

**ОКАЗАНИЕ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ
И ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ ПРИ
ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ**

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

УДК 616.89

ББК 56.1

О-49

Рецензенты: П. М. Кога

*д.м.н., профессор UC Davis Medical School,
Калифорния, США*

А. А. Умняшкин

д.м.н., профессор, Баку, Азербайджан

Редактор: Чакиев А.М.

к.м.н., Бишкек, Кыргызстан

Данное учебное пособие издано в рамках проекта «Создание устойчивой и централизованной психологической помощи при чрезвычайных ситуациях» при поддержке программы «Восток Восток без границ» Фонда «Сорос-Кыргызстан». Фонд «Сорос-Кыргызстан» входит в сеть Фондов Открытого Общества (<http://www.opensocietyfoundations.org>) основателем которого является Джордж Сорос - известный инвестор и филантроп.

Оказание психологической и психиатрической
помощи при чрезвычайных ситуациях:

Учебное пособие. -Б.:20В.-

ISBN 978-9967-11-409-8



soros.kg

Учебное пособие предназначено для врачей психиатров, психотерапевтов, клинических психологов, социальных работников, для студентов медицинских и психологических факультетов, а также для широкого круга читателей.

Мнения, выраженные в публикации, не обязательно отражают точку зрения Фонда «Сорос-Кыргызстан».

04108110000-13

ISBN 978-9967-11-409-8

УДК 616.89

ББК 56.1

СОДЕРЖАНИЕ

Базовые понятия: травмы, катастрофы, чрезвычайные ситуации, кризисы, классификация. Определение и классификация чрезвычайных ситуаций. (Добряков И. В.)	10
ЧАСТЬ ПЕРВАЯ: ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ТЯЖЕСТЬ ПЕРЕЖИВАНИЯ ТРАВМЫ. ЗАЩИТНАЯ СИСТЕМА ЧЕЛОВЕКА	18
Индивидуальные факторы, влияющие на тяжесть переживания травмы. (Молчанова Е. С., Нелюбова Т.А.)	18
Типы реагирования на острый стресс. (Молчанова Е. С., Нелюбова Т.А.)	27
Защитная система человека. Психологическая защита и копинг – поведение. (Никольская И. М.)	33
Психологическая защита и копинг-поведение в экстремальных и чрезвычайных ситуациях (Никольская И. М.)	40
Дополнительные травмирующие факторы: психологическое притеснение (харассмент) на рабочем месте. (Агазаде Н. В.)	44
ЧАСТЬ ВТОРАЯ. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОМ	77
Посттравматическое стрессовое расстройство и острое стрессовое расстройство в формате новой DSM-V. (Молчанова Е.С.)	77
Клиника, течение и неотложная помощь при остром и посттравматическом стрессовых расстройствах (Добряков И. В.)	98
Надуманное (factitious) поведение в чрезвычайных и кризисных ситуациях (Агазаде Назим)	114
Острые и посттравматические стрессовые расстройства в детском возрасте (Добряков И.В.)	133

ЧАСТЬ ТРЕТЬЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШЕМУ НАСЕЛЕНИЮ НА ДОКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ.	156
Психосоциальное благополучие и психическое здоровье в чрезвычайных и кризисных ситуациях (<i>Агазаде Н. В.</i>)	156
Организация и координация общественной поддержки для работы в чрезвычайных ситуациях. (<i>Агазаде Н. В., Попков М., Джакубов Н.</i>)	213
Проведение быстрой оценки и мониторинга во время чрезвычайных ситуаций и кризисов. (<i>Агазаде Н. В.</i>)	235
Первая психологическая помощь в доклинической практике (<i>Агазаде Н. В.</i>)	284
ЧАСТЬ ЧЕТВЕРТАЯ: МЕТОДЫ ОКАЗАНИЯ КРИЗИСНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ МОДЕЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ «ДОБРЯКОВА – НИКОЛЬСКОЙ»	301
Методы оказания кризисной психологической помощи детям с посттравматическими стрессовыми расстройствами в рамках модели реабилитации «Добрякова – Никольской». (<i>Добряков И.В., Никольская И.М.</i>)	301
Метод серийных рисунков и рассказов в кризисной психологической помощи (<i>Никольская И.М.</i>)	310
ЧАСТЬ ПЯТАЯ: АЛГОРИТМЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ В ЗОНЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ. ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ	340
Алгоритм организации экстренной психологической помощи. (<i>Добряков И.В., Никольская И.М.</i>)	340
Этапы оказания психосоциальной помощи при чрезвычайных ситуациях. (<i>Пантелеева Л.Ю.</i>)	352
Послесловие: свободные ассоциации о пережитом. (<i>Нелубова Т.А.</i>)	361
ОБ АВТОРАХ	363

Аннотация

Растущий интерес к вопросам психологии и психиатрии кризисных и экстремальных ситуаций понятен: природные, социальные и техногенные катастрофы стали отличительной особенностью нашего времени. Определение явления в качестве «катастрофы» либо «чрезвычайной ситуации» автоматически приводит к логической спирали вопросов, ответов, действий, объяснений и снова вопросов. Попытки найти универсальные решения далеко не однотипных проблем вызывают дополнительные трудности. Настойчивое стремление «примерить» чужие модели оказания помощи пострадавшему населению не всегда оказывается удачным, иногда, напротив, может принести больше вреда, чем пользы.

Данное руководство представляет собой попытку объединения проверенных универсальных подходов к оказанию психологической и психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях с одной стороны, и необходимость учета факторов, специфичных для каждой отдельной культуры, с другой.

Книга предназначена для студентов медицинских, психологических факультетов университетов, студентов факультетов социальной работы, служащих международных организаций, работающих по ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций (ЧС), учащихся академии Министерства Чрезвычайных Ситуаций, членов неправительственных организаций, вовлеченных в процесс оказания первичной психологической помощи, социальных работников, а также для широкого круга читателей, интересующихся проблемами психического здоровья.

Abstract

The growing interest in the field of psychology, psychiatry and social work to crises and emergencies is clear: natural, social and technological disasters have become a noticeable feature of our time. The definition of the phenomenon as a “disaster” or an “emergency” automatically leads to a logical spiral of questions, answers, explanations, and again questions. Attempts to find universal solutions to dissimilar group of problems cause additional involvedness. Persistent efforts to apply external models of assistance to the affected population are not always successful, and, on the contrary, can sometimes do more harm than good.

The present guidelines stand for an attempt to combine verified universal approaches to the provision of psychological, psychiatric and social assistance in emergency situations on the one hand, and the need to take into account factors specific to each culture on the other.

The book is intended for students of medical, psychological and social schools of universities, employees of international organizations operating in emergency situations, students of the Academy of the Ministry of Emergency Management, members of non-governmental organizations involved in the provision of psychological first aid, as well as for a wide range of readers interested in the problems of mental health.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Данное руководство – результат совместного труда международного авторского коллектива, состоящего из профессионалов, работающих в зонах чрезвычайных ситуаций. Планируя создание этой книги, мы хотели отойти от стандартной схемы написания учебников и осветить вопросы, которые зачастую оказываются за пределами профессионального внимания. Именно поэтому наиболее обширная часть руководства посвящена описанию доклинических состояний, организации доклинических этапов оказания психологической помощи и анализу особенностей клинической картины и течения ПТСР у детей. Мы постарались не только осветить проблемы, с которыми может столкнуться профессионал в сфере психического здоровья, но и перечислить индивидуальные и общественные ресурсы, способные послужить естественными помощниками в процессе выздоровления от травмы.

Руководство состоит из пяти частей. Первая посвящена анализу индивидуальных факторов, способных повлиять на тяжесть переживания травмы. Вторая освещает клиническую картину расстройств, связанных с посттравматическим стрессом, особый акцент при этом сделан на особенностях течения посттравматического стрессового расстройства у детей и на изложении диагностических критериев в формате DSM-V. Третья часть, наиболее обширная, описывает основные принципы организации доклинического этапа оказания помощи. Четвертая часть раскрывает модель кризисной психологической интервенции Добрякова – Никольской и, наконец, последняя подытоживает алгоритмы оказания помощи как пострадавшим, так и страдающим, включая вопросы профессионального выгорания специалистов, работающих в зоне чрезвычайной ситуации.

Каждый кризис уникален, и чрезвычайные ситуации всегда приходят без приглашения. Информация о том, что и как делать в зоне ЧС может показаться ненужной сейчас, но должна быть доступной для широкого круга лиц, вовлеченных в организацию оказания психолого-психиатрической помощи пострадавшим. Мы искренне надеемся, что необходимость реализации рекомендаций, изложенных в книге, наступит еще очень нескоро. Позитивные иллюзии Тейлора, которые не раз упоминаются в тексте, помогают выстроить модель оптимистического будущего как для самого себя, так и для страны, в которой живешь. Тем не менее, даже в относительно спокойное время часто приходится сталкиваться с последствиями стрессового реагирования, когда знания оказываются действительно той силой и тем рычагом, который способен позитивно изменить как индивидуальную, так и общественную историю.

Коллектив авторов

Базовые понятия: травмы, катастрофы, чрезвычайные ситуации, кризисы, классификация. Определение и классификация чрезвычайных ситуаций.

Добряков И.В.

В сложных условиях современной жизни тема острых и пост-травматических стрессовых расстройств весьма актуальна. К ней постоянно обращаются средства массовой информации, ей посвящено много научных, учебно-методических работ, практических пособий для специалистов. Обращаются не всегда корректно, некоторые понятия используются как синонимы. Одним и тем же словом называют и ситуации, и состояния, и реакции организма. Примером может служить определение психического здоровья, предлагаемое Всемирной Организацией Здравоохранения (World Health Organization), в котором, помимо бесспорного, на наш взгляд, определения психического здоровья как *состояния* благополучия, при котором человек может реализовать свой собственный потенциал, плодотворно работать, вносить вклад в жизнь общества, указана способность здорового человека справляться с обычными жизненными *стрессами*. В этом контексте под стрессом подразумевается *ситуация* изменения среды, которая требует затрат на адаптацию к ним. В данном случае корректнее использовать термины «повседневные перегрузки» и «фрустрация».

Повседневные перегрузки – это *ситуации* повседневной жизни, *воспринимаемые* как угрожающие, оскорбительные, связанные с потерями, предвещающие негативные перемены [9]. Подобные перегрузки в большей или в меньшей степени сопровождают жизнь каждого человека, они обыденны. Нередко повседневные перегрузки связаны с тем, что у человека возникает сильное желание достичь определенной цели, но обстоятельства препятствуют этому. При этом возникает психическое состояние, получившее название **фрустрация** (лат. *frustracio* – расстройство, тщетное ожидание). То, как человек справляется с ним, во многом зависит от его личностных особенностей. Устойчивость психики индивида при возникновении

жизненных трудностей, неблагоприятных обстоятельств, способность без срывов и психических сдвигов разрешать ситуацию и эмоционально адекватно реагировать указывает на его хорошую **фрустрационную толерантность**.

Критические события или «макрострессоры» – это *события*, которые (в отличие от повседневных перегрузок) не обыденны, их можно датировать и локализовать во времени и в пространстве. Эти события сопровождающиеся стойкими эмоциональными реакциями и требуют более продолжительного времени, больше затрат на адаптацию, чем это необходимо при воздействии повседневных перегрузок [7]. При работе с человеком в критическом состоянии или с последствиями кризиса, при определении цели психокоррекции (психотерапии, реабилитации) вначале следует четко определить какого типа кризис:

- I тип – есть шанс разрешения кризиса и возвращения к прежнему образу жизни;
- II тип – разрешение кризиса требует кардинального изменения жизни, её нового осмысления.

В ситуации **кризиса** человек сталкивается с информационной неопределенностью, с проблемами реализации своих насущных потребностей и испытывает сомнения относительно привычных жизненных целей и ценностей. Для разрешения кризиса активизируются все физические и психологические ресурсы человека, используется весь репертуар защитно-совладающего поведения [1, 2].

Неверно считать, что кризисные ситуации всегда сопровождаются негативными эмоциями. Бесспорные признаки кризиса имеют ситуации окончания школы, свадьбы, беременности и пр. Кризисные ситуации, приводят к сильному психическому напряжению, связанному с возможностью потерь, с ухудшением прежнего статуса и т.п.

Чрезвычайные ситуации характеризуются скоростью возникновения и распространения, масштабностью, продолжительностью. Различают **социальные и природные чрезвычайные ситуации**. **Природные чрезвычайные ситуации** связаны с различными стихийными бедствиями, эпидемиями. При **социальных чрезвычайных ситуациях** на определенной территории возникают опасные общественные противоречия, причинами которых могут быть эко-

номические, политические, межэтнические, межконфессиональные проблемы. Факторами, способствующими обострению проблем, являются неблагоприятные социально-бытовые условия, безработица, техногенные катастрофы, политические и экономические кризисы, националистические настроения, криминализация общества и пр. Возникающие конфликты приводят к нарушениям условий жизнедеятельности людей, угрожают их здоровью, окружающей среде. Природные чрезвычайные ситуации, сопровождающиеся разрухой, болезнями, также могут провоцировать социальные потрясения.

В результате появления в подобных критических, чрезвычайных ситуациях жизненно важных проблем, решение которых привычными методами невозможно, возникает рост напряжения и тревоги вплоть до ощущения невыносимости происходящего. Такие критические чрезвычайные ситуации называются **психотравмирующими** и могут приводить к острым реакциям на стресс и (или) посттравматическим расстройствам.

Психологическая травма возникает под воздействием на индивида раздражителей, вызывающих угрозу здоровью, жизни, значимым ценностям, угрозу нарушения телесных и (или) душевных границ человека. Травматическое событие может затрагивать человека прямо или косвенно – через релевантных лиц [8]. Выделяют **военные и гражданские психологические травмы** [3]. К военным относятся травмы, полученные в результате участия в боевых действиях, переживаниях за воюющих близких, травмы гражданского населения, связанные с тяготами военного времени. Сюда же можно отнести травмы, полученные в результате межнациональных конфликтов, террористических актов, при захвате заложников. Гражданские психологические травмы связаны с природными (землетрясения, цунами и пр.), техногенными (пожары, транспортные аварии, промышленные взрывы и пр.) катастрофами, с проявлениями насилия (ограбления, изнасилования, издевательства, захват заложников и пр.); с арестом, с тяжелыми болезнями (собственными или близких людей), смертью, нежеланной беременностью. Сюда же следует ситуации «потери лица» («опозорился»), предательства друзьями, любимым человеком, разорения, ухудшения социального статуса и пр.

Н.В. Тарабрина выделяет **два типа психотравмирующих ситуаций**: краткосрочную и постоянную (повторяющуюся) [4]:

1. Краткосрочное, неожиданное травматическое событие (например, естественные катастрофы, сексуальное насилие, ДТП).

Особенности ситуации:

1. Единичное воздействие, несущее угрозу и требующее превосходящих возможности индивида механизмов совладания.
2. Изолированное, довольно редкое травматическое переживание.
3. Неожиданное, внезапное событие.

Последствия ситуации:

4. Событие оставляет неизгладимый след в психике индивида (он часто видит сны, в которых присутствуют аспекты события; следы события в памяти носят более яркие и конкретные, чем при втором типе).
5. Событие чаще приводит к возникновению типичных симптомов ПТСР: навязчивых мыслей, связанных с событием, симптомами избегания и высокой физиологической реактивности.
6. Чаще проявляется классическое повторное переживание травматического опыта.
7. Реже происходит быстрое восстановление нормального функционирования.

2. Постоянное и повторяющееся травматическое событие (например, повторяющееся стихийное бедствие, физическое или сексуальное насилие).

Особенности:

1. Вариативность, множественность, пролонгированность, повторяемость травматического события или ситуации, его предсказуемость.
2. Ситуация с большей вероятностью создается по умыслу.

Последствия:

3. Сначала переживается как травма первого типа, впоследствии формируется страх повторения.
4. Чувство беспомощности в предотвращении травмы.
5. Неясность и неоднородность воспоминаний о повторной психологической травме вследствие того, что одним из основных способов совладания с ситуацией становится диссоциация.

6. Возможно изменение «Я» - концепции и образа мира, что может сопровождаться чувствами вины, стыда и снижением самооценки.

7. Более частое возникновение долгосрочных проблем личностного и межличностного характера, что проявляется в отстраненности от других, в нарушении лабильности и модуляции аффекта.

8. Диссоциация, отрицание, отстраненность, злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами как попытки защиты от переживаний.

9. Возникновение комплексного посттравматического стрессового расстройства [4].

Для понимания переживаний человека, получившего психическую травму, и для оказания ему этиопатогенетической помощи следует учитывать, что у него возникает рассогласование между реальной ситуацией и привычными когнитивными схемами. При получении психической травмы он/а утрачивает осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я», способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами. Человек утрачивает, так называемые «**иллюзии Тейлора**», то есть способность переоценивать вероятность возникновения в его жизни положительных ситуаций и недооценивать вероятность неприятностей, что характерно для хорошо адаптированных людей. Тейлор показал, что психически здоровый человек считает мир справедливым: в справедливом мире хорошего гораздо больше, чем плохого. Если что-то плохое и случается, то это бывает в основном с теми, кто делает что-то не так [11]. Поэтому при психотравмирующей ситуации у человека, как правило, возникает мучительный вопрос, на который, обычно, нет ответа: «За что?». Нужно иметь в виду, что искренняя вера в Бога (безразлично какой конфессии) является, как правило, мощным ресурсом, позволяющим вернуть иллюзии Тейлора.

Психологическая травма приводит к снижению способности человека изменять формы поведения в зависимости от жизненных обстоятельств, планировать деятельность и реализовывать планы, может спровоцировать саморазрушающее поведение, желание повторения травмирующей ситуации с целью отреагирования. Пси-

хотравма нарушает соответствие психических реакций силе и частоте средовых воздействий, вызывает у человека аффективно-шоковые реакции. В таких случаях говорят о **травматическом стрессе**, который представляет собой совокупность защитных реакций организма на изменения среды, которые субъективно оцениваются как угрожающие, нарушающие адаптацию, контроль, препятствующие самоактуализации личности. Стресс может быть **физиологическим и психологическим**. Выделяют **эмоциональный** (угроза, обида, опасность и пр.) и **информационный** (информационная перегрузка или дефицит информации) психологические стрессы. Стресс вызывает рассогласование между реальной ситуацией и привычными когнитивными схемами [6].

В особо тяжелых случаях стресса развивается **дистресс** – неспецифические реакции организма на критические ситуации, сопровождающиеся грубыми нарушениями адаптации, контроля личности и приводящие к ее истощению. Принято различать дистрессы поражения (при необратимости поражения, невозможности отыграться); утраты (при невозполнимости утраты); смерти (в ситуации ожидания неизбежной смерти).

Последствиями психотравмирующих ситуаций и связанных с ними стрессов могут быть острые стрессовые и (или) посттравматические стрессовые расстройства. Они различны по проявлениям и степени тяжести, что во многом объясняется различным состоянием людей до травмы. Существует реальное гендерное различие переживания психических травм - различные психотравмирующие ситуации имеют разную значимость для мужчин и женщин. Считается, что мужчины чаще женщин подвергаются воздействию травматических событий, однако, посттравматические стрессовые расстройства у женщин развиваются в два раза чаще [10].

Для оказания эффективной психологической помощи важно получить от пострадавшего анамнестические сведения о качестве и количестве **повседневных перегрузок**, типичных для его повседневной жизни, о его **фрустрационной толерантности**, о случившихся в жизни **критических событиях** и способах, которые помогли их преодолеть, о полученных в жизни **психических травмах**, их тяжести, последствиях, об особенностях **стрессовых реакций**, и на-

конец, о травматическом событии, явившемся причиной необходимости психологической помощи, об актуальных переживаниях. Это позволит правильно оценить тяжесть и специфику состояния больного, его/ее ресурсы, ориентировать специалиста при выборе способа оказания психологической и психотерапевтической помощи.

ЛИТЕРАТУРНЫЕ ССЫЛКИ

1. Грановская Р.М. Психологическая защита. – СПб.: Речь, 2007. – 476 с.
2. Добряков И.В., Никольская И.М. Кризисная психотерапия детей с посттравматическими стрессовыми расстройствами с позиции представлений об уровнях защитной системы человека // IX Мнухинские чтения. Современные аспекты клиники, диагностики и лечения психопатологических синдромов в детской психиатрической практике. Сб. мат. конференции, посвященной памяти профессора С.С. Мнухина. – СПб., 2010. – С. 121-127.
3. Перре М., Лайрейтер А.-Р., Бауманн У. (Perrez M., Laireiter A.-R., Baumann U.) Глава 17. Стресс и копинг как факторы влияния. Клиническая психология. Под ред. М. Пере, У. Бауманна. – СПб.: Питер 2002. – С. 358-392/
4. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса / под общей редакцией Н.В. Тарабриной. – Часть 1. Теория и методы. – М.: Изд-во «Когито-Центр», 2007. – 208 с.
5. Baumann U., Laireiter A.-R. Individualdiagnostik interpersonalen Beziehungen. // In K. Pavlik & M. Amelang (Hrsg.) Enzyklopadie der Psychologie: Grundlagen und Methoden der Differentiellen Psychologie. – Gottingen: Hogrefe, 1995. – Band. 1, S. 609-643.
6. Horowitz M.J., Becker S.S. Cognitive response to stress: Experimental studies of a compulsion to repeat trauma // Psychoanalysis and contemporary science. Vöol. 1 / Eds. R. Holt, E. Peterfreund. – N.Y., Macmillan, 1972.
7. Filipp S.H. (Hrsg.) Kritische Lebensereignisse. – Weinheim: Belts Psychologie Verlags Union, 1990, (2. Aufl.). – S. 92-103.
8. Freddy J.R., Donkervoet J.C. (1995) Traumatic stress: An overview

- of the field. – In Freddy J.R. & Hobfoll S.E. (Eds.), *Traumatic stress. From theory to practice* (pp. 3- 28). New York: Plenum.
9. Kanner A.D., Coyne J.C., Schaefer C., Lasarus R.S. (1981) Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassels and uplifts versus major life events. – *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 1-39.
 10. Kessler R.C. Posttraumatic stress disorder the burden to the individual and to society / R.C. Kessler // *J. Clin. Psychiatry*. 2000. – Vol. 61. – P. 4-12.
 11. Taylor S.E. Adjustment of threatening events: A theory of cognitive adaptation // *American Psychologist*. 1983 – P. 1161-1173.

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ТЯЖЕСТЬ ПЕРЕЖИВАНИЯ ТРАВМЫ. ЗАЩИТНАЯ СИСТЕМА ЧЕЛОВЕКА

Индивидуальные факторы, влияющие на тяжесть переживания травмы.

Молчанова Е. С., Нелюбова Т.А.

В недавно переведенной на русский язык монографии Петера Левина «Пробуждение Тигра» [3] многократно подчеркиваются два основных тезиса: (1) любая реакция на травму может быть определена не как «болезнь», а, скорее, как «не-здоровье»; (2) тяжесть переживания травмирующего события зависит от целого ряда различных факторов, причем патогенными становятся не только объективные обстоятельства, такие как **масштаб катастрофы**. Не меньшей, а порой и большей силой обладают **индивидуальные характеристики**, способствующие функционированию либо адаптивных, либо дезадаптивных механизмов совладания.

Если первый тезис Петера Левина представляется более чем спорным в системе формальной психиатрии, кодирующей патологические реакции на травматические события как психические расстройства в форматах МКБ -10[4] и DSM - IV[1], а сейчас и DSM-V [2], то со вторым легко согласиться. К индивидуальным факторам, определяющим интенсивность и длительность реакции на психотравмирующую ситуацию, можно отнести следующие:

- 1. Когнитивная схема события** («внутренняя картина события») – результат субъективного восприятия происходящего. Когнитивная схема может дестраиваться, перекраиваться, становиться более или менее патогенной уже после того, как психотравмирующая ситуация завершилась. Чрезвычайно важны собственные ответы на такие вопросы как «что произошло», «насколько сильно происходящее угрожает мне лично», «какую роль это играет в моей жизни», «будет ли событие повторяться», «кто виноват в том, что случилось», «как все завершилось», «что прогнозиро-

вать в будущем». Важно отметить, что интенсивность травматической реакции не зависит от того, как выглядит вызвавшее ее событие в глазах другого человека. То, что для одного участника событий воспринимается и сохраняется в эпизодической памяти как катастрофа, для другого участника, не испытывающего особой связи ни с местом, ни с культурой, может рассматриваться как забавный эпизод личностной истории.

НАБЛЮДЕНИЕ

Студент одного из университетов г. Бишкек вместе со своим другом – гражданином другого государства, оказался на центральной площади города во время штурма правительственного здания в 2005 году. Движимые юношеским любопытством, молодые люди подошли достаточно близко к агрессивной толпе, став свидетелями разгрома республиканского «Белого Дома». Для молодого человека, который родился и вырос в Кыргызстане, беспорядки на площади и последующие за ними погромы были восприняты как крах устойчивости, которая сопровождала его жизнь в Кыргызской Республике. Его друг, напротив, азартно фотографировался на фоне танков и людей в форме, получая от этого настоящее удовольствие.

Во время интервью молодой человек из другого государства называл произошедшее «приключением», считал, что «ему повезло присутствовать во время исторического события», не считал беспорядки на площади чем-то, что могло бы быть опасным для его жизни. С удовольствием демонстрировал фотографии разрушенных зданий, обновил информацию о себе в социальных сетях. Студент из Кыргызской Республики сожалел о своем присутствии на площади («зачем меня туда понесло»), называл случившееся бедой, опасался повторения кризисной ситуации, и всерьез задумывался о переводе в другой университет, расположенный достаточно далеко от площади. Обнаружив фотографии своего друга, запечатленного на фоне сгоревшего здания, перестал с ним общаться, что вызвало ответную реакцию обиды.

В этом наблюдении когнитивная схема события обусловлена

принадлежностью к определенной культуре. Молодой человек – гражданин Кыргызской Республики, был эмоционально вовлечен в происходящее, сопереживал пострадавшим – своим согражданам. Гражданин другого государства, напротив, был дистанцирован, не идентифицировал себя с участниками беспорядков, воспринимая события как нечто, не связанное ни с ним, ни с его страной, ни с его прошлым и/ли будущим. Конфликт между двумя молодыми людьми, таким образом, был спровоцирован простым несоответствием двух когнитивных схем.

Когнитивная схема «Я» во время и после события и, что наиболее значимо, соответствие когнитивной схемы «Я-в-событии» уже построенным когнитивным схемам Я-до-события («Я – Концепции», «адаптационному образу Я»). Подобно когнитивной схеме события, когнитивная схема «Я-в-событии» достраивается и перекраивается уже после действия самого травмирующего фактора. Когнитивную схему «Я-в-событии» можно считать как основным адаптационным механизмом, поддерживающим требуемый уровень самооценки, так и важнейшим патогенетическим фактором, способствующим развитию расстройств, связанных с травматическим стрессом. Восприятие своего поведения как достойного, потребность рассказывать и пересказывать подробности психотравмирующей ситуации, стремление подчеркнуть, оттенить проявления героизма – все это можно рассматривать как благоприятные прогностические моменты. Наоборот, стигматизация собственного поведения как недостойного, постыдного, трусливого, что травматично само по себе, зачастую приводит к утяжелению переживания. Следующие примеры демонстрируют влияние когнитивной схемы «Я-в-событии» и ее динамики на последующее переживание травмы.

НАБЛЮДЕНИЕ

Во время июньских событий 2010 года учительница одной из средних школ, решившись выехать из дома за хлебом, оказалась окружена толпой агрессивно настроенных подростков. Подростки остановили ее у подъезда и стали требовать назвать номера квартир, в которых могут проживать «лица, противоположной

национальности». Для убедительности один из подростков приставил к горлу пожилой женщины (66 лет) острое шило. Со слов женщины, она, «решив, что терять уже нечего», стала «разговаривать с подростками как со своими учениками», достаточно спокойно рассказывая им о том, «как они будут себя чувствовать после того, как все это безобразие закончится», «как им будет стыдно» и «как нехорошо будут чувствовать себя их родители». Подростки ушли, оставив женщину в покое, пообещав вернуться для расспроса других жильцов дома.

Рассказывая об этом эпизоде своей жизни, учительница признавалась, что «до последнего момента не верила, что останется живой», плакала, жалела «молодежь, которой промыли мозги». Повторный рассказ о случившемся, подкрепленный позитивным отношением группы, был дополнен подробностями и завершился оптимистично («Кто бы мне раньше рассказал, что я на такое способна – не поверила бы»).

Таким образом, когнитивная схема «Я- в событии» способствовала не только поддержанию самооценки на приемлемом уровне. Проведенная в психотерапевтической группе когнитивная реструктуризация помогла повысить самооценку и существенно смягчить травматические воспоминания, сместив акцент на достойное поведение пожилой женщины в экстремальных условиях.

НАБЛЮДЕНИЕ

Молодой человек 18 лет, проживающий в г.Оше, с разрешения матери, (в городе в то время уже действовал комендантский час), вышел на улицу, намереваясь зайти к другу. Недалеко от дома был остановлен тремя людьми в масках, которые стали угрожать ему ножом. Молодой человек растерялся, и, как потом рассказывал, «от отчаяния стал громко молиться». Бандиты ушли, оставив мальчика невредимым. Вернувшись домой, парень обнаружил, что страх вызвал недержание мочи и его брюки мокрые. Не в силах справиться со стыдом («поведение было недостойным для настоящего джигита»), взял веревку и попытался повеситься в сарае. С петли был снят матерью. Мальчик рассказал родителям о нападении, но не упомянул об

истинной причине суицидальной попытки. В течение недели ничего не ел, пил до 8 литров жидкости, намеренно удерживаясь от мочеиспускания, перестал спать, вздрагивал от громких звуков и отказывался выходить из дома, хотя на улицах Оша в это время было уже достаточно безопасно. Мать мальчика обратилась к народному целителю, который провел ритуал «журөк көтөрүү» («подъем сердца», ритуал, направленный на снижение тревоги). Состояние парня не улучшилось, к моменту осмотра, при росте 182 см весил 50 кг. Мать мальчика – медицинская сестра областного центра психического здоровья, решила показать сына коллегам – психиатрам.

Во время осмотра молодой человек рассказал, что во время «испуга» был «трусом», совершил «то, о чем нельзя рассказывать», «превратился в вонючее животное» и сейчас «тренируется, чтобы это не повторилось». Просил ничего не говорить родителям, особенно отцу, который «перестанет его уважать».

Клиническая картина расстройства была обусловлена не столько самим фактом нападения, сколько несоответствием когнитивной схемы «Я-в-событии» образу «настоящего мужчины», культивируемому в семье. В формате новой классификации DSM-V, состояние пациента соответствует критериям острого стрессового расстройства. DSM – V подчеркивает, что данный диагноз выставляется «в том случае, если симптоматика не может быть лучше объяснена психотическим эпизодом». Последующее лечение привело к существенному улучшению состояния юноши, а катамнестические сведения, вполне благополучные до настоящего времени, обнадеживают в плане дальнейшего прогноза.

НАБЛЮДЕНИЕ

Н., молодая женщина с двумя детьми, девочками трех и двенадцати лет, стояла с другими людьми, ожидающими своей очереди на посадку в вертолет, эвакуирующий беженцев из Оша. После посадки раненых пришла очередь женщин с грудными младенцами. Вертолет смог вместить всех молодых мам с малышами, но мест больше не осталось. Около забитого до отказа старого вертолета толпились старики, мужчины с легкими ранениями, женщины с детьми постарше, желающие как можно быстрее покинуть Ош. Пилот объяснил, что оставшихся жителей заберет самолет, который сейчас как раз готовят для этой цели. Н., громко ругаясь, не обращая внимания на увещевания пилота и окружающих, толкая вперед свою старшую дочь, поднялась на борт. Пилот вертолета отказался взлетать и настойчиво попросил женщину покинуть борт. Нецензурно бранясь, обзывая всех, кому уже удалось попасть в вертолет, женщина не покидала борт. Одна из молодых матерей, держа на руках ребенка шести месяцев, вышла из вертолета, сказав пилоту, что «и она, и ее ребенок смогут потерпеть». Вертолет взлетел.

После благополучного приземления, эвакуированная семья обосновалась в Бишкеке у своих родственников. Рассказывая о пережитом, женщина подчеркивала свою роль «настоящей матери», которая, невзирая на упорное сопротивление «всех, кто оказался в вертолете по благу», смогла «протащить и эвакуировать своих детей». В глазах родственников она стала настоящей героиней, способной на отчаянные действия ради своих девочек.

К психотерапевту обратилась сестра Н., обеспокоенная поведением своей старшей племянницы. Прежде общительная и веселая, девочка стала грубой, особенно с матерью, уединялась и плакала, оказывалась от еды, часто жаловалась на боли в животе, долго не могла заснуть, снова стала грызть ногти, что не делала уже несколько лет.

Психиатр, работающий с девочкой, сумел наладить хороший контакт с пациенткой и вскоре услышал историю эвакуации из Оша в интерпретации подростка. Наиболее постыдным, по мнению девочки, стало поведение ее матери, причем не во время по-

садки в самолет, а после, когда Н. рассказывала родственникам о своем героизме. Этот рассказ был воспринят девочкой как ложь, образ дорогого человека приобрел нежелательные характеристики. Попытки девочки напомнить Н. «как все было на самом деле» логично вызвали агрессивную реакцию матери, которая называла дочь «тварью неблагодарной, неспособной оценить то, что для нее было сделано». Девочка чувствовала себя беспомощной, вместо ожидаемой матерью гордости, испытывала стыд.

В памяти ее матери - Н., событие было реконструировано таким образом, чтобы поддержать приемлемый уровень самооценки. Понятно, что образ героини, готовой на отчаянную борьбу ради своих детей, был гораздо более привлекательным, чем образ испуганной, нецензурно бранящейся женщины, занявшей чужое место.

Следует отметить, что в этом случае для проведения семейной психотерапии был применен метод серийных рисунков и рассказов И. М. Никольской, который будет подробно описан в последующих главах руководства.

Приведенные клинические описания демонстрируют роль когнитивной схемы «Я-в-событии» и «Я - после события» (пример девочки – подростка) как в благоприятном выходе из ситуации острого дистресса, так и в формировании признаков расстройства.

2. Индивидуально переживаемое ощущение своей способности противостоять опасности. Это ощущение зависит от внутренних и внешних ресурсов, которые помогают справиться с ситуациями угрозы. К внешним ресурсам можно отнести все, что может быть предоставлено окружающей средой для потенциальной защиты. Надежное убежище (каменный дом в «Трех поросятах»), военная база недалеко от города (Российская авиабаза в небольшом городке рядом с Бишкеком), оружие, надежные замки, даже место под одеялом, где ничего не видно и не слышно – все это создает иллюзию безопасности. Для ребенка внешним ресурсом может стать взрослый, который относится к нему/ к ней безусловно позитивно, любимая игрушка, даже нарисованный ангел. Внутренние ресурсы включают в себя позитивную «Я - Концепцию», психологические установки, силу и устойчивость нервной системы, доступные воспоминанию эпи-

зоды личной истории, доказывающие способность справляться с неприятными жизненными обстоятельствами, а также природные программы, необходимые для выживания. Планы действий могут не ограничиваться типичными лимбическими реакциями, но и запускать более сложные модели поведения, определенные характерным для личности стилем копинг поведения.

НАБЛЮДЕНИЕ

Возвращаясь домой после долгого рабочего дня, глубоко погрузившись в свои мысли, профессор одного из университетов едва не стал жертвой уличного грабителя. Почувствовав, что у него отнимают портфель, он повернулся к нападавшему и громко произнес: «Ты на кого посмел руку поднять? На меня?» Опешив от неожиданной реакции потенциального потерпевшего, грабитель-неудачник поспешно ретировался.

Подобное поведение определяется как “face response”- противостояние и встреча опасности лицом к лицу, вариант реакции борьбы.

- 3. Эмоциональная поддержка (или ее отсутствие)** в момент и после травматического события. Отсутствие эмоциональной поддержки или, более того, осуждение со стороны близких, может быть дополнительным психотравмирующим фактором, утяжеляя и без того невыносимые психотравмирующие переживания.

ПРИМЕР 6

За помощью обратилась мать 19 летней девушки, которая пыталась покончить жизнь самоубийством, после того как около недели тому назад ее выкрали около собственного дома двое неизвестных мужчин в масках. Девушку много часов удерживали в неизвестном месте, она подверглась физическому и сексуальному насилию, ей сбрили волосы, брови и ресницы, после 9 часов насилия погрузили в машину и выбросили около забора ее дома. После случившейся трагедии родители не стали обращаться за медицинской и юридической помощью, наоборот, хо-

тели скрыть случившееся. С дочерью почти не разговаривали. Наилучшим выходом из ситуации рассматривалось скорейшее замужество для того, чтобы «скрыть позор». Для этого семья пострадавшей решила отправить дочь в другую страну. Девушка была поставлена перед фактом. Через два дня после случившегося мать, рано вернувшись домой, обнаружила свою дочь с перерезанными в области запястья венами. Девушку отвезли в больницу, где ей была оказана медицинская помощь, после выписки из общесоматической клиники, родители девушки, напуганные ее суицидальной попыткой, решили обратиться к психиатрам.

- 4. Состояние физического здоровья пострадавшего, конституциональные особенности, возраст, уровень физического развития.** Питер Левин [2], описывая различные способности людей противостоять дистрессу, приводит следующий пример: «Остаться одному в холодной комнате для младенца будет просто невыносимо, ребенка постарше это может напугать, десятилетнего ребенка ... расстроит, а подростку или взрослому человеку это будет просто слегка неприятно. Подростку или взрослому человеку не только будет легче вынести холод и одиночество, но они смогут также протестовать, поищут какой-нибудь обогреватель, попытаются выйти из комнаты, надеть теплый свитер или просто начнут растирать руки. Подобные действия будут во многих отношениях недоступны для маленького ребенка или младенца» [цит. по 3, стр. 38].

Способность индивидуума противостоять неприятным жизненным ситуациям, адаптивно на них реагировать и проживать их без разрушительных для личности эмоциональных последствий, то, что выше было названо «фрустрационной толерантностью», представляется результатом функционирования динамичной системы индивидуальных характеристик. Уровень фрустрационной толерантности, очевидно, может либо повышаться, либо снижаться в зависимости от состояния системы, отдельные звенья которой, например, когнитивные схемы события и «Я – в событии», становятся мишенями психотерапевтической коррекции в процессе работы с пациентами, пережившими кризис.

ЛИТЕРАТУРНЫЕ ССЫЛКИ:

1. American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
2. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.
3. Levin, P. (1997) *A.Waking the Tiger-Healing Trauma. The Innate Capacity to Transform Overwhelming Experiences*. Berkeley, California: North Atlantic Books.
4. World Health Organisation. (1992). ICD-10 Classifications of Mental and Behavioural Disorder: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva. World Health Organisation.

Типы реагирования на острый стресс.

Молчанова Е. С., Нелюбова Т.А.

Типы реагирования на острый стресс представляются одним из веских доказательств валидности дарвиновской теории происхождения видов: последовательность реакций (замирание – борьба/бегство-оцепенение) используется животными для увеличения своих шансов на выживание. Заданные природные программы запускаются всякий раз, когда событие интерпретируется как угроза. Изученная этологами и зоопсихологами еще в начале прошлого века [цит. по 1, стр. 2], эта последовательность поведенческих реакций называется «лимбической» - термин, который подчеркивает спасительную роль наиболее древней части головного мозга («рептилийный» мозг) в выживании человечества как вида. Лимбические реакции включают следующие характеристики:

- Они запускаются автоматически в ситуациях, которые интерпретируются как угроза. Поведение человека в момент реакции мало поддается или не поддается осознанному контролю;
- Последовательность лимбических реакций достаточно постоянна: (1) - замирание; (2) – борьба/бегство; (3) - тоническая имобилизация;

- Инстинктивный выбор реакции борьбы или бегства после первоначального замирания зависит как от наследственной предрасположенности к появлению определенного поведенческого алгоритма в опасных ситуациях, так и от того, как человек был научен справляться с угрозой.

Доказательства того, что реакция на потенциальную угрозу может быть результатом научения, прослеживаются в исследованиях, показывающих, что реакции на оскорбление существенно зависят от культуры. Нисбетт с соавторами [6] отмечают, что наученная реакция борьбы поощрялась в «культуре гордости», которая развилась на юге США, что могло стать причиной значимых различий по рейтингу убийств – количество жестоких преступлений на Юге значительно превышало показатели Севера.

- Реакции сопровождаются интенсивным физиологическим компонентом, преимущественно симпатическим в случаях борьбы/бегства и тонической иммобилизации, парасимпатическим в случаях атонической иммобилизации (обморока).
- Реакции на ситуацию острого стресса сопровождаются различными состояниями измененного сознания. Для первичного замирания характерно повышение уровня сознания (сверхбдительность), сужение сознания типично для оцепенения.

Названный алгоритм лимбических реакций, впервые изложенный Греем (Gray [3]), начинается с **замирания** (*freeze*) или **реакции сверхбдительности** (*hypervigilance*). Основная функция первичного замирания – ориентировка в ситуации опасности, подготовка к последующей борьбе или бегству после момента «замри, смотри и слушай». Иногда этой реакции достаточно для спасения, так как визуальная кора и сетчатка глаза хищных млекопитающих (что, правда, в меньшей степени, характерно и для мужских особей *Homo sapiens*) ориентированы на восприятие движения, а не цвета. Замирание сменяется реакцией борьбы/бегства (*fight/flight*). Выбор поведенческой стратегии, как было указано выше, зависит от наследственной предрасположенности и от результатов научения. Роберт Плутчик [7] определяет страх (бегство) и гнев (борьбу) в качестве двух полюсов единой стратегии выживания, в основе которой лежит соперничество за собственность и/или территорию. Страх может трансфор-

мироваться в гнев, если противник оказывается несостоятельным, а ярость превращается в страх при прогнозируемой угрозе физической, социальной и/ли психической смерти. Таким образом, реакция борьбы/бегства может распадаться на два последовательных этапа (бегство, затем борьба, либо борьба, затем бегство) в зависимости от изменения стрессовой ситуации.

Следующий шаг в последовательности реакций – **оцепенение или тоническая иммобилизация**. Отметим, что тоническая иммобилизация (*tonic immobilization or fright response*) в англоязычной литературе иногда подменяется другим термином – “freeze” – названием первого звена защиты в типичной последовательности лимбических программ, что, по мнению Браха [1,2], уже вызвало немалую путаницу в дискуссиях об «адаптивности *freeze response*».

В литературных источниках, посвященных посттравматическому стрессовому расстройству, отмечается, что именно *оцепенение (fright response)* или, как его определяли в более ранних публикациях [3], «мнимая смерть» (“*playing dead*”) связано с высокой вероятностью развития признаков посттравматического стрессового расстройства. Изучая прогностическое значение различных реакций на ситуацию чрезмерного стресса у жертв изнасилований, ветеранов, лиц, пострадавших в автомобильных авариях [1], исследователи приходят к выводу, что именно реакция иммобилизации может рассматриваться как наиболее неблагоприятная. Очень подробно *fright response* исследует Петер Левин [4], считая именно эту реакцию наиболее патогенной для человека. Он пишет, что данный поведенческий алгоритм способствует инкапсуляции «энергии травмы» и приводит к формированию симптомов расстройств, связанных с травматическим стрессом [4, стр. 25]. Исследование, проведенное группой канадских психиатров [9], показало, что у жертв автомобильных аварий, «цепеневших» в ситуации непосредственной угрозы жизни, риск возникновения посттравматического стрессового расстройства **был в 17 раз выше**, чем у пострадавших, пытавшихся спастись. Наши наблюдения согласуются с результатами исследований западных ученых – пациентки с симптомами ПТСР после пережитого насилия убедительно часто описывают «застывание от ужаса».

В публикациях последних лет [2] типичные лимбические реакции были дополнены еще двумя – мнимыми действиями (“*false actions*”) и обмороком (*faint*). Реакция *мнимых действий* была описана у собак [7]. Мнимыми действиями называется поведение, имитирующее привычную для человека деятельность ВНЕ ситуации стресса, но не имеющее никакого значения для *физического выживания* ВНУТРИ стрессовой ситуации. Основная функция этой реакции – симитировать и, таким образом, удержать подобие порядка и попытаться *психически* выжить в ситуации хаоса при помощи выполнения привычных, рутинных, то есть «нормальных» действий в ненормальных условиях. Реакция мнимых действий сопровождается, как правило, измененным состоянием сознания (сумеречным расстройством сознания) и, зачастую, последующей диссоциативной амнезией на наиболее тяжелый период травмы.

Наблюдение

Один из наших коллег, проживающих в городе Жалал-Абаде, поделился с нами наблюдением «странного», на его взгляд, поведения молодой девушки во время массовых поджогов жилых домов. Не обращая внимания на горящее здание, и окружающую ее панику, она снова и снова подметала небольшой участок двора, не реагируя на окрики родителей, звавших ее в убежище. Наш коллега заставил выйти знакомую ему семью из подвала и буквально насильно посадил девушку в машину, все это время она не выпускала из рук метлу. Поступок доктора оказался спасительным: многие жители Жалал-Абада, спрятавшись в убежищах – подвалах собственных домов, погибли от отравления угарным газом.

Через несколько часов, оказавшись в безопасности в квартире врача, родители девушки грустно пошутили, что «дочь могла бы захватить из дома что-то поценнее метлы». Дочь неотреагировала на шутку, и, сидя на диване, продолжала крепко сжимать ручку метлы в руках. Заснув после инъекции диазепама и проспав 6 часов, пациентка не могла понять, как оказалась в квартире врача, заплакала, узнав о сгоревшем доме и улыбнулась, услышав шутку отца о том, что «она настолько чистоплотна, что даже перед пожаром решила тщательно вымести двор».

Реакция обморока считается ответом на экстремальный стресс *исключительно у представителей вида Homo Sapiens*, причем неоднократно подчеркивается, что угроза в этом случае интерпретируется как неизбежная [2]. Сторонники этой точки зрения считают, что обмороки в качестве стратегии выживания впервые появились в палеолите в ответ на внутри- и межгрупповые войны. Обморок, в отличие от *тонической* иммобилизации – четвертой реакции в последовательности реакций на ситуацию острого стресса, можно назвать *атонической* иммобилизацией. Если тоническая иммобилизация сопровождается повышенным артериальным давлением и учащением пульса, то атоническая – снижением частоты сердечных сокращений, замедлением дыхания, снижением артериального давления и, что самое главное, потерей сознания с последующей амнезией. Оцепенение сопровождается измененным состоянием сознания, но способность воспринимать происходящее не теряется полностью. В настоящее время активно изучается связь атонической иммобилизации с тяжестью признаков острого стрессового расстройства (острой реакцией на стресс по МКБ-10) и посттравматического стрессового расстройства. Отмечается, что атоническая иммобилизация напрямую связана с гемофобией и брезгливостью, считается, что атоническая иммобилизация – это щадящий («женский») вариант типичной иммобилизации – на период ситуации острого стресса жертва как бы «выпадает» из событий, попадая в полную зависимость от окружающих – либо спасителей, либо преступников. Кроме того, атоническая иммобилизация немедленно обращает на себя внимание окружающих и, таким образом, позволяет пострадавшему (пострадавшей) получить большее количество эмоциональных поглаживаний.

Все этапы (*замирание – борьба/бегство – тоническое/атоническое оцепенение*) типичной последовательности реакций на острый стресс считаются общими для всех млекопитающих, однако одно или даже два звена лимбической цепи могут выпадать. Адаптивность той или иной реакции *животных* оценивается тем, насколько выбранное поведение способствует выживанию. Антилопа вряд ли выстоит в схватке со львом, но сильное молодое животное сможет удрать от пожилого хищника. Не имея возможности убежать от врага или бороться с ним, опоссум валится на бок и становится неподвижным, имитируя смерть. Нападающий, обнюхав распростертое

тело, обычно удаляется, а зверек через некоторое время «оживает». Мнимая смерть у животных, таким образом, становится наиболее адаптивной реакцией на угрозу в том случае, когда все остальные возможные программы бесполезны.

Оценка адаптивности той или иной реакции на ситуацию остро-го стресса у людей, вероятно, должна соотноситься с ее последствиями для физического и психического здоровья. Значимая позитивная связь между реакцией оцепенения (*fright, tonic immobilization*) и последующим развитием признаков ПТСР, обнаруженная в целом ряде исследований, позволяет выделить тоническую иммобилизацию в качестве прогностически неблагоприятной даже в тех случаях, когда благодаря именно оцепенению жертва остается жива и физически невредима. Следует, тем не менее, отметить, что в ряде случаев тоническая иммобилизация может быстро смениться другими, более адаптивными формами реагирования.

Литературные ссылки

1. Bracha, S. (2004). Freeze, flight, fight, fright, faint: adaptationist perspectives on the acute stress response spectrum. *CNS spectrum*. Vol. 9 – N. 9
2. Bracha S., Williams A, Haynes S., Kubany E., Ralston T., & Yamashita J. (2004) The STRS (shortness of breath, tremulousness, racing heart, and sweating): a brief checklist for acute distress, with panic-like sympathetic indicators; development and factor structure. *Ann Gen Hosp Psychiatry*. 2004;3:8
3. Gray J. (1988). *The Psychology of Fear and Stress*. 2nd Ed., NY, Cambridge University Press.
4. Levin, P. (1997) *Awaking the Tiger-Healing Trauma. The Innate Capacity to Transform Overwhelming Experiences*. Berkeley, California: North Atlantic Books.
5. Jansen, A., Nguyen, V., Karpitskiy, V., Mettenleiter, T. C., & Loewy, A. D. (1995). “Central command neurons of the sympathetic nervous system: Basis of the fight-or-flight response.” *Science*, 270, 644 -646.
6. Nisbett, R. E. (1993). “Violence and U.S. regional culture.” *American Psychologist*, 48, 441 -449.

7. Plutchik, R. (1965). What is an emotion? Journal of Psychology, 61,295-303.
8. Scholz M., Reinhardt, C. (2006). Stress in Dogs. Dogwise Publishing; 1st edition. p. 137
9. Vaiva G, Brunet A, Lebigot F, Boss V, Ducrocq F, Devos P, Lafargue P, Goudemand M. (2003). Fright (effroi) and other peritraumatic responses after a serious motor vehicle accident: prospective influence on acute PTSD development. Can J Psychiatry. Jul; 48(6):395-401.

Защитная система человека. Психологическая защита и копинг – поведение.

Никольская И. М.

Адаптация человека к стрессовым (в том числе, кризисным и чрезвычайным ситуациям) обеспечивается функционированием многочисленных взаимосвязанных, взаимодополняющих регулирующих подсистем, имеющих различную биопсихосоциальную основу (Грановская Р.М., 2007; С овладающее поведение, 2008). Когда происходит стрессовое событие, нарушается гомеостаз. Его нарушение может быть вызвано характеристиками стрессора, либо их восприятием. Организм человека реагирует на воспринятое нарушение либо автоматическими ответными реакциями, либо потенциально осознанными целенаправленными действиями. В первом случае речь идет о неосознанном физиологическом, поведенческом и психическом реагировании. Во втором случае – о сознательном использовании совладающего со стрессом, или копинг-поведения.

Анализируя проявления защитного реагирования на стресс, мы выделяем четыре уровня защитной системы человека: **сомато-вегетативный, поведенческий, психологической защиты и копинг-поведения**. Данные уровни защиты последовательно формируются в онтогенезе и одновременно/последовательно, прерывисто/непрерывно функционируют у взрослого (Никольская, И., 2008).

При выделении и описании данных уровней используется клинико-психологический подход. Он базируется на выявлении помога-

ющим специалистом внешних проявлений защитного реагирования (симптомов). Эти симптомы психолог или врач могут обнаружить у клиента/пациента путем беседы, наблюдения, углубленного психологического и клинического обследования.

Приводим краткое описание уровней защитной системы человека и общую характеристику их функционирования.

Сомато-вегетативный (физиологический). На этом уровне адаптация к стрессу осуществляется посредством автоматических изменений в деятельности различных систем организма (сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, выделительной, эндокринной, нервной и вегетативной, пр.). У пострадавшего нарушается сон, повышается температура, расстраивается дыхание, пищеварение, появляются другие соматические симптомы, что указывает на нарушение физического здоровья и требует безотлагательной помощи со стороны окружающих. Такое реагирование организма на вредности, первоначально характерное для детей в ранний период развития (от 0 до 3 лет), затем проявляется в ситуациях стресса и у людей других возрастов.

Поведенческий (психомоторный) уровень. Адаптация к стрессу происходит как результат автоматического изменения общего рисунка поведения человека, то есть, объема и характера его общей моторной активности. Первоначально такое реагирование типично для детей дошкольного возраста, у которых часто можно наблюдать защитные поведенческие реакции отказа, оппозиции, имитации, компенсации. Так, ребенок может отказаться от приема пищи, от игр, общения с самыми близкими людьми (реакция отказа). Начинает «плохо» себя вести - капризничает, конфликтует, проявляет агрессию (реакция оппозиции). Подражает значимым для него людям (реакция имитации) или любыми другими способами пытается получить их одобрение (реакция компенсации). Автоматическое использование защитных поведенческих реакций позволяет ребенку получить внимание и помощь взрослых и на этой основе удовлетворить свои базисные потребности в безопасности и защищенности, любви и принятии, социальном одобрении, сохранении положительной самооценки и самоуважения. Такие же поведенческие паттерны реагирования (отказ от привычных видов деятельности, оппозиционное, имитационное, компенсаторное поведение), легко заметные со стороны и требующие психологическо-

го вмешательства, в ситуациях стресса можно наблюдать у взрослых.

Уровень психологической защиты (бессознательной психики).

Психологическая защита – это система механизмов стабилизации личности, направленная на ограждение сознания от неприятных, травмирующих переживаний, сопряженных с внутренними и внешними конфликтами. Психологическая защита осуществляется посредством особой переработки тревожной информации в психике. В защите участвует целый комплекс психологических механизмов: *отрицание, подавление, рационализация, вытеснение, проекция, идентификация, замещение, сновидение, сублимация, катарсис, отчуждение* и др. Автоматично включаясь в ситуации психологической травмы, эти механизмы выступают в качестве своеобразных барьеров на пути продвижения информации в психике. В результате их действия тревожная для личности информация либо игнорируется, либо искажается, либо фальсифицируется. Тем самым формируется специфическое состояние сознания в виде нереалистичного образа мира и нереалистичного образа своего «Я» (позитивных иллюзий), что позволяет человеку сохранить устойчивость и уравновешенность, несмотря на ситуацию стресса.

В отличие от двух других защитных уровней, базирующихся на вмешательстве и получении помощи «со стороны», психологическая защита является «самозащитой». Ее автоматическое включение приводит не только к субъективному ощущению облегчения (снятия эмоционального напряжения), но также к формированию стиля защиты - стабильных, длительно функционирующих структур, которые активизируются в сходных обстоятельствах. Это может сопровождаться появлением невротических (“условно желательных”) симптомов, которые вовлекаются человеком в разрешение ситуации, связанной с конфликтом (Грановская Р.М., 2007). Например, для жизненного стиля человека может быть характерно восприятие окружающего мира и самого себя в «розовом цвете» (отрицание), полное или частичное забывание психотравмирующих ситуаций или истинных мотивов своих поступков (вытеснение), самооправдание и оправдание других (рационализация), перекладывание своей вины на других (проекция), не соответствующее возрасту и социальному статусу безответственное поведение (регрессия), поиск доступных мишеней для разрядки физической и

вербальной агрессии (замещение) и пр.

Психологическую защиту, наряду с копинг-поведением, принято рассматривать, как важнейшие процессы адаптации личности к стрессу.

Уровень копинг-поведения (совладания). Копинг-поведение (совладание) – одно из центральных понятий в психологии стресса и адаптации (Крюкова Т.Л., 2005). Оно направлено на активное взаимодействие личности с ситуацией и приводит:

- к изменению ситуации (если она поддается контролю);
- к приспособлению к ситуации (в случае, когда ситуация не поддается контролю).

Попытки найти ответ на вопрос «Почему под влиянием психологических стрессоров в одних и тех же условиях среды одни люди болевают, а другие – нет?», привели к двум следующим выводам:

- в промежутке между стрессом и ответом на него находятся процессы совладания со стрессом (coping processes);
- то, каким способом люди совладают со стрессом, преодолевают его, в целом даже более важно для социального функционирования, здоровья и благополучия, чем природа стрессора и частота его воздействия и т. д. (Lazarus R., 1966 Roskies E., Lazarus R., 1980).

Копинг-поведение личности реализуется за счет:

- восприятия возникших трудностей,
- эмоциональной оценки их как опасных для жизни, здоровья, личностного и социального благополучия,
- включение мышления для поиска и анализа знаний о том, как следует преодолевать данные ситуации,
- умений применять эти стратегии на практике.

Только на этом уровне защиты в комплексе с другими функционирует стратегия планирования и конкретного решения встающих перед человеком проблем.

Задачи копинг-поведения по Р. Лазарусу:

- Минимизация негативных воздействий обстоятельств и повыше-

ние возможностей для восстановления активной деятельности.

- Терпение, приспособление или регулирование и преобразование трудных ситуаций.
- Поддержание положительного образа «Я» и уверенности в своих силах.
- Поддержание эмоционального равновесия.
- Поддержание, сохранение достаточно тесных взаимосвязей с другими людьми.

Выделяют стратегии и стили копинг-поведения.

Копинг-стратегии – это многочисленные действия, которые личность сознательно и целенаправленно осуществляет в ситуациях угрозы для жизни и благополучия. Основные копинг-стратегии по Р. Лазарусу включают планирование решения проблем, поиск социальной поддержки, самоконтроль, принятие ответственности (самообвинение), положительную переоценку ситуации, конфронтацию, дистанцирование, бегство-избегание.

Копинг-стратегии реализуются посредством когнитивной (интеллектуальной) и эмоциональной переработки тревожной информации, а также осуществления конкретных поведенческих актов (Е. Heim, 1988).

Когнитивные копинг-стратегии: проблемный анализ, установка собственной ценности, сохранение самообладания, понимание ответственности возникшей сложности, придание ей особого смысла, религиозность, смирение и др.

Эмоциональные копинг-стратегии: протест, оптимизм, эмоциональная разрядка, подавление эмоций, самообвинение, покорность, агрессивность и др.

Поведенческие копинг-стратегии: конструктивная активность, сотрудничество, обращение за помощью, забота о других людях (альтруизм), отвлечение от ситуации, ее активное избегание, компенсаторное поведение и др.

Выбор тех или иных копинг-стратегий взаимосвязан с особенностями личности и стрессовой ситуации. Он может быть адаптивным, относительно адаптивным и неадаптивным.

Стили копинг-поведения – это личностно обусловленные устойчивые паттерны поведения в стрессовых ситуациях. Выделяют три основных стиля копинг-поведения (Endler N. S., Parker J. D. A., 1990):

1. *Проблемно-ориентированный*. Включает: предварительный анализ проблемы. Фокусирование на ней и поиск возможных способов ее решения. Стремление лучше распределить свое время, выбор личных приоритетов. Обращение к собственному опыту решения аналогичных проблем. Стремление контролировать ситуацию. Формирование установки на решение проблемы. Практическую реализацию планов.
2. *Эмоционально-ориентированный* копинг – эмоциональное переживание проблем (подавление эмоций либо эмоциональное отреагирование).
3. *Избегание*, включающее субстили:
 - отвлечение (дистанцирование от тревожной ситуации, переключение внимания и получение удовольствия от вещей, непосредственно не связанных с ситуацией стресса: еда, покупки, прогулки, отвлекающие занятия, и пр.);
 - социальное отвлечение (поиск социальной поддержки);
 - собственно избегание (отказ от мысленных и поведенческих усилий по разрешению ситуации).

Проблемно-ориентированный копинг-стиль обычно соотносится с более совершенной адаптацией, а копинг, ориентированный на эмоции, – с недостаточной адаптацией. Однако показано, что определенные функции копинга более успешны для совладания с определенными типами стрессоров (Conway V.J, Terry D.J., 1994; Zeidner M., Endler N.S., 1996):

- проблемно-ориентированное совладание более адаптивно, эффективно в контролируемых ситуациях, при которых имеется больше возможностей к изменению обстоятельств;
- совладание, ориентированное на эмоции, более полезно в менее контролируемых ситуациях, которые предусматривают меньше возможностей для изменения обстоятельств.

Критерии эффективного копинг-поведения:

- Устранение физиологических и психологических проявле-

ний напряжения.

- Возможность восстановления прежнего уровня активности.
- Предотвращение дистресса и развития психического истощения.
- Характеристики личности и социальной среды, облегчающие или делающие возможной успешную адаптацию, называют копинг-ресурсами (ресурсами совладания).

S. Tailor выделяет внешние и внутренние копинг-ресурсы:

- внешние: наличие денег, уровень образования, высокий уровень жизни общества, наличие сети социальной поддержки, отсутствие жизненных стрессоров, наличие времени;
- внутренние: оптимизм, стойкость, воспринимаемый контроль над ситуацией, объяснительный стиль мышления, позитивная самооценка, уверенность в себе, наличие социальных навыков, религиозность, способность быстро восстанавливать силы после стресса.

Большое значение для адаптации к стрессу имеет наличие семейных копинг-ресурсов – семейной сплоченности и интеграции.

Основополагающую роль в формировании защитной системы человека оказывает его взаимодействие с другими людьми, социальными институтами, продуктами материальной и духовной культуры. Оно не только позволяет накопить опыт получения различных видов помощи (психологической, социальной, юридической, медицинской, информационной), но также вооружает конкретным «инструментарием» (ресурсами) для осуществления адаптационных процессов.

В основе социального научения лежит имитационное поведение (обучение на примере), поэтому значимые фигуры из окружения нередко оказывают на человека большее влияние, чем адресующиеся к интеллекту разъяснения о полезности и социальной ценности того или иного поступка.

Адаптация человека к социуму также предполагает обязательное усвоение общественных правил и законов, культурных норм, традиций и ритуалов. Их осознанное и неосознанное использование позволяет человеку не только ощущать свою принадлежность к группе, но также строить свое поведение в соответствии с групповыми ожиданиями и потому

в ряде случаев избегать ненужного напряжения (Грановская Р.М., 2007).

Совладание со стрессом может быть сфокусировано не только на ситуацию угрозы, потери или вызова в прошлом или настоящем, но и развиваться в направлении предупреждения влияния событий, которые являются потенциальными стрессорами за счет накопления и развития копинг-ресурсов. Таким образом, совладанию можно обучать.

Опережающий, **проактивный копинг** – это комплекс процессов, посредством которых люди предвосхищают или обнаруживают потенциальные стрессоры и действуют упреждающе с целью предупреждения их влияния. Оно сочетает процессы саморегуляции и совладания.

Выделяют пять взаимосвязанных компонентов опережающего копинга (Aspinwall L.J., Taylor S. E., 1997):

- накопление ресурсов (социальных, финансовых, временных), которые в последующем могут быть использованы для предупреждения или нейтрализации будущих потерь;
- понимание, осознание потенциальных стрессоров;
- оценка потенциальных стрессоров на начальном этапе;
- заблаговременные, подготовительные попытки совладания;
- получение вывода и осуществление обратной связи об успешности совершенных попыток.

Психологическая защита и копинг-поведение в экстремальных и чрезвычайных ситуациях

И. М. Никольская

В экстремальной, чрезвычайной ситуации реагирование на стресс отражается в непосредственных, прямых, автоматических, немедленных и спонтанных реакциях на напряженные ситуации, то есть осуществляется на первых трех уровнях защитной системы: сомато-вегетативном, психомоторном и уровне психологической защиты. Последующее регулирование процесса включает произвольные и преднамеренные усилия по мобилизации физиологических реакций, управлению эмоциями, вниманием, поведением и познанием в ответ на стресс на уровне копинг-поведения (Stroebe M.S.,

Schut H., 1999).

В процессе совладания с травмой и ее последствиями человек может не только восстанавливаться и возвращаться к исходному уровню функционирования, существовавшему до травмы. Он может использовать возникшую ситуацию как возможность для дальнейшего индивидуального развития, достижения более высокого уровня функционирования в определенных областях по сравнению с тем, который он имел до травмы (Tedeschi R.G., Calhoun L.G., 2004).

Согласно двухкомпонентной модели посттравматического роста (Maercker и Zoellner, 2004), в адаптации к стрессу одновременно участвуют психологическая защита и копинг-поведение, и потому посттравматический рост имеет две стороны:

- иллюзорную, дисфункциональную, вводящую пациента в заблуждение (позитивная иллюзия);
- функциональную, конструктивную, способствующую реалистичному восприятию.

Обе стороны посттравматического роста способствуют адаптации. Дисфункциональная сторона, вводящая пациента в заблуждение, первой включается в процесс адаптации к стрессу, вторая соотносится с долгосрочной адаптацией, укрепляющей здоровье.

Следует помнить, что в силу возраста, состояния здоровья и/или особенностей самой ситуации (например, экстремальной и угрожающей жизни) личность может не быть способна к сознательным и целенаправленным усилиям по приспособлению к стрессу – использованию адаптивного копинг-поведения. Это обуславливает необходимость в оказании ей адекватной помощи по совладанию с кризисной ситуацией соответствующими специалистами.

Проиллюстрируем это на примере проявления симптомов острого посттравматического стрессового расстройства у детей - жертв террористического акта в Беслане (Добряков И.В., 2008).

По данным И.В. Добрякова, у всех наблюдавшихся им детей в той или иной степени были выражены нарушения пищевого поведения (чаще гипорексия) и разнообразные диссомнии (трудности засыпания, поверхностный с частыми пробуждениями сон, снохождение, яктации, энурез, снохождения). Также детей отличала не-

свойственная им до травмы гиперактивность, которая парадоксально сочеталась со стремлением к уединению и утратой интереса к прежним структурированным играм. Эмоциональная сфера характеризовалась повышением уровня тревоги, гипотимией, нередко с дисфорическим оттенком, в сочетании с агрессивностью, обычно направленной на близких родственников.

Некоторая отчуждённость от окружающих затрудняла контакт с детьми. Во время беседы они были непоседливы, односложно, формально отвечали на вопросы, замыкались при попытке заговорить с ними о событиях теракта. В тяжёлых случаях проявлялась заторможенность, пассивность, явления элективного мутизма (дети старались общаться с окружающими лишь скупыми жестами, разговаривали односложно, только шёпотом и только с близкими родственниками). Это объяснялось проявлением характерного для ПТСР устойчивого стремления жертвы заблокировать (вытеснить) все, что может напоминать о травме.

Можно видеть, что адаптация пострадавших детей к кризисной психотравмирующей ситуации осуществлялась автоматически, путем активизации трех первых уровней защитной системы: сомато-вегетативного, поведенческого и психологической защиты. Однако таких автоматических непосредственных реакций на ситуацию напряжения явно недостаточно для того, чтобы ребенок полностью совладал с опытом кризисных переживаний и вернулся дотравматическому уровню функционирования.

Таким образом, сознательные и целенаправленные действия по совладанию с кризисной ситуацией вначале должны были осуществлять не сами пострадавшие дети, а помогающие специалисты. При этом, базируясь на представлениях об уровнях защитной системы человека, необходимо соблюдение определенной этапности в оказании ребенку различных видов помощи (Никольская И.М., 2012).

Первый этап (сомато-вегетативный уровень защиты) - удовлетворение основных физиологических потребностей пострадавшего ребенка («накормить, напоить, обогреть» и т.д.) а также проведение необходимых лечебных мероприятий.

Второй этап (поведенческий уровень защиты) - удовлетворение

базисных психологических потребностей в безопасности, защищенности, принятии и социальном одобрении (поместить пострадавшего ребенка в безопасную обстановку и адаптировать к среде, наладив успешное функционирование в семье, образовательном учреждении, группе сверстников и т.д.).

На третьем этапе важнейшим направлением работы становится психологическая коррекция и последующее укрепление психологической защиты ребенка за счет создания у него позитивных образов мира, будущего и самого себя.

На четвертом, заключительном этапе, актуализируются долгосрочные задачи по развитию копинг-ресурсов детей и формированию эффективного копинг-поведения.

Очевидно, что при оказании комплексной медико-социальной и психолого-педагогической помощи пострадавшим детям на практике, в ряде случаев трудно четко разделить данные этапы и соответствующие им направления работы. Они могут осуществляться как одновременно (параллельно), так и последовательно при участии различных специалистов: врачей, психологов, социальных работников и др. Однако существенным является понимание того, что все защитные уровни должны быть задействованы, и все направления помощи ребенку в полном объеме реализованы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Добряков И.В. Клинические особенности острого посттравматического стрессового расстройства у детей / И.В. Добряков // Прикладная юрид. психология. – 2008. – №3. – С. 53-54.
2. Грановская Р.М. Психологическая защита / Р.М. Грановская. – СПб. : Речь, 2007. – 476 с.
3. Крюкова Т.Л. Психология совладающего поведения в разные периоды жизни / Т.Л. Крюкова. – Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2010. – 296 с.
4. Совладающее поведение: Современное состояние и перспективы / под ред. А.Л. Журавлева, Т.Л. Крюковой, Е.А. Сергиенко.

– М. : Ин-т психологии РАН, 2008.- 474 с..

5. Никольская И.М. Кризисная психологическая помощь детям и психологическая защита // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. - 2012. №1. С. 97-104.

Дополнительные травмирующие факторы: психологическое притеснение (харассмент) на рабочем месте.

Назим Агазаде

перевод Е. Молчановой

Психологическое притеснение (*харассмент*) на рабочем месте может встречаться в больших многонациональных корпорациях, коммерческих и некоммерческих, правительственных и частных организациях. Удивительно, но притеснение или домогательство – феномен, распространенный во всем мире. Притеснениям подвергаются люди различных рас, национальностей, религиозной и гендерной принадлежности, различных социальных слоев, причем признаков сходства в подобных случаях много больше, чем различий. Более того, где и когда бы ни происходил харассмент, люди зачастую не имеют представления об этой проблеме. Многие склонны обвинять себя, объяснять произошедшее всеми возможными причинами, но не расценивать случившееся как собственно психологическое притеснение. Различные психические расстройства и суицидальные проявления наблюдаются у лиц, подвергающихся харассменту как со стороны индивидуума, так и группы. Цель данной статьи заключается в определении взаимосвязи между психологическим притеснением и его наиболее серьезными последствиями в сфере психического здоровья - суицидальным поведением.

Определение харассмента

Согласно официальному определению ООН от 2008 года (ST/SGB/2008/5):

... 1.2 Психологическим притеснением (харассментом) называется любое несоответствующее и нежелательное поведение, которое способно оскорбить или унижить индивидуума. Харассмент может выражаться в форме слов, жестов или действий, направленных на то, чтобы вывести из себя, унижить, оскорбить, запугать, смутить другого, либо создать непереносимую, унижающую, враждебную или оскорбительную рабочую среду. Обычно харассмент включает серию инцидентов. Несогласие по поводу качества выполненной работы или по поводу других рабочих вопросов не рассматривается в качестве психологического притеснения, не попадает в сферу юрисдикции данного документа, а рассматривается в контексте управления производством.

Признаки харассмента

Способность распознавать фактические признаки харассмента, которые могут проявляться в самых разных вариантах, становится первой трудностью при столкновении с этой проблемой. В диагностике харассмента прослеживаются культуральные особенности. То, что рассматривается в качестве харассмента в одной стране, может восприниматься как совершенно приемлемое поведение в другой, поэтому о контексте культуры забывать не следует.

Признаки харассмента могут быть разделены на четыре группы:

Запугивание:	Блокирование:	Изоляция:	Унижение:
Персонализация	Сверх-контроль	Распространение слухов	Присвоение чужих заслуг
Генерализация	Ограничение доступа к информации	Сговор	Предоставление заданий ниже уровня квалификации сотрудника, либо
Чрезмерная критичность	Ограничение доступа к ресурсам	Административные препятствия	превышающих уровень его/ее квалификации
Нападение на личность	Перегрузка работой	Создание помех для связи с другими коллегами	непостоянство в обращении
Агрессивная коммуникация	Манипулирование заданиями	Лишение ресурсов для дальнейшего профессионального развития	недоступность для сотрудника

Нам удалось проанализировать 65 служащих (39 женщин и 26 мужчин в возрасте 25-55 лет) из 23 стран, преимущественно из Азии и Восточной Европы с проблемами в области психического здоровья с суицидальными тенденциями. Суицидальные тенденции включали суицидальные мысли (57 человек) и суицидальные попытки (8 человек, все женщины). Большинство случаев харассмента отмечалось по отношению к подчиненным (52 человека, 43 женщины и 9 мужчин), в 13 случаях отмечались психологические притеснения по отношению к равному по служебному положению коллеге.

№	Признаки	Никогда = 1	редко = 2	Регулярно = 3	часто = 4	всегда = 5
1	Персонализация: нападение на личность и комментарии по поводу личности					
2	Обобщение и преувеличение ошибок					
3	Чрезмерная критичность: несправедливые обвинения, навешивание роли «козла отпущения»					
4	Личностные атаки: оскорбления, запугивания, угрозы, эмоциональное давление, крик.					
5	Агрессивная, вертикальная, односторонняя коммуникация: невежливые комментарии, агрессивный язык жестов, намеренно пренебрежительная коммуникация, игнорирование или исключение.					

6	Препятствие профессиональной активности: чрезмерное контролирование, ограниченные задания или лишение заданий вообще.					
7	Ограниченный доступ к информации: удержание информации либо предоставление неверной информации.					
8	Лимитированный доступ к ресурсам: ухудшение производительности труда жертвы ограничением доступа к оборудованию, фондам, т.д.					
9	Перегрузка работой: необоснованно высокая рабочая нагрузка либо увеличение продолжительности рабочего дня.					
10	Манипулирование заданиями: неясные задания, запутывающие задания, включая отказ от результатов выполненного задания, частая смена приоритетов и стратегий реализации, отсутствие адекватной обратной связи.					

11	Распространение слухов: клевета либо непроверенная информация, распространяемая о человеке в форме слухов.					
12	Сговор: изоляция сотрудника от других работников.					
13	Создание препятствий: административные препятствия, включая манипулирование условиями контракта и административным оцениванием.					
14	Создание барьеров для коммуникации жертвы с другими сотрудниками: непрозрачная коммуникация, создание помех для коммуникации жертвы с ключевыми лицами в организации.					
15	Лишение доступа к ресурсам профессионального и личностного развития: к тренингам, обучающим материалам.					
16	Принижение заслуг: присвоение заслуг жертвы харассмента, недооценка качества работы, постановка под вопрос успеха сотрудника, либо полное обесценивание качества его/ее работы.					

17	Принуждение сотрудника выполнять задания ниже его квалификационного уровня.					
18	Слишком сложные задания, которые нереалистично выполнить либо в назначенные сроки, либо в условиях ограничения информационных и иных ресурсов.					
19	Противоречивое взаимодействие: запугивание сотрудника противоречивыми действиями, политикой «кнута и пряника», либо нелогичными ответами.					
20	Недоступность: игра в «VIP», или в «очень занятого человека» в присутствии жертвы харассмента или других сотрудников.					
	Всего					

Все случаи харассмента были подтверждены не только методом интервью, но и с помощью использования следующего перечня:

Оценка харассмента (Н. Агазаде, 2004)

Оценка интенсивности харассмента:

- | | |
|---|----------|
| 1. Отсутствие харассмента или незначительный харассмент | 20 - 29 |
| 2. Очевидный харассмент | 30 - 39 |
| 3. Значительный | 40 - 49 |
| 4. Высокая интенсивность | 50 - 59 |
| 5. Очень высокая интенсивность | 60 - 100 |

Случаи притеснения или домогательств были идентифицированы в ходе консультирования и использования приведенного перечня как харассмент высокой интенсивности (24 человека, 14 женщин и 10 мужчин) и очень высокий (41 человек, 25 женщин и 16 мужчин).

Последствия харассмента для психического здоровья

Обычно наблюдаются следующие последствия харассмента: кумулятивный стресс, травматический стресс, выгорание, депрессия, расстройства адаптации, острое стрессовое расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство. Связи между харассментом и психическим здоровьем четко прослежены в многочисленных исследованиях (Leymann & Gustafsson, 1996; Quine, 1999; Zapf, 1999; Paterniti et al., 2002; Mikkelsen & Einarsen, 2002; Kendler et al., 2003; Tehrani, 2004; Matthiesen & Einarsen, 2004; Niedhammer et al., 2006; Hansen et al., 2006; Nolfе et al., 2008).

Важно отметить, что работа с психологическими последствиями харассмента становится гораздо более эффективной в том случае, когда осуществляются мультидисциплинарные вмешательства, такие как консультирование, психотерапия, предоставление технического совета, расширение возможностей клиентов, медикаментозное лечение (если необходимо).

Можно выделить следующие наиболее существенные препятствия в работе с жертвами домогательств:

- Как пострадавший сотрудник, так и близкие ему люди, такие как члены семьи, значимые другие, друзья и коллеги, могут проглядеть или намеренно не заметить предупреждающие сигналы о психическом неблагополучии близкого человека из-за стигматизации пациентов с психическими расстройствами – данное явление распространено повсеместно.

- Последствием стигмы становится либо продолжение существования проблемы, либо даже ее утяжеление, что вызывает дополнительные сложности для адаптации к среде, особенно к рабочей атмосфере.

- В тех случаях, когда члены семьи все-таки распознают признаки психического неблагополучия, серьезность проблемы может недооцениваться и вместо обращения к специалисту близкие стараются

ся помочь пострадавшему своими силами. В каких-то случаях это может сработать, но чаще жертва продолжает страдать. Психическое состояние ухудшается, соответственно снижается качество жизни. Оказание психологической и эмоциональной поддержки со стороны близких, друзей и коллег не должно препятствовать оказанию специализированной помощи пострадавшему.

- В тех редких случаях, когда пострадавшие и их родственники все-таки обращаются за профессиональной помощью, возникает другая проблема: профессионалы в области психического здоровья ограничивают свои вмешательства исключительно последствиями в психическом здоровье, не уделяя должного внимания самой проблеме психологического притеснения. В результате проблема харассмента остается нерешенной, признаки психического расстройства персистируют, и, после временного улучшения, состояние жертвы может даже ухудшиться.

- В некоторых случаях профессионалы сферы психического здоровья могут рассмотреть жалобы пациента на психологические притеснения как признак психического расстройства. Другими словами, вместо помощи в определении проблемы харассмента, психолог или психиатр способен «патологизировать» переживания пострадавшего. Подобный медицинский подход может запутать пострадавшего, сбить ее или его с толку, снизить уверенность в своих силах и, в качестве альтернативного варианта, вызвать недовольство действиями профессионалов сферы психического здоровья и, как следствие, отказ от их услуг. Таким образом, способность служащего озвучить проблему харассмента фактически ухудшается, и основная социальная проблема продолжает оставаться источником дистресса.

- Психологическое притеснение на рабочем месте может спровоцировать скрытые проблемы психического здоровья или вызвать обострение существующих переживаний. Эта тема широко обсуждается в специализированной психиатрической литературе. Тем не менее, мы бы хотели подчеркнуть, что решение проблемы харассмента чрезвычайно важно в комплексном подходе к диагностике и терапии психических расстройств.

Одно из правил работы с психологическим притеснением заключается в том, что психологические последствия притеснения долж-

ны рассматриваться совместно с источником проблемы – психологическим притеснением на рабочем месте. Другое правило гласит, что в случае подозрения на наличие проблем в сфере психического здоровья, пострадавший должен быть направлен к специалисту в сфере психического здоровья как можно раньше.

Согласно другому правилу, пострадавший должен быть перенаправлен к специалисту в области психического здоровья как можно скорее. Лучше зря перенаправить, чем проглядеть психическое расстройство, особенно в случаях подозрения на суицидальное поведение.

У участников нашего исследования проблемы с психическим здоровьем распределились следующим образом:

Название проблемы	Общее количество	Женщины	Мужчины
Кумулятивный стресс	22	13	9
Выгорание	6	3	3
Травматический стресс	14	9	5
Острое стрессовое расстройство	10	7	3
Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)	11	6	5
ПТСР с интенсивным чувством обиды	2	1	1
Всего	65	39	26

Кумулятивный стресс

Кумулятивный стресс характеризуется растущим эмоциональным и физическим напряжением с увеличением признаков стресса и симптомов, развивающихся в ответ на непрерывное повреждающее воздействие харассмента. Пострадавшие от психологического принуждения остаются в организации несмотря на враждебное окружение, что еще больше ухудшает их состояние. Признаки кумулятивного стресса со временем становятся более выраженными. Большинство обследованных нами сотрудников (22 человека, включая 13 женщин и 9 мужчин) предъявляли все четыре уровня симптомов: плохое физическое самочувствие, эмоциональные, когнитивные и поведенческие проблемы.

На начальной стадии кумулятивного стресса симптомы диагностируются только самим пострадавшим и его/ее близкими родственниками. Сотрудники организации, в которой работает пострадавший, обычно не замечают никаких изменений в поведении своего коллеги. Более того, сами пострадавшие зачастую не испытывают каких-либо признаков стресса, в основном из-за функционирования таких механизмов психологической защиты как вытеснение и отрицание.

На промежуточной стадии, признаки кумулятивного стресса становятся заметными не только для самих жертв, но и для их близких, коллег, друзей, партнеров. Во многих сферах деятельности, включая и работу, эффективность снижается. На этой стадии все еще возможно выполнение своих рабочих обязанностей, хотя это требует все большего времени и усилий.

На развернутой стадии, признаки кумулятивного стресса становятся очевидными не только для близких и родственников пострадавшего, но и для посторонних. Пострадавшие выглядят измученными и больными. Эффективность значительно снижается, зачастую жертвы начинают избегать участия в общественных мероприятиях, все больше загружаясь мыслями о проблемах на работе.

Во многих случаях наблюдается взаимное влияние кумулятивного стресса и интенсивности психологических притеснений. Так, харассмент вызывает кумулятивный стресс, что, в свою очередь, приводит к снижению продуктивности, избегающему поведению, сниженной работоспособности, проблемам в принятии решений. Все это вызывает еще большую уязвимость индивидуума по отношению к психологическим притеснениям, еще большую неуверенность, и, как результат – все большую активность агрессора. Запускается хорошо известный механизм «порочного круга».

Выгорание

Выгорание – результат отсутствия работы с проблемой харассмента и логическое продолжение развития симптомов кумулятивного стресса.

Существует несколько определений выгорания:

- “Выгорание – это усталость и опустошение. Это истощение, возникшее в результате чрезмерных требований, предъявляемых

либо по отношению к себе, либо выдвинутых внешним миром – семьей, работой, друзьями, любимыми, системой ценностей, обществом, что в буквальном смысле иссушает энергию, механизмы совладания и внутренние ресурсы человека.

Это то состояние души, которое сопровождается чрезмерным уровнем стресса, что закономерно вызывает изменения в мотивации, взглядах и поведении индивидуума” (Freudenberger & North, 1985).

- “Состояние физического, эмоционального и психического истощения, вызванное продолжительной вовлеченностью в эмоционально напряженные ситуации” (Pines & Aronson, 1988).

- Maslach and Leiter (1997) указывают на три основных составляющих выгорания: истощение, цинизм, неэффективность.

Наиболее часто диагностируемыми признаками выгорания являются:

- Хроническая усталость
- Признаки физического неблагополучия, такие как мышечная боль, головная боль, тошнота, диарея.
- Изменения сна и аппетита, пищевых стереотипов
- Увеличение потребления алкоголя, табака или самостоятельный прием медикаментов.
- Невозможность сконцентрироваться и успешно решать проблемы
- Снижение производительности
- Недоверие по отношению к коллегам и непосредственным руководителям, ссоры с членами семьи, коллегами и друзьями.
- Нервозность, раздражительность, депрессия, апатия или реакции гнева.
- Пренебрежение физическими и эмоциональными потребностями
- Самобичевание, низкая самооценка и пессимистичные установки.

Рабочая среда, согласно Maslach and Leiter (1997), играет более значимую роль в развитии выгорания, чем собственно ответственность сотрудника, хотя авторы не отрицают вклад индивидуальной ответственности.

Нами были проанализированы признаки выгорания у шести сотрудников (3 женщины и 3 мужчины). В соответствии с нашим опытом, в ситуации психологического притеснения на рабочем месте, развитию выгорания способствуют следующие факторы:

- Притесняющее поведение в форме запугивания, унижения, изоляции выбранных сотрудников, постоянное злоупотребление властью и эксплуатация сотрудника
- Позиция объекта харассмента либо просто наблюдение за процессом харассмента и злоупотребления властью.
- Безразличие на институциональном уровне по отношению к несправедливости или нечестности как результатам притеснений.
- Подавление организацией усилий сотрудников обратить внимание на проблему харассмента, злоупотребление властью или дискриминация
- Харассмент как часть организационной рутины, принятой организацией.
- Неспособность затронутых харассментом сотрудников противостоять психологическому притеснению или другим формам проявления нечестности.
- Психологически деструктивная рабочая среда из-за нездоровых отношений между сотрудниками в целом и плохим обращением с конкретным сотрудником.
- Продолжительный кризис на рабочем месте с ограниченной возможностью декомпрессии напряжения.
- Отсутствие признания организацией эффективности сотрудников.

Взаимодействие между харассментом и выгоранием может быть еще более сложным. Первичный эпизод харассмента формирует кумулятивный процесс и приводит к выгоранию. В дальнейшем, выгорание делает людей гораздо более уязвимыми по отношению к дополнительным раундам харассмента. Динамика цикла «харассмент-выгорание» сможет быть представлена следующим образом:

1. Харассмент вызывает ответ в виде кумулятивного стресса, приводящего к выгоранию. Затронутые сотрудники зачастую неспособны оценить действительную природу своих проблем из-за недостаточного осознания самого факта психологического притеснения и несколько нарушенной способности беспристрастно проанализировать ситуацию. Кроме того, жертвы в состоянии выгорания и истощения не в силах противостоять психологическому притеснению.
2. Из-за быстрого развития признаков харассмента, профессиональная эффективность пострадавшего сотрудника снижается, затрагивая как объем, так и качество работы. Это делает жертву более легкой целью для последующей критики и атак со стороны агрессора.
3. У сотрудников с признаками выгорания отмечается эмоциональная нестабильность и сложности в контроле поведения. Такие эмоциональные реакции как фрустрация, гнев и нетерпимость еще больше усложняют взаимодействие с агрессором. Логично, что они превращаются в еще более легкую мишень для «оправданной» критики, навязанного контроля и усиленного притеснения.
4. Ухудшение профессиональной эффективности и снижение способности поддерживать эмоциональную стабильность используются как основание для последующих обвинений в невыполнении профессиональных обязанностей. Таким образом, притесняемых сотрудников можно с легкостью отстранить от выполнения заданий, от работы или даже принудить уволиться.

Травматический стресс

Из общего числа участников исследования, 14 служащих (9 женщин и 5 мужчин), подвергавшиеся притеснениям на рабочем месте, отмечали признаки травматического стресса. Хорошо известно, что симптомы травматического стресса гораздо более выражены, чем признаки кумулятивного стресса. Травмированные сотрудники были зачастую неспособны выразить или своими эмоциями с другими. Соответственно, они были не в состоянии получить от других столь необходимую поддержку.

Острое стрессовое расстройство

У 10 респондентов (7 женщин и 3 мужчин), отмечались различные признаки ОРС, в частности онемение (numbing), отрешенность, потрясение, неспособность воспроизвести наиболее важные аспекты травматического переживания. Для всех этих сотрудников харассмент стал опасным событием, нарушающим личностную целостность.

Клинический пример

Айжан – молодая сотрудница, занимающая небольшой пост в администрации мебельной фабрики в Кыргызской Республики. Она стала мишенью непрерывного психологического притеснения со стороны своего непосредственного начальника. Он постоянно психологически давил на нее, унижал, атаковал эмоционально, допускал неudelикатные и частые ремарки по поводу внешнего вида, неоправданно критиковал результаты ее работы.

Несмотря на непрерывное давление с его стороны, Айжан продолжала работу под его руководством, и, хотя у она вполне могла бы поменять место работы с повышением по должности, она все же надеялась на разрешение проблем с начальником и многократно пыталась помириться с ним, даже предпринимала попытки полностью выполнять его требования. Несмотря на это, начальник убедил управление компанией уволить Айжан. После увольнения Айжан большую часть времени проводила дома, не интересуясь работой, и проигнорировала поступившее предложение занять такую же же позицию в другой компании. В разговорах с сестрой и матерью, Айжан обвиняла себя в неспособности адаптироваться к рабочей среде и многократно порицала саму себя за то, что не смогла найти общий язык с начальником. Она рассказала матери, что многократно восстанавливала эпизод своего увольнения в памяти, продолжала думать об этом. Содержание ее сновидений отражало перенесенные неприятности, заставляя Айжан просыпаться. Депрессия девушки становилась глубже, она думала о тщетности предпринимаемых усилий и бессмысленности жизни. Члены семьи заметили состояние Айжан и стали подозревать ее в суицидальных намерениях. Действительно, через несколько дней после увольнения с работы, девушка приняла около 50 таблеток диазепам.

К счастью, ее, лежащую без сознания на полу своей комнаты, вовремя обнаружили члены семьи, которые незамедлительно доставили девушку в больницу и тем самым спасли ей жизнь.

После детоксикации Айжан осмотрел психиатр и диагностировал признаки острого стрессового расстройства. После нескольких психотерапевтических сессий Айжан поняла, что была объектом систематического психологического притеснения со стороны начальника. После выписки из больницы Айжан продолжала лечение у психотерапевта. Вскоре она была принята в новую компанию на более высокую должность.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

Посттравматическое стрессовое расстройство было диагностировано у 11 сотрудников (6 женщин и 5 мужчин). Во всех случаях наблюдались следующие критерии ПТСР:

- Навязчивые, травмирующие воспоминания о событии, сновидения, отражающие травмирующее событие, флэшбэки. Все это сопровождалось интенсивным дистрессом при воздействии внутренних или внешних сигналов, напоминающих о пережитом.

- Постоянное избегание стимулов, ассоциирующихся с травмой – мыслей, чувств, разговоров, действий, мест и людей, связанных с травмой, избегание социальных событий, чувство отгороженности от других.

- Чрезмерная возбудимость и выраженная реакция испуга (рефлекс четверохолмия). Типичны вспышки гнева, раздражительности, периоды бессонницы, жалобы на плохое самочувствие, трудности концентрации.

Продолжительность течения расстройства превышает два месяца. Без лечения симптомы длятся в течение многих лет.

Посттравматическое расстройство с выраженным чувством обиды.

ПТСР с интенсивным чувством обиды как психическое расстройство, вызванное травмирующим, но не угрожающим жизни событием, было недавно описано Michael Linden с соавторами (Linden,

2003; Linden et al., 2007). Авторы идентифицировали несколько основных критериев расстройства, которые могут быть подытожены следующим образом:

- Заболевание возникает в результате воздействия единичного травмирующего события в точном соответствии с содержанием события, симптоматика явно или неявно отражает пережитое.

- Доминирующим эмоциональным ответом является обида и чувство несправедливости. Это основное отличие данной нозологической единицы от других связанных со стрессом расстройств. Лица с ОСР и/ли ПТСР проявляют широкий спектр эмоциональных реакций, таких как эмоциональный шок, тревога, страх, тоска, печаль, онемение, эмоциональную лабильность, депрессию.

- Как и в случаях ОСР и ПТСР, отмечаются навязчивые воспоминания о событии и избегание мест, связанных с перенесенной травмой.

- Как и при других травматических переживаниях, предъявляются многочисленные соматические жалобы, например, потеря аппетита, расстройства сна, болевой синдром.

- У пострадавших отмечается сниженное настроение с суицидальными тенденциями, также как чувство беспомощности и безнадежности. Сочетание вышеупомянутых признаков должно рассцениваться как индикатор серьезной угрозы суицида.

- Состояние длится дольше трех месяцев.

- Нарушается ежедневное функционирование индивидуума.

В нашем исследовании посттравматическое расстройство с интенсивным чувством обиды было диагностировано в двух случаях – у одной женщины и мужчины.

Клинический случай.

Валид, мужчина средних лет, старший преподаватель одного из университетов Кавказа, работал на этой должности в течение двадцати лет. Его работу высоко оценивали его непосредственные руководители, коллеги и пациенты, а студенты считали его лучшим преподавателем в университете. Валид любил свою работу и очень дорожил отношениями с руководителями и коллегами, которые, со своей стороны, были ему всегда рады.

Случилось так, что его невзлюбил ректор университета. Он периодически не допускал Валида к участию в выездных конференциях и встречах, несколько раз грубо и оскорбительно подиутил над ним в присутствии других профессоров. Как деликатный человек, Валид не ответил обидчику, надеясь, что со временем ректор забудет о нем. Однако, во время реструктуризации университета и разработки нового штатного расписания, ректор отказался продлить контракт Валида и он был официально уволен.

Так как со стороны организации не было допущено правовых нарушений, Валид знал, что не сможет оспорить факт увольнения. Ему вскоре удалось устроиться на работу в центр кардиологии, более того – стать заведующим отделением. Новая позиция обеспечила ему лучшие условия для клинической работы и большее количество пациентов.

Несмотря на объективное улучшение социального статуса, Валид не мог нормально работать в течение года или около того. Будучи весьма эмоциональным, он продолжал думать о своей предыдущей работе и о том, насколько несправедливо он был отстранен от должности после почти двадцатилетнего опыта преподавания. Он бы мог бы не раз повторить: «И это так они благодарят преподавателей за годы хорошей работы?» и «Неужели я действительно это заслужил?». Он продолжал думать о том, насколько несправедливым было его увольнение и о том, насколько он мог бы что-либо сделать для предотвращения подобного исхода.

Валид испытывал продолжительные периоды плохого настроения и печали с суицидальными мыслями. На протяжении всего этого периода Валида эмоционально поддерживала жена, а друзья твердили, что он стал более независимым и свободным на новой работе, однако чувство обиды не отпускало. Фактически, в течение почти двух лет Валид переживал эпизоды депрессии с суицидальными мыслями, рассказывал об увольнении с горечью, дрожащим голосом, не мог заходить на прежнюю работу, хотя и должен был поддерживать связь с университетом по рабочим вопросам. Даже зная о том, что он прежде нравился своим коллегам, он им редко звонил.

В действительности, Валид стал очень успешным руководителем на новом месте. Его профессиональный имидж стал более при-

влекательным, и у него появилось гораздо больше пациентов. Он продолжал работать в кардиологическом центре вплоть до выхода на пенсию.

Следует, тем не менее, отметить, что посттравматическое стрессовое расстройство с интенсивным чувством обиды пока не признано клиницистами и некоторые авторы ставят под сомнение валидность данной нозологии. Тем не менее, в условиях психологических притеснений на рабочем месте, мы считаем уместным использование этой диагностической категории.

Механизмы суицидального и хомицидального поведения.

Суицидальное и хомицидальное поведение как ответ на харассмент сложно предугадать и предотвратить. В апреле 1999 года, в Оттаве, бывший служащий компании общественного транспорта Оттава - Карлтон открыл стрельбу, убил четырех служащих и ранил еще одного перед тем, как убить себя. Потом выяснилось, что убийца был жертвой психологических притеснений на рабочем месте и решил расправиться с сотрудниками компании из чувства мести.

Высокая частота суицидального поведения среди тех, кто подвергался притеснениям со стороны группы сотрудников, подчеркивалась многими авторами, в частности Davenport, Schwartz и Elliot (2002), причем особое внимание уделялось чувству «как будто я умер» (“feeling dead”), которое испытывали многие жертвы харассмента.

В соответствии с нашими исследованиями, суицидальное поведение у лиц, подвергавшихся харассменту, развивается по следующему сценарию:

- Когда начальники или коллеги начинают психологически притеснять одного или нескольких сотрудников, изначально проявляется агрессивное поведение и давление по отношению к мишени притеснения.

- Позже, агрессоры начинают изолировать «мишень» психологического притеснения от выполнения функциональных обязанностей и групповой работы.

- В дальнейшем, сотрудники и коллеги по разным причинам дистанцируются от пострадавших. Они становятся активно вовле-

ченными в компанию по притеснению, показывая намеренно пренебрежительное отношение к жертве, безразличие либо отказ от оказания какой-либо эмоциональной поддержки.

- Дистанцирование сотрудников от жертвы, исключение пострадавшего из группового процесса, приводит к его/ее эмоциональной депривации и, в крайних случаях, к прекращению взаимодействия с командой в целом.

Во время сессий психологического консультирования, многие из пострадавших от психологического притеснения упоминали, что нарушение социального или профессионального взаимодействия оказывает более разрушительное воздействие, чем фактическое столкновение с прямой агрессией или с любыми другими проявлениями негативно эмоционально окрашенного поведения. Они говорили, что: «Отсутствие эмоционального отношения к себе хуже плохого отношения!» и «Отрицательные эмоции – это все-таки эмоции. Отсутствие эмоциональных реакций ужасно!». Это особенно болезненно для тех служащих, которые вложили много усилий в работу, и, особенно, в создание профессиональных отношений с сотрудниками и начальниками.

- Отсутствие эмоционального взаимодействия и отстранение сотрудника из команды зачастую сопровождается чувством «как будто бы смерти», как отмечено Davenport, Schwartz и Elliot в книге: «Моббинг в Америке: насилие на рабочем месте» (1999). Наш опыт показывает, что чувство «как будто бы смерти» на самом деле вызывается полной изоляцией жертвы.

- “Чувство как будто бы смерти” (“*feeling dead*”) близко к феномену, описанному в психиатрической литературе как “*anaesthesia dolorosa psychica*” – болезненное психическое бесчувствие, одна из форм деперсонализации при депрессии. Этот синдром характеризуется чувством «как будто бы я умер» и отсутствием эмоциональных реакций ко всему, что сопровождается болезненным ощущением полного эмоционального опустошения.

Различие между «чувством как будто бы смерти» и “*anaesthesia dolorosa psychica*” проявляется в том, что болезненное психическое бесчувствие состоит их комплекса деперсонализационных признаков, включающих отчуждение, расстройства восприятия себя и

окружающего мира, отсутствие каких-либо ощущений и эмоций, глубоким чувством внутренней изменённости.

Мы ни разу не наблюдали полный симптомокомплекс *anaesthesia dolorosa psychica* у наших клиентов. Тем не менее, в ряде случаев пострадавшие отмечали возникновение чувства «как будто бы смерти» в ответ на психологические притеснения. Чувство «как будто бы смерти» представляется крайне тяжелым эмоциональным переживанием для каждого, хоть и не настолько интенсивным как *anaesthesia dolorosa psychica*. Чувство «как будто бы смерти» сопровождается психологической болью, чувством ненужности и никчемности. Для многих это непереносимо, и суицид в этом случае выступает как способ избавления от выраженной психологической боли.

Клинический случай

Павел, старший преподаватель одного из университетов Белоруссии, поделился с нами следующей историей: *«Я стал преподавать на кафедре истории, будучи достаточно молодым. Благодаря поддержке и наставничеству моего руководителя, я успешно защитил кандидатскую диссертацию и стал старшим преподавателем. Мой научный руководитель, который в это время заведовал кафедрой, продолжал наставлять меня, и я чувствовал его постоянную поддержку. Однажды его отношение ко мне изменилось безо всякой причины. Он повышал на меня голос в присутствии других, стыдил меня за то, чего я никогда не совершал, отпускал неприятные шуточки по поводу моего внешнего вида, без всякого повода критиковал мой стиль преподавания и угрожал мне увольнением. Весь этот кошмар продолжался в течение двух месяцев. Затем он вообще прекратил общаться со мной. Спустя три или четыре недели, его агрессивное поведение прекратилось столь же внезапно, как и началось. Я до сих пор теряюсь в догадках о том, что на него тогда нашло. Должно быть, кто-то распустил про меня грязный слух. Все это продолжалось сравнительно недолго, но было крайне тяжело переносимо. Через две недели постоянного давления я вдруг почувствовал, что меняюсь. Я стал депрессивным, недовольным собой и менее уверенным в себе. Я начал критиковать и даже обвинять себя.*

Тем не менее, это было переносимым, и я выполнял свои должностные обязанности как обычно. Но когда мой руководитель перестал со мной общаться и практически игнорировал меня, я почувствовал себя намного хуже. В это время я периодически ощущал себя тупым, а жизнь казалась бессмысленной. Я стал безразличен ко всему и ко всем, даже к своей девушке.

Как-то раз, в момент изоляции, я почувствовал себя наполовину живым и наполовину мертвым. Были минуты, когда мне казалось, что я умер. Вскоре после этого появились суицидальные мысли. В прошлом со мной было уже нечто подобное, но в это время они стали более стойкими и глубокими. Я не думал о том, что смогу когда-нибудь совершить суицид, однако стал бояться этого.

Я поделился своими переживаниями со своим другом, очень хорошим психотерапевтом, который оказал мне профессиональную помощь. Во время психотерапевтических сессий я осознал, что между мной и моим руководителем была тесная эмоциональная связь, я уважал и любил его как отца. В процессе анализа я понял, что наиболее тяжелым переживанием был период, когда мой руководитель полностью прекратил со мной общаться. Это оказалось гораздо тяжелее переносить, чем его ругань и публичное издевательство. Когда он начал меня игнорировать и вести себя так, как будто бы я для него не существую, это оказалось гораздо хуже, чем любые его обвинения в мой адрес. Именно тогда я почувствовал себя как бы умершим и стал думать о суициде.

Благодаря психотерапевтическим сессиям, я смог преодолеть кризис. Думаю, что был бы способен сделать это даже в том случае, если бы мой руководитель продолжал притеснять меня. Как бы то ни было, я был счастлив, когда этот ужас закончился так же внезапно, как и начался и мой руководитель восстановил свое прежнее отношение ко мне.”

Изначально у Павла развились несколько признаков кумулятивного стресса в результате харассмента. Начальный период психологических притеснений характеризовался агрессивным и оскорбительным обращением со стороны руководителя, использующего стратегии запугивания.

В последующем, сотрудник чувствовал себя покинутым и отвергнутым другими. Этот период был наиболее тяжелым, жертва испытывала чувство «как будто бы смерти». Сразу появились суицидальные мысли. Пассивность команды в условиях психологического притеснения расценивалась жертвой как поддержка поведения руководителя, что, в свою очередь, оказало неблагоприятный эффект на психическое здоровье пострадавшего. Благодаря профессиональной помощи и внезапному прекращению психологического притеснения, сотрудник преодолел кризис.

Представленные выше клинические примеры показывают, что психологическое притеснение вызывает разнообразные проблемы, связанные со сферой психического здоровья, включая и психосоциальную сферу затронутого харассментом сотрудника. Наиболее распространенными негативными эффектами харассмента являются кумулятивный стресс и травматический стресс. Если психологическое притеснение не прекращается и система поддержки либо недостаточна, либо отсутствует, могут появиться признаки выгорания и/ли депрессии. В наиболее серьезных случаях, психологическое притеснение на рабочем месте может вызвать острое стрессовое расстройство или посттравматическое стрессовое расстройство. Все вышеперечисленные проблемы могут сопровождаться суицидальными или гомицидальными тенденциями. Своевременное распознавание этих тенденций является важным компонентом профилактики.

Наш вывод заключается в том, что наличие проблем в области психического здоровья у пострадавшего от психологического притеснения является показанием для обращения за профессиональной помощью. Все случаи острого стрессового расстройства, посттравматического стрессового расстройства, любые суицидальные тенденции требуют незамедлительного профессионального вмешательства.

Тем не менее, как мы уже отмечали в начале статьи, работа с психическими расстройствами обязательно должна включать адресное воздействие на корень проблемы, что подразумевает разрешение проблемы харассмента на рабочем месте.

Что делать с психологическим притеснением.

Стратегии предупреждения психологического притеснения на рабочем месте могут быть подразделены на три уровня: институциональный, командный и индивидуальный. Как уже упоминалось ранее,

1. Организационный уровень стратегических мер включает:

- **Разработку политики предотвращения харассмента.** Первым шагом организации для предотвращения и снижения вероятности харассмента является формулировка ряда политических утверждений, таких как провозглашение «нулевой толерантности» к харассменту, расширение возможностей сотрудников, ликвидацию корней притеснения и создание институциональных ограждающих механизмов против репрессий. Большинство организаций в развитых странах провозгласили политику «нулевой толерантности» по отношению к харассменту. Фактически, во многих странах агрессор может преследоваться законом. Тем не менее, в развивающихся странах и в некоторых странах переходного периода ситуация иная: харассмент до сих пор ассоциируется с определенным стилем управления. Поэтому даже при отсутствии правовых регламентаций, организация может сама заявить о своей полной ответственности и придерживаться своей внутренней политики.
- **Формирование институционального потенциала.** Одной только политики предотвращения харассмента, очевидно, не достаточно для профилактики случаев психологического принуждения. Особое внимание должно быть уделено формированию институционального потенциала для прекращения психологического принуждения повсеместно – во всех управлениях, секциях, подразделениях организации. Это обычно достигается через учет специальных процедур и внедрение специальных протоколов, таких как создание формы подачи жалобы, процесса приема жалоб, организации следственной комиссии, разработка методов разбора жалобы.
- **Привлечение внимания руководителей и сотрудников к проблеме харассмента.** Повышение информированности и привлечение внимания к вопросам психологического притеснения

обычно осуществляется через образование и распространение информативных относящихся к вопросу документов. Брошюры, бюллетени, памфлеты можно раздавать членам рабочего коллектива хотя бы дважды в год. Повышение уровня осознания управленческого аппарата организации может достигаться при помощи разнообразных институциональных форумов, затрагивающих проблему харассмента, таких как встречи, общие собрания или общие праздники.

- **Обеспечение поддержки пострадавшим сотрудникам.** Организации необходимо установить специальные механизмы для пострадавших, нуждающихся в помощи и возмещении. Инструкции должны быть простыми и учитывать интересы сотрудников. В дополнение, сотрудники и свидетели, заполняющие формы подачи жалобы должны быть обеспечены защитой от преследования и мести со стороны агрессоров.
- **Повышение потенциала сотрудников организации.** Способность идентифицировать и обращаться со случаями харассмента достигается проведением тренингов. В некоторых организациях практикуется обязательные он-лайн тренинги для обучения стратегиям работы со случаями психологического притеснения. Административный надзор над менеджерами также представляется весьма эффективной стратегией в повышении осознания, предупреждения и смягчения проблемы психологических притеснений.

2. Меры, предпринимаемые на уровне команды:

В налаживании атмосферы безопасности и профессионализма, роль лидера команды представляется особенно значимой. Нижеперечисленные меры были рекомендованы большинством сотрудников и менеджеров, с которыми мы встречались в различных компаниях:

- **Прозрачная коммуникация в целях предотвращения психологического притеснения.**

В команде поощряется свободное освещение всех сомнений по поводу психологического притеснения для того, чтобы предотвратить его или смягчить последствия как можно бы-

стрее. Безопасная среда и методы здоровой критики способствуют облегчению распознавания проблемы до ее полного развития.

- **Открытое обсуждение в команде документов по выстраиванию политики в отношении харассмента.**

После получения документов по предотвращению харассмента, команды организуют групповые дискуссии для рассмотрения конкретных пунктов. Эта встреча может служить хорошим упражнением по сплочению команды.

- **Создание командного потенциала.**

Организация обязательных обучающих сессий для всех членов команды сможет значительно увеличить потенциал команды для идентификации и соответствующего ответа на психологическое притеснение. Это также может послужить целям сплочения команды.

- **Создание командных механизмов для поддержки пострадавших от психологического притеснения.**

Создание внутренних механизмов обращения за помощью и исправления последствий необходимо для оказания поддержки пострадавшим сотрудникам. В этих ситуациях поддержка команды также необходима и важна, как и эмоциональная поддержка.

В том случае, когда член команды испытал психологическое притеснение со стороны постороннего, например, со стороны сотрудника другого подразделения или со стороны руководителя высшего звена, командная поддержка также необходима. Механизмы сохранения команды и механизмы командной поддержки высоко оцениваются как пострадавшими, так и другими членами команды, и, кроме того, способствуют сплоченности команды. Мобилизация команды против харассмента приводит в действие механизмы защиты членов команды, подавших жалобу и свидетелей харассмента от преследования. В команде редко проводится официальный самоанализ в случаях харассмента. Однако превентивные меры могут проводиться постоянно, в форме стандартных упражнений по командной сплоченности на раз-

личных встречах, приемах или тренингов без отрыва от работы. Одним из способов повышения командного духа и обеспечения командного единства может быть организация регулярных рабочих встреч, таких как ежегодные приемы вне стен офиса. Мозговые штурмы с участием всех членов команды с использованием перечня оценки признаков харассмента может обучить команду определению уровня психологического притеснения на рабочем месте.

Как говорят, «предупрежден – значит, вооружен», и хорошо подготовленная команда сможет предотвратить психологическое притеснение до его появления. Если подобное все-таки происходит, то типичные случаи психологического притеснения внутри команды могут изменяться под различными воздействиями и следовать определенной динамике. Так как уровень психологического притеснения может увеличиваться, оставаться прежним или уменьшиться, мы рекомендуем тем коллективам, распознавшим харассмент, проводить регулярные рабочие сессии для обеспечения взаимной поддержки и определения возможных вмешательств на уровне команды.

3. Вмешательства на индивидуальном уровне:

На индивидуальном уровне решение проблема харассмента может быть адресована с точки зрения систематического подхода, как часть проблемно - решающей стратегии, с пошаговым внедрением различных приемов:

- Тщательный анализ ситуации, включающий определение соответствия восприятия произошедшего реальности (Событие, воспринятое как психологическое принуждение, может им и не быть)
- Оценка доступных ресурсов, как внутренних, так и внешних.
- Реструктуризация отношений и ожиданий
- Анализ психосоциального воздействия харассмента и последствий для психического здоровья
- Разработка улучшенных стратегий для решения проблемы
- Подготовка и внедрение плана действий, включающего наиболее эффективные подходы
- Определение эффективности вмешательств

В тех нередких случаях, когда сотрудники загружены происходящим и находятся в дистрессе, рекомендуется сначала заняться их стрессовыми реакциями, и только потом переходить к анализу ситуации и разработке плана действий. Это предоставляет дополнительные возможности для некоторого отстранения от ситуации, и разобраться с ней более беспристрастно, а, следовательно, более эффективно. В целом, работа со случаями психологического притеснения может потребовать мобилизации эмоциональных, психологических ресурсов и учет нескольких уровней потребностей пострадавшего:

- Пострадавшим от харассмента может потребоваться восстановление от физических, эмоциональных и когнитивных последствий, вызванных непрерывным психологическим притеснением. Эти последствия могут включать головные боли и боли иной локализации, расстройства желудочно-кишечного тракта, вспышки гнева, тревоги, страха, эпизоды плохого настроения, тоски, растерянности, трудности в принятии решений, проблемы с памятью и вниманием.

- На эмоциональном уровне пострадавшим может понадобиться доказательство морального ущерба и восстановление психологического благополучия.

- На социальном уровне, пострадавшие сотрудники могут столкнуться с проблемами сохранения своих прежних позиций и обязанностей. Это представляется особенно тяжелым в тех случаях, когда сотрудники были изолированы и подвергались гонениям со стороны коллег и начальников.

- Духовно или морально, пострадавшие могут переживать этические дилеммы, разбираясь с вышеперечисленными проблемами и, одновременно, пытаясь сохранить свои позиции в организации, в то же время следуя своим моральным ценностям. Им, вероятно, придется защищать свою целостность, особенно когда сотрудник стал свидетелем харассмента, направленного против сотрудников и коллег, и испытывает потребность вмешаться.

Наиболее общие рекомендации для пострадавших сотрудников разработаны Канадским центром по гигиене и безопасности труда. Эти рекомендации включают:

- Прямо и уверенно сказать человеку, что его/ее поведение неприемлемо и попросить его/ее прекратить. Можно попросить руководителя либо коллегу быть рядом во время этого.

- Вести журнал или дневник, в котором описывать фактические события. Отмечать дату, время, описывать события как можно более детально, включать имена свидетелей и последствия произошедшего.

- Сохранять копии любых писем, записок, электронной переписки, факсов и т.д., полученных от агрессора.

- Доложить о случае харассмента сотруднику, на которого возложены обязанности по работе с психологическим притеснением, а также своему начальнику или делегированному менеджеру. Если проблема, как вам кажется, сводится этим менеджером к минимуму, обратиться к менеджеру более высокого звена.

Мы бы хотели дополнить список нашими рекомендациями для тех, кто испытывает притеснения на рабочем месте:

- **Непрямые вмешательства.** Обсудите вопросы харассмента на встрече коллектива и попросите разъяснить используемую терминологию. Попросите организовать тренинг. Подобные непрямые вмешательства могут привлечь внимание к проблеме и уведомить агрессора о необходимости следить за своим поведением.
- **Привлечь третье лицо для оказания поддержки.** Попросите о помощи, пусть и неформальной, нейтрального, но влиятельного человека, например, друга или товарища по работе, которому доверяете. Попросите о помощи формальное лицо – члена подразделения, консультанта, члена комитета по обеспечению благополучия коллектива, правозащитника или юрисконсульта.
- **Попросить о поддержке лидера команды.** Поддержка лидера команды особенно необходима при условии, что он/а сам/а не является лицом, оказывающим психологическое принуждение. Иногда можно прибегнуть к неформальному лидеру команды, имеющему особое влияние на остальных членов команды. В большинстве случаев роль лидера команды или влиятельного члена команды чрезвычайно важна как для предупреждения харассмента, так и для смягчения его последствий.
- **Официальная жалоба.** Жалоба обычно подается тогда, когда все предыдущие шаги оказываются неэффективными. Организации отличаются порядком разбора жалоб по поводу психо-

логического притеснения и злоупотребления властью. Знание этих процедур и указаний представляется чрезвычайно важным. В ряде организаций рекомендуется следовать определенному алгоритму подачи жалоб и заявок на рассмотрение. Однако в большинстве организаций этого алгоритма реально не придерживаются. В случаях четкого протокола подачи жалобы, пострадавший может только руководствоваться своими собственными этическими принципами, упорными действиями, прозрачностью и здравым смыслом.

- **Обращение за профессиональной помощью в целях повышения эффективности улучшения копинг-стратегий.** Профессиональная помощь, безусловно, должна быть направлена на навыки управления стрессом, но в большей степени – на проблемы, вызванные психологическим притеснением. Можно получить качественную поддержку от следующих профессионалов:
 - Наставников и тренеров, работающих в той же самой сфере, что и пострадавший
 - Специалисты в области психического здоровья, имеющие опыт работы с проблемой психологических притеснений.
 - Юристы, специализирующиеся на дискриминации, харассменте и преследованиях на рабочем месте.
 - Специалист по управлению человеческими ресурсами, имеющий опыт работы с психологическим притеснением
 - Сотрудники, у которых уже был положительный опыт противостояния и преодоления харассмента на рабочем месте.
- **Поиск другого места работы.** Это тоже рекомендованная копинг-стратегия (Davenport, Schwartz, & Elliott, 2002). Действительно, поиск другого места работа может оказать ряд положительных эффектов для пострадавшего:
 - Пострадавшие могут начать поиски иных карьерных возможностей и, таким образом, эмоционально дистанцироваться от проблем на рабочем месте.
 - Способности налаживать связи могут существенно улучшиться.
 - Наконец, пострадавшие действительно могут найти лучшую и более перспективную работу.

Заключение

Таким образом, в соответствии с нашими наблюдениями, последствия харассмента для психического здоровья индивидуума могут включать суицидальные переживания. Во время проведения вмешательства следует учитывать специфические механизмы развития суицидального поведения как результата харассмента или преследования на рабочем месте. Работа с проблемами психического здоровья пострадавшего должна включать не только лечение основных клинических симптомов расстройства, но и быть адресована основной причине – психологическим притеснениям на рабочем месте. Всестороннее вмешательство должно включать не только психофармакологическую и психотерапевтическую помощь пострадавшему, но и консультирование, направленное на повышение командного потенциала, повышение командной и организационной сплоченности, технические советы по созданию здоровой обстановки на рабочем месте.

В будущем мы планируем провести развернутое сравнительное исследование между двумя группами сотрудников, испытавших харассмент – одна группа сотрудников с суицидальными тенденциями, другая – без них. Кроме того, будущие исследования могли бы включить глубокий анализ тех случаев, когда пострадавшие совершали суицид, а также клиническое сравнение лиц с суицидальными мыслями, суицидальными попытками и совершивших суицид.

Данная работа ограничена темой психологических притеснений на рабочем месте. Для определения роли других типов притеснений (например, домашнего, притеснения на уровне сообществ) в формировании проблем в сфере психического здоровья, необходимо провести подробный клинический анализ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Adams, Andrea & Crawford, Neil (1992). *Bullying at work. How to confront and overcome it.* London: Virago Press.
2. Agazade, Nazim & Martynova, Irina (2010). *Alla Faces of Harassment.* New York, Paper Press.
3. Babiak, Paul (1995). When psychopaths go to work: A case study of an industrial psychopath. *Applied Psychology: An International Review*, 44(2). 171-188.

4. Bray, Frank (1992). A local authority approach to harassment. *Personnel Management* 1992/Oct.
5. Brodsky, Carroll M. (1976). *The harassed worker*. Lexington, MA: D.C. Health and Company.
6. Caponecchia, C., & Wyatt, A. (2007). The problem with “workplace psychopaths.” *Journal of Occupational Health and Safety Australia and New Zealand*, 23(5), 403-406.
7. Cassitto M.G. (2001). Mobbing in the workplace: New aspects of an old phenomenon. *Med Lav*. 2001 Jan-Feb; 92(1): pp 12-24.
8. Chappel, Duncan & Di Martino, Vittorio (1998). *Violence at work*. Geneva: International Labor Office.
9. Cortina, L. M., Magley, V. J., Williams, J. H., & Langhout, R. D. (2001). Incivility at the workplace: Incidence and impact. *Journal of Occupational Health Psychology*. vol. 6, no. 1, 64-80.
10. Davenport N.Z., Schwartz R.D., & Elliott G.P. (2002). *Mobbing-U.S.A. Emotional abuse in the American workplace*. Civil Society Publishing. Ames, Iowa, 50010-1663.
11. Denenberg, Richard V. & Braverman, Mark (1999). *A new approach to dealing with hostile, threatening, and uncivil behavior*. Cornell University Press.
12. Einarsen, S. (2000). Harassment and bullying at work: A review of the Scandinavian approach. *Aggression and Violent Behaviour*, 5(4), 379-401.
13. Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D., & Cooper, C.L. (2003). “The concept of bullying at work: The European tradition.” In Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D., & Cooper, C.L. (Eds). *Bullying and emotional abuse in the workplace: International perspectives in research and practice*. London: Taylor & Francis, 3-30.
14. Freudenberger, H.J., Richelson, G. (1980). *Burnout: The high cost of high achievement*. Garden City, New York: Anchor Press, Doubleday & Company, Inc.
15. Freudenberger, H.J. & North, G. (1985). *Women’s burnout*. Garden City, New York. Doubleday & Company, Inc.
16. Goleman, Daniel (1996). *Emotional intelligence – Why it can matter more than IQ*. London: Bloomsbury.
17. Goleman, Daniel (2007). *Social intelligence: The new science of human relationships*. New York, NY: Bantam Dell.

18. Hansen Å., Hogh A., Persson R., Karlson B., Garde A., Ørbæk P. (2006). Bullying at work, health outcomes, and physiological stress response. *Journal of Psychosomatic Research*, 2006, vol. 60, Issue 1, pp. 63–72.
19. Hoel, H., & Cooper, C.L. (2001). Origins of bullying. Theoretical frameworks for explaining workplace bullying. In: N. Tehrani (Ed.), *Building a culture of respect. Managing bullying at work* (pp. 3–19). London: Taylor & Francis.
20. Keashly, Loreleigh (1998). Emotional abuse in the workplace: conceptual and empirical issues. *Journal of Emotional Abuse*, 1(1), 85–117.
21. Kendler, K.S., Hettema, J.M., Butera, F., Gardner, C.O., & Prescott, C.A. (2003). Life events dimensions of loss, humiliation, entrapment and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 789–796.
22. Kivimäki, M., Virtanen, M., Vartia, M., Elovainio, M., Vahtera, J., & Keltikangas-Järvinen, L. (2003). Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(10), 779–783.
23. Leymann, H. (1990). Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence and Victims*, 5(2).
24. Leymann, H. (1996). The content and development of mobbing at work. In: Zapf & Leymann H. (Eds.): *Mobbing and Victimization at Work. A Special Issue of the European Journal of Work and Organizational Psychology*. 2.
25. Leymann, H., & Gustafsson, A. (1996). How ill does one become of victimization at work? In: Zapf & Leymann (Eds.), *Mobbing and victimization at work. A Special Issue of the European Journal of Work and Organizational Psychology*. vol. 5, no 2.
26. Leymann, H. & Gustafsson, A. (1996). Mobbing at work and the development of post-traumatic stress disorders. In: Zapf & Leymann (Eds.), *Mobbing and victimization at work. A Special Issue of the European Journal of Work and Organizational Psychology*. vol. 5, no 2.
27. Linden, M. (2003). Posttraumatic embitterment disorder. *Psychotherapy and psychosomatics* 2003; 72(4):195-202.
28. Linden M., Baumann K., Rotter M., Schippan B. (2007). The psychopathology of post-traumatic embitterment disorders. *Psychopathology* 2007; 40:159-165.

29. Linden M., Rotter M., Baumann K., Lieberei B. (2007). Posttraumatic embitterment disorder: Definition, evidence, diagnosis, treatment. Cambridge, Massachusetts: Hogrefe and Huber.
30. Maccoby, Michael (2000). Narcissistic Leaders: The incredible pros, the inevitable cons. *Harvard Business Review*. vol. 78, no. 1, 68-77.
31. Maslach C., Leiter M.P. (1997). The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it. San Francisco: Jossey-Bass.
32. Matthiesen, Stig Berge & Einarsen, S. (2004). Psychiatric distress and symptoms of PTSD among victims of bullying at work. *British Journal of Guidance and Counseling*. vol. 32, no. 3, August 2004, pp. 335-356(22).
33. Mikkelsen E.G. & Einarsen S. (2002). Basic assumptions and symptoms of post-traumatic stress among victims of bullying at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, vol. 11, Issue 1 March 2002, pp. 87–111.
34. Niedhammer, I., David, S., & Degioanni, S. (2006). Association between workplace bullying and depressive symptoms in the French working population. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(2), 251–259.
35. Nolfé, G., Petrella, C., Blasi F., Zontini, G., Nolfé G. (2008). Psychopathological Dimensions of Harassment in the Workplace (Mobbing). *International Journal of Mental Health*, vol. 36, no. 4, winter 2007–8, pp. 67–85.
36. Paterniti, S., Niedhammer, I., Lang, T., & Consoli, S.M. (2002). Psychosocial factors at work, personality traits and depressive symptoms. Longitudinal results from the GAZEL Study. *British Journal of Psychiatry*, 181(2), 111–117.
37. Quine, L. (1999). Workplace bullying in NHS community Trust: Staff questionnaire survey. *British Medical Journal*, 318(7178), 228-232.
38. Tehrani, Noreen (2004). Bullying: A source of chronic post traumatic stress? *British Journal of Guidance and Counselling*, 2004. vol. 32, no. 3, August 2004, pp. 357-366(10).
39. Zapf, D. (1999). Organizational, work group related and personal causes of mobbing/bullying at work. *International Journal of Manpower*, 20(1–2), 70–84.

ЧАСТЬ ВТОРАЯ.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОМ

Посттравматическое стрессовое расстройство и острое стрессовое расстройство в формате новой DSM-V.

Молчанова Е.С.

Конструкт посттравматического стрессового расстройства, несмотря на все его удобства, продолжает вызывать серьезные сомнения в правомерности применения [10]. Во время одного из конгрессов Всемирной Психиатрической Ассоциации, руководитель авторитетной секции вызвал бурю негодования в аудитории, заявив, что «ПТСР есть не что иное, как удобная амальгама всех существующих расстройств, так или иначе спровоцированных чрезмерной психологической травмой». Оратор тогда отразил и мое мнение, поэтому мне была не совсем понятна бурная эмоциональная реакция аудитории, состоявшей в основном из психиатров – травматологов.

Посттравматическое стрессовое расстройство в форматах МКБ-10 и DSM-IV противоречит принятому для этих классификаций анозгностическому подходу [2,3,4], так как его этиология определена и даже вынесена в качестве основного критерия (критерия А в формате DSM); ПТСР с большой натяжкой способно претендовать на статус отдельной нозологической единицы, легко гипердиагностируется в тех случаях, когда в анамнезе пациента есть указания на перенесенный дистресс [12]. Кроме того, активное использование номинации патологизирует нормальные человеческие переживания в ситуации потери, и, наконец, как каждый конструкт, который не совсем удачно определен, ПТСР обрывает авторскими вариантами и типами течения. В ряде исследований [6,10,11,12,13] появились указания на случаи посттравматического стрессового расстройства, связанные с посещением дантиста (post-traumatic dental care anxiety), с ме-

дикаментозным прерыванием беременности (post-traumatic abortion syndrome), с реакцией обиды (post-traumatic embitterment disorder) и после просмотра телепередач. Таким образом, критерий А – первый критерий ПТСР в прежней классификации, оказался невалидным, так как один и тот же симптомокомплекс мог развиваться в результате «объективно» не совсем катастрофических событий, которые, однако, индивидуально переживались как трагедия, нарушающая привычное функционирование ребенка или взрослого.

В формате старой DSM-IV, категория посттравматического стрессового расстройства была включена в группу тревожных расстройств, что представлялось нейрофизиологически оправданным. Действительно, у пациентов с ПТСР были выявлены нарушения в строении миндалевидных тел (amygdala bodies) гиппокампа и лимбической коры. Кроме того, у пациентов с верифицированным ПТСР было доказано формирование короткого, не затрагивающего кору, ответа на угрожающий стимул [7,8], что, кстати, типично и для специфических изолированных фобий. С этой точки зрения хрестоматийный случай маленького Альберта (little Albert's case), у которого был кондиционирован страх белых крыс, можно рассматривать как ПТСР у ребенка младше 6-ти летнего возраста, причем обнаружить у него все необходимые критерии. К сожалению, во время работы бихевиориста Уотсона (Watson, 1920) оставалось еще как минимум 60 лет до введения категории ПТСР в психиатрический тезаурус, и отсутствие внимания к психологической травме помешало остановить жестокий эксперимент. Помимо феноменологического сходства ПТСР с другими расстройствами, прежде всего диссоциативными и тревожными, существует еще целый ряд проблем, связанных с этой диагностической категорией. Одна из них – социальная и этическая, заключается в превращении ПТСР в money-maker – источник заработка для многочисленных организаций - явление, иллюстрирующее философский закон единства и борьбы противоположностей (беда и нажива). Не могу не вспомнить в этой связи пример, связанный с программой по борьбе с детской бедностью (poverty reduction strategy program - PRSP), когда-то активно функционировавшей в Бишкеке и устраивавшей приемы в дорогих ресторанах на суммы, способные многократно удовлетворить базовые потребности тысяч детей.

Несмотря на весь скептицизм, связанный с диагностической категорией, а также с развернутыми вокруг страдания грантовыми лихорадками, «ярмарками» программ, фондов, медикаментов и т.д., нельзя не признать, что четкое обозначение травмы как основного этиологического фактора, вызывающего расстройство, смогло привлечь внимание власть имущих к проблемам сферы психического здоровья, так или иначе существующих в каждой, даже относительно благополучной стране. Общепринятое мнение о росте насилия в современном мире (что, как показывает А.П. Назаретян, не совсем соответствует историческим данным [1]), превращает экстремальную психиатрию в одно из наиболее модных, и, безусловно, актуальных направлений науки о психическом здоровье. Наглядный пример – публикация данного руководства, которая вряд ли была бы возможной без событий 2010 года.

В новой DSM-V [4] острое стрессовое и посттравматическое стрессовое расстройство выведены из группы тревожных расстройств и включены в новый для семьи DSM класс – “Trauma and Stressor-related Disorders” (расстройства, связанные с травмой и стрессором). Кроме того, помимо «взрослого» варианта ПТСР в DSM –V выделен вариант ПТСР для детей 6-лет и младше (for children 6 years old and younger).

Ниже приведен перевод изложения диагностических критериев ПТСР в DSM –V [4].

Посттравматическое стрессовое расстройство
Диагностические критерии 1 (F43.10)
Посттравматическое стрессовое расстройство
Примечание: Приведенные ниже критерии применимы к взрослым, подросткам и детям, старше 6 лет. Для детей 6 лет и младше – см. соответствующие критерии, изложенные ниже.
А. Столкновение со смертью или с угрожающей жизни ситуацией, подверженность серьезной травме (injury) или сексуальному насилию в одном или нескольких из перечисленных вариантов:

1. Непосредственная подверженность травматическому событию.
2. Непосредственное (личное) зрительное восприятие травмы, которую переживают другие.
3. Получение информации о том, что травмирующие события произошли с членами семьи или близкими друзьями; события должны быть либо насильственными, либо характеризоваться как несчастный случай.
4. Переживание повторных либо экстремальных воздействий отвратительных (*aversive*) деталей травматического события (событий), таких как участие в спасательной команде, собирающей человеческие останки, служба в полиции, связанная с повторным столкновением с подробностями насилия над детьми.

Примечание: критерий А4 не применим к электронным медиа, телевидению, фильмам и фотографиям, если только фотографии не связаны с работой индивидуума.

В. Присутствие одного или более из следующих навязчивых симптомов, ассоциированных с травмирующим событием, которые развиваются после действия стрессора:

1. Повторяющиеся непроизвольные навязчивые и тягостные воспоминания о травмирующем событии.

Примечание: у детей 6 лет и старше могут отмечаться повторяющиеся игры, в которых отражается тема или отдельные аспекты травматического события (событий)

2. Повторяющиеся дистрессовые сновидения, содержание и/ли аффект которых соотносится с травмирующим событием.

Примечание: у детей старше 6 лет могут отмечаться пугающие сновидения без четко распознаваемого содержания.

3. Диссоциативные реакции (например, флэшбэки - *flashbacks*), во время которых индивид ощущает и/ли ведет себя так, как будто бы травматическое событие повторяется (Подобные реакции могут отмечаться в рамках континуума, на крайнем полюсе которого находятся полное отсутствие осознания реального окружения)

Примечание: у детей повторение травмы может осуществляться в форме, напоминающей игру.

4. Интенсивный либо продолжительный психологический дистресс при столкновении с внутренними или внешними признаками чего-либо, символизирующими или напоминающими какой – либо аспект травматического события (событий)

5. Заметные психологические реакции по отношению к внутренним или внешним признакам чего-либо, символизирующим или напоминающим какой-либо аспект травматического события (событий)

С. Постоянное избегание стимулов, ассоциирующихся с травматическим событием (травматическими событиями), что начинается после возникновения травматической ситуации и подтверждается либо одним, либо двумя признаками:

1. Избегание либо попытки избежать неприятных воспоминаний, мыслей, чувств о травматическом событии, либо неприятных воспоминаний, мыслей, чувств, тесно ассоциирующихся с травматическим событием.
2. Избегание либо попытки избежать напоминающих о событии людей, мест, разговоров, действий, объектов, ситуаций, которые вызывают дистрессовые воспоминания, мысли или чувства о травматическом событии (либо воспоминания, мысли или чувства, тесно ассоциирующиеся с ним).

Д. Отрицательные изменения когнитивных процессов и настроения, связанные с имевшим место травматическим событием, возникающие после травматического события или углубившиеся после действия стрессора (два или более признака из нижеперечисленных):

1. Невозможность вспомнить важные аспекты травматического события (вследствие диссоциативной амнезии, признак обычно не связан с такими факторами как черепно-мозговая травма, употребление алкоголя и других психоактивных веществ).
2. Упорные и преувеличенные негативные убеждения в отношении себя, других и мира, или постоянные и преувеличенные негативные ожидания от себя, других и мира (например, «Я – плохой», «Никому нельзя верить», «Весь мир опасен», «Моя нервная система полностью разрушена»).
3. Упорные искаженные суждения о причинах и последствиях травматических событий, которые заставляют индивидуума винить себя или других.
4. Постоянные негативные эмоции (например, страх, гнев, вина, стыд).
5. Заметно сниженный интерес к участию в социальных мероприятиях, либо отказ от участия в социальных мероприятиях.
6. Чувство оторванности или отчуждения от других
7. Стойкая неспособность испытывать позитивные эмоции (например, неспособность испытывать счастье, удовлетворение или любовь)

Е. Заметные изменения в возбуждении и реактивности, ассоциированные с травматическим событием (событиями), что начинается после действия стрессора, либо усиливается после травматического события (два или более признака из нижеперечисленных):

1. Раздраженное поведение либо вспышки гнева (минимально спровоцированные или без провокации), обычно выраженные в форме вербальной или физической агрессии по отношению к людям или объектам.
2. Безрассудное или аутоагрессивное поведение.
3. Сверхнастороженность
4. Повышенный рефлекс четверохолмия²
5. Проблемы с концентрацией
6. Нарушения сна (например, трудности с засыпанием, с поддержанием сна, беспокойный сон)

Ф. Нарушения (критерии В, С, D и Е) продолжаются более одного месяца.

Г. Нарушения вызывают клинически значимый психологический дистресс и снижение социального, профессионального функционирования, а также негативные изменения в других важных сферах функционирования.

Н. Нарушения не относятся к физиологическому эффекту от приема препаратов (алкоголь или наркотики), а также к другим медицинским состояниям.

Указать, если расстройство сопровождается

Диссоциативными симптомами: Состояние отвечает критериям посттравматического стрессового расстройства, и, в дополнение, в ответ на действие стрессора, индивидуум переживает упорные или повторяющиеся симптомы из следующих:

1. **Деперсонализация.** Упорное или периодически повторяющееся переживание оторванности от других и чувство, как будто бы наблюдаешь со стороны за собственными психическими процессами или за собственным телом (например, чувство, что все происходит как будто бы во сне, чувство нереальности личности или тела, ощущение замедленного течения времени)
2. **Дереализация.** Постоянное или повторяющееся переживание нереальности окружающего (например, окружающий мир воспринимается как нереальный, напоминающий сновидение, отдаленный либо изменённый)

2 Рефлекс (обычно вздрагивания) на неожиданный пугающий звук.

Примечание: для использования данного подтипа необходимо исключить физиологический эффект действия препарата (провалы в памяти, поведение в состоянии алкогольной интоксикации) или другое медицинское состояние (например, комплексные парциальные припадки)

Указать, если расстройство сопровождается

Отсроченным началом. Если расстройство не соответствует **всем** критериям ПТСР в течение как минимум 6 месяцев после травматического события (хотя начало и проявления некоторых из симптомов может быть незамедлительным).

Посттравматическое стрессовое расстройство у детей 6 лет и младше

А. Дети шести лет и младше сталкиваются с ситуацией смерти или угрожающей жизни, подверженность серьезной физической травме (injury) или сексуальному насилию одним или несколькими из перечисленных способов:

1. Непосредственная подверженность травматическому событию
2. Непосредственное зрительное восприятие травмы, переживаемой другими, особенно основными опекунами

Примечание. Зрительное восприятие не включает просмотр событий по электронным медиа, телевидению, просмотр кинофильмов или картинок.

3. Получение информации о том, что травматическое событие произошло с родителем или опекуном.

В. Присутствие одного или более из следующих навязчивых симптомов, ассоциированных с травмирующим событием, которые развиваются после действия стрессора:

1. Рекуррентные, неконтролируемые и навязчивые дистрессовые воспоминания о травмирующем событии (событиях)

Примечание. Спонтанные и навязчивые воспоминания могут не обязательно производить впечатления дистрессовых и могут выражаться в игровой форме (отыгрышании)

2. Рекуррентные дистрессовые сновидения, в которых содержание или аффект соотносятся с травматическим событием (событиями)

Примечание. Порой невозможно соотнести пугающее содержание сновидения с травматическим событием.

3. Диссоциативные реакции (например, флэшбэки), во время которых ребенок ощущает и/ли ведет себя так, как будто бы травматическое событие повторяется (Подобные реакции могут отмечаться в рамках континуума, на крайнем полюсе которого находятся полное отсутствие осознания реального окружения). Подобные специфичные травме реконструкции могут происходить во время игры.
4. Интенсивный или продолжительный психологический дистресс при столкновении с внутренними или внешними признаками чего-либо или кого-либо, символизирующими или напоминающими какой-либо аспект травматического события (травматических событий).
5. Заметные психологические реакции на напоминания о травматическом событии (событиях)

С. Должны присутствовать один или более из перечисленных симптомов, отражающих либо упорное избегание стимулов, ассоциированных с травмирующим событием, либо негативные изменения когнитивных процессов и/ли эмоций, что связано с травматическим событием (событиями). Изменения появляются или становятся более серьезными после события:

Настойчивое избегание стимулов

1. Избегание либо попытки избежать действий, мест или физических напоминаний, оживляющих воспоминания о травматическом событии.
2. Избегание либо попытки избежать людей, разговоров или межличностных ситуаций, напоминающих о травматическом событии (событиях)

Негативные изменения когнитивных процессов

3. Существенное учащение появления негативных эмоций (например, страха, вины, печали, стыда, смущения).
4. Заметное уменьшение интереса и/ли участия в значимой ранее деятельности, включая сужение игровой активности
5. Социально отгороженное поведение
6. Упорное уменьшение выражения позитивных эмоций.

Д. Изменения в возбуждении и реактивности, ассоциированные с травматическим событием (событиями), начинаются после действия стрессора, либо усиливаются после травматического события (два или более признака из нижеперечисленных):

1. Раздраженное поведение или вспышки гнева (после минимальной провокации или ничем не спровоцированные), обычно проявляются как вербальная или физическая агрессия по отношению к людям или объектам (включая экстремальные по силе истерические реакции)
2. Сверхнастороженность.
3. Повышенный рефлекс четверохолмия
4. Проблемы с концентрацией.
5. Нарушения сна (например, трудности с засыпанием, с поддержанием сна, беспокойный сон).

Е. Длительность нарушений более одного месяца.

Ф. Нарушения причиняют клинически значимый дистресс, и/ли нарушаются отношения с родителями, сиблингами, друзьями, опекунами или ухудшается поведение в школе.

Г. Нарушения не относятся к физиологическому эффекту от приема препаратов (алкоголь или наркотики), а также к другим медицинским состояниям.

Указать, если расстройство сопровождается

Диссоциативными симптомами: Состояние отвечает критериям посттравматического стрессового расстройства, и, в дополнение, в ответ на действие стрессора, индивидуум переживает упорные или повторяющиеся симптомы из следующих:

1. **Деперсонализация.** Упорное или периодически повторяющееся переживание оторванности от других и чувство, как будто бы наблюдаешь со стороны за собственными психическими процессами или за собственным телом (например, чувство, что все происходит как будто бы во сне, чувство нереальности личности или тела, ощущение замедленного течения времени)
2. **Дереализация.** Постоянное или повторяющееся переживание нереальности окружающего (например, окружающий мир воспринимается как нереальный, напоминающий сновидение, отдаленный либо изменённый)

Примечание: для использования данного подтипа необходимо исключить физиологический эффект действия препарата (провалы в памяти), а также другое медицинское состояние (например, комплексные парциальные припадки)

Указать, если расстройство сопровождается

Отсроченным началом. Если расстройство не соответствует **всем** критериям ПТСР в течение как минимум 6 месяцев после травматического события (хотя начало и проявления некоторых из симптомов может быть незамедлительным).

В целом, диагностические критерии ПТСР в формате DSM-V почти повторяют критерии, изложенные в прежней классификационной системе. Отличия включают следующее:

1. Расстройства, связанные с посттравматическим стрессом, сгруппированы в отдельный кластер и вынесены из рубрики тревожных расстройств. Интересно, что в МКБ-10 это было сделано раньше, чем в семействе DSM. Можно предположить, что в период существования новой DSM интерес к ПТСР как минимум не уменьшится, и тема останется достаточно актуальной как для проведения научных исследований, так и для спонсоров, выделяющих средства на поддержку пострадавшего в результате ЧС населения. Скорее всего, ПТСР по-прежнему останется одним из наиболее нормативных способов заработка для специалистов в области психического здоровья («money-makers»), что не всегда является полезным для самого пострадавшего населения.

Следующее наблюдение суммирует интервью, проведенные с детскими психологами Бишкека, принимавшими участие в данном проекте.

Сразу же после июньских событий 2010 года, одним из влиятельных международных НПО были выделены деньги на организацию летнего лагеря для травмированных детей. По замыслу грантодателей, пострадавшие дети должны были хорошо «отдохнуть и отвлечься» на озере Иссык-Куль. Отбором детей, бесплатно поехавших в летний лагерь, занимались представители местного офиса. Проект был соответствующим образом разрекламирован и поддержан на уровне правительства. Так получилось, что в одном лагере вместе с ребятами, ставшими свидетелями погромов, потерявшими близких и даже побывавшими в плену, оказались вполне благополучные сыновья и дочери чиновников и административных работников разного уровня. Психологическую коррекцию с пострадавшими проводили

как приглашенные международные специалисты, нуждавшиеся в местном переводчике, так и детские психологи из Бишкека.

Радужные отчеты о проделанной работе, предоставленные грантополучателями, не совсем отражали реальность. Пострадавшие дети скучали по родителям, часто плакали, некоторые кричали по ночам, не давая спать относительно психически здоровым ребятам. У некоторых из группы прежде «благополучных», появились признаки дистресса – нарушения поведения, расстройства сна и плохое настроение.

После возвращения из летнего лагеря пострадавшие дети пережили вторичную травматизацию, попав из изолированных от реальности идеальных условий летнего лагеря в разрушенный город. Родители некоторых из прежде здоровых детей были вынуждены обратиться за помощью к детскому психиатру Ошского областного центра психического здоровья.

Рекомендации при условиях, не требующих немедленной эвакуации, включают нежелательность отрыва детей от родителей после перенесенной психотравмирующей ситуации. Большинство детей, отправленных в летний лагерь, не имели показаний для немедленного перемещения в более спокойную обстановку. Следует учесть, что в это же время на пострадавшей территории были организованы детские площадки – местные летние лагеря, в которых, не отрываясь от семьи и дома, дети занимались творчеством, работали с местными психологами. Родители имели возможность заниматься своими делами, восстанавливали разрушенный быт и улаживали юридические моменты.

Здоровые дети, «отдыхавшие» на Иссык-Куле, превратились в третичных пострадавших, части которых впоследствии потребовалась профессиональная помощь.

- 2. Выделены два дополнительных подтипа ПТСР: «детский»** (проанализированный И.В. Добряковым в одной из последующих глав руководства) и подтип с диссоциативными симптомами.

3. **Три основных признака ПТСР превратились в четыре в DSM – V**, прежний критерий С – избегание и эмоциональное оцепенение (numbing) разделен на два – С (избегание) и D (негативные изменения в настроении и когнитивных процессах). Указывается, что данное разделение проведено по результатам факторного анализа и постановка диагноза ПТСР должна включать как минимум один из признаков избегания [14].
4. **Бывший критерий А2** (чувство страха, беспомощности и/ли ужаса сразу после травмы) был убран из перечня признаков, составляющих А критерий ПТСР. Обоснованием изменения называется тот факт, что критерий А2 не делает процесс постановки диагноза более точным.
5. **Были введены три новых признака:**
 - а. В критерий D (негативные изменения настроения и когнитивных процессов) добавлен признак «упорные искаженные суждения о причинах и последствиях травматических событий, которые заставляют индивидуума винить себя или других» и «постоянные негативные эмоции (например, страх, гнев, вина, стыд)».
 - б. В критерий E добавлено «раздраженное поведение или вспышки гнева (после минимальной провокации или ничем не спровоцированные)»

Предполагается, что вышеперечисленные изменения, внесенные в диагностическую категорию ПТСР, приведут к более точной постановке диагноза. Нельзя не отметить, что в новой редакции DSM (и это справедливо не только для ПТСР), упор сделан на поведенческие проявления расстройства, что (на мой взгляд), может еще более дистанцировать от внутренних переживаний пострадавшего.

Ниже приведен перевод диагностических критериев острого стрессового расстройства (Acute Stress Disorder) в формате новой DSM – V [4].

Острое стрессовое расстройство

Диагностические критерии

308.3 (F43.0)

А. Столкновение со смертью или с угрожающей жизни ситуацией, переживание серьезной травмы или сексуального насилия в одном или нескольких из перечисленных вариантов:

1. Непосредственное переживание травматического события
2. Пациент стал свидетелем события, которое произошло с другими
3. Пациент узнал/а, что травматическое событие произошло с близким членом семьи или с близким другом. **Примечание:** В случаях смерти члена семьи или близкого друга или непосредственной угрозы жизни, события должны быть жестокими или быть характеризованы как несчастный случай.
4. Переживание повторных либо экстремальных воздействий отвратительных (*aversive*) деталей травматического события (событий), таких как участие в спасательной команде, собирающей человеческие останки, служба в полиции, связанная с повторным столкновением с подробностями насилия над детьми. **Примечание:** Данный критерий не относится к просмотру электронных медиа, телевидения, фильмов или фотографий, если только просмотр не связан с работой.

В. Присутствие девяти (или более) следующих симптомов, относящихся к любой из пяти категорий – симптомами вторжения, негативных эмоций, диссоциации, избегания и возбудимости, которые либо начинаются сразу же после травматического события, либо усиливаются после него.

Симптомы вторжения

1. Повторяющиеся непроизвольные, навязчивые и тягостные воспоминания о травмирующем событии. **Примечание:** у детей могут отмечаться повторяющиеся игры, в которых отражается тема или отдельные аспекты травматического события (событий)
2. Повторяющиеся дистрессовые сновидения, содержание и/ли аффект которых соотносится с травмирующим событием. **Примечание:** у детей могут отмечаться пугающие сновидения без четко распознаваемого содержания.

3. Диссоциативные реакции (например, флэшбэки), во время которых индивид ощущает и/ли ведет себя так, как будто бы травматическое событие повторяется (Подобные реакции могут отмечаться в рамках континуума, на крайнем полюсе которого находятся полное отсутствие осознания реального окружения). **Примечание:** у детей повторение травмы может осуществляться в форме, напоминающей игру.

4. Интенсивный либо продолжительный психологический дистресс либо заметные психологические реакции при столкновении с внутренними или внешними признаками чего-либо, символизирующими или напоминающими какой – либо аспект травматического события (событий)

Негативные эмоции

1. Стойкая неспособность испытывать позитивные эмоции (например, неспособность испытывать счастье, удовлетворение или любовь)

Диссоциативные симптомы

2. Измененное чувство реальности окружающего или самого себя (восприятие самого себя с иной перспективы, оцепенение, восприятие замедленного течения времени)
3. Невозможность вспомнить важные аспекты травматического события (в результате диссоциативной амнезии, но не воздействия других факторов, таких как черепно-мозговая травма, алкоголь или наркотики)

Симптомы избегания

4. Попытки избежать дистрессовых воспоминаний, мыслей или чувств о травмирующем событии, либо тесно связанных с травмирующим событием.
5. Избегание либо попытки избежать внешних напоминаний (людей, мест, разговоров, действий, объектов, ситуаций), которые вызывают дистрессовые воспоминания, мысли или чувства о травматическом событии (либо воспоминания, мысли или чувства, тесно ассоциирующиеся с ним).

Симптомы возбуждения

6. Нарушения сна (трудности с засыпанием, поддержанием сна, беспокойный сон)
7. Раздраженное поведение или вспышки гнева (спровоцированные минимальным стимулом или без провокации), обычно выражаемые в форме вербальной или физической агрессии по отношению к другим.
8. Чрезмерная настороженность
9. Проблемы с концентрацией

Повышенный рефлекс четверохолмия С. Длительность нарушений (симптомы из списка В) составляет от 3 дней до 1 месяца после воздействия травмы.

Примечание: симптомы обычно появляются непосредственно после травмы, но их присутствие в течение как минимум 3 дней и до 1 месяца необходимо для постановки диагноза.

Д. Нарушения вызывают клинически значимый дистресс или нарушения социальной, профессиональной или другой сферы функционирования индивида.

Е. Нарушения не вызваны физиологическим эффектом принятого вещества (лекарства или алкоголя) или другим медицинским состоянием (черепно-мозговой травмой) и острый психотический эпизод не служит лучшим объяснением имеющихся признаков.

Критерии острого стрессового расстройства повторяют симптомы ПТСР в DSM-V. Следует отметить, что DSM-V по-прежнему не выделяет категорию острой реакции на стресс (F43.0 в МКБ-10), «которая развивается в течение нескольких минут после воздействия дистрессора и длится до 2-3 дней (обычно в течение нескольких часов)»[2]. Вполне вероятно, что в новой МКБ-11 нормальные реакции на ненормальные ситуации будут выведены из диагностической системы, оставшись только в описании острого стрессового расстройства – категории, которая пока еще не внесена в МКБ.

Описание ПТСР в DSM-V остается по-прежнему линейным и не включает культуральное измерение. Собственно, категорию ПТСР вполне можно считать продуктом западной культуры - репрезентацией западной модели страдания. Нейрофизиологический ответ на интенсивный стресс, как доказал еще Ганс Селье, универсален, но поведенческое обрамление биологических реакций, их интерпретация, связь с традициями и верованиями, использование копинг-стратегий и нормативных для каждой культуры стилей реагирования НЕ может быть одинаковым для, например, жителя Кыргызской Республики и Соединенных Штатов Америки.

Один из наших коллег – социальный психолог и антрополог, когда-то работавший в Американском Университете в Центральной Азии, решил поучаствовать в проекте создания междисциплинарного он-лайн курса для студентов двух государств – Кыргызской Ре-

спублики и Афганистана. На одной из первых видеосессий он заявил, что «большинство жителей Афганистана страдают посттравматическим стрессовым расстройством, и ПТСР в Афганистане может считаться результатом влияния культуры, жестокой и разрушительной по своей природе». Данное, мягко говоря, необдуманное, заявление вызвало оживленную дискуссию среди студентов из Афганистана, потребовавших перечислить диагностические критерии ПТСР. Как и следовало ожидать, никто из присутствующих на занятии не определил у себя признаки ПТСР. Один из студентов – афганцев подытожил итоги горячей дискуссии следующим заявлением: «Мы родились и живем в условиях, которые нельзя назвать безопасными. Часть из нас уедут на запад в поисках лучшей судьбы. Сейчас мы другой жизни не знаем. Мы привыкли к тому, что для гражданина США может показаться чрезмерным стрессом, продолжаем жить, любить, создавать семьи и заботиться о родителях. Наша жизнь небезопасна, но привычна. Наверное, уважаемому профессору следовало бы попробовать диагностировать ПТСР у себя»

Западные шаблоны диагностики и вмешательства, насаждаемые с неокOLONиальным упорством международными экспертами в странах третьего мира (к которым, кстати, сейчас относится и Кыргызская Республика), создают порой ситуации нелепые настолько, что над ними можно было бы посмеяться, если бы не трагический контекст. Так, одна из социальных работников, посетившая Ош в октябре 2010 года, была крайне удивлена тем, что местные профессионалы не захотели использовать модель психосоциальной помощи, разработанной ее коллегами для пострадавших одной африканской страны. С ее точки зрения, отказ от подобной помощи был проявлением черной неблагодарности со стороны местных профессионалов. Другой пример. Представительница влиятельного международного НПО, психолог, диагностировала «суицидальные тенденции» у всех консультируемых в Жалал-Абаде подростков, ориентируясь на невербальные признаки поведения: ни один из подростков не смотрел ей в глаза. Ее отчет, соответственно, отражал крайне высокий уровень травматизации населения города. Уровень травматизации в Жа-

лал-Абаде был действительно высоким, но суицидальные тенденции нельзя было диагностировать только по отсутствию глазного контакта. Дело в том, что в кыргызской культуре не принято смотреть в глаза человеку, который старше тебя по возрасту, а подростки, ставшие невольными клиентами международного эксперта, были много младше нее.

Наша работа с пострадавшими от событий 2010 года позволила определить несколько особенностей острых и хронических расстройств, связанных с действием стрессора у жителей Ошской и Жалал-Абадской области:

- В качестве первой реакции на стресс преобладали реакции борьбы у мужчин и двигательной бури у женщин; реакции оцепенения встречались сравнительно редко (примеры приведены в одной из предыдущих глав руководства).
- Признаки дистресса часто соматизировались, при этом создавалось впечатление обострения хронических заболеваний, наблюдавшихся и ранее, поэтому возможность обращения к специалисту в области психического здоровья даже не рассматривалась как возможный вариант получения помощи;
- Основным адресом обращения за помощью до сих пор остаются народные целители и/или религиозные деятели - молдо, которые оказывают порой гораздо более полезными, чем социальные работники и психологи из дальнего зарубежья.

НАБЛЮДЕНИЕ

Одна из наших молодых коллег, ставшая свидетельницей многочисленных смертей соседей, как-то поделилась своими переживаниями в перерыве одного из многочисленных тренингов:

«Я знаю, что нуждаюсь в помощи, но не знаю, как мне разговаривать со всеми этими чужими психологами. Этот заграничный психолог сказал мне, что я больна после перенесенного стресса. Я знаю, что не болею, мне просто тяжело и плохо. Он продолжает расспрашивать меня о том, что я чувствовала во время погромов, но мне неловко, когда я рассказываю другим о том, что чувствую. Он предложил мне принимать таблетки, но я не хочу. В субботу я по-

шла к бубу («знающая», «целительница»), которая успокоила меня и указала на тех, кому я очень нужна и про которых забыла – на мужа и детей. Еще она сказала, что я должна принести жертву и помочь другим - моим соседям, которым еще более тяжело. Почти каждая семья потеряла кого-то из близких, но нашей семье удалось пережить этот кошмар».

Народная целительница, принадлежащая к той же культуре, что и героиня нашего наблюдения, оказалась гораздо более присоединенной к клиентке, понимающей и, в окончательном итоге, полезной, чем представитель культуры Запада, обученный западным моделям помощи пострадавшим, имевший весьма смутное представление о культурально-обусловленных моделях поведения азиатской женщины.

- Случаи, когда состояние пациента соответствовало всем критериям ПТСР, перечисленным в МКБ-10, были довольно редкими и диагностировались либо у людей с западной моделью образования, либо у военнослужащих. У гражданских лиц часто отмечались диссоциативные симптомы и признаки соматизации аффекта.

НАБЛЮДЕНИЕ

Служебная командировка в Ош М.П., мужчины 34 лет, врача-эпидемиолога, по времени пришлась на начало июня и совпала с трагическими событиями. Пациент стал свидетелем убийств и поджогов. Он попытался убежать из города вместе с другими пострадавшими. Паникующих остановили вооруженные автоматами люди в масках. Бандиты облили одного из толпы бензином и подожгли его. М.П. бросился тушить горящего человека, но был остановлен одним из нападавших, который пригрозил М.П., что тот может стать следующим. В течение пяти часов люди, пытавшиеся покинуть город, находились в заложниках. К счастью, никто из них больше не пострадал, по крайней мере, физически. М.П. смог вернуться домой спустя два дня после описанных событий. Дома, в спокойной и безопасной обстановке, он смог расслабиться и отдохнуть. Однако,

через 3 месяца после пережитого, у М.П. появились кошмарные сновидения, отражавшие характер перенесенной травмы: ему снилось, как его обливают бензином и поджигают. Стал избегать мест, где пахло бензином, даже перестал водить машину, испытывал постоянное внутреннее напряжение и страх за свою жизнь. Самостоятельно поставил себе диагноз ПТСР, используя ресурсы интернета, и обратился за профессиональной помощью.

Врач – эпидемиолог был выпускником Кыргызской Государственной Медицинской Академии, ориентированным на медицинские модели объяснения симптомов. При появлении признаков расстройства у себя, он обратился к информационным источникам, а не к народному целителю.

НАБЛЮДЕНИЕ

В ночь, когда начались июньские события, А. находился в доме со своей семьей - матерью, женой и тремя детьми. А. не помнил ничего из произошедшего, не помнил, как оказался в городе Бишкек в отделении Республиканской больницы, не знал, что произошло с его семьей, и как он смог преодолеть расстояние в 720 км, отделяющее Ош от Бишкека. Как стало известно позже, в ночь конфликта, когда все члены его семьи были в тревоге, он пошел в гараж, сел в автомобиль и уехал в неизвестном направлении. Три дня спустя его семья смогла узнать, что он в Бишкеке. Через несколько дней после благополучного воссоединения с семьей, А. стал жаловаться на боли в области сердца, а также перебои в сердечной деятельности. Многократные обследования у кардиологов и врачей других специальностей – невропатологов и вертебрологов, не выявили соматической патологии. За психотерапевтической помощью А. обратился месяц спустя, после посещения народного целителя и мусульманского священника – молдо, которые уверили пациента, что «очистили его».

Наблюдение иллюстрирует типичное для жителей КР течение острого стрессового расстройства, диссоциативного подтипа с соматизацией аффекта, если бы подобная категория была включена в МКБ-10. Диагноз острой реакции на стресс в данном случае был

валиден в течение первых двух - трех суток после травмирующей ситуации. Несмотря на то, что состояние Алмаза не соответствовало всем критериям, пациенту был выставлен диагноз ПТСР.

Представляется, что до введения категории ПТСР в психиатрический лексикон (до 1990 года в Кыргызской Республики), состояние А. вполне могло бы быть диагностировано как истерический невроз с ипохондрическими включениями, а случай М.П. – как тревожно-фобический невроз. Мир понятий и мир вещей взаимозависимы. Определение существования какого-либо психического расстройства при помощи введения диагностической категории необходимо приводит к ее использованию даже в тех случаях, когда вполне можно без этого обойтись. Не стоит, как нам кажется, упускать из внимания и правовой оттенок диагностики посттравматического стрессового расстройства – ярлык ПТСР превращает человека в пострадавшего и автоматически повышает вероятность быстрого формирования вторичной выгоды от болезни.

Странный гений Сократ был убежден, что возникновение письменности нанесло ущерб самостоятельности мышления. «Люди, научившись читать чужие мысли, разучились думать, перестали быть мудрыми и стали «мнимомудрыми» [3]. Он считал, что распространение написанных текстов обеспечило утверждение одномерного (линейного) мышления и «книжных» религий, апеллирующих к слепой вере и подчинению власти.

Ни в коем случае не умаляя социальной, правовой и профессиональной значимости диагностической категории ПТСР, мы все-таки ратуем за более комплексный, многомерный подход к оценке и оказанию помощи после ЧС, при необходимости выходящий за рамки клинических протоколов и диагностических рекомендаций психиатрических Библий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Назаретян А.П. (2008). *Антропология насилия и культура самоорганизации. Очерки по эволюционно-исторической психологии*. М.: УРСС. 350 с.

2. Всемирная Организация Здравоохранения (1990). *Международная Классификация Болезней 10 -го пересмотра*.
3. Платон. Федр. Платон. Сочинения. М: Мысль, 1970, т 2, с. 216-217.
4. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
5. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. Text citation: (American Psychiatric Association, 2013).
6. Bodkin JA, Pope HG, Detke MJ, Hudson JI. (2007). Is PTSD caused by traumatic stress? *J Anx Dis*; 21: 176–82.
7. Erwin BA, Heimberg RG, Marx BP, Franklin ME. (2006) Traumatic and socially stressful events among persons with social anxiety disorder. *J Anx Dis*; 20: 896–914. 5
8. Gross, J.J. (1998). Antecedent and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology* 74, 224–237
9. Lanius, R.A., Williamson, P.C., Bluhm, R.L., Densmore, M., Boksman, K., Neufeld, R.W.J., Gati, J.S., and Menon, R.S (2005). Functional Connectivity of Dissociative Responses in Posttraumatic Stress Disorder: A Functional Magnetic Resonance Imaging Investigation. *Biol Psychiatry* 57, 873 - 884
10. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. (2003) Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull*; 129: 52–73. 6
11. Spitzer RL, First, MB, Wakefield JC. (2007). Saving PTSD from itself in DSM–V. *J Anx Dis*; 21: 233–41. 7
12. Simons D, Silveira WR. (1994). Post-traumatic stress disorder in children after television programmes. *BMJ* 308: 389–90. 8
13. Rosen GM. (2004) Traumatic events, criterion creep, and the creation of pretraumatic stress disorder. *Sci Rev Ment Health Pract*; 3: 46–7. 9
14. Summerfield D (2004). *Cross-cultural Perspectives on the*

- Medicalization of Human Suffering*. In Posttraumatic Stress Disorder: Issues and Controversies (ed. GM Rosen): 233–44. John Wiley & Sons, 10
15. Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., & Cohen, J. A. (2011). PTSD in children and adolescents: toward an empirically based algorithm. *Depression and Anxiety*, 28, 770-782. doi:10.1002/da20736

Клиника, течение и неотложная помощь при остром и посттравматическом стрессовых расстройствах *Добряков И. В.*

Острое стрессовое расстройство (ОСР) Acute Stress Disorder (ASD) возникает в период от 48 часов до 28 дней, характеризуется наличием следующих симптомов:

- субъективное чувство оцепенения;
- потеря способности к переживаниям (утрата эмоций);
- отчуждение себя от окружающей ситуации;
- психогенная амнезия;
- сужение сознания.

Течение острого стрессового расстройства можно разделить на стадии, каждая из которых отличается определенной длительностью и симптоматикой.

Стадии острого стрессового расстройства:

I стадия. Витальные реакции (первые секунды, минуты)

Эта стадия сопровождается утратой сознания и редукцией моральных норм, гипо- и аналгезией (не чувствует боли при ранении). Произвольная деятельность парализуется. Её заменяют два типа реакций:

1. «Двигательная буря» (гиперкинетическая аффективно-шоковая реакция по М.Г. Гулямову);
2. «Мнимая смерть» (гипокинетическая аффективно-шоковая реакция по М.Г. Гулямову)

В случае «двигательной бури» лицо человека выражает ужас. Нередко отмечаются вазомоторно-вегетативные расстройства (блед-

ность или гиперемия кожных покровов, потливость, непроизвольное мочеиспускание, профузные поносы). Ориентировка в окружающем нарушена. Находясь в состоянии острого психомоторного возбуждения, пострадавший может стремиться бежать навстречу опасности (Гулямов М.Г., 1993). Впоследствии, в случае гибели товарищей или близких, человек считает, что спасал себя, не думая о них. Он испытывает тяжелые переживания, прежде всего, чувство вины. Это, наряду с другими отягчающими факторами, может привести к развитию тяжелой формы посттравматического стрессового расстройства.

При «мнимой смерти» наблюдается состояние резкой двигательной заторможенности, застывший взгляд в одну точку, пропадает речь (мутизм). Пострадавший часто застывает в той позе, в которой его застала психическая травма (Гулямов М.Г., 1993).

II стадия. Эмоциональный шок (продолжается 1 час и более)

В этой стадии у человека происходит мобилизация физических сил (увеличение в 1,5-2 раза). В то же время выражены головокружение, головная боль, сухость во рту, тахикардия, переполняет чувство отчаянья. Возможно возникновение панических атак, способных заражать окружающих.

Мысли о спасении близких людей любой ценой становятся доминирующими идеями и во многом определяют поведение: хаотически стремиться куда-то бежать, что-то делать. Это мешает участникам кризисной ситуации конструктивно организовывать работу по преодолению её последствий, обуславливает необходимость кризисного десанта.

III стадия. Психофизиологическая иммобилизация (продолжается в течение примерно трех суток)

На этой стадии в результате контактов с другими жертвами, с телами погибших, с сотрудниками МЧС происходит, так называемое, стрессовое осознание. При этом остро ощущается тяжесть произошедшего, но внимание и память снижены, возможны конфабуляции. Крика, громкого плача нет. Человек жалуется на бессилие, настроение и активность резко снижены. Возможны вегетативные нарушения (тремор, тошнота, понос и пр.).

Острые стрессовые расстройства могут быть самостоятельны-

ми, а могут переходить в ПТСР. Чтобы этого не произошло, необходима экстренная психологическая помощь.

Экстренная психологическая помощь при остром стрессовом расстройстве

В случае возникновения острого стрессового расстройства при оказываемой психологической помощи необходимо соблюдать следующие принципы:

- безотлагательность помощи;
- активность действий;
- ограничение целей;
- поддержка;
- сфокусированность на решении определенной проблемы;
- сохранение имиджа;
- сбалансированность поддержки.

Строя коммуникации с пострадавшими следует соблюдать следующие правила:

- быть понятным, давать простые, понятные инструкции;
- четко понимать сферу своей компетенции и быть реалистичным;
- не давать обещаний, которые не в состоянии исполнить, уметь отказывать;
- быть «поддерживающим», но не «несущим»;
- уметь выявлять чувство вины, возникающее во время общения с жертвой и работать с ним.

Клиника, формы и течение ПТСР

Нарушения, которые в настоящее время квалифицируются как ПТСР, давно привлекают внимание исследователей. Для их обозначения использовали термины: «синдром солдатского сердца» (Da Costa, 1871), «военный невроз» (Oppenheim, 1889), «травматический невроз» (Bleuler E., 1920, Bumke 1928), «невроз испуга» (Краепелин E., 1923), «нажитая психопатия» (Ганнушкин, 1933); «посттравматическое реактивное состояние» (Гуревич, 1949), «постреактивное развитие личности» (Гиляровский, 1946, Кербиков, 1955). В отдельную рубрику ПТСР впервые выделен в DSM-III (1980), а в Между-

народной классификации болезней соответствующая рубрика появилась в 10-м пересмотре.

Посттравматические стрессовые расстройства по МКБ-10 (F43.1)

ПТСР возникают как отставленная и/или затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию (кратковременную или продолжительную) исключительно угрожающего или катастрофического характера, которые могут вызвать общий дистресс почти у любого человека (например, природные или искусственные катастрофы, сражения, серьезные несчастные случаи, наблюдение за насильственной смертью других, роль жертвы пыток, терроризма, изнасилования или другого преступления).

По течению выделяют следующие формы ПТСР:

- Острое – отмечается не менее чем через 1 месяц после травмы, в течение 6 месяцев;
- Хроническое – при длительности проявлений более 6 месяцев;
- Отставленное – первое появление симптомов расстройства через 6 месяцев и более после травмы

Эпидемиология ПТСР

ПТСР отмечаются у 9-12% общей популяции населения. Они развиваются у 50-80% людей, перенесших тяжёлый стресс в результате экстремальной ситуации глобального или личного характера (Breslau N, Davis G.C., Horowitz M.J., Soomon Z.), у 1/3 выживших жертв катастроф; более чем у половины жертв террористических актов, у 2/3 участников боевых действий.

У ветеранов Вьетнама отмечены в 30% случаев (Kaplan, Sadock, 1996), у ветеранов войны в Афганистане – в 17%, у ветеранов первой чеченской компании – в 19 %. Процент ПТСР среди раненых и калек доходит до 42%, что значительно выше, чем среди физически здоровых ветеранов

По результатам социально-психологического обследования де-

тей Чеченской Республики, проведенного ЮНИСЕФ, у многих из них имеется симптоматика ПТСР:

- 100% детей от 6 до 10 лет вспоминают войну;
- 72% детей от 16 до 18 лет часто просыпаются по ночам;
- 62% детей от 11 до 15 лет быстро утомляются;
- 76% детей от 6 до 10 лет часто испытывают головные боли;
- 49% детей от 16 до 18 лет испытывают страх темноты;
- 59% детей от 11 до 15 лет часто вздрагивают, когда слышат резкие звуки.

Факторы, способствующие развитию ПТСР:

- молодой возраст, одиночество, развод, вдовство, бедность и социальная изоляция;
- длительность и выраженность психической травмы (Погосов, 2006);
- отсутствие психологической, социальной и медицинской помощи при ОСР
- неблагоприятные личностные особенности (выраженная ананкастная, психастеническая, истерическая и возбудимая акцентуация);
- химическая аддикция;
- психотравмы в анамнезе (насилие в детстве, несчастные случаи);
- психические заболевания у членов семьи.

Критерии ПТСР F43.1 (МКБ-10)

1. Кратковременное или длительное пребывание в чрезвычайно угрожающей или катастрофической ситуации, вызывающий дистресс почти у любого человека;
2. Вспышки пережитого (flash backs), находящие свое отражение и во снах, усиливающиеся при попадании в ситуации, напоминающие стрессовую или связанные с ней;
3. Избегание ситуаций, напоминающие стрессовую или связанные с ней, при отсутствии такого поведения до стресса;
4. Один из следующих двух признаков:

- А. частичная или полная амнезия важных аспектов перенесенного стресса;
- Б. наличие не менее двух признаков повышенной психической чувствительности и возбудимости, отсутствовавших до экспозиции к стрессу: нарушение засыпания, поверхностный сон; раздражительность или вспышки гневливости; снижение сосредоточения; повышенный уровень бодрствования; повышенная боязливость;
5. За редкими исключениями, соответствие критериям 2-4 наступает в пределах 6 месяцев после экспозиции к стрессу или окончания его действия.

Критерии ПТСР по *DSM-IV - TR*:

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

- 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. *Примечание:* у детей реакция может замечаться ажитирующим или дезорганизованным поведением.

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

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

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

2. Повторяющиеся тяжелые сны о событии.

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

3. Такие действия или ощущения, как если бы травматическое

событие происходило вновь (включает ощущения “оживания” опыта, иллюзии, галлюцинации и диссоциативные эпизоды – “флэшбэк”-эффекты, включая те, которые появляются в состоянии интоксикации или в просоночном состоянии).

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

4. Интенсивные тяжелые переживания, которые были вызваны внешней или внутренней ситуацией, напоминающей о травматических событиях или символизирующей их.
5. Физиологическая реактивность в ситуациях, которые внешне или внутренне символизируют аспекты травматического события.

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

1. Усилия по избеганию мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой.
2. Усилия по избеганию действий, мест или людей, которые пробуждают воспоминания о травме.
3. Неспособность вспомнить о важных аспектах травмы (психогенная амнезия).
4. Заметно сниженный интерес или участие в ранее значимых видах деятельности.
5. Чувство отстраненности или отделенности от остальных людей;
6. Сниженная выраженность аффекта (неспособность, например, к чувству любви).
7. Чувство отсутствия перспективы в будущем (например, отсутствие ожиданий по поводу карьеры, женитьбы, детей или пожелания долгой жизни).

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

1. Трудности с засыпанием или плохой сон (ранние пробужде-

- ния).
2. Раздражительность или вспышки гнева.
 3. Затруднения с сосредоточением внимания.
 4. Повышенный уровень настороженности, гипербдительность, состояние постоянного ожидания угрозы.
 5. Гипертрофированная реакция испуга.
- Е. Длительность протекания расстройства (симптомы в критериях В, С и D) более чем 1 месяц.
- Ф. Расстройство вызывает клинически значимое тяжелое эмоциональное состояние или нарушения в социальной, профессиональной или других важных сферах жизнедеятельности.

Клинические типы ПТСР (Волошин В.М., 2005):

- Тревожный тип (36%);
- Дисфорический тип (26%);
- Апатический тип (20%);
- Соматоформный тип (18%).

Тревожный тип

- Наиболее полно отвечает критериям диагностики по МКБ-10 и DSM-IV;
- Наиболее выражены симптомы избегающего поведения и характерна тревожно-тоскливая структура депрессии;
- В преморбиде преобладают ананкастные и истерические черты личности

Дисфорический тип

- Отличается раздражительностью, агрессивностью, гневливостью, произвольными фантазиями сценподобного характера, с переживанием внутреннего недовольства вплоть до вспышек злобы и ярости на фоне мрачно-угнетенного настроения;

- Типичны выраженные симптомы избегающего поведения и депрессия тоскливой структуры с тревожными и апатическими включениями;
- В преморбиде доминируют ананкастные и эмоционально-неустойчивые личностные черты

Апатический тип

- Отличается преобладанием вялости со снижением интереса к происходящему, безразличием и равнодушием к значимым жизненным событиям, пассивным поведением, переживанием утраты чувства удовольствия от жизни и доминированием идей малоценности.
- Расстройства сна характеризуются гиперсомнией, мучительной дремой.
- Избегающее поведение малохарактерно;
- Доминирует депрессия апатической структуры с тосливо-тревожными включениями;
- В преморбиде преобладают ананкастные и истерические личностные черты.

Соматоформный тип

- Доминирует депрессия апатической структуры с тосливо-тревожными включениями;
- В преморбиде преобладают ананкастные и истерические личностные черты.
- Отличается болезненными и неприятными ощущениями с преимущественной локализацией в кардиологической, гастроэнтерологической и церебральной анатомических областях, сочетающихся с психовегетативными пароксизмами;
- Указанные расстройства возникают спустя 6 и более месяцев после стресса (отставленный вариант ПТСР);
- Нехарактерно избегающее поведение;
- Депрессия представлена недифференцированной гипотимией с отчетливыми тревожно-фобическими включениями.

Типична фиксация на телесных ощущениях и пароксизмальных приступов с тревогой ожидания и слабовыраженное переживание психотравмирующей ситуации;

- Преобладают личности с алекситимическими и ананкастными чертами.

Стадии течения ПТСР (Погосов, 2006)

1. Непосредственная реакция на стресс – ОСР (наблюдается ~ у ¼ больных);
2. Формирование стержневых синдромов ПТСР;
3. Присоединение коморбидных состояний

Коморбидные расстройства, развивающиеся при ПТСР и осложняющих проведение реабилитации:

- химические (алкоголизм, наркомания) и нехимические зависимости;
- аффективные и тревожные расстройства;
- конверсионные расстройства;
- патохарактерологическое развитие личности (эмоционально-неустойчивое, тревожное, ананкастное).

Особенности ПТСР при небоевом стрессе (Волошин В.М., 2005)

- На начальном этапе преобладает тревожный тип, соматоформный нехарактерен;
- Динамика характеризуется полиморфным (80%) течением, но с доминированием регрессиентного (80%) варианта динамики симптомов. Прогрессиентная динамика встречается реже (20%).

Последствия посттравматического стрессового расстройства:

- выздоравливают – 30%,
- остаются с незначительными нарушениями – 40%,
- остаются со значительными нарушениями – 20%,
- состояние не улучшается или ухудшается – 10%.

Психологическая помощь при посттравматическом стрессовом расстройстве

Психологическая помощь при посттравматическом стрессовом расстройстве включает переработку травмирующего события, его значения и последствий и направлена на снижение тревоги и восстановление чувства личностной целостности, контроля над происходящим. Она наиболее эффективна, если носит комплексный, интегративный характер. Её осуществлению нередко препятствует феномен стремления пострадавших уклониться от психологической помощи, что создает трудности в её осуществлении. Это объясняется следующими причинами:

1. Пострадавшие полагают, что должны справиться с переживаниями сами, «перестать вспоминать» о травматической ситуации.
2. Пострадавшие, переживающие чувство вины, считают, что должны принять свои страдания, не должны стремиться снизить их интенсивность.
3. Пострадавшие считают, что как на причину травмы, так и на её последствия повлиять нельзя.
4. Пострадавшие не понимают, что диссомнии, страхи и фобии представляют собой симптомы расстройства, поддающегося терапии.
5. Обращение пострадавшие к психологу или к психотерапевту нередко связано не с надеждой получить помощь, а обусловлено желанием получить подтверждение их права на материальную помощь.

Используемые методы психологической помощи, позволяющие преодолеть эти трудности, можно разделить на 4 категории (Ромек В.Г. с соавт., 2004):

1. *Образовательные.* Включают знакомство пострадавших с проявлениями последствий психической травмы, с их течением, путями улучшения состояния. Осознание того, что их проблемы не уникальны, что симптоматика является результатом обычной реакции нормального человека на чрезвычайную ситуацию, позволяет снизить интенсивность переживаний, замотивировать на получение психологической помощи.

2. *Холистические* (целостное отношение к здоровью). Восстановлению здоровья после травмы способствует здоровый образ жизни: соблюдение режима, физическая активность, правильное питание, отказ от употребления алкоголя, курения.
3. *Социальная поддержка*. Состояние пострадавших во многом зависит от поддержки в семье, со стороны общественных организаций, государства. К методам этой группы относятся семейная и групповая психотерапия.
4. *Собственно терапия*. Включает разнообразные формы работы, направленной на переработку проблемы и совладание с симптомами.

Цели психологической помощи при посттравматическом стрессовом расстройстве следующие:

- присоединение, преодоление сопротивления психологической интервенции, создание мотивации на получение психологической помощи;
- диагностика, выделение группы риска развития ПТСР, суицидальных тенденций;
- купирование психопатологической симптоматики с помощью симптомоцентрированного вмешательства;
- функциональное улучшение психического состояния пострадавшего (с ослаблением симптомов или без такового);
- влияние на патогенез посттравматического стрессового расстройства;
- коррекция нарушенного поведения (агрессия, склонность к аддикциям).

Наиболее часто встречаются следующие методы психологической и психотерапевтической помощи при посттравматическом стрессовом расстройстве:

1. Рациональная психотерапия (разъяснение причин и механизмов возникновения ПТСР)
2. Методы психической регуляции, направленной на снятие симптомов напряжения и тревоги (аутотренинг, релаксация, гипноз)

3. Методы когнитивно-поведенческой психотерапии – изменение негативных установок
4. Личностно-ориентированная психотерапия – коррекция изменившейся в связи с перенесенной травмой системы отношений пострадавшего к окружающему, к себе, отношения к отношению окружающих
5. Позитивная психотерапия, гештальт-терапия, основанные на формировании представлений о существовании способов и возможностей преодоления последствий психической травмы, обучение им.
6. Нарративная психотерапия, часто проводимая в виде отставленного дебрифинга.
7. Семейная психотерапия, суть которой в выработке всеми членами семьи единого понимания на психотравмирующую ситуацию, на её последствия и на работу с ними, в нормализации нарушенной травмирующим событием отношений в семье. Члены семьи, не являющиеся непосредственными участниками травмирующего события, как правило, нуждаются в психологической помощи, так как обнаруживают симптомы последствий вторичной травматизации, связанной с переживаниями за близкого человека.
8. Арт-терапия, включающая рисуночные техники, сочинения рассказов и сказок

В исследователей нет однозначного мнения об эффективности того или иного метода психологической помощи пострадавшим в экстремальных ситуациях. Большинство считают, что доказана высокая эффективность, так называемой *«вскрывающей терапии»*. Она представляет собой когнитивно-бихевиоральную технику, интегрирующую технику «наводнения», «тренинг реальной жизни», воображение и релаксацию. В её основе – представление о том, что продолжительная конфронтация с вызывающими тревогу стимулами, уменьшает интенсивность эмоции, а снижение уровня тревоги приводит к купированию симптомов, явившихся результатом переживания травматического опыта. Вначале работы с пострадавшим

обсуждают события, вызвавшие тревогу, проводится разработка их иерархии. Затем в состоянии релаксации ему предлагается в воображении воспроизводить стимулы, вызывающие тревогу, начиная со стимулов средней интенсивности.

Схожие механизмы используются при *систематической десенситизации*. В её основе лежит принцип реципрокного торможения: предполагается, что релаксация не совместима с тревожными реакциями. Вначале пострадавший обучается технике релаксации. Травмирующие события, вызывающие тревогу, обсуждаются с ним, выстраиваются по рангам от самого слабого до самого сильного. Далее ему предлагается ярко представить вызывающую тревогу ситуацию, но как только представление появляется, его прерывают релаксацией. После релаксации предлагается вновь представить себе тревожную ситуацию. Работа продолжается в течение нескольких сеансов до тех пор, пока пациент не сможет взаимодействовать без тревожных реакций со стимулами любой интенсивности.

Когнитивно-процессуальная терапия направлена на когнитивную переработку сути травматического события, на изменение проблемных когниций пострадавшего (прежде всего, самообвинения). Цель – преодолеть проблемные убеждения клиента, вызвать у него доверие, уверенность в себе, убедить его в безопасности, уважении, достоинстве, в отсутствии вины.

В рамках разработанной нами в Беслане модели оказания помощи жертвам террористического акта с выраженными проявлениями посттравматического стрессового расстройства (модель Добрякова-Никольской) детям *оставленный дебрифинг* проводился в *игровой форме*, с применением *сказочных метафор*. Эффективность этой работы значительно повысилась, когда в декабре 2005 использование *игры, сказки и метафор* было дополнено арт-терапевтическим *методом серийных рисунков и рассказов*. Метод серийных рисунков и рассказов предназначен для диагностики и коррекции внутреннего мира детей в возрасте от 6 до 12-13 лет (Никольская И.М., 2003). Разработанный первоначально в рамках создания технологии изучения психологической защиты у детей, он направлен на выявление их внутриличностных и межличностных конфликтов, психотравмирующих переживаний, психологических защитных механизмов и стратегий совладающего поведения (Никольская И.М., Грановская Р.М., 2000).

Наиболее частые ошибки при психологической помощи, которых следует избегать:

- избегание травматического материала;
- несвоевременная попытка проработки травматического опыта при отсутствии доверительного контакта, в условиях дефицита времени на работу;
- отсутствие преемственности в работе разных психологов с одним пострадавшим;
- игнорирование семейной ситуации пострадавшего, отношения членов семьи к психотравмирующей ситуации, их представлений о необходимости и форме психологической помощи;
- игнорирование особенностей национальных традиций и обычаев пострадавших, принадлежности их к определенному вероисповеданию;
- временная эвакуация пострадавших из мест проживания, с исключительной целью «отвлечь и оздоровить» с последующим возвращением в среду, где произошла психотравматизация, что чревато ухудшением состояния.
- разлучение пострадавших с членами их семей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аверьянов В.В. Психологическая травма как патогенный фактор развития личности // Психологическая безопасность, устойчивость, психотравма: сборник научных статей по материалам Первого Международного Форума (Санкт-Петербург, 5-7 июня 2006 года) / под общей редакцией И.А. Бaeвoй, Ш. Ионеску, Л.А. Регуш, С.А. Чернышёвой. – СПб.: ООО «Книжный Дом», 2006 – С. 135-136.
2. Гулямов М.Г. Психиатрия (лекции). – Душанбе: Маориф, 1993. – 464 с.
3. Дмитриева Т.В. Опыт использования методов групп-анализа для реабилитации специалистов, работавших с пострадавшими в Беслане. – СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа

4. Добряков И.В., Цагараева З.Я., Цуциева Ж.Ч. Психолого-медицинская коррекция в рамках комплексной реабилитации детей с посттравматическим синдромом // Сб. мат. *Международной научно-практ. конференции Социально-педагогические и психологические проблемы современного образования* под ред. проф. И.П. Шахова Пенза, 6-7.10.2005 года. – Пенза: ПГПУ им. В.Г. Белинского, 2005. – С. 77-81.
5. Добряков И.В., Никольская И.М. Опыт оказания психотерапевтической помощи семьям, пострадавшим в г. Беслане // *Дети Беслана: диагностика и реабилитация жертв террористического акта: сб. статей по проекту «Дети Беслана».* – СПб.: ИСПиП, 2006. – С. 112-126.
6. Добряков И.В., Никольская И.М. Особенности проведения семинаров-тренингов ЮНИСЕФ «Консультирование по травме» для психологов Чеченской Республики // *Ананьевские чтения–2009: Современная психология: методология, парадигмы, теория / Вып. II. Методологический анализ теорий, исследований и практики в различных областях психологии: Мат. научн. конф. 20-22.10.2009 г.* – СПб.: СПбГУ, 2009. – С. 367-368.
7. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с.
8. Павлова М.В. Экстренная психологическая помощь пострадавшим в результате террористического акта // *Психология и психопатология терроризма. Гуманистические стратегии антитеррора.* Сб. статей под ред. проф. М.М. Решетникова. – СПб.: ВЕИП, 2004. – С. 219-221.
9. Перре М. (Perrez M.), Лайрейтер А.-Р. (Laireiter A.-R.), Бауманн У. (Baumann U.). Глава 17. Стресс и копинг как факторы влияния // *Клиническая психология / под ред. М. Перре (Perrez M.), У. Бауманна (Baumann U.).* – СПб.: Питер, 2002. – С. 358-392.
10. Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович В.И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – СПб.: Речь, 2004. – 256 с.
11. Плотникова Е.М. Организация экстренной психологической помощи в зоне чрезвычайной ситуации. Клиническая психология. Итоги. Проблемы. Перспективы. // Сб. материалов Всероссий-

- ской конференции. АОУ «Ленинградский государственный университет им. А.С. Пушкина». – СПб.: Айсинг, 2010. – С. 421-424.
12. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства под ред. Э.Б. Фoa, М.Т. Кина, М.Дж. Фрийдмана (Е.В. Foa, Т.М. Keane, М.Ј. Friedman, 2000). – М.: «Когито-Центр», 2005. – 467 с.
 13. Baumann U., Laireiter A.-R. Individualdiagnostik interpersonalen Beziehungen. // In K. Pavlik & M. Amelang (Hrsg.) Enzyklopadie der Psychologie: Grundlagen und Methoden der Differentiellen Psychologie. – Gottingen: Hogrefe, 1995. – Band. 1, S. 609 –643.
 14. Dobryakov I.V., Nikolskaia I.M. Model of Rehabilitation of PTSD Patients In Beslan // Journal of Czech and Slovak Psychiatry. – Prague, 2008. – Section OC-27. WPA, – Supplementum 2, Volume 104. – P. 739.
 15. Filipp S.H. (Hrsg.) Kritische Lebensereignisse. – Weinheim: Belts Psychologie Verlags Union, 1990, (2. Aufl.). – S. 92-103.
 16. Freddy J.R., Donkervoet J.C. (1995) Traumatic stress: An overview of the field. – In Freddy J.R. & Hobfoll S.E. (Eds.), Traumatic stress. From theory to practice (pp. 3- 28). New York: Plenum.
 17. Kanner A.D., Coyne J.C., Schaefer C., Lasarus R.S. (1981) Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassels and uplifts versus major life events. – Journal of Behavioral Medicine, 4, 1-39.

Надуманное (*factitious*) поведение в чрезвычайных и кризисных ситуациях

Назим Агазаде.

Перевод Елены Молчановой.

История вопроса

Проблема надуманного поведения³ изучалась в первую очередь в сфере экстренной медицины (Fliege и др., 2002, Йейтс и др., 1996), а не в контексте кризисных ситуаций. Соответственно, многочисленные

3 В русском варианте МКБ-10 термин “factitious” переведен как «поддельное». Мы предпочитаем использовать термин «надуманное», так как, по нашему мнению, он лучше отражает сущность феномена. (Прим. Е. Молчановой).

исследования, посвященные этой проблеме, были проведены именно в клинических условиях. При описании различных форм надуманного поведения, внимание уделялось симптомам, а также лежащим в их основе или сопровождающим их психическим расстройствам. Доклинические формы надуманного поведения до последнего времени оставались вне сферы профессионального внимания. Неудивительно, что специалисты в области психического здоровья или консультанты не фиксировали эти случаи во время работы в условиях ЧС.

В соответствии с нашим практическим опытом, формы надуманного поведения в чрезвычайных и кризисных ситуациях наблюдаются на доклиническом уровне как отклонения в пределах нормального диапазона поведенческих реакций, и в классическом клиническом варианте, который описан как *надуманное (поддельное) расстройство*. Определение надуманного (поддельного) расстройства представлено в МКБ-10 следующим образом: *«F68.1 Преднамеренное предъявление или симулирование симптомов или ограниченных способностей, физического или психологического характера [надуманное расстройство] - пациент симулирует симптомы неоднократно без всякой видимой причины и может даже нанести себе членовредительство с целью приобретения симптомов или признаков. Мотивация неясна и, предположительно, служит внутреннему принятию роли больного. Расстройство часто сочетается с выраженными расстройствами личности и взаимоотношений с другими людьми.*

Включаются:

Синдром завсегдатая больницы,

Синдром Мюнхгаузена,

Синдром блуждающего пациента”

Разница между надуманным (поддельным) расстройством и симуляцией состоит в том, что первое осуществляется бессознательно, без каких-либо четких намерений, а второе преследует очевидную цель быть признанным в качестве либо больного, либо недееспособного, и, тем самым, получить какие-либо экономические выгоды, избежать юридических проблем, уклониться от военной службы и т.д. (Elwyn, 2011; Kay & Tasman, 2006; Marc, 2004; *DSM-IV-TR*, 2000; Asher, 1951). При надуманном расстройстве индивид изображает страдания, чтобы получить в первую очередь эмоциональную заботу

и внимание, сопровождающие роль больного.

В отличие от надуманного расстройства, которое является клиническим диагнозом, надуманное поведение на доклиническом уровне представляется способом стрессового реагирования здорового человека. Надуманное поведение гораздо менее очевидно, чем надуманное расстройство, поэтому оно не всегда диагностируется психиатрами или социальными работниками даже в тех случаях, когда его признаки проявляются достаточно часто. В этой главе надуманное поведение используется как синоним *доклинической формы* надуманного (поддельного) поведения.

Формы надуманного поведения можно наблюдать на нескольких уровнях:

- **Индивидуальный**, когда затрагиваемые лица индивидуально проявляют различные формы надуманного поведения;
- **Уровень малых групп**, который характеризуется тем, что надуманное поведение демонстрирует семья, команда или небольшая организованная группа (например, близкие соседи);
- **Уровень организации или сообщества**, когда подобное поведение демонстрируется более широкой группой, такой как организация или часть сообщества. Этот тип встречается довольно редко (см. пример ниже)

Кроме того, надуманное поведение можно разделить по вектору проявления на:

- **прямые формы** с прямым описанием предполагаемой проблемы индивидуумом или группой (напоминает надуманное расстройство)
- **обратные формы** с противоположной тенденцией сокрытия любых проблем; это поведение встречается значительно реже,
- **по-доверенности или делегированное**, когда индивиды неуполномоченно представляют ложные проблемы от имени других людей или организованных групп (подробная

информация представлена ниже).

- **смешанные формы** (обратные и делегированные) выражаются через сочетание обратного надуманного и делегированного поведения, когда люди, члены семьи или команды прилагают усилия, чтобы скрыть признаки стресса тех, представителями которых они являются (пример приведен ниже).

Проявление надуманного поведения в кризисных и чрезвычайных ситуациях

Проявления прямого надуманного поведения

Общие проявления прямого надуманного поведения в чрезвычайных ситуациях включают демонстрацию признаков стресса, преувеличение существующих признаков стресса, приписывание ранее наблюдавшихся проблем со здоровьем влиянию чрезвычайной ситуации, изображение выздоровления после болезни или восстановления после действия сильного стрессора, усугубление дезадаптивных копинг-механизмов и предъявление либо сотрудничества в лечении, либо его отсутствия. Детали приведены ниже (перечень не является исчерпывающим):

Ø Изображение признаков стресса. Внешне многие из таких случаев могут выглядеть как симуляция. Как отмечалось выше, такое поведение не является сознательным. Другим важным признаком является то, что в отличие от симуляции или надуманного расстройства, клиенты обычно не получают вторичной выгоды от подобного притворства. Изображение пострадавшими признаков стресса и/ли ограниченной способности функционировать вызвано чрезвычайной ситуацией.

Случай из практики:

Нина, одна из выживших после цунами в Индонезии, была крайне травмирована событием. Испытывая очевидные признаки травматического стресса, она посетила несколько сессий консультанта по стрессу - женщины, работавшей в ее организации. Кон-

сультант наблюдала постепенные, но явные признаки улучшения состояния Нины. В тот момент, когда консультативная работа должна была быть уже завершена, клиентка начала упорно жаловаться на снижение работоспособности и просить о продолжении проведения вмешательств. Нина описывала свое состояние противоречиво и непоследовательно, что, естественно, настораживало консультанта. Примерно в то же время консультант работала с непосредственным руководителем Нины, от которого она случайно (не нарушая конфиденциальности), узнала, что подразделение работало хорошо, и никто из сотрудников не имел никаких проблем с производительностью.

Таким образом, несмотря на явное улучшение, сотрудница изображала затяжную стрессовую реакцию и якобы сниженную работоспособность. Интересно, что Нина не получала никакой материальной выгоды от предъявленных жалоб. Наиболее разумное объяснение этому поведению, вероятно, связано с готовностью пострадавшей поддерживать роль клиента, ее психологической зависимостью от консультирования и от самого консультанта, что вылилось в настойчивое желание продолжить сессии.

Амплификация существующих признаков стресса. У индивида в дистрессе могут усиливаться реальные соматические и другие признаки стресса. Стрессовая реакция с ипохондризацией в чрезвычайных и кризисных ситуациях встречается довольно часто. Такие люди изначально получают медицинские услуги, но совсем скоро оказываются у психотерапевта. Характер их соматических жалоб уходит своими корнями в глубокую реакцию на стресс. Тем не менее, люди с надуманным поведением усиливают свои жалобы как по интенсивности, так и по продолжительности.

Случай из практики

В связи с ухудшением ситуации с безопасностью в Ираке, сотрудники международной организации были срочно эвакуированы из страны. Алекс был одним из нескольких международных сотруд-

ников, травмированных совокупностью факторов, таких как длительная небезопасная ситуация в стране, необходимость срочной эвакуации, и, как следствие, потеря работы. Через две недели после эвакуации и урегулирования административных вопросов, он вернулся в родную страну, попытался восстановиться после пережитого стресса, проводя большую часть времени с женой и двумя детьми. Тем не менее, у Алекса появился ряд соматических жалоб, и он решил посетить врача. После результатов медицинского освидетельствования стало ясно, что у него не было реальных соматических проблем. Учитывая особенности личностной истории Алекса и данные дополнительных осмотров, он был направлен на психологическое консультирование. Психолог определил жалобы Алекса в качестве признаков кумулятивного стресса. Уже после первых консультаций Алекс почувствовал значительное улучшение. Большинство признаков недомогания, такие как головная боль, слабость, головокружение, потливость, тремор, повышенное сердцебиение, крайняя усталость, тревога, плохое настроение, трудности с концентрацией внимания, проблемы с памятью и сложности с принятием решений смягчились, а некоторые признаки исчезли. Алекс подтвердил, что вмешательство оказало положительное влияние, но заявил также, что он все еще не мог нормально спать, испытывал колебания настроения и головные боли, а также не мог нормально общаться как с членами своей семьи, так и с другими людьми. Во время совместной сессии с Алексом и его женой, консультант понял, что клиент на самом деле несколько преувеличивает. По словам жены Алекса, у него не было трудностей во взаимодействии с членами семьи и друзьями, он хорошо спал, оставался работоспособным и активным. Эпизодические головные боли и некоторая импульсивность отмечались у Алекса и в прошлом. Тем не менее, клиент настаивал на продолжении консультирования, считая, что получил от консультанта недостаточную поддержку.

Данный случай наглядно демонстрирует активное принятие роли проблемного клиента. Признаки предыдущей реакции на стресс сохранились, но предъявлялись Алексом в несколько преувеличенном виде. Алекс использовал адаптивные копинг-стратегии

и посещал консультанта, однако не был готов прекратить лечение, напротив, настаивал на его продолжении. Ипохондрическое отношение клиента, несомненно, способствовало аггравированию признаков перенесенной травмы. Важно отметить, что и в этом случае не было явного феномена вторичной выгоды. Вероятно для Алекса было гораздо легче принять роль проблемного клиента, чем безработного неудачника.

Ø Определение ранее отмечавшихся проблем как результата влияния чрезвычайной ситуации, даже если проблемы были выявлены и зарегистрированы до того, как произошло травмирующее событие.

Случай из практики

Р.К. регулярно посещал медицинское учреждение по поводу сердечной патологии. Он настаивал и искренне верил, что все его жалобы на боли в области сердца были связаны с недавно произошедшим землетрясением в стране. Его врач очень удивился, поговорив с членами семьи пациента, которые сообщили ему, что Р.К. страдал заболеванием сердца в течение многих лет задолго до землетрясения. После сессии с консультантом, который не обнаружил признаков психического расстройства, но выявил ряд очевидных признаков кумулятивного стресса, клиент признался, что его расстройство проявилось задолго до землетрясения, но настаивал, что землетрясение значительно ухудшило его общее состояние в целом и проблемы с сердцем в частности.

Таким образом, даже при том, что кардиологический пациент не имел явной вторичной выгоды в данном случае, приписывание ответственности за возникновение и развитие своего (сердечного) заболевания землетрясению, восстанавливало способность контролировать свое тело, подкрепляло внешний локус контроля и превращало мир в более понятный,

Ø **Притворное восстановление от болезни или дистресса. Та-**

кое поведение характеризуется изображением улучшения состояния или восстановления после травмирующего события. В медицинской практике притворное восстановление от алкогольной зависимости часто наблюдается среди пациентов наркологических центров. В чрезвычайных обстоятельствах некоторые индивиды, команды и даже учреждения могут делать вид, что они полностью преодолели травматическую реакцию на стресс. Пример ниже иллюстрирует надуманное поведение, отмеченное на уровне учреждения.

Случай из практики

Теракт в Восточной Африке убил несколько человек - служащих крупной международной бизнес-компании. Трагическое событие потрясло персонал. В целях обеспечения профессиональной консультативной поддержки для нескольких тысяч сотрудников, топ-менеджеры головного офиса пригласили консультанта. Вскоре по прибытии в страну, консультант обнаружила глубокое травматическое воздействие событий на подавляющее большинство сотрудников. Она отметила также использование, в основном, адаптивных копинг-стратегий, таких как взаимной эмоциональной поддержки, повышенного чувства солидарности, преданности работе, поддержание сильного командного духа, стремление менеджеров к удовлетворению потребностей своего персонала и т.д.

Несколько недель спустя консультант отметила чрезмерно оживленное поведение среди большинства сотрудников. Хотя изначально во время консультирования сотрудники признали травматическое воздействие, позже те же сотрудники заявили, что они уже преодолели травму, и им было бы намного лучше без консультирования. На основе всестороннего наблюдения за поведением сотрудников, консультант пришла к выводу, что оживленное настроение персонала было скорее искусственным, и их гиперактивность отражала беспокойство и волнение в связи с сократившейся производительностью труда. Она отметила также давление со стороны некоторых руководителей организации, которые поощряли выражение исключительно положительных эмоций. Некоторые позволяли себе саркастические комментарии в адрес «унылого настроения других» или неестественно смеялись над плоскими шут-

ками. Консультант пришла к выводу, что сотрудники как группа бессознательно пытаются скрыть травматические переживания и продемонстрировать быстрое восстановление от трагического инцидента.

Данный случай можно квалифицировать как надуманное поведение на уровне большой группы. Сотрудники организации пытались доказать себе и другим, что они уже справились с трагическим событием. Даже если изначально они использовали адаптивные копинг-стратегии, такие как усиление солидарности, взаимной поддержки и преданность работе, которые обычно помогают людям преодолеть травму, позже эти стратегии были заменены инконгруэнтным поведением, таким как искусственное повышение настроения, мотивированное давлением со стороны коллег, шумное и беспокойное поведение с ложным восприятием повышенной работоспособности. Это состояние близко к тому, что определяется термином «маниакальная защита» (Klein, 1935). Персонал изображал адаптивное поведение, утверждая, что «у всех отличное настроение», служащие демонстрировали ложную эффективность своей работы, избегая проявления негативных эмоций, предпринимая все возможные усилия для маскировки травматической реакции эйфорией или гипоманией. Это, видимо, произошло из-за давления со стороны коллег, культурного влияния, и, вероятно, в связи с неосознанным глубоким страхом сотрудников потерять свои рабочие места в том случае, если компания решит закрыть производство в стране. Следует отметить, что в ситуации, когда рабочие места находятся под угрозой, организационное отрицание и минимизация воздействия события вполне способны сыграть определенную роль в содействии изображения выздоровления от травмирующего состояния или даже болезни.

Надуманность или усугубление дезадаптивных копинг-механизмов. Эта модель является довольно редкой по сравнению с другими видами и характеризуется скорее жалобами на дезадаптивные копинг-механизмы, чем демонстрацией любых признаков стресса.

Случай из практики

Елена, молодой сотрудник государственной компании, прожила большую часть своей жизни в небольшом городе на Кавказе. После завершения продолжительных военных действий в этом регионе, она решила посетить местного консультанта и описала многочисленные жалобы, которые были квалифицированы специалистом в качестве признаков травматического стресса. В результате консультирования состояние Елены постепенно улучшалось. Елена жаловалась на трудности с социальной адаптацией, на изоляцию от близких людей и родственников, трудоголическое поведение, избегание социальных событий, отсутствие физической нагрузки и т.д. Все это расценивалось консультантом как дезадаптивные копинг-стратегии, и работа проводилась в соответствии с выделенными мишенями коррекции.

Сессии продолжились еще несколько недель. Однако, живя в том же маленьком городке, что и Елена, консультант несколько раз наблюдала, как ее клиентка совершала пробежки. Не нарушая принципа конфиденциальности, она также узнала от коллег Елены, что та оставалась в офисе вне рабочего времени только несколько раз, но никак не регулярно. Кроме того, консультант неоднократно замечала Елену на свадьбах и других социальных мероприятиях. Ее первоначальным предположением было то, что Елена симулировала болезнь, но, с другой стороны, клиентка не получала никакой видимой вторичной выгоды. Обсудив эту тему с Еленой во время сессии, консультант поняла, что Елена действительно верила в ее якобы существующие проблемы с адаптацией. Консультант пришла к выводу, что Елена, несмотря на отсутствие явных признаков стресса, стала зависимой от процесса консультирования. После этого общая стратегия вмешательства была изменена, акцент был сделан на восстановление независимого функционирования клиентки.

Клиентка действительно испытывала признаки травматического стресса в течение длительного периода времени. Благодаря вмешательствам консультанта, ее состояние улучшилось. Тем не менее, пострадавшая начала преувеличивать свои проблемы с адаптацией,

что может быть квалифицировано как форма надуманного поведения с псевдо-неэффективными механизмами борьбы со стрессом. Наиболее разумным объяснением подделывания проблем с адаптацией представляется сформированная психологическая зависимость клиентки от процесса консультирования и от консультанта.

Ø Симуляция приверженности (комплаенса) или отсутствия приверженности лечению. Пострадавшие лица иногда симулируют приверженность профессиональным рекомендациям, несмотря на ее отсутствие и наоборот. В отличие от притворства, они действительно верят в то, что всячески сотрудничают с врачом или консультантом. В редких случаях отдельные лица симулируют отсутствие приверженности.

Случай, приведенный ниже, иллюстрирует симуляцию сотрудничества (комплаенса) рабочим, у которого отмечались признаки кумулятивного стресса.

Случай из практики:

Руководитель международного линейного подразделения средних лет возглавлял мероприятия по устранению чрезвычайной ситуации, вызванной землетрясениями и цунами в Индонезии. Вскоре после завершения первой стадии устранения чрезвычайной ситуации, он начал испытывать признаки травматического стресса: «раскалывающую» головную боль, чрезмерную усталость, беспокойство, эпизоды тревоги, трудности с концентрацией внимания, проблемы с памятью, навязчивые образы многочисленных жертв цунами, постоянные мысли о катастрофе, социальную изоляцию, невозможность абстрагироваться. Руководитель посетил местного психотерапевта, который поставил диагноз острого стрессового расстройства и рекомендовал консультативное вмешательство, а также обучил клиента приемам самопомощи, указал на необходимость соблюдения режима труда и отдыха, проведение больше времени с членами семьи, общение с друзьями, посоветовал избегать трудоголизма и социальной изоляции. Первоначально клиент действительно стал использовать некоторые из этих стратегий, но через месяц вернулся к прежним дезадаптив-

ным копингам. Тем не менее, в течение последующих сессий он никогда не говорил психотерапевту, что он не следует рекомендациям, напротив, рассказывал об их выполнении. Многие из признаков травматического стресса, несмотря на прохождение терапии, сохранились. Год спустя, после углубленного ретроспективного анализа во время сессии с международным консультантом, пациент, рассказывая о своей обычной рутине, смог осознать, что, искренне веря в свой коплайенс с терапевтом, он на самом деле не придерживался ни одной из полученных рекомендаций.

Клиент неосознанно дезинформировал своего врача, он действительно верил в свою полную приверженность лечению и сотрудничеству. Неправильное восприятие собственного поведения произошло, вероятно, из-за защитных механизмов отрицания и вытеснения.

Проявления обратного надуманного поведения

Обратное надуманное поведение во время кризисных и чрезвычайных ситуаций характеризуется сокрытием пережитого стресса и симптомов. Важно подчеркнуть, что подобное поведение отличается от притворства. Притворство осуществляется сознательно с четкими намерениями сокрытия каких-либо проблем со здоровьем для собственной выгоды. Обратное надуманное поведение наблюдается на доклиническом уровне и представляет собой модель, связанную скорее с ответом пострадавшего на стресс, чем с каким-либо психическим расстройством.

Механизмы формирования обратного надуманного поведения, как правило, имеют корни в защитных механизмах отрицания и вытеснения. Лица, принимающие решения, руководители сообществ и руководителей среднего звена порой используют давление на персонал с целью изображения благополучной ситуации, не соответствующей реальной картине.

Случай из практики

Следующий пример отражает обратное надуманное поведение, которое проявила команда спасателей в ответ на авиакатастрофу в

Юго-Восточной Азии.

Команда из пяти человек должна была поехать на место трагедии собрать останки своих коллег, а также некоторое оборудование с места аварии. Потребовалось три дня, на выполнение задания, включая путь до места и обратно, сбор останков и подготовку отчета. После завершения задания, их административный супервайзер настоял на том, чтобы вся команда во главе с их лидером встретилась с приглашенным консультантом – международным экспертом в сфере психического здоровья.

Команда неохотно встретила это требование. Тем не менее, во время консультирования все члены команды охотно делились своим личным опытом, речь звучала эмоционально, люди выглядели оживленными и неестественно веселыми. Не дожидаясь соответствующих вопросов консультанта, они активно отрицали наличие любого пережитого стресса или напряженности в связи с инцидентом. Более того, пытались придать обыденность произошедшему. «Это не первый инцидент, и мы привыкли к таким событиям», «это просто наша работа», «у нас не должно быть проблем с тем, что мы видели части тел», «кто-то другой, возможно, был бы травмирован, но не мы». Несмотря на усилия команды принизить и сделать обыденным трагический инцидент, они попросили продлить время консультирования. К концу сессий люди стали спокойнее, более естественно, чем прежде, выражали свои эмоции, исчезли циничные комментарии и саркастические замечания в адрес «слабаков, испытывающих стресс».

Таким образом, команда пыталась не только минимизировать, но и полностью отрицать любую стрессовую реакцию. Было очевидно, что скрывающее поведение команды было непреднамеренным, непритворным. Надуманное поведение в этом случае может быть связано с защитными механизмами отрицания и репрессии, а также с механизмами группового давления.

Надуманное поведение по доверенности (делегированное)

Когда члены семьи или команды описывают посторонним лицам предполагаемые проблемы со здоровьем или признаки стресса от имени остальных близких или коллег, можно говорить о надуманном поведении по доверенности. Надуманное (поддельное) поведе-

ние по доверенности может наблюдаться у руководителей организаций, членов правительства и лидеров сообществ.

В отличие от клинических случаев, известных как синдром Мюнхаузена по доверенности (*DSM-IV-TR*, 2000; Meadow & Lennert, 1984; Meadow, 1977), представленные описания вызваны скорее стрессовой ситуацией, не личностными проблемами клиентов, и они не имеют под собой намерений причинить какой-либо вред членам общины или сотрудникам организации. В исключительных случаях моббинга, члены команды или сообщества могут поверить, что человек, которого они притесняют, действительно предьявляет деструктивные тенденции. Рассказывая о «проблемном» индивидууме другим, члены группы могут ложно предьявлять признаки психического расстройства у преследуемого ими лица (обычно расстройства личности). В этих случаях стоит проводить дифференциальную диагностику с намеренным оскорбляющим, унижающим поведением и сознательной клеветой.

Приведенный случай иллюстрирует надуманное поведение по доверенности у главы офиса.

Случай из практики:

Местное представительство международной организации, расквартированное в Центральной Азии, готовилось к визиту аудиторов из головного офиса. За месяц до запланированного визита в стране произошло крупномасштабное землетрясение. Никто из офиса не пострадал, здание не было повреждено, однако руководитель представительства направил срочный запрос аудиторам, содержащий просьбу отложить проверку на несколько месяцев. Глава местного представительства обосновал просьбу шоковым состоянием страны в целом и своих сотрудников в частности. Были заключены контракты с двумя психологами-консультантами, и директор офиса лично прошел несколько сессий. По мнению консультантов, как сотрудники, так и директор были способны выполнять свои обязанности и не предьявляли признаков тяжелого стресса.

Таким образом, директор офиса преувеличил интенсивность

стресса у своих сотрудников. Механизмы драматизации весьма часто встречаются у лиц, переживающих ЧС. Интересно, что офис был великолепно подготовлен к аудиту, и директор местного представительства ничего не выиграл от отсрочки проверки. Напротив, отсроченная проверка потребовала больших ресурсов, при том, что работа местного представительства была оценена очень высоко. С другой стороны, одним из факторов, спровоцировавших надуманное поведение, могло стать тревожное ожидание потенциальной неудачи у руководителя, несмотря на отличную работу сотрудников.

Признаки обратного делегированного (смешанного) надуманного поведения

По нашим наблюдениям, в чрезвычайных ситуациях, может отмечаться микст обратного и делегированного надуманного поведения. Как правило, члены семьи скрывают признаки стресса своих близких, а члены команды маскируют различные признаки стресса у коллег, рационализируя их особенности поведения. В организациях и сообществах происходит то же самое. Механизмы, как правило, связаны с отрицанием и вытеснением.

Пример из практики:

Крах специализированного чартерного самолета унес жизни нескольких сотрудников крупной международной организации в Южной Азии. Трагический инцидент шокировал большинство персонала. В соответствии с решением старших руководителей в главном офисе, местному офису настоятельно рекомендовалось создать комфортную обстановку для персонала и снизить требования к сотрудникам. Кроме того, главный офис решил переместить одного из своих ведущих консультантов в потерпевшую страну с тем, чтобы обеспечить оказание психосоциальных услуг всем пострадавшим.

По прибытии в страну консультант встретился с директором офиса и двумя его заместителями. Директор заявил, что практически все сотрудники, включая его самого, были в хорошем состоянии, и что они не нуждаются в психологической помощи. Консультант, тем не менее, отметил, что директор и один из его заместителей предъявляли явные признаки стресса - повышали голос, были грубы с подчиненными, был заметен тремор рук. После указания консуль-

танта на явные признаки стресса у директора и его первых заместителей, руководитель местного представительства крайне неохотно согласился на проведение нескольких психологических консультаций.

Консультант провел экспресс-оценку, а также консультативные сессии с сотрудниками. Он мог видеть, что инцидент серьезно повлиял на большинство из них. Многие были травмированы до такой степени, что не были в состоянии выполнять обычную работу.

Через несколько дней, консультант представил трем старшим менеджерам результаты оценки с рекомендациями. Среди других предложений, он рекомендовал организовать двусторонние обсуждения с сотрудниками, обеспечить кратковременный отпуск для сотрудников, проводить общие встречи, а также пригласить местного консультанта, желательно женщину для помощи пострадавшим сотрудницам.

Директор и его заместители весьма эмоционально не согласились с выводами консультанта и настаивали на том, что по-настоящему травмированы были лишь немногие сотрудники, а большинство персонала находится в хорошей форме и готовы работать без отпусков. После того, как консультант покинул страну, руководители не предприняли никаких мер по удовлетворению психологических потребностей травмированных сотрудников.

Таким образом, топ-менеджеры изначально отрицали существование любых психологических проблем в их организации. Даже тогда, когда психотерапевт представил доказательства, директор и его заместители продолжали отрицать очевидное. Такое поведение следует рассматривать как обратное надуманное поведение по доверенности, а не делегированное притворство. Прежде всего, не было выявлено никаких механизмов получения выгоды, поскольку деятельность отделений данной организации не должна была проходить проверку. Кроме того, поведение менеджеров не казалось намеренным. Наиболее вероятной причиной такого поведения является ответ на травмирующий инцидент в сопровождении защитных механизмов отрицания и репрессии. Дополнительным фактором, вероятно, является тенденция директора и его заместителей ассоциировать себя со своими работниками. Возможно также, что директор и его заместители выразили таким образом свое негативное отношение к

психиатрам и консультированию в целом.

Таким образом, надуманное (поддельное) поведение встречается не только на клиническом, но и на доклиническом уровне в качестве составляющей ответа на травматический и кумулятивный стресс во время чрезвычайных ситуаций и кризисов. Во всех вышеупомянутых случаях, пострадавшие лица и группы людей, которые проявили признаки стрессовой реакции, не были диагностированы как пациенты с психическими расстройствами.

Причины надуманного поведения

Так же, как с надуманными расстройствами, причины надуманного поведения, как правило, связаны со следующими факторами (перечень не является исчерпывающим):

- травматическая или кумулятивная стрессовая реакция, иногда осложнившаяся дополнительными стрессорами;
- функционирование механизмов психологической защиты (например, отрицание, репрессия, вытеснение);
- психологическая зависимость клиентов от консультирования и / или психотерапевта;
- желание поддерживать роль клиента;
- потребность в дополнительном внимании окружающих;
- повышение чувства собственной значимости через проявление коплайенса;
- чувство эмоциональной уязвимости и небезопасности;
- аутоагрессивные тенденции;
- возможное влияние определенных особенностей личности, не достигающих уровня личностного расстройства;
- демонстрация власти над другими при помощи предъявления жалоб, в том числе надуманного делегированного поведения;
- Сопротивление психологическому и психотерапевтическому вмешательству.

Вмешательства

Рекомендуемые вмешательства могут включать следующие стратегии:

- Тщательное наблюдение, если надуманное поведение не вызывает никаких проблем для индивида или групп.
- Предоставление кратких сессий консультирования и / или психологической поддержки близких людей (члены семьи или члены команды) может быть достаточным для тех случаев, когда поведение вызывает незначительные проблемы для человека и окружающих.
- Обеспечение повторных сеансов консультирования с эмоциональной поддержкой и, возможно, когнитивное реструктурирование в тех случаях, когда формы поведения могут привести к нарушениям адаптации. Стратегия вмешательств, по возможности, должна быть направлена на устранение причин надуманного поведения.
- Направление в психиатрические учреждения может стать необходимым в тех случаях, когда надуманное поведение превращается в надуманное (поддельное) расстройство.

Заключение

В соответствии с практическим опытом, доклинические формы надуманного поведения можно наблюдать у лиц, перенесших чрезвычайные и кризисные ситуации. В то время как надуманные расстройства отмечаются у пациентов с психическими расстройствами, надуманное поведение гораздо менее очевидно для консультантов и врачей-клиницистов. Оно редко диагностируется, а психиатры уделяют ему недостаточно внимания. Кроме того, огромный объем работы во время кризисов и/ли чрезвычайных ситуаций, необычные проявления признаков надуманного поведения, отсутствие соответствующих средств идентификации и отсутствие необходимого опыта в этой области существенно затрудняют процесс выявления надуманного поведения у пострадавших

Психиатры вводятся в заблуждение руководителями организаций, которые реагируют на надуманное поведение своих сотруд-

ников фрустрацией, называя их хроническими жалобщиками, не соответствующими занимаемым должностям. Соответственно, эти индивиды испытывают разочарование, гнев и чувство унижения, что может привести к отказу от любой помощи.

Проявления надуманного поведения (так же, как симптомы надуманного расстройства) можно рассматривать в качестве механизма психологической защиты пострадавших от чрезвычайных ситуаций. Своевременное вмешательство с последующим консультированием, направленным на основные причины, должно проводиться непрерывно, в атмосфере безопасности и эмоциональной поддержки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Asher, R. (1951). Munchausen's syndrome. *The Lancet*, 1 (6650): 339–41.
2. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2000). 4th edition, text revised. Washington, DC: American Psychiatric Association.
3. Elwyn, Todd S. (2011). "Factitious Disorder: eMedicine Psychiatry". emedicine.medscape.com. Retrieved 2011-08-23.
4. Feldman, Marc D. (2004). *Playing Sick? Untangling the Web of Munchausen Syndrome, Munchausen by Proxy, Malingering and Factitious Disorder*. Brunner-Routledge. p. 288. ISBN -415-94934-3.
5. Fliege H., Scholler G., Rose M., Willenberg. H, Klapp. BF. (2002). Factitious disorder and pathological self-harm in a hospital population: an interdisciplinary challenge. *Gen Hosp Psychiatry*. 2002;24(3):164-171.
6. Kay, Jerald, and Tasman, Allan (2006). *Essentials of psychiatry*. John Wiley & Sons, Ltd. p. 680. ISBN 0-470-01854-2. Reference for the three types as described 20 January 2013.
7. Klein, Melanie (1984). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. R. Money-Kyrle (Ed.) *The writings of Melanie Klein* (Vol. 1, pp. 262-89). New York: The Free Press. (Original work published 1935).
8. Meadow R., Lennert T. (1984). Munchausen syndrome by proxy or Polle syndrome: which term is correct? *PEDIATRICS* 74 (4): 554–55.

9. Meadow R. (1977) Munchausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse. *Lancet*. 1977;2(8033):343-345
10. *Medical-Legal Survival: A Risk Management Guide for Physicians* (2007) Oak Brook, IL: University Health System Consortium.
11. Yates B.D., Nordquist C.R., Schultz-Ross R.A. (1996). Feigned psychiatric symptoms in the emergency room. *Psychiatr Serv.*;47(9):998-1000

Острые и посттравматические стрессовые расстройства в детском возрасте

Добряков И.В.

В современном мире ребенок, подросток часто попадает в психотравмирующие ситуации. Это может касаться только его лично, происходить дома в семье, в детском саду, в школе, в лагере отдыха, в больнице, в санатории, на улице. Еще чаще ребенок становится не участником, а всего лишь невольным свидетелем событий, происходящих с другими людьми и не касающихся его непосредственно. Информация, полученная путем наблюдений подобных событий воочию, или из рассказов знакомых, или с помощью доступных средств массовой информации, вызывает переживания, также травмирующие психику.

Ребенок может оказаться в психотравмирующей кризисной ситуации, во время которой пострадавшими одновременно становится много людей. Конец прошлого и начало этого века характеризуются ростом количества именно таких ситуаций. Изучение их последствий для детской психики сталкивается с большими трудностями. Прежде всего, это связано с тем, что взрослые, стремясь оградить пережившего психотравму ребенка от тяжелых воспоминаний, препятствуют его обследованию, как правило, не отдают себе отчета в том, что дети нуждаются в психологической помощи. Замечание N. Garmezy о том, что работ на эту тему крайне мало, остаётся актуальным, несмотря на то, что было сделано в 1986 году [7; 27]. В числе прочего это связано с результатами некоторых исследований, предпринятых в конце про-

шлого века. Их анализ показал, что последствия психических травм у детей не так серьёзны, как предполагалось, а раз это так, значит, они не заслуживают глубокого изучения. При этом все отмечали у пострадавших детей в той или иной мере выраженную регрессивную симптоматику (стремление к возвращению диадных отношений, утрата навыков опрятности), а также повышенный уровень тревоги, эмоциональную ранимость (сенсбилизация), различные формы диссомний, нарушения социального функционирования и пр. Однако, считалось, что эта симптоматика не имеет большого клинического значения, так как быстро и без последствий спонтанно проходит и серьёзного вреда психическому здоровью детей не наносит [34]. На этом основании был сделан вывод, что необходимости создания специальной диагностической категории для стрессовых реакций у детей по типу посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у взрослых нет [27; 35]. В результате при создании Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10), тема острых и посттравматических стрессовых расстройств у детей и подростков была просто проигнорирована [13]. Однако, несколько позднее, появились работы, авторы которых критиковали это. Они указывали, что зачастую выводы о незначительности последствий психических травм были сделаны на основании результатов психологического тестирования детей, перенесших ситуации, не всегда имевшие признаки психотравмирующих, так как непосредственной угрозы здоровью и жизни ребенка и его близким не представляли. Когда же ситуация имела такие признаки (присутствие при убийствах, изнасилованиях), связь между степенью вовлеченности ребенка в трагические события и последствий их для его психики была достоверно установлена путем структурированного интервью. Кроме того, ставилась под сомнение чувствительность и адекватность используемых психологических инструментов, а значит, несмотря на проведенную статистическую обработку данных, также возникали сомнения в правомерности выводов [38]. Например, часто используемый *опросник поведенческих проблем Quay & Peterson* заполнялся родителями и учителями, которые, как правило, недооценивали тяжести стрессовых реакций у детей, так как не замечали целого ряда важных симптомов, выявленных при проведении с теми же детьми клинической беседы [38]. В других исследованиях часто применялась *шкала Rutter*, предназначенная для скрининговой оценки поведения ребен-

ка в обычной ситуации, не учитывающая специфики экстремальной. Кроме того, при анализе полученных с её помощью результатов не учитывалось распределение шкальных оценок, внимание уделялось только корреляционным связям [38]. Также оказалось, что делать выводы о кратковременности и тяжести последствий психических травм для детей и подростков на основании результатов обследований, проведенных в течение небольшого периода времени, нельзя. Длительное динамическое наблюдение получивших психическую травму детей показало, что через 2 месяца после психотравмирующей ситуации симптоматика менее выражена, а разворачивается только через 8 месяцев [31]. По данным К. Nader с соавторами через 14 месяцев после травмы 74% детей имели признаки ПТСР разной степени выраженности [32]. Динамическое наблюдение детей, бывших заложниками террористов в Беслане, показали, что через 6 месяцев только у одной трети пострадавших отмечалось улучшение состояния. У некоторых наиболее тяжелые симптомы ПТСР впервые появлялись спустя 6 и более месяцев после травмы и должны расцениваться как отставленные. Таким образом, мнение о быстром и полном спонтанном разрешении стрессовых проблем у детей было опровергнуто. На основании этих данных, а также собственных исследований W. Yule и R. Williams в 1990 году сделали выводы:

- у детей, переживших стрессогенную ситуацию, могут возникать симптомы, схожие с симптомами ПТСР у взрослых;
- нецелесообразно для выявления ПТСР у детей и подростков использование психодиагностического инструментария, предназначенного для исследования детей, не переживших психотравмирующих ситуаций [38].

Эти выводы полностью согласуются с нашими наблюдениями, полученными при участии в разработке и осуществлении программ психологической, психотерапевтической помощи детям, подросткам, членам семей, пострадавшим:

- в 90-х годах прошлого века в Нагорном Карабахе во время войны и массового вынужденного переселения (программа United Nations International Children's Emergency Fund – UNICEF);
- во время Чеченских войн 1994-1996 и 1999-2009 годов (про-

грамма UNICEF);

- во время террористического акта в Беслане (республика Северная Осетия-Алания, программа UNICEF), где в сентябре 2004 года в качестве заложников наряду со взрослыми оказались сотни детей;
- во время землетрясения и схода селей в Кулябе (Таджикистан) в мае 2010 года (программа World Health Organization – WHO);
- во время кровавого межнационального конфликта в Ошской и Жалалабадской областях Кыргызской Республики в июне 2010 года (программы Organization on Safety & Collaboration in Europe – OSCE и United States Agency International Development – USAID).

Было отмечено, что возраст ребенка влияет как на патоморфоз, клиническую картину, так и на течение острых и посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР). Различия проявлений ПТСР у детей разного возраста затрудняет организацию и осуществление психологической и психотерапевтической помощи пострадавшим. Как уже указывалось, в МКБ-10 не нашли отражения острые и посттравматические расстройства у детей и подростков. Однако, в принятой в США многоосевой нозологической системе Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM), разработанной American Psychiatric Association (APA), возрастные особенности проявлений ПТСР отмечены. Уже в четвертом варианте (DSM-IV) при описании критериев ПТСР сделано несколько ценных примечаний, касающихся этой патологии у детей. Так в частности, описывая переживания сильного страха и беспомощности у индивида, находящегося под впечатлением от травмирующего события, отмечено, что у детей возможны реакции ажитации или дезорганизованного поведения. Также в примечаниях описаны специфические детские проявления постоянно возвращающихся травматических переживаний в виде повторяющихся игр, темы которых в той или иной степени касаются травматического события. Без указания возраста отмечено, что это встречается у «маленьких детей». В качестве возрастной особенности указано, что содержания кошмарных сновидений дети проснувшись, как правило, не могут вспом-

нить, что впрочем, по нашим наблюдениям, бывает и у взрослых. Свойственные взрослым ощущения “оживания” травматического опыта, иллюзии, галлюцинации и диссоциативные эпизоды – «flash backs» у детей могут появляться в виде специфичного для травмы повторяющегося поведения [33].

В связи с актуальностью темы ПТСР у детей в 5 варианте DSM (DSM-V), официально принятом в 2013 году, примечаниями не ограничились. В выделенной новой главе «Расстройства, связанные с травмами и стрессами» приведен особый дополнительный подтип ПТСР (PTSD), который встречается «у детей младше 6 лет» [22]. Особенности других возрастных групп, к сожалению, не описываются, и это – существенный недостаток, так как именно возрастной фактор почти независимо от характера перенесенной травмы во многом определяет специфику нервно-психического реагирования, сказывающуюся на клинических проявлениях острых и посттравматических расстройств у ребенка. В первую очередь это связано с тем, что у ребенка, в отличие от взрослого, идет становление систем организма, реализация генетических программ дифференциации и усложнения структур и механизмов, определяющих его функциональные возможности. Успешность этих процессов зависит от конкретных биопсихосоциальных условий, которые могут способствовать развитию или препятствовать ему, исказить. Как справедливо полагает В.М. Сорокин, также работавший с жертвами террористического акта в Беслане, специфика клинической картины при ПТСР у детей во многом обусловлена сложным динамическим взаимодействием процессов становления, формирования психических структур, с собственно симптомами травматического расстройства [18].

Специфичность проявлений ПТСР у детей делает непригодной для работы с ними большинство психотерапевтических методик, применяемых для лечения и реабилитации взрослых пациентов [7].

Понять особенности формирования и проявления посттравматических расстройств у детей разных возрастных групп может помочь рассмотрение их с позиции представлений об *уровнях защитной системы* человека [8; 16], а также о *смене уровней преимущественного нервно-психического реагирования* [10]. В.В. Ковалев, исходя из биогенетической теории этапности развития человека, считал, что спец-

ифичность нерво-психических реакций на вредности (в том числе и на психотравмирующую ситуацию) у детей и подростков в разные возрастные периоды связаны со сменой *уровней преимущественного нервно-психического реагирования*. Им были выделены 4 основных таких уровня:

1. Соматовегетативный (0-3 года);
2. Психомоторный (3-7 лет);
3. Аффективный (5-10 лет);
4. Эмоционально-идеаторный (11-17лет) [10].

Важно подчеркнуть, что речь идет о преимущественном уровне реагирования, не исключающим одновременного включения форм реагирования иных уровней. Принимая во внимание уровень реагирования, легче увидеть и понять различные симптомы ПТСР у детей разных возрастных групп, оказать адекватную медико-психологическую помощь.

К сожалению, в наше время *дети от 0 до трех лет с преобладающим соматовегетативным уровнем реагирования* часто попадают в психотравмирующие ситуации, однако, редко становятся предметом внимания специалистов-психологов, психотерапевтов, практически не получают необходимой помощи. Дети до трех лет находятся в симбиотических отношениях с матерью и составляют с ней диаду. Согласно диадному подходу мать и младенец рассматриваются, как составляющие единой системы. Элементы этой системы взаимно влияют друг на друга [1; 2; 6; 15; 17; 19; 20; 28; 30 и др.]. Диада мать-дитя существует до тех пор, пока у ребенка не разовьется самосознание, признаками которого является использование в речи местоимений первого лица и стремление к самостоятельности («Я сам!»). До этого времени диадные отношения с матерью, обеспечивающей его существование, – гарантия безопасности ребенка. Мать с признаками ПТСР, как и женщина с послеродовой депрессией, не достаточно хорошо справляется с уходом за малышом, её беспокойство передается ему [26], у него появляются симптомы, которые также можно считать признаками ПТСР. Безусловно, пси-

хотравмирующей ситуацией для ребенка до трех лет является длительная разлука с матерью, особенно без замены её лицом, способным позаботиться о ребенке, означающая преждевременный разрыв диады. Утрата матери ведет к эмоциональной и сенсорной депривации, воспринимается как угроза его здоровью и жизни. Состояния, которые при этом возникают, R. A. Spitz предложил называть анаклитической (от греч.: *anaclysis* – отсутствие опоры) депрессией [21]. Степень тяжести нарушений и стойкости симптоматики при этом во многом зависит от особенностей взаимоотношений в диаде мать-дитя до разлуки.

В связи с симбиотическими отношениями в диаде, ребенок индуцирует состояние матери, переживающей ПТСР. Чем тяжелее переживания матери, тем сильнее будут и реакции ребенка на травматическую ситуацию.

Нервно-психическое реагирование у детей в возрасте от 0 до 3-х лет мало дифференцированно и происходит на соматовегетативном уровне, проявляясь клинически повышенной общей и психической возбудимостью. При этом часто появляются симптомы, прежде всего, имеющие отношение к системе пищеварения. К ним относятся: младенческая колика, аэрофагия, инфантильная анорексия, мерицизм и др. пикацизм. Все эти нарушения представлены в МКБ-10 под одной рубрикой F98.2 – расстройства питания в младенчестве и детстве, кроме ранней детской анорексии (F50.). У матерей, имеющих ПТСР, маленькие дети, как правило, обнаруживают эти нарушения, и их можно расценивать как посттравматические, так как они имеют признаки этого расстройства (по МКБ-10):

- наличие в анамнезе необычной по мощности стрессогенной ситуации, в которую ребенок или попал вместе с матерью или, если травму получила она без него, индуцирует её переживания;
- постоянное возвращение вместе с матерью к переживаниям травмирующей ситуации;
- устойчивый повышенный уровень возбудимости, негативные реакции на любое изменение обстановки, боязнь незнакомых предметов, звуков;

- нарушение уже сформированного к моменту травмы режима сна и бодрствования;
- утрата интереса к игрушкам, как к новым, так и к тем, которые ранее интересовали, трудность сосредоточения внимания на них;
- резкое снижение проявлений положительных эмоций, комплекса оживления;
- появление трудностей протодиалога даже с близкими, знакомыми людьми, в который раньше ребенок охотно вступал;
- навязчивые эмоциональные переживания, выражающиеся у ребенка на соматовегетативном уровне в виде перечисленных нарушений пищеварения;
- внезапно возникающие без видимых причин стереотипные реакции, возможно отражающие кошмарные воспоминания, сновидения;
- вспышки негативных эмоций, появляющиеся, когда ребенок оказывается в условиях, напоминающих психотравмирующую ситуацию, слышит звуки, которые могут ассоциироваться с ней.

Если симптомы длятся более 6 месяцев, говорят о *хроническом* ПТСР. Если симптомы появляются впервые через 6 и более месяцев после травмы, то они расцениваются как *отставленные*.

То, что младенческие колики, проявляющиеся приступами крика и плача ребенка, могут быть проявлением ПТСР у диады мать-младенец, доказывает полное отсутствие колик у младенцев, содержащихся в приютах, лишённых материнской заботы [21]. Зато у них, вообще лишенных полноценных диадических отношений чаще возникает анаклитическая депрессия. У матерей детей, страдающих коликами, всегда высокий уровень тревоги [29], причинами которой нередко является психическая травма. *Мерицизм* (от греч.: *mergkismos* – жевание) или *руминация* (от лат.: *ruminatio* – пережёвывание) чаще всего является результатом реакции чрезмерно тревожной и опекающей матери на обычное срыгивание ребенка, стимулирует у индуцирующего тревогу матери младенца выработку эндорфинов [14]. Про-

является мерицизм в форме многократного стереотипно повторяющегося произвольного отрывания проглоченной пищи и повторного её пережёвывания. Процесс отрывания при этом не вызывает у ребёнка неприятных ощущений, как это бывает обычно. *Аэрофагия* (от греч.: *aeros* – воздух, *phagein* – поглощать) также встречается у младенцев тревожных матерей и проявляется в заглатывании ими воздуха при жадном сосании [9]. Воздух может также заглатываться ими безотносительно к приёму пищи. При этом нередко отмечается вздутие живота, вызывающие дискомфорт и болезненные ощущения. Периодически у таких детей отмечается отрыжка, провоцирующая рвоту. *Инфантильная анорексия* (от греч.: *a* – приставка, означающая отсутствие; «*ogehis*» – аппетит) выражается потерей аппетита у младенцев. Это нарушение может встречаться у детей, матери которых имеют признаки ПТСР, являющегося результатом травмы, полученной во время беременности [12]. После родов такие женщины не способны дифференцировать подаваемые их ребёнком сигналы и адекватно на них отвечать, беспорядочно по любому поводу они прикладывают детей к груди.

Во всех этих случаях недостаточно усилий направленных на борьбу с нарушениями пищеварения у детей *только* педиатров. Должна оказываться психологическая и психотерапевтическая помощь диаде мать-дитя. Учитывая, что младший детский возраст чрезвычайно сложен [3], что дифференциация между психикой и телом ещё не завершена, а наблюдать динамику психики матери куда легче, нежели ребёнка [21], можно по её состоянию и поведению судить о переменах в диаде, воздействовать через неё на маленького ребёнка, так как он с ней составляет единую систему. При эффективной психотерапевтической помощи матери состояние ребёнка улучшается [14, 23].

У детей *3-7 лет* наряду с соматовегетативным уровнем нервно-психического реагирования включается и преобладает *психомоторный*. Этим объясняется то, что ведущей в клинической картине ПТСР у них является не свойственная до травмы гиперактивность, парадоксально сочетающаяся со стремлением к уединению. Наблю-

дения показывают, что характерный для этого возраста негативизм приобретает после психической травмы заостренные черты. Дети делаются агрессивными, вопреки просьбам и призывам взрослых портят вещи, разрисовывают обои на стенах, ломают игрушки, дерутся со сверстниками. Их деятельность становится менее целенаправленной, снижается способность концентрировать внимание. При напоминании о пережитой психической травме дети расстраиваются и замыкаются, отказываются рассказывать о ней. Интересы к прежним играм они не проявляют, а если и начинают принимать в них участие, быстро отвлекаются, не способны соблюдать правила, часто конфликтуют. Конфликты нередко переходят в потасовки. С то же время появляются новые индивидуальные повторяющиеся игры, имеющие стереотипный характер, символически или прямо отражающие содержание психотравмирующей ситуации, тревогу, страх смерти [4; 5; 22; 38]. Нередко в этих ритуализированных играх дети используют предметы, имеющие отношение к пережитым травматическим событиям. Также у детей часто отмечаются трудности засыпания, беспокойный сон с ночными кошмарами, пробуждениями. Сниженный фон настроения, тревога, чаще носящая протопатический характер, обуславливают появление симптомов регресса, отражающих страх взросления, бессознательное стремление к безмятежному раннему детству, к безопасности, которую гарантировали диадные отношения с матерью. Клинически это выражается в страхе оставаться в одиночестве, появляющемся после травмы, в желании постоянно находиться вместе с мамой или иным значимым взрослым. Вообще состояние детей очень зависит от состояния матери, других членов семьи, их эмоционального настроения и поведения. Мы замечали, что дети с наиболее тяжелыми проявлениями ПТСР, как правило, имеют кого-то из близкого окружения, также страдающего ПТСР, и индуцируют его эмоции. К симптомам регресса также относятся сосание пальцев, утрата навыков опрятности (симптомы энуреза, энкопреза), причем энкопрез – признак тяжелого нарушения. Возможен регресс речевых навыков. Мутизм может быть полным, когда общение с окружающими осуществляется с помощью жестов, или элективным, при котором в общении с близкими родственниками сохраняется шепотная речь иногда с нарочито пуэрильным коверканьем слов. Психосоматические нарушения нередко отмечались

в виде переедания. Процесс кормления для такого ребёнка, а нередко и для его матери, – не способ утолить голод, а попытка снизить тревогу сепарации, вернуть символически диадные отношения.

У детей 5-10 лет основным возрастным уровнем преимущественного нервно-психического реагирования становится *аффективный*. Клиническая картина полиморфна, но определяющей симптоматикой является эмоциональная лабильность с преобладанием гипотимии, нередко со слезливостью и с дисфорическим оттенком, с выраженным негативизмом. Замотивировать их на беседу, игру, выполнение тестовых заданий достаточно трудно. Если же это удастся, то во время общения со специалистом дети непоседливы, легко отвлекаются, односторонне, формально отвечают на вопросы или игнорируют их.

Так же, как и у детей предыдущей возрастной группы, у многих появлялся энурез, энкопроз, чаще встречалось заикание, тики. Вокализованные тики, как правило, свидетельствуют о тяжести состояния. Школьники утрачивали интерес к учебе. В сочетании с появившимися трудностями обучения, обусловленными ухудшением внимания и памяти, повышенной утомляемостью, это приводит к ухудшению успеваемости, что в свою очередь может провоцировать прогулы и усугублять ситуацию. Часто дети начинали избегать друзей. Утрачивались прежние интересы: дети отказывались посещать кружки, спортивные секции, художественные и музыкальные школы, в которые раньше ходили с удовольствием.

Пережившие психическую травму, особенно если она сопровождалась реальной угрозой жизни, гибелью других людей, раньше сверстников начинают много думать о смерти, это нередко сопровождается повышением интереса к религии. Усугублять эти переживания могут соматовегетативные нарушения, симптомы которых более очерчены. Это могут быть головные боли, боли области сердца, живота... Возникают ипохондрические идеи о тяжелом заболевании, страх смерти. Часть детей при этом боятся собственной смерти, других больше волнует возможная смерть мамы, близких родственников. Как правило, подобные страхи и мысли настолько значимы, что ребенок безуспешно стремится заблокировать не только воспоминания о пережитой травме, но и мысли о неизбежной смерти. Он часто боится разговаривать даже с близкими людьми об этом. Постоянная подавля-

емая тревога может трансформироваться в гетероагрессию, сопровождающуюся выраженными нарушениями поведения или, особенно если ребенок испытывает связанную с травматической ситуацией чувство вины, – аутоагрессию в виде навязчивостей (ониохофagia, трихотилломания и пр.). Чувство вины особенно часто возникает у лиц, переживших травматическую ситуацию, в которой кто-то погиб. Одна из наших пациенток в Беслане – девочка девяти лет – только на 5 сессии призналась, что считает себя виновной в гибели матери, хотя объективно это было не так. Иногда ребенок испытывает чувство стыда и вины за свои поступки, совершенные во время травматической ситуации (многие дети, бывшие жертвами террористического акта в школе Беслана, стыдились, того, что пили мочу, пытаясь утолить жажду). Именно у детей этой возрастной группы мы встречали нарушение пищевого поведения в виде пикацизма (от лат.: *pica* – сорока). Проявлялся он у детей в желании поедать несъедобное (бумагу, мел, воск и пр.). Матери этих детей часто так же, как правило, имели признаки ПТСР, депрессивную симптоматику. R.A. Spitz отмечает, что дети с пикацизмом значительно чаще других сверстников попадают в ситуации, угрожающие их здоровью (случайно обжигаются, падают, глотают острые предметы и т. п.) [21]. Это может отражать тревожные бессознательные аутоагрессивные тенденции. В тяжёлых случаях дети становятся заторможенными и пассивными (эквивалент «numbing of affect», «psychic numbing»).

У детей и подростков 11-17 лет преобладающим уровнем нервно-психического реагирования становится *эмоционально-идеаторный*. Помимо аффективной сферы на оформление клинической картины оказывает влияние идеаторная. Переживание психотравмирующей ситуации в препубертатном или пубертатном возрасте придает особое направление характерным для всех молодых людей размышлениям о смысле жизни, смерти, собственном предназначении, иногда достигающим накала, так называемой, метафизической интоксикации. В отличие от прежних возрастных групп, у молодых людей впервые появляются признаки утраты иллюзий Тейлора, то есть представлений о том, что ничего плохого с ними произойти не может, что впереди долгая счастливая жизнь [37]. Для пережившего психическую травму подростка жизнь становится непредсказуемой, превращается в сплошное ожидание очередной опасности, угрозы

существованию, вызывая соответствующие тяжелые негативные эмоции. При этом строить планы на будущее становится бессмысленным, возникает утрата перспективы («*foreshortened future*»). Перенесший психическую травму, сопровождавшуюся угрозой здоровья и жизни, боится повторения травмы, избегает всего, что может о ней напомнить. Так многие старшекласники, оказавшись заложниками террористов в школе Беслана, долгое время отказывались посещать школьные занятия, несмотря на то, что они проходили совершенно в другой обстановке, в другом здании. В этом возрасте уже могут сформироваться клинически четко очерченные навязчивые идеи, воспоминания, содержание которых связано с психотравмой. Они могут провоцироваться внешними стимулами, но могут возникать без видимой причины, в полном покое. Подросток старается бороться с ними, не думать и не вспоминать страшные события, но безуспешно. На короткое время снизить тревогу помогают ритуалы, носящие символический защитный, гетеро- или аутоагрессивный характер, но и они воспринимаются как чуждые, предпринимаются попытки справиться и с ними (часто стимулированные окружающими: «не делай так!»), однако сдержаться и не совершать их не получается. Помимо тревоги, растет чувство вины. Эти эмоции не оставляют и ночью, так как сновидения наполнены страшными образами. Интересно, что в отрывках сновидений, которые удавалось воспроизвести, нередко находят отражение прямо или в символической форме вытесненные по механизмам лакунарной амнезии моменты психотравмирующей ситуации. Это же можно сказать о диссоциативных эпизодах по типу вспышек пережитого («*flash backs*»), которые у подростков чаще всего встречаются в виде ярких гипногических или гипнопомпических галлюцинаций.

Мучительные переживания в сочетании с потерей перспектив могут приводить к мыслям о суициде, а иногда и к суицидальным намерениям. W. Yule и R. Williams приводят в своей работе описание случая суицидальной попытки шестилетнего мальчика, предпринятой чтобы избавиться от мелькающих в голове сцен психотравмирующей ситуации, после того, как директор школы запретила ему говорить об этом [38]. Однако мы в своей практике сталкивались с суицидальными мыслями и тенденциями только у детей старше 12 лет. Нередко они возникали у тех, кто в результате перенесенной психической

травмы оказывался стигматизированным. Стигматизация может быть обусловлена целым рядом причин. Прежде всего, это изменение отношений со сверстниками, иногда прежними друзьями, которые испытывают к страдающему ПТСР смешанные чувства. Это и неосознаваемый страх, дискомфорт при общении с человеком, который испытывал мучения, возможно чуть не погиб. Тревогу может вызывать непонимание изменений в поведении приятеля, обида на его нежелание общаться также часто и тесно, как прежде, рассказать о своих «приключениях». Может появиться и зависть, например, связанная с меньшими требованиями к пострадавшему, с шадящим отношением к нему взрослых, раздражение к возможным проявлениям у него рентных установок. Как излишнее сочувствие, так и нетактичность, поддразнивание могут ранить перенесших психотравму детей. наших пациентов в Беслане расстраивало, что некоторые соседские дети негативно отнеслись к получению семьями пострадавших материальной помощи от государства («подумаешь, три дня потерпел...»). W. Yule и R. Williams рассказывают о двенадцатилетней девочке, которую после смерти её матери в классе стали называть «сироткой», о мальчике, которому во время ссоры рассердившийся одноклассник сказал: «Лучше бы ты утонул на пароме!» [38]. Подобные ситуации дополнительно травмируют ребят с ПТСР и ухудшают их состояние.

Чем старше возраст подростка, тем меньше отличий клинических проявлений ПТСР от взрослых.

Разнообразие клинической картины, степень тяжести ПТСР, особенности течения и успешность терапии у детей с острыми и посттравматическими стрессовыми расстройствами зависит не только от возраста, а ещё, как и у взрослых, от многих факторов. Предлагаем условно разбить их на три группы:

А. Факторы, имеющие место до травмы (преморбид):

- личностные особенности пострадавшего;
- соматические особенности пострадавшего;
- состояние соматического здоровья на момент травмы;
- состояние психического здоровья на момент травмы;
- семейное положение и состояние отношений в семье на момент травмы;

- опыт переживаний психотравмирующих ситуаций и успешность их разрешения в прошлом.

Б. Факторы, имеющие место во время травмы:

- тип психотравмирующей ситуации (военные, криминальные, гражданские травмы; природные, техногенные катастрофы);
- продолжительность ситуации психической травмы;
- степень информированности о возможной помощи, о времени прекращения мучений;
- степень переживаемой (реальной или воображаемой) угрозы здоровью или жизни (собственных и других людей, особенно близких);
- степень переживаемой (реальной или воображаемой) угрозы унижений и издевательств (над собой, над другими людьми, особенно близкими);
- гибель во время критической ситуации людей (особенно родных);
- получение ран, увечий, контузий, степень их тяжести, переживания чувства боли;
- активное или пассивное участие в прекращении психотравмирующей ситуации.

В. Факторы, имеющие место после травмы:

- степень переживаний чувства вины и стыда за своё недостойное (мнимое или реальное) поведение во время психотравмирующей ситуации, ощущения себя опозоренным;
- степень риска повторения психотравмирующей ситуации;
- успешность или безуспешность поиска виновного в создании психотравмирующей ситуации (противника, преступника, халатного работника, чиновника и пр.);
- возможность возмездия, степень удовлетворенности им;
- при получении ранений, длительность, доступность и сложность необходимого лечения, переживания чувства боли;
- вынужденная разлука с семьей после пережитой психотравмирующей ситуации;

- сплочение семьи или ухудшение семейных отношений после психотравмирующей ситуации;
- полная или частичная возможность восстановления здоровья, информированность об этом пациента и его родственников;
- наличие или отсутствие стигматизации;
- изменения места и условий проживания (разрушенный дом, вынужденное переселение и пр.);
- изменение материально-бытовых условий в результате психотравмирующей ситуации;
- возможность вернуться к прежнему образу жизни или необходимость его менять;
- своевременность, адекватность и доступность медицинской, психологической, психотерапевтической и социальной помощи;
- степень мотивации пострадавшего на получение помощи;
- преемственность специалистов в работе с пострадавшими.

Все эти факторы должны быть известны специалисту, работающему с пострадавшим, чтобы правильно диагностировать характер последствий психической травмы, предполагать течение посттравматических расстройств и с учетом этого планировать лечение и реабилитацию. Как показала практика, психологи, работающие с пострадавшими в результате психической травмы, часто стремятся получить необходимую информацию в основном с помощью психологического тестирования и недостаточно уделяют внимания к клинико-психологическим методам беседы, включенного наблюдения. Это приводит к тому, что многие ценные сведения упускаются из вида.

На детей и подростков влияют все перечисленные факторы, однако, некоторые из них имеют особое значение. Чем младше ребенок, тем труднее ему осмыслить происходящее во время психотравмирующей ситуации, тем больше он сориентирован на поведение взрослых, их восприятие происходящего. Большинство аффективных проявлений последствий ПТСР у детей опосредовано реакцией их родителей [30]. Поэтому для детей очень травматична разлука с родителями, с теми, кому он до-

веряет, от кого ждет помощи. Ребенок, оказавшийся в травматической ситуации без родителей, тяжелее переносят случившееся. Собственно разлука с ними в некоторых случаях может представлять основную суть психической травмы. Не только в момент получения психической травмы, но и после разрешения ситуации разлука с родителями ухудшает состояние пострадавшего ребенка. Многочисленными примерами этого могут служить случаи, когда детей-заложников террористов в Беслане после освобождения через некоторое время посылали на короткое время куда-нибудь «отдохнуть» (в Крым, в Италию, в Израиль, в другие места). Делалось это из добрых побуждений, но у многих детей, прервавших лечение ради поездки, при возвращении мы отмечали возврат уже купированных симптомов, ухудшении состояния [4; 25]. В связи с этим при первой же возможности необходимо вернуть детей, перенесших психотравмирующую ситуацию, в семьи и больше не разлучать их [38]. Если обстоятельства позволяют, то оказывать помощь пострадавшим в результате психической травмы следует на месте.

В формировании ПТСР у детей велико значение эмоционального состояния и поведения окружающих их значимых взрослых, прежде всего родителей. Если члены семьи не делились непосредственными переживаниями по поводу травмирующей ситуации, не выражали свои эмоции, пресекали все разговоры, это усиливало риск возникновения посттравматического стрессового расстройства у пострадавшего, тяжесть этого расстройства и затяжное течение. [5; 24; 31]. Также неблагоприятно влияют на последствия психической травмы дисфункциональные отношения членов семьи, обвиняющих друг друга в случившемся и чрезмерная опека родителями (чаще матерью) пострадавшего ребенка. По нашим наблюдениям, нередко матери детей, переживших насилие, обвиняли своих мужей в том, что они «не смогли защитить ребенка», «не смогли отомстить». Это приводило к тяжелым супружеским дисгармониям, создавало в семье атмосферу, отрицательно сказывающуюся на психическом здоровье детей. В связи с этим с самого начала осуществления помощи ребенку с острым или посттравматическим стрессовым расстройством необходима коррекция семейных отношений. В литературе можно встретить указания на то, что родители, учителя детей, пере-

несших психическую травму, как правило, многих признаков ПТСР у детей не замечают [31]. Поэтому важно сформировать у членов семьи, а также у иных значимых в жизни ребенка взрослых адекватное понимание его состояния, единство взглядов на характер необходимой ему помощи. Это будет способствовать улучшению внутрисемейных отношений, становлению комплаенса (англ.: compliance – согласие), то есть взаимоотношений специалистов с пострадавшим ребенком, с его родственниками, учителями, строящихся на основе единства взглядов, сотрудничества и партнёрства. Формирование комплаенса способствует формированию установки на получение помощи и изменение образа жизни, способствует росту доверия между пациентами и психологами, медицинским персоналом, готовности следовать рекомендациям, снижению тревоги [11; 36], повышает эффективность фармакотерапии. При несформированном, так называемом «низком комплаенсе», отмечается несовпадение установок, получаемых ребенком в семье («Не плач, ты мальчик!», «Забудь о том, что с тобой было» и т.п.) с тем, что пытается делать с ним психолог и психотерапевт (провоцирование воспоминаний, эмоциональное отреагирование происшедшего во время травматической ситуации и пр.). Это снижает эффект проводимой терапии, а нередко даже ухудшает состояние пациента. Именно с целью формирования комплаенса и мотивации на получение психологической и психотерапевтической помощи пострадавшими детьми W. Yule и R. Williams предлагали перед началом активной работы с пострадавшими детьми проводить поочередно беседы с группами родителей и учителей [38]. Предваряющие «круглые столы» с родителями и педагогами мы (врач психотерапевт и психолог) проводили в школах Беслана, в которых продолжили учебу дети, бывшие заложниками террористов (см. модель Добрякова-Никольской) [7]. Причем на эти встречи приглашались родители всех учеников, а не только родители пострадавших детей. Это связано с тем, что явления ПТСР отмечались у многих детей, которые были не жертвами террористов, а лишь в качестве свидетелей переживали трагическое событие. Симптоматика ПТСР появлялась у некоторых учеников в результате тесного общения с активными участниками психотравмирующей ситуации, сопереживания им. Кроме того одной из важных задач подобных встреч была профилактика стигматизации пострадавших.

Методы оказания психологической и психотерапевтической помощи детям и подросткам с острыми и посттравматическими стрессовыми расстройствами описаны в соответствующей главе. Важно отметить, что специалисты, сами пережившие психотравмирующую ситуацию, принимать участия в оказании помощи пострадавшим в ней не должны. Важно подчеркнуть, что чем тяжелее переживания, тем больше времени требуется для установления психотерапевтического доверительного контакта с пострадавшим, только добившись которого специалист получает право затрагивать и болезненные, часто интимные темы. Встречающаяся в литературе рекомендация обязательного присутствия родителей во время психотерапевтической сессии представляется нам необязательной, если сформирован комплаенс, и они специалисту полностью доверяют. В присутствии значимого взрослого ребенок непроизвольно будет пытаться отслеживать его оценки происходящего на сессии, что может помешать рассказать о своих переживаниях. Совместные сессии родителей с детьми проводятся при решении проблем их взаимоотношений, при необходимости коррекции воспитания ребенка.

Динамика улучшения состояния зависит от тяжести ПТСР, от качества комплаенса, адекватности и своевременности проводимой терапии, напоминаниях о травме. В Беслане отмечалось ухудшение состояние у всех пострадавших при проведении траурных мероприятий, посвященных годовщине захвата заложников.

Организация и оказание психологической, медицинской, социальной помощи пострадавшим в результате психотравмирующих ситуаций ставит перед специалистами многообразные задачи. Как отмечают некоторые авторы, и как нам приходилось наблюдать нам, решение этих задач нередко осложняется тем, что множество организаций и частных лиц стремятся (большинство – из добрых побуждений) помочь. Нельзя не согласиться с мнением W. Yule и R. Williams, что в результате в проигрыше оказываются пострадавшие [38].

Острые и посттравматические расстройства у детей изучены недостаточно. Несмотря на объективные трудности исследования, их следует продолжать. Необходимы разработки организационных психокоррекционных, психотерапевтических, реабилитационных

мероприятий. От успешности этого во многом зависит уровень психического здоровья детского населения, успешность профилактики роста количества нервно-психических расстройств, а значит и ухудшения криминогенной обстановки, снижения риска возникновения психотравмирующих ситуаций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Батуев А.С., Соколова Л.В. Биологическое и социальное в природе человека // «Биосоциальная природа материнства и раннего детства» под ред. А.С. Батуева. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 2007. – С. 8-40.
2. Винникотт Д. В. (Winnicott D.W., 1966) Маленькие дети и их матери. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 80 с.
3. Гин П.П. (Gean M.P., 1994) Психиатрия раннего возраста // Руководство по клинической детской и подростковой психиатрии / пер с англ. – М.: Медицина, 1999. – С. 423-434.
4. Демьянов Ю.Г. Посттравматические расстройства у детей в подострый и отдаленный периоды террористического акта. // Дети Беслана: диагностика и реабилитация жертв террористического акта. Под ред. Л.М. Шипицыной. - СПб., 2006.
5. Добряков И.В. Клинические особенности острого посттравматического стрессового расстройства у детей Беслана // Материалы XIV съезд психиатров России: мат. съезда, Москва, 15-18 ноября 2005 года. – М.: Российское общество психиатров ИД «МЕД-ПРАКТИКА-М», 2005. – С. 161.
6. Добряков И.В. Перинатальная психология. – СПб.: Питер, 2010. – 272 с.
7. Добряков И.В., Никольская И.М. Краткосрочная кризисная психотерапия детей с посттравматическими расстройствами в рамках модели реабилитации «Добрякова-Никольской» // Журн. Неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2009. – Т. 109, №12. – С. 29-33.
8. Добряков И.В., Никольская И.М. Кризисная психотерапия детей с посттравматическими стрессовыми расстройствами с позиции представлений об уровнях защитной системы человека // IX Мнухинские чтения. Современные аспекты клиники, диа-

- гностики и лечения психопатологических синдромов в детской психиатрической практике. Сб. мат. конференции, посвященной памяти профессора С.С. Мнухина. – СПб., 2010. – С. 121-127.
9. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. Учебное пособие. – СПб.: Питер, 2005. – 400 с.
 10. Ковалёв В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. – М.: Медицина, 1985. – 288 с.
 11. Лутова Н.Б. Комплаенс и психопатологическая симптоматика // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2012. – № 3. – С. 59-65.
 12. Мальгина Г.Б. Стресс и беременность: перинатальные аспекты. – Екатеринбург: Изд-во «Чароид», 2002. – 188 с.
 13. Международная классификация болезней (10-й пересмотр) // Классификация психических и поведенческих расстройств: клинические описания и указания по диагностике. / пер. под ред. Ю.Л. Нуллера и С.Ю. Циркина. – СПб.: ВОЗ, «АДИС», 1994. – 304 с.
 14. Микиртумов Б.Е., Кошавцев А.Г., Гречаный С.В. Клиническая психиатрия раннего детского возраста. – СПб.: Питер, 2001. – 256 с.
 15. Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. – СПб.: Изд. СПбГУ, 1999. – 288 с.
 16. Никольская И.М., Добряков И.В. Уровни защитной системы человека в контексте оказания психологической помощи // Психология совладающего поведения: материалы II Междунар. научно-практ. конф., Кострома, 23-25 сент. 2010 г. – Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2010. – С. 102-104.
 17. Ранк О. (Rank O., 1924) Травма рождения / пер. с англ. – М.: Аграф, 2004. – 400 с.
 18. Сорокин В.М. Особенности состояния детей, оказавшихся в ситуации заложников (на примере исследования школьников города Беслана) // Детство и общество: социокультуральный контекст: Материалы XII Международной конференции «Ребёнок в современном мире. Семья и дети». – СПб.: Изд-во Политехн. Ун-та, 2005. – С. 73-76.
 19. Стерн Д.Н. (Stern D.N., 1985) Межличностный мир ребёнка: взгляд

- с точки зрения психоанализа и психологии развития / пер с англ. – СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2006. – 376 с.
20. Филиппова Г.Г. Психология материнства. – М.: Изд. Ин-та ПТ, 2002. – 240 с.
 21. Шпиц Р.А., Годфри Коблинер В. (Spitz R.A., Godfrey Cobliner W., 1963) Психоанализ раннего детского возраста (пер. с англ.). – М.: ПЕР СЭ; СПб.: Университетская книга, 2001. – 159 с.
 22. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. – Fifth. – Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. – P. 271-280.
 23. Vemporad J.R. The psychological organization of depression. // American Journal of Psychiatry, 137, 1980. – P. 1360-1365.
 24. Добряков И., Никольская И., Юнусова Н. Ташкил ва расонидани ёрии психологӣ дар минтакаи ҳолати фавқуллода: Дастури таълимӣ. – метод. - Душанбе: «Контраст», 2010. – 23 с.
 25. Dobryakov I. Short-term integrative psychotherapy in children with post-traumatic stress disorders (PTSD): The experience of Beslan, Chechen Republic, and Kurguzstan. // Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence / Juillet 2012. – Vol. 60. – №5S. – S. 137
 26. Field T.M. (1984). Early interactions between infants and their postpartum depressed mothers. // Infant Behaviour and Development 7, 1990. – P. 517-522.
 27. Garmezy N. Children under severe stress: critique and comments. // Journal of the American Academy of Child Psychiatry 25, 1986. – P. 384-392.
 28. Lebovici S. Le nourisson, la mere et le psychoanaliste: les interactions precoces. – Paris, Le Centurion, 1983.
 29. Levy D.M. Maternal overprotection // Psychiatry, № 1, 1938. – P. 561-578.
 30. Mahler M.S. On human symbiosis and the vicissitudes of individuation. // J. Amer. Psychoanal. Assn., 1975, 23. – P. 327-333.
 31. McFarlane A.C., Policansky S., Irvin C.P. A longitudinal study of the psychological morbidity in children due to a natural disaster. // Psychological Medicine 41, 1987. – P. 209-218.
 32. Nader K., Pynos R.S., Fairbanks L., Frederick C. Children's PTSD Reactions one year after sniper attack at their school. // American Journal of Psychiatry 147, 1990. – P. 1526-1530.

33. National Collaborating Centre for Mental Health (UK) Post-Traumatic Stress Disorder: The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care. – NICE Clinical Guidelines, No. 26. Gaskell (Royal College of Psychiatrists) (2005).
34. Quarantelli E.L. An assessment of conflicting views on mental health: the consequences of traumatic events // in C.R. Figley (ed.) *Trauma and its Wake*. – New York: Brunner / Mazel, 1985.
35. Rutter M. A children's behavior questionnaire for completion by teachers: preliminary findings. // *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 8, 1967. – P. 1-11.
36. Scott, M.J., & Stradling, S.G. (1997). Client compliance with exposure treatments for posttraumatic stress disorder. // *Journal of Traumatic Stress*, 10 (3), 523-526.
37. Taylor S.E. Adjustment of threatening events: A theory of cognitive adaptation // *American Psychologist*. 1983 – P. 1161-1173.
38. Yule W., Williams R. Post-traumatic stress reactions in children. – *Journal of Traumatic Stress* 3 (2), 1990. – P. 279-295.

ЧАСТЬ ТРЕТЬЯ

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШЕМУ НАСЕЛЕНИЮ НА ДОКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ.

Психосоциальное благополучие и психическое здоровье в чрезвычайных и кризисных ситуациях

Назим Агазаде

Перевод Елены Молчановой

Чрезвычайные и кризисные ситуации оказывают негативное влияние на психосоциальное благополучие и психическое здоровье вовлеченного населения (Briggs & Twomey, 2003; Polatin et al, 2005; Ivonov & Blue). Индивидуумы, семьи, сообщества, команды и организации могут подвергаться влиянию в разной степени. Чрезвычайные ситуации способны вызвать новые проблемы, а также усложнить уже существующие, провоцируя психические расстройства и психосоматические заболевания. Чем крупнее масштаб, интенсивность или длительность, тем сильнее воздействие катастрофы на население. Копирование уже использованных стратегий, может быть недостаточным для того, чтобы справиться с навалившимися проблемами.

Сообщества в чрезвычайных ситуациях часто проявляют чувства тревоги, страха, разочарования, отсутствия мотивации к выживанию, деморализацию из-за недостатка помощи, признаки травматического и кумулятивного стресса, а также ряд других проблем. Они становятся либо чрезмерно активными, либо безразличными, часто демонстрируя неадекватное поведение. Это приводит не только к ухудшению их психосоциального благополучия, но и к невыполнению основных требований, необходимых для выживания и последующего восстановления. Для повышения эффективности в преодолении негативных последствий травмирующих ситуаций, важно оказать всестороннее вспомогательное воздействие *okazivat vsestoronneye vspomogatelnoye vozdeystviye* на стрессовое состояние сообщества и тем самым повысить его сопротивляемость и потенциал (Norris & Stevens, 2007; Mathbor, 2007).

В последние годы психосоциальная помощь в ответ на чрезвычайные и кризисные ситуации прошла путь от сравнительно скромных действий со стороны отдельных индивидуумов и небольших групп до всесторонней поддержки, предоставляемой крупными организациями. Укрепление психосоциального благополучия оказалось таким же важным для самих пострадавших, как и другие виды помощи, оказываемой нуждающимся слоям населения (DHHS, 2005; Hughes et al, 2007; IASC, 2010).

В соответствии с указаниями ВОЗ (2012), проблемы в сфере психического здоровья и психосоциальные проблемы в кризисных ситуациях взаимосвязаны, хотя могут быть преимущественно психологическими или социальными. Таким образом, проблемы, преимущественно социальные по природе, включают:

- *« Уже существующие сложности (например, принадлежность к группе, которая подвергается дискриминации или маргинальному, политическому угнетению);*
- *Социальные проблемы, вызванные кризисными ситуациями (например, разлука с семьей, стигматизация, лишение средств существования, а также уничтожение общинных структур, ресурсов и доверия, вовлеченности в проституцию);*
- *Социальные проблемы, вызванные гуманитарной помощью (например, перенаселенность и отсутствие личной жизни в лагерях беженцев; слом общинных структур и традиционных механизмов поддержки; зависимость от внешней помощи)».*

Опираясь на те же руководящие принципы, проблемы психологического характера классифицируются следующим образом:

- *« Уже существующие проблемы (например, тяжелые психические расстройства, депрессии, злоупотребление алкоголем);*
- *Социальные проблемы, вызванные кризисными ситуациями (например, горе, семейные бедствия, истощение, злоупотребление алкоголем и другими веществами, депрессии и психологические расстройства, в том числе посттравматические стрессовые расстройства)*
- *Социальные проблемы, вызванные гуманитарной помощью (например, переживания в связи с отсутствием информации о распределении продовольствия) «*

Наиболее частые психосоциальные и психические реакции в основном включают: стресс, травматический стресс, кумулятивный стресс, тревожные расстройства, расстройства адаптации, активизацию предыдущего травматического опыта, острое стрессовое расстройство (ОСР - *Acute Stress Disorder*), посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), посттравматический личностный рост или, напротив, патологические изменения личности вследствие перенесенной катастрофы, а также обострение ранее наблюдавшихся заболеваний.

Психосоциальная помощь в чрезвычайных и кризисных ситуациях

Предоставление психосоциальных услуг во время чрезвычайных ситуаций и кризисов основано на принципах человеческой солидарности, справедливости, доступности услуг в области психического здоровья, адресности, соблюдения профессиональной этики, обеспечения полного доступа к качественной помощи.

Основная **цель** психосоциальной помощи заключается в оказании поддержки при чрезвычайных и кризисных ситуациях, чтобы способствовать преодолению травмирующих событий, смягчению пережитого стресса, повышению эффективности копинг-стратегий и улучшению их сопротивляемости (*resilience*) за счет предоставления комплексных психосоциальных услуг. Это приведет, следовательно, к предотвращению или смягчению любого негативного воздействия на пострадавшее население.

Задачи защитных и смягчающих мер могут быть сформулированы следующим образом:

1. Оказание помощи в преодолении травматических переживаний всем лицам, оказавшимся в чрезвычайной и кризисной ситуации;
2. Обеспечение полного доступа к профессиональным услугам всем пострадавшим членам сообщества;
3. Оказание консультативных услуг лидерам сообществ с целью поддержки пострадавших людей;
4. Оказание помощи пострадавшему населению в улучшении своих стратегий выживания на различных этапах чрезвычайной ситуации;

5. Уменьшения травмирующих последствий катастрофы, а именно, минимизация негативного влияния на психосоциальное благополучие населения.

Стратегии вмешательства.

Стратегии вмешательства направлены на достижение вышеупомянутых целей. Реализация мероприятий будет зависеть не только от различных групп пострадавших людей, но и от фазы чрезвычайной ситуации. Таким образом, один и тот же тип вмешательства будет меняться в зависимости от времени его реализации: до, во время или после чрезвычайных ситуаций.

Стратегии вмешательства, рекомендуемые и осуществляемые психотерапевтами, должны быть разработаны на основе психосоциальных потребностей пострадавшего населения, так как различные группы населения могут быть подвержены воздействию по-разному и, следовательно, нуждаются в применении различных мер.

Психосоциальный ответ считается эффективным, когда он является частью общей стратегии по предотвращению последствий чрезвычайных ситуаций, который, в свою очередь, адаптирован к реалиям уже сложившейся общественной структуры. Например, деятельность, направленная на реабилитацию детей, становится более устойчивой, если она закреплена в школьной системе, в то время как дополнительные услуги для молодёжи могут быть включены в общий список способов охраны психического здоровья.

В любой чрезвычайной или кризисной ситуации местные психиатры или консультанты, как правило, реагируют наиболее быстрым образом. Тем не менее, во многих случаях, потребности пострадавшего населения настолько многообразны и широки, что адекватный ответ превышает возможности местных профессионалов. В таких случаях внешние ресурсы, как правило, призваны оказывать помощь пострадавшим общинам. В странах СНГ и некоторых других странах, общие методы реагирования осуществляются Министерством по чрезвычайным ситуациям.

Все стратегии можно разделить на две группы: меры воздействия, которые (1) прямо или (2) косвенно направлены на психосо-

циальные потребности. Различные психосоциальные вмешательства в периоды чрезвычайных и кризисных ситуаций, как правило, следуют некоторым рекомендованным стратегическим принципам:

Стратегии, непосредственно направленные на психосоциальные потребности:

1. Удовлетворение базовых потребностей. Во время чрезвычайных и кризисных ситуаций, именно базовые потребности (например, вода, продовольствие, жилье, доступ к канализации, обеспечение физического комфорта, т.д.) должны быть удовлетворены в первую очередь. Роль профессионалов и активистов заключается в озвучивании этих проблем и обеспечении доступа пострадавшего населения к услугам, которые удовлетворяют базовые потребности.

2. Мероприятия по обеспечению безопасности. Безопасность и защита пострадавших сообществ так же важна, как и удовлетворение базовых потребностей. Аварийно-спасательные службы должны выступать в защиту пострадавшего населения. В некоторых случаях, особенно во время войны или стихийных бедствий, психиатры и психологи могут рекомендовать временное перемещение или даже эвакуацию пострадавших людей.

3. Распространение валидной информации и руководящих инструкций. Отсутствие необходимой информации в чрезвычайных ситуациях является одним из дополнительных источников стресса. Для того чтобы восполнить этот пробел, точная и проверенная информация должна быть предоставлена пострадавшим слоям населения в кратчайшие сроки. Кроме того, простые и ясные инструкции от лиц, принимающих решения, а также от представителей аварийно-спасательных служб, ведут к предотвращению потенциального хаоса среди пострадавших. Таким образом, лидеру группы следует получать информацию через регулярные брифинги, двусторонние встречи, общие собрания и т.д.

4. Социальная поддержка в восстановлении сообществ. Один из основных источников дискомфорта и стресса - временный распад общественных групп. Разлучение членов семьи создает особую напряженность. Могут потребоваться значительные усилия в воссоединении социальных субъектов - семей, друзей, коллег, сообществ, религиозных групп и т.п. При необходимости могут соз-

даваться новые общественные группы, например, добровольческие отряды, действующие в зоне бедствия.

5. Техническая поддержка лидерам сообществ и руководителям. Зачастую лидеры сообществ, аварийно-спасательные службы, менеджеры, руководители среднего звена, и другие лица, принимающие решения, эмоционально загружены и не видят истинных проблем пострадавшего населения. Таким образом, деятельность профессионалов, как правило, направлена на привлечение внимания к нуждам общества, а также на предоставление технической консультации по способам удовлетворения этих нужд.

6. Психологическая поддержка пострадавшим лицам (индивидуальная и групповая). Прямая поддержка со стороны специалистов-практиков пострадавшим сообществам во время чрезвычайных и кризисных ситуаций является крайне необходимой. Наиболее эффективным способом организации непрофессиональной поддержки представляется подготовка из числа местных жителей волонтеров для оказания помощи.

7. Психосоциальные услуги для пострадавших лиц (индивидуальные и групповые). В дополнение к поддержке, полученной от помощников из членов сообщества, профессиональная помощь оказывается по мере необходимости. Предоставляются такие услуги, как сортировка для оказания специализированной помощи (*triaj*) с последующими индивидуальными и групповыми консультациями.

8. Первая психологическая помощь. В некоторых случаях пострадавшие люди так сильно эмоционально перегружены событиями, что временно теряют контроль над своим поведением. В таких случаях, первая экстренная психологическая помощь обеспечивается консультантами, помощниками из числа членов сообщества, или другими лицами, прошедших специализированную подготовку.

9. Медицинский уход в учреждениях ПМП (первичной медицинской помощи). Чрезвычайные и кризисные ситуации могут стать причиной проблем с физическим здоровьем или привести к обострению ранее диагностированных соматических заболеваний. В таких случаях заболевшие перенаправляются в учреждения ПМП. Эти клиенты могут получить не только медицинскую помощь, но и психологическую поддержку, а в некоторых случаях и психотерапевтическую помощь.

10. Медицинская помощь в психиатрических учреждениях.

Некоторые лица, подвергшиеся воздействию кризисной ситуации, могут нуждаться в оказании профессиональной помощи в условиях психиатрических учреждений. В наиболее тяжелых случаях у пострадавших развиваются расстройства аутистического спектра или ПТСР. Более того, чрезвычайное положение может усугубить ранее диагностированные психиатрические проблемы, и некоторые из этих пациентов могут нуждаться в оказании помощи в условиях специализированных учреждений.

Стратегии, косвенно направленные на психологические потребности

11. Подготовка к чрезвычайной ситуации. Подготовка к ожидаемой чрезвычайной ситуации включает в себя ряд мероприятий: разработку планов для экстренных случаев по региону или области; создание механизмов координации между заинтересованными сторонами; подписание соглашений между психиатрами и психологами; установление партнерских отношений между всеми заинтересованными сторонами И при необходимости проведение тренировочных упражнений.

12. Экспресс оценка и мониторинг. Оценка потребностей и ресурсов обычно включают анализ ситуации с упором на психосоциальный статус пострадавших людей, стрессовые реакции, копинг стратегий, наличие ресурсов и рекомендации по удовлетворению выявленных потребностей. После завершения экспресс-оценки, мониторинг показателей и механизмов может быть инициирован специалистами - психиатрами или психологами.

13. Нарращивание потенциала членов сообщества. Пострадавшие люди, семьи и группы людей прибегают к различным адаптивным и дезадаптивным копинг стратегиям. Роль специалистов в области психического здоровья заключается в обучении и подготовке пострадавших лиц по использованию адаптивных стратегий выживания и приобретению базовых навыков по управлению стрессом. Кроме того, может быть организована подготовка по выявлению признаков стресса и стресс-менеджменту.

14. Мобилизация ресурсов. Эта стратегия включает в себя активацию резервного плана и плана по обеспечению непрерывности производства, составление плана вмешательства, плана по мобилизации профессиональных консультантов, активация сети волонтеров и создание центра доверия.

15. Координация деятельности. В странах СНГ основную координацию осуществляет Министерство по чрезвычайным ситуациям. Во многих других странах механизмы координации психического здоровья реализуются определенной оперативной группой специалистов, созданной центральным или местным правительством. Рекомендуется, чтобы эта оперативная группа специалистов была составлена из представителей различных сегментов, таких как здравоохранение, безопасность, логистика, включала в себя лидеров общин и образования. Председатель группы может быть назначен центральными или местными властями или группой реагирования в чрезвычайной ситуации. Он или она будет нести ответственность за общую координацию действий заинтересованных сторон. Механизмами координации работы обычно являются организация регулярные встречи, обмен электронной почтой, телеконференции, брифинг докладов топ-менеджеров безопасности, медицинских и других аварийно-спасательных команд и т.д.

16. Нарращивание потенциала специалистов и парапрофессионалов. Эта стратегия включает в себя проведение тренингов для психологов-консультантов и психиатров по чрезвычайным ситуациям, обучение, а также организацию тренингов для руководителей, ведущих специалистов, менеджеров и линейных менеджеров по темам, связанным с преодолением стресса.

17. Технические советы лицам, принимающим решения. Эта стратегия включает в себя пропаганду способов оказания помощи пострадавшему населению, решений психосоциальных проблем, внедрения управленческих и технических консультаций институциональными, общественными и государственными лидерами.

Вышеуказанные виды стратегической деятельности составляют перечень мероприятий, которые могут быть реализованы на практике в идеале - с полной поддержкой всех заинтересованных сторон. В действительности, однако, роль психиатров и психологов в рамках

определенных чрезвычайных ситуаций может быть ограничена лишь определенными вмешательствами, например, количество услуг пострадавшим людям может быть лимитировано. Степень их участия в психосоциальной деятельности обычно определяется правительственными чиновниками, общественными лидерами, топ-менеджерами и аварийно-спасательными службами. Окончательная реализация профессиональных рекомендаций будет возложена на лица, принимающие решения, а не на психиатров или психологов. Поэтому особое внимание и энергия должны быть направлены на текущую информационную и пропагандистскую работу с лидерами, предоставление технических консультаций для менеджеров по решению психологических проблем. В странах СНГ главным ответственным органом за решение кризисных ситуаций, как правило, выступает Министерство по Чрезвычайным Ситуациям, в локальном масштабе решением данных проблем занимаются органы местного самоуправления.

Вышеупомянутые вмешательства реализуются в различных формах в зависимости от сложности ситуаций. В некоторых случаях, например, при военных действиях или терактах, или некоторых стихийных бедствиях (например, извержение вулкана) можно предугадать возможный сценарий и, таким образом, принять предварительные меры в отношении чрезвычайных ситуаций. Однако некоторые ЧС трудно предсказать. Например, в одной из стран Латинской Америки эксперты из государственных и международных организаций включили в план действий ряд стихийных бедствий и меры их предотвращения. Однако никто из них не предсказал и не учел бедствия, вызванного землетрясением, что привело к серьезным негативным последствиям. Поэтому рекомендуется, чтобы методы борьбы в чрезвычайных ситуациях были разработаны и продуманы еще до начала предполагаемых разрушений с учетом любых возможных воздействий.

Реализация указанных вмешательств варьируется в зависимости от следующих этапов:

1. Фаза до начала чрезвычайной ситуации или фаза ожидания
2. Фаза пика чрезвычайных ситуаций
3. Период восстановления после активной фазы чрезвычайной ситуации

4. Фаза после чрезвычайной ситуации

Если катастрофа происходит совершенно неожиданно для всех, тогда фазы могут быть разделены только на три последние. Подробная информация о вышеупомянутых мероприятиях рассматривается ниже.

1. **Вмешательства до чрезвычайных и кризисных ситуаций**

Основной целью на данном этапе является разработка эффективного регионального или общинного ответа на предполагаемый кризис или стихийное бедствие для минимизации негативного психосоциального воздействия. Основные стратегические меры воздействия включают в себя оценку, подготовку и развитие потенциала

Оперативная оценка потребностей и ресурсов

В фазе ожидания кризиса экспресс-оценка заключается в предсказании развития чрезвычайной ситуации, анализе имеющихся ресурсов и потребностей в обучении. Эта оценка должна включать не только вероятный сценарий, но и рекомендации по подготовительным действиям. Детальные подробности проведения оценочных работ предоставляются в другой главе.

Усиленный курс подготовки

- Подготовка плана действий в непредвиденных ситуациях для регионов или областей. Примеры предыдущих ситуаций с учетом извлеченных уроков могут быть использованы в качестве шаблона. Это должно включать в себя такие запланированные мероприятия, как мобилизацию и размещение консультантов, а также переселение и план эвакуации местного населения. Координационный центр готовит контрольный список и проверяет его регулярно, чтобы отслеживать процесс работы.

Кроме того организации, работающие в данной сфере должны разработать свои индивидуальные планы обеспечения **непрерывности производства** на предприятиях. Основное внимание в этом плане должно уделяться не только принятию конкретных мер, но и тому, как организация будет продолжать свою деятельность во время и после чрезвычайной ситуации.

Семьи или члены общества могут прорабатывать свои индивидуальные запасные планы действий. Случай, который описан ниже, иллюстрирует семейный план непредвиденных расходов, который был разработан и осуществлен в условиях кризисной ситуации.

Случай из практики

Мустафа, учитель географии в средней школе Багдада, отец двоих детей, был счастлив в браке. В преддверии вторжения коалиционных войск и государственного переворота в стране весной 2003 года, он разработал два варианта плана действий в чрезвычайных ситуациях. Один - остаться в стране во время оккупации и попытаться приспособиться к новым условиям, второй – иммигрировать в одну из соседних арабских стран. В условиях стремительного ухудшения ситуации с безопасностью, семья решила воспользоваться вторым вариантом плана. План содержал подробное описание действий, например, поиск потенциальных мест работы для Мустафы и его жены в стране иммиграции, школы для детей, подготовку плана заполнения документов для иммиграции, определения безопасного пути передвижения в другой стране. Любая деятельность была отмечена на календарном плане. Вскоре Мустафа обнаружил вакансию учителя в Аммане в Иордании. Он подал заявку и успешно прошел собеседование. В то же время его жена нашла работу в качестве медсестры в одной из больниц Аммана. Семья приняла меры для подготовки документов и выезда из страны после окончания учебного года. Они выехали из Багдада в Иорданию летом, и возвращались в Ирак только с целью краткосрочного визита.

- **Механизмы координации** должны быть установлены между различными заинтересованными сторонами, особенно среди психологов-консультантов и психиатров из различных организаций. Важно создать оперативную группу, председатель которой должен нести ответственность за общую координацию. Оперативная группа, как правило, назначается местным или национальным правительством. Как правило, это профессиональные психиатры, которые имеют опыт работы в чрезвычайных ситуациях. В странах СНГ координа-

тор на национальном уровне назначается Министерством по Чрезвычайным Ситуациям. Консультанты обсуждают концепцию мероприятий по урегулированию кризисной ситуации, прорабатывают серию процедур по минимизации травматического стресса, подготавливают стандартизированные инструменты для сбора и оценки данных, подготавливают способы отчетности. Также должны быть созданы партнерские отношения между всеми заинтересованными сторонами, которые принимают участие в психосоциальной поддержке. Это могут быть консультанты, психиатрические учреждения, медицинский персонал, международные организации, НПО, человеческие ресурсы ключевых институтов и внешние консультанты.

- **Упражнения по разыгрыванию (симуляции)** чрезвычайных ситуаций являются важным компонентом работы заинтересованных сторон. В случае ограниченности ресурсов могут быть проведены самые основные тренинги в кабинетных условиях.

Развитие потенциала

- **Местные психиатры и психологи должны быть подготовлены** к оказанию психологических услуг в период кризисных ситуаций. Семинары включают в себя такие темы, как подготовка к экстремальной ситуации, управление чрезвычайными ситуациями, оказание первой психологической помощи.
- **Внешние консультанты** будут направлены в регионы с кризисной ситуацией и должны будут пройти ориентационную программу по культурным аспектам затронутого общества. Это также может относиться к консультантам, которые приезжают из других регионов этой же страны.
- **Добровольные помощники** выбираются среди местного населения. Учебные семинары, как правило, проводятся местными консультантами. Сеть вновь подготовленных помощников контролируется и поддерживается на протяжении всей

чрезвычайной ситуации. Активная сеть контактов включает в себя всех обученных помощников, местных консультантов и специалиста-психиатра. Детали системы работы с помощниками и методы их обучения описаны в специальной главе.

- **Лидеры общества, ключевой персонал, менеджеры и руководители среднего звена** (медицинские работники, полиция, службы безопасности, аварийно-спасательные службы, менеджеры по человеческим ресурсам и другие линейные руководители) могут пройти обучение на различные темы, которые связаны со стрессом, такие как управление стрессом, первая психологическая помощь, подготовка к стихийным бедствиям и т.д. Таким образом, они увеличат свой потенциал по управлению и поддержке пострадавших групп людей.
- **Образование местного населения** проводится с использованием брошюр, листовок, буклетов и социальных каналов. Учебные материалы должны содержать информацию о выявлении признаков стресса, рекомендации по предупреждению и смягчению стресса, копинг-стратегий, помощи близких людей, коллег и т.д.

II. Вмешательства в аварийных и кризисных ситуациях

Во время чрезвычайных и кризисных ситуаций может быть разыграно несколько возможных сценариев. Стихийные бедствия могут быть ожидаемыми или непредвиденными, а в некоторых случаях даже ожидаемые чрезвычайные ситуации развиваются по непредвиденному сценарию. Психосоциальные вмешательства на этом этапе обычно включают мобилизацию ресурсов, текущую оценку, технические консультации менеджеров, обеспечение профессиональными услугами, а также предоставление психологической поддержки. Ниже приведено подробное описание этих вмешательств.

Мобилизация ресурсов:

Если кризисное событие было ожидаемым и необходимые приготовления были сделаны заранее, то вмешательства во время чрезвычайной ситуации полностью опираются на уже заложенные осно-

вы. Если, однако, катастрофа проявляется внезапно, то план вмешательства должен быть разработан в кратчайшие сроки. В таких случаях опыт работы в аналогичной чрезвычайной ситуации в других регионах может быть использован в качестве модели для решения текущих проблем. Таким образом, все мероприятия, связанные с мобилизацией ресурсов можно разделить на следующие этапы:

- **Активация резервного плана** в случае ожидаемой ситуации. План действий в чрезвычайных ситуациях может быть скорректирован, если это необходимо, а затем воплощён в действие. На институциональном уровне **активация плана обеспечения непрерывности производства** остается одной из важнейших задач
- **План вмешательства.** Кроме того, если чрезвычайная ситуация внезапна и резервный план отсутствует, то аварийно-спасательным службам необходимо разработать с нуля комплексный план вмешательства. Психиатры разрабатывают комплексный план психосоциального вмешательства. Эта деятельность постоянно корректируется в соответствии с изменениями в ходе кризисной ситуации.
- **Мобилизация консультантов.** В соответствии с международным опытом, необходимость консультирования и оценки психического здоровья огромна, особенно в начале любой чрезвычайной ситуации или кризиса. Проблема может быть устранена путем мобилизации консультантов, которые имеют опыт работы в кризисных центрах. Выбор консультантов осуществляется с учетом различных критериев, таких как гендерный баланс, знание языка, культурные традиции и т.д. Это, вероятно, один из лучших способов вовлечения профессионалов. Однако если нужна консультация, которая превышает доступные человеческие ресурсы по охране психического здоровья, специалисты из соседних стран или регионов становятся дополнительной силой. Мобилизация консультантов обычно выполняется Председателем Оперативной Группы или назначенным координатором. В странах СНГ координатор назначается Министерством по чрезвычайным ситуациям.

Для того, чтобы избежать усталости от постоянного сочувствия и выгорания на работе, рекомендуется, чтобы консультанты работали посменно, как правило, каждые три-четыре недели. Для каждого консультанта должен быть предусмотрен механизм мониторинга со стороны коллег и супервизия. Консультанты должны иметь возможность получать советы по работе от Председателя оперативной группы или координатора.

Координация. Привлечение местных консультантов и возможность приезда иностранных специалистов в случае чрезвычайных ситуаций требует постоянной координации действий, чтобы предотвратить дублирование деятельности. Рекомендуется общая политическая координация, при которой будет назначен один координатор от страны и / или на региональном уровне. Эта координация может быть выполнена одним из руководителей Оперативной Группы. В странах СНГ общую координацию деятельности служб охраны психического здоровья, как на центральном, так и на местном уровне осуществляется соответствующими специалистами Министерства по Чрезвычайным Ситуациям.

Во время чрезвычайных ситуаций различные международные организации, бизнес-компании, а также корпоративные организации назначают своих советников в пострадавшие регионы для предоставления услуг своему институциональному персоналу. Кроме того, некоторые международные организации и НПО нанимают психиатров для оказания помощи пострадавшему населению. На основе информации о размещении консультантов из различных организаций, координатор может составить Карту Человеческих Ресурсов, которые работают в пострадавшем регионе с указанием имен, ведомственной принадлежности, целевой группы, географического положения в пострадавшем регионе и предполагаемой датой мобилизации и отъезда.

Карта размещения консультантов

№	Имя	Агентство	Целевая Группа	Расположение	Дата Размещения	Заметки
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

Очень важно создать механизмы координации с учетом всех профессиональных ресурсов. Координационные механизмы включают в себя регулярные встречи консультантов на пострадавшей территории. Участие местного координатора наряду с другими лицами, принимающими решения (руководители общин, аварийно-спасательных служб, местных руководителей, международных и национальных организаций, сотрудники службы безопасности и т. д.) является желательным. Координация осуществляется также с помощью электронной почты, телефонных звонков, Skype, непосредственных встреч и т.д.

Необходимо помнить, что техническая координация включает в себя несколько взаимосвязанных видов деятельности, таких как:

- **Коммуникация** - обмен информацией о событиях, при котором указывается общее количество людей, количество пострадавших, выявление имеющихся ресурсов, статистика о психосоциальных потребностях населения, описание реакции правительства, разбор запланированных вмешательств, меры содействия прогрессу, а также перечень других фактов.
- **Координация** предполагает повышение эффективности мер вмешательств, предпринимаемых различными субъектами, таких как местными органами власти, аварийно-спасательными службами, местными психиатрами, неправительственными и международными организациями, и т.д. Это связано с реализацией соглашений, сделанными различными заинтересованными сторонами. Несмотря на различия между учреждениями, действующими в этой области, координация различных субъектов позволяет оказывать помощь пострадавшему населению без дублирования и избыточности действий. Координируются виды деятельности, выполняемые различными организациями, связанные с ответами на такие вопросы как «что», «кто», «где», «как» и когда выполняет.
- **Кооперация (Партнерство)** - это следующий шаг, который отражает согласованную модальность взаимодействия между различными организациями в их совместных усилиях по удовлетворению психологических потребностей пострадавших регио-

нов. Партнеры соблюдают правила сотрудничества, что требует согласования деятельности в реализации вмешательств. Например, в соответствии с соглашением о сотрудничестве, психологи могут оказать консультативные услуги пострадавшим группам населения, в то время как социальные работники могут помочь той же группе в решении социальных проблем. Обе заинтересованные стороны помогают по-своему, поэтому нельзя говорить о совместном результате вмешательства.

- **Сотрудничество** является совместным взаимодействием различных субъектов, цели которых направлены на реализацию конкретных действий с достижением определенных результатов. При совместной работе с той же группой сообщества, различные участники партнерских отношений могли бы сосредоточиться на достижении одних и тех же результатов. Например, врачи общего профиля, врачи-психиатры и местные руководители могут провести краткий курс обучения для волонтеров. Три субъекта совместно разрабатывают единый пакет учебных материалов, который может включать оказание первой медицинской помощи, первой психологической помощи, и социальной помощи в условиях чрезвычайной ситуации с учетом местных условий. Они создают новый пакет услуг, который будет использован для подготовки определенного количества помощников и волонтеров, достаточного для обеспечения парапрофессиональной поддержки пострадавшим группам людей.
- **Активация или создание сети помощников из числа членов сообщества.** Мобилизация общественных помощников является важной частью общей мобилизации ресурсов. Реализация идеи по подготовке помощников проводится под постоянным контролем специалистов в области психического здоровья. Если выбранные помощники не были обучены до наступления чрезвычайной ситуации, то группа добровольцев формируется как можно скорее и обучается при помощи проведения краткосрочных семинаров.
- **Создание 24/7 центров психологической помощи.** Такой центр становится важным компонентом в реализации насущных психологических потребностей населения. Центр горячей линии должен быть создан везде, где это только возможно - в пострадавшем регионе или в стране в целом. В некоторых случаях центр психо-

логической помощи может быть организован в местах перемещения или эвакуации, которые могут быть либо в соседнем регионе или в соседней стране. Операторы центра, как правило, добровольцы с необходимой подготовкой по оказанию первой психологической помощи по телефону. Необходимы специальные помещения и затраты для установки соответствующего оборудования для связи. Создание такого проекта может быть инициировано государственными структурами, НПО, частными организациями.

Проведение быстрой оценки и мониторинга

Если детальная оценка не была проведена до кризиса, то она должна быть выполнена как можно скорее. Но даже если оценка и была проведена ранее, аварийно-спасательные службы должны адаптировать мониторинг в соответствии с новыми реалиями, так как ситуация не всегда предсказуема и изменяется стремительно.

Оценка должна охватывать следующие области:

- Анализ ситуации
- Стресс-факторы
- Стресс-смягчающие и стресс-отягчающие факторы
- Результаты действия стресса
- Стрессовый ответ
- Оценка копинг-стратегий,
- Анализ ресурсов
- Рекомендации

Оценка обычно начинается с анализа текущей ситуации и психосоциального статуса пострадавших людей и завершается рекомендациями по решению существующей проблемы. Как упоминалось выше, подробности оценки представлены в отдельной главе.

Технические консультации для менеджеров и руководителей среднего звена

Результаты оценки служат важным инструментом проведения технических консультаций для лиц, принимающих решения и лиде-

ров сообщества, а также для обеспечения психологических потребностей. В соответствии с международным опытом, лица, принимающие решения, а также общественные лидеры, демонстрируют отрицание или неведение по отношению к травматическому стрессу пострадавшего населения. В связи с этим, следующие усилия могут повысить осведомленность и даже изменить существующее положение вещей:

Просвещение (*advocacy*). Двусторонние дискуссии, групповые встречи, сессии между психиатрами и лидерами общества, менеджерами, приводят, как правило, к общему положительному влиянию. Просветительскую деятельность легче организовать в рамках существующих форумов, таких как совещания оперативной группы, где можно повышать осведомленность о психосоциальных потребностях населения при помощи кратких презентаций.

Управленческие консультации. Роль консультанта в чрезвычайных ситуациях заключается в оказании помощи общественным лидерам, руководителям и менеджерам по вопросам их собственного благополучия, а также оказание помощи аварийно-спасательным службам и пострадавшему населению. Рекомендации в ходе консультаций обычно включают в себя вмешательства органов местного самоуправления, обмен информацией на различных уровнях, руководство для пострадавшего населения, усилия по воссоединению семей.

Одна из актуальных проблем аварийно-спасательных служб, которые были помещены в критические зоны – это **эйфория от выполняемой миссии**, которая, как правило, выражается перенапряжением, гиперреактивностью, готовности брать на себя задания, постоянной открытостью для любых инициатив, отсутствием критического восприятия любых заданий и т.д. Эйфория от выполняемой миссии может привести к перегоранию человека или усталости от сострадания. Ролью консультантов становится информирование руководителей в отношении этих вопросов и рисков. Еще один важный аспект роли консультанта – это помощь менеджерам в предотвращении влияния институциональных и командных проблем на отдельные лица, или, наоборот, влияния отдельных управленческих проблем на работу команды в целом.

Технические консультации. Рекомендации по управлению стрессом могут быть даны как физическим лицам, так и малым и большим группам, например, семьям, организациям, сообществам. Рекомендации обычно включают следующие аспекты:

- Прохождение подготовки по вопросам чрезвычайных ситуаций и кризисов;
- Совершенствование знаний о признаках и симптомах стресса;
- Обучение навыкам по борьбе с кризисом;
- Создание персонального антикризисного плана до наступления чрезвычайных обстоятельств;
- Реализация личного антикризисного плана во время чрезвычайной ситуации;
- Получение профессиональной ориентации о методах борьбы с кризисом при первой возможности, если курс обучения не был заранее проведен;
- Повышение осведомленности через индивидуальные и групповые дискуссии, а также через информационные материалы (брошюры, электронные бюллетени);
- Обеспечение поддержки со стороны сверстников и при необходимости запрос о поддержке со стороны членов семьи, соседей, коллег;
- Уменьшение давления на себя и на других

Точно так же, семьи и группы лиц могут быть снабжены соответствующими рекомендациями:

- Получение общего докризисного обучения по управлению чрезвычайными ситуациями;
- Создание семейного или командного антикризисного плана;
- Прохождение подготовки по необходимым навыкам до наступления кризиса;
- Реализация плана по урегулированию кризисов;
- Участие в групповых обсуждениях с упором на образование;
- Создание семейных и групповых занятий;
- Минимизации внутреннего давления на семью или членов команды;

- Обеспечение поддержки членам группы главами семей или руководителями

Более крупные общественные группы и институты могут быть обеспечены следующими рекомендациями:

- Подготовка запасных планов или планов обеспечения по непрерывности деятельности для организаций;
- Организация общего докризисного обучения по управлению чрезвычайными ситуациями для членов общества или институционального персонала;
- Проведение тренингов по навыкам поведения в докризисной ситуации;
- Создание команды по реагированию на экстренные ситуации;
- Обеспечение профессиональной ориентации на методы борьбы во время кризиса, если обучение не было получено заранее;
- Организация общих собраний до и после наступления чрезвычайной ситуации
- Минимизация давления на членов общества и институционального персонала;
- Поиск дополнительных ресурсов (технических, человеческих, финансовых, временных) для членов сообщества и учреждений

Наращивание потенциала

Наращивание потенциала в рамках учебной деятельности стратегически нацелено на психиатров, общественных помощников, а также на население в целом:

- **Профессиональная подготовка.** Быстрое обучение по управлению кризисом проводится для консультантов, психологов и психиатров, если это не было сделано до наступления чрезвычайной ситуации. Если тренинг был проведен в период ожидания кризиса, то консультантам предоставляются последние сведения, результаты оценки потребностей, а также план действий.

Содержание обучения включает в себя следующие темы:

- Управление стрессом, предотвращение и смягчение последствий;
- Базовый стресс, кумулятивный стресс;

- Задачи психиатра, роль консультанта по управлению стрессом;
- Психологическая уязвимость членов сообщества;
- Предоставление психосоциальной помощи в среде с высоким риском;
- Чрезвычайные ситуации и стихийные бедствия, психосоциальные аспекты;
- Фазы процесса развития травм: кризис, острый стресс, острое стрессовое расстройство, ПТСР;
- Посттравматическое развитие и изменения личности в результате перенесенной катастрофы;
- Развертка специалистов в области психического здоровья во время кризиса;
- Психологические вмешательства;
- Работа в случае суицидов;
- Работа в случае реакций утраты и горя;
- Методы работы с заложниками;
- Предотвращение сексуальных домогательств;
- Психологическое давление;
- Культурное разнообразие и его влияние на работу психосоциальной службы

Методология обучения, как правило, является интерактивной. Следующие методики обычно используются во всех сессиях:

- Краткая вводная часть на пленарном заседании с последующим разъяснением пленарных дискуссий и мозговых штурмов;
- Обсуждение в малых группах и мозговой штурм сфокусированы на обмене опытом, передовой практики, решений проблем и т.д. Все случаи, представленные участниками в соответствии с их профессиональным опытом, пересматриваются и анализируются с учетом извлеченных уроков и рекомендаций на будущее;
- Тематические исследования, исходя из опыта членов группы, анализируются как на пленарных заседаниях, так и в небольших группах;
- Использование ролевых игр в процессе тренинга;

- Получение мнений об общем ходе тренинга на пленарном заседании;
- Заключительные замечания на пленарном заседании от участников и наблюдателей.
- **Обучение помощников и волонтеров.** Если обучение добровольцев было проведено в период ожидания кризиса, то группы помощников могут быть мобилизованы после короткой встречи по теме руководящих принципов и общего плана действий. Если никакого обучения не было проведено до наступления чрезвычайных обстоятельств, то краткие тренинги проводятся для выбранной группы добровольцев. Содержание обучения включает обычно следующие вопросы:
 - Реализация программы помощников и волонтеров
 - Управление стрессом
 - Связи с общественностью
 - Управление в чрезвычайных ситуациях
 - Оказание первой психологической помощи
 - Телефон доверия
 - Как справиться с потерей близкого человека
 - Психологические и сексуальные домогательства (*harassment*)
 - Эффективные методы помощи (парапрофессиональной)
 - Эффективные техники психологического вмешательства
- **Образование для пострадавшего населения.** Общественное образование для всех пострадавших лиц осуществляется через различные просветительские материалы (брошюры, листовки, бюллетени и т.д.), а также при помощи организации больших групповых встреч между членами общества и профессионалами. Ниже предоставлен пример листовки, которая была подготовлена для пострадавших от стихийного бедствия в Юго-Восточной Азии.

Взаимная психологическая поддержка

Место _____ *Разработано психiatрами-консультантами* *Дата:* _____

Взаимная психологическая поддержка во время кризиса:

Вследствие разрушительного циклона было ранено много людей из нашего региона. Когда люди попадают в чрезвычайные и кризисные ситуации, они, как правило, собираются воедино и ожидают друг от друга помощи и поддержки.

Каждая кризисная ситуация приводит к стрессу, что может проявиться практически в любой форме и в любой промежуток времени.

Вот некоторые **общие признаки** высокого уровня стресса:

- ❖ Постоянная тревога, напряженность, невозможность отдохнуть или расслабиться
- ❖ Нарушения сна и аппетита

Что мы можем сделать, чтобы сохранить наш собственный уровень стресса под контролем в напряженных ситуациях?

- ❖ Старайтесь поддерживать свой режим в надлежащем балансе работы и отдыха. Если вы переужены, попытайтесь договориться о выделении дополнительных ресурсов.
- ❖ Регулярно делайте перерывы, особенно если у вас трудности с концентрацией внимания.
- ❖ Максимально используйте свои возможности расслабления, чтобы смягчить стресс. Планируйте отдых заранее.
- ❖ Избегайте наркотиков, чрезмерного употребления алкоголя, табака и кофеина.

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Необъяснимые проблемы со здоровьем, такие как головная боль, ригидность мышц во всем теле, боли в желудке или расстройство кишечника ❖ Хроническая усталость ❖ Трудность в концентрации. ❖ Сложности в запоминании ❖ Раздражительность ❖ Снижение терпимости к разногласиям. ❖ Несоблюдение мер безопасности 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Питайтесь регулярно и получайте достаточное количество сна. ❖ Практикуйте регулярные физические упражнения и техники релаксации, такие как глубокое дыхание, медитация и небольшая растяжка. ❖ Попытайтесь создать баланс между активной и пассивной деятельностью. ❖ Делитесь проблемами и чувствами с коллегами и друзьями в подходящее для этого время. ❖ Поддерживайте других. Это очень полезный способ уменьшить собственный уровень стресса. ❖ Будьте рядом с другом, который нуждается в поддержке, но одновременно не забывайте о своих собственных потребностях. ❖ Максимально используйте время, чтобы минимизировать стресс и подкрепить силы.
--	--

<p>Что мы можем сделать, чтобы помочь другу, соседу или коллеге?</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Дайте ему/ей понять, что вы рядом и готовы помочь ❖ Слушайте с сочувствием и советуйте, избегайте осуждений ❖ Будьте терпеливы с друзьями, соседями, коллегами. Не воспринимайте их гнев сильно близко к сердцу ❖ Признайте его или ее разочарования, однако не усиливайте их. ❖ Избегайте критики, а когда это действительно необходимо, то старайтесь быть максимально деликатными. 	<p>Что могут предпринять лидеры и менеджеры, чтобы уменьшить напряжение и стресс в сообществе?</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Убедитесь, что люди под вашим контролем получают своевременную информацию включающую, по меньшей мере, ответы на 5 вопросов: <ol style="list-style-type: none"> 1. Что же произошло? 2. Что было сделано или делается? 3. Что рекомендуется дальше? 4. Кто может предоставить дополнительную помощь или информацию?
---	--

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Поощряйте и цените затраченные усилия, а не только успех. ❖ Направляйте коллегу к консультанту, если вы чувствуете, что не в состоянии обеспечить ему/ей необходимую поддержку. 	<p>1. Какие планы на будущее?</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ При первой возможности познакомьте новых прибывающих с остальными пострадавшими. ❖ Убедитесь, что персонал делает перерывы и получает достаточный отдых. ❖ Постарайтесь выявить проблемы каждого и обеспечить эффективную поддержку. ❖ Поощряйте каждого за вклад в усилия по предотвращению кризиса ❖ Преодоление стресса - это процесс, поэтому избегайте оказывать давление на других
<p>Контактная информация доступных в регионе консультантов и психиатров</p>	

Профессиональная служба оказания помощи

Профессиональные услуги в периоды кризисов и чрезвычайных ситуаций включают оказание первой экстренной психологической помощи, индивидуальные и групповые занятия, консультации, психологические опросы, направление в медицинские учреждения, поддержку пострадавших во время их переселения.

- **Сортировка пострадавших.** Цель сортировки заключается в определении степени травматического воздействия с целью выявления приоритетных мер действий в зависимости от тяжести состояния людей. Сортировка обычно используется для приоритетных медицинских услуг в соответствии с тяжестью состояния пациентов. Тем не менее, она также используется для психологической помощи. Понятие «*непрерывная интегрированная сортировка*» применяется в условиях массовых кризисных ситуаций, влияющих на психосоциальное здоровье людей.

Все оставшиеся в живых, как правило, делятся на следующие группы:

1. **Первичные пострадавшие (или *выжившие*)** - люди, которые испытали максимальное воздействие, как с точки зрения продолжительности, так и интенсивности;
2. **Вторичные пострадавшие** скорбят по родственникам и друзьям, которые пали жертвами катастрофы;
3. **Третичные пострадавшие** – это представители аварийно-спасательных служб, которые поддерживают общество посредством своей профессиональной деятельностью;
4. **Четвертый уровень пострадавших** - члены сообщества, которые участвуют в разрешении проблем в результате стихийного бедствия, оказывая помощь пострадавшим;
5. **Пятый уровень пострадавших** включает тех, который косвенно попал под влияние чрезвычайных ситуаций.

В соответствии с результатами сортировки, выделяются следующие группы лиц, подвергшихся наибольшему уровню дистресса:

- **Лица с психотическим или диссоциативным поведением.** Требуется немедленная профессиональная медицинская помощь. Лица с симптомами острого психотического расстрой-

ства, признаками диссоциации, тяжелыми когнитивными нарушениями, агрессивным и деструктивным поведением, явными суицидальными наклонностями, галлюцинациями и бредовыми идеями.

- **Лица, утратившие контроль над поведением.** Тем людям, которые теряют контроль над своими эмоциональными реакциями и поведением, как правило, необходимо оказать немедленную психологическую помощь. В этом участвует профессионал или специалист-практик. Некоторые из них могут потребовать дополнительного вмешательства, такого как направление в психиатрические учреждения.
- **Лица с нарушенным поведением.** Лица с выраженными признаками стресса требуют профессионального вмешательства в виде групповых или индивидуальных консультаций.
- **Лица с психотическими эпизодами в анамнезе.** Особое значение приобретает выявление лиц, которые относятся к этой группе и определение факторов риска. Они должны находиться под пристальным контролем и, при необходимости, помещены в психиатрические учреждения.
- **Лица с умеренно проблемным поведением.** Лицам, поведение которых включает такие признаки стресса как нарушения сна и питания, плохое настроение и чувство изоляции, потребность в алкоголе или наркотиках, необходимо тщательное наблюдение. Желательно обеспечить им чувство уверенности и защиты.
- **Лица с сохранным поведением, проявляющие выраженное беспокойство.** Эта группа включает в себя лиц, которые обеспокоены, но, тем не менее, в состоянии функционировать хорошо. Им требуется психологическая поддержка местных консультантов.
- **Лица с умеренными признаками стресса.** Эта группа включает в себя тех, которым удалось справиться с кризисной ситуацией достаточно эффективно. Эти люди могут оказывать помощь другим. Тем не менее, даже они нуждаются в поддержке со стороны аварийно-спасательных служб и руководителей сообщества.

Первая психологическая помощь

Первая психологическая помощь может быть оказана психиатрами, общественными помощниками или сотрудниками аварийно-спасательных служб, прошедших соответствующее обучение. Важно помнить, что первая психологическая помощь обычно обеспечивается в тех случаях, когда пострадавшие теряют контроль над своим поведением, и, следовательно, могут быть опасны для себя и окружающих. Это лица с суицидальными мыслями или склонные к рискованному поведению. Если поведение пострадавших людей является опасным для себя или других, первая психологическая помощь должна быть предоставлена немедленно и вне зависимости от согласия тех, кому эта помощь адресована. Подробная информация о первой психологической помощи отражается в специальной главе.

• Консультации

Проведение индивидуальных и групповых консультаций - одно из наиболее эффективных мероприятий. Эти услуги оказываются лицам, принимающим решения, руководителям сообществ и возможным клиентам.

Консультации проводятся как индивидуально, так и в группах. Основным преимуществом отдельного сеанса является сосредоточенность специалиста на индивидуальном опыте пострадавшего, для которого его/ее переживания кажутся уникальными. Однако групповые занятия позволяют добиться признания и поддержки со стороны других и конструктивно поработать с чувством уникальности личного опыта.

Основная цель консультирования заключается в оказании помощи пациенту, в целях восстановления функционирования и улучшения качества жизни. Задачей консультирования в чрезвычайных ситуациях становится предоставление возможности пострадавшим людям поделиться своим травматическим опытом, а также повысить их знания о профилактике острого стресса и смягчении его последствий, расширить возможности решения проблем. Кроме того, участники групповых занятий получают групповую поддержку, что обеспечивает чувство сплоченности.

Обмен опытом и чувствами, как правило, достигается через описание событий, мыслей, эмоциональных реакций на травматический промежуток времени и на настоящий период. Тем не менее, в некоторых культурах обмен переживаниями не приветствуется, и пострадавшие представители этих культур не изъявляют желания рассказывать о своих переживаниях, что может затруднить ход групповых занятий. Кроме того, в некоторых традиционных культурах не приветствуется, когда молодые люди говорят о своих проблемах в присутствии старших членов общества. В таких случаях не рекомендуется заставлять молодых людей делиться своим опытом. Однако даже менее активное участие в групповых дискуссиях все же сыграло позитивную роль. Пострадавшие могут обратиться и за индивидуальными консультациями. Более того, некоторые пострадавшие могут контролировать свои внутренние переживания до такой степени, что посторонние приходят к неверным выводам о незначительности воздействия происшествия.

*Например, во время консультации, одна из пострадавших молодых женщин в Южной Азии говорила о смерти своей матери с легкой улыбкой на лице. Другой человек из того же сообщества описал смерть отца *vнешне спокоинт* голосом. На основании подобных случаев, приглашенный консультант из западной страны пришла к неправильному выводу, что местное население не было слишком потрясено произошедшим и что оно не нуждается в профессиональной помощи. Однако местные психиатры не согласились с ее предположением и продолжали оказывать комплексные услуги для пострадавших.*

Иногда сессии группового консультирования путают с психологическим дебрифингом, возможно, потому что когнитивный подход используется как в первом, так и во втором случае. Тем не менее, главное отличие состоит в том, что сессии группового консультирования значительно менее структурированы, чем дебрифинги. Консультирование не так линейно и предусматривает различные вариации хода групповых заданий. Консультирование сосредоточено гораздо больше на механизмах групповой поддержки, и куратор может позволить себе быть гибким. В соответствии с опытом работы в различных чрезвычайных ситуациях, индивидуальные или

групповые консультации являются гораздо более эффективными, если проводятся повторно, куратор не меняется и группа успевает привыкнуть к нему/ней.

Текущие проблемы нередко включают в себя необходимость решения ситуаций, связанных с тяжелой потерей близких людей во время и после чрезвычайных ситуаций, особенно когда гибель того или иного человека была официально подтверждена. Эффективная стратегия включает в себя скоординированные усилия общественных помощников, поддержку со стороны лидеров общин и оказание профессиональных медицинских услуг.

Одним из важных компонентов консультирования - это признание страдания людей. В этой связи, рекомендации типа «прекратить или предотвратить негативные мысли» недопустимы. Оставшиеся в живых должны знать, что как положительные, так и негативные мысли и переживания являются важной частью адаптации человека к окружающей среде. Во многих случаях оставшиеся в живых ожидали от консультанта проведения только одноразовой консультации, в то время как на самом деле, особенно в сложных чрезвычайных ситуациях, одного раза бывает недостаточно. Консультанты должны перечислить клиенту все возможные варианты долгосрочного консультирования. Важно, чтобы психолог - консультант учел все риски, связанные с возможностью гипердиагностики и необоснованного лечения. Наиболее часто путаница в чрезвычайных ситуациях происходит, когда типичные признаки травматического стресса (не достигающие степени расстройства) диагностируются как симптомы острого стрессового расстройства (или острой реакции на стресс в формате МКБ – 10) или посттравматического стрессового расстройства.

Кроме того, недостаток информации о предыдущем состоянии пациента может привести к постановке безосновательных диагнозов и осложнить терапевтическое вмешательство. Например, когда у пациента с долгой историей клинической депрессии случился рецидив во время чрезвычайной ситуации, психиатр охарактеризовал его текущее состояние как случай травматического стресса.

Еще одной проблемой становится недооценка руководителями сообществ и общественными помощниками состояния пострадав-

ших людей, что (непреднамеренно) может помешать пострадавшим получить консультацию и поддержку.

- **Направление в медицинские учреждения**

Направление в медицинские учреждения, как правило, осуществляется психиатрами совместно с другим медицинским персоналом. Направление рекомендуется всем лицам с психическими расстройствами, в первую очередь, с острым стрессовым расстройством и посттравматическим стрессовым расстройством, в случаях, связанных с сексуальным насилием, с суицидальными мыслями, с склонностью к уголовным преступлениям, и глубоко травмированным.

Направление в психиатрические учреждения вызывает проблемы, обусловленные следующими причинами:

- Стигма, связанная с психиатрическими службами и консультированием, является одной из главных причин избегания специализированной помощи.
- Еще одна проблема связана с умышленной маскировкой проблем со здоровьем, непреднамеренным сокрытием проблем, связанных со стрессом
- В некоторых случаях психиатры становятся предвзятыми и чрезмерно мнительными по отношению к потенциальной выгоде клиента и сами препятствуют направлению в медицинские учреждения.
- Особый интерес представляет «синдром старого сержанта», что представляется собой форму борьбы с усталостью (выгорание или износ). Данные понятия были описаны американским психиатром (Sobel R, 1947, 1949). Автор отметил, что изначально преданные делу солдаты после длительного участия в военных действиях, становились бесчувственными. Данный синдром может наблюдаться у работников некоторых аварийно-спасательных служб.
- В ряде стран направление в медицинские учреждения проблематично просто из-за отсутствия специализированных услуг.
- Некоторые психиатры склонны рассматривать все только с психологической точки зрения, а не проводить углубленные клинические обследования, как это показано ниже, в случае из практики 2.

Случай из практики 2.

Ситуация с безопасностью в Пакистане после 2008 года начала стремительно ухудшаться. К местным психиатрам стали обращаться люди с различными признаками травматического стресса. Один из местных учителей как-то впервые посетил психиатра. Клиент внешне был довольно организован, говорил тихим голосом и последовательно излагал свои мысли на протяжении всего интервью. В течение всей сессии он оставался спокойным и собранным. Клиент рассказал о некоторых моментах, которые его беспокоили. Они были связаны с напряженной ситуацией в стране. Он жаловался на нарушение сна, плохое настроение, боли в желудке. Он также отметил, что соседи отделились от него и отношения между жителями его деревни уже не такие, как прежде. Профессионал-психиатр эмпатийно выслушал клиента, поставил диагноз острого стрессового расстройства и дал ряд рекомендаций.

На следующий день этот же клиент пришел снова и в том же тоне перечислил те же жалобы. Он снова выглядел организованно и спокойно. На этот раз психиатр был более внимательным, и в ходе довольно долгого обсуждения выявил признаки галлюцинозно-параноидного синдрома с многочисленными слуховыми галлюцинациями, идеями преследования и чувства воздействия внешних сил. К концу интервью клиент признался, что он неоднократно получал лечение от шизофрении в одной из больниц. Психиатр немедленно направил клиента в ближайшую психиатрическую больницу.

- **Вмешательства со стороны большой группы**

Эти мероприятия обычно проводятся лицами, принимающими решения, сотрудниками службы безопасности или лидерами сообществ с участием специалистов в области психического здоровья с тем, чтобы проинформировать большую группу населения о ситуации и мерах, предпринятых властями. Как правило, эти встречи реализуются через городские собрания с доступом для всех заинтересованных лиц. Последние, как правило, включают интерактивные дискуссии между менеджерами и аудиторией. Роль психиатров заключается в предоставлении возможности обсудить вопросы по управлению стрессом или по проблемам психического здоровья, а также ответить на вопросы

из зала. Общие собрания особенно важны на ранних стадиях чрезвычайных ситуаций, хотя это также необходимо проводить во время промежуточной и конечной фаз.

- **Оказание поддержки выжившим во время эвакуации и переселения**

В дополнение к травме в результате чрезвычайного положения, переселение внутри региона или страны, эвакуация в другое государство представляет дополнительный травмирующий опыт для пострадавших людей. Перемещение и эвакуация группы может быть выполнена в целях обеспечения безопасности, в то время как эвакуация малых групп может быть реализована в медицинских целях. Поддержка обычно осуществляется психиатрами или волонтерами на всех трех этапах переселения, а именно:

- Перед переездом, при подготовке к путешествию (как правило, в пунктах отправления);
- Во время перевозки, когда группа помощников или консультантов сопровождает потерпевших на самолете, судне или транспортном средстве;
- По прибытию на место, когда другие помощники и профессионалы встречают эвакуированных в точке приема.

- **Специальные мероприятия по предотвращению самоубийств и преступных действий**

Суицидальный риск и опасность совершения преступных действий зачастую недооценивается, либо отрицается лицами, принимающими решения. Следует также учитывать влияние культуры, накладывающей запрет на суицидальные мысли и поведение.

Оказание психосоциальной поддержки

- Организация психосоциальной поддержки со стороны парапрофессионалов так же важна, как и оказание профессиональных услуг. Надзорные функции в области психического здоровья включают в себя:
 - Организацию и координацию парапрофессиональной поддержки, оказываемой помощниками из членов сообщества;

- Надзор по оказанию первой психологической помощи, выполняемый другими членами сообщества, например, службой безопасности, младшим и средним медицинским персоналом, волонтерами;
- Предоставление срочной психологической поддержки квалифицированными помощниками пострадавшим гражданам в режиме 24/7. Деятельность помощников находится под контролем назначенных специалистов-психиатров.

III. Вмешательства во время восстановительного периода

Переход от острой фазы ЧС на посткризисный этап не всегда очевиден. Чаще всего этот переход происходит постепенно. Основные показатели посткризисной фазы, как правило, связаны с отсутствием дополнительных травмирующих событий и с постепенным возвращением к нормальной жизни. Тем не менее, психосоциальные потребности пострадавших людей необходимо решать по-прежнему, хотя и в меньшем, чем ранее, масштабе.

Основные психосоциальные проблемы для общества на данном этапе состоят в принятии катастрофы на эмоциональном уровне (ответить на вопрос «почему это произошло?») бывает невероятно трудно), что, как правило, сопровождается печалью, гневом, разочарованием, отчаянием («Почему это случилось со мной и с нами?»), обвинениями правительства, политиков, ученых. Общественные ценности и морали могут быть поставлены под угрозу. Дополнительные проблемы могут включать трудности с репатриацией, необходимостью функционировать в новых изменённых реалиях, физическим недомоганием, нарушением предыдущей социальной сети и т.д. Всеобъемлющие психосоциальные вмешательства могут способствовать плавному переходу от разочарования и горя к последующему восстановлению.

Основные меры на спаде пика ЧС включают оказание профессиональных услуг по психологической поддержке, наращивание потенциала обслуживания, координацию и управление ресурсами, технические консультации для лидеров сообщества и общую оценку пройденного этапа.

Оказание качественных профессиональных услуг включает в себя следующее:

- **Консультирование.** Многим из пострадавших понадобятся профессиональные услуги. Таким образом, консультирование должно быть непрерывным. В некоторых случаях существует необходимость предоставления услуг новым пострадавшим. В других случаях есть необходимость возобновления услуг для лиц, которые ранее уже получили консультативную помощь. Особое внимание стоит уделить пострадавшим с отсроченной реакцией на стресс.
- **Обращение к уязвимым слоям населения.** Доступ к услугам должен быть гарантирован для всех людей, с особым упором на уязвимые группы. Это очень важно для оценки состояния психического здоровья тех лиц, которые по разным причинам не были обследованы ранее. Помощь может быть оказана индивидуально или в группах.
- **Ведение случаев с отсроченным началом.** Отсроченное начало ОРС, ПТСР и других психических расстройств - не редкость во время посткризисного периода. Своевременное выявление этих нарушений необходимо для направления пациентов в психиатрические клиники.
- **Ведение случаев хронического изменения личности после катастрофы.** У выживших после чрезвычайных и кризисных ситуаций отмечаются определенные личностные изменения. Положительные изменения включают в себя тот комплекс признаков, который обычно определяется как “посттравматический рост” (*Post Traumatic Growth*) (Tedeschi & Calhoun, 1996; Tedeschi & Calhoun, 2004; Linley & Joseph, 2004; Berger & Weiss, 2006). Посттравматический рост, по мнению авторов, считается одним из способов совершенствования, переосмысления жизни, изменения представлений о приоритетах, сопровождается улучшением интимных отношений, ощущением внутренней силы и признания новых перспектив духовного развития (Tedeschi, & Calhoun, 1996).

Отрицательные посттравматические изменения личности, как описано Метелица Ю.Л. (1975), могут быть проявляться следующими клиническими вариантами:

- Постепенное развитие посттравматических изменений в случаях с астеническими, психоастеническими, истерическими акцентуациями;
- Развитие личности заключается в изменении ранее отмеченных преморбидных характеристик;
- Появление дополнительных психотических включений

Все клиенты с негативными личностными изменениями должны быть направлены в психиатрические учреждения для долгосрочной психотерапии и, возможно, лечения.

Оказание психосоциальной поддержки

- **Оказание поддержки пострадавшим людям.** Некоторые из пострадавших лиц подвержены затяжным стрессовым реакциям, им может потребоваться не только услуги консультантов, но и психологическая поддержка со стороны общественных помощников и волонтеров.
- **Оказание помощи в случае отсроченного появления признаков расстройства.** В некоторых случаях травматические или кумулятивные признаки стресса могут быть отсрочены. Ответственные группы, соседи и семьи, сами испытывающие признаки травматического стресса, могут не заметить признаки или симптомы стресса у других, в том числе и у ближайших лиц. Таким образом, роль общественных помощников, особенно в отдаленных районах, особенно важна. Они могут помочь не только с идентификацией, но и с направлением этих лиц на профессиональное лечение.

Наращивание потенциала

- **Техническая помощь для консультантов.** После чрезвычайных ситуаций рекомендуется проводить простую в реализации оценку эффективности психосоциальной помощи с участием всех консультантов. Могут проводиться тематические исследования. Особое значение на данном этапе уделяется вводному тренингу по

профилактике эмоционального выгорания, усталости от постоянного сочувствия, профилактике вторичной травматизации.

- **Техническая помощь для помощников.** Вводный тренинг по профилактике эмоционального выгорания, усталости от постоянного сочувствия, профилактике вторичной травматизации может быть проведен и для общественных помощников.
- **Распространение образовательных материалов.** В период наступающий после чрезвычайной ситуации, необходимо подготовить и распространить учебные материалы с акцентом на выявление отсроченных проявлений травматических и кумулятивных стрессовых реакций, а также на предупреждение и смягчение воздействий травматического стресса. Могут быть предоставлены рекомендации по преодолению последствий чрезвычайной ситуации, как и простые советы по управлению стрессом

Координация, демобилизация и управление ресурсами:

- **Перераспределение ресурсов к окончательной стадии деятельности.** Вмешательства на этом этапе направлены на способы решения потребностей пострадавшего населения, таких как ранние признаки и симптомы стрессовых реакций, укрепление психического здоровья среди населения.
- **Демобилизация консультантов.** Окончательное подведение итогов проводится с участием всех заинтересованных сторон, в особенности психиатров.
- **Демобилизация помощников.** После завершения финальной стадии чрезвычайной ситуации, заключительная деятельность помощников проводится совместно с назначенным специалистом-психиатром.
- **Обмен полученным опытом.** Документ, описывающий извлеченные из ситуации уроки, создается при помощи Оперативной Группы после проведения консультаций со всеми участвующими организациями (в том числе международных организаций, НПО, профессиональных ассоциаций). Этот документ является очень важным инструментом распространения информации о ЧС и укрепления психического здоровья людей.

Мониторинг и оценка

- **Окончание мониторинга данных.** Рекомендуется, чтобы в разгар чрезвычайной ситуации сбор данных проводился регулярно. Подобные документы могут включать информацию о количестве пострадавших людей, их основных потребностях, числе лиц, получивших консультации и первую психологическую помощь. В конце фазы восстановления сбор информации завершается, а данные подвергаются аналитической обработке.
- **Оценка психосоциальных вмешательств.** Оценка эффективности психологической помощи, а также работы специалистов в области психического здоровья, как правило, проводится на основе показателей мониторинга. Результаты оценок обычно получают после завершения основных стратегических вмешательств.

Технические консультации для руководителей и лидеров общества:

- **Заключительные технические советы для населения.** Анализируя реакцию людей в обществе (горечь, гнев, разочарование и т.д.) и обеспечение необходимых профессиональных консультаций является одним из основных принципов вмешательства. Лидерам сообществ и топ-менеджерам рекомендуется продолжать организовывать встречи с пострадавшими и сотрудниками организаций.
- **Содействие завершению.** Специалисты в области психического здоровья играют важную роль в оказании помощи пострадавшим посредством встреч, групповых дискуссий и учебных материалов, с тем, чтобы плавно подвести последствия кризисных ситуаций к завершению. Если возникают трудности, то всегда существует некоторый риск активации предыдущей травмы за счет дополнительных стрессовых факторов.

IV. Заключительные мероприятия после чрезвычайной ситуации

Вмешательства в посткризисный период являются необязательными и во многих случаях не выполняются. Как правило, дея-

тельность на этом этапе проводится в то время, когда чрезвычайное происшествие считается завершенным. Предполагается также, что пострадавшая часть населения смогла восстановить свои основные функции. Последующие мероприятия обычно проводятся в течение первых двух лет после завершения фазы восстановления. Они могут быть реализованы консультантами во время их заключительных посещений на места происшествий.

Участие психиатров на данном этапе включает в себя следующие основные действия:

- **Оценка.** Экспресс-оценка обычно проводится посредством наблюдений, знакомств с имеющейся документацией, кратких обзоров, встреч с лицами, принимающими решения и получения информации от консультантов. Основные цели оценки связаны с определением степени восстановления благополучия сообщества, а также с определением подготовленности пострадавших жить дальше.
- **Технические советы.** На основании доказательств, полученных в результате оценки, государственными должностными лицами и общественными лидерами предоставляются рекомендации по улучшению благосостояния целевых групп населения

Это должно сопровождаться популяризацией услуг по психосоциальному и психическому здоровью и пропагандой (*advocacy*) поддержки в рамках регулярных встреч с лицами, принимающими решения, общественными деятелями, представителями центральных и местных органов власти. Такое просвещение требует больших усилий по сравнению с фазой, предшествующей чрезвычайной ситуации.

- **Извлеченные уроки.** Подготовка обзора вынесенных из ситуации уроков на основе анализа целостного опыта - важный компонент в наращивании потенциала и подготовке разъяснительных документов, которые составляются психиатрами в сотрудничестве с другими заинтересованными сторонами (медицинский персонал, органы безопасности, лидеры общин, специалисты и т.д.), и заверяются должностными лицами, такими как мини-

стерство по ЧС, местными органами власти, профессиональными ассоциациями.

- **Наращивание потенциала партнеров.** В некоторых случаях различным специалистам (медицинский персонал, сотрудники службы безопасности, руководителей сообществ), понадобятся тренинги и консультации по вопросам благополучия населения. Поэтому психиатры могли бы уточнить потребности в обучении и проводить семинары в зависимости от имеющихся потребностей.

Оценка, как правило, является наиболее важной частью последующей деятельности. Во многих случаях все последующие действия консультантов сводятся к оценке предпринятых вмешательств.

Проблемы, связанные с ликвидацией последствий стихийных бедствий

Проблемы и препятствия, которые упомянуты ниже, наиболее часто наблюдаются в большинстве ЧС. Список представлен вместе с рекомендуемыми действиями по решению данных проблем.

Переутомление

- **Переутомление консультантов.** Спрос на консультации в чрезвычайных ситуациях, как правило, огромен. Таким образом, привлечение достаточного числа специалистов в области психического здоровья и подготовленных помощников должно быть обеспечено с самого начала.
- **Усталость от сострадания и профессиональное выгорание.** Перегруженность может привести к усталости от постоянного сочувствия, выгоранию среди профессионалов и общественных помощников. Им необходимо время для восстановления сил. Предоставление свободного времени имеет решающее значение.
- **Сложности в отдаленных районах.** Для того, чтобы преодолеть проблемы в налаживании связей с населенными пунктами, расположенными в отдаленных районах, необходимо использовать средства телекоммуникаций (например, телефон), а также привлечь помощников из отдаленных районов в осуществление процесса психосоциальной поддержки.

Взаимодействие между обществом и лидерами

Лидеры сообществ отказываются сотрудничать. Некоторые общественные лидеры могут быть не осведомлены о степени психологического воздействия катастрофы на население. С этой целью, просветительская, информационная и разъяснительная работа с лидерами общин представляется чрезвычайно важной.

Отсутствие политической воли. В некоторых случаях, когда лидеры сообществ, лица, принимающие решения и топ-менеджеры в полной мере осознают воздействие на население, все еще существует тенденция игнорировать психологические потребности. Один из способов решения этой проблемы для консультантов заключается в проведении просветительских мероприятий (*advocacy*) не только со старшими должностными лицами, но и со всеми другими заинтересованными сторонами. Это может быть сделано при помощи обмена оценочными отчетами, в которых сформулированы выводы и рекомендации - листовки, брошюры, резолюции общих собраний и двусторонних встреч.

Ориентированность на задачу. Некоторые руководители и лица, принимающие решения, могут потребовать, чтобы сотрудники возвращались к нормальному режиму как можно скорее. Повышение осведомленности и проведение просветительских мероприятий с менеджерами должно проводиться постоянно. Основная идея заключается в том, что для восстановления после бедствий сотрудникам необходимо время пережить травмы, потери, горе и разрушения.

Гнев и недовольство в обществе. Пострадавшая часть населения может выразить гнев и разочарование по отношению к центральным и местным органам власти, общественным лидерам или организациям, действующим в регионе. Таким образом, необходимо объяснить общественным лидерам и менеджерам, что это все признаки бедствия и дезадаптивных копинг-стратегий, и, следовательно, не следует воспринимать такое поведение как направленное на личность.

Управление информацией. Отсутствие информации приводит к дезинформации и слухам в пострадавших районах. В связи с этим, управление информацией и достаточное поступление информации в пострадавшие регионы является очень важным аспектом координационной деятельности.

Проблемы с восприятием местным населением помощи внешних (прежде всего, международных) организаций

- **Культурные особенности.** Психологические услуги, предоставляемые психиатрами с западной подготовкой, могут отличаться от того образа психолого-психиатрической помощи, который уже сложился в данном регионе. Особенности культуры могут сыграть как помогающую в лечении. Так и мешающую лечению роль. Так, один из психиатров с западной подготовкой, работавший в одной из стран Юго-Восточной Азии, пытался использовать метод Шапиро для помощи пострадавшим. Его клиенты саркастически спрашивали, не собирается ли он использовать методы черной магии. Таким образом, культурное соответствие любых вмешательств должно быть многократно обсуждено с местными психиатрами и общественными помощниками.
- **Экономическое бремя для общественных групп.** Приток НПО и международных организаций может создавать дополнительные проблемы для местного населения - цены на местном рынке увеличиваются, условия жизни становятся еще беднее и некоторые привычные услуги могут стать менее доступными для местного населения. Привлечение международных организаций должно быть как можно более деликатным, а психиатры должны быть знакомы с этим риском.
- **Отличие членов международных организаций от местного населения. Показное благополучие интернациональных НПО.** Международные организации и НПО обычно занимают лучшие места в пострадавшем районе, снимают своим сотрудникам дорогие квартиры, используют для передвижения дорогие автомобили и платят хорошую заработную плату. Несмотря на «усилия» работать как можно более деликатно и конфиденциально, международная организация очень быстро становится заметной, ее сотрудники привлекают внимание. Настоятельно рекомендуется, чтобы профессионалы осознавали серьезность ситуации и продемонстрировали деликатность в общении с представителями местного населения.
- **Неравенство.** Некоторые из организаций приглашают на работу иностранных профессионалов. Если в той же организации

работают местные жители, то, как правило, наблюдается огромный разрыв в заработной плате и выплате пособий в пользу международных сотрудников. Это несоответствие быстро становится известным местным жителям. Психиатры совместно с высшим руководством могут посоветовать международным организациям использовать местные человеческие ресурсы.

Проблемы с консультациями

- **Сфокусированность исключительно на консультации.** Как правило, это происходит, когда лидеры общин и менеджеры требуют, чтобы специалисты были сосредоточены на психологическом консультировании, что редуцирует потребности пострадавшего населения до уровня психологических переживаний. Общей рекомендацией в этих случаях может стать подготовка всестороннего плана рекомендуемых психосоциальных вмешательств, а также обсуждение этого плана с ответственными лицами.
- **Зависимость от консультирования.** Пострадавшие лица могут стать зависимыми от консультирования. Это особенно верно в отношении клиентов с нарциссическими чертами, а в некоторых случаях в отношении консультантов, демонстрирующих те же личностные особенности. Проблема в случае с нарциссическими клиентами заключается в идеализации консультантов, что на поздних стадиях приводит зачастую, напротив, вызывает девальвацию специалиста. Общая рекомендуемая стратегия для консультантов – это поддержка независимого функционирования клиентов.
- **Патопластичность расстройств.** В некоторых случаях психические расстройства могут быть подвержены влиянию стрессовых ситуаций. Это может вызвать проблемы во время диагностики.

После крупномасштабного землетрясения женщина обратилась за психологической консультацией к профессионалу на Кавказе. На основе определенных жалоб (периодическая тревога от воспоминаний о землетрясении, избегание дискуссий о происшествии, эпизоды гнева, раздражительность, жалобы на сон и аппетит, трудности с концентрацией

цией), психиатр диагностировал ПТСР и рекомендовал лечение с преобладанием когнитивно-поведенческой терапии. После безуспешного лечения в течение нескольких месяцев, ее посмотрел другой специалист, который диагностировал биполярное аффективное расстройство. Довольно скоро предписанные лекарства стабилизировали настроение, а психотерапия привела к положительным результатам.

- **Недооценка самопомощи.** Специалисты по психическому здоровью могут недооценивать эффективность самопомощи, особенно в команде и на организационном уровне. Они могут чрезмерно опекать пострадавших людей, а не полагаться на внутренние человеческие ресурсы по преодолению стресса. Во всех случаях следует придерживаться стратегии расширения возможностей клиентов с целью их скорейшего восстановления.
- **Первоначальное недоверие к консультированию.** Население может не захотеть посещать консультации, но люди могут изъявить желание принять участие в образовательных семинарах. Таким образом, рекомендуется сочетание и того и другого в целях привлечения как можно большего количества пострадавших лиц.

Проблемы с выполнением рекомендаций.

Выполнение пострадавшими рекомендаций, полученных от консультантов, логично ожидается как во время групповых и индивидуальных взаимодействий, так и после предоставления технических рекомендаций, коучинга или наставнических сессий. В подавляющем большинстве случаев (более 90%), выполнение рекомендаций возлагается на тех клиентов, которые продемонстрировали понимание и согласие. Кроме того, во время консультирования, коучинга и наставнических сессий, многие из клиентов делают собственные выводы и разрабатывают собственные рекомендации. В итоге появляются общие рекомендации, созданные как консультантом, так и клиентом.

Подобный благоприятный сценарий наблюдается далеко не всегда. Клиенты не придерживаются профессиональных рекомендаций и игнорируют совместно разработанные стратегии. Невыполнение рекомендаций особенно опасно в тех случаях, когда это сопровождается суицидальными тенденциями.

Выполнение или невыполнение рекомендаций можно наблюдать на трех уровнях:

- Индивидуальный уровень
- Командный, семейный уровень или уровень небольшой организованной группы
- Институциональный (например, махалля в Узбекистане или селах Кыргызстана)

Ниже приведены два случая, отражающие выполнение и невыполнение рекомендаций в одной и той же организации.

Случай из практики - пример выполнения рекомендаций

Серьезный теракт в Афганистане привел к многочисленным жертвам среди сотрудников международной организации. Многие из оставшихся в живых членов персонала были ранены и эвакуированы, а некоторые из них были помещены на лечение в местные медицинские учреждения. Другие выжившие в той же организации были серьезно травмированы и нуждались в психосоциальном вмешательстве.

По просьбе старших менеджеров, специалисты в области психического здоровья провели несколько консультативных сессий со всеми сотрудниками организации, продолжавшими работу в стране. Во время сессий консультант выявил у сотрудников и продемонстрировал им как адаптивные, так и дезадаптивные копинг - стратегии. Адаптивные копинг-стратегии включали в себя взаимную поддержку, повышенное чувство солидарности, желание быть организованными. Тем не менее, были также отмечены определенные дезадаптивные копинг-стратегии - трудоголизм, намеренное повешение рабочей нагрузки, отсутствие заботы о себе, напряженность в общении и т.д. Консультант предоставил несколько рекомендаций, которые были полностью приняты и реализованы членами команды. Во время последующих встреч большинство работников сообщили об улучшении состояния – в организации перестал приветствоваться трудоголизм, планирование стало более реалистичным, сотрудники больше времени уделяли себе, пытались соблюдать разумный баланс между личным и рабочим временем.

Таким образом, сотрудники организации, индивидуально и в команде, следовали рекомендациям консультанта. Это привело к общему уменьшению уровня стресса в коллективе.

Случай из практики - пример невыполнения рекомендаций

В том же офисе во время индивидуального сеанса психиатр поставил диагноз острого стрессового расстройства. Позже пациент продемонстрировал повторное переживание травматического события: отмечались флэшбэки, навязчивые воспоминания, отчетливые симптомы тревоги, такие как раздражительность, плохая концентрация внимания на заданиях и раздражительность. У сотрудника было депрессивное настроение, возникали суицидальные мысли. Консультант немедленно отправил сотрудника в медицинское учреждение. В связи с суицидальными тенденциями была подчеркнута необходимость оказания специализированной медицинской помощи. Однако ни сотрудник, ни его руководитель не последовали рекомендациям. Через несколько дней работник взял ежегодный отпуск и на несколько месяцев отправился на родину.

Когда он вернулся на свое место работы, то снова посетил психиатра. На этот раз был диагностирован более серьезный уровень расстройства. Пострадавший сотрудник повторно переживал психологическую травму через флэшбэки (несколько раз в течение дня), навязчивые мысли о событии, страшные сны и воспоминания. Он активно избегал воспоминания о травматическом инциденте - уклонялся от каких-либо дискуссий о случившемся и пропустил офисные совещания по этому вопросу. Его тревога значительно возросла. Продолжались проблемы со сном, он не мог сосредоточиться на работе и большую часть времени не находил себе места. Настроение стало еще более подавленным, и его мысли о самоубийстве стали появляться чаще. На этот раз консультант лично сопровождал сотрудника в медицинское учреждение. По необходимости сотрудник был немедленно эвакуирован из страны.

Таким образом, в отличие от предыдущего случая, несмотря на всю серьезность и неотложность ситуации, рекомендации не были соблюдены, что привело к ухудшению психического здоровья пострадавшего человека.

Несоблюдение рекомендаций происходит по различным причинам:

- Политические лидеры, аварийно-спасательные службы и лица, принимающие решения могут неохотно признавать наличие стресса или травматического воздействия события на население или членов команды;
- Негативистическое отношение некоторых ответственных лиц к психосоциальным проблемам;
- Отрицание и репрессия как защитные механизмы лидеров по отношению к психосоциальным потребностям;
- Неведение старших менеджеров о психосоциальных потребностях пострадавшего населения;
- Невежество или отсутствие необходимых знаний у руководителей и населения о психосоциальных последствиях чрезвычайных ситуаций;
- Недоверие пострадавших к психиатрам и консультантам;
- Скептицизм по отношению к психологическому консультированию;
- Давление со стороны коллег;
- Недостаточность финансирования;
- Отсутствие критического взгляда на ситуацию из-за стресса;
- Недостаточное понимание необходимости и важности психологического вмешательства.

Просвещение и пропаганда (*advocacy*) является наиболее эффективным инструментом решения вышеупомянутых проблем. Как показывает опыт, одной из лучших стратегий является организации регулярных психологических консультаций с постоянными группами пострадавших.

Проблемы вследствие надуманного (*fictitious*) поведения

Некоторые проблемы в чрезвычайных ситуациях связаны с надуманным поведением. Следует подчеркнуть, что такое поведение в кризисных ситуациях развивается в ответ на событие, а не в связи с психическими расстройствами. Следовательно, они, как правило, наблюдаются на доклиническом уровне, а не в качестве оформленных психических расстройств.

Проблемы координации

- **Направление усилий исключительно на координацию.** В некоторых случаях чрезмерная координация может занять большую часть имеющихся ресурсов, а также отвлечь от удовлетворения потребностей пострадавшего населения. При таких тенденциях деятельность конкретной организации сосредоточена исключительно на координации, а сама непосредственная стратегия по оказанию помощи пострадавшим людям становится не столь значимой. Разработка всеобъемлющего плана действий, который включает в себя различные мероприятия, ориентированные на конкретные потребности, безусловно, может помочь решению проблемы.
- **Отрешенность от реальности.** Заново созданные координационные структуры могут пренебрегать насущными потребностями пострадавшего населения, а также игнорировать вмешательства местных психиатров и правительственных учреждений. Обычно это делается ради повышения собственной институциональной заметности, удовлетворения личных амбиций и получения дополнительных донорских средств. В результате образуется разрыв между внешними координаторами и местными психиатрами. Рекомендуемой стратегией является вовлечение всех заинтересованных сторон в деятельность по координации усилий на пострадавшей территории.

Случай из практики

В одной из стран Южной Азии произошла чрезвычайная ситуация, которая внешне выглядела как межэтнический конфликт и привела к многочисленным жертвам. Старшая сотрудница одной из наиболее влиятельных международных организаций был направлен в регион для оказания психологической помощи пострадавшему населению, а также для координации охраны психического здоровья сотрудников международных и неправительственных организаций. К сожалению, деятельность сотрудницы была сосредоточена исключительно на координации оказания помощи, но не на предоставлении какой-либо профессиональной помощи пострадавшим людям.

Несмотря на внушительное количество проектов и активное привлечение сотрудников международных НПО, чем сотрудница действительно могла бы гордиться, психосоциальные услуги оказывались исключительно местными психиатрами и психологами. Более того, сотрудница стала причиной серьезного конфликта, высказав необоснованное суждение о «якобы плохой профессиональной квалификации местных специалистов», с которыми она была даже незнакома.

- **Координация и пропаганда в целях саморекламы.** Чрезвычайные ситуации предоставляют хорошие возможности для наглядной демонстрации того, насколько важным являются вопросы, связанные с психическим здоровьем. Психосоциальное состояние попадает в повестку дня встреч политических лидеров и консультантов всех уровней. При правильной пропаганде могут быть созданы новые учреждения, служба психического здоровья в пострадавшей стране станет развиваться хотя бы в силу необходимости, а решение психологических потребностей пострадавшего населения станет важной частью деятельности местных и региональных органов власти. Тем не менее, координация и пропаганда используются рядом специалистов для саморекламы, а не для защиты пострадавшего населения. Самореклама, как правило, позитивно влияет на самооценку и репрезентацию данного специалиста в стране. Такие профессионалы активно принимают участие в собраниях, конференциях, а также двусторонних встречах с руководителями, активно строчат отчеты, готовят подробные протоколы заседаний. Все это, безусловно, важная и нужная деятельность, но практически никакого внимания не уделяется пострадавшему населению.

Случай из практики

Во время чрезвычайной ситуации в одной из стран Латинской Америки, прибывший психиатр был назначен координатором и консультантом в один из пострадавших регионов. Он принимал активное участие во всех координационных совещаниях с менеджерами и руководителями среднего звена, написал многочисленные поясни-

тельные записки, контролировал поток документации, выступал с отчетом о своей деятельности на различных форумах. Он был настолько занят, что забыл о своей основной миссии и не предоставил **ни одной консультации** пострадавшим. Пострадавшие не могли связаться с ним ни по официальному мобильному телефону, ни через его менеджеров. В конце концов, им пришлось обратиться к другому специалисту, который был в состоянии предоставить необходимую помощь.

Проблемы с оценкой и мониторингом

- **Слишком подробная оценка.** Подробные оценки занимают слишком много времени и, как правило, включают данные, которые не всегда полезны. Они отнимают не только драгоценное время, но и энергию аварийно-спасательных служб, тем самым приводят к истощению и без того ограниченных ресурсов.
- **Фокус на себе.** Психиатры в проведении оценок могут быть сосредоточены на своем собственном успехе, а не на потребностях пострадавших людей. Общее правило заключается в том, что все оценки должны быть направлены на психосоциальные потребности пострадавшего населения.

Некоторые наблюдения психиатров, аварийно-спасательных служб и членов сообщества во время чрезвычайных ситуаций

- Чрезвычайные ситуации приходят без приглашения. Тем не менее, люди и общественные лидеры, как правило, забывают об этом, а правительственные структуры и члены общества часто к ним не готовы.
- В то время как старшие руководители организации действительно обеспокоены состоянием сотрудников, некоторые менеджеры среднего звена продолжают соблюдать те положения, которые важны вне условий кризиса и невалидны в ситуации катастрофы. Подобная стратегия подрывает безопасность как организации, так и отдельных сотрудников.
- Необходимость консультативных услуг значительно возрастает в периоды кризисных ситуаций. Поддержка, оказываемая со

стороны национальных и региональных специалистов в области психического здоровья, имеет важное значение для быстрого передвижения к месту трагедии.

- Отрицание, вытеснение и игнорирование сложности ситуации со стороны некоторых руководителей, лиц, принимающих решения, менеджеров среднего звена, а также членов сообщества является довольно распространенным явлением. В некоторых случаях это может поставить под угрозу безопасность населения.
- Роль помощников из членов сообщества имеет решающее значение в чрезвычайных ситуациях. Оптимальным соотношением представляется один помощник на 25-50 людей. Более того, данная система доказала свою эффективность в периоды кризисов.
- Частота ПТСР и ОСР значительно выше в случаях массовых чрезвычайных ситуаций. Рекомендуется проведение повторных встреч с психиатрами для предотвращения риска этих расстройств.
- Часто наблюдаемое неадекватное поведение, что является признаком стресса, воспринимается членами сообщества, персоналом организации и аварийно-спасательными службами как злоупотребление служебным положением. Это оказывает весьма негативное влияние на сплоченность команды и эффективность ее работы. Психиатры могут проводить ознакомительные занятия для всех сотрудников аварийно-спасательных служб и институционального персонала для предотвращения еще большей травматизации.
- Обмен информацией необходим. Из-за информационного блока члены сообщества не могут быть ознакомлены со всеми управленческими мероприятиями, предпринятыми на благо общины. Люди ценят не только результаты, но и усилия руководителей и аварийно-спасательных служб.
- Чрезвычайные ситуации выявляют необходимость перехода к новым планам действий. Во многих случаях эти планы либо не подготовлены заранее, либо не используются соответствующими руководителями.

- Чрезвычайные ситуации требуют перехода к новым условиям труда и жизни, а также дополнительной мобилизации соответствующих сотрудников. Переход к любому изменению в кризисной ситуации является двойным бременем для большинства работников, команд и офисов. Технические консультации по вопросам управления изменениями могут облегчить этот процесс.
- ***Каждый кризис уникален. Опыт предыдущих кризисов сам по себе не может быть достаточным для решения всех проблем, которые могут возникнуть в новой чрезвычайной ситуации.***

Заключение

Психосоциальные вмешательства, как правило, представлены на различных этапах чрезвычайной ситуации. Чем раньше будут приняты меры борьбы с последствиями кризиса, тем меньшее влияние события окажут на психосоциальное состояние населения. Чем полноценнее вмешательства, тем лучше результаты реализации программы.

В то время как главная роль психиатров заключается в предоставлении прямых услуг пострадавшим, окончательная ответственность за осуществление предложенных рекомендаций лежит на общественных лидерах, топ-менеджерах и правительственных чиновниках. В странах СНГ основным ответственным органом на этапе чрезвычайной ситуации является Министерство по чрезвычайным ситуациям, в то время как в фазе восстановления - орган местного самоуправления.

Стратегические действия на пред-аварийном уровне включают оценку потребностей с рекомендациями, технические консультации для руководителей и лидеров общин, психосоциальные услуги, обучение и воспитание детей, целевой группы населения, подготовку плана действий в чрезвычайных ситуациях и плана непрерывности производства, создание координационных механизмов взаимодействия между различными заинтересованными сторонами, подбор и обучение помощников, а также общее обучение специалистов-психиатров.

В начале чрезвычайной ситуации первыми шагами являются: анализ ситуации, активация резервного плана и планов непрерывности производства, оценка потребностей, а также технические

консультации лидеров сообщества, пропаганда необходимости оказания психологической помощи поддержки. Деятельность специалистов-психиатров и общественных помощников осуществляется на скоординированной основе под общим руководством целевой группы. В странах СНГ председатель целевой группы назначается Министерством по Чрезвычайным Ситуациям. Услуги обычно включают в себя сортировку, консультирование, первую психологическую помощь, направление, а иногда и предоставление поддержки через психологическую помощь 24/7. Реализация программы подготовки помощников из числа сообщества требует их мобилизации и оперативного контроля со стороны назначенных специалистов.

Если чрезвычайная ситуация произошла совершенно неожиданно, то мероприятия включают проведение экспресс - оценки, составление плана действий, мобилизацию и краткую ориентацию по психическому здоровью и быстрое обучение помощников. Просвещение пострадавших общин осуществляется через соответствующие учебные материалы.

К основным видам деятельности в фазе восстановления относятся: посткризисная оценка, предварительные оценки мероприятий, консультирование по техническим вопросам общественных лидеров и лиц, принимающих решения, помощь в подведении итогов чрезвычайной ситуации, перенаправление ресурсов на демобилизацию консультантов и помощников. Предоставление услуг включает в себя контакты с уязвимыми группами, диагностику и лечение расстройств с отсроченным началом, работу с посттравматическими изменениями личности, обеспечение парапрофессиональной поддержки. Надо ориентировать консультантов и сообщества на предотвращение выгорания, усталости от сострадания, а также на создание потенциала через использование образовательных материалов.

Посткризисные мероприятия не являются обязательными, и во многих случаях они вообще не выполняются. Как правило, мероприятия включают окончательную оценку, технические консультации для должностных лиц, особенно в подведении итогов реализации мер борьбы с чрезвычайными ситуациями.

БИБЛИОГРАФИЯ:

1. Berger, R. & Weiss, T. (2006). Posttraumatic Growth in Latina Immigrants. *Journal of Immigrant and Refugee Studies*, 4, 55-72
2. Briggs, S.M., Twomey, J.C. (2003). Basic Disaster Awareness for Healthcare Providers, Boston Public Health Commission, Boston Emergency Medical Services, and Delvalle Institute for Emergency Preparedness, Boston, Mass.
3. Culver, L., McKinney, B., Paradise, L. (2011). Mental Health Professionals' Experiences of Vicarious Traumatization in Post-Hurricane Katrina New Orleans. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping*. Volume 16, Issue 1, p. 33-42.
4. HUGHES F., GRIGG M., FRITSCH K. & CALDER S. (2007) Psychosocial response in emergency situations – the nurse's role. *International Nursing Review*, 54, 19–27
5. IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings (2010). *Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know?* Geneva.
6. Ivonov, L.L., & Blue, C.L. (2008). *Public Health Nursing: Leadership, policy & practice*. Clifton Park, N. Y.
7. Linley, P.A. and Joseph, S. (2004). Positive Change Following Trauma and Adversity: A Review. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 11–21
8. Mathbor, G. M. 2007. Enhancement of community preparedness for natural disasters-The role of social work in building social capital for sustainable disaster relief and management. *International Social Work* 50(3):357-369
9. Meadors, P., & Lamson, A. (2009). Compassion fatigue and secondary traumatization: Provider self care on intensive care units for children. *Journal of Pediatric Health Care*, (22)1, 24-34.
10. McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). *Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy, and transformation*. New York: Brunner/Mazel.
11. Norris, F. H., and S. P. Stevens (2007). Community resilience and

- the principles of mass trauma intervention. *Psychiatry-Interpersonal and Biological Processes* 70(4):320-328.
12. Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York: Norton.
 13. Polatin P.B., Young, M., Mayer, M., & Gatchel, R. (2005). Bioterrorism, stress and pain: The importance of an anticipatory community preparedness intervention. *Journal of Psychosomatic Research*. 58(4):311-6.
 14. Schrage Michael. (1990). *Shared Minds*, NY: Random House.
 15. Sobel R (1947). The “old sergeant syndrome.” *Psychiatry*, 10, P. 315-321.
 16. Sobel R. (1949). Anxiety-depressive reactions after prolonged combat experience, the old sergeant syndrome. In: *Bull US Army Med Dep.*, 9, 1949, P. 137–146. PMID 15401711.
 17. Tedeshi, R.G., & Calhoun, L.G. (2004). *Posttraumatic Growth: Conceptual Foundation and Empirical Evidence*. Philadelphia, PA: Lawrence Erlbaum Associates.
 18. Tedeshi, R.G., & Calhoun, L.G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9. 455-471.
 19. U.S. Department of Health and Human Services (DHHS), (2005). *Mental health response to mass violence and terrorism: A field guide*. DHHS Pub. No. SMA 4025. Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Administration.

Организация и координация общественной поддержки для работы в чрезвычайных ситуациях.

Назим Агазаде, Михаил Попков, Нурлан Джакубов

Справляться со стрессорами в условиях чрезвычайной ситуации - задача сама по себе непростая, и помогать другим в этих условиях может быть невероятно тяжело: это касается не только населения пострадавших районов, но и сотрудников служб чрезвычайной

помощи. При этом конечный результат зависит не только от исходного набора копинг - стратегий пострадавших лиц, но так же и от того, какую помощь предоставляют команды спасателей, организации, местные сообщества, правительственные структуры и т. д.. В дополнение к этому следует отметить, что усиление человеческого потенциала, направленного на преодоление населением стрессовой ситуации, позволяет не только повысить эффективность выхода из кризиса, но и обеспечить безопасность в сообществе на период ЧС.

Важность взаимопомощи на уровне сообществ.

Во время чрезвычайных ситуаций и кризисов потребность в психологической помощи невероятно высока и усилий консультантов, психологов и психиатров зачастую недостаточно, чтобы справиться с возросшим наплывом потребностей в разноплановой психосоциальной помощи.

Таким образом, для того, чтобы предоставить помощь всем нуждающимся при чрезвычайных происшествиях, сотрудники служб ЧС должны заблаговременно подготовить волонтеров по оказанию психологической помощи и добровольных помощников из представителей местных сообществ. Преимущество поддержки по принципу «равный - равному» в таких сферах, как службы охраны психического здоровья и помощь пострадавшим при чрезвычайных ситуациях, было продемонстрировано многими авторами (Katz, R. et al, 2000; Ochocka, J. et al, 2002; Campbell, J. and Leaver, J., 2003; Grauwiler, P. et al 2008; Dowdall-Thomae, C. et al 2009; Jones, N.S. and Majied, K., 2009). Широко известен факт, что люди, получившие психическую травму, избегают обращаться за помощью к профессионалам службы психического здоровья в связи со страхом стигматизации и предпочитают обращаться к «парапрофессионалам», т. е. частично обученным добровольцам-непрофессионалам. Последние являются сотрудниками официальных парапрофессиональных организаций. Деятельность таких организаций направлена на дополнение, усиление и продолжение деятельности аналогичной профессиональной организации.

Поддержка по принципу «равный – равному» существует везде: в сообществах, командах профессионалов, организациях. Таким образом, опора на это явление сулит большую выгоду, позволяя раз-

вить движение взаимопомощи в сообществе. Дополнительным преимуществом от помощи «равный - равному» является то, что проводники этой помощи сами являются представителями местных общин и, таким образом, намного ближе к пострадавшему населению. Эти люди могут иметь доступ к населению, проживающему либо изолированно либо в труднодоступных местностях.

Представителей таких парапрофессиональных сообществ, которые оказывают психологическую поддержку, первую психологическую помощь пострадавшим людям обычно называют «помощники в сообществе», «сотрудники поддержки в сообществе по принципу равный - равному» или общественные активисты в сфере охраны психического здоровья. Так же те сотрудники организации, которые, будучи непрофессионалами, обучены начальным навыкам оказания психосоциальной или первой психологической помощи пострадавшим, именуются «общественными помощниками» или «помощниками равным». В данной статье мы будем использовать термин «общественные помощники» по отношению ко всем перечисленным категориям лиц, оказывающих непрофессиональную помощь на уровне местных сообществ.

Обязанности общественных помощников

От общественных помощников обычно ожидается:

1. Осуществлять свою деятельность под наблюдением местных профессионалов в сфере охраны психического здоровья
2. Выявлять наиболее уязвленных в результате чрезвычайного происшествия лиц.
3. Оказывать поддержку профессионалам в сфере охраны психического здоровья для оценки нужд и потребностей в проведении психосоциальных вмешательств лицам, перенесшим травматические события.
4. Инициировать первую встречу с теми членами сообществ, которые проявляют признаки дистресса.
5. Помогать пострадавшим справиться с травматическими переживаниями.
6. Предоставлять психосоциальную поддержку, когда бы она ни потребовалась.
7. Действовать скоординировано с местными профессионалами в

сфере психического здоровья и, при необходимости, направлять пострадавших к этим профессионалам.

8. Помогать пострадавшим справляться с повседневными стрессорами и трудностями в период, следующий после чрезвычайных событий.

Основные требования, предъявляемые к общественным помощникам

Общественные помощники должны обладать следующими качествами (но все из них обязательны):

- Общественный помощник - это лицо, которое пользуется уважением в местном сообществе;
- Он/она являются лицом, которому доверяют и на которого могут положиться другие члены местного сообщества;
- Он/она демонстрируют заботливое и уважительное отношение к окружающим;
- Общественный помощник в целом обладает способностью умело и внимательно общаться с окружающими и в частности умеет быть внимательным слушателем;
- Кандидат является эмоционально взвешенной, ответственной и психологически зрелой личностью;
- Он/она является искренним человеком;
- Кандидат в общественные помощники демонстрирует терпение, заинтересованность и желание при обучении основам психологии;
- Он/она способен сохранять конфиденциальность;
- Он/она осознают, что результативность их деятельности может быть ограничена собственными индивидуальными способностями

Возможные сложности, которые могут возникнуть в сети общественных помощников

- Общественные помощники могут помимо своей воли возложить на себя функции оказания профессиональной психоло-

гической помощи, в то время как в действительности они не способны оказывать психологическую помощь самостоятельно на профессиональном уровне. Пусковым механизмом этого процесса является то, что правительственные структуры, местные руководители и сотрудники чрезвычайных служб часто представляют общественных помощников в роли профессиональных психологов, а не как лиц, которые проявляют заботу о своих ближних.

- Он/она могут не осознавать необходимости действовать в рамках своих профессиональных обязанностей и, как следствие, могут начать деятельность, выходящую далеко за рамки ответственности общественного помощника.
- Общественные помощники, будучи, прежде всего людьми, могут подвергнуться эмоциональной травматизации точно так же, как и остальные члены сообщества. Несмотря на это, общественные помощники воспринимают себя как лиц, более устойчивых к травматизации; такого же взгляда на них придерживаются оставшиеся члены общины. Эти чрезмерные ожидания основаны на устойчивом убеждении в том, что общественные помощники являются, прежде всего, лицами предоставляющими помощь, а никак не ее получателями.
- Деятельность общественных помощников может блокироваться авторитетными и рядовыми членами сообществ, сотрудниками служб по чрезвычайным ситуациям, служб безопасности, медицинским персоналом. Такие явления имеют место тогда, когда с самого начала между заинтересованными сторонами не установились взаимоотношения, основанные на сотрудничестве.
- Общественные помощники, так же как и профессиональные сотрудники служб по ликвидации чрезвычайных ситуаций, входят в группу риска с повышенной психологической нагрузкой. Они могут переживать усталость от сострадания, проявлять признаки профессионального выгорания или быть вторично травмированными, пропуская сквозь себя переживания первичных жертв.

Все вышеперечисленные пункты должны быть освещены в период подготовки. В процессе работы в условиях чрезвычайной ситуации эти риски должны минимизироваться постоянной супервизией

со стороны профессионалов сфере психического здоровья.

Подготовка общественных помощников

Подготовку помощников в сообществе необходимо проводить заранее в рамках плановой подготовки к мероприятиям по преодолению чрезвычайных ситуаций как на уровне сообществ, так и на уровне различных организаций. Целью этой подготовки является дать знания и привить навыки работы со стрессом и имеющими отношение к стрессу проблемам специально отобранной группе людей. При подготовке необходимо сфокусироваться на походе, основном на удовлетворении психосоциальных нужд людей, пострадавших от чрезвычайных или кризисных ситуациях.

Подготовка помощников, наблюдение и консультации помощникам в процессе их деятельности (супервизия) должны проводиться профессионалами сферы психического здоровья. Это важно еще и потому, что сеть общественных помощников основана на командном принципе работы, который подразумевает сотрудничество и супервизию с сертифицированными профессионалами в сфере психического здоровья, а именно: с психологом, психиатром и консультантом по стрессовым ситуациям. Целью этой сети является предоставление надлежащей психологической поддержки и улучшение копинг-стратегий населения в чрезвычайных и кризисных ситуациях.

Сеть общественных помощников должна работать как связующее звено между семьями, службами по охране психического здоровья (как стационарными, так и амбулаторными), командами спасателей, местными авторитетными лицами, сотрудниками служб безопасности и правительственными структурами на местах; а так же самостоятельно взаимодействовать с отдельными организациями, такими как местные органы самоуправления, общественные ассоциации (например: ассоциации женщин, службы консультативной помощи пожилым), профсоюзы, службы управления человеческими ресурсами, местные центры охраны психического здоровья. Общественные помощники должны быть способны занять место диспетчера на телефонах «горячей» линии во время чрезвычайных происшествий.

В результате реализации программы подготовки обществен-

ных помощников ожидаются следующие результаты:

1. В каждом регионе страны будет организована сеть, основанная на местных ресурсах общественных помощников в сфере охраны психического здоровья. Сеть должна включать в себя как самих общественных помощников, так и одного или двух профессионалов в сфере психического здоровья (психолога, психиатра, консультанта по стрессовым ситуациям). Последние должны возглавить работу сети в целом, а так же проводить индивидуальную супервизию деятельности каждого общественного помощника.
2. Будет сформирована система, позволяющая ускорить и облегчить предоставление неотложной психосоциальной помощи пострадавшим при чрезвычайных и кризисных ситуациях.
3. Будет сформирована отлаженная система выявления и перенаправления особо тяжело пострадавших лиц к местам или организациям оказывающим помощь (т. н. реферальная система).

Процесс отбора кандидатов в общественные помощники рекомендуется организовать следующим образом:

В каждом регионе местные сообщества выдвигают несколько кандидатур для окончательного отбора. Последний проводится профессионалами охраны психического здоровья, работающими в данном регионе совместно с лидерами этих сообществ. Особенно рекомендуется привлекать к этому процессу местные службы здравоохранения, участковых милиционеров, сотрудников чрезвычайных служб, представителей служб управления человеческими ресурсами, неформальных общественных лидеров, представителей женских правозащитных организаций, профсоюзов и других организаторов. В идеале общественные помощники должны представлять интересы наиболее уязвимых и/или малочисленных демографических групп.

Порядок проведения тренингов

Проводятся семинары для групп приблизительно по 25-30 человек в каждой. Принимая во внимание конкретные нужды местных сообществ, может возникнуть потребность в подготовке и большего

количества волонтеров. Обычно продолжительность курса составляет 8-10 дней. При необходимости продолжительность семинаров может быть сокращена до 4-5 рабочих дней.

Как мероприятие, требующее соответствующего финансирования, тренинги общественных помощников должны проводиться заблаговременно как часть реализации общего плана по подготовке к чрезвычайным происшествиям. В случае, если чрезвычайная ситуация произошла до проведения планового курса подготовки, то следует ограничиться кратким ориентировочным курсом обучения вместо проведения полного курса тренингов. В таких случаях требуется более интенсивное проведение супервизии для вновь сформированных общественных помощников.

Обычно в течение курса обучения изучаются следующие тематики:

- Введение в программу подготовки общественных помощников;
- Основные понятия, подходы и техники при ведении лиц, находящихся в стрессовой ситуации;
- Последствия травмы, острое стрессовое расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство
- Коммуникации
- Работа с представителями меньшинств
- Первая психологическая помощь
- Работа с агрессией
- Эффективные методики предоставления помощи
- Методология преодоления реакций потери и столкновения со смертью
- Вмешательство и перенаправление к специалисту
- Консультирование по телефону
- Основы самопомощи
- Принципы реализации программы Общественных Помощников

Роль и обязанности Общественного помощника

Службы охраны психического здоровья, друзья, соседи и другие представители общественности помогают пострадавшим людям, предоставляя им психологическую помощь, эмоциональную поддержку, помогая им справиться повседневными трудностями, либо оказывают какую-то другую специфическую помощь. Спектр обя-

занностей общественных помощников может быть очень широк. Тип вмешательства будет зависеть от стадии развития неотложной ситуации или кризиса, так как это указано в таблице:

Спектр мероприятий, проводимых Общественными Помощниками при чрезвычайных ситуациях

Вид мероприятий	До чрезвычайной ситуации	Во время чрезвычайной ситуации	После чрезвычайной ситуации
------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------

<p>Комплексная оценка (анализ) ситуации</p>	<p>Помощь при оценке (анализе) нужд, потребностей и ресурсов</p>	<p>- Обновление данных для оценки (анализа) ситуации - Помощь в проведении ускоренной оценки (анализа) ситуации в случае неожиданного возникновения происшествий</p>	<p>- Вовлечение в оценку (анализ) последствий происшествия - Проведение мониторинга среди групп высокого риска - Помощь профессионалам в сфере психического здоровья при выявлении отсроченных стрессовых реакций, последствий накопления эффекта стрессоров, ПТСР или вторичной, скрытой травматизации среди лиц оказывающих помощь - Помощь в «работе над ошибками»</p>
<p>Обучение</p>	<p>- Обучение 25-30 общественных представителей в течение 5-10 дней - Обученные помощники задействуются на учениях и сборах</p>	<p>Проведение краткого ориентировочного тренинга для волонтеров в случае, если общественные помощники не были подготовлены в плановом порядке.</p>	

<p>Информационно-образовательная компания и работа со СМИ</p>	<p>Помощь сотрудникам служб психического здоровья в предварительном скрининге и распространении листовок и брошюр</p>	<p>Помощь в распространении листовок и брошюр</p>	<p>Помощь сотрудникам служб психического здоровья в скрининге и распространении листовок и брошюр с обновленным содержанием</p>
---	---	---	---

<p>Координационная деятельность</p>	<p>Периодические собрания</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Старт активной работы сети общественных помощников - Постоянные собрания - Непосредственная «полевая работа» в очаге происшествия 	<ul style="list-style-type: none"> - - н ст н п и о н п в
<p>Подготовка системы предоставления помощи непосредственное оказание помощи пострадавшим людям</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Картирование сообщества на местности для предоставления помощи по месту жительства - Организация горячей телефонной линии 24/7 - Помощь профессионалам охраны психического здоровья при составлении списка организаций оказывающих другие виды помощи, для перенаправления к ним пострадавших (реферальный лист). 	<ul style="list-style-type: none"> - Оказание первичной психологической помощи - Оказание эмоциональной поддержки - Поддержка при перемещениях и эвакуации - Участие в работе телефонной горячей линии 24/7 - Перенаправление пострадавших к местам оказания профессиональной помощи. 	<ul style="list-style-type: none"> - н т ч н с р - з ш п р ш н (п п н

Роль профессиональных сотрудников охраны здоровья – быть наставниками для общественных помощников, которые в свою очередь призваны поддерживать или помогать выжившим жертвам чрезвычайного происшествия. При этом помощь должна быть эффективной и не должна нанести вреда. Следует отметить, что пострадавшие люди замечают и ценят даже самые малые и простые попытки поддержать их и помочь им.

Таким образом, общественные помощники вовлечены одновременно в два процесса: организационный (составление и модифика-

Итоговое собрание
Поддержка функционирования сети общественных помощников

ция программы деятельности) и процесс непосредственного предоставления практической помощи и поддержки. Примерами организационной деятельности общественных помощников являются:

Участие в оценке (анализе) потребностей и ресурсов сообществ на всех этапах развития ситуации (до, во время и после чрезвычайной ситуации)

использования ее для оказания предпрофессиональной психологической помощи вне рамок чрезвычайного происшествия

- Организация и обучение по программе подготовки общественных помощников.

Помощь профессионалам охраны психического здоровья в проведении информационно-образовательной кампании среди населения (распространение брошюр, листовок и т. д.)

Участие в тренингах и учениях, организованных по месту жительства

Участие в периодических координационных собраниях

Активация подготовленной сети общественных помощников

- Выдвижение на место чрезвычайного происшествия

Организация круглосуточной горячей телефонной линии

Мониторинг местного населения пострадавшего при чрезвычайной ситуации на предмет развития отсроченных психических расстройств

Участие в подведении итогов и «работе над ошибками»

Деятельность, направленная на непосредственное предоставление психосоциальной помощи и поддержки от друзей и коллег, включает в себя следующие виды помощи:

- Первая психологическая помощь
- Предоставление эмоциональной поддержки
- Поддержки на расстоянии по телефону горячей линии
- Предоставление практической помощи
- Выслушивание
- Усиление потенциала конкретной личности в попытках взять ситуацию под контроль
- Помощь людям из целевой группы, направленная на прояснение и лучшее осознание их проблем

- Помощь в разрешении проблем
- Передача опыта, информации, предоставление технических советов
- Направление за искомой профессиональной помощью

Методология этой деятельности хорошо описана в специальной литературе, посвященной общим вопросам оказания парапрофессиональной помощи. Описанные ниже рекомендации ориентированы прежде всего на работу в условиях чрезвычайной или кризисной ситуации. Как упоминалось ранее (Agazade & Martynova, 2010), в целом у общественных помощников набор возможностей для вмешательства зависит от их навыков и опыта, от степени их эмоциональной вовлеченности, а так же физической доступности самих помощников для оказания помощи там, где это необходимо. Для общественных помощников так же очень важно осознавать границы своих возможностей и принимать тот факт, что в некоторых случаях они не смогут оказать помощь всем нуждающимся. Далее следует общее описание поддерживающих мероприятий, которые должны осуществлять общественные помощники.

Первая психологическая помощь

Детальное описание стратегии такой помощи представлено в специальной главе.

Важно помнить то, что первая психологическая помощь оказывается только тем лицам, которые потеряли способность контролировать свое поведение, включая эмоциональные реакции, и, таким образом, могут представлять угрозу, как своему благополучию, так и благополучию окружающих. В случае, если нарушения поведения индивида представляют потенциальную угрозу ему(ей) самому(-мой) или окружающим, то первая психологическая помощь может предоставляться пострадавшему и без его(ее) согласия.

Помощь пострадавшим при эвакуации

Эвакуация пострадавшего населения во время кризисов или чрезвычайных ситуаций является одним из сложнейших испытаний для лиц предоставляющих помощь и для сотрудников служб реаги-

рования при чрезвычайных ситуациях. Перемещение внутри страны, а особенно эвакуация за ее пределы, является одним из самых сильных стрессоров для выживших при чрезвычайных ситуациях людей. Таким образом, чтобы полностью обеспечить все возникающие потребности в психосоциальной сфере, необходимо чтобы общественные помощники под руководством специалистов-консультантов и руководителей служб по оказанию помощи при чрезвычайных ситуациях сопровождали пострадавших в течение всего процесса перемещения или эвакуации. В идеальной схеме команды общественных помощников присутствуют на всех этапах эвакуации: в пункте сбора, в процессе транспортировки или перехода и в конечном пункте эвакуации. Даже само по себе присутствие общественных помощников уже вселяет уверенность оказывает успокаивающее воздействие на пострадавших.

Выслушивание

Наиболее естественным и самым распространенным методом поддержки выживших после катастроф является выслушивание: это позволяет пострадавшему высвободиться от своих переживаний. Для того, чтобы эффективно поддержать высвобождение от травмирующих переживаний общественный помощник должен обладать следующими навыками активного слушания (последние должны быть детально проработаны на этапе подготовки общественных помощников):

- Умение вести опрос и задавать открытые, закрытые и наводящие вопросы
- Умение предоставлять обратную связь, т. е. сосредоточившись на рассказе пострадавшего, периодически сообщать собеседнику краткий пересказ услышанного, уточняя, правильно ли поняты детали сказанного.
- Умение продемонстрировать, то, что помощнику ясны и понятны чувства собеседника, то, что помогающий сконцентрирован на переживаниях своего собеседника (отзеркаливание)
- Умение прояснить ситуацию, сосредоточившись на сборе уточненной информации.

- Умение воодушевлять и стимулировать собеседника для получения дополнительных сведений и более полной информации о происходящем
- Умение суммировать результаты беседы
- Умение признавать сложности тяготы выжившего
- Навыки оказания невербальной поддержки, например: навык принимать непринужденную и открытую позу, склоняться к собеседнику, поддерживать глазной контакт, использовать жесты, приемлемые в местной культуре

Эти важные техники подробно описаны в статьях и книгах, посвященных коммуникациям. Следует, однако же, помнить, что для того, чтобы освоить эти навыки недостаточно будет прочесть о них в руководствах. Для овладения практическими навыками общественные помощники должны пройти какое-то количество практических занятий. Как бы то ни было, но, даже не проходя курса специального обучения, а, опираясь только на здравый смысл, чувство такта и организуя свое поведение в соответствии с местными культурными нормами, общественные помощники смогут оказать эффективную помощь лицам, находящимся в дистрессе.

Одним из важнейших элементов активного слушания является способность помощника принимать и признавать то, каким образом воспринимает пострадавший стоящие перед ним проблемы. В тоже время этот необходимый элемент может стать ловушкой, когда консультант попадает в двойственную ситуацию: с одной стороны он должен принимать точку зрения пострадавшего, с другой – имеет собственный взгляд на реальное положение дел. Во время выслушивания пострадавшего коллеги необходимо постоянно помнить, что в данный момент информация поступает только от одной стороны из возможного множества вовлеченных в проблему сторон. Истинное положение вещей может быть совершенно иным. Вот почему очень важно, чтобы принятие действительности переживаний проводилось беспристрастно.

Предоставление эмоциональной поддержки.

Оказывать поддержку пострадавшим можно различными способами, как вербальными, так и невербальными. Порой общественному помощнику достаточно всего лишь находиться рядом с пострадавшим в трудное время, составлять ему компанию, при этом даже не обязательно обсуждать проблемы пострадавшего. Простая возможность вовлечься в социум может быть так же эффективна для жертвы, как и предоставление ей(ему) возможности выговориться. Оказывая эмоциональную поддержку, следует постоянно учитывать обычаи и культуру жертвы, а так же местные нормативы межличностного взаимодействия, связанные с принадлежностью к полу. К примеру, если помощник и жертва разного пола, и они смотрят друг другу в глаза, либо один держит за руки другого - то, в некоторых культурах, такое поведение может заслужить неодобрение.

Усиление потенциала конкретной личности в попытках взять ситуацию под контроль

Неуверенность в собственных силах, снижение самооценки, утрата самодостаточности являются одними из самых значимых последствий воздействия трагических событий на выживших в катастрофе. Когда катастрофическая ситуация не разрешена и сохраняет свою актуальность, у выживших жертв часто отмечается нарастание пассивности, снижение волевых характеристик, нерешительность. Они стремятся избегать принятия решений, неохотно берут на себя ответственность и все реже предпринимают попытки самостоятельно разрешить свои трудности. В этих случаях вмешательство друзей и/или общественных помощников способно воодушевить пострадавших, придать им сил для разрешения текущих и надвигающихся трудностей. Общественные помощники так же способны помочь жертвам насилия в попытках восстановить веру в свои способности, самооценку, а также способность двигаться дальше, используя новые возможности и перспективы.

Помощь в разрешении проблем

С момента прояснения ситуации общественный помощник может оказать поддержку пострадавшему в поисках возможного разрешения проблемы. Всегда можно найти несколько вариантов решения пробле-

мы, каждый из которых имеет свои достоинства и недостатки. В данной ситуации общественным помощникам очень важно придерживаться стратегии отказа от того, чтобы давать какие-либо советы пострадавшему. Поэтому основная роль помощника заключается в том, чтобы помочь пострадавшему увидеть все возможные варианты и самостоятельно выбрать наиболее оптимальный вариант решения проблемы.

Передача опыта, информации, предоставление технических советов

Пострадавшие люди зачастую нуждаются в том, чтобы с ними поделились необходимым опытом, знаниями, посоветовали как пользоваться вещами, требующими каких-то технических навыков. Он могут просто-напросто не обладать определенными знаниями, либо, ранее обладая ими, но будучи в дистрессе, не могут их вспомнить, либо должным образом использовать их на практике. В данной ситуации роль общественного помощника заключается либо в том, чтобы направить или проводить пострадавшего к местам расположения на местности соответствующих служб, которые непосредственно отвечают за необходимую техническую помощь, либо рассказать или собственным примером показать, что нужно сделать, чтобы решить техническую задачу.

Предоставление непосредственной практической помощи

В практике общественных помощников могут возникнуть такие ситуации, когда необходимо напрямую помогать пострадавшему в каком-либо деле или находиться непосредственно около него, когда он что-то делает сам. Это отнюдь не означает, что помощники должны выполнять работу или обязанности вместо пострадавших, скорее это означает, что помощники должны оказывать поддержку и укреплять решимость пострадавших реализовать свои планы. Любая практическая помощь, даже самая малая, всегда высоко ценится пострадавшими. Такого рода поддержка может предоставляться как в рутинных делах, так и в разрешении более серьезных проблем. Чаще всего в трудные времена пострадавшим в состоянии постоянной эмоциональной перегруженности просто требуется физическое присутствие помогающего лица рядом и небольшая помощь при вы-

полнении простых повседневных хлопот.

Перенаправление за специализированной помощью

Общественные помощники могут направлять пострадавших в специализированные службы для получения профессиональной помощи, например, такие как центры охраны психического здоровья, органы местного самоуправления, управление служб по ликвидации чрезвычайных ситуаций, медицинские учреждения и т. д.

Направление в профессиональную службу охраны психического здоровья можно считать одним из наиболее значимых вмешательств со стороны общественных помощников. Все случаи с острой реакцией на стресс, посттравматическим стрессовым расстройством, обострения других психических расстройств, суицидальными или гомицидальными тенденциями, а также большинство лиц, выживших после сексуального насилия, те, кто проявляет признаки вторичной травматизации должны быть в неотложном порядке направлены в службу охраны психического здоровья. По большому счету, в случаях тяжелого реагирования на травмирующие события или в случаях кумулятивного стресса необходимо придерживаться той же тактики. Обобщая, можно сказать, что если общественный помощник имеет даже небольшие опасения в наличии серьезного психического расстройства у пострадавшего, то лучше перестраховаться и направить последнего в службу психического здоровья, чем недооценить его состояние, которое в дальнейшем может привести к серьезным последствиям. Общественному помощнику рекомендуется постоянно сопровождать лиц с суицидальными или гомицидальными тенденциями, а так же жертв изнасилования на пути следования в специализированную службу, при этом желательно присутствие не одного, а нескольких сопровождающих.

Может сложиться ситуация, когда может понадобиться совет специалиста. Такая помощь может быть оказана лучше всего специалистами по ликвидации чрезвычайных происшествий, либо местными правительственными организациями, которые обладают соответствующими техническими возможностями и ресурсами для решения этих проблем. Лица с проблемами в сфере общественной

безопасности должны быть направлены в соответствующие компетентные органы.

Некоторые меры предосторожности этического плана при оказании помощи в сообществе

Следующие этические нормативы подробно описаны в специализированной литературе для организации служб помощи по принципу «равный – равному», или для организации групп самопомощи. Общественные помощники должны быть ознакомлены с ними с особенной тщательностью. Помощникам рекомендуется иметь при себе буклет или шпаргалку с информацией приблизительно следующего содержания:

Знания всех перечисленных «НЕ» позволяет помощникам эффективно помогать травмированным и избежать возможных негативных побочных эффектов. Независимо от окончательных результатов, любое поддерживающее вмешательство со стороны заботливых коллег или друзей, даже случайных, высоко оценивается людьми в дистрессе.

Заключение

Таким образом, институт общественных помощников может рассматриваться в нескольких стратегических ракурсах, а именно: как подход, основанный на оценке нужд и потребностей, как деятельность, направленная как на усиление потенциала пострадавших лиц, так и на повышение эффективности организаций, оказывающих помощь пострадавшим, как структура, реализующая программы общественного просвещения, как координатор различных видов деятельности и, наконец, как служба, оказывающая непосредственную помощь пострадавшим лицам.

Задолго до развития кризисной ситуации, на стадии подготовки, деятельность общественных помощников должна быть направлена на помощь усилиям профессионалов охраны психического здоровья в оценке нужд и потребностей в психологической помощи, а так же в оценке и анализе ресурсов по ее оказанию. Общественным помощникам следует особенно сосредоточиться на оценке до-

ступности их услуг для населения. Исходя из оценки этих потребностей, привлекаются волонтеры для прохождения специального курса по обучению навыкам общественных помощников. После обучения общественные помощники должны регулярно участвовать в тренировочных сборах и учениях. В дополнение к этому они должны принимать активное участие в распространении листовок, брошюр и другой общественно-просветительской активности. На этой стадии необходимо готовиться к мероприятиям, которые возможно будет необходимо проводить в случае возникновения чрезвычайной ситуации. Сюда относится картирование сообщества на местности для предоставления помощи по месту жительства (т. е. составление плана местности и распределение маршрутов и секторов ответственности общественных помощников на местах); содействие в подготовке и запуске круглосуточной телефонной горячей линии; содействие в составлении т. н. «реферального списка», т. е. списка организаций, в которые можно будет направлять пострадавших с конкретным описанием тех услуг и видов помощи, которые пострадавшие смогут получить в этих учреждениях в случае чрезвычайной ситуации.

Вовремя развития чрезвычайной ситуации акцент должен быть сделан на доступности и обеспеченностью населения помощью. В случае, если чрезвычайная ситуация развивается как гром среди ясного неба, когда оценка и анализ ситуации предоставления психологической помощи еще не были проведены, то усилия общественных помощников должны сосредоточиться на помощи профессионалам в области психического здоровья в проведении ускоренной оценки и анализа этих потребностей и ресурсов для оказания психологической помощи в сообществе. Так же и в ситуации, когда не удалось подготовить общественных помощников до катастрофы: в этом случае необходимо на месте провести ускоренный ориентационный тренинг для волонтеров. При чрезвычайной ситуации возрастает потребность в информации о признаках стрессового состояния, о том, как эффективно его преодолевать, что такое адаптивные копинг-стратегии и т. д. Вот почему общественные помощники должны быть активно вовлечены в распространение различного рода листовок и брошюр, посвященных этой тематике. В случае, если заблаговременно была проведена работа по обучению и формированию сети общественных

помощников, то прикрепленные к сети координаторы из числа профессионалов в области психического здоровья созывают и активируют эту сеть, проводят регулярные встречи с общественными помощниками в целях оказания им профессиональной консультативной и координационной помощи.

Непосредственная поддержка в сообществе включает в себя оказание первичной психологической помощи на месте и, по мере необходимости, предоставление эмоциональной поддержки. Особое значение имеет поддержка общественных помощников при перемещениях и эвакуации пострадавших лиц. Если на месте организована горячая телефонная линия, то общественные помощники должны быть незамедлительно привлечены к ее работе в качестве операторов. Одной из самых важных является реферальная деятельность, т. е. деятельность, направленная на перераспределение пострадавших между специализированными профессиональными службами, особенно направление пострадавших лиц в службы охраны психического здоровья или службы охраны общественного порядка.

После разрешения неотложной ситуации усилия общественных помощников наиболее востребованы в деле выявления отсроченных дистрессовых реакций и в проведении оценки и анализа последствий катастрофы. Для этого общественные помощники могут проводить регулярный мониторинг среди групп риска и напрямую участвовать в мероприятиях по подведению итогов и в «работе над ошибками». Они так же весьма полезны при распространении брошюр и листовок. Необходимо провести итоговое собрание, на котором будет проведен анализ всей проделанной работы.

Во многих районах для того, чтобы поддержать существование сети общественных помощников на местах профессионалы психического здоровья продолжают проводить собрания образовательные сессии с помощниками в период, когда чрезвычайная ситуация уже давно миновала. Они (общественные помощники) являются самым эффективным связующим звеном между профессионалами психического здоровья и местным населением.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Agazade, N. and Martynova, I. (2010). *All Faces of Harassment: A Practical Guide to Resolving Workplace Crisis*. New York, Paper Press, 2010.
2. Brooks, R. and S. Goldstein (2004). *The Power of Resilience*. Chicago: Contemporary Books
3. Campbell, J. and Leaver, J. (2003). *Emerging New Practices in Organized Peer Support*. National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) and the National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning (NTAC).
4. Dowdall-Thomae, C., Culliney, S., Piechura, J. (2009). Peer Support Action Plan: Northwest Fire and Rescue. *International Journal of Emergency Mental Health*, vol. 11, no. 3, pp. 177-184.
5. Grauwiler, P., Barocas, B., Mills, L.G. (2008). Police peer support programs: current knowledge and practice. *International Journal of Emergency Mental Health*, vol. 10, no. 1, pp. 27-38.
6. Jones, N.S., Majied, K. (2009). Disaster mental health: a critical incident stress management program (CISM) to mitigate compassion fatigue. *Journal of Emergency Management*, vol. 7, no. 4, pp. 17-23.
7. Katz, R., Cohen, D.I. and Hirsh, R.M. (2000). *Cop to Cop: A Peer Support Training Manual for the Law Enforcement Officer*. Peer Support Press; 2nd edition.
8. Ochocka, J., Janzen, R., & Nelson, G. (2002). Sharing Power and Knowledge: Professional and Mental Health Consumer/Survivor Researchers Working Together in a Participatory Action Research Project. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(4), 379.

Проведение быстрой оценки и мониторинга во время чрезвычайных ситуаций и кризисов.

Назим Агазде

Перевод Елены Молчановой и Анастасии Юн (junior student of AUCA)

В соответствии с нашим опытом, комплексная психосоциальная оценка потребностей проводится психиатрами в сотрудничестве с другими заинтересованными сторонами, такими как медицинский персонал, сотрудники службы безопасности, сотрудники аварий-

но-спасательных служб и лидеры сообществ. В странах СНГ ее ожидают от медицинских сотрудников Министерства по чрезвычайным ситуациям или других назначенных министерством экспертов. Во многих странах она проводится специалистами, определенными местным или центральным правительством.

Основные цели оценки, как правило, связаны:

- С определением психологических потребностей пострадавшего населения;
- С оценкой доступности и достаточности местных ресурсов психического здоровья по отношению к потребностям групп населения;
- С определением восприимчивости общественных лидеров, специалистов по принятию решений, политиков и членов сообщества к техническим советам, касающимся психологических потребностей.

Острота вопроса требует, чтобы вышеупомянутые цели были достигнуты как можно быстрее с получением первых результатов уже в течение первых же дней. Другой важной рекомендацией становится непрерывность проведения оценки в условиях стремительно меняющейся чрезвычайной ситуации. Оценка обычно включает в себя анализ ситуации с описанием прогнозируемых или существующих факторов катастрофы, анализ стрессоров, реакций на стресс и копинг-стратегий, а также обзор ресурсов и рекомендаций по рассмотрению выявленных потребностей.

В ходе проведения оценки нужно всегда соблюдать основополагающие гуманистические принципы, а именно - принцип человеческой солидарности, беспристрастности, профессиональной этики, доступности и применения культурно-приемлемых вмешательств.

Источники проведения быстрой оценки.

Хорошо известно, что оценка отнимает много времени у всех вовлеченных сторон. Полезно объединить все виды оценки с осуществляемыми видами деятельности в максимально возможной степени, например, во время наблюдения на месте или проведения

консультации.

По опыту группы по методологии борьбы со стрессом (CISMU) Департамента ООН по вопросам охраны и безопасности (UNDSS, 2007), результаты можно получить из различных источников, таких как прямые наблюдения на месте, знакомство с имеющейся документацией, проведение фокус-групп с заинтересованными сторонами. Кроме того, может использоваться информация от участников индивидуальных и групповых консультаций, полученная во время встреч с представителями общественности и с официальными лицами, специалистами, а также во время брифингов с сотрудниками службы безопасности и персонала МЧС. Ниже приведены описания источников для осуществления быстрой оценки.

- **Непосредственные наблюдения на местах.** Непосредственное наблюдение осуществляется местными профессионалами сферы психического здоровья, хорошо ознакомленными с культурными и этническими особенностями. Для того, чтобы подтвердить полученную информацию, рекомендуется проверить собственные наблюдения обсуждением с несколькими членами сообщества. Использование прилагаемых перечней может облегчить процесс сбора массива данных (см. ниже).
- **Изучение имеющейся документации.** Соответствующие источники, такие как анализ ситуации, релизы Команды по Антикризисному Управлению, Команды по Реагированию на Стихийные Бедствия, отчеты по катастрофам и тому подобные официальные документы изначально содержат достаточное количество информации. Проверенные, в достаточной мере полные и, с другой стороны, краткие официальные данные обычно предоставляют подробную картину ситуации. Тем не менее, во многих случаях имеется дефицит свежей информации. Важно отметить, что некоторые официальные суждения отражают политические или административные взгляды конкретных лиц и, таким образом, могут быть в лучшем случае неточными, в худшем – дезинформирующими.
- **Фокус-групповые дискуссии.** Фокус-группы - один из основных источников выявления и последующего анализа психологических

потребностей, а также поиска путей их удовлетворения. Они могут помочь детально проанализировать различные проблемы, а также осуществить определенные рекомендации. Фокус-группы требуют от фасилитатора хороших знаний по темам, связанным с удовлетворением основных потребностей, охраной и безопасностью, реагированию на чрезвычайные ситуации, политикой управления общими, административными и человеческими ресурсами, правилами социального благополучия и др. Одна из основных проблем связана с правильно сбалансированным подбором участников, представляющих различные группы по признакам возраста, этнической принадлежности, профессиональной деятельности и гендеру. Таким образом, в фокус-группе может не быть достаточного количества представителей различных групп. Кроме того, некоторые участники, которые могли бы внести ценный вклад, могут не выражать свое мнение по ряду причин культурного характера, например, в присутствии влиятельных членов сообщества или пожилых граждан, либо высокопоставленных чиновников. Всегда есть риск того, что фокус-группа может перерасти из рациональной дискуссии в заседание, наполненное личными излияниями и эмоциональными всплесками.

- **Групповые и индивидуальные встречи с членами сообщества.** Преимуществом данного источника информации является подготовленность членов сообщества к таким встречам. Члены сообщества могут также предоставить дополнительную документацию или поделиться неофициальным личным опытом, необходимым для проведения быстрой оценки. К недостаткам данного вида сбора информации относится формат встреч - часто он бывает чрезмерно торжественным и, следовательно, может ограничить полученные данные только официальной информацией.
- **Пропагандистские (*advocacy*) встречи с официальными лицами, людьми, принимающими решения, общественными лидерами и менеджерами.** Данные встречи предоставляют важную информацию об осведомленности государственных служащих, лиц, принимающих решения и лидеров сообществ по вопросам психологических потребностей, а также их готовности принять рекомендации. В ходе встречи некоторые должностные лица могут показаться весьма отзывчивыми, однако

зачастую это обусловлено желанием поддержать свой имидж, в действительности же они отказываются следовать любым разработанным рекомендациям.

- **Групповые и индивидуальные консультации.** Данные мероприятия очень полезны с точки зрения дополнительной информации, которую можно получить в приватной обстановке. Тем не менее, консультант должен помнить, что подобная информация может быть недостоверной из-за искаженных суждений, его или ее эмоционального состояния, иррационального восприятие ситуации, узости взглядов, вызванных стрессом, психологических защитных реакций, переноса и т.д.
- **Опросы.** Опросы предоставляют анонимную, полную, относительно объективную и, как правило, достаточно достоверную информацию о психологических потребностях и не/достаточности количества ресурсов психического здоровья. Во всех случаях, среди всех целевых групп населения необходимо провести предварительное тестирование. В разгаре чрезвычайной ситуации из-за ограниченного времени и человеческих ресурсов, желательно, чтобы размер выборки был сведен к минимально допустимому числу, но с достаточным количеством представителей всех групп сообщества. Основным недостатком опроса является то, что он требует времени, энергии, человеческих сил, достаточных технических знаний и опыта, а также доступности респондентов в ходе опроса (последнее не представляется возможным во время массовых перемещений). Таким образом, опрос обычно проводится после пика чрезвычайной ситуации или во время фазы восстановления.

Таким образом, у каждого источника информации есть как свои достоинства, так и ограничения. Поэтому для того, чтобы получить проверенную информацию, рекомендуется проводить **все** вышеупомянутые действия по мере возможности.

Мы должны осознавать потенциальные политические последствия оценки целевых сообществ, правительственных чиновников, общественных лидеров и психиатров. Таким образом, во время подготовки отчета по проведенной оценке следует уделять первостепенное внимание возможным политическим последствиям для всех заинтересован-

ных сторон, особенно для целевых групп населения. Для облегчения понимания результатов оценки и предоставленных рекомендаций, последние должны быть сформулированы и представлены в максимально деликатном виде, но, в то же время, без ущерба для достоверности информации. Кроме того, политические аспекты могут оказать серьезное давление на различных субъектов, особенно на специалистов, проводящих оценку, и, таким образом, эксперты должны быть заранее осведомлены о проблеме и заранее к ней подготовлены.

Как упоминалось выше, психосоциальная оценка потребностей должна проводиться непрерывно, поскольку чрезвычайная кризисная ситуация может быстро меняться в зависимости от действующих внешних и внутренних факторов, таких как дополнительные бедствия, эскалация военных действий, массовая эвакуация и т.д. Логично, что оценка будет разной в зависимости от фазы чрезвычайной ситуации или кризиса. Например, до любого кризиса конечная цель проведения быстрой оценки – разъяснение наилучшей стратегии повышения готовности сообщества и укрепление потенциала. Во время чрезвычайной ситуации, основной акцент делается на выявление путей смягчения основных стрессовых реакций и повышение сопротивляемости пострадавшего населения. После разгара катастрофы основные задачи связаны с оказанием помощи пострадавшим сообществам в преодолении последствий и содействием по восстановлению адаптивных копинг-стратегий. В период после чрезвычайной ситуации целью оценки становится определение степени восстановления общественного благополучия, уточнение динамики преодоления трудного периода, а также определение подготовленности людей к дальнейшей жизни.

Быстрая оценка на докризисном этапе.

Оценка на докризисном этапе, как правило, направлена на анализ ситуации с ожидаемым воздействием на население, подготовку к предсказанной чрезвычайной ситуации, оценку ресурсов сферы психического здоровья, а также укрепление потенциала сообществ.

Анализ ситуации обычно содержит краткое описание нынешних условий и логическое объяснение прогнозируемой чрезвычайной ситуации. Может быть предоставлен наиболее вероятный сценарий, с подробным описанием возможных последствий для населения.

Данная часть также содержит информацию о географическом местоположении, инфраструктуре и доступности социальных услуг, информацию о социальном благополучии, медицинских учреждениях, учебных заведениях и центрах психического здоровья.

Подготовленность местных учреждений психического здоровья должна быть оценена в соответствии с потребностями сообществ во время любой чрезвычайной ситуации. Необходимо знать численность населения и эффективность оказания услуг по отношению к потенциальным чрезвычайным потребностям. Так же как и любые медицинские услуги, эффективность служб охраны психического здоровья оценивается с точки зрения достаточности профессиональных и парапрофессиональных ресурсов, соблюдения профессиональной этики и беспристрастного доступа к культурно-сенситивным услугам соответствующего качества. Местный потенциал для направления лиц в учреждения сферы психического здоровья проверяется в соответствии с регулярными потребностями и возможными требованиями для направления в случае любого кризиса.

Наличие профессиональных ресурсов оценивается из текущих и потенциальных требований по отношению к возможной чрезвычайной ситуации. В то время как специалисты обычно предоставляют услуги пациентам с психическими расстройствами, в чрезвычайных и кризисных ситуациях большинством их клиентов являются люди с проблемами, связанными с переживаемым стрессом.

Отчет может показать, был ли составлен план действий в непредвиденных обстоятельствах. Если план был подготовлен, то следует указать, является ли данный план достаточно полным и включает ли в себя вопросы по удовлетворению психологических потребностей в случае чрезвычайной ситуации. То же самое касается планов по непрерывности производства.

Механизмы координации обычно не согласовываются до чрезвычайных ситуаций и кризисов. Таким образом, может возникнуть необходимость создания таких механизмов с акцентированием рекомендуемых вмешательств.

Оценка потребности в обучении является еще одним важным компонентом на данном этапе. Встречи с профессионалами – психо-

логами и психиатрами, позволят консультанту проверить, обладают ли местные специалисты достаточным опытом и знаниями по оказанию помощи в чрезвычайных и кризисных ситуациях. Если нет, то должна быть четко указана необходимость проведения тренинга для профессионалов в области психического здоровья.

В большинстве населенных пунктов общественные помощники, как правило, не обучены. Таким образом, другим важным советом являются рекомендации по критериям отбора и подготовке общественных помощников.

Для большинства сообществ необходим краткий тренинг для общественных лидеров и лиц, принимающих решения по темам, связанным со стрессом. Логично, таким образом, чтобы оценка уточняла необходимость в проведении так называемого *народного образования*. Основная проблема, связанная с быстрой оценкой на предварительном этапе чрезвычайной ситуации, заключается в том, что рекомендации, сформулированные экспертами, просто игнорируются правительством или другими должностными лицами в основном из-за понятных позитивных иллюзий, что как заявил один старший менеджер, «чрезвычайное положение, скорее всего, пройдет». Приведенный пример иллюстрирует подобные установки.

Случай из практики

В марте 2006 года крупная международная организация в Непале пригласила Сабину - иностранного психиатра для оценки психосоциальных потребностей почти 10 000 сотрудников. Ее миссия была выполнена в период критического роста политической напряженности в стране, который стал результатом эскалации конфликта между правительством, вооруженными элементами и политическими партиями. Конфликт сопровождался постоянными угрозами для населения и ростом преступности.

В обязанности Сабины входило полевое наблюдение, изучение документации, проведение фокус-групп, индивидуальных и групповых консультаций с сотрудниками и информирующие встречи с менеджерами. Через две недели она закончила сбор данных и представила их правительственным лидерам страны.

На основе текущего изучения ситуации и обсуждений с поли-

тическими аналитиками, Сабина указала в своем докладе высокую вероятность дальнейших неблагоприятных политических и военных событий - гражданских беспорядков, развала экономики, эскалации вооруженных конфликтов и падения правительства. В соответствии с этим сценарием, консультант, с учетом предыдущего опыта эмоциональной реакции персонала в других чрезвычайных ситуациях, предвидела травматические реакции на стресс среди сотрудников. Травматические переживания, по оценке Сабины, должны были сопровождаться сильными эмоциональными реакциями, признаками дистресса, высокой тревожностью, паническими атаками и реакциями тяжелого отчаяния.

Среди смягчающих обстоятельств Сабина отметила хорошо развитые копинг-стратегии и высокую пластичность персонала, стоицизм перед лицом социально-политической напряженности, готовность руководства оказать помощь целевой группе населения. Она также отметила, что несколько сотрудников, с которыми она связалась, проявляют признаки стресса в ответ на текущую ситуацию с очевидной тенденцией утяжеления состояния.

Основываясь на полученных данных, Сабина порекомендовала проведение нескольких подготовительных мероприятий:

- Немедленно найти консультанта по стрессу для предоставления консультативных услуг персоналу и членам их семей по всей стране;*
- Провести семинары по оказанию помощи друг другу для выбранной группы персонала под наблюдением нанятого консультанта;*
- Контролировать ситуацию и проводить непрерывную оценку психологических потребностей;*
- Предоставить технические консультации руководителям;*
- Организовать тренинг по управлению стрессом для всего персонала;*
- Выявить местные условия для будущего перенаправления в специализированные учреждения*
- Подготовить и распространить материалы по преодолению стресса.*

Старшие менеджеры признали оценку и согласились со всеми рекомендациями, представленными Сабиной выводы на заключительном заседании. Они также отметили, что все ее рекомендации выполнимы, рентабельны и легко осуществимы. Однако, после ее отъезда из страны, ни одна из ее рекомендаций не была реализована на практике. Когда несколько недель спустя в стране возникла реальная чрезвычайная ситуация, организация оказалась к ней совершенно не подготовлена. Воздействие на персонал было просто разрушительным. Отмечались многочисленные случаи травматического стресса среди сотрудников, которые серьезно повлияли на их производительность. Несколько международных сотрудников со случаями острого стрессового расстройства были эвакуированы, а местные работники направлены в ближайшее, но не лучшее медицинское учреждение. Менеджерам пришлось потратить гораздо больше денег, энергии и времени, чтобы срочно заключить контракт с профессионалами сферы психического здоровья, чтобы помочь своим сотрудникам преодолеть последствия чрезвычайной ситуации.

Быстрая оценка во время чрезвычайной ситуации

Оценка во время чрезвычайной ситуации обычно охватывает несколько важных аспектов:

1. Анализ ситуации, в том числе описание предпосылок чрезвычайной ситуации
2. Психологическое воздействие катастрофы на пострадавших
3. Анализ стрессоров
4. Стрессовая реакция
5. Смягчающие и отягчающие стрессовые факторы
6. Копинг-стратегии во время стресса
7. Анализ ресурсов
8. Рекомендации по удовлетворению психологических потребностей

1. Анализ ситуации и описание предпосылок чрезвычайной ситуации

Вводная часть включает в себя краткое описание чрезвычайной ситуации с предварительным анализом ситуации. Главная часть обычно содержит информацию о географических аспектах, расположении, наличии воды и продуктов питания, социальном обеспечении, социальном обслуживании, медицинских учреждениях, доступных службах охраны психического здоровья и т.д. Следует также предоставить подробное описание воздействия чрезвычайной ситуации на население.

2. Психологическое воздействие на пострадавших

В большинстве концептуальных документов **жертвами называются только те лица, которые погибли**. Те, кто преодолели острый период катастрофы, считаются **выжившими**. Последних часто делят на пять групп:

- К **первой группе** относятся те, кто были на линии фронта чрезвычайной ситуации и подверглись максимальному влиянию катастрофы, включая опасные для жизни ситуации. К ним относятся не только физически раненые люди, но и те, кто пережили бедствия с психологическими эффектами.

- Ко **второй группе** выживших относятся скорбящие члены семьи, родственники, друзья и коллеги жертв.

- К **третьей группе** относятся спасатели, сохраняющие функциональную эффективность согласно требованиям ситуации.

- **Четвертая группа** представлена сообществами, командами и учреждениями, участвующими в оказании помощи населению, пострадавшему от бедствия.

- К **пятой группе** выживших относятся те, кто пострадал косвенно.

В докладе должны быть предоставлена предварительная оценка числа и процента выживших, составляющих каждую группу.

3. Анализ стресса

Основными стрессорами во время бедствий и чрезвычайных ситуаций являются:

- Смерть членов семьи и других близких людей
- Ситуации, когда человек становится свидетелем смерти и стихийных бедствий
- Угроза для жизни
- Неизбежность чрезвычайной ситуации
- Невозможность выживших помочь себе или другим
- Потеря жилья, домов, другого имущества
- Переезд, переселение и/ли эвакуация
- Принудительная разлука с близкими людьми
- Физические травмы и болезни
- Незащищенность от эпидемий
- Голод и нехватка воды

Дополнительные стрессоры:

- Отсутствие признания человеческого страдания
- Сложные условия жизни и труда
- Недостаточное вознаграждение общественным помощникам
- Всевозможные трудности, возникающие в сообществе (военная ситуация, проблемы с водоснабжением и санитарией, отсутствие электричества)
- Экологические проблемы (изоляция, ограничение, пыль, песчаные бури, жара, загрязнение воздуха и т.д.)

Анализ стрессоров учитывает их интенсивность и, последующее воздействие на население. Например, воздействие ситуаций, угрожающих жизни, обычно гораздо сильнее, чем отсутствие признания человеческого страдания (хотя возможны исключения). Кроме того, анализ стрессоров включает в себя оценку интенсивности стрессового воздействия. Например, хотя стресс от переселения будет отмечаться у всех перемещенных лиц, его интенсивность будет неодинакова у различных групп переселенцев.

Особый акцент уделяется характеристикам и аспектам стрессоров. Изучение основных стрессоров включает в себя несколько характеристик:

- По **интенсивности** стрессор может быть **чрезмерным, значительным и незначительным**.
- Соответственно, исходя из наблюдений, **влияние стрессора** может быть **сильным, умеренным и слабым**. Например, пожар может оказать сильное влияние на людей, которым с трудом удалось вырваться из здания, и умеренное на пожарных. Смерть международного сотрудника может оказать сильное влияние на его или ее членов команды, но умеренное на местные сообщества.
- **Превалирование стрессовых реакций** (количество людей, которые в настоящее время находятся в стрессовых условиях) среди пострадавших может быть **широким, средним и ограниченным**.
- Тенденция является еще одним важным фактором. Стрессовая реакция сообществ может иметь **повышающуюся, устойчивую или снижающуюся** тенденцию.

4. Стрессовая реакция.

Стрессовая реакция на начальном этапе чрезвычайной ситуации является травматической не только для пострадавшего населения, но и для различных групп, прямо или косвенно вовлеченных в ЧС. Некоторые из сотрудников аварийно-спасательных служб, персонала международных и неправительственных организаций, представителей местных органов власти и других действующих лиц, оказывающие поддержку пострадавшему населению, могут демонстрировать различные признаки стресса.

Признаки стресса часто определяются во время индивидуальных и групповых консультаций, фокус-групп, опросов, встреч с руководителями и сотрудниками. Чтобы облегчить процесс, рекомендуется использовать перечни, подобные нижеуказанным, разработанными UNDSS CISMU.

Предварительный перечень немедленных признаков травматического стресса на раннем этапе

<p>Физические</p> <ul style="list-style-type: none"> • тошнота и желудочно-кишечные расстройства • потливость и дрожь • слабость, головокружение • тремор мышц • повышенное сердцебиение, дыхание • нескоординированные движения • крайняя усталость, слабость • головная боль <p>Эмоциональные</p> <ul style="list-style-type: none"> • эмоциональная лабильность • эмоциональное оцепенение • тревога, страх • мука и ощущение вины выжившего • возбуждение, радость выжившего • гнев, печаль • беспомощность, чувство перегруженности • отчужденность, чувство нереальности, узвивности • дезориентация <p>Духовные</p> <ul style="list-style-type: none"> • полная потеря доверия 	<p>Когнитивные</p> <ul style="list-style-type: none"> • трудности с концентрацией внимания • ускорение идеаторных процессов • замедленное мышление • проблемы с памятью • ощущение путаницы в мыслях • нарушения в процессах решения проблем, затруднения в проведении вычислений • трудности в принятии решений • навязчивые воспоминания, образы, мысли • чувство потери будущего <p>Поведенческие</p> <ul style="list-style-type: none"> • реакции вздрагивания / постоянное беспокойство • трудности в самовыражении • постоянный разговор о событии • отказ общаться • гиперболлизированный, «нагужный» юмор • вспышки гнева • рискованное вождение автомобиля • гиперактивность, чрезмерная сверхурочная работа • неспособность отдохнуть или расслабиться <p>Социальные взаимоотношения</p> <ul style="list-style-type: none"> • неспособность делиться с близкими людьми
--	--

Перечень отсроченных признаков травматического стресса

<p>Физические</p> <ul style="list-style-type: none"> • нарушения сна • кошмары • боли • изменения аппетита и пищеварения • сниженная сопротивляемость заболеваниям • постоянная усталость <p>Эмоциональные</p> <ul style="list-style-type: none"> • перепады настроения, ощущение нестабильности • тревога, страх рецидива • депрессия, печаль • раздражительность, враждебность • самобичевание, стыд • ощущение хрупкости и уязвимости • онемение, отчуждённость <p>Когнитивные</p> <ul style="list-style-type: none"> • навязчивые воспоминания • повторное развёртывание предыдущих травматических событий • озабоченность событием 	<p>Духовные</p> <ul style="list-style-type: none"> • «почему» я борюсь • повышенный цинизм • потеря уверенности в себе • потеря цели • возобновление веры в высшее существо • глубокое экзистенциальное сомнение <p>Поведенческие</p> <ul style="list-style-type: none"> • Избегание всего, что может напомнить о событии • проблемы в социальных отношениях • трудности при взаимодействии с «аутсайдерами» • снижение уровня активности • увеличение потребления алкоголя, наркотиков в целях самолечения <p>Социальные взаимоотношения</p> <ul style="list-style-type: none"> • чувство одиночества • социальная изоляция
--	--

Перечень общих признаков кумулятивного стресса

<p>Физические</p> <ul style="list-style-type: none"> ● затнувшееся чувство усталости ● частые жалобы на физическое состояние ● расстройства сна ● пищевые расстройства ● головные боли, боли в спине ● потливость, липкая кожа ● приступы головокружения <p>Эмоциональные</p> <ul style="list-style-type: none"> ● чувство оторванности от других ● желание побыть в одиночестве ● негативизм, цинизм ● приступы эпизодического гнева ● тревога, страх ● хроническая грусть, печаль ● апатия ● недоверие 	<p>Духовные</p> <ul style="list-style-type: none"> ● сомнения в системе ценностей/религиозных убеждениях ● сомнение в основных областях жизни (профессии, трудоустройства, образа жизни) ● ощущение себя жертвой и чувство подверженности угрозе ● разочарование ● самоозабоченность <p>Поведенческие</p> <ul style="list-style-type: none"> ● уход от других, изоляция ● изменения предпочтений в еде и питье ● сниженная забота о личной гигиене ● изменения в обычной модели поведения ● снижение активности ● гиперактивность ● слезливость ● вспышки гнева ● готовность к ссорам
---	---

Когнитивные	Социальные взаимоотношения
<ul style="list-style-type: none"> • усталость от размышлений • сложности с концентрацией внимания • повышенная отвлекаемость • сложности в принятии решений • мысли о собственной мало/значимости • запутанное мышление • ригидность мышления • снижение толерантности по отношению к неопределенности • нарушения памяти 	<ul style="list-style-type: none"> • Социальная самоизоляция • отсутствие прежних связей • сложные отношения с коллегами на рабочем месте • дисгармоничные отношения с родственниками

В дополнение к вышеупомянутым признакам, эксперты могут провести анализ **угроз и рисков**, включая риски утраты сострадания, косвенной травмы и выгорания у сотрудников аварийно-спасательных служб, включая лиц, принимающих решения, местное управление, общественных лидеров и спасателей.

5. Смягчающие и отягчающие обстоятельства

Смягчающие факторы включают в себя все элементы на различных уровнях, которые могут предотвратить и смягчить реакции на бедствия среди пострадавшего населения. Следующий перечень (не является исчерпывающим) может быть использован для облегчения сбора данных:

- Достаточность поддержки со стороны местного или национального правительства;
- Своевременная реакция аварийно-спасательных структур;
- Разумность руководства со стороны лидеров сообществ, лиц, принимающих решения, государственных чиновников и т.д.
- Непрерывное руководство с предоставлением необходимой информации местным органом власти и аварийно-спасательными службами;
- Контроль над ситуацией;
- Наличие качественных услуг психического здоровья, чувствительных к нуждам населения и активное участие профессионалов в области психического здоровья в предоставлении поддержки;
- Распределение других профессионалов (в том числе медицинских работников, специалистов по психическому здоровью и сотрудников безопасности) по местам чрезвычайных происшествий;
- Организация сообщества по оказанию помощи и других добровольных программ поддержки;
- Сильное чувство солидарности среди местного населения;
- Солидарность к пострадавшим сообществам, выражаемая местным населением или международным сообществом;
- Широкое распространение групп самопомощи и оказание индивидуальной поддержки друг другу;
- Использование адаптивных копинг - стратегий пострадавшими сообществами и отдельными лицами

Отягчающие обстоятельства обычно наблюдаются вместе со смягчающими. Следующий перечень (не является исчерпывающим) может быть использован для облегчения сбора данных:

- Неопределенность в отношении безопасности в регионе после чрезвычайного происшествия;
- Тяжесть травмы, длительность воздействия события и психосоциальная уязвимость населения;

- Неорганизованная реакция местного управления, лиц, принимающих решения и менеджеров аварийно-спасательных служб;
- Отсутствие профессиональных ресурсов для решения последствий чрезвычайных происшествий;
- Необходимость работать во временных помещениях и, как следствие, нарушение обычных условий работы;
- Отсутствие стабильности в пострадавших регионах;
- Постоянное воздействие травмы на местное население и аварийно-спасательные службы;
- Отсутствие достаточных знаний о стрессовой реакции, а также об адаптивных и дезадаптивных копинг-стратегиях, которые усугубляют восприятие пострадавшими собственной стрессовой реакции на ситуацию;
- Неожиданные административные проблемы в чрезвычайных ситуациях (например, необходимость платить наличными в больницах за медицинские услуги, дополнительные затраты, понесенные переселенцами);
- Конкуренция среди членов сообщества за ограниченные ресурсы

6. Анализ копинг - стратегий

Копинг – стратегии можно разделить на две основные группы - адаптивные и дезадаптивные. Тем не менее, это довольно условное разделение, поскольку одна и та же стратегия поведения может быть адаптивной при некоторых обстоятельствах, но дезадаптивной при других. Например, рассказ о пережитом своему коллеге/другу считается довольно адаптивной стратегией поведения. С другой стороны, если это происходит не в то время и не в том месте, и, особенно, не с тем человеком (например, с человеком, который не будет слушать с сочувствием, но, напротив, сделает из проблемы трагедию), то эта стратегия будет иметь прямо противоположный эффект.

Использование перечней адаптивных и дезадаптивных страте-

гий преодоления может облегчить процесс. В целях экономии времени, эксперт может раздать перечни пострадавшим и зарегистрировать их ответы. Во многих случаях, это полезно для проверки стратегии преодоления не только на уровне отдельного лица, но и на уровне команды и даже организации.

Было разработано несколько перечней для оценки копинг-стратегий (Lazarus & Folkman, 1984; Amir Khan, 1990; Neim и др., 1997). Следующие упрощенные перечни являются адаптированными версиями оригинальных инструментов, разработанных для оценки копинг - стратегий сотрудников в кризисных и чрезвычайных ситуациях (Agazade & Martynova, 2010). Перечни можно использовать, чтобы облегчить процесс оценки стратегий отдельного лица, команды или организации. Они могут быть адаптированы для каждого сообщества.

Индивидуальные адаптивные и дезадаптивные копинг - стратегии

Индивидуальные адаптивные стратегии преодоления	Индивидуальные неадаптивные стратегии преодоления
--	--

<ol style="list-style-type: none"> 1. Общая самопомощь 2. Своевременное и достаточное питание 3. Достаточный сон 4. Правильный баланс между работой и отдыхом 5. Здоровые удовольствия (чтение, музыка, общение и т.д.) 6. Поддержание рутины и порядка 7. Положительные отношения 8. Укрепление системы социальной поддержки 9. Эмоциональный обмен с другими 10. Поиск внешней поддержки у окружающих 11. Общение – быть в курсе событий и просвещать других 12. Толерантность к другим 13. Принятие реальности и поиск решения проблем (получение информации, поиск совета и решение проблем) 14. Готовность к неожиданным проблемам 15. Переоценка ситуации и ресурсов 16. Принятие ситуации и совладание с ней 17. Прием предложений и критики 18. Толерантность к культуре 19. Использование специальных методов преодоления (глубокое дыхание, релаксация, медитация и т.д.) 20. Подготовленность к дебрифингу после выполнения миссии 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Общее пренебрежения к себе 2. Неправильное питание 3. Недостаточный сон 4. Поведение трудоголика 5. Нездоровые удовольствия (курение, алкоголь, наркомания и т.д.) 6. Самолечение 7. Отсутствие планирования и самоорганизации 8. Скептическое, разрушительное отношение 9. Игнорирование системы социальной поддержки 10. Отказ от общения 11. Отвержение внешней поддержки со стороны сверстников, менеджеров, подчиненных 12. Агрессивное общение 13. Чрезмерный контроль и критика, а также нетерпимость к другим 14. Отказ, уклонение и эскапизм 15. Конфликтное и импульсивное поведение 16. Нахождение виновных и козлов отпущения 17. Цинизм, черный юмор, обвинение выживших/жертв 18. Бесчувственное поведения и культурная нетерпимость/негативизм 19. Покровительство других 20. Отказ от системы ценностей
---	---

Адаптивные и дезадаптивные копинг-стратегии в команде

Адаптивные стратегии	Деадаптивные (чрезмерное реагирование и недостатка реагирования)	Деадаптивные (дисфункциональные и деструктивные реакции)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Поддерживается состав команды (расширяется, если необходимо) 2. Роли каждого члена команды четко распределены (изменены при необходимости) 3. Запасные команды 4. Взаимная вертикальная поддержка лидера членами команды. 5. Взаимная вертикальная поддержка членов команды ее лидером (например, наставлением и менторством) 6. Взаимная горизонтальная поддержка в команде 7. Хорошее планирование и реализация запланированного 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Перепутанные структура и роли команды 2. Отрицание трудностей 3. Отсутствие обязательств 4. Избегание встреч с проблемами 5. Генерализация, рационализация, морализация или покровительство вместо принятия мер 6. Реакция на словах или на уровне планирования без принятия надлежащих действий 7. Переоценка трудностей, и, тем самым, оправдание бездействия. 8. Перемещение реакции от зоны «пробностей» в зону комфорта 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Дисфункциональные роли 2. Поведение подчинения или уступки команды в ее взаимодействиях с партнерами 3. Позиция проигравшего и самовиктимизация 4. Оппортунистическое поведение в команде 5. Снижение толерантности к производительности и качествам отдельного лица или команды

<p>8. Хороший баланс между работой и отдыхом в команде</p> <p>9. Открытость для предложений</p> <p>10. Конструктивная критика</p> <p>11. Практика эмоционального обмена внутри команды</p> <p>12. Внимание к индивидуальным потребностям членов команды</p> <p>13. Улучшение в общении (обмен информацией на вертикальном и горизонтальном уровне)</p> <p>14. Толерантность к производительно-сти членов команды</p> <p>15. Команда сосредоточена на решении проблем (получении информации и решении проблем)</p> <p>16. Принятие различных ролей (ориентация на задачи, поддержка, блокировка)</p> <p>17. Переоценка потребностей и урегулированная реализация</p> <p>18. Расширение полномочий персонала путем делегирования</p> <p>19. Толерантность и чувствительность команды к культуре</p> <p>20. Практика в решении проблем</p>	<p>9. Манипуляции, декорирование (приукрашивание) и символические жесты вместо решения проблем</p> <p>10. Ретроспективная реакция вместо перспективной</p> <p>11. Чрезмерная сенсбилизация</p> <p>12. Чрезмерная мобилизация ресурсов, часто с суетливой и неорганизованной реакцией</p> <p>13. Давление на команду для получения немедленного результата</p> <p>14. Трудоголизм</p> <p>15. Эйфория миссии</p> <p>16. Чрезмерная конфиденциальность</p> <p>17. Чрезмерная фиксация на выполнении задач</p> <p>18. Пренебрежение личными потребностями членов команды</p> <p>19. Агрессивное и оборонительно-наступательное общение</p> <p>20. Ожидание безупречной производительности</p>	<p>6. Дистанцирование членов команды друг от друга</p> <p>7. Нездоровая конкуренция между членами команды</p> <p>8. Неправильное расставление приоритетов (выявление неверных приоритетов и сосредоточение на второстепенных задачах)</p> <p>9. Ошибочное суждение и приращение ярлыков</p> <p>10. Микроменеджмент или чрезмерная передача полномочий</p> <p>11. Подрывная структура,</p> <p>12. Нахождение «козлов отпущения» и разрушительная критика в адрес лидера и членов команды</p> <p>13. Притеснение и моббинг</p> <p>14. Конфликтное поведение</p> <p>15. Агрессия внутри и вне команды</p> <p>16. Вероломство</p> <p>17. Ограничение полномочий членов команды</p> <p>18. Цинизм</p> <p>19. Обвинение жертв</p> <p>20. Отклонение ценностей команд</p>
---	---	--

Институциональные адаптивные и дезадаптивные копинг-стратегии

Институциональные адаптивные стратегии	Институциональные дезадаптивные стратегии (чрезмерная реакция и отсутствие реакции)	Институциональные дезадаптивные стратегии (дисфункциональные и деструктивные реакции)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Поддержка структуры 2. Оказание консультационной помощи всем сотрудникам и лидерам команды 3. Институциональная сплоченность 4. Институциональная поддержка лиц, принимающих решения/руководителей 5. Институциональная поддержка сотрудников 6. Выделение дополнительных финансовых и других ресурсов учреждением 7. Хорошее планирование и осуществление 8. Хороший баланс между работой и отдыхом на институциональном уровне 9. Открытость для предложений 10. Конструктивная критика 11. Обсуждение эмоционально важных вопросов на институциональном уровне 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Институциональная структура и функции не отвечают потребностям 2. Отказ от работы 3. Отсутствие достаточного общения 4. Избегание встреч с проблемами и их решения 5. Генерализация, рационализация, морализация или покровительство вместо принятия мер 6. Отсутствие обязательств 7. Переоценка трудностей и тем самым оправдание бездействий 8. Манипуляции, приукрашивание и символические жесты в действиях 9. Ретроспективные против перспективных взаимодействий без вынесения уроков 10. Отсутствие регуляровки в деятельности 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Переадрессация институциональных проблем на индивидуальный или командный уровень (персонализации и минимизация), вместо их решения на институциональном уровне 2. Отдаление/разделение между старшими менеджерами, командами и сотрудниками, 3. Введение или продвижение дисфункциональных ролей 4. Поведение подчинения или уступки со стороны учреждения (например, принятие критики без анализа) 5. Самовиктимизации со стороны лиц, принимающих решения 6. Конфликты 7. Оппортунистическое поведение в учреждении среди разных команд 8. Консерватизм и отказ от лобой инициативы

<p>12. Выявление и удовлетворение человеческих потребностей сотрудников на институциональном уровне</p> <p>13. Улучшение общения (обмен информацией, встреч ратуши)</p> <p>14. толерантность к поведению команды и сотрудников</p> <p>15. Поощрение решений проблем</p> <p>16. Народно-ориентированная политика, планирование и осуществление (направленность на задачи больше не господствует над человеческими потребностями)</p> <p>17. Постоянный анализ ситуации с переоценкой потребностей и урегулированная реализация</p> <p>18. Расширение полномочий персонала путем делегирования</p> <p>19. Поощрение и осуществление деятельности для поддержки персонала (например, ротация персонала, отдых и восстановление сил)</p> <p>20. Принятие институциональной ответственности</p>	<p>11. Чрезмерная сенсбилизация и мобилизация ресурсов</p> <p>12. Давление на команды для получения немедленных результатов</p> <p>13. Эйфорическая реакция</p> <p>14. Внедрение чрезмерной конфиденциальности</p> <p>15. Институциональное давление, приводящее к трудоголизму</p> <p>16. Чрезмерная приверженность задачам</p> <p>17. Пренебрежение личными потребностями сотрудников</p> <p>18. Агрессивно-оборонительные/обидчивые отношения</p> <p>19. Наложение штрафов на команды, руководителей команд и сотрудников за любые ошибки в производительности</p> <p>20. Чрезмерный контроль</p>	<p>9. Не-</p> <p>ду ко</p> <p>10. Не</p> <p>приор</p> <p>ных п</p> <p>чиван</p> <p>непра</p> <p>крепл</p> <p>11. По</p> <p>ная ст</p> <p>12. На</p> <p>щени</p> <p>крити</p> <p>и сотр</p> <p>13. По</p> <p>ников</p> <p>14. Пр</p> <p>15. Вл</p> <p>агрес</p> <p>16. Ве</p> <p>17. О</p> <p>членс</p> <p>18. П</p> <p>19. О</p> <p>20. О</p> <p>стей у</p>
--	--	---

7. Анализ ресурсов

Анализ должен содержать информацию о доступности местных учреждений психического здоровья, профессиональных и парапрофессиональных ресурсов (консультанты, психологи, психиатры, психиатрические медсестры, активисты по психическому здоровью, общественные помощники и т.д.) в соответствии с потребностями сообществ во время чрезвычайной ситуации как с точки зрения охвата населения, так и соответствия услуг по удовлетворению психологических потребностей пострадавших.

Местный потенциал по направлению лиц с психическими расстройствами в учреждения психического здоровья оценивается в контексте потенциальных чрезвычайных потребностей пострадав-

шого населения, даже если ожидаемое увеличение количества серьезно пострадавших обычно составляет около 2-4%. Тем не менее, даже это число серьезно повлияет на эффективность работы амбулатории в случае большого притока беженцев или мигрантов.

Наличие профессиональных ресурсов проверяется требованиями текущего чрезвычайного положения. Метод работы в чрезвычайных ситуациях должен быть изменен, так как в период кризиса профессиональные услуги предоставляются в основном людям с проблемами, связанными со стрессом, а не людям с психическими расстройствами.

Случай из практики

В одном из регионов Центральной Азии число психиатров и психологов в общественном психиатрическом учреждении было более чем достаточным для удовлетворения обычных потребностей населения. Посещаемость была одной из лучших в стране, а степень удовлетворенности клиентов была довольно высокой.

Тем не менее, во время чрезвычайной ситуации после этнических столкновений был внезапный приток большого числа беженцев и мигрантов в регионе. Количество клиентов и общая рабочая нагрузка сотрудников медицинского учреждения резко увеличились. Кроме того, местные специалисты были не совсем готовы к стилю работы во время чрезвычайных ситуаций и к необходимости предоставлять услуги в основном клиентам с проблемами, связанными со стрессом, в отличие от их обычной работы с людьми с проблемами в области психического здоровья. По просьбе руководства учреждения психического здоровья, центральное правительство направило в регион несколько консультантов из столицы в качестве дополнительного технического ресурса.

Таким образом, число профессиональных и парапрофессиональных ресурсов должно быть оценено с точки зрения удовлетворения текущих потребностей пострадавшего населения. Мы должны помнить, что различные международные организации, бизнес-компании, а также корпоративные организации в некоторых случаях направляют своих консультантов на место чрезвычайного происшествия для предоставления услуг пострадавшему населению. Кроме

того, международные организации и НПО могут заключить контракт и направить своих консультантов оказать помощь пострадавшему населению. Поэтому рекомендуется точно выяснить число направленных консультантов и количество целевых групп населения, а также хронологию выполнения индивидуальных заданий.

8. Рекомендации по удовлетворению психологических потребностей

Быстрая оценка, как правило, завершается рекомендациями по удовлетворению выявленных потребностей. Рекомендации могут охватывать несколько областей, таких как:

- Мобилизация ресурсов
- Укрепление потенциала членов сообщества
- Укрепление потенциала профессионалов и специалистов со средним образованием
- Координация
- Обмен информацией и руководящими инструкциями
- Технические консультации для лиц, принимающих решения
- Удовлетворение основных потребностей, защита и безопасность
- Социальная поддержка в восстанавливающихся общественных группах
- Техническая поддержка общественных лидеров и лиц, принимающих решения
- Психологическая поддержка пострадавшим лицам
- Психологические услуги пострадавшим лицам
- Первая психологическая помощь
- Медицинское обслуживание в фармацевтических учреждениях и психиатрических учреждениях
- Соответствие имеющихся ресурсов психического здоровья потребностям чрезвычайной ситуации
- Готовность общественных лидеров, лиц, принимающих решения, менеджеров оказывать поддержку в удовлетворении психологи-

ческих потребностей

Кроме того, консультации могут быть предоставлены отдельным лицам, семьям, командам, учреждениям и всему пострадавшему сообществу. Одним из ключевых моментов является обеспечение равного доступа к постоянно оказываемым профессиональным услугам психологов-консультантов с учетом гендерного баланса, языковых требований и знания культуры. Всякий раз, когда в этом возникает необходимость, эксперт может порекомендовать направить из другого региона или из-за рубежа обученных специалистов, знакомых с культурой пострадавшего региона.

Соответствие профессиональных ресурсов подразумевает также экспертизу консультантов в области управления чрезвычайными ситуациями и кризисами. В соответствии с потребностями, эксперты могут посоветовать провести тренинг для профессионалов в области психического здоровья. Основное место отводится деятельности консультантов, например, постоянной оценке потребностей, предоставлению консультаций, обучению, просвещению членов сообществ и предоставлению технических советов.

В большинстве чрезвычайных ситуаций существует необходимость создания системы общественной помощи, и учебные семинары для выбранной группы являются прерогативой для данного вмешательства.

Во всех случаях оценивается готовность лиц, принимающих решения, особенно руководителей из Министерства по чрезвычайным ситуациям, руководителей сообществ и менеджеров обеспечить поддержку в решении психологических потребностей. Если результаты не очень оптимистичны, то могут быть предоставлены практические советы по привлечению на свою сторону лиц, принимающих решения. Во многих случаях общественные лидеры и руководители могут пройти тренинг по профессиональной ориентации в психологических вопросах с акцентом на лидерское общение, а также руководство другими в периоды кризисов и чрезвычайных ситуаций.

В большинстве кризисных и чрезвычайных ситуаций, несмотря на усилия, есть серьезные пробелы в информации. Информация

либо задерживается, либо ее недостаточно. Таким образом, одним из наиболее частых рекомендаций является укрепление внутренних коммуникационных связей путем организации более частых встреч, двустороннего обсуждения с общественными группами и регулярного выпуска информационных бюллетеней.

Случай из практики

Разрушительное землетрясение оказало серьезное воздействие на один из регионов Южной Азии. Десятки человек погибли, и сотни были ранены. Тысячи людей потеряли дома. Правительство страны создало целевую группу ликвидации последствий стихийных бедствий. Кроме того, правительство поручило команде из нескольких профессионалов службы психического здоровья направить в пострадавший регион группу из двух или трех сотрудников.

По прибытии в регион во время первой миссии, два члена команды провели быструю оценку потребностей и представили свои рекомендации лицам, принимающим решения. В процессе направления консультанты провели также пропаганду психологической поддержки, предоставили консультации и оказали первую психологическую помощь наиболее пострадавшему населению. Кроме того, лидер группы координировал деятельность всех других профессионалов по психическому здоровью, а именно местного психиатра и двух международных консультантов.

Команда провела оценку данных из непосредственных наблюдений на месте, фокус-групповых дискуссий, изучений имеющихся документов о катастрофе, групповых и индивидуальных консультаций, встреч с лидерами общин, членов целевой группы ликвидации последствий стихийных бедствий, руководителей международных организаций и сотрудников службы безопасности. На более позднем этапе - этапе восстановления, члены команды также провели краткий опрос.

В докладе на первый план были выдвинуты обзор ситуации, анализ психологического воздействия ЧС на выживших, особенности стрессовой реакции, смягчающие иотягчающие стрессовые факторы, стратегии преодоления и анализ ресурсов психического здоровья, а также рекомендации по удовлетворению психоло-

гических потребностей. Эксперты отметили, что в дополнение к травматическому стрессу, связанному с землетрясением, на выживших оказали влияние тяжелые условия жизни, такие как отсутствие жилья, проблемы с водой и санитарией, отсутствие продуктов питания, угроза безопасности и случайная преступность. Те члены сообщества, которые смогли сохранить свои рабочие места, переживали трудные условия работы, перегрузку, работали сверхурочно. Стрессовые реакции включали в себя острую стрессовую реакцию, кумулятивный стресс, реакции потери и горя, и, в некоторых случаях, острые стрессовые расстройства. Проблемы, связанные со стрессом, были особенно очевидны среди детей школьного возраста.

Среди некоторых сотрудников аварийно-спасательных служб команда диагностировала «эффект медового месяца» (*honeymoon effect*), характеризующийся эйфорией от порученной миссии, гиперактивностью, рискованным поведением, ограниченной дееспособностью устанавливать личные границы, а также снижением ответственности в профессиональной деятельности. У некоторых сотрудников аварийно-спасательных служб были заметны признаки утраты сострадания и раннего выгорания, например, суетливая гиперактивность со снижением эффективности работы, усталость, черный юмор и отсутствие тревоги тогда, когда она была бы адаптивной.

Оценка указала на определенные функциональные механизмы преодоления в пострадавшем сообществе, такие как совместное обмен чувствами между друзьями, соседями и коллегами, ищущими поддержку со стороны членов сообщества, молитвы, поддержание обыденного режима жизни, сосредоточенность внимания на восстановлении разрушенных домашних хозяйств и инфраструктуры.

В основные рекомендации команды входили:

- Набор новых профессионалов по психическому здоровью в местные медицинские учреждения
- Набор педагогических психологов для предоставления услуг детям в местных школах
- Организация краткосрочных тренингов для местных профессионалов психического здоровья и школьных психологов по

предоставлению всеобъемлющих услуг и психосоциальной поддержки в чрезвычайных условиях

- *Обеспечение предоставления консультаций всем пострадавшим лицам в сообществе*
- *Мониторинг стрессовых факторов местными профессионалами по психическому здоровью в сообществе*
- *Набор волонтеров и проведение тренинга для общественных помощников, а также создание общественной сети добровольцев под контролем профессионалов, работающих в области психического здоровья*
- *Проведение тренинга по оказанию первой психологической помощи для общественных сотрудников служб безопасности, полиции, спасательной службы и медицинского персонала*

Местным сообществом была полностью признана и принята работа команды. Центральный и местный органы власти приступили к немедленной реализации всех рекомендаций. В результате этих мероприятий, более 90% пострадавшего населения получили профессиональные консультации и парапрофессиональную поддержку. Со случаями, определенными как ОСР и ПТСР, профессионалы эффективно справились. Ни один человек не был эвакуирован из региона по медицинским показаниям.

Несколько лет спустя, когда то же сообщество переживало другую чрезвычайную ситуацию, вызванную этническими столкновениями и военной конфронтацией между различными фракциями, общественная сеть психического здоровья была хорошо подготовлена и отреагировала с предельной профессиональностью. Консультанты смогли выявить наиболее уязвимые группы и предоставить услуги быстро и наиболее эффективным способом. Общественные помощники под руководством консультантов поддерживали связь со всеми пострадавшими семьями и предоставили им необходимую поддержку. Оказание первой психологической помощи консультантами и подготовленными специалистами позволило предупредить три суицидальные попытки. С несколькими случаями ОСР эффективно справились в местных медицинских учреждениях.

Быстрая оценка во время фазы восстановления

В период восстановления после ЧС оценка должна быть сосредоточена на анализе ситуации переходного периода, влиянии различных тенденций, предварительной оценке психосоциальных вмешательств, а также на рекомендациях руководителям и общественным лидерам по удовлетворению потребностей населения. Особое внимание уделяется статусу социальных услуг с акцентом на социальное благосостояние, медицинские учреждения и услуги сферы психического здоровья.

Основные области оценки охватывают следующее:

- **Ситуация в переходный период.** Эта часть содержит краткое изложение текущей ситуации и общих тенденций. Эксперт представляет наиболее реальный прогноз восстановления сообщества.

- **Влияние тенденции.** Этот компонент включает в себя описание воздействия ситуации на людей, анализ стресса и стрессовой реакции. Хорошо отмечено, что задержка реакции на стресс, и травматический и кумулятивный, может проявляться в период выздоровления в связи с защитными механизмами подавления, вытеснения и отрицания, функционирующими на более ранних стадиях. Особое внимание на данном этапе уделяется смягчающим и отягчающим факторам и наблюдаемым копинг - стратегиям отдельных лиц, семей, сообществ и организаций.

- **Предварительная оценка вмешательств.** Оценка психосоциальной деятельности на данном этапе предоставит информацию, способную внести коррективы в оказанную поддержку и улучшить дальнейшую эффективность вмешательств. Следующие пункты, как правило, выдвигаются на первый план:

- **Достаточность предоставления профессиональных услуг.** Оценка измеряет охват и эффективность предоставляемых услуг, а также указывает, была ли оказана поддержка уязвимым группам населения как в ближайших, так и в отдаленных районах. Особенно важной является оценка

эффективности в определении отсроченных клинических проявлений ПТСР.

- **Поддержка, оказываемая общественными помощниками.** Указывается общая роль общественных помощников в предыдущей и текущей стадии, особенно в налаживании связей с уязвимыми группами и помощи в диагностике расстройств с отсроченным началом.
 - **Укрепление потенциала всех заинтересованных сторон.** Оценка указывает на эффективность проведенных тренингов для консультантов и общественных помощников.
 - **Координация и управление ресурсами.** Оценивается изменение доступных ресурсов в соответствии с потребностями фазы восстановления. Консультант также советует выбор способа демобилизации парапрофессиональных ресурсов и их приспособления к новым условиям. На данном этапе могут быть набросаны предварительные выводы.
 - **Мониторинг и оценка.** Эта часть может обозначить соответствие показателей мониторинга и их полезность.
 - **Рекомендации.** Основное внимание в этом компоненте, как правило, уделено техническим советам общественным лидерам, лицам, принимающим решения и менеджерам, а также рекомендациям по дальнейшей динамике («*движение вперед*»). Как упоминалось выше, осуществимость рекомендаций может быть проверена совместно с участниками фокус-групп и на встречах с представителями сообществ.
 - **Технические советы менеджерам и общественным лидерам.** Оценка заканчивается техническими советами сообществам. Первоначально оценка указывает на техническую помощь, уже оказанную консультантами (показатели результативности); кроме того, она определяет, сколько рекомендаций было приведено в действие лицами, принимающими решения (итоговые показатели) и скольким людям они принесли пользу (показатели воздействия).
- Очень важный аспект связан с помощью консультанта профессионалам психического здоровья в оказании поддержки сообществам

и организациям в преодолении чрезвычайного периода.

Эксперт может предоставить рекомендации консультантам провести сессии коучинга для некоторых младших менеджеров и менеджеров среднего звена в целях облегчения адаптации к новым профессиональным реалиям.

- **Движение вперед.** Рекомендации в фазе восстановления включают в себя технические консультации по вопросам перехода в новые реалии в изменившихся условиях. Переход в новые условия жизни и труда может оказать серьезное психологическое воздействие на сообщества. Таким образом, рекомендации консультантов по управлению изменениями, проведенные для общественных лидеров и членов сообщества при помощи тренингов и групповых дискуссий, могли бы значительно облегчить процесс плавного перехода. Можно посоветовать разработать и распространить учебно-методические материалы для населения с описанием проблем и способов их решения, а также советы по адаптации, повышению устойчивости и эффективности копинг-стратегий.

Быстрая оценка в посткризисный период.

Оценка в посткризисный период необязательна, и во многих случаях она вообще не проводится или проводится в неформальной обстановке, либо в качестве спонтанной деятельности. Чрезвычайная ситуация в это время уже считается преодоленной, а сообщества должны восстановить свои основные функциональные компоненты. Как правило, быстрая оценка проводится в течение первых двух лет после завершения фазы восстановления, но может быть выполнена и на более поздних этапах. В посткризисный период целью оценки становится определение степени восстановления благополучия сообщества, эффективность кризисного периода, а также готовность к дальнейшей жизни на прежде пострадавшей территории.

Оценка обычно рассматривает следующие вопросы:

- 1. Определить, пройден ли кризисный период, или, напро-*

тив, затянулся. Есть ли осложнения.

Обычно стихийные бедствия проходят после завершения восстановительного периода (например, циклон Нургис в Мьянме, землетрясение в Центральной Азии). Тем не менее, некоторые искусственные кризисные ситуации, как правило, длятся дольше и иногда даже усложняются (например, теракты в Ираке или Афганистане).

2. Определить справились ли сообщества с травматическим воздействием ЧС.

Например, после землетрясения-цунами, инфраструктура в некоторых населенных пунктах в провинции Ачех, Индонезия, была восстановлена в течение первого года, однако, негативное психологическое воздействие существовало в течение еще многих лет. Используя ту же методологию (опросы, фокус-группы, встречи, консультации и т.д.), описанную в предыдущих этапах, эксперт описывает текущие стрессоры в сравнении с психосоциальными условиями тех же людей во время периодов кризиса и восстановления. Важным на данном этапе является не только большое количество стрессовых факторов и даже не их тяжесть, но скорее причинная связь с прошедшей катастрофой. В реальной фазе после кризисной ситуации, стрессоры, независимо от их протяженности и/или количества рутинны, обыденны и не связаны с предыдущей кризисной ситуацией.

3. Объяснить преодолен ли кризисный период сообществами

Преодоление кризиса представляется сложным, но выполнимым для большинства сообществ. Такая ситуация наблюдалась после стихийных бедствий и некоторых техногенных катастроф. Иногда кризис затягивается в силу таких причин, как отсутствие политической воли у лиц, принимающих решения, недостаточная поддержка со стороны правительства или агентств по оказанию помощи, продолжающиеся трудности пострадавшего населения, а также отсутствие соответствующих услуг.

Основные проблемы, связанные с преодолением кризисного периода, как правило, происходят из-за отсутствия политической согласованности между государственными и негосударственными деятелями, тяжести травмы, чрезмерно тяжелого влияния чрезвычай-

чайной ситуации на сообщества, отсутствия профессиональных услуг или парапрофессиональной поддержки. В этих условиях становится сложно оказать помощь сообществам в преодолении негативного опыта и в переходе к заключительному этапу. Часто отмечается преобладание дезадаптивных копингов над адаптивными, распад общественных структур, неполноценные взаимодействия между членами сообщества, искажение ценностей сообщества, разрушение веры – все то, что мешает травмированному населению продолжать жить.

Оценить эффективность психосоциальных вмешательств.

Консультант проверяет эффективность предпринятых действий в отношении их влияния на благополучие пострадавших сообществ. В связи с этим, как правило, проверяются следующие параметры - рекомендации, план действий, ожидаемые результаты, сроки, результаты, последствия и влияние. Можно использовать следующий формат:

Рекомендации	План действий	Ожидаемые результаты	Сроки	Результаты, последствия и влияние

Приведенный пример иллюстрирует быструю оценку, проведенную во время фазы восстановления, а затем в период наблюдения после завершения ЧС.

Случай из практики

Небольшая страна в Азиатско-Тихоокеанском регионе была разрушена гражданской войной. Вооруженное противостояние продолжалось в течение нескольких месяцев, разрушая инфраструктуру и экономику страны. Тем не менее, благодаря усилиям нового правительства страны и международной поддержки, оказываемой многочисленными пожертвованиями, страна смогла постепенно перейти к восстановлению и воссоздать основные стороны экономики.

Начиная с начальной стадии чрезвычайной ситуации и в тече-

ние нескольких последующих лет, несколько международных профессионалов психического здоровья, заключившие контракт с международными организациями, прибыли в страну для оказания консультативной помощи пострадавшему населению. Специалисты провели тренинги для некоторых сообществ, а один из экспертов организовал симпозиум по организации общественной помощи. В связи с недостаточностью профессиональных ресурсов в стране, эксперты порекомендовали медицинскую эвакуацию всех лиц с диагностированными расстройствами в соседнюю страну. Ни один из профессионалов не провел оценку психосоциальных потребностей населения и не предоставил технические консультации местным государственным органам. После окончания командировки, эксперты уехали, но местные власти не совсем представляли себе, что делать во время посткризисного периода.

Октай, международный эксперт, был приглашен для выработки рекомендаций по удовлетворению психологических потребностей населения в период восстановления.

Октай провел оценку текущего состояния и сформулировал рекомендации, предварительно согласовав их с местными менеджерами. Его оценка данных была получена из непосредственных наблюдений, фокус-групп, консультаций и встреч с должностными лицами, общественными помощниками и членами сообщества. Он также провел краткий опрос в одном из районов. Эксперт привлек почти 1000 человек.

Основное внимание было уделено стрессорам, стрессовым реакциям, стратегиям преодоления и рекомендациям. Выявленные стрессоры были связаны, главным образом, с окружающей средой (отсутствие физической безопасности, случайная преступность, высокий уровень безработицы, nepoтизм и фаворитизм в сообществах, неопределенность будущего, риски для здоровья), а также с работой (ненадежность работы, низкая заработная плата, перегруженность, несоответствие работы заключенным контрактам, отсутствие профессиональных навыков у населения) и с официальной властью (отсутствие поддержки со стороны правительства, неравенство, дискриминация и недостаточная управленческая помощь со стороны некоторых чиновников, недостаточный обмен информацией, случаи притеснения и злоупотребления со стороны

руководителей населенных пунктов).

Анализ стрессовой реакции населения показал наличие многочисленных признаков стресса, как кумулятивного, так и травматического, с тенденцией к хроническому течению. Кроме того, эксперт выявил ряд невылеченных случаев острого стрессового расстройства и посттравматического стрессового расстройства. Последние включали случаи с нерешенными и непроработанными травмами, связанными с прошлой гражданской войной. Большинство лиц сообщили, что признаки стресса значительно повлияли на повседневную жизнь и ежедневную рутину. Что касается копинг-механизмов, то опрошенные члены сообщества проявляли как адаптивное и дезадаптивное копинг-поведение. Эксперт также отметил, что у большинства пострадавших не было представления о копинг-стратегиях. Например, пренебрежительное отношение к потребностям людей со стороны некоторых общественных лидеров, резкость в общении и отрицание насущных проблем воспринимались членами сообщества как признаки серьезного притеснения, а не стрессовой реакции со стороны власти.

Знакомство с медицинской системой показало, что в стране был только один психиатр, который был перегружен пациентами в больнице и поликлинике. В стране не было ни одного клинического психолога, несмотря на очевидную в них потребность. Два других профессионала, работающие в стране были представлены консультантом общины и консультантом международной организации, который, однако, заключил временный контракт с крупной бизнес-компанией и предоставлял услуги только своим сотрудникам.

На основании полученных данных, Октай предоставил следующие основные рекомендации:

- Назначить консультанта общины на более высокую должность, с тем, чтобы он мог предоставлять постоянную техническую консультативную помощь центральному правительству и консультировать широкий круг пострадавшего населения. На консультанта общины возлагался надзор за деятельностью общественных помощников.
- Для того, чтобы облегчить переход от этапа кризиса к этапу

восстановления, Октай посоветовал предоставить техническую консультативную помощь менеджерам общины по управлению изменениями и переходу к новым условиям.

- *лидерам общины и руководителям местных государственных учреждений рекомендовалось завершить тренинг по вопросам оказания управленческой и технической поддержки своим подчиненным.*
- *Для предотвращения слухов о фаворитизме и nepoтизме, местным сообществам было посоветовано проводить большее количество форумов в целях достижения большей прозрачности.*
- *Рекомендовалось продолжить кампанию по повышению осведомленности о притеснении (харассменте), выпускать циркуляры и электронные бюллетени.*
- *Для того чтобы предотвратить проблемы со здоровьем (малярия, пищевые отравления), государственным здравоохранительным учреждениям рекомендовалось предоставить больше учебных материалов об опасности для здоровья.*
- *Консультанту общины рекомендовалось работать с населением в целях предотвращения кумулятивного стресса и усовершенствовать копинг-стратегии клиентов при помощи индивидуальных и командных сессий.*
- *Октай рекомендовал непрерывные консультационные услуги всем лицам с вспышками гнева, паническими атаками, высокой тревожностью и другими симптомами, связанными с предыдущим травматическим опытом.*
- *Он также посоветовал провести сессии коучинга для менеджеров среднего звена, чтобы помочь им приспособиться к новым реалиям.*
- *Были разработаны и распространены образовательные материалы с информацией о проблемах в период восстановления и советами по улучшению адаптации, гибкости и эффективности решения проблем.*

Национальный координатор положительно принял результаты оценки и полностью поддержал рекомендации.

Два года спустя Октай приехал в страну с последним визитом. Старшие менеджеры сообщили ему, что более 90% его рекомендаций были осуществлены. Эксперт провел оценку и определил, что показатели психосоциального благополучия населения значительно улучшились. Уровень стресса среди членов сообщества был умеренным и охватывал значительно меньшее количество населения по сравнению с его предыдущим визитом. Показатели производительности позволили ему связать улучшение с эффективностью психологической помощи.

Тем не менее, не была реализована одна из его главных рекомендаций по оказанию помощи сообществам - преодолеть кризисный период и двигаться дальше. Следовательно, определенные переживания членов сообщества из-за нерешенных прошлых травм (например, быстрая активация прошлого травматического опыта или проекция текущих проблем в прошлую чрезвычайную ситуацию) продолжались. Октай обсудил данный вопрос с чиновниками, которые полностью согласились с его доводами. Согласно его коллеге из правительства, основные причины были связаны с отсутствием мотивации со стороны чиновников центрального аппарата правительства, общественных лидеров и знаменитостей преодолеть этот сложный период. Заинтересованные в продолжении кризиса люди использовали официальные выступления, задействовали средства массовой информации, телевидение, публикации и общественные встречи для поддержания образа врага для своей собственной политической выгоды, несмотря на то, что эта стратегия привела к противостоянию между сообществами.

Октай провел ряд пропагандистских встреч с различными заинтересованными сторонами, но ясно видел, что его усилия не принесли особых успехов. Когда он связался с национальным консультантом год спустя, ему сообщили, что никакого прогресса в данной области достигнуто не было.

Мониторинг сбора данных

Сбор данных включает в себя показатели психологических потребностей, доступа к услугам и производительности. Регулярные отчеты о психосоциальной помощи пострадавшему населению пре-

доставляются координатором области координатору на региональном или национальном уровне.

Показатели потребностей обычно включают (перечень не является исчерпывающим):

- Количество пострадавшего населения (первого, второго, третьего, четвертого и пятого уровня)
- Количество случайных жертв
- Количество пострадавших, переживающих утрату.
- Количество скорбящих
- Число раненых людей
- Число больных людей
- Количество людей с травматическим и кумулятивным стрессом
- Характеристику основных потребностей населения (водоснабжение, санитария, питание, безопасность, жилье, одежда и т.д.)
- Опасности для здоровья и профилактики серьезных заболеваний
- Финансовое воздействие кризиса на людей и уже принятые меры облегчения их положения
- Количество и процент людей, которые сталкивались с травматическими событиями
- Наиболее распространенные признаки стресса
- Определение наиболее значительных стрессоров
- Наиболее распространенные адаптивных стратегий преодоления пострадавших людей
- Наиболее распространенные дезадаптивные стратегии преодоления пострадавших людей

Показатели доступа включают в себя следующее (перечень не является исчерпывающим):

- Количество действующих учреждений психического здоровья в регионе с полным доступом
- Количество местных профессионалов психического здоровья в регионе с полным доступом

-Количество и процент пострадавших людей, получивших пользу от профессиональных услуг

- Количество и процент пострадавших людей, получивших пользу от рекомендаций, полученных от профессионалов психического здоровья

- Количество мест, где можно эмоционально разрядиться, доступных для населения (например, спорт, отдых и т.д.)

- Количество групп самопомощи в пострадавшей зоне, работающих под наблюдением профессионалов в области психического здоровья

Показатели результатов деятельности обычно включают:

– Общее количество консультантов (как зарубежных, так и местных), работающих в зоне чрезвычайной ситуации

– Количество активных общественных помощников в зоне чрезвычайной ситуации

– Количество людей, получивших профессиональные услуги

– Количество людей, которым помогли общественные помощники

– Количество людей, направленных в медицинские учреждения

– Количество предоставляемых сессий индивидуальных и групповых консультаций

– Количество людей, получивших консультации

– Количество проведенных образовательных и учебных занятий

– Количество людей, посетивших образовательные и учебные занятия

– Количество лиц, эвакуированных по медицинским показаниям

– Количество распространенной информации, образовательных материалов.

– Количество людей, получивших образовательные материалы

– Количество рекомендаций предоставленных лицам, принимающих решения и лидерам общин

– Количество осуществленных рекомендаций лицами, принимающими решения и общественными лидерами

– Количество людей, которые получили пользу от психосоциальных вмешательств

Вышеупомянутые показатели в целом рекомендуются в качестве шаблона, и выбор конкретных показателей для статистического анализа будет зависеть от вида чрезвычайной ситуации. Таким образом, общая оценка должна включать в себя быстрый анализ потребностей, достаточность имеющихся ресурсов, сбор данных, мониторинг и проверку обоснованности вмешательств по отношению к потребностям.

Для того, чтобы облегчить сбор данных, эксперты могут использовать специальный перечень для Сообщества Быстрой Оценки Психологических Потребностей и Ресурсов, которые были разработаны на основе инструмента Быстрой Оценки Психологических Потребностей (RAPN), разработанным Группой по методологии борьбы со стрессом Департамента Организации Объединенных Наций по вопросам охраны и безопасности. Эксперты могут использовать следующий перечень в качестве шаблона. С учетом конкретной чрезвычайной ситуации, они могут адаптировать его или создать свой собственный перечень.

Быстрая оценка психологических потребностей и ресурсов

Целью настоящего перечня является оказание помощи в оценке психосоциальных потребностей сообществ и имеющихся ресурсов, а также в облегчении сбора и анализа данных и разработке рекомендаций для удовлетворения выявленных потребностей.

Страна и местность: _____ Дата: _____
Эксперты: _____

Данные, относящиеся к пострадавшим людям	Общая сумма	мужчины	женщины	Комментарии
--	-------------	---------	---------	-------------

1. Общее пострадавшее население				
2. Жертвы (погибшие)				
3. Лишившиеся лица (например, те, кто потерял значимых людей)				
4. Раненые				
5. Выжившие, которые были под значительным влиянием травматического события (например, были свидетелями инцидента), которые боролись за свои жизни и не были ранены.				
6. Выжившие, которые присутствовали на месте событий, но которым не пришлось бороться за выживание (например, те, кто был под сильным влиянием последствий кризиса)				
7. Выжившие, переселившиеся или эвакуированные из-за кризиса.				

Информация, относящаяся к чрезвычайной ситуации	Выводы
1. Географические и экологические особенности района	
2. Ожидаемые социальные, политические и экономические события, последовавшие за чрезвычайной ситуацией или кризисом (например, вовлечение пострадавшего населения, реакция правительства или местного сообщества)	
3. Ситуация безопасности в местности (мародерство, насилие, похищения)	
4. Принятые меры безопасности для защиты местности	

5. Значительные культурные, социальные и/или религиозные практики, которые могут оказать влияние на вмешательства консультантов и помощников (например, табу, похоронные/траурные ритуалы и т.д.).	
--	--

Базовые потребности сообществ	Выводы
1. Поставки продовольствия (например, наличие, культурное соответствие, достаточность на складе и т.д.).	
2. Водоснабжение и качество воды (например, для питья, купания или стирки).	
3. Санитария и условия для ухода (например, гендерная и культурная уместность, наличие душей и т.д.).	
4. Жилищное обеспечение и размещение (например, гендерная и культурная уместность, наличие жилья и жилищной политики, убежище, палатки и т.д.).	
5. Одежда и дресс-код (например, гендерная и культурная уместность).	
6. Опасности для здоровья и профилактика (например, угроза, потребности, наличие профилактических лекарств, средства против насекомых, сетки и т.д.).	
7. Другие основные потребности пострадавшего населения	
8. Финансовое влияние на людей (например, принятые меры с целью уменьшения финансовой нагрузки на людей, пособия, заработная плата и отпуск авансов, договорные корректировки, компенсации за потерю имущества и т.п.)	
9. Открыты ли люди к услугам и поддержке психического здоровья? Поощряют ли общественные лидеры прибегать к услугам в области психического здоровья?	

Вопросы психического благосостояния	Выводы
1. Каково количество и предполагаемый процент людей, которые подверглись воздействию стрессовой ситуации или события?	
2. Как люди реагируют на стресс? Какие наиболее распространенные признаки стресса?	

3. Как люди скорбят?	
4. Имеется ли у сообщества в регионе программа по стресс менеджменту? Насколько она эффективно справляется со стрессом людей?	
5. Есть ли у людей в данной местности доступ к квалифицированным профессионалам в области психического здоровья? Если да, опишите (например, природу, специальности и т.д.). Как эти люди могут получить доступ к услугам (например, само-направления, направления и т.д.)?	
6. Какие были выявлены самые значительные стрессоры (например, относящиеся к инциденту, работе и т.д.)?	
7. Каковы наиболее распространенные адаптивные стратегии преодоления, к которым прибегают люди?	
8. Каковы наиболее распространенные неадаптивные стратегий преодоления, к которым прибегают люди?	
9. Как люди разряжаются (например, спорт, отдых, алкоголь и т. д.)?	
10. Облегчается ли работа профессионалов в области психического здоровья общественными лидерами или менеджерами? Каковы главные препятствия (например, нехватка логистической поддержки, менеджеры стоят на пути и т.д.)	
11. Насколько восприимчиво местное управление к рекомендациям профессионалов? Как восприимчивость (или ее отсутствие) преобразовывается во вклад профессионалов?	
12. Есть ли группы самопомощи в пострадавшем районе? Могут ли люди найти поддержку в местном населенном пункте (например, у общественного помощника, сверстников, психолога и т.д.)?	

Проблемы с быстрой оценкой и мониторингом

Все проблемы, мешающие проведению быстрой оценки и мониторинга, можно подразделить на внутренние и внешние. Внешние трудности обычно связаны с защитными механизмами местного населения, растерянностью сообществ, скрываемыми реакциями и т.д. Внутренние проблемы обусловлены деятельностью самого консультанта.

Внешние проблемы:

- **Механизмы подавления, репрессии или отрицания у выживших.** Эти защитные механизмы были отмечены во всех сообществах, особенно в тех, которые приветствовали сдержанную реакцию на травмирующие события.
- **Отсутствие внимания со стороны сообществ.** Члены сообщества и лидеры могут не обращать внимания на травматическое воздействие чрезвычайной ситуации и не замечать различные реакции даже среди наиболее пострадавших лиц. В таких случаях, хотя травматическая реакция очевидна для посторонних (например, спасателей или посещающих профессионалов психического здоровья), местные сообщества часто не обращают на них внимания.
- **Замалчивание.** В некоторых случаях, когда травматические реакции замечены другими членами сообщества, члены семьи, соседи, друзья или общественные лидеры заставляют пострадавших молчать. Из-за того, что последним не дают делиться своими драматическими переживаниями, травмированные люди избегают выражения чувств и, следовательно, не получают никакой поддержки от других.
- **Замаскированная приподнятым настроением реакция.** Стрессовые признаки некоторых пострадавших лиц иногда маскируется искусственно приподнятым настроением, эффорическим общением и шумным поведением.
- **Травматическая гиперактивность.** В связи с культурными нормами, эмоциональные признаки стресса могут не выражаться открыто. Вместо этого в таких случаях травматическое воздействие может быть замаскировано высоким уровнем активности и, как правило, сопровождается суетливым и неорганизованным гиперактивным поведением. В некоторых случаях, когда защитная гиперактивность наблюдается наряду с повышением эффективности, может сформироваться неверное впечатление об отсутствии какой-либо стрессовой реакции.
- **Надуманное поведения и связанные с ним проблемы.** Проблема рашифровывается в одной из последующих глав. Кроме того,

имитируемые расстройства, симуляция и притворство, лицемерие по доверенности может усложнить процесс адекватной оценки.

- **Хроническое воздействие.** Хроническое воздействие травматического стресса может иногда привести к тому, что симптомы превращаются в хронические признаки. Создается неверное впечатление, что состояние пациента улучшилось, хотя в это же самое время могут формироваться хронические изменения личности в результате переживания катастрофы.

Внутренние проблемы:

- **Слишком подробная оценка.** В некоторых случаях оценка проводится очень подробным образом, с опросом широких масс населения, большим количеством респондентов и подробными анкетами. Такие опросы требуют слишком много времени и, как правило, не всегда полезны. Они занимают драгоценное время и энергию у сотрудников аварийно-спасательных служб. Например, детальный опрос был проведен после цунами в одном из районов в Юго-Восточной Азии. Однако потребовалось несколько месяцев, чтобы проанализировать результаты опроса, и к тому времени для аварийно-спасательных служб в полученных данных не было больше необходимости. Как правило, рекомендуется избегать таких подробных опросов.
- **Фокус на собственной работе.** Профессионалы – психиатры и психологи во время проведения оценки могут быть сосредоточены на своей собственной работе, а не на потребностях пострадавших сообществ. Например, эксперты могут оценить потребность в консультационных услугах в зависимости от количества проведенных сессий, а не от потребности населения в таких услугах. Хорошо известно, что любые психологические потребности, в том числе потребность в консультировании, не всегда постигаются пострадавшими лицами, или же она не всегда ими озвучена. Таким образом, рекомендуется обосновывать любые оценки на психологических потребностях пострадавших сообществ.
- **Упрощение выводов.** Одна из внутренних проблем в сборе и анализе данных является неконкретные выводы, особенно по отношению к трагическому опыту пострадавших сообществ. Это

обычно происходит, когда профессионалы психического здоровья не совсем знакомы с культурными аспектами пострадавшего населения. Например, во время циклона *Наргис* в Мьянме, одна из профессионалов психического здоровья слишком упрощенно поняла стрессовую реакцию представителей населенного пункта, основывая свои выводы только на соматических жалобах. На самом деле, пострадавшие, в основном в связи с причинами культурного характера, предъявляли ей только соматические жалобы, несмотря на наличие у них полного спектра признаков стресса.

Таким образом, быстрая психосоциальная оценка потребностей должна проводиться профессионалами – психиатрами и психологами, назначенными центральным или местным правительством; в странах СНГ официально назначенным органом является Министерство по чрезвычайным ситуациям. Быстрая оценка включает в себя несколько аспектов, таких как описание масштабов катастрофы, влияние на сообщества, стрессовые реакции, копинг-стратегии, достаточность ресурсов и рекомендации по удовлетворению выявленных потребностей, а в более поздние этапы - оценку эффективности принимаемых мер. Особое внимание при любой оценке уделяется готовности государственных учреждений принять и осуществить предоставленные рекомендации.

Форма оценки варьирует в зависимости от разных фаз катастрофы. Таким образом, в докризисной фазе основной упор делается на анализ ситуации с ожидаемым воздействием на население, повышение готовности к прогнозируемой чрезвычайной ситуации, оценку подготовленности служб психического здоровья, а также укрепление потенциала сообществ по смягчению и предотвращению негативного воздействия.

Оценка, проведенная после начала чрезвычайной ситуации, включает в себя описание ситуации или кризиса, состояние выживших, анализ основных стрессоров, воздействие стресса, стрессовую реакцию, смягчающие и отягчающие стрессовые факторы, стратегии преодоления, достаточность услуг в области психического здоровья, а также рекомендации о том, как помогать пострадавшим людям, семьям и населенным пунктам. В некоторых отчет-

тах могут быть представлены рекомендации на институциональном уровне.

В период восстановления оценка фокусируется на анализе ситуации в переходный период, влиянии различных тенденций, предварительной оценке психосоциальных вмешательств, а также на рекомендациях руководителям и общественным лидерам по удовлетворению потребностей населения и продвижению вперед.

Быстрая оценка в посткризисный период не является обязательной. Она подтверждает, что чрезвычайная ситуация закончилась или, наоборот, имеет тенденцию к осложнению, измеряет психосоциальное благосостояние населенных пунктов, уточняет насколько преодолен чрезвычайный период и оценивает эффективность психосоциальных вмешательств.

Данные для оценки психосоциальных потребностей на всех этапах, как правило, получают путем непосредственного наблюдения, изучения имеющейся документации, фокус-групповых дискуссий, встреч с членами населенного пункта, консультаций, опросов и пропагандистских встреч с должностными лицами, лицами, принимающими решения, общественными лидерами и менеджерами. Использование приведенных перечней может значительно облегчить процесс сбора данных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Agazade N. & Martynova I (2010). *All Faces of Harassment*. New York, Paper press.
2. Amirkhan, J. H. (1990). A factor analytically derived measure of coping: The Coping Strategy Indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1066-1074
3. Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
4. Heim E, Valach L, Schaffner L. (1997) Coping and psychosocial adaptation: longitudinal effects over time and stages in breast cancer. *Psychosom Med*. Jul-Aug; 59(4): 408-18.
5. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

6. World Health Organization & United Nations High Commissioner for Refugees (2012). *Assessing Mental Health and Psychosocial Needs and Resources: Toolkit for Humanitarian Settings*. Geneva: WHO.
7. The United Nations Department of Safety and Security (UNDSS), Critical Incident Stress Management Unit (CISMU) (2007). *Rapid Assessment of Psychosocial Needs*. NY

Первая психологическая помощь в доклинической практике

Назим Агазаде

перевод Е. Молчановой

Вопросы оказания первой психологической помощи (известной также как первая эмоциональная помощь) в последние годы приобрели особое значение. Это, очевидно, связано с возрастающим количеством катастроф и кризисов, как природных, так и антропогенных (Crocq, L., 2012; Ottenstein, R.J., 2010; Crocq L. et al, 2009; Everly et al, 2006; Федунина Н.Ю., 2006; Lerner, M.D., 2005; Herman, J., 1997; Mitchell, J.T. & Everly, G.S., 1999; Crocq, L., 1999)

Первая психологическая помощь определяется большинством профессионалов сферы психического здоровья как *специфический набор навыков, используемых либо непрофессионалами, прошедшими тренинги, либо специалистами в области психического здоровья, либо сотрудниками спасательных служб для обеспечения поддержки лицам, пострадавшим от кризиса или чрезвычайной ситуации.*

Согласно Ottenstein (2010), первая психологическая помощь направлена на:

- достижение стабилизации у пострадавших;
- уменьшение уровня дистресса;
- удовлетворение основных потребностей;
- оказание помощи в решении основных проблем и восстановлении контроля над ситуацией;
- при желании или в случае необходимости – обеспечение пострадавшим доступа к другим ресурсам

В большинстве руководств указывается, что первую психологическую помощь следует рассматривать как *вмешательство, ориентированное на удовлетворение потребностей*, но не как психотерапию. Австралийским психологическим сообществом и Австралийским обществом Красного Креста (2011) уточняется, что под первой психологической помощью следует понимать *«оказание гуманной, заботливой и сострадательной поддержки, обращенной в первую очередь к насущным практическим проблемам и потребностям»*. Далее следует, что *«первая психологическая помощь – это доказавший эффективность подход к оказанию содействия населению, пострадавшему от чрезвычайной ситуации, стихийного бедствия или травмирующего события. Оказание первой психологической помощи строго следует принципу «не навреди»*.

Модель индивидуального кризисного вмешательства, предложенная George S. Everly (2001), включает следующие стратегии:

- Стабилизация (информирование, удовлетворение базовых потребностей, смягчение действия острых стрессоров);
- Признание события и реакций (пострадавшего) на него;
- Облегчение понимания (пострадавшим) как уже произошедшего, так и происходящего в настоящем; нормализацию;
- Поощрение эффективных копинг-стратегий;
- Восстановление (с восстановлением независимого функционирования), либо перенаправление пациента с обеспечением последующего ухода.

Everly and Flynn (2005) подчеркивают, что первая психологическая помощь должна быть ориентирована на предоставление необходимой информации и обучения, на обеспечение комфорта и поддержки, а также на облегчение психологического и физического восстановления, укрепление психического здоровья, обеспечение доступа к продолжению оказания помощи или ускорению ее оказания.

По мнению Raphael (1986), первичная психологическая помощь должна состоять из целого комплекса разнонаправленных мероприятий:

1. Обращение к базовым потребностям (физическая защита, достижение чувства безопасности, удовлетворение физиологиче-

ских потребностей);

2. Обращение к психологическим потребностям (утешение, эмоциональная поддержка, предоставление поведенческой поддержки, обеспечивающей эмоциональное вентилирование, поощрение конструктивного поведения);

3. Обеспечение социальной поддержки (воссоединение пострадавших с семьей, использование экстренных (acute) социальных и общественных поддерживающих связей);

4. Содействие продолжению оказания помощи (проведение сортировки и перенаправление остро нуждающихся, использование для поддержки пострадавших уже созданных и эффективно функционирующих социальных сетей)

В соответствии с нашим собственным практическим опытом, первая психологическая помощь обычно состоит из следующих этапов:

- Наблюдение за ситуацией с ее последующей оценкой и обследованием пострадавшего;
- Обеспечение доступа к пострадавшему, налаживание доверительного контакта;
- Обеспечение пострадавшим безопасности и защиты от любого вреда, включая аутоагрессию;
- При необходимости – поиск возможностей оказания неотложной медицинской помощи;
- Удовлетворение основных потребностей;
- Стабилизация эмоционального состояния пострадавших и уменьшение действия внешних стимулов;
- Информационный обмен;
- Оказание помощи в решении практических вопросов;
- Налаживание связи со службами социальной поддержки;
- Проведение базового тренинга копинг–стратегий;
- Непрерывная связь со службами поддержки и перенаправления;
- Сохранение человеческого достоинства в условиях кризиса.

Следует отметить, что во время оказания первой психологической помощи, эмоциональное состояние большинства пострадавших может меняться вне зависимости от эффективности оказанной помощи. Таким образом, только в редких случаях психологическая помощь оказывается последовательно или линейно. Гораздо чаще подобная помощь предоставляется циркулярно с возвращением к предыдущим этапам. Например, сотрудник помогающей службы может начать с оценки психологического состояния пострадавшего, затем приступить к первичным поддерживающим мероприятиям, потом оказать практическую помощь. Тем не менее, вследствие *непредсказуемости* психологического состояния пациентов, может потребоваться возвращение к оценке психического статуса и первичным мероприятиям.

Отзыв на руководство Всемирной Организации Здравоохранения по оказанию первой психологической помощи

Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ), совместно с Фондом Военной травмы (War Trauma Foundation) и Международным Всемирным Видением (International World Vision) недавно опубликовали руководство по оказанию первой психологической помощи. Руководство содержит ряд позитивных моментов. Так, сделана попытка по внедрению комплексного подхода, включению первичной психологической помощи в обязательные мероприятия по управлению действиями во время ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, а также сделан упор на коммуникацию в процессе оказания помощи. Безусловно положительным стал особый акцент на культурном разнообразии и необходимости мер самопомощи.

Тем не менее, нельзя не отметить ряд серьезных технических несоответствий:

1. В первом разделе, озаглавленном *«Понимание первой психологической помощи»*, в секции 1.2 *«Что такое первая психологическая помощь»*, на странице 4 указано, что *«первая психологическая помощь является альтернативой 'психологическому дебрифингу', который оказался неэффективным. Первая*

психологическая помощь включает те факторы, которые представляются наиболее полезными в процессе пролонгированного выздоровления (по данным различных исследований и достигнутому соглашению многочисленных специалистов, помогающих населению в кризисных ситуациях)». Утверждение, сравнивающее первую психологическую помощь с психологическим дебрифингом, технически некорректно, так как данные вмешательства предназначены для абсолютно разных групп пострадавших. Авторы метода дебрифинга и их последователи никогда не упоминали психологический дебрифинг ни в качестве альтернативы оказанию первой психологической помощи, ни любому другому вмешательству (Everly, G.S. & Mitchell, J.T., 1997; Mitchell, J.T. & Everly, G.S., 2001).

2. В секции 1.2 первого раздела на стр. 3 отмечено, что *«первая психологическая помощь включает следующие направления:*
 - *Обеспечение мер ненавязчивого (непринудительного) характера по практическому уходу и поддержке...». Несмотря на то, что ненавязчивое оказание помощи может быть оправдано для некоторых клиентов, данное утверждение абсолютно неверно по отношению к тем, чье состояние требует неотложных мер, в частности, по отношению к лицам с суицидальными намерениями. В том случае, если помощь не будет принудительной, весьма вероятно совершение суицида.*
3. В первой главе, секции 1.3, *«Для кого предназначена первая психологическая помощь (ППП)»*, на странице 4 руководства указано, что *«ППП предназначена для лиц, испытывающих дистресс, недавно переживших кризисное событие. Проводится по отношению к детям и взрослым. Тем не менее, не все лица, пережившие кризис, могут нуждаться или выразить желание в оказании ППП. Не форсируйте оказание помощи тем, кто этого не хочет, но постарайтесь стать максимально доступным для тех, кто хочет получить поддержку»*. Во-первых, данное утверждение не уточняет кому все же предназначена ППП, и в руководстве отсутствуют четкие индикаторы необходимости проведения вмешательства. Документ совершенно правильно указывает на то, что ППП показана не всем лицам, пережившим кризис. С другой стороны, авторы не определяют целевой

группы для оказания ППП и не описывают специфических показаний для ее проведения. Во-вторых, предложение «не форсировать оказание помощи тем, кто этого не хочет» представляется, по меньшей мере, некорректным когда речь идет о тех лицах, кто по причинам, связанным с психическим состоянием, подвергается серьезной угрозе жизни, либо подвергает угрозе жизнь окружающих, и, таким образом, нуждается в оказании ППП независимо от высказанного или невысказанного им желания. В третьих, понятие «недавно» является достаточно туманным. В других руководствах по оказанию первой психологической помощи отмечается, что временные измерения (включая срочность, кратковременность, продолжительность) с их последующей спецификацией как можно более четко прописываются среди основных принципов оказания ППП.

4. Проблема защиты пострадавших просто упускается из виду. В третьей главе руководства по оказанию ППП, в секции 3.3 – *Лица, которые особо нуждаются во внимании во время кризиса* (см. секцию 3.5), этот вопрос все же затрагивается. Но даже здесь защитные меры упоминаются не как один из основных компонентов ППП, а в контексте чрезвычайной ситуации, а именно, как защита от насилия, эксплуатации, дискриминации и жестокости: *«Дети, включая подростков, особенно те, которые разлучены с родственниками и воспитателями, могут нуждаться в защите от насилия, эксплуатации, дискриминации и жестокости»*.
5. Количество сценариев, описанных в руководстве, ограничено только тремя – 1. Природная катастрофа; 2. Насилие и вынужденное переселение; 3. Несчастный случай. Следует отметить, что в реальной жизни количество сценариев несравнимо больше, особенно тогда, когда по причинам, связанным с психическим состоянием, люди подвергаются дополнительным опасностям, в том числе связанными с риском для жизни.
6. Правила коммуникации и общения, многократно подчеркивающие ненавязчивый характер оказания помощи, основаны на западных моделях. Для многих азиатских культур эти правила могут быть неприемлемы: специалисты, оказывающие ППП,

нередко должны быть не просто настойчивы, но и навязчивы и настойчивы по отношению к пострадавшим. Следует, тем не менее, всегда следовать культурным нормам. Так, к примеру, во многих странах специалист по ППП должен сначала задавать косвенные вопросы, не имеющие прямого отношения к дистрессовому событию, и только потом осторожно перейти к травмирующим переживаниям.

Мы считаем, что даже при строгом следовании западным моделям коммуникации, оказывающий ППП специалист обязан помнить, что пострадавшие в силу эмоционального шока порой неспособны ни говорить вразумительно слова, ни даже совершить осмысленный жест. Таким образом, хотя бы в случаях с высоким уровнем риска для безопасности потерпевших и безопасности окружающих, специалистам по оказанию ППП стоит быть настойчивыми в коммуникации (безусловно соблюдая границы). Эта стратегия представляется гораздо более логичной, чем ожидание от пострадавших какого-либо ответа на усилия по оказанию ППП. Более того, к обязанностям специалиста по оказанию ППП относится не столько отслеживание реакций согласия или несогласия пострадавших на оказание психологической помощи, сколько оценка особенностей коммуникации индивидуума в качестве части общей квалификации состояния для обеспечения наиболее квалифицированной поддержки, при полном осознании культурных норм и границ.

Наша основная озабоченность заключается в том, что, адресованное полевым работникам, данное руководство не обеспечивает их надлежащими практическими инструментами для работы. Принимая во внимание, что работники на местах обладают ограниченным запасом знаний в вопросах психического здоровья, данный документ способен ввести в заблуждение, и, даже при самых лучших намерениях квалифицированно оказать ППП, привести к серьезным ошибкам. Результаты подобных «ненавязчивых вмешательств», рекомендованных данным руководством, игнорирующем необходимые защитные меры в рамках оказания ППП, могут привести к причинению серьезного вреда и даже к потере жизни.

Показания для предоставления первой психологической

помощи

Целевая группа

Как уже упоминалось ранее, руководство ВОЗ не определяет особую целевую группу для оказания ППП, хотя точно указывает, что ППП предназначается не для всех.

Австралийское психологическое сообщество и Австралийское общество Красного Креста (2011) указывают, что любому человеку в дистрессе должен быть обеспечен доступ к оказанию ППП, однако не все лица, пережившие чрезвычайную ситуацию, будут испытывать эмоциональный дистресс. Авторы добавляют, что *«встречаются ситуации, во время которых люди нуждаются в большем, чем оказание первой психологической помощи и должны быть перенаправлены для получения специализированной помощи. Это лица:*

- *серьезно раненые и требующие срочного медицинского вмешательства;*
- *испытывающие настолько тяжелый дистресс, что оказываются неспособными к выполнению элементарных повседневных дел;*
- *Причиняющие вред себе или другим»*

Мы полностью согласны с этой точкой зрения, но следует отметить, что во многих случаях первая психологическая помощь содержит элементы, которые адресованы не только благополучию пострадавших лиц, но и их безопасности. Фактически, ППП неотделима от необходимых мероприятий по безопасности. Адекватно и вовремя оказанная психологическая помощь во многих случаях способствует процессу преодоления стресса и возвращению человека к нормальной жизни.

Ниже приведены два реальных случая, иллюстрирующих вышеприведенное утверждение.

Клинические случаи:

1. *Эта история была рассказана Парвизом, служащим международной организации в Южной Азии. Он ужинал со своими сослуживцами на крыше роскошного отеля, когда внезапно в одном из крыльев отеля взорвалась бомба, и огромная часть здания рухнула. Ресторан был расположен на той части крыши, кото-*

рая выдержала взрыв. Услышав взрыв, люди в ресторане бросились на пол. Однако один из официантов, находясь, вероятно, в состоянии спутанности, вдруг вскочил, подбежал к краю крыши и прыгнул с высоты седьмого этажа. Когда это увидел другой официант, то немедленно попытался последовать за своим другом. К счастью, Парвиз, который находился рядом с запаниковавшим официантом, сдержал его и осторожно прижал к полу. Затем он обнял официанта и, все еще находясь на полу, тихо сказал ему: «Дружище, ты не сможешь сейчас помочь тому, кто прыгнул с крыши. Тебе следует позаботиться о себе и самое безопасное место сейчас – это здесь, на крыше. Мы все должны пока остаться здесь, а затем, когда будет можно, спуститься вниз. Просто оставайся здесь с нами». Парвиз рассказывал, что пострадавший официант, все еще пребывая в состоянии шока, пассивно выполнил его инструкции. Спустя несколько минут, когда никакой дополнительной опасности не было, люди стали вставать с крыши и спускаться вниз. Парвиз увидел, как официант вновь стал контролировать свое поведение.

2. Когда Соня присоединилась к филиалу международной организации в Западной Африке, она была полна предвкушений от всего, что предстояло сделать во благо местного населения. По прибытии в страну, Соня прошла краткосрочный тренинг по безопасности и поведению в условиях чрезвычайных ситуаций. Коллеги рассказали ей и о том, что в стране довольно часто бывает небезопасно. Первый серьезный эпизод произошел через несколько недель после Сониного прибытия. Около полудня спокойствие нарушил грохот стрельбы, отчетливо различимый на достаточно близком расстоянии от заграждения. Следуя необходимым инструкциям, полученным от работников службы безопасности, все сотрудники организации немедленно двинулись по направлению к бункеру, расположенному в том же здании. Соня же, несмотря на то, что слышала звуки стрельбы и инструкции сотрудников службы безопасности, оставалась в своем офисе и, более того, открыла окно и громко запела. Это услышала Джейн, ее коллега с навыками оказания первичной психологической помощи, работающая в том же отделе. Увидев неадекватное пове-

дение Сони, Джейн попросила ее пройти в бункер. В ответ на вежливую просьбу Соня заорала, что она всего лишь хочет пить и грубо потребовала от Джейн оставить ее в покое. Все это время Джейн медленно подбиралась к Соне, и, оказавшись близко, обняла ее, настойчиво повторяя, что надо следовать к бункеру. Джейн осторожно подталкивала Соню к выходу, замечая при этом, что та не сопротивляется. Когда через несколько минут обе сотрудницы были в безопасности, Соня пришла в себя и сердечно поблагодарила Джейн за заботу, извинившись за собственное странное поведение. Позже Соня рассказала о своем опыте консультанту, попросив объяснить ей причины своего нелепого поведения во время стрельбы.

В обоих случаях испытывающие дистресс люди были настолько затронуты происходящим, что потеряли способность адекватно общаться. В одном случае пострадавшая демонстрировала признаки диссоциативного поведения. И Парвиз, и Джейн активно оказали помощь пострадавшим и, фактически, навязали себя пострадавшим. Первая психологическая помощь оказалась решающей как для их восстановления, так и для обеспечения их безопасности.

Таким образом, вопрос о согласии пострадавших принять первую психологическую помощь и ответе на нее остается достаточно противоречивым. Как уже упоминалось ранее, во многих случаях травмированные люди, ошеломленные произошедшим, просто не способны озвучить свое согласие на оказание помощи или осознать потребность в поддержке извне. В других случаях, пострадавшие не могут понять реальность и оценить свое состояние.

Это особенно верно в отношении тех, кто демонстрирует агрессивное и оскорбительное поведение, перестает общаться, не реагирует на происходящее, шокирован, проявляет диссоциативные симптомы, а также при эмоциональных тирадах, признаках суицидального поведения, в некоторых случаях – тяжелом чувстве вины.

Когда следует оказывать первую психологическую помощь?

В соответствии со специальной литературой, потребность в оказании (либо в неоказании) первой психологической помощи зависит от нескольких факторов. В первую очередь, это природа кризиса или травмирующего события. Чем более тяжелым является травма или кризис, тем более травмирован пострадавший. Похожим образом сказывается на состоянии пострадавшего продолжительность воздействия (например, длительность пребывания пострадавшего на территории, разрушенной природной катастрофой). Степень воздействия зависит также от личностных особенностей пострадавшего, его или ее исходной способностью быстро восстанавливать душевные силы (resilience level), а также возможностями использовать любые адаптивные копинг-стратегии.

Внешнесредовые факторы, такие как доступность ресурсов в сообществе, профессиональная помощь, поддержка на микро- и макро уровнях, также оказывают влияние на психическое здоровье пострадавших.

По Ottenstein R.J. (2003, 2010):

1. Большинство лиц, перенесших травмирующее событие, не нуждается в оказании формальной психологической помощи, кроме получения необходимой информации.
2. Фокус следует направить на индивидуума в большей степени, чем на событие. Оценка (поведения пострадавшего) существенна.
3. До тех пор, пока масштаб нанесенного ущерба не воспринимается индивидуумом как угроза для себя или окружающих, кризисное вмешательство должно оказываться добровольно.
4. Оказывающий вмешательство должен не мешать процессу естественного выздоровления или функционированию адаптивных компенсаторных механизмов.
5. Пострадавших не нужно заставлять рассказывать о событии или восстанавливать его в памяти до тех пор, пока они сами не почувствуют желание это сделать.

В соответствии с нашим опытом и по литературным данным, потребность в первой психологической помощи зависит от нескольких факторов, но, в конечном итоге - от глубины воздействия собы-

тия на индивидуума. Степень воздействия обычно определяется как незначительная, умеренная и тяжелая. В большинстве случаев первая психологическая помощь оказывается в случаях тяжелого воздействия травмирующего события на выжившего. Как указывалось выше, оценка поведения пострадавшего является решающей для вынесения окончательного решения. С этой позиции, оценка следующих параметров может стать особенно полезной:

- **Нарушение когнитивных функций**, включая нарушение восприятия себя и окружающего мира, нарушенное понимание, способности к анализу и синтезу, восприятия реальности, инсайта и осознания, духовные и/ли религиозные проблемы. Процессы решения проблем и принятия решений также нарушены. Все эти процессы не всегда легко оценить, особенно в случаях затрудненного контакта.
- **Болезненные эмоциональные реакции** с учетом эмоционального состояния (такого как депрессия, тревога и т.п.), адекватность эмоционального ответа на происходящие события, оценка конгруентности по отношению к окружающему, эмоциональная стабильность или лабильность, эмоциональное понимание себя и других, уровень интересов, мотивация к выживанию и преодолению препятствий, способность контролировать эмоции.
- **Дезорганизованное поведение**, включая нарушение коммуникативных навыков и применение дезадаптивных копинг-стратегий:
 - Нарушение **коммуникативных навыков** достаточно часто встречается у выживших. К признакам нарушений относят эмоциональные тирады, отсутствие реакций, ступор, вербальная агрессия. Пострадавшие могут не только не выражать, но и не чувствовать, не осознавать своих потребностей, в ряде случаев - быть не в состоянии произнести ни слова.
 - **Контроль собственного поведения**, включая поведенческих компонент эмоций, существенно нарушен
 - **Адаптация к окружающему миру** характеризуется существенным преобладанием дезадаптивных копинг-стратегий (Agazade, N., 2010). Может нарушаться инстинкт самосохранения,

отмечаются признаки ауто-деструктивного поведения.

При увеличивающемся воздействии, изначально поведение человека может быть лишь слегка дезорганизовано. На поздних стадиях дезорганизованные действия могут выражаться в разрушающем поведении. При тяжелом воздействии поведение пострадавшего становится неадекватным и, даже, хаотичным. Пострадавший может выглядеть растерянным, потерянным, с явлениями спутанности, сбитым с толку, неспособным справиться даже с рутинными делами, либо, напротив, демонстрировать иррациональное, агрессивное или аутодеструктивное поведение.

Важно отметить, что зачастую нет связи между особенностями поведенческой дезорганизации и типом личности или личностной историей пострадавшего. Например, человек с длительной историей заботливого отношения к окружающим может внезапно стать вербально агрессивным и вести себя оскорбительно. Другой пример – социально активный прежде человек, который начинает избегать окружающих либо полностью игнорировать их присутствие. Еще одно значимое наблюдение относится к потере адаптивных навыков совладания у ряда лиц, переживших чрезвычайную ситуацию или кризис.

Результаты оказания первой психологической помощи

В профессиональной литературе отчетливо выделяются два основных результата оказания первой психологической помощи, а именно – **восстановление**, когда пострадавший вновь способен восстановить независимое функционирование, и **перенаправление в специализированные учреждения** (медицинские, охраны правопорядка, т.п.) в случаях продолжающегося травматического воздействия. Четко указывается, что в некоторых случаях выжившие продолжают сосуществовать с психологическими и поведенческими последствиями травмы, даже если восстановили контроль над поведением.

В соответствии с нашим собственным опытом, более чем половина пострадавших из тех, кому была оказана первая психологическая помощь и эффективно преодолевших первые травматические реакции, нуждаются, тем не менее, в продолжении поддерживающих мероприятий в форме коллегиальной поддержки либо профессионального консультирования. Это особенно справедливо по от-

ношению к переживаниям горя, когда пострадавшему оказывается первая психологическая помощь (обычно в течение 24 часов после извещения о смерти близкого), но позже, на протяжении длительного периода времени, порой несколько недель, его/ее психологически поддерживают родственники и друзья.

Оказание эмоциональной помощи в подострый период после успешно оказанной первой психологической помощи, становится основной целью поддержки выживших. Излишне упоминать о том, что подобная помощь должна быть этнически сенситивной, индивидуализированной, ненавязчивой и основанной на культуральных нормах человека и его/ее окружения.

Заключение:

В соответствии с нашим практическим опытом, основные аспекты оказания психологической помощи должны быть суммированы следующим образом:

1. Первая психологическая помощь является отдельным вмешательством, которое оказывается при очевидной для этого необходимости, основываясь на результатах первичной оценки воздействия травматического события. Первая психологическая помощь не является альтернативой психологическому дебрифингу, так как целевые группы для этих вмешательств абсолютно различны.
2. Первая психологическая помощь должна быть оказана в тех случаях, когда установлено, что пострадавшие утратили контроль над поведением, в том числе и эмоциональными реакциями в ситуации индивидуальной, групповой или массовой чрезвычайной ситуации, и, таким образом, способны сами стать серьезной проблемой для себя и своих близких. Обычно подобное поведение не соответствует личностным особенностям пострадавшего.
3. Во всех случаях наличия риска физической угрозы, первая психологическая помощь должна первым делом включать компоненты физической защиты и обеспечение чувства безопасности. Помощь в подобных случаях должна быть оказана независимо от желания пострадавшего принять ее. Типичный пример – пострада-

давший с суицидальными или хомицидальными тенденциями.

4. Во многих случаях после успешного оказания первой психологической помощи есть потребность в продолжении обеспечения поддержки пострадавшему в течение всего периода выздоровления.

ЛИТЕРАТУРНЫЕ ССЫЛКИ:

1. Agazade, Nazim (2010). Individual Coping Strategies at Times of Crises. *Azerbaijani Journal of Psychiatry*. Vol. 18 (1), 24-37.
2. Australian Psychological Society and Australian Red Cross (2011). Psychological first aid. An Australian Guide. Melbourne, Carlton.
3. Buell, Janet (2006). The Emotional First Aid Manual. ISBN-10: 1929830157, USA.
4. Crocq, Louis (2012), 16 leçons sur le trauma, Paris, Odile Jacob.
5. Crocq, Louis (1999). Les traumatismes psychiques de guerre. Paris, Odile Jacob
6. Crocq, L., Huberson, S., Vraie B., (2009) Gérer les grandes crises. Paris, Odile Jacob
7. Egan, Gerard. (1998). The Skilled Helper, 6th ed. Pacific Grove, CA: Brookes/Cole.
8. Everly, G.S., Jr., and Mitchell, J.T. (1997). Critical Incident Stress Management: A new era and standard of care in crisis intervention, Chevron Publishing Corp.
9. Everly, G.S., Jr., Phillips, S.B., Kane, D., Feldman, D. (2006). Introduction to and Overview of Group Psychological First Aid. *Oxford Journals, Medicine, Brief Treatment and Crisis Intervention*, Volume 6, Number 2, 130-136.
10. Everly, G. S., Jr., & Flynn, B. W. (2005). Principles and practice of acute psychological first aid after disasters. In G. S. Everly Jr. & C. L. Parker (Eds.), *Mental health aspects of disasters: Public health preparedness and response*, revised (pp. 79–89). Baltimore, MD: Johns Hopkins Center for Public Health Preparedness.
11. Herman, Judith (1997). *Trauma and Recovery*, Basic Books.
12. Lerner, Mark D. (2003). *A Practical Guide for Crisis Response in our Schools*. Commack, N.Y.: American Academy of Experts in Traumatic Stress.

13. Lerner, M.D. & Shelton, R.D. (2005) *Comprehensive Acute Traumatic Stress. Management* Commack, New York: The American Academy of Experts in Traumatic Stress.
14. Lerner, M.D. & Shelton, R. (2001). *Acute Treatment Stress Management*, Commack N.Y., The American Academy of Experts in Traumatic Stress.
15. The National Center for Child Traumatic Stress (2007). *Psychological First Aid. Field Operations Guide*.
16. Mitchell, J.T., and Everly, G.S., Jr. (2001). *Critical Incident Stress Debriefing*, Ellicott City MD, Chevron Pub. Corp.
17. Mitchell, J.T., Everly, G.S. Jr., (1999). *Critical Incident Stress Management*, Ellicott City MD, Chevron Pub. Corp.
18. Mitchell, J.T and Everly, G.S. ((1994). *Human Elements Training for Emergency Services, Public Safety and Disaster Personnel: An Instructional Guide To Teaching Debriefing, Crisis Intervention And Stress Management Programs*. Chevron Publishing Corp.
19. Mitchell, J. T. and Everly, G.S. (1993). *Critical Incident: Stress Debriefing an Operations Manual for the Prevention of Traumatic Stress Among Emergency Services Disaster Workers*, Chevron Publishing Corp.
20. Ottenstein, Richard J. (2003). *Coping with threats of terrorism: a protocol for group intervention*. Workplace Trauma Center, 9199 Reisterstown Road, Suite 105 B, Owings Mills, MD 21117, USA, *Int. J. Emerg. Ment. Health* 5:39-42.
21. Ottenstein, Richard J. (2010). *Preparing for disaster deployment: suggestions for the disaster responder*. Workplace Trauma Center, Eldersburg, MD, USA. *Int J Emerg Ment Health* 12:3-6.
22. Ottenstein, Richard J. (2002) *Supporting remote and complicated critical incidents through E-mail support teams* *Int. J. Emerg. Ment. Health* 4:213-5.
23. Raphael, B. (1986). *When disaster strikes*. New York: Basic Books.
24. VandePol, B., Labardee, L., Gist, R. (2006). *The Evolution of Psychological First Aid*. *Journal of Employee Assistance*, VOL. 36 NO. 2nd QUARTER.
25. World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International (2011). *Psychological First Aid: Guide for field*

workers. WHO: Geneva.

26. Федунина Н.Ю. (2006) Экстренная психологическая помощь. Законы жанра. Московский психотерапевтический журнал, № 4.

ЧАСТЬ ЧЕТВЕРТАЯ:

МЕТОДЫ ОКАЗАНИЯ КРИЗИСНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ МОДЕЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ «ДОБРЯКОВА – НИКОЛЬСКОЙ».

**Методы оказания кризисной психологической
помощи детям с посттравматическими стрессовыми**

расстройствами в рамках модели реабилитации «Добрякова – Никольской»

Добряков И.В., Никольская И.М.

В психологии кризисом называют острое эмоциональное состояние, возникающее при блокировании целенаправленной жизнедеятельности человека. Событие, вызвавшее кризис, можно датировать и локализовать во времени и в пространстве. Чтобы вернуться в прежнее состояние переживающему кризис человеку требуется более продолжительное время и больше затрат на адаптацию, чем это необходимо при воздействии повседневных перегрузок [11]. В кризисном состоянии решение жизненно важных проблем привычными методами невозможно. В результате растут напряжение и тревога вплоть до ощущения невыносимости происходящего. Для разрешения кризиса и облегчения состояния активизируются все физические и психологические ресурсы человека, используется весь репертуар защитно-совладающего поведения [1, 4, 7, 8].

Дети, как и взрослые, переживают различные типы кризисов. Если раньше внимание специалистов больше занимали возрастные кризисы как переходные этапы возрастного развития и их соотношение с нормативными семейными кризисами, возникающими при переходе семьи на новую стадию жизненного цикла, то в последние годы большое значение приобретает изучение кризисов травматических.

Травматические кризисы порождаются экстремальными ситуациями, приводящими к серьезным негативным последствиям для жизни и здоровья человека. К таким ситуациям относятся природные и техногенные катастрофы; вооруженные конфликты; террористические акты, аварии, нападения и другие несчастные случаи, изнасилования, грабежи и другие преступления; наблюдение за издевательствами над людьми и их смертью других; потери и утраты; диагностирование неизлечимой болезни и др. Независимо от результатов эти ситуации существенно нарушают базисное чувство безопасности и вызывают у человека стресс, следствиями которого могут стать острые (ОСР) и посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР), саморазрушающее поведение, желание повторе-

ния травмирующей ситуации с целью отреагировать на неё, другие негативные последствия [9].

Для понимания психотравмирующих переживаний и оказания этиопатогенетической помощи следует учитывать, что у человека возникает рассогласование между реальной ситуацией и привычными когнитивными схемами. В результате утрачиваются, так называемые, иллюзии Тейлора – тенденция хорошо адаптированных людей переоценивать вероятность возникновения положительных ситуаций и недооценивать вероятность неприятностей [16].

При благоприятном исходе травматического кризиса человек приобретает новый жизненный опыт, продвигается в личностном росте, расширяет диапазон адаптивных стратегий совладания. Если преодолеть кризис не удастся и ситуация приобретает затяжной психотравмирующий характер, – следствием может стать фиксация на неадекватных способах решения проблем, регрессия, болезни, смерть, суицид.

Стратегия необходимости безотлагательного лечения пострадавших с начальными проявлениями кризисной психической травмы обусловила тактику применения простых психокоррекционных методов восстановления их функционального состояния. Первоначально лечение осуществляется на месте и состоит в основном в успокоении и ободрении, в предоставлении горячей пищи, отдыха, сна.

Гораздо более сложным, длительным и трудоёмким является процесс оказания лечебно-психологической помощи лиц с ПТСР. В литературе освещается широкий набор соответствующих методов психотерапии [9, 10]. Используются кризис-ориентированная интервенция, когнитивно-поведенческие, семейные и групповые методы, гештальт-терапия, гипноз, наркопсихотерапия. Описаны разные варианты процедур поведенческой терапии, способствующих десенситизации к представлениям и стимулам, напоминающим о пережитом.

Большое значение придается социальной реинтеграции и реабилитации, когда индикатором нуждаемости в помощи считается не диагноз ПТСР, а наличие социальной дисфункции. Не менее важно обеспечение всесторонней социальной поддержки, устранение чувства вины, поощрение позитивных сторон пережитого опыта, приобретение копинг-навыков.

Несмотря на очевидный прогресс, диагностика и коррекция последствий травматических кризисов по-прежнему относятся к числу наименее изученных вопросов в медицине и психологии. В литературе подчеркивается, что пока еще нет ни эффективных методов терапии, способных отчётливо снижать посттравматический стресс, ни общесогласованной феноменологии, на которой можно такую терапию базировать. Особенно это касается детей, так как, во-первых, клиническая картина ПТСР у них значительно отличается от таковой у взрослых, а во-вторых, большинство психотерапевтических методик, разработанных для взрослых пациентов, применить в работе с детьми не удастся. У наблюдаемых нами в г. Беслане детей с проявлениями ПТСР клиническая картина в основном определялась высоким уровнем тревоги, гипотимией, нередко с дисфорическим оттенком, агрессивностью, направленной как на близких родственников, но и на окружающих [2]. При этом, чем меньше был возраст детей (6-8 лет), тем чаще у них отмечалась утрата интереса к прежним структурированным играм, не свойственная до травмы гиперактивность, которая парадоксально сочеталась со стремлением к уединению, что объясняется характерным для этого возраста психомоторным уровнем патологического реагирования [2, 5]. Все это создавало большие сложности при установлении с ребенком необходимого для оказания психотерапевтической помощи контакта. Во время беседы со специалистом дети были непоседливы, односложно, формально отвечали на вопросы, замыкались при попытке заговорить с ними о событиях теракта. В тяжёлых случаях отмечались заторможенность, пассивность, явления элективного мутизма (дети старались общаться с окружающими лишь скупыми жестами, разговаривали односложно, только шёпотом и только с близкими родственниками) [2]. Так проявлялось характерное для жертв террористического акта стремление жертвы блокировать все, что может напоминать о травме.

Эти проблемы требовали новых методов, способствующих формированию доверительных отношений специалиста с маленьким пациентом, позволяющих завуалировано, исподволь касаться пережитых травматических ситуаций. В рамках разработанной нами модели реабилитации лиц с посттравматическими стрессовыми расстройствами «Добрякова и Никольской» [3, 13] мы эффективно

использовали два метода оказания кризисной психологической помощи детям с ПТСР, базирующихся на нарративном (повествовательном) подходе и отвечающих этим задачам:

- *метод когнитивно-метафорической реструктуризации травматического опыта*, путем совместного сочинения сказок на темы, в метафорической форме отражающие пережитую травмирующую ситуацию [12];
- *метод серийных рисунков и рассказов, их сопровождающих* [6].

При использовании обоих методов усилия специалистов были направлены на то, чтобы эффективно присоединиться к ребенку, вскрыть его психотравмирующие переживания, осуществить отчуждение от них, создать образ позитивного будущего. Сами дети, как правило, не осознавали полностью своих проблем, не знали способов преодоления трудностей и, тем более, не были способны использовать их на практике.

Как указывают А. Maercker и Т. Zoellner [14], в адаптации к стрессу одновременно участвуют психологическая защита и совладающее поведение, и потому посттравматический рост обязательно имеет две стороны: иллюзорную, дисфункциональную, вводящую пациента в заблуждение и функциональную, конструктивную, способствующую реалистичному восприятию. Сторона, вводящая пациента в заблуждение, первой включается в процесс адаптации к стрессу. Вторая – соотносится с долгосрочной адаптацией, укрепляющей здоровье. Смысл используемых нами в работе с детьми нарративных рассказов отражал реальность, но зависел не столько от неё, сколько от ее интерпретации двумя лицами: рассказчика и слушателя. Другими словами, смысл истории для двух участников диалога, направляемого специалистом, возникал в процессе повествования и обретался ретроспективно, после того, как событие, о котором повествуется, уже произошло. И здесь нарратив рассказчика (ребенка) взаимодействовал с нарративом слушателя (специалиста), по-новому центрирующего текст и придающего ему новые значения. Сюжет истории по ходу диалога, выстраиваемого специалистом, менялся таким образом, что ребенок автоматически обретал веру в то, что «все обязательно будет хорошо» (позитивная иллюзия).

Нарративный метод сочинения сказок-метафор, отражающих

пережитые психотравмирующие ситуации, в своей основе имел определенный план, который соответствовал алгоритму проведения классического дебрифинга (от англ. debrief – отчет о встрече), предложенного Дж. Митчелом: введение (присоединение), работа с фактами, осмысление, работа с реакциями, работа с симптомами, обучение и повторение [15]. В течение первой стадии (введение) с ребенком начиналась беседа на безопасные для него темы, в процессе которой выяснялось, какие он любит игрушки, игры, сказки... После установления контакта можно было переходить ко второй стадии (работа с фактами). Ребенку предлагалось вдвоем в условиях конфиденциальности и безопасности сочинить новую сказку, героями которой назначались любимые персонажи пациента. Начинал её терапевт, потом просил пациента продолжить. При этом сюжет сказки строился так, что исподволь начинал отражать пережитую травматическую ситуацию. Ребенок, замыкающийся и отказывающийся обсуждать её в обычной беседе, рассказывал о том, что происходило с ним, идентифицируя себя с героем сказки. Далее шло осмысление происходящего, а потом – работа с реакциями. Ребенку предлагалось рассказать, как оценивал герой происходящие в сказке события и что при этом чувствовал. Большинство детей на этой стадии испытывали сильные эмоции, иногда плакали, переходили в рассказе с третьего лица на первое (например: не «он побежал...», а «я побежал...»). Далее сюжет направлялся терапевтом таким образом, что побуждал ребенка рассказать об особенностях поведения героя в сложной ситуации. Потом ему подсказывались способы конструктивного выхода из неё, он с помощью терапевта использовал их в своем повествовании, убеждался в их эффективности, после чего счастливый исход истории был очевиден. Повторение сказки, имеющей счастливый конец, закрепляло эффект, но нередко обнаруживало новые, еще не обсужденные темы. В этом случае в сюжет совместно вносились соответствующие поправки. Таким образом, ребенку в щадящей форме предоставлялась возможность отреагировать свои страхи, боль, горе, другие негативные чувства, возможность дезактуализации травматических переживаний. В то же время проговаривание случившегося, обсуждение и поиск оптимальных поведенческих реакций в травматической ситуации, их закрепление способствовали возвращению к дотравматическому уровню функ-

ционирования.

Метод серийных рисунков и рассказов – это арт-терапевтическая технология, позволяющая быстро присоединиться к ребенку и ввести его в работу [6]. Основным инструментом взаимодействия специалиста с пациентом здесь является воплощение в рисунках проблем и переживаний детей, с последующим составлением в диалоге с психологом устных или письменных рассказов об их содержании. Предложение ребенку создать серию рисунков на заданные психологом темы делается только после установления с ним доверительных отношений и, как правило, не вызывает у пациента чувства опасности и серьезных возражений [6]. Все темы для рисования являются эмоционально насыщенными и обычно сформулированы от первого лица. Вот их примерный перечень: «Автопортрет», «Моя семья», «То, о чем я мечтаю», «Если бы у меня была волшебная палочка...», «Я переживаю», «Я боюсь», «Я об этом не хочу вспоминать», «Сон, который меня взволновал», «Я такой довольный, я такой счастливый», «Я взрослый и работаю на своей работе». Список тем варьируется с учетом анамнеза, индивидуально-психологических особенностей ребенка и выявляемой в процессе непосредственного обследования в ситуации «здесь и сейчас» значимой проблематики. После того, как ребенок создаст рисунок на первую заданную тему, консультант с помощью уточняющих вопросов побуждает его составить по рисунку рассказ. Он спрашивает: «Что тут на рисунке происходит?», «Какое у тебя (у этого человека) здесь настроение?», «О чем ты (этот человек) думаешь (-ет)?», «Что ты (этот человек) чувствуешь (-ет)?» и пр. Затем записывает все ответы ребенка, выделяя ключевые слова, предлагает ребенку следующий лист бумаги и формулирует новую тему для рисования.

Важнейшим принципом взаимодействия психолога с ребенком в процессе серийного рисования является безусловное одобрение и принятие всех продуктов его творческой деятельности, независимо от их содержания, формы и качества. Получая положительное подкрепление от психолога, дети достаточно быстро втягиваются в работу, начинают рисовать быстро, уверенно и сами дают устные или письменные комментарии к рисункам. Таким образом, создаются условия для снятия внешних социальных преград на пути развертыва-

ния интрапсихических конфликтов, что является важнейшей целью психодинамического подхода к коррекции личности ребенка. Воплощение в рисунках значимых жизненных ситуаций и травмирующих переживаний и составление рассказов об их содержании в диалоге с психологом позволяет детям посредством визуализации не только описать словами и осознать свои проблемы, но также разделить их с другим человеком. Ребенок переносит на бумагу свое беспокойство и напряжение, учится словами дифференцировать и обобщать переживания, рассказывать собеседнику о том значимом, что происходит в его внутреннем мире. Наш опыт показал, что для пострадавших в кризисных ситуациях такое опосредованное общение более адекватно. Преимущества арт-терапевтической беседы в том, что она конкретна (обсуждаются определенные рисунки), структурирована (имеет определенную этапность и логику), отстранена (касается как бы не самого пациента, а персонажа, изображенного на рисунке), имеет лечебный эффект (облегчает процесс выражения, осознания и отреагирования скрытых эмоций, проблем и конфликтов).

Технология работы при использовании данного метода включает три этапа, соблюдение последовательности которых продуцирует у клиента определенную динамику эмоционального состояния, позволяющую автоматически перейти от обсуждения скорее нейтральных тем, создающих доверительные отношения, к погружению в кризисные переживания с их последующим отреагированием, созданием позитивного настроя и жизненной перспективы.

В связи с тем, что среди факторов, обуславливающих тяжесть ПТСР и резистентность к психотерапии, большое значение имеет гибель кого-либо из родных и близких, в процессе применения метода с целью отреагирования утраты специально используются искусственные процедуры оплакивания и прощания (еще одна позитивная иллюзия). Как известно, традиции прощания, похорон, поминок, оплакивания призваны помочь отреагированию душевной травмы и ослаблению привязанности и зависимости от умершего близкого. Участие ребенка в таких ритуалах помогает отреагировать горе, восстановить связь с умершим, создать его позитивный образ.

Описанные методы оказания кризисной психологической помощи детям с посттравматическими стрессовыми расстройствами,

впервые использованные в работе с жертвами террористического акта в г. Беслане в рамках модели реабилитации «Добрякова – Никольской», оказались весьма эффективными. Также они успешно применялись нами при оказании помощи жертвам военных действий в Чеченской Республике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грановская Р.М. Психологическая защита. – СПб.: Речь, 2007. – 476 с.
2. Добряков И.В. Клинические особенности острого посттравматического стрессового расстройства у детей Беслана // Материалы XIV съезд психиатров России: мат. съезда, Москва, 15-18 ноября 2005 года. – М.: Российское общество психиатров ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2005. – С. 161.
3. Добряков И.В., Никольская И.М. Краткосрочная кризисная психотерапия детей с посттравматическими стрессовыми расстройствами в рамках модели реабилитации «Добрякова-Никольской» // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2009 – Т. 109. – №12. – С. 29-33.
4. Добряков И.В., Никольская И.М. Кризисная психотерапия детей с посттравматическими стрессовыми расстройствами с позиции представлений об уровнях защитной системы человека // IX Мнухинские чтения. Современные аспекты клиники, диагностики и лечения психопатологических синдромов в детской психиатрической практике. Сб мат. конференции, посвященной памяти профессора С.С. Мнухина. – СПб., 2010. – С. 121-127.
5. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – М.: Медицина, 1979. – 608 с.
6. Никольская И.М. Метод серийных рисунков и рассказов в психологической диагностике и консультировании детей и подростков. Учебное пособие для врачей и психологов. – СПб.: Издательство СПбМАПО, 2009. – 51 с.
7. Никольская И.М. Кризисная психологическая помощь детям и психологическая защита // Медико-биологические и социаль-

но-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2012. №1. – С. 97-104.

8. Никольская И.М., Добряков И.В. Уровни защитной системы человека в контексте оказания психологической помощи // Психология совладающего поведения: материалы II Междунар. науч.-практ. конф., Кострома, 23-25 сент. 2010 г. – Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2010. – С. 102-104.
9. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса / под общей редакцией Н.В. Тарабриной. – Часть 1. Теория и методы. – М.: Изд-во «Когито-Центр», 2007. – 208 с.
10. Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е. И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – СПб.: Речь, 2004. – 256 с.
11. Baumann U., Laireiter A.-R. Individualdiagnostik interpersonalen Beziehungen. // In K. Pavlik & M. Amelang (Hrsg.) Enzyklopadie der Psychologie: Grundlagen und Methoden der Differentiellen Psychologie. – Göttingen: Hogrefe, 1995. – Band. 1, S. 609-643.
12. Dobryakov I. Short-term integrative psychotherapy in children with post-traumatic stress disorders (PTSD): The experience of Beslan, Chechen Republic, and Kurguzstan. // Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence / Juillet 2012. – Vol. 60. – №5S. – S. 137.
13. Dobryakov I.V., Nikolskaya I.M. Short-Term Crisis Psychotherapy in Children with Post-Traumatic Stress Disorders in the Framework of the Dobryakov–Nikolskaya Rehabilitation Model // SpringerLink / <http://www.springerlink.com/openurl.asp?genre=article&id=doi:10.1007/s11055-011-9398-5>Maercker A., Zoellner T. The Janus Face of Self-Perceived Growth: Toward A Two-Component Model of Posttraumatic Growth Psychological Inquiry. 2004.
14. Mitchell J: When disaster strikes: the critical incident stress debriefing process. Journal of Emergency and Medical Services 8: 36-39, 1983.
15. Taylor S.E. Adjustment of threatening events: A theory of cognitive adaptation // American Psychologist. 1983 – P. 1161-1173.

Метод серийных рисунков и рассказов в кризисной психологической помощи

1. Общая характеристика метода серийных рисунков и рассказов

Введение. Метод серийных рисунков и рассказов - новая арт-терапевтическая технология, первоначально разработанная для диагностики и коррекции внутреннего мира детей от 7 до 13 лет (Никольская И.М., Грановская Р.М., 2000; Никольская И.М., 2009, 2010-2011). Использование серийных рисунков и рассказов облегчает присоединение к клиенту; выявляет его значимые проблемы, конфликты и ресурсы; создает условия для отреагирования психотравмирующих переживаний; формирует опыт взаимодействия со специалистом и помогает формированию самосознания.

В настоящее время метод используется в психологической диагностике и консультировании не только детей, но также подростков и взрослых.

Описание метода и процедура его использования. В течение одного сеанса клиенту предлагают создать серию проективных рисунков на заданные темы, а затем составить в диалоге с психологом устные или письменные рассказы о том, что на рисунках изображено. Цель - отражение в продуктах творческой деятельности особенностей внутреннего мира и поведения клиента: представлений о себе и окружающих; желаний, стремлений и фантазий; внутриличностных и межличностных конфликтов; психотравмирующих переживаний; механизмов психологической защиты и копинг-стратегий; перспективы будущей жизни. Результат - осознание и отреагирование клиентом своих проблем посредством их визуализации, вербализации, обсуждения и разделения с другим человеком.

Темы для рисования задаются («навязываются») клиенту психологом. Обычно они сформулированы от первого лица (содержат местоимения «я», «мой», «мне» и пр.) и эмоционально насыщены (указывают на переживание ряда эмоций и чувств).

После того, как сделан рисунок, специалист с помощью уточняющих вопросов побуждает клиента составить по рисунку рассказ. Он задает вопросы по типу: «Что тут на рисунке происходит?», «Где ты (этот человек) находится?», «Что ты (этот человек) делаешь (-ет)?»

«Какое у тебя (у этого человека) здесь настроение?», «О чем ты (этот человек) думаешь (-ет)?» и пр. При работе с детьми психолог фиксирует свои вопросы и ответы ребенка, при работе с подростками и взрослыми клиент нередко сам дает письменные ответы на вопросы психолога. Таким образом, рассказы по рисункам создаются клиентом в диалоге с психологом.

После завершения работы специалист и клиент совместно обсуждают и обобщают проделанную работу (подведение итогов содержания и чувствам).

Важнейший принцип взаимодействия психолога с клиентом в процессе серийного рисования - безусловное одобрение и принятие всех продуктов творческой деятельности, независимо от их содержания, формы и качества. Получая безусловное положительное подкрепление, клиенты достаточно быстро втягиваются в работу. С третьего – четвертого рисунка они обычно начинают рисовать быстро, уверенно и сами дают комментарии к своим рисункам. В какой-то момент они могут отказаться рисовать очередной рисунок и просто рассказывают или записывают рассказ на заданную тему.

Метод серийных рисунков и рассказов применяется как однократная процедура (все рисунки и рассказы создаются в течение одного сеанса). Однако затем полученные материалы могут использоваться на других сеансах, в течение длительного времени, для детальной проработки вскрытых проблем и отслеживания динамики изменений.

Этапы реализации метода. Технология работы на сеансе структурирована и включает три этапа. Определена примерная очередность заданий, которые предлагаются клиенту.

1 этап. Рисунки и рассказы на тему «Автопортрет в полный рост», «Моя семья» («Семейная социграмма»), «Если бы у меня была волшебная палочка...» Задачи: познакомиться с клиентом; исследовать образ-Я и представления о семейном окружении и самочувствии в семье; осуществить присоединение за счет обсуждения «безопасной» и насыщенной позитивными эмоциями темы желаний, стремлений и фантазий; ввести в работу, то есть создать определенный настрой.

2 этап. Рисунки и рассказы на тему «Я переживаю», «Я боюсь»,

«Сон, который меня взволновал», «Я об этом не хочу вспоминать». Эти задания несут основную эмоциональную нагрузку и стимулируют проявление интенсивных чувств и воспоминаний. Задачи: выявление отрицательных переживаний и связанных с ними трудных жизненных ситуаций; внутриличностных и межличностных конфликтов; механизмов психологической защиты и копинг-стратегий. В процессе исследования психотравмирующих переживаний за счет коррекции механизмов психологической защиты осуществляется отреагирование отрицательных эмоций либо отчуждение от них.

3 этап. Рисунки и рассказы на тему «Я такой довольный, я такой счастливый», «Мне 25 лет, я взрослый и работаю на своей работе» (для детей)», «Гармония мира – гармония души» (для взрослых). Задачи: снятие возникшего напряжения, формирование уверенности в себе, ощущения способности справиться с трудностями и образа позитивного будущего.

Список тем и их формулировки могут изменяться с учетом анамнеза, индивидуально-психологических особенностей клиента и значимой проблематики, выявляемой в ситуации «здесь и теперь». Чаще изменения имеют место на втором этапе рисования. Однако важно, чтобы была соблюдена последовательность выше перечисленных этапов, которая продуцирует у клиента определенную динамику эмоционального состояния: «введение в работу»– «погружение в мир отрицательных переживаний» – «снятие эмоционального напряжения и создание позитивного настроения».

Цели использования метода:

- Изучение внутреннего мира
- Выявление и помощь в отреагировании скрытых проблем и конфликтов
- Исследование психологической защиты и копинг-стратегий
- Определение психологических причин трудностей в межличностном взаимодействии (в том числе, в детско-родительских, супружеских и семейных взаимоотношениях)
- Уточнение диагноза
- Кризисное психологическое консультирование и психотерапия (в том числе, психологическая помощь в ситуации переживания)

утраты и психотерапия лиц с посттравматическими стрессовыми расстройствами).

Методические основы метода серийных рисунков и рассказов. Как диагностическую процедуру, метод серийных рисунков и рассказов можно отнести к классу *проективных методик*, которые выполняют не только роль инструмента исследования, но и роль клинической процедуры - своеобразного средства «наведения мостов» в отношениях между специалистом и клиентом (Анастаси А., 1982).

Проективный метод – такой прием исследования личности, при котором испытуемого помещают в ситуацию, реакцию на которую он осуществляет в зависимости от того, что эта ситуация для него означает, а также в зависимости от своих мыслей и чувств (Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., 2003). В процессе проективной психодиагностики анализу подвергаются результаты самовыражения или творческой деятельности испытуемого. Цель такого анализа - выявление особых личностных интерпретаций, которые далеко не всегда объективны, но всегда субъективно значимы. Это позволяют исследователю войти в систему действительно личностно важных, а не декларируемых жизненных обстоятельств и состояний внутреннего мира клиента.

Метод серийных рисунков и рассказов также является *арт-терапевтической технологией*, поскольку рисование и сочинение историй – широко известные методы лечения искусством и творческим самовыражением. Эффективность включения искусства в контекст терапии основана на том, что это позволяет экспериментировать с эмоциями, их исследовать и выражать на символическом уровне (Рудестам К., 1984). Творческое переживание способствует притоку эмоциональности и становится первой ступенью психотерапии. Преимущественное использование «языка» визуальной и пластической экспрессии делает зримыми и доступными для понимания даже те стороны внутреннего мира человека, которые не всегда возможно выразить (описать) словами.

Применение искусства в лечебных целях помогает решить следующие задачи (Эйдемиллер Э.Г. с соавт., 2005).

- Предоставить материал для интерпретаций и диагностических заключений. Продукты художественного творчества относи-

тельно долговечны и клиент не может отрицать факт их существования. Содержание и стиль художественных работ дают большую информацию о клиенте, который сам тоже может помочь в интерпретации своих произведений.

- Облегчить процесс выражения и осознания своих эмоций - конкретных проявлений скрытых проблем и конфликтов и, тем самым, ускорить прогресс психотерапии.

- Дать социально приемлемый выход отрицательным эмоциям. Творческое самовыражение - относительно безопасный способ разрядки напряжения.

- Позволить работать с мыслями и чувствами, которые кажутся непреодолимыми. Иногда невербальное средство – это единственный инструмент, не только вскрывающий и проясняющий интенсивные чувства и мысли, но также постепенно освобождающий от них.

- Наладить отношения между психотерапевтом и клиентом, между клиентами в группе. Совместная деятельность улучшает коммуникацию, создает атмосферу симпатии и принятия.

- Развить чувство внутреннего контроля, порядка и перспективы.

- Повысить самооценку и самоуважение.

Метод серийных рисунков и рассказов также выступает как *метод психологического консультирования*. Специфика здесь состоит в том, что используется не обычная консультационная беседа, а *беседа арт-терапевтическая*, в виде прямого или косвенного получения сведений путем описания рисунков в общении. Для детей, лиц художественного склада, людей в кризисном состоянии такое опосредованное общение более адекватно, поскольку касается не самого клиента и его системы отношений, а клиента и ситуаций, изображенных на рисунке.

Преимущества арт-терапевтической беседы:

- конкретность (обсуждаются определенные рисунки),
- отстраненность (беседа как бы касается не самого клиента и его системы отношений, а изображенного на рисунке),
- структурированность (заданная логика)

- психотерапевтический эффект (облегчается процесс выражения, осознания и отреагирования скрытых эмоций, проблем и конфликтов).

Важнейшие приемы ведения арт-терапевтической беседы:

- построение диалога по рисункам с помощью техники постановки вопросов на основе соотнесения невербального (изображение) и вербального (словесное описание) контекстов;
- направленное использование письменной речи,
- введение дополнительных заданий, исходящих из контекста.

Теоретическая основа метода серийных рисунков и рассказов - интеграция элементов психодинамического, суггестивного, нарративного и семейного психотерапевтических подходов (Никольская И.М., 2009).

В рамках *психодинамического подхода* внимание сосредоточено на исследовании отрицательных переживаний, конфликтов, сновидений, образов воображения. Проводится анализ типичных для клиента механизмов психологической защиты. С помощью направленного использования механизмов сублимации и катарсиса ведется работа по выявлению и отреагированию подавленных психотравмирующих переживаний. Защитный механизм отчуждения дает клиенту возможность выйти за пределы психотравмирующей ситуации и взглянуть ее со стороны, отсоединиться от значимых фигур из прошлого опыта, разделить когнитивные и эмоциональные элементы переживаний.

В рамках использования техник *суггестивного подхода*, прежде всего, за счет «навязывания» определенного ритма и содержания работы, у клиента формируется состояние выраженной концентрации внимания. Это укрепляет связь (словесный контакт) между специалистом и клиентом. Благодаря этому прорабатываемая тема начинает занимать все поле сознания, вытесняя все другие, в данный момент незначимые, чувства и мысли. Такая «поглощенность внутренними восприятиями» побуждает «Я» клиента проявляться автоматически, что можно трактовать как достижение измененного или трансового состояния сознания (по М. Эриксону).

Суггестивные техники также используются при построении диалогов между клиентом и значимыми фигурами из его окружения,

изображенными на рисунках (живыми и умершими). Например, специалист побуждает клиента повторять фразы, выражающие положительные чувства по отношению к значимому члену семьи, и фразы, выражающие положительные чувства этого родственника к нему самому. Тем самым укрепляется или формируется позитивный образ данного человека, а в случае его смерти - осуществляется акт прощания (отсоединения).

Элементы нарративного (*повествовательного*) подхода используются при создании рассказов по рисункам в диалоге клиента с психологом. Особенность нарративных рассказов заключается в том, что их смысл зависит не от реальности, а от ее интерпретации двумя лицами: того, кто историю рассказывает (Я-рассказчика), и того, кто ее выслушивает и/или прочитывает (Я-слушателя/читателя). В результате смысл рассказа для двух участников диалога возникает в процессе повествования, то есть обретается ретроспективно, после того, как событие, о котором повествуется, уже произошло. И здесь нарратив рассказчика взаимодействует с нарративом слушателя и/или читателя, по-новому центрирующего и текст и придающего ему новые значения.

В процессе создания рассказа по рисунку психолог, с одной стороны, использует традиционные техники активного слушания, ободрения, постановки закрытых, открытых и альтернативных вопросов, выяснения, дальнейшего развития мыслей собеседника, отражения и прояснения чувств. С другой стороны, важная особенность диалога по рисункам - это постоянный учет контекста происходящего в ситуации «здесь и теперь», воплощенный в словесных описаниях клиента. Обращая внимание на незначительные детали рисунка и рассказа, расшифровывая скрытые значения образов и слов («что это означает?»), - специалист создает условия для достижения клиентом инсайта и катарсиса. В результате взаимно созданного и взаимно разделяемого контекста переживаний между специалистом и клиентом возникает состояние близости, поддержки и понимания.

Теория семейной психотерапии используется для диагностики положения клиента в системе внутрисемейных взаимоотношений, определения роли семьи в происхождении его трудностей и симптомов, а также для выявления тех психологических особенностей семьи и ее членов (ресурсов), от которых зависит коррекция этих на-

рушений и которые следует учитывать при выборе и осуществлении психологической помощи. На этих данных базируется интерпретация материала, полученного в ходе применения метода серийных рисунков и рассказов.

2. Метод серийных рисунков и рассказов в оказании кризисной психологической помощи детям

Разработка теоретико-эмпирических оснований специализированных подходов к оказанию кризисной психологической помощи детям – важная задача медицинской психологии. В разделе «Психологическая защита и копинг-поведения» данного руководства, с позиции развиваемых нами представлений об уровнях защитной системы человека, была обоснована этапность и определены направления оказания комплексной лечебно-психологической и социально-педагогической помощи детям с последствиями травматического кризиса (Никольская И.М., 2012). На основе примера острого посттравматического расстройства у детей, пострадавших в Беслане, было показано, что их адаптация к кризисной ситуации осуществлялась автоматически, путем активизации трех уровней защитной системы человека: сомато-вегетативного, поведенческого и психологической защиты. Однако таких автоматических непосредственных реакций на ситуацию напряжения было недостаточно, чтобы ребенок в полной мере преодолел кризисные переживания и вернулся дотравматическому уровню функционирования. В результате сознательные и целенаправленные действия о совладании с кризисной ситуацией первоначально должны были осуществлять помогающие специалисты, а затем уже сами дети.

Одна из проблем оказания психологической помощи в кризисных ситуациях состоит в том, что в ряде случаев специалисты недостаточно осознают важность специальной работы по выявлению, перестройке и укреплению психологических защитных механизмов у пострадавших детей и взрослых. В то же время еще А. Фрейд, первый исследователь детской психологической защиты, подчеркивала оберегающий характер психологической защиты, указывала, что она предотвращают дезорганизацию и распад поведения, поддерживают нормальный психический статус личности (Фрейд А., 1996).

Согласно двухкомпонентной модели посттравматического роста

А. Меркера, психологическая защита первой включается в процесс адаптации к стрессу. Формируя позитивные иллюзии, она позволяет пострадавшему уравновесить негативное влияние эмоционального дистресса и консолидировать свое Я. Вторая сторона, копинг-поведение – соотносится с долгосрочной адаптацией, укрепляющей здоровье (Совладающее поведение, 2010). Таким образом, прежде чем начинать длительную работу по формированию адаптивного копинг-поведения, важной задачей психолога/психотерапевта становится помощь пострадавшему клиенту в укреплении его психологических защитных механизмов (формировании позитивных иллюзий).

Наш опыт работы с детьми, пострадавшими во время террористического акта в Беслане и с другими категориями кризисных клиентов показал, что с целью коррекции и укрепления их психологической защиты может успешно применяться интегративная арт-терапевтическая технология - метод серийных рисунков и рассказов.

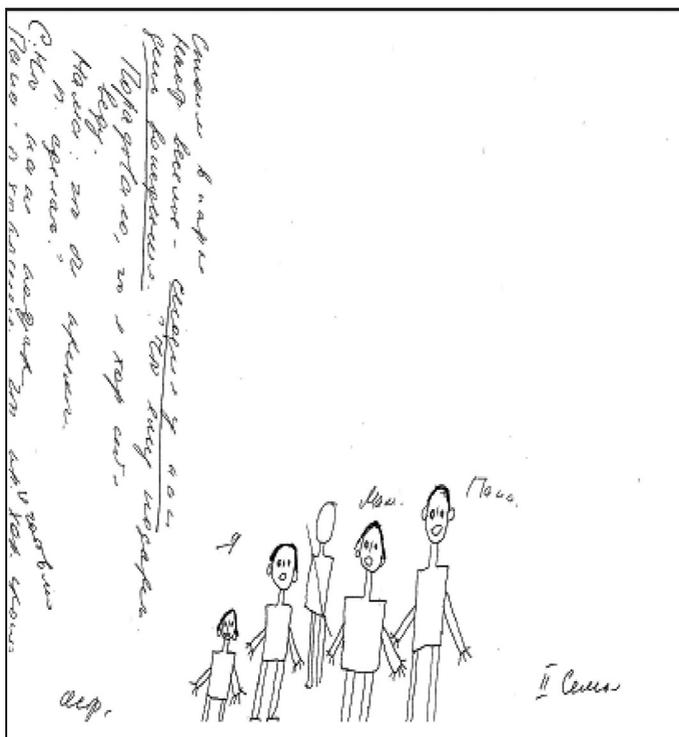
Для иллюстрации возможностей метода рассмотрим два клинических примера психологической работы с детьми с последствиями травматического стресса.

Случай Артура.

На приеме Артур, 8 лет, ученик 1 класса. Был заложником у террористов в Бесланской школе № 1. На консультацию к медицинскому психологу направлен учительницей через 1 год и 3 месяца после данных трагических событий.

После знакомства и ответа на вопрос, с кем он живет, отвечает, что папа умер в школе. Сейчас он живет с мамой, сестрой 6 лет и бабушкой. Спонтанно рассказывает: «Я, тетя, мама и папа были в школе. Мужиков уводили и убивали. На третий день мы у двери сидели. Взрыв был, все выбежали. Ожоги остались на руках у тети. Маме выписали очки. У меня осталась царапина на животе. Сестра и бабушка из школы ушли до начала линейки».

Проведена психологическая диагностика и коррекция внутреннего мира с помощью метода серийных рисунков и рассказов (Никольская И.М., 2012).



Диалог по рисунку «Автопортрет».

На рисунке Артур изобразил себя в виде маленького мальчика, фигурка которого была помещена в нижней части расположенного вертикально листа.

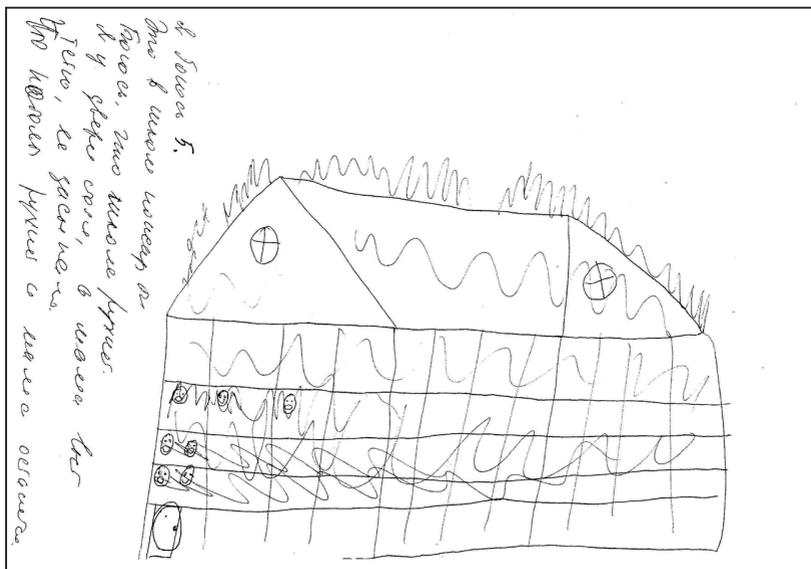
Психолог (П.): Как тебя здесь, на рисунке, зовут? - Артур (А.): Артур. - П.: Сколько тебе на рисунке лет? - А.: 8. - П.: Что ты на рисунке делаешь? - А.: Я пришел домой и хочу сделать уроки. - П.: Какое у тебя настроение? - А.: Настроение веселое, потому что по контрольной получу пять. - П.: Когда веселое настроение, ты о чем думаешь? - А.: Думаю о хорошем - о контрольной по математике, что пять получу.

Диалог по рисунку «Моя семья» (Рис. Моя семья).

На картинке последовательно изображены сестра, сам Артур, перечеркнутая фигура, мама и папа. У всех членов семьи не нарисованы стопы ног. По просьбе психолога объяснил, что перечеркнутая

фигура – это мама, которая «не получилась».

П.: Что вы тут на рисунке делаете? – А.: Стоим в парке. – П.: Какое у вас настроение? – А.: Веселое. – П.: Веселое – почему? – А.: Сегодня у папы день рождения. – П.: О чем Вы думаете? Ты, мама, сестра? – А.: Думаем – что ему подарить? Я думаю – папу порадовало бы, что я хорошо себя веду. Мама думает – что бы приятное папе сделать. Сестра – что папе подарить. – П.: А папа о чем тут, на



рисунке, думает? – А.: Папа думает о хорошем – что я хорошо приготовлю уроки».

Рис. «Моя семья»

Диалог по рисунку «Если б у меня была волшебная палочка...»

На рисунке Артур изобразил себя с волшебной палочкой: «Я бы сделал, чтоб не поменяли нашу учительницу Таисию Павловну».

П.: А что бы ты еще наколдовал, ты же волшебник, можешь исполнять все желания? – А.: Чтоб я всегда хорошо учился. Чтоб папа ожил. Чтоб все террористы умерли. И чтобы все хорошие люди, чтобы у них на душе радость была».

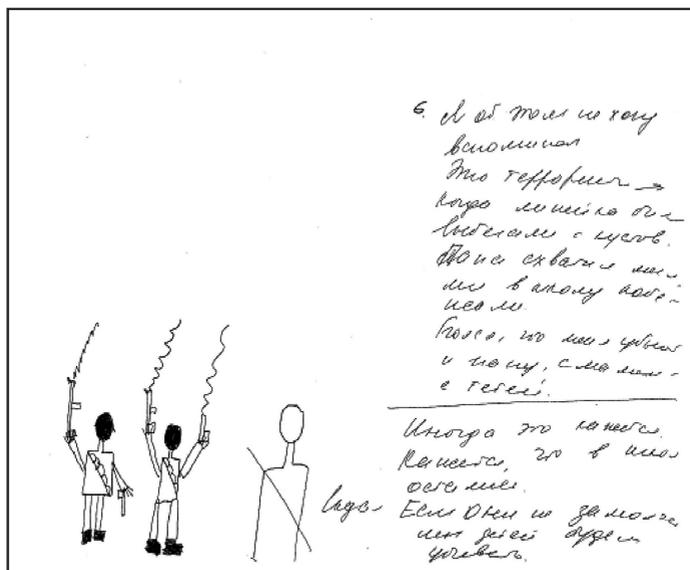
Диалог по рисунку «Я переживаю».

Артур нарисовал дом, в одном из помещений которого схематично изображены люди. Объяснил: «Это в школе. И это мужчины, которых увели из зала. Я переживаю, что папу убьют».

П.: Как от этого на душе? – А.: На душе трудно, горячо. - П.: Что хочется сделать? – А.: Хочется спасти, позвать на помощь.

Диалог по рисунку «Я боюсь» (Рис. Я боюсь).

На этот раз нарисована школа в огне. В школе – люди.



П.: Ты что тут нарисовал? – А.: Это в школе пожар был.

П.: Чего ты тут, в школе, боишься? – А.: Боюсь, что школа рухнет. Я у двери стоял, а мама вытаскивала тетю, ее засыпало. Боялся, что потолок рухнет. И мама там останется.

Рис. «Я боюсь»

Диалог по рисунку «Я об этом не хочу вспоминать» (Рис. Я об этом не хочу вспоминать).

На рисунке изображены террористы с автоматами в одной руке и пистолетами – в другой. Их головы и ступни ног ярко заштрихованы. Рядом – перечеркнутая недорисованная фигура.

А.: Это террористы – когда линейка была, выбегали из кустов.

– П.: Что вы сделали? – А.: Папа схватил меня, и мы в школу побежали. – П. Чего ты боялся? – А.: Боялся, что меня убьют и маму с тетей.

П.: Ты это вспоминаешь? – А.: Иногда это кажется. Кажется, что мы в школе остались. Кажется, что террорист опять сказал: «Если они не замолчат, мы детей будем убивать».

Диалог по рисунку «То, о чем я мечтаю».

Опять нарисован террорист с автоматом и пистолетом.

А.: Я мечтаю, я хочу, чтоб все террористы погибли. – П.: Как сделать, чтобы террористы погибли? – А.: Хочу выяснить, где они. – П.: И что? – А.: Туда наши войска направить. – П.: А сам ты что можешь сделать, чтобы победить террористов? – А.: Я могу, когда вырасту, поехать туда и отомстить за отца.

Рис. «Я об этом не хочу вспоминать»

Диалог по рисунку «Я взрослый и работаю на своей работе»

На рисунке Артур вновь изобразил себя: Это я работаю в милиции начальником. – П.: Что ты в милиции делаешь? – А.: Выскиваю наркотики, террористов. – П.: Ты где на милиционера учился? – А.: Закончил институт. – П.: Ты какой начальник? – А.: Я добрый, трудолюбивый, не бросаю друзей, если что-то случилось. – П.: Еще какой?

Артур затрудняется с ответом. П. (подсказывает): Ты смелый, находчивый? – А.: Я смелый, находчивый. Терпеливый. П.: У тебя семья уже есть? – А.: Да. – П.: Какая у тебя семья? – А.: Хорошая, добрая. Жена - Милана, дети – мальчик и девочка. – П.: Вы с кем живете? А.: С мамой моей.

Задание «Папа с небес смотрит на меня».

Рисовать отказался. На вопрос, что бы ему сказал папа с небес, ответил так: Папа сказал: «Я бы помог тебе в учебе. Ты бы стал личником».

На вопрос, что бы он сказал папе, ответил: «Я тебя люблю».

Приведенные диалоги психолога с Артуром позволяют акцентировать следующие важные моменты.

1. Состояние мальчика в момент обследования – благоприятное. Он легко вступает в контакт, отвечает на вопросы психолога, рассказывает о семье. Он сам также упоминает о смерти отца в школе, то есть выходит на обсуждение теракта. Последний момент позволяет выдвинуть гипотезу, что Артур постоянно живет воспоминаниями о пережитой кризисной ситуации.

2. Рисунок «Автопортрет» указывает на низкую самооценку и низкий уровень притязаний мальчика. Несмотря на то, что с момента смерти отца прошло больше года, он включает погибшего отца в рисунок семьи. Рассказ по рисунку «Моя семья» показывает, что не только Артур, но и все другие члены его семьи, по-видимому, рассматривают отца как «центральную» фигуру. Они постоянно об отце думают и с его ожиданиями соизмеряют свое поведение. Можно предположить, что семья Артура не приняла факт смерти отца и находится в состоянии патологического горя, замкнулась в своих переживаниях.

Также можно выдвинуть гипотезу, что многие мысли мальчика об отце ему передаются от матери («Папа думает о хорошем – что я хорошо приготовлю уроки»).

3. Самые заветные желания Артура, которые он исполняет с помощью волшебной палочки – чтобы папа ожил, а террористы – умерли. Именно озвучивание воспоминаний о папе в контексте террористов далее актуализирует у мальчика кризисные переживания, связанные с захватом школы и расстрелом мужчин, находящихся в заложниках.

Вопросы психолога (Как от этого на душе? Что хочется сделать?) побуждают Артура более четко осознать свои актуальные чувства и желания, связанные с событиями теракта.

4. Более глубокое вхождение психолога в мир психотравмирующих переживаний мальчика (рисунки «Я боюсь», «Я об этом не хочу вспоминать?») приводит Артура к вытесненным воспоминаниям о пожаре в школе и сопряженному с ним страху смерти. На этом фоне с помощью вопроса «Чего ты тут, в школе, боишься?» психолог как бы помещает мальчика в актуализированную им кризисную ситуацию, тем самым еще больше активизируя его память. В результате на основе ассоциаций по месту и времени оживляются образы, связанные с захватом школы террористами и

поведением отца, который пытается спасти своего сына.

Обнаруживаются симптомы переживаний – эпизодически возникающие у Артура наплывы воспоминаний о пережитом в школе и об угрозе смерти со стороны террористов («Иногда это кажется. Кажется, что мы в школе остались. Кажется, что террорист опять сказал: «Если они не замолчат, мы детей будем убивать»»).

5. На пике отреагирования этих тяжелых и вызывающих душевную боль переживаний психолог дает Артуру новое задание. С помощью актуализации психологического защитного механизма замещения он переводит его из мира отрицательно эмоционально окрашенных образов прошлого в мир воображения, «утешительной фантазии», и просит рассказать о своих мечтах. Обнаруживается, что сейчас доминирующая мечта мальчика – «чтоб все террористы погибли». Однако оказывается, что сам Артур не собирается сражаться с террористами, хотя готов узнать, где они «прячутся и направить туда войска». Для того чтобы стимулировать его активность и мужественность, психологу приходится задать Артуру прямой вопрос о том, что он «сам может сделать, чтобы победить террористов». Только тогда Артур соглашается «поехать и отомстить за отца... когда вырастет».

6. Последующий разговор по рисунку «Я взрослый и работаю на своей работе» направленно формирует у мальчика образ позитивной будущего – успешную работу начальником милиции, социально желательный набор положительных черт характера, счастливую семейную жизнь.

7. Однако даже на этом позитивной фоне Артур еще не готов к отсоединению от образа умершего отца. Он отказывается полностью выполнить задание «Папа с небес смотрит на меня...».

Приведенный пример показывает, что работа психолога по оказанию кризисной психологической помощи ребенку направлена, во-первых, на выявление вытесненных отрицательных переживаний и создание условий для их отреагирования на основе действия психологических защитных механизмов катарсиса и сублимации. А, во-вторых, на создание у него позитивных образов своего Я и своего будущего. Другими словами, проведя ревизию внутреннего мира и оказав помощь в освобождении внутренне-

го мира от психотравмирующих воспоминаний, психолог далее сознательно и целенаправленно укрепляет психологическую защиту мальчика. Он создает в воображении Артура иллюзорную картину его будущих успехов, побед и свершений и, тем самым позволяя ему обрести веру в свои силы и в то, что «все обязательно будет хорошо».

Случай Тимура

Тимур, 10 лет, ученик 4 класса, направлен на консультацию к медицинскому психологу учительницей, пояснившей, что мальчик был заложником в школе №1. В контакт с психологом вступает легко, задания выполняет охотно. Работа проводится через 1 год и 3 месяца после травмы.

Проведена психологическая диагностика и коррекция внутреннего мира с помощью метода серийных рисунков и рассказов (Никольская И.М., 2012б).

Диалог по рисунку «Автопортрет»

Психолог (П.): Нарисуй свой портрет в полный рост, как ты стоишь.

Тимур рисует.

П.: Как тебя здесь, на рисунке, зовут? – Тимур (Т.): Тимур. – П.: Сколько тебе здесь, на картинке, лет? – Т.: 10. – П.: Где ты тут, на картинке, находишься? – Т.: Стою на улице. – П.: О чем ты думаешь, когда стоишь на улице? – Т.: Думаю, как перейти дорогу. – П.: Как тебе тут на душе?» - Т. Хорошо на душе. – П.: Что ты потом сделаешь? – Т.: Пойду домой, к компьютеру. – П.: Что ты будешь делать? – Т.: Буду играть в «стрелялки». – П.: Зачем тебе играть в «стрелялки»? – Т.: Чтобы победить.

Задание «Семейные социогаммы».

П. (рисует круг): Нарисуй в этом круге себя и других членов семьи в виде маленьких кружков и подпиши, где кто.

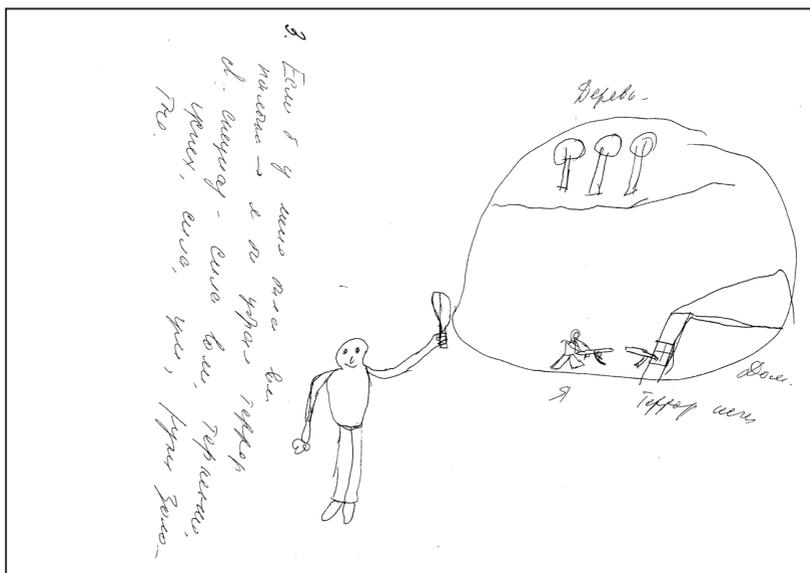
Тимур выполняет задание и изображает на социогамме себя,

дедушку, бабушку и тетю. П.: Это все члены семьи, с которыми ты живешь вместе? – Т.: Да.

П. (рисует еще один круг): *Пожалуйста, нарисуй здесь свою семью в прошлом, когда ты был маленьким мальчиком.*

Тимур изображает кружками маму, себя и папу. Кружок мальчика расположен между кружками родителей.

П. (рисует третий круг): *Здесь нарисуй идеальную семью, о которой ты мечтаешь, в которой хотел бы жить.*



На социограмме идеальной семьи оказываются изображенными не только сам мальчик, его бабушка, дедушка, папа, мама и тетя, но также два дяди Тимура.

П.: *Пожалуйста, отметь плюсиком, в какой семье тебе лучше всего, в какой ты бы хотел жить.*

Тимур отмечает семью в прошлом и идеальную.

Диалог по рисунку «Если б у меня была волшебная палочка» (Рис. «Если бы у меня была волшебная палочка»)

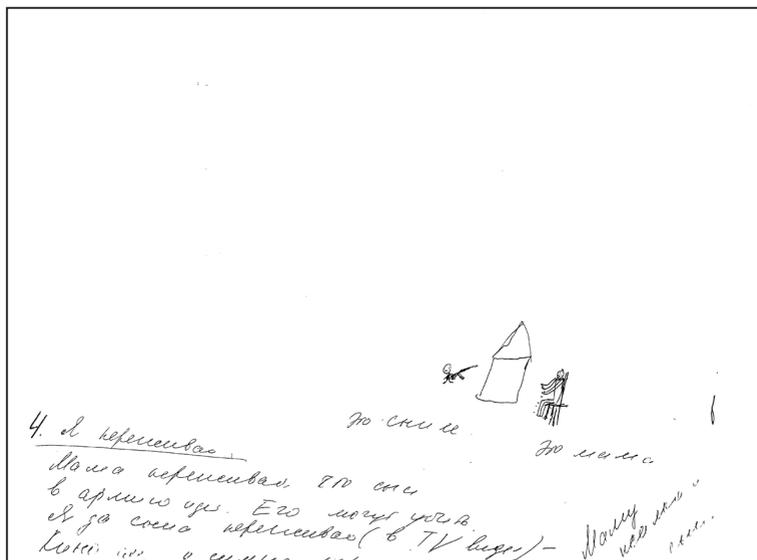
П.: *Сейчас нарисуй картинку «Если бы у меня была волшебная*

палочка».

Первоначально Тимур рисует себя с волшебной палочкой в руках.

П.: Что бы ты сделал, если бы у тебя была волшебная палочка?

– Т.: Я бы убрал террор. – П.: Как бы ты убрал террор?



Тимур дорисовывает картинку - изображает, как он из пулемета стреляет в дом, где прячутся террористы, по ходу объясняя, что это надо сделать, «чтобы террор исчез».

П.: Кто ты тут на картинке? - Т.: Я спецназовец. – П.: Какой ты спецназовец?

Мальчик задумывается, не знает, что ответить.

П.: У тебя сила воли, смелость, терпение? – Т.: У меня сила воли, терпение, успех. – П.: Что еще? – Т.: Ум, руки золотые.

Рис. «Если бы у меня была волшебная палочка»

Диалог по рисунку «Я переживаю» (Рис. Я переживаю)

П.: Теперь рисуй картинку «Я переживаю».

Тимур изображает дом. С правой стороны дома нарисована фи-

гура человека, сидящего на стуле, с левой части дома – меньшая по размеру фигурка человека с пулеметом.

1) Хорошо дается, так
 интереснее рис.:
 дядя и мама вместе задрал
 у нее ребенка.
 Дядя огорчался, а я ушел.
 кино.

2) в школе досрочно
 3) тоже
 4) неважно
 5) убой и
 6) террор
 7) но светит
 8) мама
 9) двойка
 10) что не б. дружел.



Б. А. боюсь.

П.: Это кто тут, на рисунке? – Т.: (показывает на сидящую фигурку): Это мама. – П.: А здесь кто с оружием? – Т.: Сын.

П.: Что тут, на рисунке, происходит? – Т.: Мама переживает, что ее сын в армию идет. Она переживает, что его могут убить.

П.: Но это мама переживает, а ты из-за чего переживаешь? – Т.: Я тоже за сына переживаю. Я такой фильм по телевизору видел. Кино смотрел и сильно переживал. Маму жалко, и сына жалко.

Рис. «Я переживаю»

Диалог по рисунку «Я боюсь» (Рис. Я боюсь)

П.: Рисуй сейчас картинку «Я боюсь». Сильно боюсь.

Т. изображает дом. В доме на стуле сидит человек и держит на коленях запеленутого ребенка.

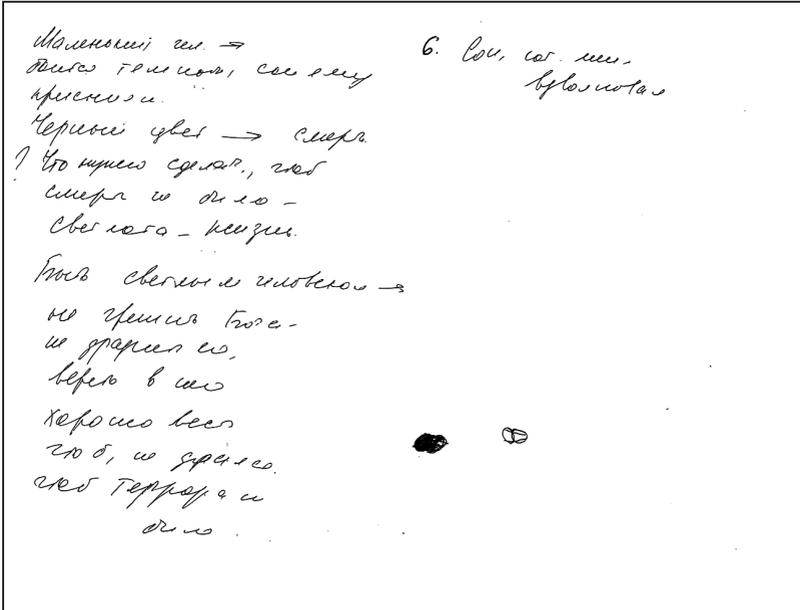
П.: Что ты тут нарисовал? – Т.: Мама боится, что потеряет ребенка. – П.: Почему она боится, что потеряет ребенка? – Т.:

Дядьки плохие хотят забрать у нее ребенка.

П.: Она им отдаст ребенка? – Д.: Она отдаст, а то они ее убьют.

П.: Еще чего ты боишься?

Мальчик затрудняется с ответом. Психолог начинает произволь-



но перечислять разные страхи. Тимур выбирает из них то, чего он боится: в лифте застрять, тока, маньяков, убийц, террора, покойников, молнии, двойки, что ребята не будут дружить.

Рис. «Я боюсь»

Диалог по рисунку «Сон, который меня взволновал» (Рис. Сон, который меня взволновал)

П.: Теперь нарисуй сон, который тебя взволновал. Этот сон мог сниться недавно, мог давно. Главное, что он вызвал у тебя сильные чувства. Может быть, даже несколько раз повторялся.

Мальчик первоначально рисует два маленьких переплетенных заштрихованных кружка.

П.: Что ты тут нарисовал? – Т.: Маленький человек, он боится

темноты. Сон ему приснился.

П.: Что означает черный цвет? – Т.: Смерть. - П.: Что нужно сделать, чтобы смерти не было?

Т. (рисует два маленьких переплетенных белых кружка): Светлота - жизнь.

П.: Что значит быть светлым человеком? - Т.: Не грешить



Бога. – П.: Еще что? – Т.: Не дразнить его. – П.: Еще? – Т.: Верить в него.

П.: Что еще надо, чтобы быть светлым человеком? – Т.: Хорошо вести, не драться. Чтоб террора не было.

Рис. «Сон, который меня взволновал»

Диалог по рисунку «Бог смотрит на меня» (Рис. Бог смотрит на меня)

П.: Рисуи – Бог смотрит на меня.

В центре рисунка, ближе к верхней его части, Тимур изображает большую голову Бога в облаках.

Под ним, в нижней части, на самом краю листа – две маленькие фигурки: один человек бьет ногой согнувшегося другого человека.

П.: Что ты тут нарисовал? - Т.: Бандит бьет меня. - Т.: Что ты чувствуешь, когда бандит бьет тебя? - Д.: Боль. - П.: Что Бог чувствует, когда это видит? - Т.: Бог злится на бандита. - П.: Что он тебе говорит: - Т.: Не сдавайся. - П.: Что еще? - Т.: Ты же сильный. - П.: Еще что?

Мальчик затрудняется с ответом.

П.: Он говорит - я тебе помогу? - Т. (повторяет): Я тебе помогу. - П.: Как тебе на душе становится, когда Бог это говорит? - Т.: Хорошо на душе.

Рис. «Бог смотрит на меня»

Диалог по рисунку «То, о чем я мечтаю»

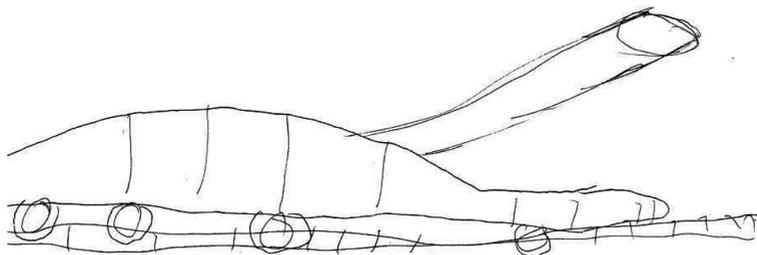
П.: Сейчас нарисуй то, о чем ты мечтаешь.

Тимур рисует автомобиль.

П.: Что ты тут нарисовал? - Т.: Это лимузин – ездить. - П.:

~~Такси~~ нашито

хорошо с ручкой – то ручка ел.
фронт. Хорошо, то могу гадать чужие
двери, слышно.



Ты кто – водитель лимузина или владелец? - Т.: Владелец. - П.: Куда

ты будешь на нем ездить? – Т.: Буду на работу ездить. – П.: Ты кем будешь работать? – Т.: Врачом, детей буду лечить. – П.: Что тебе дети скажут? – Т.: Спасибо скажут дети. – П.: Когда ты вырастешь, ты где будешь жить? – Т.: В Санкт-Петербурге. – П.: У тебя будет семья? – Т.: В 20 лет женюсь. – П.: Какая у тебя будет жена? – Жена будет Залина. И двое детей. – П.: Кто у тебя будут, мальчики, девочки? – Т.: Мальчик Давид и девочка Ася. – П.: Какая у тебя будет семья? – Т.: Любящая.

Диалог по рисунку «Я такой довольный, я такой счастливый» (Рис. Я такой довольный, я такой счастливый)

П.: Сейчас последнее задание. Нарисуй: Я такой довольный, такой счастливый.

Тимур выполняет задание.

П.: Что ты нарисовал? – Т.: Бронепоезд с пушкой. – П.: Чему ты тут, на рисунке, радуешься? – Т.: Что пушка есть. – П.: Зачем тебе нужна пушка? – Т.: Стрелять. – П.: Зачем тебе стрелять? – Т.: Хорошо, что могу террор убивать. – П.: Как ты себя тут, в бронепоезде, чувствуешь?

Тимур не знает, что ответить.

П.: Сильным, защищенным? – Т.: Сильным, защищенным.

Рис. «Я такой довольный, я такой счастливый»

Обратная связь

После того, как Тимур выполнил все предложенные ему задания, психолог попросила его просмотреть все сделанные рисунки и выбрать те из них, которые ему больше всего понравились и не понравились. Больше всего мальчику понравились рисунки «Автопортрет», «Семейные социограммы» и «То, о чем я мечтаю». Меньше всего – «Я боюсь» и «Я переживаю». На вопрос психолога, как изменилось его настроение и самочувствие за время разговора, сказал, что улучшились. На вопрос, что для него в разговоре было самым главным, сказал, «главное – что восторжествовало добро». И еще, что надо быть «не слабым, а сильным». И что «у него получится быть сильным, потому что он мужчина».

Психолог, прощаясь, пожала Тимуре руку и выразила уверенность, что у него обязательно все получится: *«Ты же мужчина, у тебя получится».*

После проведения работы с Тимуром методом серийных рисунков и рассказов психолог ознакомилась с данными анамнеза, который был собран доцентом кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии И.В. Добряковым во время беседы с тетей Тимура.

Тимур – сирота. Его родители развелись, когда мальчику было 3 года. Мать умерла, когда было 6 лет. Затем погиб отец - попал в автокатастрофу. Сейчас мальчик проживает с бабушкой, дедушкой и тетей.

Был заложником. В школе во время теракта держался один. К соседям не шел. У них было ощущение, что он разговаривает сам с собой или с террористами. Когда произошел взрыв, подбежал к незнакомой женщине, и та помогла ему выбраться через окно из физкультурного зала.

Получил ожоги, в руке до сих пор осколок. Наблюдается снижение слуха.

В больнице выпил сразу 1,5 л воды. Был гиперактивен, взвинчен. Много ел. Спал чутко, часто сильно вздрагивал. Ничего про теракт не рассказывал.

Лечился в Москве в Центре социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского. Был поставлен диагноз: «Депрессивно-фобический синдром».

В настоящее время характерны колебания настроения, агрессивность, непереносимость шума, сноворения. Имеются страхи террористов, темноты, громких звуков. Пугается, когда слышит по телевизору выстрелы. Как-то раз тете сказал: «Если бы ты это видела эти оторванные руки и ноги».

Есть страх отвечать перед классом.

Иногда играет сам с собой, как будто никого нет. Иногда застывает, смотрит в одну точку.

Регулярно и с положительным эффектом посещает занятия у психотерапевта.

Приведенные материалы позволяют акцентировать следующие важные формальные и содержательные моменты работы психолога с Тимуром.

1. Состояние мальчика в момент обследования – благоприятное. Он легко вступает в контакт, активно выполняет все задания психолога. Однако спонтанно не рассказывает о семье и не упоминает событий теракта. Это позволяет выдвинуть гипотезу, что у Тимура могут быть вытесненные психотравмирующие переживания.

2. Рисунок «Семейные социогаммы» подтверждает наличие у мальчика вытесненных психотравмирующих переживаний, связанных с его семьей. Несмотря на то, что сам Тимур не дает к рисункам никаких пояснений (например, не говорит о том, что он сирота, что его родители развелись, а потом умерли), а сама психолог на этапе присоединения еще не считает возможным задавать уточняющие вопросы, результаты психодиагностики показывают, что мальчик не удовлетворен существующей семейной ситуацией. Обнаруживается, что для него дороже структура и функционирование не реальной семьи, в которой он проживает в настоящий момент времени, а семьи в прошлом (в которой он жил со своими родителями) и воображаемой идеальной семьи. Так, в идеальную социогамму, посредством включения психологического защитного механизма замещения, он помещает всех своих близких родственников: утраченных им родителей, живущих с ним ныне тетю и прародителей, а также отдельно проживающих двух дядей. Можно предположить, что в своей реальной семье Тимур не чувствует себя полностью защищенным, то есть, его базисная психологическая потребности в безопасности и защищенности не удовлетворена.

3. Тема подавленных семейных переживаний актуализируется при выполнении заданий «Я переживаю» и «Я боюсь», которые мальчик на после завершения работы с психологом оценивает, как самые неприятные для себя. На этих рисунках была изображена мать, которая переживает за уходящего в армию сына, так как того «могут убить». А также мать, которая не может защитить своего ребенка от

«плохих дядек» - она им его отдает под угрозой смерти. Здесь важным представляется момент, что Тимур сопереживает нарисованной им матери, а не осуждает ее. По-видимому, это происходит в результате актуализации защитных механизмов идентификации и рационализации. Идентификация проявляется в том, что мальчик отождествляет себя одновременно и с матерью, и с сыном (*Я тоже за сына переживаю. Я такой фильм по телевизору видел. Кино смотрел и сильно переживал. Маму жалко и сына жалко.*), Рационализация - в том, что он находит для матери, отдающей «дядькам» ребенка, оправдание – *«она отдаст, а то они ее убьют».*

4. Важным становится поиск ответа на закономерный возникающий вопрос, что же позволяет мальчику на фоне такой базисной психологической незащищенности активно противостоять террору? Ведь уже с первого рисунка, «Автопортрет», Тимур показывает, как ему важно в жизни побеждать: *«Буду играть в стрелялки... чтобы победить».* Такая же активная жизненная позиция прослеживается в рисунке «Если бы у меня была волшебная палочка», где он в роли спецназовца из пулемета стреляет в дом, где прячутся террористы, по ходу объясняя, что это надо сделать, *«чтобы террор исчез».*

Характеризуя себя, как спецназовца, Тимур с помощью психолога и самостоятельно указывает на такие его важные положительные качества, как *сила воли, терпение, успех, ум, руки золотые.*

Задание «Сон, который меня взволновал» позволяет выявить важнейший личностный ресурс Тимура – веру в Бога.

Человек боится темноты, смерти. Чтобы смерти не было – ему надо превратиться в светлого человека – *верить в Бога, его не раздражать, не грешить, хорошо себя вести, бороться с террором.*

Таким образом, важнейший личностный ресурс Тимура, проявляющийся при совладании с трудными жизненными ситуациями – это религиозность (Грановская Р.М., 2010).

5. Выход на религиозность побуждает психолога с целью укрепления личностных ресурсов мальчика ввести дополнительный рисунок, «Бог смотрит на меня», не предусмотренный стандартным набором заданий, которые обычно выполняются при работе методом серийных рисунков и рассказов.

Именно этот рисунок позволяет «пробить» психологическую за-

щиту мальчика, ограждавшую его сознание от связанных с событиями теракта подавленных личных воспоминаний, в результате чего он впервые образно отражает на рисунке свой реальный психотравмирующий опыт – то, что он пережил заложником в спортзале. Один человек бьет ногой согнувшегося другого человека – это «*бандит бьет меня*». Тимур на рисунке чувствует боль, и тогда его Защитник, Бог, «*злится на бандита*» и говорит маленькому мальчику: «*Не сдавайся. Ты же сильный*».

С учетом данных анамнеза можно думать, что предположение находящихся в заложниках вместе с Тимуром соседей о том, что он в одиночестве говорит сам с собой, либо пытался говорить с террористами, было ошибочным. На самом деле, Тимур молился – он разговаривал с Богом...

6. На завершающем этапе работы с целью выведения Тимура из мира тяжелых и вызывающих душевную боль переживаний психолог дает ему позитивно эмоционально окрашенные задания «То, о чем я мечтаю» и «Я такой довольный, я такой счастливый». С помощью активизации психологического защитного механизма замещения он переводит мальчика из мира отрицательно эмоционально окрашенных образов прошлого в мир воображения, «утешительной фантазии», и просит рассказать о своих мечтах. В диалоге выясняется, что Тимур мечтает быть владельцем лимузина, жить в Санкт-Петербурге, работать врачом и лечить детей, жениться на Залине, родить двоих детей – мальчика Давида и девочку Асю.

Но полного счастья он сможет достичь, только в том случае, если у него будет *бронепоезд с пушкой*, чтобы «*стрелять и террор убивать*» и чтобы чувствовать себя *сильным и защищенным*.

7. Обратная связь в виде подведение итогов чувств и содержания, показывает улучшение самочувствия мальчика, поскольку *восторжествовало добро*, укрепление веры в то, что надо быть «*не слабым, а сильным*», и в то, что «*у него получится быть сильным, потому что он мужчина*»

Приведенный пример показывает, что работа психолога по оказанию кризисной психологической помощи ребенку направлена, во-первых, на выявление вытесненных отрицательных переживаний

и создание условий для их отреагирования на основе действия психологических защитных механизмов катарсиса и сублимации. А, во-вторых, на поиск и укрепление личностных ресурсов и создание у него позитивных образов своего Я и своего будущего (позитивный иллюзий). Другими словами, проведя ревизию внутреннего мира и оказав помощь в его освобождении от психотравмирующих воспоминаний, связанных с утратой матери и событиями теракта, психолог далее сознательно и целенаправленно укрепляет психологическую защиту мальчика. Подкрепляется вера Тимура в то, что Бог на него смотрит и ему поможет. В воображении мальчика создается иллюзорная картина его будущих успехов, побед и свершений, что позволяет ему утвердиться в убеждении, что у него все получится и что «все обязательно будет хорошо».

Здесь следует отметить, что религиозность, как один из значимых личностных ресурсов совладания, и успешность занятий с психотерапевтом, которые Тимур регулярно посещал после теракта, могут выступать теми весомыми факторами, которые в данном случае позволяют прогнозировать благоприятный исход травматического кризиса.

Заключение

Метод серийных рисунков и рассказов как интегративная арт-терапевтическая технология эффективно присоединяется к клиентам, проводить ревизию внутреннего мира, вскрывать и создавать условия для отреагирования психотравмирующих переживаний и укреплять психологическую защиту клиентов на основе создания позитивных образов своего Я и будущего.

Специальное значение работе по коррекции и укреплению психологической защиты при оказании кризисной помощи придается в связи с оберегающим характером психологических защитных механизмов, которые первыми включаются в процесс адаптации к стрессу, предотвращая дезорганизацию и распад поведения и поддерживая нормальный психический статус личности.

В долгосрочной перспективе задачами целенаправленной работы с пострадавшими в кризисных ситуациях становится формирование у них личностных копинг-ресурсов и адаптивного копинг-по-

ведения на основе предоставления комплексной психолого-педагогической и медико-социальной поддержки.

Следует отметить, что использование метода серийных рисунков и рассказов при работе с кризисными клиентами позволяет избежать таких часто возникающих при оказании психологической помощи ошибок, как избегание травматического материала; попытка проработки травматического опыта при отсутствии доверительного контакта, в условиях дефицита времени на работу; игнорирование семейной ситуации пострадавшего.

В настоящее время метод серийных рисунков и рассказов успешно используется нами при оказании кризисной помощи другим категориям лиц, прежде всего, в ситуации переживания утраты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анастаси А. Психологическое тестирование: Книга 2. – М.: Педагогика. - 1982. – 336 с.
2. Грановская Р.М. Психология веры: 2-е изд., перераб. – СПб.: Питер, 2010. – 480 с.
3. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: Теория, практика и обучение. – СПб.: Филологический факультет СПбГУ; М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 736 с.
4. Никольская И.М. Метод серийных рисунков и рассказов в психологической диагностике и консультировании детей и подростков ; учеб. пособие для врачей и психологов. – СПб. : Изд-во СПбМАПО, 2009. – 51 с.
5. Никольская И.М. Метод серийных рисунков и рассказов – новая арт-терапевтическая технология // Вопросы психического здоровья детей и подростков. Научно-практический журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин. – 2010 (10), №2.; 2011, №1 (11).
6. Никольская И.М. Кризисная психологическая помощь детям и психологическая защита // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных

ситуациях. - 2012. №1. С. 97-104.

7. Никольская И.М. Роль психологической защиты в оказании кризисной психологической помощи детям // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. N 5. URL: <http://medpsy.ru>
8. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. – СПб.: изд. Речь, 2000. – 507 с.
9. Рудестам К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика.- М.: Просвещение, 1993. - 368 с.
10. Совладающее поведение: Современное состояние и перспективы / под ред. А.Л. Журавлева, Т.Л. Крюковой, Е.А. Сергиенко. – М. : Ин-т психологии РАН, 2008.- 474 с.
11. Фрейд А. Психология «Я» и защитные механизмы. – М.: Педагогика-Пресс, 1993. – 144 с.
12. Эйдемилер Э.Г., Никольская И.М., Беляков Н.А. Арт-терапия – терапия искусством и творческим самовыражением // Немедикаментозная терапия / Под ред. Н.А. Белякова. - СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2005. – Т.1. – С. 149-232.

ЧАСТЬ ПЯТАЯ:

АЛГОРИТМЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ В ЗОНЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ. ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ

Алгоритм организации экстренной психологической помощи

Описываемый алгоритм организация психологической помощи в зоне чрезвычайной ситуации основан на опыте работы ГУ «Центр экстренной психологической помощи МЧС России» (Плотникова Е.М., 2010).

Экстренная психологическая помощь – это система краткосрочных мероприятий, направленных на коррекцию психологического и физиологического состояния людей, нарушенного в результате чрезвычайной ситуации. К пострадавшим относятся (Павлова М.В., 2004):

- непосредственно оказавшиеся в очаге чрезвычайной ситуации, пострадавшие физически и материально;
- непосредственно оказавшиеся в очаге чрезвычайной ситуации, потерявшие родных и близких или не имеющие информации об их судьбе;
- очевидцы, свидетели, оказавшиеся в непосредственной близости с психотравмирующей ситуацией, ставящие в воображении на место пострадавших себя, своих близких;
- наблюдатели, «зевачи», которые прибыли на место чрезвычайной ситуации, узнав о ней из средств массовой информации и ставшие свидетелями;
- телезрители, ставшие вторично пострадавшими в результате нагнетания эмоций и манипулирования общественным сознанием представителями средств массовой информации;
- специалисты, оказывающие экстренную помощь пострадавшим (сотрудники МЧС, врачи, психологи), получающие в процессе своей работы вторичную травматизацию.

Экстренная психологическая помощь базируется на использовании профессиональных методов, соответствующих требованиям конкретной ЧС, предполагает **работу в команде** (психологи, врачи, технический персонал) и включает **три вида деятельности**:

- организационную;
- информационно-разъяснительную;
- психологическую коррекцию.

Организацию психологической помощи в зоне ЧС подразделяют на **три этапа**: подготовительный, основной и заключительный.

Подготовительный этап экстренной психологической помощи в зоне чрезвычайной ситуации

Задачи до прибытия на место чрезвычайной ситуации:

- сбор информации о месте, характере ЧС, количестве пострадавших, тяжести последствий;
- подготовка плана действий по оказанию помощи в зоне ЧС и в местах сбора пострадавших;
- формирование рабочей группы специалистов, назначение старших, распределение обязанностей, распределение смен;
- назначение оперативного дежурного, определение взаимодействия старшего с оперативным дежурным;
- проведение инструктажей, определение необходимых в работе психотехник;
- определение границ собственной безопасности.

Задачи после прибытия на место чрезвычайной ситуации:

- организация взаимодействия с местной администрацией;
- ориентировочная оценка количества пострадавших;
- сбор информации о расположении и телефонах руководящих работников: администрации, больниц, моргов, школ и пр.;
- открытие телефонной «горячей линии», организация ее информационной поддержки;
- определение места сбора пострадавших и их родственников;
- определение мест стационарной работы с пострадавшими и их родственниками;
- определение периодичности информирования пострадавших и их родственников о ходе ведения аварийно-спасательных работ;
- определение необходимого количества психологов и врачей для работы с пострадавшими;
- определение состава и длительности смены, периодичности

смен (рабочих, дежурных, резервных);

- определение времени и периодичности проведения инструктажей;
- определение ответственных (оперативных дежурных) за сбор и анализ информации;
- разделение зоны работы на сектора.

Основной этап экстренной психологической помощи в зоне чрезвычайной ситуации

Организационные задачи:

- привлечение при необходимости дополнительных сил, либо привлечение имеющихся местных сил (психологи, психиатры, врачи других специальностей и др.);
- проведение инструктажей;
- подготовка предложений руководителям по организации информационного обеспечения населения;
- взаимодействие с представителями средств массовой информации;
- взаимодействие с телефоном «горячая линия»;
- отслеживание динамики состояния людей, работа с негативными эмоциональными переживаниями, связанными с пережитыми событиями;
- размещение собственной группы, решение вопросов ее обеспечения.

Задачи работы «в толпе»

Организацию психологической помощи при стихийных бедствиях может значительно осложнять то, что в одном месте оказывается много пострадавших, требующих помощи. Они представляют собой толпу, то есть скопление людей, не имеющих единой организационно-ролевой структуры, но связанных ситуацией и эмоциональным состоянием. Цели людей, составляющих толпу, в чрезвычайной ситуации совпадают (спастись, найти близких, получить кров, еду, медицинскую помощь), но достижению этой цели могут мешать другие пострадавшие, представляющиеся в некоторых ситуациях конкурентами, что провоцирует конфликты. Предпосылку сотрудничества, упорядоченности ситуации

создает понимание большей вероятности достижения цели каждым пострадавшим при взаимодействии с другими.

Дефицит информации о последствиях стихийного бедствия, возможностях его повторения, об организации помощи может приводить к распространению слухов, к «заражению» отрицательными эмоциями, к появлению паники. Паника – вызванное беспомощностью острое переживание реальной или воображаемой угрозы, приводящее к стремлению любым путем избежать её, к утрате критики, контроля, чувств долга и чести, к неуправляемому поведению, сопровождающемуся нередко агрессией, мародерством.

Выделяют 4 группы факторов, провоцирующих панику толпы (Малкина-Пых И.Г. 2005):

1. *Социальные*: напряжение в обществе, связанное с происходящими или с ожидаемыми природными катаклизмами, с политическими, экономическими проблемами (с их сочетанием).

2. *Физиологические*: усталость, голод, бессонница, интоксикация (болезнь, алкогольное, наркотическое опьянение).

3. *Психологические*: внезапность возникновения экстремальной ситуации, испуг, дефицит информации.

4. *Социально-психологические*: низкий уровень групповой сплоченности, недоверие к организаторам экстренной помощи, к руководству...

Устранению паники могут способствовать: убеждение, категоричский приказ, четкая информация о происходящем и принятых мерах, изоляция наиболее активных паникеров, разделение толпы на части.

Задачи, стоящие перед кризисным психологическим десантом, следующие:

- взаимодействие со штабом по ликвидации последствий чрезвычайной ситуации, с руководителями администрации;
- комплексная оценка ситуации и факторов, положительно и отрицательно влияющих на состояние людей;
- подготовка предложений в штаб о дополнительных мероприятиях и о выделении средств для осуществления оказания помощи, сопровождения пострадавших, ожидающих родственников (вода, лавки, медикаменты);

- перераспределение имеющихся сил и средств с учетом изменения условий ситуации;
- взаимодействие с телефоном «горячая линия»;
- отслеживание динамики состояния людей в толпе, выявление ОСР и работа с ними, работа по профилактике ПТСР;
- взаимодействие со средствами массовой информации;
- работа со слухами и их предотвращение;
- отслеживание вероятности возникновения массовых негативных реакций;
- предотвращение массовых реакций в толпе в результате эмоционального заражения;
- сопровождение массовых мероприятий (общий сбор родственников и пострадавших).

Задачи работы с пострадавшими в зоне чрезвычайной ситуации:

- информационно-разъяснительная работа;
- организация мест для оказания первой медицинской помощи (на каждом месте – команда «психолог-врач»);
- индивидуальная работа с пострадавшими с ОСР;
- выявление лиц с симптомами психических расстройств, их перенаправление к психиатрам;
- определение группы риска по соматическим заболеваниям (чаще по сердечно-сосудистым);
- помощь в преодолении психосоматических проявлений⁴
- создание сети социальной поддержки;
- организация доставки достаточного количества питьевой воды и бесплатного питания, навесов от дождя и солнца, мест для обогрева пострадавших.

Задачи работы с пострадавшими вне зоны чрезвычайной ситуации:

- сопровождение пострадавших при эвакуации (при необходимости);

- организация психологической коррекции в больницах с пострадавшими и их родственниками;
- организация аналогичной работы по месту проживания, в местах массового посещения (аптеки, школы, магазины);
- сопровождение процесса опознания:
 - сбор и анализ информации о месте и процедуре проведения процесса опознания;
 - организация перчаток и марлевых повязок (при необходимости);
 - подготовка к работе мест для оказания первой медицинской помощи, машины скорой помощи;
 - привлечение к процессу опознания необходимого числа специалистов;
 - организация своевременной доставки воды, медикаментов, определение мест отдыха для родственников;
 - подготовка процедуры опознания (сортировка тел);
 - координация деятельности моргов, отделов ЗАГС, бюро похорон, социальных служб;
 - сбор родственников для процедуры опознания;
 - подготовка родственников к процедуре опознания;
 - информирование родственников о дальнейших действиях;
- участие в сопровождении массовых захоронений и траурных мероприятий (при необходимости).

Заключительный этап экстренной психологической помощи в зоне чрезвычайной ситуации

Задачи заключительного этапа:

- оказание психологической помощи специалистам (работа с отсроченными реакциями, проведение инструктажей по профилактике и коррекции ПТСР);
- принятие решения о закрытии телефонной «горячей линии»;
- открытие консультативного приема пострадавших;
- анализ ошибок и недоработок, анализ нового опыта;

- проведение психологического дебрифинга;
- направление при необходимости специалистов на реабилитацию;
- анализ работы психологов, составление отчета;
- распространение полученного опыта среди специалистов, проведение обучающих семинаров;
- подготовка методических рекомендаций, видео- и фотоматериалов.

Алгоритм оказания психологической помощи в отдаленном периоде

Об отдаленных последствиях психической травмы принято говорить уже через 1 месяц после стрессовой ситуации. Посттравматические стрессовые расстройства развиваются по данным разных авторов у 50-80% людей, перенесших тяжёлый стресс. К этому времени сотрудники МЧС, как правило, уже сворачивают свою работу. В связи с этим организация психологической помощи в отдаленном периоде имеет большое значение. В противном случае пострадавшие останутся со своими проблемами наедине, развитие последствий получено психической травмы может приобрести неблагоприятный характер.

Между тем, в отдаленном периоде работе со страдающими посттравматическим стрессовым расстройством имеется целый ряд трудностей. Во-первых, чем тяжелее были проявления расстройства, тем менее оказывались склонными получать психологическую помощь пострадавшие. Необходимо было мотивировать их на работу. Во-вторых, установки в семьях пострадавших на сдерживание эмоций, стремление не упоминать в разговорах о травмирующем событии противоречили интересам реабилитационной работы. В-третьих, полноценно включиться в работу местных специалистов, в связи с их непосредственным участием в травмирующем событии. Преодолеть эти трудности позволила организация работы по модели, разработанной Добряковым и Никольской в процессе оказания психологической помощи жертвам террористического акта в г. Беслане.

Модель Добрякова-Никольской:

1. Обучение местных специалистов
2. Создание у семьи мотивации на работу
3. Работа с семьёй бригады из двух психологов и двух психиатров-психотерапевтов (двое местных, двое – консультанты)
4. Обсуждение результатов обследования
5. Постановка медицинского и психологического диагноза.
6. Постановка цели и формулирование задач исследования
7. Выбор методик, применяемых в процессе реабилитации
8. Проведение реабилитации
9. Супервизия

В рамках этой модели проводился отставленный дебрифинг. Конкретно процесс психотерапии, в котором участвовали четыре специалиста (2 врача психиатра-психотерапевта и 2 медицинских психолога) был организован следующим образом. Работа велась в двух соседних помещениях. Когда семья (обычно ребенок и его взрослый родственник) приходили на прием, специалисты знакомились с семьей и ее разделяли. В одном кабинете врачи беседовали с родственником ребенка и собирали подробный анамнез. В другом кабинете медицинские психологи присоединялись к ребенку и посредством проективных рисунков и рассказов выявляли и помогали ему отреагировать психотравмирующие переживания. Затем специалисты обсуждали полученную информацию, намечали тактику последующей работы и «обменивались» клиентами. Врачи, с учетом рассказов ребенка, осуществляли отставленный дебрифинг и сказкотерапию, а психологи знакомили родственника (родственников) ребенка с его творческой продукцией и, при необходимости, проводили арттерапию со взрослым членом семьи. Отметим также, что при необходимости психотерапия сочеталась с назначением врачами медикаментозного лечения. Впоследствии, когда специалисты кризисного десанта уезжали, местные специалисты продолжали работу по намеченному плану, имея возможность связаться с коллегами по электронной почте, по телефону, обсудить ход реабилитации. При повторных приездах специалистов-консультантов местные специалисты имели возможность пройти супервизию. Таким образом осуществлялась преемственность оказыва-

ваемой медико-психологической помощи.

Профессиональная деформация специалистов кризисной службы и её профилактика

Правила работы в условиях чрезвычайной ситуации сотрудников МЧС, психологов и врачей, оказывающих помощь пострадавшим, предполагают обязательное соблюдение чередования смен работы и отдыха, предоставление им регулярного горячего питания, обеспечение безопасности, условий для сна. Однако даже при соблюдении этих правил через некоторое время у специалистов, работающих в чрезвычайных ситуациях, возникает ощущение хронической усталости, возможно появление симптомов синдрома выгорания.

Синдром выгорания (*burnout*) возникает при резко завышенной оценке человеком собственных сил, ресурса, приводящей к перенапряжению сил, эмоциональному истощению, симптомам деперсонализации, к острому чувству неудовлетворенности своей деятельностью.

Чаще всего отмечаются следующие проявления синдрома выгорания:

- симптомы астенизации (постоянное чувство усталости, снижение активности);
- появление эмоциональной лабильности;
- преобладание сниженного фона настроения в сочетании с повышенным уровнем тревоги;
- преходящие навязчивости в виде мыслей, фобий, движений;
- нарушение режима сна и бодрствования, трудности засыпания;
- снижение уровня эмпатии, появление раздражения,
- соматические и вегетативные расстройства (неприятные ощущения в области сердца, приступы сердцебиений, колебания артериального давления, головные боли, повышенная потливость, диспептические явления, нарушения менструального цикла у женщин и пр.).

Синдрому выгорания сопутствует формирование профессиональной деформации, имеющей следующие признаки:

- чувство незавершенности сделанного и связанной с этим

вины;

- недовольство собой, переживание своей несостоятельности, соответствующая переоценка своих профессиональных качеств;
- разочарование в своей профессии, чувство безнадежности и бесцельности своей работы вообще;
- возникающие негативные чувства к пострадавшим (раздражение, брезгливости и др.);
- профессионально-работающие механизмы психологической защиты (вытеснение и отрицание).
- раздражительность и немотивированная агрессия, направленная на себя и на окружающих;
- стирание границ между личной и профессиональной жизнью специалиста;
- повышенный суицидальный риск;
- ограничение круга общения;
- проблемы в семье;
- формирование химических и нехимических аддикций.

С целью профилактики формирования профессиональной деформации можно следовать рекомендациям, способствующим уменьшению тревоги, страха и особенностей восприятия дистрессовых событий через изменение трех основных аспектов стрессового реагирования: физиологического, идеаторного и поведенческого. Для этого специалистам можно рекомендовать больше времени проводить с близкими, активнее принимать участие в делах семьи, вместе ездить на природу, ходить на выставки, концерты, спектакли, спектаклей, выставок). Полезно расширение круга общения за счет людей разных профессий, не имеющих отношения к специфике работы в чрезвычайных ситуациях. Мощным ресурсом может стать чтение художественной литературы, просмотр видеофильмов, выявление и развитие собственных творческих способностей, формирование у себя увлечений (хобби), занятия спортом.

По правилам проведения психолого-социальных реабилитационных мероприятий в условиях чрезвычайной ситуации специалисты сами должны периодически получать психологическую помощь

с целью предупреждения формирования профессиональной деформации. Причем проводить её должны коллеги, не участвующие в работе с пострадавшими.

Такая работа может проводиться как индивидуально, так и с группой. При этом специалисты, также как и прочие пострадавшие, часто стремятся избежать психологической помощи. Большинство исследователей отдают предпочтение работе с группой в форме однократного дебрифинга или серии групповых занятий.

Групповые занятия со специалистами могут проводиться в разном формате. Чаще используются краткосрочные (в течение 4-х дней, по две 1,5 часовые сессии в день, с перерывом в 30 минут). Группа должна состоять не более чем из 10 человек. В процессе занятий групповая динамика используется в качестве основного инструмента как исследования, так и проработки психологических проблем, возникших у специалистов в связи с работой в зоне чрезвычайной ситуации. Наибольшей психотерапевтической ценностью при этом обладает групповая поддержка и сплоченность. Обсуждение в группе носит характер “свободно плавающей”, т.е. ничем не ограниченной беседы (так называемая групповая ассоциация). Ведущий не задает тему, не структурирует процесс. При краткосрочной работе возможно проведение, так называемых, «фокусных групп», на которых прорабатывается одна актуальная для всех участников тема, однако, в рамках этой темы группа свободна в своих ассоциациях. В групповом анализе рассказы и описания внешних событий часто рассматриваются как метафоры происходящего “здесь и сейчас”. Задача ведущего – помочь участникам выразить свои чувства, мысли, исследовать неосознаваемый смысл происходящего. С одной стороны, все группы проходят закономерные фазы развития, различающиеся по своей тематике, отношениям, эмоциям, решаемым задачам, с другой стороны, каждая группа развивается по-своему, у каждой – свой, индивидуальный путь, отражающий потребности и проблемы ее участников (Дмитриева Т.В.).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Аверьянов В.В. Психологическая травма как патогенный фак-

- тор развития личности // Психологическая безопасность, устойчивость, психотравма: сборник научных статей по материалам Первого Международного Форума (Санкт-Петербург, 5-7 июня 2006 года) / под общей редакцией И.А. Баевой, Ш. Ионеску, Л.А. Регуш, С.А. Чернышёвой. – СПб.: ООО «Книжный Дом», 2006 – С. 135-136.
2. Дмитриева Т.В. Опыт использования методов групп-анализа для реабилитации специалистов, работавших с пострадавшими в Беслане. – СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа
 3. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с.
 4. Павлова М.В. Экстренная психологическая помощь пострадавшим в результате террористического акта // Психология и психопатология терроризма. Гуманистические стратегии антитеррора. Сб. статей под ред. проф. М.М. Решетникова. – СПб.: ВЕИП, 2004. – С. 219-221.
 5. Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович В.И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – СПб.: Речь, 2004. – 256 с.
 6. Плотникова Е.М. Организация экстренной психологической помощи в зоне чрезвычайной ситуации. Клиническая психология. Итоги. Проблемы. Перспективы. // Сб. материалов Всероссийской конференции. АОУ «Ленинградский государственный университет им. А.С. Пушкина». – СПб.: Айсинг, 2010. – С. 421-424.
 7. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства под ред. Э.Б. Фoa, М.Т. Кина, М.Дж. Фридмана (Е.В. Фoa, Т.М. Keane, M.J. Friedman, 2000). – М.: «Когито-Центр», 2005. – 467 с.
 8. Baumann U., Laireiter A.-R. Individualdiagnostik interpersonalen Beziehungen. // In K. Pavlik & M. Amelang (Hrsg.) Enzyklopadie der Psychologie: Grundlagen und Methoden der Differentiellen Psychologie. – Gottingen: Hogrefe, 1995. – Band. 1, S. 609 –643.
 9. Dobryakov I.V., Nikolskaia I.M. Model of Rehabilitation of PTSD Patients In Beslan // Journal of Czech and Slovak Psychiatry. – Prague, 2008. – Section OC-27. WPA, – Supplementum 2, Volume

104. – P. 739.

10. Filipp S.H. (Hrsg.) Kritische Lebensereignisse. – Weinheim: Belts Psychologie Verlags Union, 1990, (2. Aufl.). – S. 92-103.
11. Freddy J.R., Donkervoet J.C. (1995) Traumatic stress: An overview of the field. – In Freddy J.R. & Hobfoll S.E. (Eds.), Traumatic stress. From theory to practice (pp. 3- 28). New York: Plenum.

Этапы оказания медико-психологической помощи при чрезвычайных ситуациях

Пантелева Л.Ю., Попков М.А.

Экстремальная медико-психологическая помощь или так называемая первичная помощь базируется на нескольких принципах:

1. Своевременность оказания помощи;
2. Адекватность назначения лекарственных препаратов;
3. Физический комфорт и постоянное присутствие помогающего лица.

Своевременность оказания помощи, под данным принципом подразумевается то, что в первые часы после пережитой катастрофы и на последующих этапах оказания медико-психологической помощи пострадавшему должна быть доступна большую часть времени суток. Для этого специалистам необходимо разделиться на три команды, которые периодически должны сменять друг друга (по вахтовому принципу), это позволит избежать эмоционального выгорания у специалистов и сделать помощь более эффективной.

Адекватность назначения лекарственных препаратов, спектр показаний для назначения психотропных препаратов, а именно транквилизаторов должен быть ограничен только случаями, при которых отмечается резкое нарушение поведения, аффективной сферы, которые могут представлять опасность для пострадавшего и окружающих. Все сделанные назначения пострадавшему должны фиксироваться в листе специальной документации для обеспечения

преимущества между командами и службами по оказанию медико-психологической помощи. Копия этого документа должна храниться в личных вещах пациента либо сопровождающего его лица.

Физический комфорт и присутствие помогающего лица, необходимо как можно быстрее переместить пострадавшего в безопасное место, где сухо, тепло, есть одеяла, горячий чай, вода. В помещении (убежище) для пострадавших начинается первичная оценка нужд и потребностей в помощи, которую осуществляет специально обученный человек. Первичный скрининг позволяет выявить среди пострадавших тех, кто остро нуждается в психологической помощи и как можно раньше обеспечить доступ к данной помощи.

Этапы оказания медико-психологической помощи:

I. Диагностика эмоционально-волевой сферы лиц, получивших травмы в результате катастроф и несчастных случаев;

Для диагностики состояния пострадавшего используются следующие методы:

Невербальное наблюдение за реакцией больного во время общения с специалистом, телесными сигналами бессознательных процессов (скрытые эмоции, вытесненные, но актуальные переживания).

Наблюдение за движениями глаз, позволяющее выявить специфику опыта травмы (что видел, слышал, чувствовал пострадавший).

Анализ высказываний помогает зафиксировать личное отношение человека к травме и ее значение.

Проективная рисуночная диагностика проявляет актуальные процессы эмоционально-волевой сферы, позволяет понять насколько травма исказила восприятие себя и окружающего мира, выявить особенности реакции на произошедшее.

II. Элиминация стресса травмы, первичная психологическая реабилитация и психотерапевтическое сопровождение пострадавших;

Для элиминации травматического стресса используются методы, успешно зарекомендовавшие себя в практике:

Эмпатийное слушание. Если человеку необходимо проговорить, эмоционально отреагировать накопившиеся переживания по пово-

ду травмы – использование этого приема помогает пострадавшему почувствовать себя услышанным, легализовать травмирующее переживание, в ответ получить эмоциональную поддержку и принятие со стороны психолога и/или психотерапевта. Последнее необходимо обратившемуся за помощью в качестве средства, снимающего часть внутреннего эмоционального напряжения.

Фиксация травмирующих переживаний в форме рисунка, метафоры, составленной пострадавшим про себя истории - позволяют направить в определенное русло эмоциональную энергию, снизить ее разрушительный потенциал, сделать управляемой и доступной для терапевтического понимания сознания пострадавшего.

Техника ГДД (глазодвигательная десенсибилизация, Шапиро, 1989) позволяет десенсибилизировать память в короткий период времени, изменить отношение к событию и снизить интенсивность воспоминаний о нем. Техника основана на теории Павлова о психотерапевтическом эффекте и на теории невротиков, как дисбалансе процессов возбуждения и торможения. Влияние травматического события возбуждающе по своей природе и вызывает дисбаланс элементов. Ритмические билатеральные движения глаз моделируют фазу быстрых движений глаз во время сна (REM -фаза), что приводит к естественной десенсибилизации памяти. ГД ингибирует фазу возбуждения, с которой связаны симптомы тревоги, что приводит к восстановлению психовегетативного баланса.

Техника ВКД (визуально-кинестетической диссоциации) позволяет качественно изменить восприятие запечатленной травмирующей ситуации. Техника основана на работе с визуальной, аудиальной и кинестетической составляющими системы восприятия человека, а также на методе реимпринта Р. Дилтса. Интенсивность кинестетической составляющей определяет особенности травмирующих переживаний. Посредством изменения модальности систем восприятия ВКД позволяет снять негативный “заряд” событий прошлого, изменить внутренние стереотипы.

III. Психологическая реабилитация, в условиях больницы:

Личностный рефрейминг - метод согласования частей личности, позволяющий утилизировать внутренний конфликт, который типичен для жертв катастроф и несчастных случаев. Этот конфликт по-

рожден оппозиционными друг другу частями личности, например “слабой” и “сильной”, которые постоянно противоборствуют друг с другом за место в сознании. Ликвидация противостояния частей устраняет индуцированное ими внутреннее напряжение. Изменение значения частей личности в ходе рефрейминга помогает перейти от внутренней борьбы к сотрудничеству и личностной целостности.

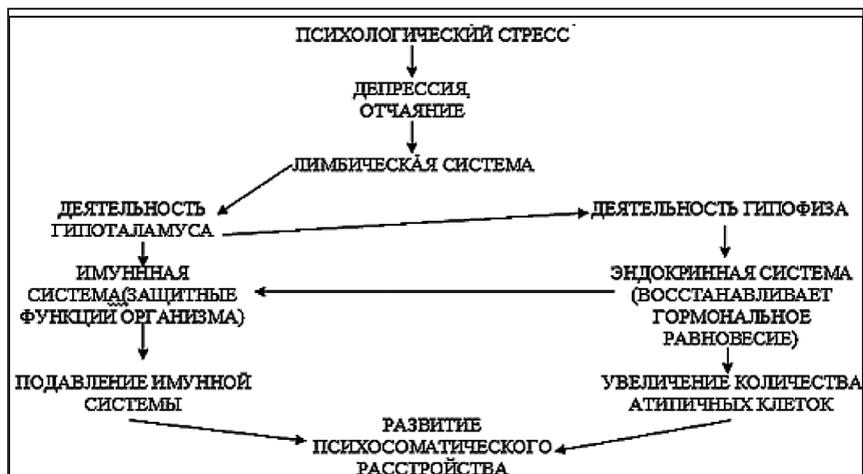
Контекстуальный рефрейминг, с помощью которого изменяется стереотип восприятия происходящего. Изменяется значение событий, произошедших с пациентом. Они видятся иначе, чем прежде, и превращаются в позитивные и адаптивные ресурсы выздоровления. То, что раньше было поводом к личностному бегству, теперь становится поводом к личностному развитию.

Изменение личностной истории позволяет быстро оценить адаптивные поведенческие ресурсы и интегрировать их для достижения личной позитивной цели. Кроме того, объектом изменения являются и представления травмированного о своем будущем – в сторону позитивизма, реализма и повышения значимости. Такой шаг необходим, чтобы избежать типичной для жертв тяжелых травм негативной мотивации к выздоровлению вследствие негативного представления о будущем. Как только травмированный узнает, зачем ему выздоравливать – пребывание в больнице и сам факт лечения становятся факторами, не вызывающими прежний стресс и отторжение.

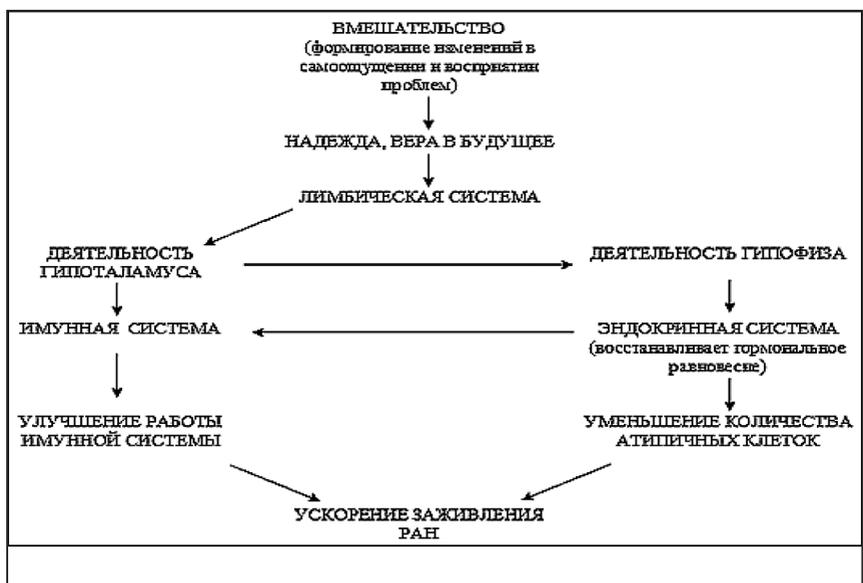
Метафорирование – посредством специально подобранных историй пациент погружается в мир образов и символов, и находит то символическое значение, которое интегрирует внутренние ресурсы, позитивно определяет его “я” как во внутреннем, так и в окружающем мире. Метафорирование прекрасно работает с пациентами, которые отвергают себя и реальность на основании факта травмы, имеют негативную модель мира.

Основные принципы работы Психологической Службы

Творчество, как проявление воли к жизни является источником важных импульсов, образующихся в мозге и стимулирующих гипофиз, а это в свою очередь, воздействует на всю эндокринную систему. Гипофиз выделяет гормоны эндорфины, некоторые из них действуют как наркотические препараты – притупляют или снимают боль. Про-



исходящие в организме под влиянием психических процессов биохимические изменения неоднократно исследовались учеными. Данные лабораторных и клинических исследований подтверждают, что психика человека способна помочь преодолеть болезнь. Сейчас все боль-



ше специалистов-психологов говорят об ответственности больного за свое здоровье, о возможности самому воздействовать на него.

Настроение – это сравнительно продолжительное, устойчивое психическое состояние умеренной интенсивности, которое проявляется как положительный или отрицательный эмоциональный фон психической жизни человека. Для настроения важна не только ситуация, в которой находится человек, но и то, как он к этой ситуации относится. Если специалисту не всегда удается повлиять на ситуацию (хотя во многих случаях такая возможность есть), то на отношение больного к ней влиять можно. Настроение соответствует тому, что думает человек, каковы его мысли.

Не только ход мыслей сказывается на настроении, но и характер текущей деятельности. Именно благодаря своей деятельности можно изменить ситуацию, в которой находится больной. Полезно помочь ему выбрать то, что любит делать, и заниматься этим. Занятие любимым делом повышает качество жизни, способствует здоровью. Творчество, получение удовольствия от самого процесса жизни повышают настроение. Вмешательство психолога помогает привить интерес к таким делам, которые человек в данный момент в состоянии делать. Тем самым сохранив ему движущую силу психики, а значит и здоровья – творчество.

Схема развития соматического заболевания вызванного нервным перенапряжением (стрессом)

Следуя приведенной логике развития заболевания влияющего на скорость заживления травм, была выстроена модель психологического вмешательства с целью ускорения процесса выздоровления:

Психофизиологическая модель ускорения выздоровления

В связи с этим специалисты Психологической Службы используют следующую тактику:

1. Помощь в воздействии на свое здоровье

Осознание и поиск затаенных обид, чувства вины, с целью переосмысления и высвобождения.

2. Поддержка душевного состояния при осознании больным вторичных выгод от болезни

болезнь “дает разрешение” уйти от неприятной ситуации, от сложной проблемы;

она предоставляет возможность получить заботу, любовь, внима-

ние окружающих;

появляются условия для того, чтобы переориентировать необходимую для разрешения проблемы психическую энергию или переосмотреть свое понимание ситуации;

появляется стимул для переоценки себя как личности или изменения привычных стереотипов поведения;

отпадает необходимость соответствовать требованиям, которые предъявляют к вам окружающие и вы сами.

3. Обучение навыкам расслабления, релаксации и визуализации здоровья

Этот процесс приводит к формированию положительных ожиданий и отвлечению от болезненных ощущений.

4. Формирование положительных мысленных образов у пациента
Создание образов-процессов, облегчающих выздоровление.

5. Помощь в преодолении затаенных обид

Затаенная обида оказывает постоянное стрессовое воздействие. Пациент обучается канализации обиды и приемлемому прощению.

6. Постановка целей, формирующих будущее

Цель как смыслообразующий фактор. Создание новых целей в жизни с учетом полученной травмы или болезни.

При невозможности повлиять на такую окружающую ситуацию, используются приемы создания, специальными методами, “философского” взгляда на жизнь, некоторой отстраненности от суеты, что помогает даже в кризисных ситуациях.

Методы психокоррекционной помощи больному позволяют ускорить процесс выздоровления. Одним из важных составляющих психокоррекции, являлось создание позитивного видения будущего и хорошего настроения у больного. Формирование самостоятельного, творческого поиска своего места в жизни.

На состояние больного влияют и отношения с людьми, которые его окружают. К окружающим людям стоит отнести не только близких родственников больного, но и медицинский персонал, который не всегда учитывает эмоциональное состояние пострадавшего.

В результате наблюдений за работой медицинского персонала

больницы выявились некоторые недостатки общения с пострадавшими. Персонал забывает, что перед ними не просто больные, а люди с эмоциональной болью. Поэтому, стоит напомнить что врачу, кроме выдачи таблеток, необходимо еще и повышать настроение пациентам.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Волошин В.М. Хроническое посттравматическое стрессовое расстройство (клинико-терапевтические аспекты): пособие для врачей. М: Анахарсис 2004.

2. Зубова Е.А. Посттравматические стрессовые расстройства у детей и подростков (пострадавших в результате массовых террористических актов): Автореф. дис. канд. мед.наук. М 1998.

3. Международная классификация болезней (10-й пересмотр) (МКБ-10). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. Ст-Петербург: Оверлайд 1994.

4. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии. Под ред. А.А. Крылова, С.А. Маничева. Ст-Петербург: Питер 2000.

Послесловие: свободные ассоциации о пережитом.

Эта книга написана с любовью и сочувствием к людям, пострадавшим физически и душевно. К ним относятся не только непосредственные участники чрезвычайных ситуаций, но и те, кто сопереживал пострадавшим, вбирая весь ужас произошедшего даже тогда, когда пули над головой уже не свистели.

Непривычно было видеть, слышать и чувствовать тишину в Оше, это не было похоже на безопасное спокойствие – обгорелые стены домов, провалившиеся крыши, разруха; особенно напрягали безмолвные улицы - «по ним ходил страх». Была такая ситуация, когда в этой городской тишине раздался грохот (экскаватор сбросил камни для строительства дома) – все жители этого района оставили свои дома и выбежали с детьми на улицу. Возникали образы прошлого (мирного, обычного): разноцветье базаров, национальностей, веселых голосов, ощущение праздника... Настоящее удивляло вопросами: зачем, почему, как могло случиться, кто виноват, как помочь сразу всем, с чего или с кого начинать ...

Затем работа (воображаемое перешло в реальность) - прием, интервью, диагностика, методы, тренинги, рекомендации. Когда захватывает работа, это всегда хорошо, спасительно для себя. Встречаемся с людьми, которых разъединила война, сталкиваемся с разными взгляды, внутренние миры, традиции, симптомы и всегда боль... Встречи с коллегами-психиатрами, которые находились в центре событий, сами подвергались дистрессовым «взрывам» и параллельно оказывали помощь пострадавшим. Они не обращались к нам за помощью, но призыв к помощи был налицо, Из жалоб: страхи за себя, за семью, детей. Не было более благодарных пациентов после психотерапевтических сессий... Многое из полученных рекомендаций и методик врачи сразу начали применять в своей практике.

Отъезд вызывал разные чувства. Это удовлетворение и неудовлетворение проделанной работой, последнее понятно, так как многим пациентам предстояло продолжение лечения, снижение остроты переживания утраты, возвращение к себе... Хорошо бы конфликты (психологические, социальные и др.) отслеживать заранее (как прописано в книге) и предупреждать.

Надеюсь, что читатели будут оценивать эту книгу по тому что в ней есть, а не по тому, что отсутствует. Предлагаемая книга имеет свое лицо - содержит мнение каждого из авторов, она – индивидуальность. Хочется думать, что окажется полезной не только для специалистов нашего региона.

Тамара Алексеевна Нелюбова

5. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Под ред. Д.Я. Райгородского. Самара: Издательский дом БАХРАХ 1998.



6. Руководство по клинической детской и подростковой психиатрии. Пер. с англ. Под ред. К.С. Робсона. М: Медицина 1999.

7. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. Ст-Петербург: Питер 2001.

8. American psychiatric association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4-nd ed. (DSM-IV-TR). Washington, DC: Am Psychiat Association 1994.

9. Giaconia R.M., Reinherz H.Z., Silverman A.B. et al. Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiat 1995; 34: 1369-1380.

10. Goenjian A.K., Pynoos R.S., Steinberg A.M. et al. Psychiatric comorbidity in children after the 1988 earthquake in Armenia. J Am Acad Child Adolesc Psychiat 1995; 34: 1174-1184.

11. Lubit R. Posttraumatic stress disorder in children: Medicine Specialities. Pediatrics. Developmental and Behavioral 2004.

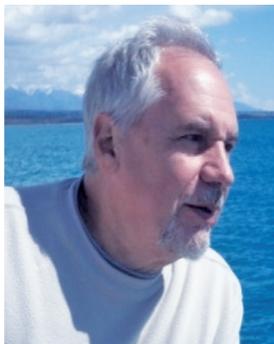


12. Roth S., Newman E., Pelcovitz D. et al. Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse. J Traum Stress 1997; 10: 539-555.

13. Rothbaum B.O., Foa E.B., Riggs D.S. et al. A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. J Traum Stress 1992; 5: 455-475.

14. Yehuda R., McFarlane A. The conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. Am J Psychiat 1995; 152: 1705-1713.

ОБ АВТОРАХ



Назим Агазаде (Баку, Азербайджан)

Врач–психиатр, психотерапевт, доктор медицинских наук, профессор. С 1996 по 2002 был сотрудником UNICEF, с 2003 по 2012 годы работал в ООН (Нью –Йорк) в качестве специалиста по профилактике стресса у сотрудников ООН в Азиатско-Тихоокеанском регионе. Автор трех книг и более 60 статей

по специальности.

Основная сфера интересов в настоящее время – особенности стрессового реагирования, исследование копинг-механизмов во время кризисных ситуаций, психологическое притеснение и насилие, аутоагрессивное поведение, синдромкинез.



Ирина Михайловна Никольская (Санкт-Петербург, Российская Федерация)

Медицинский психолог высшей категории.

Профессор кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова. Доктор психологических наук, профессор.



Сфера интересов: клиническая психология семьи и детства, психологическое консультирование личности и семьи, кризисная психология и психотерапия

Игорь Валерьевич Добряков (Санкт-Петербург, Российская Федерация)



Врач, психолог, кандидат медицинских наук, доцент кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Северо - Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова. Научный руководитель секции «Перинатальная психология, психопатология и психотерапия» общественной организации «Санкт-Петербургское психологическое общество».

Автор более 160 научных и учебно – методических печатных трудов.

Елена Сергеевна Молчанова (Бишкек, Кыргызская Республика)



Врач-психиатр, психотерапевт, кандидат медицинских наук, ассоциированный профессор Американского Университета в Центральной Азии, доцент кафедры медицинской психологии, психиатрии и психотерапии Славянского Университета, научный консультант Кыргызской Психиатрической

Ассоциации. Соавтор двух учебников по кросс-культуральному психологическому консультированию, автор 65 академических статей и трех методических руководств.



Лилия Юрьевна Пантелеева (Бишкек, Кыргызская Республика)

Врач-психиатр, кандидат медицинских наук, доцент кафедры медицинской психологии психиатрии и психотерапии Кыргызско - Российского Славянского Университета, директор общественного объединения «Семья и общество».

Тамара Алексеевна Нелюбова (Бишкек, Кыргызская Республика)

Врач-психиатр, психотерапевт, кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой медицинской психологии, психиатрии и психотерапии Славянского Университета. Более 40 лет лечебного и педагогического стажа.

Сфера научных интересов в настоящее время включает вопросы психологической коррекции пострадавших от чрезвычайных ситуаций.

Михаил Анатольевич Попков (Бишкек, Кыргызская Республика)

Врач-психиатр, старший преподаватель кафедры медицинской психологии психиатрии и психотерапии Кыргызско - Российского Славянского Университета, консультант общественного объединения «Семья и общество»

Нурлан Джакубов (Бишкек, Кыргызская Республика)

Координатор программы «Восток Восток без границ» Фонда «Сорос-Кыргызстан». Проводил координационную работу в рамках проекта «чрезвычайного фонда» по оказанию психосоциальной помощи в пострадавших регионах юга Кыргызстана.