, например, в тех случаях, когда птица бьется о прутья клетки или белка вращает игровое колесо. Психология паники, помимо взаимной индукции «психического заражения», «эмоционального отравления», во многом определяется резким повышением внушаемости из-за перевозбуждения психики.

Панику можно классифицировать по следующим признакам:

1. **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 человек и более. 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.

2. **По глубине охвата** (степени панического заражения сознания) различают легкую, среднюю панику и панику на уровне полной невменяемости.

Легкую панику можно, в частности, испытывать тогда, когда задерживается транспорт, при спешке, внезапно, но не очень сильном сигнале (звук, вспышка). 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 хаотические действия, поступки, абсолютно исключаящие их критическую оценку, рациональность и этичность. Классическими примерами паники являются события на кораблях, терпящих крушение, а также во время землетрясений, ураганов, пожаров, войн.

3. По длительности различают **кратковременную** (секунды, несколько минут), достаточно длительную (десятки минут, часы), пролонгированную (несколько дней, недель) панику. Примером кратковременной паники является паника в автобусе, потерявшем управление. Достаточно длительной бывает паника при землетрясениях, не развернутых во времени и не очень сильных. Пролонгированная паника – это паника, растянутая во времени (например, блокада Ленинграда, длительные боевые операции, ситуация после взрыва на Чернобыльской АЭС).

4. По механизмам формирования различают 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 [22]:

- **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;

– **физиологические факторы**: усталость, голод, длительная бессонница, алкогольное и наркотическое опьянение, – снижают уровень индивидуально-го самоконтроля, что при массовом скоплении людей чревато особенно опасными последствиями;

– **общепсихологические факторы** – неожиданность, удивление, испуг, вызванные недостатком информации о возможных опасностях и способах противодействия;

– **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 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.

5.4. Способы профилактики паники

Комплекс мероприятий, позволяющих предотвратить развертывание массовых беспорядков, включает [19, 22]:

Важным моментом в противодействии специалистов паническим реакциям среди населения является своевременное проведение мероприятий по ослаблению психологической напряженности среди населения и нормализации его психической деятельности.

- организацию информирования людей об обстановке в зоне ЧС, характере и объеме проводимых аварийно-спасательных работ, мерах по оказанию само- и взаимопомощи, местах расположения медицинских и эвакуационных пунктов. Среди сообщений должны присутствовать фамилии спасенных и эвакуированных жителей, информация о местах их эвакуации. Это поможет части населения получить сведения о родных и близких, что в значительной мере будет способствовать стабилизации психического состояния людей;

- своевременную организацию не только информационной, но и экстренной психологической помощи пострадавшим, родственникам в целях предотвращения циркулярной реакции (массового информационного заражения), организацию медицинской сортировки пострадавших, изоляцию лиц, находящихся в тяжелом состоянии, оказание первой медицинской и экстренной психологической помощи, эвакуацию лиц, нуждающихся в госпитализации;

- обеспечение населения средствами индивидуальной защиты, необходимыми медицинскими препаратами, а также разъяснение правил их применения.

Нормализации психического состояния населения во многом способствует четкая организация восстановительных или аварийно-спасательных работ с привлечением граждан, сохранивших способность к осознанной целенаправленной деятельности. При этом основными формами взаимоотношений специалистов спецслужб с населением должны быть уважение, сочувствие, личный пример. В случае же, когда люди находятся в состоянии оцепенения, шока или паники, целесообразно использовать жесткий командный стиль общения с ними (см. тему 4).

Оказание необходимой квалифицированной помощи пострадавшим, подверженным панике, в пределах своей профессиональной компетенции, – один из важных факторов сохранения работоспособности, повышения психологической устойчивости и поддержания психоэмоционального равновесия специалиста.

5.5. Средства борьбы с паникой

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.

Выделяют несколько **этапов развертывания панической реакции** [21]:

1. Резкий испуг, потрясение, ощущение сильной неожиданности, шока и одновременно восприятие ситуации как кризисной, критической, угрожающей и даже безысходной.

2. 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.

3. 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 «хвата 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 убегает от опасности.

4. 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.

5. 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 следующее:

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.

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 могут быть эффективными в зависимости от сложившейся ситуации. Остановить толпу, которая впадает в панику, значительно легче, начиная с «последних» участников, находящихся на периферии от «ядра», уменьшая группу насколько это возможно. Перегораживать дорогу толпе, которая движется, гораздо труднее, т. к. 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, разделяющей единое эмоциональное состояние, подчиняющей 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 может быть задан извне. Роль ритмической, в частности хоровой, музыки (совместного скандирования или пения) 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 расчленить 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 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 – специально подготовленным сотрудникам – следует проникнуть в ядро, где внушаемость и реактивность гипертрофированы.

Контрольные вопросы и задания

1. Назовите основные группы пострадавших в зависимости от приближенности к очагу экстремального воздействия, и степени эмоциональной вовлеченности в ЭС.
2. Охарактеризуйте психофизические особенности и специфику экстренной психологической помощи для основных групп пострадавших в ЭС.
3. Раскройте понятие «стихийное массовое поведение».
4. Перечислите психологические характеристики, описывающие поведение человека в толпе (в отличие от поведения в группе). Назовите факторы вероятного превращения организованной группы в толпу.
5. Назовите и опишите основные механизмы образования толпы.
6. Опишите процесс развертывания панической реакции.
7. Назовите способы борьбы с паникой.

Тема 6. Отсроченные реакции на стресс

6.1. Стресс, травматический стресс и посттравматическое стрессовое расстройство: соотношение понятий.

Исследования в области посттравматического стресса развивались независимо от исследований стресса, и до настоящего времени эти две области имеют мало общего.

Согласно современным представлениям **эмоциональный стресс** можно определить как феномен, возникающий при сравнении требований, предъявляемых к определенному уровню существования личности, с ее способностью справиться с этим требованием. В случае недостатка у человека стратегий совладания со стрессовой ситуацией (копинг-стратегии) возникает напряженное состояние, которое вместе 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, т. е. 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. 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.

Стресс становится **травматическим**, когда результатом воздействия стрессора является нарушение в психической сфере по аналогии с физическими нарушениями. В этом случае, согласно существующим концепциям, нарушается структура «самости» (ясного осознания себя как личности), когнитивная модель мира, аффективная сфера, неврологические механизмы, управляющие процессами научения, система памяти, эмоциональные механизмы научения. В качестве стрессора в таких случаях выступают травматические события – экстремальные кризисные ситуации, обладающие мощным негативным последствием, ситуации угрозы жизни для самого себя или 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)**.

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 [31]:

- происшедшее событие осознается, т. е. человек знает, что с ним произошло и из-за чего у него ухудшилось психологическое состояние;
- это состояние обусловлено внешними причинами;
- пережитое разрушает привычный образ жизни;
- происшедшее 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 [31].

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

- угнетение активности, нарушение ориентировки в окружающей среде, дезорганизация деятельности;
- 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», нередко достигающее 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), т. е. **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, непосредственно 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. Хотя современные представления о ПТСР сложились окончательно к 1980 г., однако информация о воздействии травматических переживаний фиксировалась на протяжении столетий.

Начало систематических исследований постстрессовых состояний, вызванных переживанием природных и индустриальных катастроф, можно отнести к 1950–60-м гг. Число работ по последствиям катастроф, которые выявляют наличие ПТСР, намного меньше, чем количество исследований, проведенных с ветеранами боевых действий. Имеются немногочисленные данные специально организованных исследований, задачей которых было установление представленности ПТСР среди жертв урагана и наводнения (например, исследования Дж. Грина). Новый интерес к этой проблеме возник в отечественной психиатрии в связи с военными конфликтами, природными и техногенными катастрофами, постигшими Россию в последние десятилетия. Одними из самых тяжелых по исследованным психотравматическим последствиям были авария на Чернобыльской АЭС (1986) и землетрясение в Армении (1988). Сегодня можно свидетельствовать о стремительно возрастающей актуальности изучения последствий террористических актов для психики людей.

6.2. Диагностические критерии посттравматического стрессового расстройства

Война во Вьетнаме послужила мощным стимулом для исследований американских психиатров и психологов. К концу 1970-х гг. 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 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 (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. 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.

Согласно МКБ-10, вслед за травмирующими событиями, которые выходят за рамки обычного человеческого опыта, может развиваться посттравматическое стрессовое расстройство. 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 40 лет после окончания военных действий.

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

- **острое** – развивающееся в сроки до 3 месяцев (его не следует смешивать с острым стрессовым расстройством, которое развивается в течение одного месяца после критического инцидента);
- **хроническое** – имеющее продолжительность более 3 месяцев;
- **отсроченное** – когда расстройство возникло спустя 6 и более месяцев после травматизации.

В настоящее время ряд зарубежных авторов предлагает дополнить диагностику постстрессовых нарушений еще одной категорией – посттравматическими личностными расстройствами (Posttraumatic Personality Disorder, РТПД), 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 рисунке [31]:

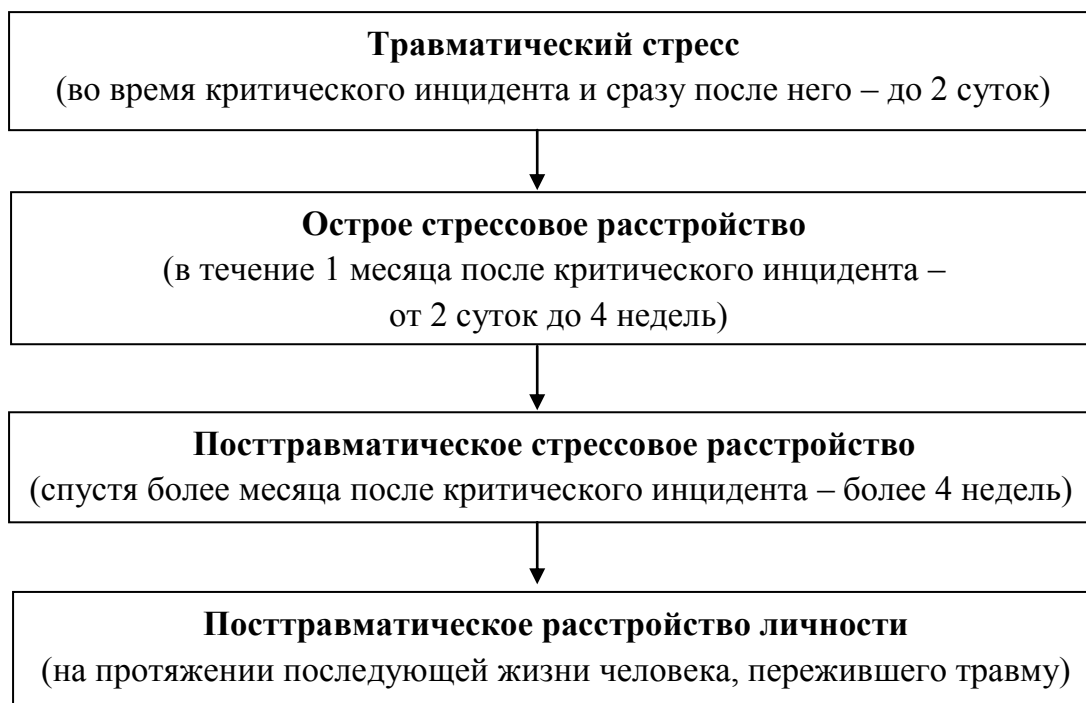


Схема временных стадий развития ПТСР

Критерии посттравматического стрессового расстройства в МКБ-10 определены следующим образом:

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

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

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

4. Любое из двух:

– психогенная амнезия, либо частичная, либо полная, в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора;

– стойкие симптомы повышения психологической чувствительности или возбудимости (не наблюдавшиеся до действия стрессора), представленные любыми двумя из следующих:

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 6 месяцев после экспозиции стрессу или по окончании его действия.

В МКБ-10 в посттравматическом стрессе выделяют три группы симптомов: симптом повторного переживания (или симптом «вторжения»), симптом избегания и симптом физиологической гиперактивации.

Критерии посттравматического стрессового расстройства по DSM-IV:

1. Индивид находился под воздействием травмирующего события, причем должны выполняться оба приведенных ниже условия:

– 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);

– реакция индивида включает интенсивный страх, беспомощность или ужас. У детей реакция может замещаться ажитирующим (сильное беспокойство) или дезорганизованным поведением.

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

– повторяющееся и навязчивое воспроизведение события, соответствующих образов, мыслей и восприятий, вызывающее тяжелые эмоциональные переживания. У маленьких детей может появиться постоянно повторяющаяся игра, в которой проявляются темы или аспекты травмы;

– повторяющиеся тяжелые сны о событии. У детей могут возникать ночные кошмары, содержание которых недоступно;

– такие действия или ощущения, как если бы травматическое событие происходило вновь (включает ощущения «оживания» опыта, иллюзии, галлюцинации и диссоциативные эпизоды – флэшбэк-эффекты (возвращение в травмировавшую ситуацию), в том числе те, которые появляются в состоянии интоксикации или в просоночном состоянии). У детей может появляться специфичное для травмы повторяющееся поведение;

– интенсивные тяжелые переживания, которые были вызваны внешней или внутренней ситуацией, напоминающей о травматических событиях или символизирующей их;

– физиологическая реактивность в ситуациях, которые внешне или внутренне символизируют аспекты травматического события.

3. Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой, и «оцепенение» – блокировка эмоциональных реакций, (чего не наблюдалось до травмы). Определяется по наличию трех (или более) из следующих особенностей:

– усилия по избеганию мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой;

– усилия по избеганию действий, мест или людей, которые пробуждают воспоминания о травме;

– неспособность вспомнить о важных аспектах травмы (психогенная амнезия);

– заметно сниженный интерес или участие в ранее значимых видах деятельности;

– чувство отстраненности или отдельности от остальных людей;

- сниженная выраженность аффекта (неспособность, например, к чувству любви);
- чувство отсутствия перспективы в будущем (например, отсутствие ожиданий по поводу карьеры, женитьбы, рождения детей, жизни на долгие годы).

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

- трудности с засыпанием или плохой сон (ранние пробуждения);
- раздражительность или вспышки гнева;
- затруднения с сосредоточением внимания;
- повышенный уровень настороженности, сверхбдительность, состояние постоянного ожидания угрозы;
- гипертрофированная реакция испуга.

5. Длительность протекания расстройства (симптомы в критериях 2, 3 и 4) – более 1 месяца.

6. 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. Еще со времен Гражданской войны в США 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 командиры 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 2 дней – но не более 4 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. Таким образом, 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 2, 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:

1. 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.

2. 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.

3. Травматическое событие постоянно переживается одним (или более) из следующих путей:

- повторяющиеся и захватывающие дистрессовые образы, мысли, флэш-бэки или ощущения повторного переживания событий;
- расстройство проявляется при столкновении с чем-то, напоминающим о травмирующем событии.

4. Стремление избегать стимулов, ассоциирующихся с травмой (мыслей, чувств, разговоров, деятельности, мест и людей).

5. Очевидные симптомы тревоги или повышенной возбудимости (например, раздражительность, трудности концентрации, трудности засыпания и сохранения сна, преувеличенные реакции испуга, моторное возбуждение).

6. 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 обращаться за необходимой медицинской или юридической помощью, не может мобилизовать необходимые ресурсы).

7. Симптомы длятся минимум 2 дня и максимум 4 недели и проявляются в течение 4 недель после травмирующего события.

8. Симптомы не являются непосредственным результатом приема химических веществ (химической зависимости или медикаментозного лечения) или общего физического состояния.

Диагностика хронического изменения личности после переживания экстремальной ситуации в МКБ-10 предусматривает соответствие состояния следующим критериям [цит. по 22]:

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:

- стойкое враждебное или недоверчивое отношение к окружающему при отсутствии такой установки до попадания в экстремальную ситуацию;

- социальная изоляция (избегание контакта с людьми, кроме немногих живущих вместе родных), не обусловленная каким-то психическим, в т. ч. аффективным расстройством;

- 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;

- 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;

- 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 2 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 2 лет после существования посттравматического стрессового расстройства не меньшей длительности.

Как уже говорилось (см. тему 2), более интенсивной и длительной оказывается реакция на социальный стрессор (например, захват заложников), чем на природную катастрофу (например, наводнение).

Контрольные вопросы и задания

1. Дайте определение и краткую сравнительную характеристику следующих явлений: стресс, травматический стресс и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

2. Назовите три основные временные стадии развития ПТСР, выделенные В. Г. Ромеком и др.

3. Охарактеризуйте три группы симптомов ПТСР, выделенные в МКБ-10.

4. Раскройте основное содержание критериев ПТСР по DSM-IV.

5. Сравните диагностические критерии ОСТ и ПТСР.

Тема 7. Профессиональный стресс. Факторы, определяющие психологическую устойчивость специалиста

7.1. Понятие профессионального стресса. Этапы психической адаптации специалиста к экстремальной ситуации

Профессиональный стресс – это состояние человека, возникающее в результате воздействия стрессогенных факторов в процессе профессиональной деятельности. Обсуждение степени «стрессогенности» или напряженности касается не только конкретных профессий, но и индивидуальных особенностей личности профессионала. Психологические закономерности, определяющие специфику профессиональной деятельности под влиянием разнообразных факторов, точно определил Российский физиолог И. П. Павлов, который считал, что дело не столько в силе взаимодействующих раздражителей, сколько в их новизне, главная реакция пассивно-оборонительного рефлекса имеется не на силу, а на новизну. Таким образом, рассуждая о роли стрессовых факторов различной природы, целесообразно делать акцент не столько на объективных характеристиках – силе или интенсивности экстремальных воздействий, сколько на качественных характеристиках раздражителей, индивидуально переживаемых разными людьми, на привычности или непривычности, новизне возникшей ситуации.

В связи с выделением разнообразных в плане стрессогенности условий профессиональной деятельности выделяют:

- обычные условия деятельности, которые характеризуются отсутствием факторов, вызывающих напряженность;
- особые условия деятельности, где воздействуют экстремальные факторы (ЭФ) умеренной интенсивности;
- экстремальные условия деятельности – с интенсивным многократным воздействием ЭФ;
- сверхэкстремальные условия деятельности, где человек выполняет свои профессиональные обязанности в условиях постоянной угрозы здоровью и жизни.

Выделяют следующие этапы психической адаптации специалиста к экстремальной ситуации [39]:

1. Подготовительный этап. Ситуация, в которой предстоит работать, как бы конструируется человеком в идеальном (мыслительном) плане. Анализируются ее специфические особенности, выделяются «типичные» для ряда сходных ситуаций случаи, намечаются вероятные пути действий.

2. Стартовое психическое напряжение. Физиологические изменения, происходящие на этом этапе, подготавливают человека к активным действиям: запускаются реакции активации жизнеобеспечивающих систем организма: учащение сердцебиения и дыхания, повышение уровня напряжения мышц, изменение состава крови и других сред тела человека и пр. Главный результат всех этих стремительно происходящих процессов – скачкообразное повышение имеющейся в организме энергии, что и происходит на следующем этапе.

3. Острые психические реакции входа. Происходит «настройка» анализаторных систем, работа которых и определяет успешность работы специалиста в ЭС: избирательное изменение зрительной, слуховой, обонятельной, тактильной чувствительности. Характерной реакцией этого этапа является возникающее чувство эйфории (яркая иллюстрация – знаменитое гагаринское «Поехали!»), сопровождающееся мощным выбросом адреналина в кровь.

4. Психическая переадаптация. Этот этап «вхождения» в ЭС может проходить в два уровня:

– уровень неустойчивой психической деятельности (дезадаптация) – процесс, протекающий вне патологии и связанный с отвыканием от одних привычных условий жизни и соответственно привыканием к другим. В рамках концепции «предболезни» дезадаптация рассматривается как переходное, предпатологическое состояние, главной чертой которого является отсутствие отчетливых оснований для постановки нозологического диагноза (патологии). Как всякая функция человека, рефлекс «настройки» на определенную ситуацию обостряется по мере тренировки и притупляется, когда им пользуются редко. Людям тренированным, испытывающим ощущение относительной защищенности (благодаря профессиональным навыкам, отработанным в аналогичных ситуациях), свойственна приспособительная реакция средней

интенсивности. Человек, находящийся в конкретной ЭС впервые или испытывающий неуверенность, страх, ощутит реакцию более мощную и стремительную;

– уровень необратимых изменений личности. По данным некоторых авторов, именно на этом уровне закладываются источники ПТСР. В процессе выполнения профессиональных функций в экстремальных и сверхэкстремальных условиях, человек может находиться под воздействием стихийных факторов и ситуаций, логически объяснить которые сам он не в состоянии (например, массовые разрушения, «экспозиция смерти»). Находясь в ЭС перед необходимостью принимать решения в условиях дефицита времени, человек может бессознательно запечатлевать образы, впоследствии требующие сознательного анализа, понимания и «встраивания» новых смыслов в картину мира специалиста. Если должная работа по осознанию психотравмирующей ситуации своевременно не состоялась, у специалиста существует повышенный риск развития ПТСР.

5. Завершающее психическое напряжение. Фаза выделяется в связи с тем, что специалист, работающий в конкретной ЭС, фиксирует снижение интенсивности действия ЭФ либо приближающееся завершение самой ЭС. Поскольку человек не может физически бесконечно долго работать на пределе своих возможностей (физических, эмоциональных, интеллектуальных и пр.), для специалиста важно грамотно рассчитать имеющиеся в его распоряжении ресурсы. Завершающее психическое напряжение можно сравнить с «последним рывком» к финишной черте, после которой человек осознает, что профессиональные обязанности выполнены, может почувствовать себя в безопасности и расслабиться.

6. Острые психические реакции выхода. Специалист, выполнявший свои профессиональные функции под влиянием ЭФ, находился в состоянии психофизиологического напряжения. Когда ЭС завершилась, функции организма, вышедшие из своего «повседневного» состояния, нуждаются в стабилизации, возвращению к «первоначальным параметрам» функционирования. Обычные для человека в этой фазе переживания – чувство усталости, сонливости; возможны ощущения тяжести в мышцах, чувство голода, жажды и другие состояния, которые проявляются индивидуально.

7. Реадаптация. Эта фаза характеризуется аналитической деятельностью специалиста или группы специалистов по результатам проделанной работы. Важно акцентировать внимание на позитивном опыте, полученном при выполнении профессиональных функций, а также уникальных индивидуальных наблюдениях и переживаниях специалистов, особенно если были зафиксированы особенности, описанные в шестой фазе данной типологии.

7.2. Психологическая устойчивость. Факторы психологической устойчивости специалиста.

Неоднократно отмечалось, что для безаварийной эффективной работы в экстремальных условиях деятельности специалист должен обладать определенными свойствами, отличающими его от «обычного» человека, профессиональные функции которого реализуются в обычных условиях деятельности. Эти свойства в психологии рассматриваются как **психологическая устойчивость**, и могут быть определены как устоявшаяся система психологических качеств и свойств личности, позволяющая сохранять способность к надежной и эффективной деятельности в особых и экстремальных условиях. Психологическую устойчивость как профессионально важное качество специалиста определяют следующие факторы:

- психофизиологический статус;
- профессиональные навыки;
- знание особенностей поведения человека в ЭС;
- навыки самодиагностики собственного психофизиологического состояния и навыки саморегуляции;
- зона стабильности (личная история и индивидуальные особенности).

Что касается **профессиональных навыков и знания** закономерностей поведения человека в ЭС, роль этих факторов в обеспечении психологической устойчивости очевидна.

Особенности психофизиологического статуса специалиста, касающиеся типологических особенностей высшей нервной деятельности, подробно были рассмотрены в теме 7. Обсуждая проблему уязвимости к ПТСР, отметим, что предрасполагающим фактором может оказаться физиологическое состояние в момент получения травмы, особенно соматическое истощение на фоне нарушения привычного стереотипа сна – бодрствования и приема пищи.

Биологические и психологические проявления, характерные для острой реакции на стресс, без сомнения, являются одним из самых очевидных критериев уязвимости для ПТСР. Если сразу после воздействия ЭФ 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 гиперреакцию даже на одноразовый стрессор. Точно так же наличие диссоциации (отстраненности), считающейся своего рода защитной реакцией на травму, говорит о том, что индивид 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.

Пристальное внимание необходимо уделить проблеме индивидуальной уязвимости человека психотравмирующим факторам ЭС или **«зоне стабильности» его личной жизни.**

Когда говорится о том, что человек страдает ПТСР, прежде всего, имеется в виду объективное обстоятельство – он пережил травмирующее событие, 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 события, которая в каждом случае индивидуальна. Помимо тяжести стрессорного фактора, важную роль играет уязвимость индивидуума к ПТСР. Об уязвимости свидетельствуют особенности самой личности, характера человека (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) [16].

Установлена значимая корреляция между конфликтными отношениями с родителями на третьем году жизни и последующими нарушениями социальной 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 [30].

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 экстернизации (обсуждению произошедшей ЭС) 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, однако, и поощрять некоторые болезненные проявления.

Последнее время все большее значение придается психологическим аспектам стресса, в частности, жизненной значимости события, включая отношение личности к угрожающей ситуации с учетом моральных, религиозных ценностей и идеологии.

В зарубежных исследованиях, изучающих взаимосвязь характеристик личности, стресса и заболеваний, большое внимание уделяют таким психологическим свойствам, как локус контроля, организация когнитивной системы переработки информации, понятийно-ценностная сфера личности.

Понятие «локус контроля» было введено социальным психологом Дж. Роттером в 1954 г. **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) локусами контроля [37].

Экстерналы видят большинство событий как результат случайности, контролируемой силами, неподвластными человеку. Интерналы, 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 другого американского исследователя Дж. Аверилла [37] подчеркиваются три основных типа контроля: поведенческий контроль, который затрагивает направление действий, когнитивный контроль, который, в первую очередь, отражает интерпретацию событий личностью, и волевой контроль, или контроль решительности, который определяет процедуру выбора способа действия.

7.3. Некоторые аспекты личной истории, определяющие психологическую устойчивость специалиста

В целом существует достаточно много теорий, объясняющих личную предрасположенность к возникновению травматического стресса. И. Ялом предложил рассматривать все психологические проблемы травматического стресса с точки зрения понятий смерти, свободы, изоляции и бессмысленности [45].

Впервые страх **смерти** возникает у трехлетнего ребенка: ему стало страшно засыпать, он часто расспрашивает 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 заключается в мыслях о том, что «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 состоит в осознании, что «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 состоит в пожелании, что «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».

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.

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 связано с тем, что 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.

Выделяют также пятую составляющую – неопределенность как следствие вероятностного характера всего происходящего. **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.

Концепция, объясняющая подверженность личности переживаниям травматического стресса, спецификой когнитивной организации, является **теория Дж. Келли**. По мнению Дж. Келли, процесс мышления человека протекает на основании формирования полярных утверждений, конструктов, таких как: смертность – бессмертие, закономерность – случайность, зависимость – независимость, чувство общности с другими – одиночество, осмысленность – бессмысленность, безопасность – угроза, беспомощность –

всемогущество, полноценность – ущербность. Стремление избегать 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:

- противоречие базисным убеждениям личности, пересмотр которых воспринимается как угроза существованию;
- неожиданность (как объективная, так и субъективная, когда в силу отрицания человек не допускал возможности события);
- непоправимость происшедшего.

Логично предположить, что риск развития ПТСР снижается в следующих случаях:

- человеком своевременно разрешаются актуальные для его развития конфликты (внутриличностные или касающиеся норм взаимодействия с другими людьми и ситуациями);
- искренность в проявлении отношения и толерантность к инаковости и нестандартным проявлениям других людей;
- открытость новому опыту;
- высокий уровень самоуважения и самопринятия, позволяющий быть человеку уверенным в правильности /целесообразности происходящего;
- способность принимать мир таким, какой он есть, и себя в этом мире.

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 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.

Контрольные вопросы и задания

1. Дайте определение профессиональному стрессу.
2. Охарактеризуйте фазы процесса адаптации специалиста к экстремальной ситуации.
3. Раскройте понятие психологической устойчивости.
4. Перечислите факторы, определяющие психологическую устойчивость.
5. В чем состоит специфика фактора «зона стабильности» и исследования различными авторами индивидуальных особенностей личности?

Тема 8. Психология горя

8.1. Горе как процесс. Стадии переживания

Горе (реакции горя) возникает естественным образом в жизни людей и связано с какой-либо утратой: смертью близкого человека, разводом, длительной разлукой, тяжелой операцией, связанной с ампутацией, и т. п. Синдром утраты (другое название горя) – это сильные эмоции. Утрата может быть временной (разлука) или постоянной (смерть), реальной или воображаемой, физической или психологической.

Горе – это также довольно длительный процесс, при помощи которого человек работает с болью утраты, вновь обретая чувство равновесия и полноты жизни. Пережить утрату в психологическом смысле означает позволить

горю «совершить его работу», а не притупить остроту душевных переживаний. Процесс скорби, оплакивания не является какой-либо неадекватной реакцией, от которой надо уберечь человека. С гуманистических позиций такой процесс приемлем и необходим – это очень тяжелая психическая нагрузка, заставляющая страдать. Стрдание и скорбь нельзя остановить, они должны продолжаться столько, сколько необходимо [цит. по 31]. Хотя преобладающей эмоцией при утрате является печаль, тут также присутствуют эмоции страха, гнева, вины и стыда.

Существует ряд теорий, объясняющих, почему люди испытывают такие сильные эмоции после тяжелой утраты. Психодинамическая модель, разработанная на основе трудов З. Фрейда и его последователей, является одной из самых влиятельных в объяснении последствий тяжелой утраты. Согласно данной модели, формирование первых и наиболее важных отношений происходит в первые годы жизни, когда возникает привязанность к людям, которые обеспечивают уход и заботу, чаще всего к родителям. Позднее человек тратит свою эмоциональную и физическую энергию на попытки найти еще кого-то, кто может его понять, дать то, чего ему не хватало в детстве, установить близкие отношения. Поэтому когда умирает кто-то близкий, человек чувствует себя обездоленным. В эмоциональном смысле он чувствует, что как бы «отрезали» часть его.

Горе утраты характеризуется следующими проявлениями [21]:

1. На первый план выступает физическое страдание в виде периодических приступов длительностью от нескольких минут до часа со спазмами в горле, припадками удушья, учащенным дыханием и постоянной потребностью вздохнуть. Впоследствии постоянные вздохи сохраняются длительное время и вновь особенно заметны, если человек вспоминает или рассказывает о своем страдании. Ощущается чувство пустоты в животе, потеря аппетита, мышечной силы, малейшее движение становится крайне тягостным и почти невозможным, от незначительной физической нагрузки возникает полнейшее изнеможение. На фоне этих телесных признаков человек испытывает психическое страдание в виде эмоционального напряжения или душевной боли. Отмечаются изменения ясности сознания: возникает легкое чувство нереальности и ощущение, что эмоциональное расстояние, отделяющее человека от других людей, увеличилось.

2. Поглощенность образом утраченного. На фоне чувства нереальности могут возникать зрительные, слуховые или сочетанные иллюзии. Переживающие горе сообщают, что слышат шаги умершего, встречают его мимолетный образ в толпе, узнают знакомые запахи и т. д. Такие состояния отличаются сильной эмоциональной вовлеченностью, под влиянием которой может утрачиваться грань между переживанием и реальностью.

3. Чувство вины. Горюющий пытается отыскать в предшествующих утрате событиях и поступках то, чего он не сделал для умершего. Малейшие оплошности, невнимания, упущения, ошибки преувеличиваются и способствуют развитию идей самообвинения.

4. Враждебные реакции. В отношениях с людьми снижается или исчезает симпатия, утрачивается обычная теплота и естественность, нередко человек говорит о происходящем с раздражением или злостью, выражает желание, чтобы его не беспокоили. Враждебность иногда возникает спонтанно и необъяснима для горюющих. Некоторые принимают ее за начало безумия. Другие стараются контролировать вспышки гнева, что удается далеко не всегда. Постоянные попытки держать себя в узде приводят к особой манерно-натянутой форме общения.

5. Утрата прежних естественных моделей поведения. В поступках отмечается торопливость, суетливость, человек становится непоседливым или совершает хаотические действия в поисках какого-либо занятия, но оказывается совершенно неспособным к простейшей организованной деятельности. Со временем он как бы вновь осваивает круг повседневных дел. Горюющим очень часто приходится как бы заново «учиться» их делать, преодолевая переживание отсутствия смысла какого-либо действия после случившегося.

6. Идентификация с утратой. В высказываниях и поступках человека появляются черты поведения умершего или признаки его предсмертного заболевания. Как правило, идентификация с утратой становится следствием поглощенности образом умершего.

Выделяют сферы жизнедеятельности человека, в которых горевание можно отследить достаточно четко. Существуют следующие комплексы симптомов горя [39]:

– эмоциональный комплекс – печаль, гнев, тревога, беспомощность, безразличие;

- когнитивный комплекс – навязчивые мысли, неверие, ощущение присутствия умершего;
- поведенческий комплекс – нарушения сна, бессмысленное поведение, избегание вещей и мест, связанных с умершим, фетишизм, сверхактивность, уход от социальных контактов, потеря интересов;
- возможны комплексы физических ощущений и алкоголизация как поиск комфорта.

Во времени состоянию горя свойственна динамика, прохождение ряда этапов, когда человек осуществляет «работу горя» [39]. Цель «работы горя» состоит в том, чтобы пережить его, стать независимым от утраты, приспособиться к изменившейся жизни и найти новые отношения с людьми и миром.

Процесс переживания горя протекает в несколько стадий:

1. Начальная стадия горя – шок и оцепенение. Шок от перенесенной утраты и отказ поверить в реальность происшедшего могут длиться до нескольких недель, в среднем 7–9 дней. Физическое состояние человека, переживающего горе, ухудшается: обычно потеря аппетита, сексуального влечения, мышечная слабость, замедленность реакций. Происходящее переживается как нереальное. Человек в состоянии шока может делать что-то действительно необходимое, связанное с организацией похорон, или же его активность может быть беспорядочной. Бывает и полная отрешенность от происходящего, бездеятельность. Чувства по поводу происшедшего почти не выражаются; человек в состоянии шока может казаться безразличным ко всему. Оцепенение – наиболее яркая черта этого состояния.

Часто человек в этой фазе чувствует себя вполне нормально. Он не страдает, снижается чувствительность к боли и даже «проходят» беспокоившие заболевания. Человек настолько ничего не чувствует, что даже рад был бы почувствовать хоть что-нибудь. Его бесчувственность расценивается окружающими как недостаточность любви и эгоизм. От горящего требуется бурное выражение эмоций, если же человек не может заплакать, его упрекают и винят. Между тем, именно такое «бесчувствие» свидетельствует о тяжести и глубине переживаний. И чем дольше длится этот промежуток, тем дольше и тяжелее будут последствия.

Несмотря на все обманчивое внешнее благополучие, объективно человек находится в довольно тяжелом состоянии. Одна из опасностей состоит в том,

что в любую минуту оно может смениться так называемым острым реактивным состоянием, когда человек вдруг становится «буйным». Окружающие, чья бдительность усыплена, не всегда готовы к этому.

Предполагается, что комплекс шоковых реакций связан с работой механизмов психологической защиты: отрицание факта или значения смерти предохраняет понесшего утрату от резкого столкновения с ужасом произошедшего. Шок оставляет человека в том времени, когда умерший был еще жив. Настоящее сопровождается так называемыми дереализационными и деперсонализационными ощущениями («Это происходит не со мной», «Как будто это происходит в кино».) Человек сосредоточен на каких-нибудь мелких заботах и событиях, не связанных с утратой, либо он психологически остается в прошлом, отрицая реальность; в таком случае он и производит впечатление оглушенного или сонного: почти не реагирует на внешние, стимулы или повторяет какие-либо действия.

Часто на смену шоковой реакции приходит чувство злости. Злость возникает как эмоциональная специфическая реакция на помеху в удовлетворении потребности, в данном случае – потребности остаться в прошлом вместе с умершим [21]. Любые внешние стимулы, возвращающие человека в настоящее, могут провоцировать это чувство. Злость также свидетельствует о глубине полученной психологической травмы. Это обусловлено резкой фрустрацией: невозможностью осуществления планов, желаний, связанных с умершим.

2. Стадия поиска – характеризуется стремлением вернуть умершего и отрицанием безвозвратности утраты. Человеку, понесшему утрату, часто кажется, что он видит умершего в толпе на улице, слышит его шаги в соседней комнате и т. п. Поскольку большинство людей, даже испытывая очень глубокое горе, сохраняют связь с реальностью, подобные иллюзии могут пугать, вызывать мысли о сумасшествии. С другой стороны, сильна вера в чудо, не исчезает надежда «каким-то образом вернуть умершего», и скорбящий «встречает» его или ведет себя так, как будто бы тот вот-вот появится.

Переход от стадии шока к стадии поиска постепенный; особенности состояния и поведения, характерные для этой стадии, можно заметить на 5–12-й день после смерти близкого. Некоторые последствия шока могут проявляться еще довольно долго.

3. Стадия острого горя – длится до 6–7 недель с момента утраты. Сохраняются и поначалу могут усиливаться физические симптомы: затрудненное дыхание, мышечная слабость, физическая усталость даже при отсутствии реальной активности, повышенная истощаемость, ощущение пустоты в желудке, стеснения в груди, комок в горле, повышенная чувствительность к запахам, снижение или необычное усиление аппетита, сексуальные дисфункции, нарушения сна. В это время человеку бывает трудно удержать свое внимание во внешнем мире, реальность как бы покрыта прозрачной кисеей, вуалью, сквозь которую сплошь и рядом пробиваются ощущения присутствия умершего.

Это период наибольших страданий, острой душевной боли. Появляется множество тяжелых, иногда странных и пугающих мыслей и чувств. Это ощущения пустоты и бессмысленности, отчаяние, чувство брошенности, одиночества, злость, вина, страх и тревога, беспомощность. Типичны необыкновенная поглощенность образом умершего и его идеализация, особенно к концу фазы, подчеркивание необычайных достоинств, избегание воспоминаний о его плохих чертах и поступках. Горе накладывает отпечаток и на отношения с окружающими, может наблюдаться утрата теплоты, раздражительность, желание уединиться. Изменяется повседневная деятельность. Человеку трудно бывает сконцентрироваться на том, что он делает, трудно довести дело до конца, а сложно организованная деятельность может на какое-то время стать и вовсе недоступной. Порой возникает бессознательное отождествление с умершим, проявляющееся в невольном подражании его походке, жестам, мимике.

Работа по переживанию горя становится ведущей деятельностью. Это самый тяжелый период. Основным переживанием выступает чувство вины.

Стадию острого горя считают критической в отношении дальнейшего переживания потери. Человек постепенно «уходит» от умершего и с болью переживает действительное отдаление его образа. Разрыв старой связи с умершим и создание образа памяти, образа прошлого и связи с ним – основное содержание «работы горя» в этот период.

Через 3–4 месяца начинается цикл «хороших и плохих» дней. Повышается раздражительность и снижается фрустрационная толерантность. Возможны проявления вербальной и физической агрессии, рост соматических

проблем, особенно простудного и инфекционного характера, из-за подавленности иммунной системы.

С наступлением шестимесячного срока начинается депрессия. Особенно тягостны праздники, дни рождения, годовщины («Новый год впервые без него», «Весна впервые без него», «День рождения») или события повседневной жизни («Обидели, некому пожаловаться», «На его имя пришло письмо»).

4. Стадия восстановления – начинается дней через 40 после события и продолжается примерно 1 год. В этот период восстанавливаются физиологические функции, профессиональная деятельность. Человек постепенно привыкает к факту утраты. Он по-прежнему переживает горе, но эти переживания уже приобретают характер отдельных приступов, вначале частых, потом все более редких. Конечно, приступы горя могут быть очень болезненными. Человек уже живет нормальной жизнью и вдруг вновь возвращается в состояние тоски, скорби, испытывает ощущение бессмысленности своей жизни без ушедшего. Часто такие приступы связаны с праздниками, какими-то памятными событиями и вообще – с любыми ситуациями, которые могут ассоциироваться с умершим. Годовщина смерти символически ограничивает период горя. Многие культуры и религии отводят на траур именно 1 год, ведь за год человек проходит определенный жизненный цикл, маркерами которого служат традиционные даты и события.

За этот период утрата постепенно входит в жизнь. Человеку приходится решать множество новых задач, и эти практические задачи переплетаются с переживанием потери. Он очень часто сверяет свои поступки с нравственными нормами умершего, с тем, «что бы он сказал». Постепенно появляются все больше воспоминаний, освобожденных от боли, чувства вины, обиды. Некоторые из таких воспоминаний становятся особенно ценными, дорогими, они сплетаются порой в целые рассказы, которыми делятся с близкими, друзьями. На этой фазе человек как бы получает возможность отвлечься от прошлого и обращается к будущему – начинает планировать свою жизнь без умершего.

5. Завершающая стадия – наступает приблизительно через 1 год. Боль становится терпимей, и человек, переживший утрату близкого, понемногу возвращается к прежней жизни. В этот период происходит «эмоциональное прощание» с умершим, осознание того, что нет необходимости наполнять

болью утраты всю жизнь. Из словарного запаса исчезают слова «тяжелая утрата» и «горе». Завершение переживания горя могут затруднять некоторые культурные нормы и личные убеждения (например, убеждение женщины, муж которой погиб на войне, что она должна хранить ему верность и горевать о нем до конца своих дней). Создать в памяти образ ушедшего из жизни, найти для него смысл и постоянное место в потоке жизни – вот основная цель психологической работы на данной стадии. И тогда человек, понесший утрату, сможет любить тех, кто живет рядом с ним, создавать новые смыслы, не отвергая тех, что были связаны с умершим: они останутся в прошлом.

Хотя сама последовательность стадий переживания утраты типична, эти этапы не следуют строго один за другим и часто перекрывают друг друга. Переживание горя представляет собой индивидуальный процесс, и характерные признаки этапов могут сосуществовать в различных сочетаниях, создавая уникальные возможности для позитивных изменений.

8.2. «Нормальное» и «патологическое» горе

Горе – это естественный процесс, и человек в большинстве случаев переживает его без профессиональной помощи. Хотя потери и являются неотъемлемой частью жизни, тяжелые утраты нарушают личные границы и разрушают иллюзии контроля и безопасности. Поэтому процесс переживания горя может трансформироваться в развитие болезни: человек как бы «застывает» на определенной стадии синдрома утраты. Чаще всего такие остановки происходят на острой стадии: усиливаются и сохраняются в течение длительного времени симптомы, характерные для этого периода, их комплекс соответствует посттравматическому стрессовому расстройству. Поэтому различают «нормальное» и «патологическое» (осложненное) горе.

К возможным **причинам «патологического горя»** относятся следующие [19, 21, 40]:

- внезапная смерть или насильственная, трагическая гибель близкого;
- самоубийство;
- конфликты с человеком непосредственно перед его смертью, непрощенные обиды, причиненные ему огорчения;
- трагические ситуации неопределенности (когда близкий исчез, без вести пропал, не похоронен);

– умерший играл исключительную роль в жизни скорбящего, был для него целью и смыслом жизни, при этом отношения с другими людьми отличались конфликтностью либо были сведены к минимуму;

– страх перед интенсивными переживаниями, которые кажутся неконтролируемыми и бесконечными, неверие в свою способность преодолеть их.

К **симптомам «нормального» горя** относятся следующие проявления [21, 40]:

- нарушение сна;
- анорексия или потеря (приобретение) веса;
- раздражительность;
- сложности с концентрацией внимания;
- потеря интереса к новостям, работе, друзьями и т. д.;
- подавленность;
- апатия и отчуждение, стремление к уединению;
- плач;
- самобичевание;
- суицидальные мысли;
- соматические симптомы;
- чувство усталости;
- применение медикаментов – снотворных и (или) успокоительных;
- галлюцинации, отождествление с умершим или ощущение его присутствия.

К **симптомам «патологического» горя** относятся следующие проявления:

- затянувшееся переживание горя (несколько лет);
- задержка реакции на смерть близкого (нет выражения страданий в течение 2 и более недель);
- сильная депрессия, сопровождающаяся бессонницей, чувство самоуничтожения, напряжение, горькие упреки в свой адрес и необходимость самобичевания;
- появление болезней психосоматического характера, таких как язвенный колит, ревматический артрит, астма. Нередко бывает ослабление чувствительности и т. д.;
- ипохондрия: развитие симптомов, от которых страдал умерший;

- сверхактивность: перенесший утрату человек начинает развивать кипучую деятельность, не ощущая боли утраты;
- неистовая враждебность, направленная против конкретных людей, часто сопровождаемая угрозами, однако только на словах;
- не согласующееся с нормальным социальным и экономическим существованием поведение; может быть полное изменение стиля жизни;
- устойчивая нехватка инициативы или побуждений, неподвижность;
- слабовыраженные эмоции, неспособность чувствовать;
- резкие переходы от страданий к самодовольству за короткие промежутки времени, возможное вынашивание суицидальных планов;
- изменение отношения к друзьям и родственникам; раздражительность, нежелание надоедать, уход от социальной активности; прогрессирующая изолированность;
- разговоры о суициде, воссоединении с умершим, о желании со всем покончить;
- другие, не отмеченные выше симптомы, характерные для посттравматического стрессового расстройства;
- при особенно сильных переживаниях горе может даже стать причиной болезни и смерти скорбящего человека.

Необходимо проявлять осторожность, определяя «патологическое» осложненное горе только по его продолжительности. Индивидуальные темпы «работы горя» очень различны, и даже спустя год после утраты она может быть еще не закончена. Но если миновало несколько лет и признаки горя все еще существенно мешают в жизни, тогда следует говорить об осложненном горе. Оно встречается у 10–15 % горюющих.

Существует **несколько форм осложненного синдрома потери**:

1. Хроническое горе. При этой наиболее частой форме переживание потери носит постоянный характер и интеграция утраты не наступает. Среди признаков преобладает тоска по человеку, с которым существовала тесная эмоциональная связь. Даже спустя многие годы малейшее напоминание об утрате вызывает интенсивные переживания.

2. Конфликтное (преувеличенное) горе. Один или несколько признаков потери искажаются или чрезмерно усиливаются, прежде всего, чувства вины и гнева, образующие порочный круг контрастных переживаний, мешающий

совладанию с горем и затягивающий прохождение острого периода. Выход может достигаться через эйфорические состояния, переходящие в длительную депрессию с идеями самообвинения.

3. Подавленное (маскированное) горе. Проявления горя незначительны или полностью отсутствуют. Вместо них появляются соматические жалобы, признаки болезни, отмечавшиеся у умершего, с последующим развитием длительной ипохондрии. Например, описываются состояния «кластерной головной боли», которая может продолжаться в течение нескольких месяцев и складываться из множества отдельных приступов. Осознание их связи с утратой отсутствует.

4. Неожиданное горе. Внезапность делает почти невозможным принятие и интеграцию утраты. Их развитие задерживается, преобладают интенсивные чувства тревоги, самообвинения и депрессия, осложняющие ежедневную жизнь. Весьма характерно возникновение мыслей о самоубийстве и его планирование.

5. Отставленное горе. Его переживание «откладывается» на длительное время. Сразу после утраты возникают эмоциональные проявления, но затем «работа горя» прекращается. В дальнейшем новая потеря или напоминание о прежней, запускают механизм переживания. Посещая врача, человек неоднократно говорит об утрате. Дома не желает что-либо менять, расставаться с дорогими вещами или, наоборот, стремится полностью изменить жизнь (сменить обстановку, квартиру, иногда – город).

6. Отсутствующее горе. При этой форме отсутствуют какие-либо внешние проявления, как если бы утраты не было вообще. Человек полностью отрицает ее или остается в состоянии шока.

В некоторых случаях течение горя, в том числе и осложненного, может усугубляться присоединением признаков ПТСР, например, в чрезвычайных условиях стихийных бедствий, военных действий или их последствий.

8.3. Задачи горя

В последнее время широкое распространение получил новый взгляд на работу с синдромом утраты, предложенный Дж. Ворденом. Данная концепция эффективна для диагностики и работы с актуальным горем, а также если

приходится иметь дело с чувством утраты, не пережитым много лет назад и вскрывшимся во время терапии, начатой по совершенно другому поводу.

Дж. Ворденем предложен вариант описания реакции утраты не по стадиям или фазам, а через четыре задачи, которые должны быть выполнены горюющим при нормальном течении процесса. Эти задачи, по сути, схожи с теми, которые решает ребенок по мере взросления и отделения от матери.

Хотя формы течения синдрома утраты и их проявления очень индивидуальны, однако неизменность содержания процесса позволяет выделить те универсальные шаги, которые должен сделать горюющий, чтобы вернуться к нормальной жизни, и на выполнение которых должно быть, направлено внимание терапевта. Задачи утраты неизменны, поскольку обусловлены самим процессом, а формы и способы их решения индивидуальны и зависят от личностных и социальных особенностей горюющего человека. Четыре задачи утраты решаются субъектом последовательно. Если задачи не будут решены, горе не будет развиваться дальше и стремиться к завершению, следовательно, могут возникнуть проблемы в связи с этим даже через много лет [19, 21]. Реакция утраты может блокироваться на любой из стадий, и за этим может стоять разный уровень патологии. Остановка реакции на этапе решения каждой из задач имеет определенную симптоматику.

1. Первая задача горя – признание факта потери. Когда кто-то умирает, даже в случае ожидаемой смерти, нормально возникновение чувства, будто ничего не случилось. Поэтому, прежде всего, нужно признать факт утраты, осознать, что любимый человек умер, он ушел и никогда не вернется. В этот период, так же как потерявшийся ребенок ищет мать, человек машинально пытается войти в контакт с умершим – машинально набирает его телефонный номер, «видит» среди прохожих на улице и т. д. Это поведение «поиска» направлено на восстановление связи. В норме это поведение должно сменяться поведением, направленным на отказ от связи с умершим. Человек, который совершает описанные выше действия, в норме спохватывается и говорит себе: «Что я делаю, ведь он умер». Нередко встречается противоположное поведение – отрицание произошедшего. Если человек не преодолевает отрицания, тогда «работа горя» блокируется на самых ранних этапах. Отрицание может использоваться на разных уровнях и принимать разные формы, но, как правило, включает в себя либо отрицание факта потери, либо ее значимости, либо необратимости.

Отрицание факта потери может варьировать от легкого расстройства до тяжелых психотических форм, когда человек проводит несколько дней в квартире с умершим, прежде чем замечает, что тот умер.

Чаще встречающаяся и менее патологичная форма проявления отрицания была названа «мумификацией». В таких случаях человек сохраняет все так, как было при умершем, чтобы все время быть готовым к его возвращению. Это нормально, если продолжается недолго, таким образом создается своего рода «буфер», который должен смягчить самый трудный этап переживания и приспособления к потере. Но если такое поведение растягивается на годы, переживание горя останавливается и человек отказывается признать те перемены, которые произошли в его жизни, «сохраняя все, как было», и не двигаясь с места в своем трауре, – это проявление отрицания. Еще более легкая форма отрицания, когда человек «видит» умершего в ком-нибудь другом, например, овдовевшая женщина видит мужа в своем внуке.

Другой способ, которым люди избегают реальности потери, – отрицание значимости утраты. В этом случае они говорят что-то вроде «Мы не были близки», «Он был плохим отцом» или «Я по нему не скучаю». Иногда люди поспешно убирают все личные вещи покойного, все, что может о нем напомнить, – это поведение, противоположное мумификации. Таким образом, пережившие утрату оберегают себя от того, чтобы столкнуться лицом к лицу с реальностью потери. Те, кто демонстрирует такое поведение, относятся к группе риска развития патологических реакций утраты.

Другое проявление отрицания – «избирательное забывание». В этом случае человек забывает что-то, касающееся покойного.

Третий способ избежать осознания потери – отрицание необратимости утраты. Вариант этого поведения – увлечение спиритизмом. Иррациональная надежда вновь воссоединиться с умершим нормальна в первые недели после потери, когда поведение направлено на восстановление связи, но если эта надежда становится устойчивой, это ненормально. У религиозных людей такое поведение выглядит немного иначе, поскольку у них другая картина мира. Тогда нормой будет критичное отношение горюющего к происходящему, он понимает, что в этой жизни уже никогда не будет вместе с покойным и воссоединится с ним. Только прожив свою жизнь в этом мире так, как ее должен прожить добрый христианин или добропорядочный мусульманин.

Это ожидание воссоединения после смерти не нужно разрушать, поскольку оно входит в нормальную картину мира глубоко религиозных людей.

2. Вторая задача горя состоит в том, чтобы пережить боль потери. Имеется в виду, что нужно пережить все сложные чувства, которые сопутствуют утрате.

Если горящий не может почувствовать и прожить боль потери, которая есть всегда, она должна быть выявлена и проработана с помощью специалиста, иначе боль проявит себя в других формах, например, через психосоматику или расстройства поведения.

Реакции боли индивидуальны, и не все испытывают боль одинаковой силы. У горящего часто нарушается контакт не только с внешней реальностью, но и с внутренними переживаниями. Боль утраты ощущается не всегда, иногда утрата переживается как апатия, отсутствие чувств, но она должна обязательно быть проработана.

Выполнение этой задачи осложняется окружающими. Часто находящиеся рядом люди испытывают дискомфорт от сильной боли и чувств горящего, они не знают, что с этим делать, и сознательно или бессознательно сообщают ему: «Ты не должен горевать». Это невысказанное пожелание окружающих часто вступает во взаимодействие с собственными психологическими защитами человека, пережившего утрату, что приводит к отрицанию необходимости или неизбежности процесса горя. Иногда это даже выражается следующими словами: «Я не должна о нем плакать» или: «Я не должен горевать», «Сейчас не время горевать». Тогда проявления горя блокируются, не происходит отреагирования и эмоции не приходят к своему логическому завершению.

Избегание выполнения второй задачи достигается разными способами. Это может быть отрицание боли или других мучительных чувств. В других случаях это может быть избегание мучительных мыслей. Например, могут допускаться только позитивные, «приятные» мысли об умершем, вплоть до полной идеализации. Возможно избегание всяческих воспоминаний о покойном. Некоторые люди начинают с этой целью употреблять алкоголь или наркотики. Другие используют «географический способ» – непрерывные путешествия или непрерывную работу с большим напряжением, которое не позволяет задуматься о чем-нибудь, кроме повседневных дел. Описаны случаи,

когда реакцией на смерть была эйфория. Обычно она связана с отказом верить в то, что смерть произошла, и сопровождается постоянным ощущением присутствия усопшего. Эти состояния обычно нестойкие. Людям необходимо решить эту трудную задачу, открыть и прожить боль, не разрушаясь. Ее нужно прожить, чтобы не нести через всю жизнь. Если этого не сделать, позже возвращаться к этим переживаниям будет мучительнее и труднее, чем если сразу пережить их. Отсроченное переживание боли труднее еще и потому, что если боль утраты переживается спустя значительное время, человек уже не может получить того сочувствия и поддержки от окружающих, которые обычно оказываются сразу после потери и которые помогают справиться с горем.

3. Третья задача, с которой должен справиться горюющий, – это организация окружения, где ощущается отсутствие усопшего. Когда человек теряет близкого, он теряет не только объект, которому адресованы чувства и от которого чувства получают, он лишается определенного уклада жизни. Умерший близкий участвовал в быту, требовал выполнения каких-то действий или определенного поведения, исполнения каких-либо ролей, брал на себя часть обязанностей. И это уходит вместе с ним. Эта пустота должна быть восполнена, и жизнь необходимо организовать на новый лад.

Организация нового окружения означает разные вещи для разных людей, в зависимости от тех отношений, в которых они были с умершим, и от тех ролей, которые умерший играл в их жизни. Горюющий может этого и не осознавать. Горюющий должен приобретать новые навыки. Семья может оказать поддержку в их приобретении. Часто у горюющего вырабатываются новые способы преодоления возникших трудностей и перед ним открываются новые возможности, так что происходит переформулирование факта потери в нечто, имеющее также позитивный смысл. Это частый вариант успешного завершения третьей задачи.

4. Четвертая задача – это выстроить новое отношение к умершему и продолжать жить. Решение этой четвертой задачи не предполагает ни забвения, ни отсутствия эмоций, а только их перестройку. Эмоциональное отношение к умершему должно перемениться таким образом, чтобы появилась возможность продолжать жить, вступать в новые эмоционально насыщенные отношения.

Иногда людям кажется, что если их эмоциональная связь с умершим ослабнет, то тем самым они оскорбят его память и это будет предательством. В некоторых случаях может возникать страх того, что новые близкие отношения могут тоже закончиться и придется снова пройти через боль утраты – такое бывает особенно часто, если чувство потери еще свежо. В других случаях выполнению этой задачи может противиться близкое окружение, например, дети могут протестовать в случае новой привязанности у овдовевшей матери. За этим нередко стоит обида: мать нашла для себя замену умершему мужу, а для ребенка нет замены умершему отцу. Или наоборот – если кто-то из детей нашел себе партнера, у овдовевшего родителя может возникать протест, ревность, чувство, что сын или дочь собирается вести полноценную жизнь, а отец или мать остается в одиночестве. Часто выполнению четвертой задачи мешает романтическое убеждение, что любят только раз, а все остальное – безнравственно. Поведение «верной вдовы» одобряется социумом.

Выполнению этой задачи препятствуют запрет на новую любовь, фиксация на прошлой связи или избегание возможности вновь столкнуться с утратой близкого человека. Все эти барьеры, как правило, окрашены чувством вины.

Признаком того, что эта задача не решается, горе не стихает и не завершается период траура, часто бывает ощущение, что «жизнь стоит на месте», «после его смерти я не живу», нарастает беспокойство. Завершением выполнения этой задачи можно считать возникновение убеждения, что можно любить другого человека – любовь к усопшему не стала от этого меньше, но после смерти, например, мужа можно любить другого мужчину. Что можно чтить память погибшего друга, но при этом быть готовым к тому, что в жизни могут появиться новые друзья.

Момент, который можно считать завершением траура, неочевиден. Переживание утраты можно считать завершенным тогда, когда человек, переживший потерю, сделает все четыре шага, решит все четыре задачи горя. Признаком этого является способность адресовать большую часть чувств не усопшему, а другим людям, быть восприимчивым к новым впечатлениям и событиям жизни, способность говорить об умершем без сильной боли. Печаль остается, она естественна, когда человек говорит или думает о том, кого он любил и потерял, но это уже печаль спокойная, «светлая». «Работа горя»

завершена, когда тот, кто пережил утрату, вновь способен вести нормальную жизнь, он чувствует себя адаптированным, когда есть интерес к жизни, освоены новые роли, создано новое окружение и он может в нем функционировать адекватно своему социальному статусу и складу характера.

8.4. Развод как вариант ситуации острого горя

Утрата близкого человека случается не только при его смерти. Развод как вариант ситуации острого горя представляет собой аналогичную ситуацию и порождает схожую динамику переживаний. Развод – это смерть отношений, вызывающая самые разнообразные, но почти всегда болезненные чувства.

Для описания развода часто пользуются классификацией американского психолога Э. Кюблер-Росс, в соответствии с которой выделяют пять стадий развода [22]:

1. Стадия отрицания. Первоначально реальность происшедшего отрицается. Обычно человек затрачивает на близкие отношения много времени, энергии и чувств, поэтому сразу смириться с разводом трудно. На этой стадии ситуация развода воспринимается с выраженной защитой, посредством механизма рационализации обесцениваются брачные отношения: «Ничего такого не случилось», «Все хорошо», «Наконец пришло освобождение» и т. п.

2. Стадия озлобленности. На этой стадии от душевной боли защищаются озлобленностью по отношению к партнеру. Нередко манипулируют детьми, пытаясь привлечь их на свою сторону.

3. Стадия переговоров – самая сложная стадия. Предпринимаются попытки восстановить брак, и используется множество манипуляций по отношению друг к другу, включая сексуальные отношения, угрозу беременности или беременность. Иногда прибегают к давлению на партнера при помощи окружающих.

4. Стадия депрессии. Угнетенное настроение наступает, когда отрицание, агрессивность и переговоры не приносят никаких результатов. Человек чувствует себя неудачником, снижается уровень самооценки, он начинает сторониться других людей, не доверять им. Нередко испытанное во время развода чувство отвержения и депрессия довольно долгое время мешают заводить новые интимные отношения.

5. Стадия адаптации. Диапазон проблем, возникающих после развода, довольно широк – от финансовых до ухода за детьми. В разрешении проблем существенное место занимает умение жить без супруга (мужа или жены) и преодолевать одиночество. Неизбежна определенная ломка социальных отношений – приходится привыкать одному (одной) ходить на концерты, в гости. Важно здоровым и приемлемым путем удовлетворять сексуальную потребность.

8.5. Психологическое сопровождение переживающему горе

Этапы психологической помощи выстраиваются в соответствии с этапами переживания горя [31].

1. Помощь на стадии шока. Необходимо присутствовать рядом с человеком, понесшим утрату, не оставлять его одного, заботиться о нем. Выражать свою заботу и внимание лучше через прикосновения. Именно таким образом люди выражают свое участие, когда слова им неподвластны. Даже простое пожатие руки лучше, чем холодная изоляция. Страдающий человек всегда вправе не принять руку, так же как и другое участие, но предлагать помощь необходимо.

2. Помощь на стадии острого горя. Следует говорить об умершем, причине смерти и чувствах в связи с происшедшим, спрашивать об умершем, слушать воспоминания о нем, рассказы о его жизни, даже если они неоднократно повторяются. Вопросы «На кого он был похож?», «Можно ли увидеть его фотографии?», «Что он любил делать?», «Что вы сейчас вспоминаете о нем?» вовсе не бестактны, они позволяют скорбящему выговориться.

Если перенесший потерю человек как бы замирает, ничего не говорит, глядя в пространство, не стоит пытаться его разговорить, во что бы то ни стало заполнить тишину словами. Необходимо быть готовыми продолжить разговор, когда тот возвратится к реальности. Не всегда нужно знать, в какие воспоминания погружается человек, о чем он думает. Главное – создать вокруг него атмосферу присутствия и понимания.

В случае внезапной или насильственной смерти необходимо неоднократно обсуждать все мельчайшие детали, до тех пор, пока они не утратят своего устрашающего, травматического характера, – только тогда человек, потерявший близкого, сможет оплакивать его.

Необходимо дать возможность выплакаться, не стараясь непременно утешать. При этом не следует всем своим видом постоянно подчеркивать сочувственное отношение, подчеркивать особый статус страдающего человека.

Постепенно (ближе к концу этого периода) следует приобщать скорбящего к повседневной деятельности.

3. Помощь на стадии восстановления. Надо помогать заново включиться в жизнь, планировать будущее. Поскольку человек может неоднократно возвращаться к переживаниям острого периода, необходимо давать ему возможность вновь и вновь говорить об умершем. Полезными в этот период могут быть и какие-либо просьбы о помощи со стороны друзей, близких, выполнение которых поможет пережившему утрату «встряхнуться»; иногда эффективны даже упреки в безразличии, невнимании к близким, напоминания об обязанностях.

Контрольные вопросы и задания

1. Дайте определение горя.
2. Охарактеризуйте стадии горя.
3. Опишите задачи горя.
4. Назовите отличительные особенности «нормального» и «патологического» горя.
5. В чем смысл понятия «работа горя»?
6. Каковы основные принципы психологической помощи горюющему, какое поведение окружающих может блокировать переживания горюющего?
7. Охарактеризуйте разрыв отношений (развод) как вариант ситуации острого горя.

Тема 9. Особенности переживания детьми стрессовых ситуаций

Детские психологи считают, что любое поведение ребенка, даже самое необъяснимое, может быть «беспочвенным» лишь с точки зрения взрослых. Особое внимание взрослых, желающих вырастить здорового и счастливого ребенка, должны привлечь следующие ситуации детской биографии [36]:

1. Ребенок оказывается один на один с множеством мелких проблем. При этом взрослые заняты решением собственных проблем, и в силу занятости, усталости или нежелания общаться находятся на значительной эмоциональной дистанции и не могут принять участие в переработке информации, протянуть руку помощи. В таких случаях ребенок может запрашивать помощи у взрослых и находить весьма нетрадиционные пути привлечения внимания к себе (вплоть до суицида).

2. Ребенок хочет отомстить кому-либо, привлечь к себе внимание во что бы то ни стало или напугать родителей («Вы не купили мне ролики – вот я умру, и вы узнаете, как были неправы» – достаточно часто встречающаяся детская угроза).

3. Ребенок очень боится наказания за какой-то проступок.

4. Ребенок эмоционально высказывается о своей «плохой жизни».

5. Известный или знакомый человек (кумир, сосед по дому) совершил какой-либо нестандартный поступок, о котором много говорят, транслируют СМИ. Желая быть похожим на «героя» или привлечь недостающее внимание к собственной личности и переживаниям, ребенок может копировать действия других (в том числе и аутоагрессивные действия).

Особое место в жизни детей занимают ситуации, связанные с утратами, – смертью близкого человека, разводом и разъездом родителей, вынужденная разлука с родными или привычной обстановкой. Если после трагического события у ребенка возникли трудности с общением, в учебе, он боится оставаться один, появились головные боли, аллергии, энурез, проблемы с пищеварением, следует немедленно обратиться к специалисту (психотерапевту, психологу).

Не следует изолировать ребенка, отправлять его пожить в другое место (исключая стрессовые ситуации, связанные именно с местом проживания, например, ограбление или пожар). Необходимо больше времени уделить ребенку, особенно, если он не проявляет никаких чувств по поводу случившегося. Молчание – сигнал опасности патологических изменений в психике (так же, как и у взрослых). Важно помнить, что в разговоре детям важен эмоциональный настрой собеседника. Им трудно еще понять что-то неконкретное, абстрактное и определить причинно-следственные связи. У подростка реакции горя часто проявляются в девиантном поведении – аг-

рессивном, аутагрессивном, аддиктивном. Важно поговорить с ним о его чувствах, поделиться собственными. При необходимости (например, если погиб товарищ) нужно обратиться к специалисту.

При помощи детям в **ситуации смерти близкого человека** необходимо следовать следующим правилам [19, 22, 36]:

1. Корректно сообщите о смерти близкого человека. Маленькому ребенку объясните на доступном для него языке, что такое смерть. Рекомендуется сказать, что умершего он больше никогда не увидит. Не рекомендуется говорить, что человек уснул, ушел, его Бог забрал к себе и пр.

2. Создайте атмосферу, в которой ребенку будет легко спрашивать и выражать свои чувства.

3. Дайте возможность ребенку участвовать в разговорах об умершем, о похоронах.

4. Детей старше 3-х лет рекомендуется брать с собой на похороны. Заранее расскажите простым языком, что они увидят на похоронах.

5. Поделитесь с ребенком собственными чувствами в связи с событием. Уверяйте, что он не всегда будет чувствовать себя так, что Вы будете рядом и позаботитесь о нем.

6. Чаще прикасайтесь к ребенку, обнимайте его при возможности.

7. В острой стадии горя освободите ребенка от посещения детского сада, школы.

8. Через 3–4 дня расскажите ребенку, что кроме горя есть и другие чувства. Поговорите на другие темы, расскажите веселую историю.

9. Дети часто испытывают чувство вины по поводу случившегося. Объясните ребенку, что его вины здесь нет.

10. Дети могут расценивать смерть близкого человека как предательство. Внушайте, что это не так, что умерший любил ребенка.

Проблема психотравмирующего влияния насилия над детьми имеет не только психологический, но также социальный и юридический аспекты. Психические нарушения, возникающие вследствие насилия, могут привести к стойким личностным изменениям, которые препятствуют способности ребенка реализовать себя и быть благополучным человеком в будущем. Выделяют разные формы насильственного поведения в отношении детей.

Например, М. Д. Асанова выделяет физическое насилие, сексуальное насилие, пренебрежение и психологическое насилие [цит. по 29].

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, собственная беспомощность и потеря доверия другим людям, чувство вины, потеря жизненной перспективы). Прямое насилие над ребенком может оказаться слишком трудным, непереносимым, что может выразиться в оцепенении или молчании. **В случаях насилия, связанных с угрозой для жизни** (захват террористами, ограбление, разбойное нападение), необходимо предпринять следующие действия:

1. Дайте ребенку понять: Вам важно знать, что он пережил, и Вы знали других детей, которые тоже через такое прошли.
2. Создайте атмосферу безопасности. Обнимайте ребенка как можно чаще, разговаривайте с ним, принимайте участие в его играх.
3. Посмотрите с ребенком «хорошие» фотографии – это позволит найти эмоциональный ресурс для переживания неприятных воспоминаний.
4. Сводите разговор о событии с описания деталей на чувства.
5. Помогите выстроить ребенку жизненную перспективу – конкретные цели на конкретные сроки.
6. Периодически повторяйте, что совершенно нормально для людей, побывавших в такой ситуации, чувствовать беспомощность, страх, гнев нормально.
7. Повышайте самооценку ребенка – чаще хвалите его за хорошее поведение, помощь, другие поступки.
8. Поощряйте игры ребенка с песком, водой, глиной. Полезно рисование – чтобы вынести наружу свои переживания в виде образов.

Помните, что нельзя во всем потакать ребенку, переживающему трагическое событие. Важно оказывать ему необходимую помощь и эмоциональную поддержку для того, чтобы пережитое событие не стало причиной остановки в личностном развитии. С другой стороны – нельзя позволять ребенку становиться тираном, исполняя любые его желания из чувства жалости.

У детей, так же как и у взрослых, в результате переживания травматического события может развиваться ПТСР.

Для диагностики ПТСР у детей существуют две взаимодополняющие методики: полуструктурированное интервью для оценки травматических переживаний детей и родительская анкета для оценки травматических переживаний детей [35]. Эти методики применяются для клинического обследования ребенка, поведение которого вызывает опасения. Признаки, по которым взрослый может заметить развивающееся расстройство до того, как обратиться к специалисту, беспокойство, агрессия, страхи. Для детей младшего возраста (3–6 лет) свойственны следующие реакции:

- появление симптомов заболеваний;
- молчаливость, замкнутость;
- плаксивость;
- чувство вины;
- пугливость;
- отказ от любимых игрушек, частые огорчения.

Необходимо следовать следующим **правилам помощи детям, у которых обнаруживаются признаки ПТСР** [19, 22, 36]:

1. Разговаривая с ребенком, сообщайте ему только достоверную информацию.
2. Говорите с ребенком о Ваших чувствах.
3. Ребенку важно знать, что он не одинок. Не забывайте сообщать ему об этом.
4. Дотрагивайтесь до ребенка, обнимайте его как можно чаще. Прикосновения позволят почувствовать ребенку Вашу любовь.
5. Не жалейте времени для того, чтобы поговорить, поиграть с ребенком, уложить его спать.
6. Наблюдайте за ребенком – очень важно заметить у него негативные проявления, если они есть. Часто именно в игре ребенок проявляет свои чувства.
7. Поощряйте и инициируйте занятия, которые помогают снять напряжение: игры с водой, песком, глиной, пластилином, рисование и др.
8. Помните, что если ребенок расстроен, необходимо дать ему возможность побыть грустным или поплакать.

Еще одна специфическая область переживаний детей и подростков связана с **суицидальным поведением**. Имея сходство с действиями взрослых,

такая форма реагирования на травму отличается возрастным своеобразием. Детям характерна повышенная впечатлительность и внушаемость, способность ярко чувствовать и переживать, склонность к колебаниям настроения, слабость критики, эгоцентрическая устремленность, импульсивность в принятии решения. Нередки случаи, когда самоубийство детей и подростков вызывается гневом, протестом, злобой или желанием наказать себя и других. При переходе к подростковому возрасту возникает повышенная склонность к самоанализу, пессимистической оценке окружающего и своей личности. Эмоциональная нестабильность, часто ведущая к суициду, в настоящее время считается вариантом возрастного кризиса почти у четверти здоровых подростков [31].

Суицидальное поведение у подростков бывает демонстративным, аффективным и истинным. По классификации В. Т. Кондрашенко выделяют следующие типы суицидального поведения подростков: преднамеренное, неодолимое, амбивалентное, импульсивное и демонстративное [17].

Подросток с любыми признаками суицидальной активности должен находиться под постоянным наблюдением взрослых, разумеется, это наблюдение должно быть неназойливым и тактичным.

Выделяют следующие мотивы суицидального поведения у детей и подростков [30]:

- переживание обиды, одиночества, отчужденности и непонимания;
- действительная или мнимая утрата любви родителей, неразделенное чувство и ревность;
- переживания, связанные со смертью, разводом или уходом родителей из семьи;
- чувства вины, стыда, оскорбленного самолюбия, самообвинения;
- боязнь позора, насмешек или унижения;
- страх наказания, нежелание извиниться;
- любовные неудачи, сексуальные эксцессы, беременность;
- чувство мести, злобы, протеста; угроза или вымогательство;
- желание привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие, избежать неприятных последствий, уйти от трудной ситуации;
- сочувствие или подражание товарищам, героям книг или фильмов («эффект Вертера»).

К особенностям девиантного поведения в юношеском возрасте по мнению психологов А. Г. Амбрумовой и Л. Я. Жезловой, относятся [цит. по 22]:

1. Недостаточно адекватная оценка последствий аутоагрессивных действий. Понятие «смерть» в этом возрасте обычно воспринимается весьма абстрактно, как что-то временное, похожее на сон, не всегда связанное с собственной личностью. В отличие от взрослых, у детей и подростков отсутствуют четкие границы между истинной суицидальной попыткой и демонстративно-шантажирующим аутоагрессивным поступком. Это заставляет в практических целях все виды аутоагрессии у детей и подростков рассматривать как разновидности суицидального поведения.

2. Несерьезность, мимолетность и незначительность (с точки зрения взрослых) мотивов, которыми дети объясняют попытки самоубийства. Этим обусловлены трудности своевременного распознавания суицидальных тенденций и существенная частота неожиданных для окружающих случаев.

3. Наличие взаимосвязи попыток самоубийств детей и подростков с отклоняющимся поведением: побегам из дома, прогулами школы, ранним курением, мелкими правонарушениями, конфликтами с родителями, алкоголизацией, наркотизацией, сексуальными эксцессами и т. д.

4. В детском и подростковом возрасте возникновению суицидального поведения способствуют депрессивные состояния, которые проявляются иначе, чем у взрослых. Их сравнительная характеристика приведена в таблице [цит. по 22].

Признаки депрессии у детей и подростков

Дети	Подростки
Печальное настроение	Печальное настроение
Потеря свойственной детям энергии	Чувство скуки
Внешние проявления печали	Чувство усталости
Нарушения сна	Нарушения сна
Соматические жалобы	Соматические жалобы
Изменение аппетита или веса	Неусидчивость, беспокойство
Ухудшение успеваемости	Фиксация внимания на мелочах
Снижение интереса к обучению	Чрезмерная эмоциональность

Продолжение таблицы

Страх неудачи	Замкнутость
Чувство неполноценности	Рассеянность внимания
Негативная самооценка	Агрессивное поведение
Чувство «заслуженной отвергнутости»	Непослушание
Низкая фрустрационная толерантность	Склонность к бунту
Чрезмерная самокритичность	Злоупотребление алкоголем или наркотиками
Сниженная социализация, замкнутость	Плохая успеваемость
Агрессивное поведение, отреагирование в действиях	Прогулы в школе

Завершая обзор особенностей переживания детьми и подростками психотравмирующих ситуаций, отметим, что в такие моменты они особенно нуждаются в участии взрослых, прежде всего, родителей и близких. Важно помнить, т. е. ряд возрастных закономерностей развития психики, которые не могут не проявиться в критические моменты, связанные с экстремальными ситуациями. Взрослый может оказать посильную для него в данной жизненной ситуации поддержку ребенку, в других случаях – направить или посоветовать отправиться самому за помощью к специалисту.

Контрольные вопросы и задания

1. Перечислите круг ситуаций повышенного стрессогенного риска в жизни детей.
2. Каковы проявления горя, переживания ситуаций, связанных с угрозой для жизни, ПТСР у детей и подростков?
3. Какую помощь может оказать взрослый ребенку в переживании психотравмирующих ситуаций?

Тема 10. Психологическая профилактика суицидального поведения

10.1. Определение суицидального поведения

Суицидальное поведение – понятие широкое и, помимо суицида, включает в себя такие формы поведения, как суицидальные покушения, попытки и проявления [17]. **Самоубийство (суицид)** – это осознанное лишение себя жизни. К **суицидальным покушениям** относят все суицидальные акты, не завершившиеся смертью по причине, не зависящей от суицидента (обрыв веревки, своевременно проведенные реанимационные мероприятия и т. д.). К **суицидальным проявлениям** относятся соответствующие мысли, высказывания, намеки, не сопровождающиеся, однако, какими-либо действиями, направленными на лишение себя жизни. По другой классификации выделяют **самоубийства** (истинные суициды), **парасуициды** (акты намеренного самоповреждения, не приводящие к смерти), **пресуициды** (состояние личности, обуславливающее повышенную по отношению к норме вероятность совершения суицидального акта) [17]. Суициды условно подразделяются на **истинные**, когда целью выступает желание человека лишить себя жизни, и **демонстративно-шантажные**, которые применяются для оказания давления на окружающих, извлечения каких-либо выгод, манипулирования чувствами других людей. Демонстративно-шантажное поведение своей целью предполагает не лишение себя жизни, а демонстрацию этого настроения.

Феномен суицида чаще всего связывают с представлением о психологическом кризисе, где под кризисом понимается эмоциональное состояние, возникающее в ситуации столкновения личности с препятствием на пути удовлетворения ее важнейших жизненных потребностей [22]. Таким образом, психологический кризис рассматривается как внутреннее нарушение эмоционального баланса, наступающее под влиянием угрозы человеческой психике, создаваемой внешними обстоятельствами. А. Г. Амбрумова считает, что психологический кризис вызывается фрустрацией важнейших потребностей индивидуума и специфической личностной реакцией на эту фрустрацию. По мнению автора, «суицидоопасность определяется резкостью снижения способности конструктивного планирования будущего (т. е. степенью

безнадежности)» [цит. по 20]. Душевная боль, вероятно, является общим признаком тяжелых кризисных состояний. Непереносимость душевной боли приводит к стремлению прекратить ее любым путем, и суицид может казаться человеку, находящемуся в кризисном состоянии, единственным способом разрешения всех проблем.

В литературе часто встречаются термины «аутоотравматизм», «аутоагрессивный акт», которые отождествляют с суицидальными действиями. Если конечной целью аутоагрессивного акта является самоубийство, его следует относить к суицидальным действиям. В современной литературе, особенно западной, также широко распространены понятия «аутодеструктивного», или «саморазрушительного», поведения.

Существует множество теорий, где объяснение природы суицидального поведения авторы ищут в различных аспектах человеческой сущности. Среди них социологическая теория самоубийства Э. Дюркгейма, концепция З. Фрейда о двух основных влечениях человека – инстинкте жизни и инстинкте смерти и выделенные К. Меннингером на основе этой концепции три составные части суицидального поведения, идея А. Адлера о стремлении человека обрести собственный стиль жизни, преодолев чувство неполноценности, идея бессознательного стремления человека к духовному перерождению, которое может стать причиной суицида, рассмотренная К. Юнгом. Глубоко проблемы жизни и смерти анализировались в работах психоаналитиков, гуманистов Г. С. Салливэн, Р. Мэй, К. Роджерс и др. В. Франкл относился к самоубийству с сожалением и утверждал, что ему нет законного, в том числе нравственного, оправдания. В случае суицида жизнь становится поражением. В конечном счете самоубийца не боится смерти – он боится жизни.

Э. Шнейдман впервые описал признаки, которые свидетельствуют о приближении возможного самоубийства, назвав их «ключами к суициду». Он тщательно исследовал существующие в обществе мифы относительно суицидального поведения, а также некоторые особенности личности, обуславливающие суицидальное поведение. Эти особенности отражены в созданной им оригинальной типологии индивидов, которые, нередко сознательно сами приближают свою смерть. К ним относятся [19, 22]:

– **искатели смерти**, намеренно расстающиеся с жизнью, сводя возможность спасения к минимуму;

- **инициаторы в смерти**, намеренно приближающие ее (например, тяжелобольные, сознательно лишаящие себя систем жизнеобеспечения);
- **игроки со смертью**, склонные искать ситуации, в которых жизнь является ставкой, а возможность выживания отличается низкой вероятностью;
- **одобряющие смерть**, т. е. те, кто, не стремясь активно расстаться с жизнью, вместе с тем не скрывают своих суицидальных намерений: это характерно, например, для одиноких стариков или эмоционально неустойчивых подростков и юношей в пору кризиса эго-идентичности.

Вместе с Н. Фабероу Э. Шнейдман ввел в практику метод психологического анализа посмертных записок суицидентов, значительно углубивший понимание психодинамики их мотивации и поведения. В последних работах Э. Шнейдман подчеркивает важность одного психологического механизма, лежащего в основе аутагрессивного поведения, – душевной боли, возникающей из-за фрустрации таких потребностей человека, как потребность в принадлежности, достижении, автономии, воспитании и понимании.

Н. Фабероу является создателем концепции саморазрушающего поведения человека. Его подход позволяет шире взглянуть на проблему, рассматривая не только завершенные самоубийства, но и другие формы аутоагрессивного поведения: алкоголизм, токсикоманию, наркотическую зависимость, пренебрежение врачебными рекомендациями, трудовоголизм, делинквентные поступки (увлечение компьютерными играми, рулеткой, коллекционирование и др.), неоправданную склонность к риску, неадекватный азарт и т. д. Этот подход позволил автору разработать современные принципы профилактики самоубийств. Кроме того, Н. Фабероу исследовал психологию «оставшихся в живых», а также родственников и друзей тех, кто покончил с собой.

Таким образом, практически всеми исследователями самоубийство рассматривается как следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемых ею конфликтов. При этом суицид представляет собой один из вариантов поведения человека в экстремальной ситуации. Суицидогенность ситуации не заключена в ней самой, а определяется личностными особенностями субъекта, его жизненным опытом, интеллектом, характером и стойкостью межличностных связей.

Конфликт, провоцирующий суицидальное поведение, может быть вызван реальными причинами (у практически здоровых лиц), может заключаться

в дисгармоничной структуре личности или иметь психотический генез. Независимо от характера причин, конфликт для субъекта всегда реален и поэтому сопровождается интенсивными тягостными переживаниями, как правило, с депрессивной окраской. Конфликтная ситуация подвергается личностной переработке, в процессе которой конфликт разрешается. При его субъективной неразрешимости обычными, известными, приемлемыми для личности способами в качестве пути разрешения может использоваться суицид. А. Г. Амбрумова, характеризуя суицидальное поведение, выделяет шесть типов ситуационных реакций: эмоционального дисбаланса, пессимистические, отрицательного баланса, демобилизации, оппозиции, дезорганизации. Описывается пять видов суицидального поведения в соответствии с доминирующими мотивами: протест; призыв к состраданию, сочувствию; избегание физических или душевных страданий; самонаказание и отказ от жизни или капитуляция [цит. по 20].

10.2. Мифы и факты о суициде

Представление о суициде в культуре окружено огромным количеством мифов. Осознание их может удержать человека, находящегося рядом с потенциальным суицидентом, от многих ошибок.

Мифы и факты о суициде [19]:

1. Миф: говоря о желании покончить с жизнью, человек просто пытается привлечь к себе внимание.

Люди, которые говорят о самоубийстве или совершают суицидальную попытку, испытывают сильную душевную боль. Они стараются поставить других людей в известность об этом. Нельзя игнорировать угрозу совершения самоубийства и избегать возможности обсудить возникшие трудности.

2. Миф: человек совершает самоубийство без предупреждения.

Исследования показали, что человек дает много предупреждающих знаков и «ключей» к разгадке его плана. Приблизительно 8 из 10 задумавших самоубийство намекают окружающим на это.

3. Миф: склонность к самоубийству наследуется.

Склонность к самоубийству не передается генетически.

4. Миф: самоубийства происходят только на верхних уровнях общества – среди политиков, писателей, артистов и т. п.

Известно, что суицид совершают люди всех социальных групп. Количество самоубийств на всех уровнях общества примерно одинаково.

5. Миф: все суициденты страдают психическими расстройствами.

Не все люди, совершающие суицид, психически больны. Человек, задумавший самоубийство, чувствует безнадежность и беспомощность, не видит выхода из возникших трудностей, из болезненного эмоционального состояния. Это совсем не значит, что он страдает каким-то психическим расстройством.

6. Миф: разговор о самоубийстве может усилить желание человека уйти из жизни.

Разговор о самоубийстве не может быть причиной его совершения. Если не поговорить на эту тему, то невозможно будет определить, является ли опасность суицида реальной. Часто откровенная, душевная беседа является первым шагом в предупреждении самоубийства.

7. Миф: если человек совершил суицидальную попытку, значит, он всегда будет суицидальной личностью, и в дальнейшем это обязательно повторится.

Суицидальный кризис обычно носит временный характер, не длится всю жизнь. Если человек получает помощь (психологическую и другую), то он, вероятнее всего, сможет решить возникшие проблемы и избавиться от мыслей о самоубийстве.

8. Миф: люди, задумавшие самоубийство, просто не хотят жить.

Подавляющее большинство людей с суицидальными намерениями колеблется в выборе между жизнью и смертью. Они, скорее, стремятся избавиться от непереносимой душевной боли, нежели действительно хотят умереть.

9. Миф: мужчины пытаются покончить жизнь самоубийством чаще, чем женщины.

Женщины совершают суицидальные попытки приблизительно в 3 раза чаще, чем мужчины. Однако мужчины убивают себя приблизительно в 3 раза чаще, чем женщины, поскольку выбирают более действенные способы, оставляющие мало возможностей для их спасения.

10. Миф: все действия во время суицидальной попытки являются импульсивными, непродуманными и свидетельствуют об отсутствии плана.

Не всегда так происходит. Большинство пытающихся уйти из жизни предварительно обдумывают свои действия.

11. Миф: человек может покончить с собой под воздействием обстоятельств даже в хорошем расположении духа.

В хорошем настроении с жизнью не расстанутся, зато депрессивное состояние, как правило, рождает мысли о самоубийстве.

12. Миф: не существует значимой связи между суицидом и наркоманией, токсикоманией, алкоголизмом.

Зависимость от алкоголя, наркотиков, токсических веществ является фактором риска суицида. Люди, находящиеся в депрессивном состоянии, часто используют алкоголь и другие вещества, чтобы справиться с ситуацией. Это может привести к импульсивному поведению, так как все эти вещества искажают восприятие действительности и значительно снижают способность критически мыслить.

13. Миф: суицид – редкое явление.

В Северной Америке суицид входит в число десяти основных причин смерти (для детей и юношества это одна из двух основных причин смерти). Мысли о самоубийстве приходят почти половине населения США. Суицидальные попытки совершают 1 из 250 человек. Фактически число суицидальных попыток может быть и гораздо больше, т. к. некоторые самоубийства маскируются под несчастные случаи.

14. Миф: если человек уже решил умереть, его невозможно остановить.

Большинство людей, имеющих суицидальные намерения, колеблются между желанием жить и желанием умереть. Обращение за помощью к близким или специалистам говорит об этой амбивалентности и надежде найти другой выход.

10.3. Индикаторы суицидального риска

К **индикаторам суицидального риска** относятся объективные особенности сложившейся ситуации, настроения, когнитивной деятельности и высказываний человека, которые свидетельствуют о повышенной степени суицидального риска. Выделяют пять групп таких индикаторов [22]:

1. **Ситуационные индикаторы** – любые ситуации, воспринимаемые человеком как кризис: смерть любимого человека, особенно супруги или супруга, развод, потеря работы, уход на пенсию, сексуальное насилие, денежные долги, потеря высокого поста, профессиональная несостоятельность,

раскаяние за совершенное убийство или предательство, угроза тюремного заключения или смертной казни, угроза физической расправы, получение тяжелой инвалидности, неизлечимая болезнь и связанное с ней ожидание смерти, нервное расстройство, шантаж, сексуальная неудача, измена или уход (мужа, жены, жениха, невесты), ревность, систематические избиения, публичное унижение, коллективная травля, политическая смерть, одиночество, тоска, усталость, религиозные мотивы, подражание кумиру и т. д.

10.4. Факторы суицидального риска

К факторам суицидального риска относятся индивидуальные психологические особенности человека и национальные обычаи, возраст и семейное положение, культурные ценности и уровень употребления психоактивных веществ, время года и т. д. С определенной долей условности все известные факторы суицидального риска можно разделить на социально-демографические, медицинские, природные, индивидуально-психологические [21, 22].

К социально-демографическим факторам суицидального риска относятся:

1. **Возраст.** Суицидальные акты встречаются практически в любой возрастной группе. Имеются данные о суицидальных попытках у детей 3–6 лет, хотя суицидальное поведение у детей до 5 лет встречается крайне редко. Чаще всего молодежь совершает суициды в возрасте от 15 до 24 лет, что связано с высокими требованиями к адаптационным механизмам личности, предъявляемым именно в этом возрасте.

Второй пик суицидальной активности приходится на возраст 40–60 лет. Помимо психологических проблем, для этого возраста характерно ухудшение соматического здоровья, гормональная перестройка, изменение иерархии ценностей, что часто сочетается с депрессией – самым частым психическим расстройством этого периода. Кроме того, именно в этот период взрослые дети покидают родительский дом, а родители болеют и умирают; также эта возрастная группа чаще сталкивается с проблемами в профессиональной карьере.

Третий пик суицидального риска приходится на старых людей, уровень суицидов среди которых в 4 раза выше, чем в популяции.

2. Пол. Женщины чаще совершают попытки самоубийства, избирая при этом менее мучительные и болезненные способы, чем мужчины, однако у мужчин суицид чаще носит завершённый характер. Так, соотношение суицидальных попыток у женщин и мужчин составляет приблизительно 3:1, но по количеству суицидальных попыток, самоубийств и актов самоповреждений, взятых вместе, мужчины опережают женщин.

3. Образование и профессия. Чаще всего суициды совершают безработные, а также лица с высшим образованием и высоким профессиональным статусом. Самый большой суицидальный риск у врачей, среди которых первое место занимают психиатры, за ними следуют офтальмологи, анестезиологи и стоматологи. В группу риска входят также музыканты, юристы, низшие офицерские чины и страховые агенты [17].

Уровень парасуицидов выше среди лиц со средним образованием и невысоким социальным статусом.

4. Место жительства. Количество самоубийств среди городских жителей заметно выше, чем в сельской местности. Выявлена прямо пропорциональная зависимость между плотностью населения и частотой самоубийств. Даже в пределах одного города частота завершённых самоубийств выше в центральной его части, а незавершённых – на окраинах. По последним данным, в нашей стране частота суицидальных случаев в городской и сельской местности примерно одинакова.

5. Семейное положение и особенности внутрисемейных отношений оказывают значительное влияние на суицидальный риск. Состоящие в браке реже совершают самоубийства, чем холостые, вдовы и разведённые. Выше суицидальный риск у бездетных, а также живущих отдельно от родственников. Также наибольшему риску суицида подвергаются люди, которые никогда не состояли в браке, вслед за ними – овдовевшие и разведённые, далее – состоящие в бездетном браке, и наконец, супружеские пары, имеющие детей.

Среди суицидентов преобладают лица, имевшие в детстве приемных родителей, воспитывавшиеся в интернате или же имевшие только одного из родителей. Существенное влияние оказывает также социально-психологический тип семьи. В частности, суицидоопасные состояния легче возникают в семьях дезинтегрированных (отсутствие эмоциональной и духовной сплочённости), дисгармоничных (рассогласование целей, потребностей и мотиваций членов

семьи), корпоративных (возложенные обязанности член семьи выполняет лишь при условии такого же отношения к обязанностям других членов семьи), консервативных (неспособность членов семьи сохранить сложившуюся коммуникативную структуру под давлением внешних авторитетов) и закрытых (ограниченное число социальных связей у членов семьи).

Родительские семьи суицидентов характеризуются аффективным беспорядком отношений и открытыми конфликтами между их членами. Матерям свойственны истероидные черты характера. У отцов преобладают шизоидные и эпилептоидные черты, часто сопровождающиеся чужаковатостью, жестокостью, безразличием. Все это порождает холодную атмосферу в семье, запущенность детей, их психологическую дистанцию от родителей. В связи с занятостью собственными, чаще личными, переживаниями в такой семье можно наблюдать отсутствие тепла, равнодушие и лишь формальную заинтересованность родителей делами детей. Иногда родители проявляют открытый негативизм. В отрочестве в ситуации разрушенной семьи нередко повышено жесткие требования, предъявляемые ребенку одним из родителей. Для суицидентов характерно постоянное чувство отсутствия заботы окружающих.

Два обстоятельства в семье имеют наиболее тесное отношение к последующей аутоагрессии. Одно из таких обстоятельств – ранние утраты: депривация, связанная со смертью, уходом из семьи или разводом родителей искажает психическое развитие детей. Другое обстоятельство – дисгармоническое воспитание: хроническая конфликтно-деструктивная атмосфера в семье приводит к возникновению отрицательных образов родителей. Отвержение матерью, жестокое обращение отца, предпочтение, оказываемое другому ребенку, несомненно, усиливают суицидальные тенденции.

6. Социально-экономические факторы. В периоды войн и революций число самоубийств значительно уменьшается, а во время экономических кризисов увеличивается. По данным Всемирной организации здравоохранения 1960 г., частота самоубийств прямо пропорциональна степени экономического развития страны. Самоубийства случаются как среди бедных, так и среди богатых людей, при этом последние более остро реагируют на финансовые потери, связанные с кризисом.

7. При оценке суицидального риска В. Г. Ромеком предлагается также учитывать следующие **биографические факторы** [31]:

- гомосексуальная ориентация (подростки обоего пола и взрослые мужчины);
- суицидальные мысли, намерения, попытки в прошлом;
- суицидальное поведение родственников, близких, друзей, других значимых лиц (религиозные лидеры, кумиры поп-культуры и т. д.).

К индивидуально-психологическим факторам суицидального риска относятся:

1. **Личностные и характерологические особенности** – часто играют ведущую роль в формировании суицидального поведения. Однако поиски связей между отдельными чертами личности и готовностью к суицидальному реагированию, как и попытки создания однозначного «психологического портрета суицидента», не дали результатов. Решающими в плане повышения суицидального риска, вероятно, являются не конкретные характеристики личности, а степень целостности структуры личности, «сбалансированности» ее отдельных черт, а также содержание морально-нравственных установок и представлений. Повышенный риск самоубийства характерен для дисгармоничных личностей, при этом личностная дисгармония может быть вызвана как утрированным развитием отдельных интеллектуальных, эмоциональных и волевых характеристик, так и их недостаточной выраженностью.

2. **Психолого-психиатрические факторы** суицидального поведения, выявленные Ц. П. Короленко и Т. А. Донских [20]:

- повышенная напряженность потребностей, стремление к эмоциональной близости, низкая способность к формированию психологических защитных механизмов, неумение ослабить фрустрацию;
- импульсивность, эксплозивность и эмоциональная неустойчивость, повышенная внушаемость, бескомпромиссность и отсутствие жизненного опыта;
- чувство вины и низкая самооценка;
- гипореактивный эмоциональный фон в период конфликтов, затруднение в перестройке ценностных ориентации.

3. **Тип акцентуации характера**, от которого в значительной мере зависит вероятность аутоагрессивного поведения в подростковом возрасте.

По исследованиям А. Личко, Л. Н. Юрьевой, вероятность аутоагрессивного поведения велика при следующих типах акцентуации характера [20]:

– циклоидный тип – суицидальные действия обычно совершаются в суб-депрессивной фазе на высоте аффекта. Потенцирует суицид публично нанесенная обида, унижение, цепь неудач, что наталкивает подростка на мысли о собственной никчемности, ненужности, неполноценности;

– эмоционально-лабильный тип – суицидальные действия совершаются в период острых аффективных реакций. Суицидальное поведение аффективно, принятие решения и его исполнение осуществляется быстро, как правило, в тот же день;

– эпилептоидный тип – суицидальные действия совершаются в период аффективных реакций, которые чаще бывают агрессивными, но могут трансформироваться в демонстративное суицидальное поведение;

– истероидный тип – для них характерны демонстративные и демонстративно-шантажные суицидальные попытки.

4. Личностный стиль суицидента. Выделяют импульсивный, компульсивный, рискующий, регрессивный, зависимый, амбивалентный, отрицающий, гневный, обвиняющий, убегающий, бесчувственный, заброшенный, творческий стили суицидентов.

5. Содержание морально-этических норм, которыми личность руководствуется. Высокая частота суицидальных поступков наблюдается в тех социальных группах, где существующие моральные нормы допускают, оправдывают или поощряют самоубийство при определенных обстоятельствах (суицидальное поведение в молодежной субкультуре как доказательство преданности и мужества, среди определенной категории лиц по мотивам защиты чести, самоубийство престарелых лиц и больных с хроническими заболеваниями, эпидемии самоубийства среди религиозных сектантов и т. п.).

К медицинским факторам суицидального риска относятся:

1. Соматическое здоровье. Соматически здоровые суициденты представлены следующими диагностическими категориями:

- психически здоровыми;
- лицами с пограничными психическими расстройствами;
- психически больными.

Психическая патология может выражаться в:

- депрессии – особенно опасен затяжной депрессивный эпизод в недавнем прошлом;
- алкогольной зависимости;

- зависимости от других психоактивных веществ;
- шизофрении;
- расстройстве личности.

2. Соматическое нездоровье – наличие тяжелого хронического прогрессирующего заболевания:

- онкологические и заболевания органов кроветворения;
- сердечно-сосудистые (ишемическая болезнь сердца);
- заболевания органов дыхания (астма, туберкулез);
- врожденные и приобретенные уродства;
- потеря физиологических функций (зрения, слуха, способности двигаться, утрата половой функции, бесплодие);
- ВИЧ-инфекция;
- состояния после тяжелых операций;
- состояния после трансплантации донорских органов и тканей.

К **природным факторам** суицидального риска относятся время года, день недели, время суток.

В большинстве исследований указывается на увеличение частоты самоубийств весной. По-видимому, данная закономерность не распространяется на лиц, находящихся в условиях изоляции, и больных с тяжелыми соматическими заболеваниями. Предпринимались попытки установить зависимость частоты самоубийств от дня недели (чаще в понедельник и постепенное снижение к концу недели) и от времени суток (чаще вечером, в начале ночи и ранним утром), но данные в этом отношении противоречивы. Авторы, изучавшие зависимость между географической широтой, фазой Луны, изменением интенсивности земного магнетизма, количеством пятен на Солнце и частотой суицидальных актов, не обнаружили влияния данных факторов на суицидальное поведение.

Естественно, что суицид всегда индивидуален. Не существует единой причины или группы причин самоубийства. Однако выделяется ряд прогностических критериев, с помощью которых можно строить вероятностный прогноз в отношении суицидального риска. Все факторы можно разделить на санкционирующие и лимитирующие суицидальное поведение [22]. Например, называя фактор семейного положения, санкционирующим суицид можно считать семейных и разведенных, а имитирующим – состоящих в браке.

В любом случае, важно помнить, что проявляя внимание к человеку, находящемуся в ближайшем социальном окружении, возрастает вероятность сглаживания суицидального риска в его поведении.

Контрольные вопросы и задания

1. Дайте определение суицидальному поведению.
2. Назовите формы суицидального поведения.
3. Определите и дайте краткую характеристику факторов суицидального риска.
4. Какие теории, объясняющие суицидальное поведение человека, Вам известны?
5. Назовите мифы о суициде.
6. По каким проявлениям можно определить суицидальные намерения человека?

Тема 11. Психологические аспекты терроризма

11.1. Терроризм как особый вид человеческой деятельности

Террористические акты стали неотъемлемой частью современной жизни. Террор (от лат. *terror* – страх, ужас) направлен на «устрашение», «запугивание». Именно это обстоятельство и определяет террор как особую форму политического насилия, характеризующуюся целенаправленной жестокостью, и кажущейся эффективностью. Совокупность звеньев «террорист – террористический акт – террор» составляет терроризм как целостное явление [26].

Терроризм – это устрашение людей насилием: физическим, политическим, социальным, экономическим, информационным и т. д. Общее историческое развитие терроризма, с некоторыми исключениями, шло по цепочке: индивидуальный – групповой – локальный – массовый терроризм.

Терроризм представляет собой особую деструктивную разновидность человеческой деятельности. Однако, как и любая деятельность, она имеет трехчленную психологическую структуру (деятельность – действие – операции), которой соответствуют три вида побуждающих стимулов (мотив – цель – условия). Мотив обладает побуждающей и смыслообразующей функциями

для террориста. Среди основных мотивов занятия террористической деятельностью выделяются [22]:

- меркантильные мотивы;
- идеологические мотивы;
- мотивы преобразования, активного изменения мира;
- мотив власти над людьми;
- мотивы интереса и привлекательности терроризма как особой деятельности;
- «товарищеская» мотивация;
- мотив самореализации.

Обычно рассматривают три вида террористических актов: взрывы, захват заложников и захват террористами самолета [20].

Подробнее мы остановимся на ситуации **захвата заложников**, а именно – обзоре имеющейся информации, касающейся психологических особенностей «террориста» и «заложника».

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 один страх (отсроченный, в виде запоздалых переживаний уже произошедшего захвата заложников) постепенно накладывается на другой страх (ожидания смерти), как бы удваивая переживания.

11.2. Психологический портрет террориста и его жертвы

Несмотря на многочисленные исследования, проводимые зарубежными и отечественными специалистами, террористы не попадают в специфическую диагностико-психиатрическую 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 [26].

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

Э. Фромм определял 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.

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»:

1. **«Синдром зомби»** – состояние постоянной боеготовности, своего рода «синдром бойца», нуждающегося в непрерывном самоутверждении и подтверждении своей состоятельности. Он присущ террористам-исполнителям, боевикам низшего уровня.

2. **«Синдром Рембо».** «Миссионерство» – основной психологический стержень «синдрома Рембо». «Рембо» 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».

3. **«Синдром камикадзе»** – экстремальная готовность к самопожертвованию в виде жертвы 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 [26].

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 энергичны, чем среднестатистический представитель данного типа: по уровню энергетики 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. Павловым (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 [22] .

Дифференцированный анализ показал, что среди участников террористических организаций и террористических действий 46 % холериков, 32 % сангвиников, 12 % меланхоликов и 10 % флегматиков [26].

11.3. Психологический портрет жертвы террора

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. В настоящее время обособилось направление науки, которое изучает психологию жертв, – **виктимология**. Изучение психологии жертв именно террористических актов 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:

1. 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.

2. **Ужас** – это крайняя степень страха. В отличие от 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.

3. **Паника, агрессия и апатия** – основные поведенческие следствия страха и ужаса являются. 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. В общепринятом смысле, под паникой понимают массовое паническое поведение, обусловленное страхом (ужасом) (см. тему 5).

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 Н. Н. Пуховского [цит. по 22] 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):

1. 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), паранойяльности (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 вызывали повышенное сочувствие к себе, а также чувство самоупрека у относительно благополучных соседей.

2. Только что освобожденные заложники. Состояние представителей этой группы определялось остаточными явлениями пережитых ими острых аффективно-шоковых реакций. В клинико-психологическом плане это была достаточно типичная картина так называемой адинамической депрессии с обычно свойственными ей «масками» астении, апатии, ангедонии. 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.

11.4. Разновидности поведения заложников

По рассказам освобожденных заложников, в их экстремальной ситуации наблюдалось поведение трех типов:

1. Регрессия с «примерной» инфантильностью и автоматизированным подчинением, депрессивное переживание страха, ужаса и непосредственной угрозы для жизни. Данный тип поведения является характерным практически для всех заложников. Это апатия в ее прямом и непосредственном виде;

2. Демонстративная покорность, стремление заложника «опередить приказ и заслужить похвалу» со стороны террористов. Это скорее не депрессивная, а стеническая активно-приспособительная реакция. Этот тип поведения был характерен для женщин с детьми или беременных женщин.

3. Хаотичные протестные действия, демонстрации недовольства и гнева, постоянные отказы подчиняться, провоцирование конфликтов с террористами. Этот тип поведения был характерен для одиноких мужчин и женщин с низким уровнем образования и сниженной способностью к рефлексии.

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: 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, «несправедливости 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 протестными 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 – эмоциональных переходных реакций, которые 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 Л. А. Китаева–Смыка [цит. по 26]. 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, сплавивает 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, т. е. 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 изошренно 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 [22, 31, 44]:

1. Нетерпеливо отчаянные люди (от 0 до 0,5 %). Таких неразумных может стать много больше (до 60 %), если «нетерпеливые» разожгут своей безрассудной отчаянностью «истероидных», 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 негибает 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 большее 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 сотрудничеству с террористами 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.

11.5. «Стокгольмский синдром» как разновидность поведения заложников

Специфическую психологическую реакцию, при которой жертва проникается необъяснимой симпатией к своему палачу, специалисты называли «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 зарождаемое синдромом отношение к человеку, от которого зависит жизнь, полностью охватывает заложника, и он даже начинает искренне симпатизировать своему мучителю.

Т. е. это сильная эмоциональная привязанность к тому, кто угрожал и был готов убить, но не осуществил угрозы.

Для формирования «стокгольмского синдрома» необходимо стечение определенных обстоятельств [22, 44]:

- 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 приспосабливаться 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 Ш. 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 пугающих 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.

Контрольные вопросы и задания

1. Каковы возможные мотивы поведения террористов?
2. Приведите известные Вам классификации террористов.
3. Какие типы поведения заложников Вы знаете?
4. Объясните сущность «стокгольмского синдрома».
5. Раскройте смысл понятия «виктимность».

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Айдаралиев, А. А. Адаптация человека к экстремальным условиям / А. А. Айдаралиев, А. Л. Максимов. – Л. : Наука, 1988. – 126 с.
2. Айсмонтас, Б. Б. Общая психология : Схемы / Б. Б. Айсмонтас. – М. : ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003. – 288 с.
3. Андреева, Г. М. Социальная психология / Г. М. Андреева. – М. : Изд-во МГУ, 1980. – 416 с.
4. Бахарев, В. Д. Аутотренинг / В. Д. Бахарев. – М. : Знание, 1992. – 64 с.
5. Василюк, В. Ф. Психология переживания / В. Ф. Василюк. – М. : Изд-во МГУ, 1984. – 120 с.
6. Волович, В. Г. На грани риска (выживание в экстремальных условиях) / В. Г. Волович. – М. : Мысль, 1986. – 302 с.
7. Волович, В. Г. С природой один на один (адаптация и выживание в экстремальных условиях) / В. Г. Волович. – М. : Воениздат, 1989. – 352 с.
8. Волович, В. Г. Человек в экстремальных условиях природной среды / В. Г. Волович. – М. : Мысль, 1983. – 196 с.
9. Годфруа, Ж. Что такое психология : в 2 т. / Ж. Годфруа ; пер. с фр. – М. : Мир.
Т. 1 – 1992. – 496 с.
Т. 2. – 1996. – 376 с.
10. Давыдов, Н. А. Как быстро научиться интересно и эффективно обучать специалистов / Н. А. Давыдов, Н. А. Бойченко. – Симферополь : Таврия, 1992. – 112 с.
11. Джордж, М. Искусство релаксации. Снятие напряжения. Преодоление стресса. Самопомощь / М. Джордж ; пер. с англ. – М. : Социальное здоровье России, 1998. – 160 с.
12. Детенгоф, Ф. Ф. Психическая закалка / Ф. Ф. Детенгоф. – Ташкент : Медицина, 1967. – 50 с.
13. Жариков, Е. С. Психологические средства стрессоустойчивости / Е. С. Жариков. – М. : Московский кадровый центр, 1990. – 32 с.
14. Катастрофы конца XX века / под общ. ред. В. А. Владимирова. – М. : УРСС, 1998. – 400 с.

15. Ковалевский, Ю. Н. Стихийные бедствия и катастрофы / Ю. Н. Ковалевский. – Рига : Авотс, 1986. – 212 с.
16. Колодзин, Б. Как жить после психологической травмы / Б. Колодзин. – М. : Шанс, 1992. – 94 с.
17. Кондрашенко, В. Т. Суицидальное поведение / В. Т. Кондрашенко // Психология экстремальных ситуаций : хрестоматия / сост. А. Е. Тарас, К. В. Сельченко. – Минск : Харвест, 1999. – С. 22–23.
18. Крайг, Г. Психология развития / Г. Крайг. – СПб. : Питер, 2000. – 992 с. – (Мастера психологии).
19. Крюкова, М. А. Экстренная психологическая помощь : практ. пособие / М. А. Крюкова, Т. И. Никитина, Ю. С. Сергеева. – М. : ЭНАС, 2007. – 64 с.
20. Личко, А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А. Е. Личко. – Л. : Медицина, 1977. – 208 с.
21. Малкина-Пых И. Г. Психология кризисов / И. Г. Малкина-Пых. – М. : Эксмо, 2008.
22. Малкина-Пых, И. Г. Экстремальные ситуации / И. Г. Малкина-Пых. – М. : Эксмо, 2006. – 960 с.
23. Медведев Г. У. Чернобыльская тетрадь / Г. У. Медведев. – М. : Новый мир, 1989, № 6. – С. 6–7.
24. Моховиков, А. Н. Телефонное консультирование / А. Н. Моховиков. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Смысл, 2001. – 496 с.
25. Немов, Р. С. Практическая психология / Р. С. Немов. – М. : Владос, 1997. – 320 с.
26. Ольшанский, Д. В. Психология террора / Д. В. Ольшанский. – М. : Академический проект ; Екатеринбург : Деловая книга, 2002. – 320 с.
27. Приемы психической саморегуляции : практ. пособие. – М. : ГА ВС, 1992.
28. Психологический словарь / под ред. В. П. Зинченко, Б. Г. Мещерякова. – 2-е изд, перераб. и доп. – М. : Педагогика-пресс, 1998. – 440 с.
29. Психология человека от рождения до смерти / под ред. А. А. Реана. – М. : Прайм-Еврознак, 2003. – 416 с.
30. Рельян, Я. Р. Аналитическая основа принятия управленческих решений / Я. Р. Рельян. – М. : Финансы и статистика, 1989. – 208 с.

31. Ромек, В. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / В. Г. Ромек, В. А. Конторович, Е. И. Крукович. – СПб. : Речь, 2005. – 256 с.
32. Селье, Г. Когда стресс не приносит горя / Г. Селье ; пер. с англ. – М. : РЭНАР, 1992. – 160 с.
33. Селье, Г. Стресс без дистресса / Г. Селье. – М. : Прогресс, 1979. – 123 с.
34. Словарь практического психолога / сост. С. Ю. Головин. – Минск : Харвест, 1997. – 800 с.
35. Стреляу, Я. Роль темперамента в психологическом развитии / Я. Стреляу. – М. : Прогресс, 1982. – 231 с.
36. Тарабрина, Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – СПб : Питер, 2001. – 272 с.
37. Хруцкий, Е. Л. Организация проведения деловых игр : учеб.-метод. пособие. – М. : Высшая школа, 1991. – 320 с.
38. Человек в экстремальных условиях: проблемы здоровья, адаптации и работоспособности : тез. докл. Третьего междунар. науч.-практ. конгресса Ассоциации авиационно-космической, морской, экстремальной и экологической медицины России (Москва, 21–25 октября 2002 г.). – 271 с.
39. Черепанова, Е. М. Психологический стресс: помощи себе и ребенку / Е. М. Черепанова. – М. : Академия, 1997. – 96 с.
40. Черепанова, Е. М. Саморегуляция и самопомощь при работе в экстремальных условиях / Е. М. Черепанова. – М., 1995. – 34 с.
41. Шапиро, Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: основные принципы, протоколы и процедуры / Ф. Шапиро ; пер. с англ. – М. : Класс, 1998. – 496 с.
42. Шойгу, С. К. Охрана труда спасателя / С. К. Шойгу, С. М. Кудинов, А. Ф. Неживой, А. В. Герокарис. – М. : МЧС России, 1998. – 421 с.
43. Шойгу, С. К. Учебник спасателя / С. К. Шойгу, С. М. Кудинов, А. Ф. Неживой : МЧС России. – М., 1997 – 520 с.
44. Энциклопедия экстремальных ситуаций / под общ. ред. Ю. Л. Воробьева. – Режим доступа : <http://www.rusextrim.ru>. – Загл. с экрана.
45. Ялом, И. Психотерапевтические истории. Хроники исцеления / И. Ялом; пер. с англ. – М. : Эксмо, 2002. – 288 с.

Учебное пособие

ПСИХОЛОГИЯ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ

Составитель:
СЕМЕНОВА
Ия АНАТОЛЬЕВНА

Редактор Т. В. Никитина

Компьютерная верстка О. В. Рябинкина

Подписано в печать 10.05.2012. Формат 60×90/16. Бумага офсетная.

Печать трафаретная. Усл. печ. л. 8,75. Уч.-изд. л. 8,4.

Тираж 50. Заказ 113.

РИО и типография УВАУ ГА(И), 432071, Ульяновск, ул. Можайского, 8/8