

**Махмудова Фируза Абдуллаевна
Цахаева Анжелика Амировна
Ахмедова Аишат Магомедовна
Магомедова Елена Эрнестовна
Мугадова Сиясат Тимуровна**

ОСНОВЫ ЭКСТРЕННОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Учебно-методическое пособие

Махачкала 2016

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

ФАКУЛЬТЕТ СОЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКИ И ПСИХОЛОГИИ

Кафедра общей и педагогической психологии

Махмудова Фируза Абдуллаевна
Цахаева Анжелика Амировна
Ахмедова Аишат Магомедовна
Магомедова Елена Эрнестовна
Мугадова Сиясат Тимуровна

ОСНОВЫ ЭКСТРЕННОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Учебно-методическое пособие

Махачкала 2016

ББК 88
УДК 159.9
О75

Основы экстренной психологической помощи: Учебно-методическое пособие / Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Дагестанский государственный педагогический университет», 2016. – 80 с.

ББК 88
УДК 159.9
О75

Дисциплина «Основы экстренной психологической помощи» относится к профессиональному циклу (Б1.В.ДВ.15.2.), направление 440302 – Психолого-педагогическое образование, профиль – Психология образования.

При использовании научных идей и материалов этого учебно-методического пособия, ссылки на авторов и издания являются обязательными.

© Авторы статей, 2016

Содержание

1. Пояснительная записка.....	4
2. Тематический план.....	6
3. Лекция 1. Основы экстренной психологической помощи.....	7
4. Лекция 2. Классификация чрезвычайных ситуаций по происхождению.....	29
5. Лекция 3. Задачи экстренной психологической помощи.....	35
6. Лекция 4. Этапы оказания экстренной психологической помощи.....	40
7. Лекция 5. Классификация последовательных фаз или стадий в динамике состояния людей после психотравмирующих ситуаций.....	53
8. Лекция 6. Служба экстренной телефонной социально-психологической помощи населению.....	63
9. Глоссарий.....	70
10. Методические рекомендации по изучаемой литературе	73
11. Рекомендуемая литература.....	76

Пояснительная записка

Дисциплина «Основы экстренной психологической помощи» относится к профессиональному циклу (Б1.В.ДВ.15.2.), направление 440302 – Психолого-педагогическое образование, профиль – Психология образования.

Учебно-методическое пособие составлено с учетом необходимости ознакомления и оказания экстренной первой психологической помощи населению во время различного рода чрезвычайных ситуаций. В рамках учебно-методического пособия рассматривается система краткосрочных мероприятий, направленных на регуляцию актуального психологического, психофизиологического состояния и негативных эмоциональных переживаний человека или группы людей, пострадавших в результате кризисного или чрезвычайного события при помощи профессиональных методов, соответствующих требованиям ситуации.

Учебно-методическое пособие « Основы экстренной психологической помощи» состоит из пояснительной записки, компетенций, формируемых в результате освоения учебной дисциплины, текста лекций по данной дисциплине, глоссария и списка использованной литературы.

Работа с данным учебно-методическим пособием заключается в ознакомлении студентов с понятийно-категориальным научным аппаратом, умением оказать экстренную психологическую помощь в первые моменты после и вовремя чрезвычайного травмирующего события.

Лекционный материал, представленный в данном пособии, позволяет студентам научиться использовать полученные знания при оказании экстренной психологической помощи в чрезвычайных ситуациях. Использование, необходимых при этом методов работы с пострадавшими, учитывая индивидуальные и возрастные особенности каждого человека, также позволяет им узнать, что экстренная психологическая помощь оказывается в случае, когда в результате кризисной ситуации или психотравмирующих событий возникли такие изменения в психической деятельности, которые, вызывая дезадаптацию личности, нарушают функциональное состояние личности, процессы целеполагания и контроля, возможность принятия решений, регуляции эмоционального состояния.

В процессе освоения дисциплины «Основы экстренной психологической помощи» студент формирует и демонстрирует следующие *компетенции*:

(ПК 22) готовностью применять утвержденные стандартные методы и технологии, позволяющие решать диагностические и коррекционно-развивающие задачи.

В результате изучения дисциплины студент должен:

знать: какие существуют утвержденные стандартные методы и технологии, позволяющие решать диагностические и коррекционно-развивающие задачи.

уметь: пользоваться методами и технологиями и решать диагностические и коррекционно-развивающие задачи.

владеть: и применять по ситуации, утвержденные стандартные методы и технологии, позволяющие решать диагностические и коррекционно-развивающие задачи.

(ОПК 12) способностью использовать здоровые берегающие технологии в профессиональной деятельности, учитывать риски и опасности социальной среды и образовательного пространства.

В результате изучения дисциплины студент должен:

знать: здоровые берегающие технологии, используемые в профессиональной деятельности психолога в экстренной психологической помощи

уметь: применять здоровые берегающие технологии в профессиональной деятельности, учитывая при этом риски и опасности социальной среды и образовательного пространства.

владеть: здоровыми берегающими технологиями в профессиональной деятельности.

Курс рассчитан на 72 часа, из которых: лекционных – 10; практических – 18, самостоятельных работ – 44.

Учебно-тематический план.

НАИМЕНОВАНИЕ РАЗДЕЛОВ И ТЕМ КОЛИЧЕСТВО ЧАСОВ ПО РАЗДЕЛАМ					
№		всего	лекции	семинары	Сам.раб.
1	Основы экстренной психологической помощи	12	2	2	8
2	Классификация чрезвычайных ситуаций по происхождению.	14	2	4	8
3	Задачи экстренной психологической помощи	14	2	4	8
4	Этапы оказания экстренной психологической помощи	16	2	4	10
5	Классификация последовательных фаз или стадий в динамике состояния людей после психотравмирующих ситуаций				
6	Служба экстренной телефонной социально-психологической помощи населению	16	2	4	10
	Всего	72	10	18	44

ЛЕКЦИЯ № 1.

Основы экстренной психологической помощи.

1. Модель экстренной психологической помощи.
2. Критерии модели экстренной психологической помощи.
3. Функции и внутригрупповое взаимодействие специалистов службы ЭПП
4. Цели экстренной психологической помощи.
5. Методы экстренной психологической помощи.

Модели относятся к числу основных и наиболее эффективных инструментов науки и практики, так как дают возможность целостного отображения изучаемого явления. В зависимости от задач исследования модель понимается как: 1) описание, схема, изображение некоего процесса, явления или объекта (в данном случае вида профессиональной деятельности); 2) целостная система взаимосвязанных элементов; 3) мини-теория; 4) четкая пошаговая схема действий. Любая потенциально полезная модель включает в себя множество взаимосвязанных элементов [2; 7; 23]. Требования к модели: оптимальность: в модели можно представить только те свойства и отношения, значение которых определяет ход деятельности; наглядность; зависимость от задач; учет закономерностей, социокультурной специфики, психофизиологических и других характеристик. Модели подразделяются на статические, динамические, функциональные и другие.

Под моделью экстренной психологической помощи понимается особая система и основа действий психолога, имеющая свои отличительные особенности. Целью разработки модели экстренной психологической помощи явилось описание ее специфики, которая становится очевидной, если описать критерии данного вида деятельности (кому оказывается помощь, где, в каком случае, когда, каким образом и др.).

Модель экстренной психологической помощи, предлагаемая в данной статье, на первый взгляд, имеет статический вид. Эта модель начинает работать (становится динамической, когда все компоненты системы начинают взаимодействовать) в конкретном случае, т.е. когда известна ситуация, состояние и другие характеристики клиента, задачи и многое другое, определяющее методы диагностики и оказания помощи. Методы психологической помощи зависят от множества факторов как субъективного, так и объективного характера: индивидуально-психологических особенностей, жизненного опыта, состояния личности (или группы), принадлежности к той или иной социальной группе (возрастной, этнокультурной и др.), характера и тяжести события, времени, прошедшего с момента травматического события и многого другого. Это находит свое отражение в том, что раз и навсегда заданного пути организации экстренной психологической помощи нет. С другой стороны, следует

отметить, что в экстремальных ситуациях следует придерживаться четких алгоритмов работы (в данной статье не приводится описание особенностей алгоритма действий в конкретных случаях). Работы, в которых дается описание специфики психологической помощи в конкретном случае (например, в случае определенного вида насилия, потери близкого человека и других психотравмирующих ситуаций), алгоритмов действий с учетом многих характеристик, которые помогают не только оказать действенную помощь, но и сохранить здоровье психолога, описание конкретных методов и результатов оказания этой помощи, представляют большую ценность для науки и практики (хотя нельзя сказать, что их достаточно). Ценность же предлагаемой модели заключается в том, она включает значимый набор компонентов (в статье используется дальше термин «критерии»), что, с одной стороны, усложняет эту модель, с другой, - создает более целостное представление об экстренной психологической помощи.

Критерии модели деятельности специалистов, оказывающих экстренную психологическую помощь

В качестве *критериев* разграничения модели экстренной психологической помощи от других видов психологической помощи используются:

- Понимание, цели экстренной психологической помощи (ЭПП).
- Межведомственное взаимодействие.
- Функции и внутригрупповое взаимодействие специалистов службы ЭПП.
- Контингент (лица, которым оказывается ЭПП).
- Место деятельности специалистов, оказывающих экстренную психологическую помощь.
- Сферы воздействия, проблемы, с которыми работают психологи, оказывающие ЭПП.
- Длительность и частота контакта психолога с клиентом.
- Методы, используемые специалистом.
- Этапы оказания ЭПП.

Описание критериев модели экстренной психологической помощи

Понимание, цели экстренной психологической помощи (ЭПП)

Серьезный вклад в исследование проблемы экстренной психологической помощи внесли специалисты, чья профессиональная деятельность связана с оказанием помощи в условиях ЧС, пострадавшим в ЧС, лицам в кризисных ситуациях и, в более широком контексте, лицам, пережившим психотравмирующие события.

Экстренная психологическая помощь оказывается в случае, когда в результате кризисной ситуации или психотравмирующих событий возникли такие изменения в психической деятельности, которые, вызывая дезадаптацию личности, нарушают функциональное состояние личности, процессы целеполагания и контроля, возможность принятия решений, регуляции эмоционального состояния.

Под *экстренной психологической помощью* понимается система краткосрочных мероприятий, направленных на регуляцию актуального психологического, психофизиологического состояния и негативных эмоциональных переживаний человека или группы людей, пострадавших в результате кризисного или чрезвычайного события при помощи профессиональных методов, соответствующих требованиям ситуации [ЦЭПП МЧС РФ, 25]. Основными целями кризисного вмешательства являются стабилизация состояния пострадавших, снятие или уменьшение острых симптомов дистресса и восстановление независимого функционирования [Федунина Н.Ю., 31].

К необходимости привлечения психологов в ЧС с целью оказания экстренной психологической помощи приходили постепенно. Процессу становления и развития служб экстренной психологической помощи посвящена статья Н.Ю. Федуниной, в которой приводится результат обзора и анализа зарубежной литературы по данной проблеме [31]. Трагические события массового масштаба привели к осознанию позитивной роли психологов в предотвращении и снижении негативных последствий ЧС для психического здоровья людей, переживших такие катастрофы. Так, Л. Крок, указывая на необходимость организации службы ранней психологической помощи, отмечает, что пострадавшие, получившие психологическую помощь на ранних этапах непосредственно на месте события, значительно меньше страдают от психических осложнений [10].

Принципы оказания специализированной помощи при ЧС отражены в документе, определяющем порядок межведомственного взаимодействия при оказании специализированной психотерапевтической, психологической и психиатрической помощи при ЧС [22]. Это принципы: 1) неотложности; 2) предвидения дальнейшего развития расстройств (патогенетический принцип); 3) пролонгированности специализированной помощи; 4) этапности и преемственности; 5) ведомственной компетенции и межведомственной координации; 6) целесообразности; 7) территориальности; 8) очередности оповещения; 9) предупреждения негативных последствий для качества специализированной помощи из-за стрессовых расстройств и заболеваний среди специалистов, оказывающих помощь.

Следует учитывать, что в чрезвычайных и кризисных ситуациях пострадавшие и их близкие остро нуждаются в информационной, социальной, медицинской и других видах помощи. Комплексный подход при оказании помощи обеспечивает восстановление докризисного уровня функционального состоя-

ния человека, способность к адекватному восприятию реальной действительности и поведению в данных условиях, предотвращение возникновения психосоматических заболеваний и психических расстройств.

Межведомственное взаимодействие

Если говорить об оказании ЭПП в ЧС, то с учетом характера и степени тяжести поражения пострадавших определена очередность подключения различных специалистов к оказанию помощи в г. Москве [22]. В первую очередь начинают работать *специалисты органов внутренних дел, ГО и ЧС*. Их действия направлены на установление правопорядка, спасение людей, предупреждение развития факторов ЧС и их дальнейшего воздействия на пострадавших. К оказанию медицинской помощи подключаются врачи (*Департамент здравоохранения г. Москвы*). *Департамент социальной защиты населения г. Москвы* решает вопросы социального плана. В случае угрозы психическому и психологическому здоровью пострадавшего подключаются психотерапевты и психологи *МЧС, Департамента здравоохранения, Департамента семейной и молодежной политики, Департамента образования г. Москвы*.

В системе Департамента образования г. Москвы Служба ЭПП включает в себя: Школьные бригады специалистов экстренной помощи (антикризисные бригады); Антикризисные и реабилитационные подразделения на базе окружных и районных Центров психолого-медико-социальной помощи; Центр экстренной психологической помощи МГППУ; Научно-практический центр «Психология экстремальных ситуаций» (ныне лаборатория «Психологическая безопасность образовательной среды и психологическое обеспечение деятельности в экстремальных ситуациях») Психологического института Российской Академии образования [5].

Функции и внутригрупповое взаимодействие специалистов службы ЭПП

Бригада специалистов, оказывающих экстренную психологическую помощь в сложной ситуации, должна представлять относительно устойчивый коллектив взаимодополняющих друг друга единомышленников, прошедших соответствующую профессиональную подготовку. В состав бригады должны входить психологи и врачи. Она должна быть представлена мужчинами и женщинами. Число бригад и количество специалистов должно определяться с учетом ситуации и возможных реакций, требующих неотложного одновременного психологического вмешательства. Число бригад должно быть достаточным для обеспечения сменного графика работы [Бойко Ю.П., 4; Довженко Т.В., 9; Храмельшвили В.В., 36].

Специалисты служб ЭПП выделили, систематизировали и описали направления деятельности бригад экстренной психологической помощи [Никитина Т.Н., 19; Ляшенко А.И., Тиунов С.В., Шатило В.Н., 13]. Направления работы и согласование функций: 1) Организация работ: принятие решения

(совместно с руководством) о выезде, о составе группы, графике работы, координации деятельности специалистов, организации работы Телефона доверия в ситуации ЧС; 2) Оказание экстренной психологической помощи людям, пострадавшим в результате события: консультации родственников, а также лиц, на которых событие оказало косвенное воздействие психотравмирующего характера; 3) Диагностика состояний специалистов, рекомендации, оказание необходимой психологической и психотерапевтической помощи; 4) Обобщение и анализ информации, полученной в ходе работ по оказанию экстренной психологической помощи, прогнозирование возникновения у населения отсроченных стрессовых реакций, а также информирование местных специалистов относительно стратегий и способов дальнейшей работы с пострадавшими [13, 19].

Следует отметить, что направления деятельности и, соответственно, функции будут отличаться в зависимости от специфики, обусловленной ведомственной принадлежностью службы, ее целей, задач.

Контингент (лица, которым оказывается ЭПП)

Как уже было отмечено ранее, экстренная психологическая помощь оказывается в случае, когда в результате кризисной ситуации или психотравмирующих событий возникли такие изменения в психической деятельности, которые, вызывая дезадаптацию личности, нарушают функциональное состояние личности, процессы целеполагания и контроля, возможность принятия решений, регуляции эмоционального состояния. Экстренная психологическая помощь лицам, у которых произошли нарушения такого типа, позволяет стабилизировать состояние пострадавших, снять или уменьшить острые симптомы дистресса, восстановить функциональное состояние, способность регуляции эмоционального состояния и поведения.

В ситуации ЧС экстренная психологическая помощь оказывается [22]:

- лицам, непосредственно пострадавшим при нештатных и чрезвычайных ситуациях, в том числе раненым и больным;
- родным и близким пострадавших и населению, находящемуся непосредственно в зоне нештатных и чрезвычайных ситуаций или вне нее;
- очевидцам события, которые также могут получить психологическую травму;
- сотрудникам служб, осуществляющим в зоне нештатных и чрезвычайных ситуаций спасательные и иные работы; медицинским работникам, оказывающим помощь пострадавшим как в зоне нештатных и чрезвычайных ситуаций, так и в лечебных учреждениях; сотрудникам социальных и психологических служб, участвующим в устранении последствий чрезвычайных ситуаций;
- лицам, не находившимся в зоне нештатных и чрезвычайных ситуаций и не занятым в оказании помощи пострадавшим, у которых развились те

или иные отклонения в состоянии психического здоровья и поведении в связи с воздействием стрессовых факторов, обусловленных информацией о ситуации (получена так называемая «вторичная травматизация»), или обострились ранее существовавшие психические расстройства, актуализировались травмы, полученные ранее.

Необходимо выявить *группу риска*, к которой М.А. Крюкова [11] отнесла: людей, находящихся в состоянии шока, ступора; людей, у которых нет родственников, которые могли бы оказывать им поддержку; родителей, потерявших детей; людей, которые ищут своих родственников, при этом есть веские основания полагать, что они могут быть в числе погибших, людей, потерявших близкого и при этом страдающих серьезными заболеваниями, которые в сложившихся обстоятельствах могут вызвать приступ (сердечные и психосоматические заболевания).

Также следует выделить группу ресурсных людей, на которых можно опираться в дальнейшей работе. К ним относятся лица, которые способны в экстремальной ситуации оценивать и контролировать ситуацию, оказывать посильную поддержку пострадавшим и, таким образом, транслировать возможность и необходимость управления своим поведением в крайне сложных условиях.

Особое внимание следует уделять внимание детям, чья жизнедеятельность, вследствие трудных, кризисных ситуаций, нарушена. В соответствии с Федеральным Законом «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» комплексная помощь, в том числе психологическая, должна быть оказана ребенку (до 18 лет), оказавшемуся в трудной жизненной ситуации (детям, оставшимся без попечения родителей; детям - жертвам вооруженных и межнациональных конфликтов, экологических и техногенных катастроф, стихийных бедствий; детям из семей беженцев и вынужденных переселенцев; детям, оказавшимся в экстремальных условиях; детям - жертвам насилия; детям, жизнедеятельность которых объективно нарушена в результате сложившихся обстоятельств и которые не могут преодолеть данные обстоятельства самостоятельно или с помощью семьи и др.) [30].

Место деятельности специалистов, оказывающих экстренную психологическую помощь

В документе «Порядок межведомственного взаимодействия при оказании специализированной психотерапевтической, психологической и психиатрической помощи при ЧС в городе Москве» дается перечисление мест деятельности специалистов, оказывающих экстренную психологическую помощь при ЧС: в зоне ЧС (внутри кольца оцепления, здесь работают сотрудники МЧС); в местах, непосредственно прилегающих к территории ЧС (в т.ч. временные и мобильные пункты помощи, места сбора родных и близких пострадавших), места траурных и следственных мероприятий; в помещениях учреждений социальной защиты и других, выделенных для обслуживания

пострадавших и членов их семей после ликвидации ЧС; в штабах по ликвидации ЧС и их оперативных отделах; в учреждениях и подразделениях участников специализированной помощи (по месту постоянной деятельности); телефон доверия, горячая линия [22]. В этом же документе указываются более конкретно зоны, в которых работают психологи и психотерапевты тех или иных ведомств. Позже должна проводиться работа по оказанию пролонгированной психологической помощи и реабилитации.

Специалисты службы ЭПП образовательной системы также организуют и оказывают экстренную психологическую помощь в случае возникновения кризисных ситуаций в образовательных учреждениях.

Сферы воздействия (мишень воздействия), проблемы, с которыми работают психологи, оказывающие ЭПП

Экстремальные, кризисные, чрезвычайные ситуации вызывают изменения в когнитивной, эмоциональной, поведенческих сферах психики человека.

Так, в *когнитивной сфере* на уровне процессов наблюдаются изменения (нарушение ощущений, внимания, мышления, памяти и, как следствие, восприятия), а также нарушение процессов принятия решения, контроля, регуляции состояний.

Меняется состояние человека. *Эмоциональная сфера* характеризуется такими проявлениями, как: тревога; страх, крайним выражением которого является ужас; паническое состояние; необоснованная агрессия; гнев; чувство вины; тоска, подавленность, апатия. Вследствие нарушения чувства безопасности, теряется доверие к людям и, в целом, к миру.

Возникают *соматовегетативные нарушения*: нарушение сна, аппетита, снижение веса (или повышение), энергетического тонуса, наблюдается побледнение или покраснение лица, усиливается потоотделение, появляется напряжение в мышцах, тремор, дрожь, либо наоборот, вялость.

В *конативной (поведенческой) сфере* часто наблюдается дезорганизация поведения, заключающаяся либо в потере контроля, целенаправленности поведения, что выражается в бесцельной активности, либо же в пассивности (реакции замирания). Если же говорить о характере взаимодействия, общения, взаимоотношений в целом, то в этих сферах наблюдается агрессивное поведение (не всегда обоснованное), конфликты, поиск виновных, отчуждение.

В случаях объединения пострадавших людей в малые или большие группы, при определенном стечении обстоятельств, могут возникнуть массовые психические явления – заражение, паника, слухи. Для того чтобы управлять этими явлениями, специалист, оказывающий помощь в экстремальных условиях, должен владеть хорошими знаниями во всех областях психологии, в том числе, в области социальной, возрастной, экстремальной психологии, психологии труда, психиатрии и др.

Психологу, оказывающему ЭПП, необходимо распознавать проявления и знать динамику острого стрессового расстройства, которое может развиваться

в ответ на травматическое событие, посттравматического стрессового расстройства, расстройства адаптации и других симптомокомплексов, выделенных в группу психогений [МКБ-10, 15].

Время, прошедшее с момента события, длительность и частота контакта психолога с клиентом

- Первичный период (во время события и ближайший период после него) - работа с первичными дезадаптивными реакциями. ЭПП оказывается по мере необходимости в период работы бригады психологов с пострадавшим. По частоте помощь может варьироваться от разовой и кратковременной до систематической или даже, в случае необходимости, непрерывной (например, до снятия неопределенности ситуации, связанной с вероятностью гибели близкого человека, и после, если она подтверждается).
- Пролонгированный период (спустя некоторое время, например, спустя месяцы, годы) - работа с травмой, с отсроченными дезадаптивными реакциями. Психологическая помощь в данном случае осуществляется пошагово, имеет более длительный, пролонгированный характер.

Методы, используемые специалистом

Используемые методы психологической помощи людям, пережившим психотравмирующее событие, зависят от времени, прошедшего с момента травматического события, от реакции человека на него (которая, в свою очередь, зависит от ряда объективных и субъективных факторов), от ситуации, развивающейся после события, от характеристик самого психолога (его методологических предпочтений), от организационных моментов.

Возьмем за основу время, прошедшее с момента травматического события и рассмотрим методы оказания психологической помощи. По фактору времени, прошедшего с момента трагического события **методы**, используемые для оказания психологической помощи лицам, пережившим психотравмирующие события, условно можно разделить на группы: 1) во время события и в ближайшее время после него (работа с первичными дезадаптивными реакциями на событие); 2) на отдаленных этапах (работа с травмой).

Методы психологической помощи лицам, пережившим психотравмирующие события (по фактору времени, прошедшего с момента трагического события)

1. Во время события и в ближайшее время после него:
 - экстренная психологическая помощь;
 - психологическое сопровождение: эмоциональная поддержка
 - направление (ведение), управление;
 - информирование;

- психологическое вмешательство (интервенция);
- выявление негативных социально-психологических механизмов (психическое заражение, паника, слухи) и управление ими (нейтрализация);
- психологический дебрифинг;
- психическая регуляция и саморегуляция (ПСР) – может использоваться также до и после деятельности в экстремальных условиях.

1. На отдаленных этапах (работа с травмой):

Классические методы и на основе синтеза классических:

- когнитивно-бихевиореальная терапия;
- психодинамическая терапия;
- игровая терапия;
- арттерапия;
- использование метафор, историй, сказок;
- телесно-ориентированная терапия;
- гештальттерапия;
- психодрамма;
- терапия внушения (гипноз и его варианты – используется врачами);
- гуманистически-экзистенциальная терапия;
- нейролингвистический подход;
- и другие.

1) Виды экстренной психологической помощи **во время события и в ближайшее время после него**: экстренная «допсихологическая» помощь, психологическое сопровождение, эмоциональная поддержка; направление (ведение), управление; информирование; психологическое вмешательство (интервенция); выявление негативных социально-психологических механизмов (психическое заражение, паника, слухи) и управление ими (нейтрализация).

В первые часы и дни после события люди остро нуждаются в социальной, информационной помощи. Основные рекомендации по оказанию помощи в этот период времени заключаются в обеспечении возможности удовлетворения физических нужд, безопасности, восстановлении контакта с близкими, в обеспечении необходимой и достаточной информацией о значимой ситуации и дальнейших действиях, а также о реакциях, возникающих в ответ на тяжелые события, «нормализации» реакций, рекомендациях не смотреть телевизионные передачи, в излишних подробностях освещающих события, в оказании помощи в принятии решений [Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., 34].

Раскроем виды помощи, способствующие нормализации реакций:

Приемы экстренной «допсихологической» помощи (в том числе и самопомощи) при состояниях страха, тревоги, плаче, чувстве вины, гнев, неконтролируемой дрожи, двигательного возбуждения описаны в работах специалистов МЧС России [см. 25]. Психологическое сопровождение; направление (ведение), управление; информирование; поддержка.

Зачастую ЭПП предполагает такой вид профессиональной деятельности, как ***психологическое сопровождение, эмоциональная поддержка*** (описано в

работах Битяновой М.Р., Деркача А.А., Никитиной Т.Н., Осуховой Н.Г., Слюсарева Ю.В. и др.). Психологическое сопровождение, эмоциональная поддержка человека, пережившего психотравмирующее событие, представляет один из основных видов психологической помощи в сложный для человека период, когда боль от пережитого становится непереносимой. Сопровождающий временно находится рядом с пострадавшим, обеспечивает безопасность, необходимую и достаточную поддержку личности в трудных жизненных ситуациях [20]. Такое понимание психологического сопровождения говорит о воздействии в большей степени на эмоциональную сферу, благодаря чему восстанавливаются когнитивные процессы и происходит регуляция поведения. Однако в более широком контексте психологическое сопровождение включает также ведение и информирование. Разведем эти понятия для того, чтобы учесть различные, взаимосвязанные между собой, сферы воздействия (когнитивная, эмоциональная, поведенческая).

Ведение и информирование. Внезапное психотравмирующее событие вызывает изменения на когнитивном, эмоциональном, поведенческом уровне. В экстремальной, значимой ситуации, усугубляющейся дефицитом времени, недостатком или противоречивостью информации, человеку трудно принять разумное решение, он дезориентирован. В этом случае желательно, чтобы рядом с ним находились люди, способные в этот короткий период времени оценить ситуацию, предвосхитить последствия принимаемых им решений, действий (осуществить текущий и опережающий контроль). Целью ведения и информирования является в короткий период времени помочь ему предпринять своевременные адекватные действия. Метафорически этот вид помощи можно описать как такие действия: «развернуть в определенном направлении, показать искомую им дорогу, предостеречь от препятствий». Ведение предполагает воздействие в большей степени на поведенческий компонент, информирование на когнитивный (получение необходимой и достаточной значимой информации). Поведение клиента при данном виде помощи может быть ближе к автоматическому. Далее, с течением времени, в связи получением необходимой информации, результативностью действий, приходит ощущение совладания с возникающими задачами, нормализация эмоционального состояния, поведение становится более целенаправленным, осознанным, адаптивным (соответствующим ситуации).

Психологическое вмешательство (интервенция) направлено в большей степени на коррекцию состояния, и, как следствие, - поведения. Кризисные ситуации зачастую требуют от человека срочного решения возникших проблем (внезапных или затянувшихся настолько, что привели к кризису). Однако не всегда есть силы и ресурсы для совладания с трудной жизненной ситуацией. Психологическое вмешательство (в случае необходимости, экстренно) можно осуществить, используя методы психологического воздействия, приемы, техники из психотерапевтических подходов.

Кризисное вмешательство. С одной стороны, в случае психологической помощи, психологическое вмешательство более широкий термин, чем

кризисное, с другой, - уже. Кризисное вмешательство определяется как экстренная и неотложная психологическая помощь, направленная на возвращение пострадавшего к адаптивному уровню функционирования, снижение негативного воздействия травматического события, предотвращение психопатологии (Everly & Mitchell, 1999). Кризисная интервенция направлена на то, чтобы сделать возможным работу над проблемой, нахождение клиентом желательного и адекватного для себя варианта исхода кризисной ситуации. Решение многих проблем невозможно решить быстро, поэтому важно выбрать направление действий и начать их осуществлять.

Термины «психологическая интервенция» и «кризисное вмешательство» (кризисная интервенция) в случае наличия события психотравмирующего характера, объединяет общая задача, заключающаяся в коррекции состояния, вызванного травматическим событием (или кризисной ситуацией). Следует стремиться к тому, чтобы клиент смог обрести контроль над ситуацией, обратиться к своим ресурсам (внутренним и внешним).

В случае чрезвычайной ситуации, внезапно возникшей трагедии, невозможна работа в рамках только одного психологического направления. В кризисной ситуации, в случае кризисного состояния, специалист, который практикует только традиционную психотерапию, не отвечает требованиям, предъявляемым к специалистам по кризисному вмешательству (одного подхода бывает недостаточно) [Хоф Л., 35]. Специалист, работающий в определенном подходе, используя техники из других направлений, увеличивает возможности в работе с клиентом.

В случае психологической интервенции, кризисного вмешательства используются не только техники разных психотерапевтических направлений, но и совсем иные отношения в системе «психолог-клиент». Зачастую люди, нуждающиеся в экстренной психологической помощи, за ней не обращаются. Установление контакта, доверия возможно тем больше, чем больше теплоты, неформальности в отношениях, исходящих от психолога. Однако даже здесь позиция психолога может варьировать от недирективной до директивной, с учетом ситуации, состояния и установок клиента.

Следует отметить, что психологические интервенции и кризисное вмешательство также используются не только в период, приближенный к травматическому событию, но и на более отдаленных этапах.

Остановимся на других формах психологической помощи лицам, пережившим травматические события, *через некоторый промежуток времени (ближайшее время после события)*. Так, психологический дебрифинг можно рассматривать как один из способов кризисной интервенции.

Психологический дебрифинг – групповая форма работы по отреагированию, переработке и минимизации последствий чрезвычайных и экстремальных ситуаций. Развитие техники дебрифинга связывают с именами Дж. Митчелла (США) и А. Дирегрова (Норвегия). Его желательно проводить через 24-72 часа после травматического события (его могут проводить и не психологи).

Суть этого метод изложен в работах психологов Ф. Паркинсона, Н.Г. Осуховой, Л.В. Трубициной, Н.Ю. Федуниной, О.И. Шех, Е.М. Черепановой и др. Во время обсуждения происходит осознание, эмоциональное отреагирование, а также переструктурирование происшедших событий в жизненный опыт. Во время совместного обсуждения образуется «общий фонд памяти», из которого каждый черпает недостающую информацию. Чувства, высказанные одним членом группы, находят отражение у других, пробуждают новые. Все это объединяет, сплачивает группу, что и дает возможность лучшего понимания происшедших событий, осознания, отреагирования, принятия своих чувств, со- владания с ситуацией.

Психическая регуляция и саморегуляция (ПСР). В экстремальных, травмирующих ситуациях резко повышается уровень тревоги, возникает мышечное напряжение (зачастую плохо осознаваемое), вызывающее боли в различных частях тела, нарушение дыхания. Тревога сигнализирует о том, что нарушен баланс между индивидом и средой и служит началом адаптационного процесса. Однако в экстремальных и чрезвычайных ситуациях нарастающая тревога может быть настолько ярко выражена, что блокируются познавательные процессы, процессы принятия решения, контроля своего поведения, наблюдаются эмоциональные нарушения и неадекватность в поведении человека. Происходят изменения и на психофизиологическом уровне. В этом случае могут быть эффективны методы саморегуляции, направленные на снижение напряженности, тревоги.

ПСР представляет собой процесс самоуправления, самовоздействия субъекта на свое функциональное состояние и поведение [3]. Теоретическое обоснование различных аспектов проблемы психической саморегуляции, описание различных методических приемов ее проведения можно найти в работах В.М. Бехтерева, Х.М. Алиева, В.А. Бодрова, Г.С. Беляева, Л.П. Гримак, Л.Г. Дикой, Э. Джекобсона, А.Б. Леоновой, И.А. Копыловой, А.С. Кузнецовой, Х. Линдемманна, В.С. Лобзина, В.И. Медведева, И.Г. Шульца и др. В.А. Бодров пишет, что ПСР является эффективным методом: а) снижения чрезмерно выраженной нервно-психической напряженности и эмоциональных переживаний в связи с развитием стресса; б) ускорения процесса восстановления функционального состояния при выраженной психоневротической симптоматике (нарушение сна, высокий уровень тревожности и эмоционального возбуждения, депрессивное состояние и др.); в) повышения эмоциональной и психофизиологической устойчивости организма и психики к воздействию стресс-факторов; г) развития физиологических, личностных, поведенческих ресурсов человека; д) формирования функциональной готовности к адекватному реагированию на экстремальные условия среды и чувства уверенности в успешном преодолении стресса [3].

В.А. Бодров выделяет следующие приемы ПСР: 1) формирование начальных навыков самоконтроля, управление мышечным тонусом и ритмом дыхания, самоконтроль, регуляция внимания и т.д.; 2) аутогенная тренировка

(приемы самовнушения для достижения глубоких степеней аутогенного погружения и реализации самоуправляющих воздействий); 3) медитация 4) десенсибилизация (снижение крайней степени тревоги и специфических страхов (фобий); 5) когнитивное реструктурирование (изменение способов мышления для повышения самооценки, самоутверждения); 6) метод биологической обратной связи (регуляции функционального состояния путем контроля и самоуправления его физиологическими и психофизиологическими параметрами [3]. Эти приемы используются не только после травматических событий при развитии стресса, но и до событий. В особенности ими необходимо овладевать лицам, чья профессиональная деятельность осуществляется в экстремальных условиях.

Для коррекции стресса также используются внешние воздействия с использованием рефлексотерапии, музыки, библио-, аромато-, ландшафтотерапии, электрофизиологической, фармакологической, физиолого-гигиенической, физиологической регуляции (массаж, баня, душ) [3]. Впрочем, каждый человек интуитивно прибегает к «своим» способам, позволяющим ему расслабиться (прослушивание музыки, душ, активный или пассивный отдых с переключением внимания и др.)

2) Цели и методы психологической помощи на отдаленных этапах (работа с травмой)

Как отмечает Л.В. Трубицина, целями психологической помощи на отдаленных этапах являются: 1) при осложнениях – возвращение к нормальному процессу переживания травмы и горя; 2) психологическая коррекция возникших в процессе переживания травмы посттравматических расстройств (ПТСР, фобий, реактивной депрессии, психосоматических нарушений, потери смысла жизни и т.д.) [30].

В данном случае психологическая помощь осуществляется с использованием различных подходов. Среди них выделяются такие классические методы, как: бихевиоральная (поведенческая) терапия, рациональная (когнитивная) психотерапия, гештальт-терапия, психодинамическая терапия, терапия внушением (гипноз и его варианты).

Синтез методов порождает новые подходы и техники: когнитивно-бихевиоральный подход, гуманистически-экзистенциальная психотерапия, интегративная (мультимодальная) психотерапия, телесно-ориентированная терапия, нейро-лингвистический подход, арттерапия, игровая терапия. Выявлены случаи распространения травмы между поколениями, в связи с чем эффективным является системный подход. Известен также метод (скорее, техника) Десенсибилизации и переработки (травм) движениями глаз (ДПДГ), а также многие другие методы и техники.

Рассмотрим некоторые из них в связи с работой с хронической травмой.

Когнитивно-бихевиоральная психотерапия. А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гараян выделяют три блока когнитивно-бихевиоральных подходов, существующих в настоящее время: 1) *Методы, более близкие классическому бихевиоризму и основанные преимущественно на теории научения* (Павлов И.П.,

Бандура А., Уотсон Дж., Вольпе Д. и др.). В данном случае используются техники систематической десенситизации (десенсибилизации), конфронтации, парадоксальная интенция, техники положительного и отрицательного подкрепления, моделирования поведения, эмоционально-стрессовая психотерапия Рожнова; 2) *Методы, основанные преимущественно на теории информации*, использующие принципы поэтапного построения внутренних моделей для переработки информации и регуляции поведения на их основе. Сюда относятся различные техники решения проблем (Zurilla, 1988) и техники формирования навыков совладания (Rerun, Rokke, 1988); 3) *Методы, основанные на интеграции принципов теории научения и теории информации*, а также принципов реконструкции дисфункциональных когнитивных процессов и некоторых принципов динамической психотерапии (рационально-эмотивная психотерапия А. Эллиса и когнитивная психотерапия А. Бека), подходы В. Гвидано (Guidano, 1988) и Г. Лиотти (Liotti, 1988), а также М. Махони (Machoney, 1993). Эти интегративные когнитивно-бихевиоральные подходы, используя техники первых двух блоков, ставят в качестве главной задачи изменение дисфункциональных способов мышления, которые, по мнению авторов, являются источником неадекватного поведения. При этом внимание уделяется прошлому опыту, в котором сформировались представления, верования и установки, обуславливающие поток дисфункциональных (например, тревожных или депрессивных) мыслей [Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., 33 стр. 226]. А. Лазарус, разработчик краткосрочной мультимодальной психотерапии, заимствуя в работе техники из различных направлений, остается, все же, в рамках социальной и когнитивной теории научения. Он отмечает, что можно использовать техники различных школ, оставаясь в рамках одной теории [12]. По прошествии времени, при дальнейшей работе с травмой, когнитивно-бихевиоральный подход является одним из ведущих.

Психодинамическая терапия. Психодинамическая терапия опирается большей частью на психоанализ, главной особенностью которого является выявление взаимосвязи невротических симптомов с наличием травматического социального опыта в прошлом, в основном, в детском возрасте во взаимоотношениях с родителями, при взаимодействии с социумом (З. Фрейд, К. Юнг, А. Адлер, К. Хорни, Д.В. Винникотт и др.). Понимание травмы в психоанализе можно найти у классиков, а также, например, в работе Д. Калшеда [9] и др. Особое внимание в работе с клиентом уделяется сопротивлению, механизмам психологической защиты, переносу, контрпереносу, возникновению и постепенное преодоление которых и дает толчок к динамическому развитию (как в системе «терапевт-клиент», так и для самого клиента). Большое значение в осознании имеет анализ сновидений, ошибок, ситуаций, связанных с забыванием и др.

При столкновении с тяжелыми переживаниями психика мобилизует свои защиты, которые могут быть как адаптивными, так и патологическими (также защищающие психику от невыносимых переживаний, связанных с

травмой, но уводящие от реальности). С психодинамической точки зрения посттравматический симптом представляет собой не просто изъясн, а адаптивную попытку справиться с травмой.

О некоторых событиях человек может начать говорить, пересматривать их только по прошествии времени, спустя десятилетия после их окончания. К ним относятся, например, Первая и затем, Вторая Мировая войны, которые отразились не только на тех, кто их пережил (участников и их родственников, близких), но и на последующих поколениях. Психоанализ используется также в случае трансгенерационной передачи травмы.

В работе с травмой применяется не только длительная, но и краткосрочная (Краткосрочная психодинамическая терапия стрессового синдрома, М. Хоровитц), а также экспрессивная и поддерживающая психодинамическая психотерапия. Среди специалистов, работающих в русле психодинамического подхода с людьми, пережившими военные и другие травматические события, можно выделить таких как Д. Боулби, Дж. Линди, Дж. Гермэн, Л. Шенголд, А. Шутценбергер, Х.С. Кадлер, А.С. Блэнк, Дж.Л. Крапник и многих других

Рассмотрим теперь другие методы работы с людьми, пережившими психотравмирующие события. Хорошо работают *игры, арттерапия, метафоры* (при работе с детьми они являются основными).

Игры. Игра является эффективным инструментом для работы с детьми, пережившими психотравмирующие события, такие, как: сепарация, потеря (развод или смерть) родителей, ревность к младшим братьям сестрам, насилие, испуг и др., последствиями которых явились эмоциональные нарушения в форме тревоги, страха, агрессии, потери интереса к жизни и др. Описание использования игры с целью диагностики и психокоррекции при работе с травмой можно найти в работах М. Кляйн, Дж. Тафт, Ф. Аллена, Г. Лэндрета, Л.Е. Хоумаер, П. Вебб, Д.М. Леви, А.И. Захарова, И.В. Добрякова и др.

Самым лучшим учителем в том, каким образом организовывать игру, является сам ребенок. Психолог создает безопасные условия для актуализации и отреагирования травматических переживаний в ходе игры. Ребенок, управляя разыгрываемым им драматическим сценарием, обнаруживает в себе силы, ресурсы, позволяющие ему уже в процессе игры выйти на уровень совладания с проблемной ситуацией, обретает чувство контроля, которое он переносит в реальный мир. Игра является экологичной как для ребенка, так и для психолога. Игра с целью психокоррекции используется не только при работе с детьми, но и со взрослыми (в групповой психотерапии, социально-психологическом тренинге). Кроме того, участие в игре способствует снижению напряженности, тревоги, способствует преодолению барьеров в общении.

Арттерапия. Арттерапия – это направление в психотерапии, психокоррекции и реабилитации, основанное на занятиях клиентов (пациентов) изобразительным творчеством, форма психологического воздействия при помощи художественного творчества. Рассматривается как одно из ответвлений психотерапии искусством, наряду с музыкальной терапией, драматерапией, тан-

цедвигательной терапией. Арттерапевтическое направление как средство работы с травмой описано в работах S.L. Brooke, P.M. Carozza, C.L. Heirsteiner, M.M. Nagood, G. Hurlbut, **Дж. Мерфи**, А.И. Копытина и др. Изобразительную работу, также как использование игры, можно рассматривать как безопасный и естественный для ребенка вид деятельности. Доверие ребенка к психотерапевту может возникнуть при наличии границ и структуры психотерапевтических отношений, а также при принятии его переживаний и изобразительной продукции. Свободный выбор изобразительных материалов усиливает веру ребенка в свои силы, ощущение контроля ситуации, что является важным психотерапевтическим фактором [**Мерфи Дж., 16**]. Физические качества различных материалов обеспечивают разнообразные формы манипуляций с ними. В процессе арттерапии возникает повторное переживание ребенком нанесенной ему непроработанной травмы, дает возможность отреагирования, совладания с устрашающими образами, помогает восстановить чувство собственного достоинства. В отдельных случаях предлагаются несколько цветов – светло-голубой, зеленый и желтый, как более спокойные и действующие благоприятно на эмоциональное состояние.

Использование метафор, историй, сказок является достаточно эффективным методом при работе с травмой как с взрослыми, так и с детьми. Они могут быть представлены клиенту как в готовом варианте, так и сочиняться и проговариваться самим клиентом. В допустимых формах помогает юмор. Такая форма работы позволяет выразить проблему в косвенной форме, напрямую не соприкасаясь с травмой, и в то же время все же дает возможность повторного переживания, отреагирования, наделения травматического опыта новым смыслом, в результате чего формируется новый взгляд на волнующую его проблему, происходит осознание вариантов ее благоприятного решения (Гордон Д., Миллс Дж., Кроули Р., Трубицина Л.В.).

Кататимно-имагинативный подход, или *кататимное переживание образов, символдрама* относится к современным направлениям глубинной психологии и активно применяется при коррекции личностных нарушений, в работе с невротами, психосоматическими расстройствами. Данный подход имеет давнюю историю и восходит еще к чувственному познанию Аристотеля и Платона. Научный период связан с именами З. Фрейда и Й. Брейера, К. Юнга, затем Х. Лейнера, Х. Хенинга и др. [Решетников М., 27]. На сегодняшний день многие психотерапевтические школы используют имагинации для своих интервенций [Хеннинг Х., Фикенчер Э., Барке У., Розендаль В., 33]. Работа с ресурсными символическими и позитивными образами позволяет вернуть ощущения жизни, гармонии, баланса, устойчивости, утраченные при травме.

Психодрама. Появление психодрамы в начале XX века связано с именем Я.Л. Морено, Г. Лейтс и позже получило, наряду с социометрией, широкое распространение, благодаря, в том числе, З. Морено, Й. Хёгберг и др. В нашей стране психодрама активно используется, развивается и транслируется В.В.

Семеновым, Е.В. Лопухиной, Е.Л. Михайловой и др. Психодрама позволяет исследовать жизненную ситуацию с помощью ее воспроизведения и отыгрывания (в групповой и индивидуальной форме). Протагонист (клиент) является одновременно драматургом, режиссером и актером в одном лице. Для работы с травмой может быть использована (в зависимости от целей и задач) любая психодраматическая техника. Так, с целью осознания наличия, поиска и активации ресурсов (социальных, материальных, творческих) в личном пространстве в разных сферах жизнедеятельности человека, эффективной и показательной является работа с использованием техники «Социальный атом». Техника «Географическое пространство» дает возможность осознания позитивной социальной и личностной идентичности (помимо других позитивных эффектов). Создание психодраматической сцены, построение геносоциогаммы, использование техник Дублирования, Зеркала, Обмена ролями, Пустого стула, Письма, Генограммы (позволяющей ощутить мощный ресурс личности в кризисной ситуации со стороны рода) и других техник, дают возможность осознания, принятия и отреагирования своих чувств, формирования нового взгляда на ситуацию, завершения незавершенных действий, осознания своих ресурсов (как внутренних, так и внешних) в сложной жизненной ситуации и оптимального ее разрешения.

Телесно-ориентированный подход. Вклад в развитие данного подхода внесли В. Райх, Ф. Александер, А. Лоуэн, Г. Гроддек, А. Минделл, Дж. Ингл, Э. Джозеф, П. Левин, Л. Зеттл, В.Ю. Баскаков и др. Сдерживание реакций, чувств в значимой психотравмирующей ситуации, обусловленное, в основном, ролью общественных запретов, норм, табу, другими причинами невозможности отреагирования, приводит к диссоциации разума и чувств, к формированию мышечных блоков, психосоматическим расстройствам. Техники титрования, усиления симптомов, распространения симптома на все тело позволяют лучше осознать ощущения и связанные с ними эмоции. Обращение к «памяти» тела, акцентирование внимание на телесных ощущениях клиента, возникающих образах и чувствах, их вызывающих, а также движениях тела, поиск ресурсов, отреагирование дает возможность прорабатывать психологическую травму экологично для клиента, помогает восстановить утраченные и построить отсутствующие взаимосвязи между чувствами, разумом и телесными ощущениями.

Гуманистически-экзистенциальная психотерапия. Данный подход основан на научно-идеологическом мировоззрении таких представителей философии, медицины, психологии, как С. Кьеркегор, М. Хайдегер, Л. Бинсвангер, М. Босс, В. Франкл, Р. Мэй, К. Роджерс, Дж. Бьюдженталь, И. Ялом. Идеи экзистенциальной психотерапии базируются на обращении к глубинным, человеческим основам жизни, идеях о рефлексивном сознании человека, его стремлении к осмыслению своего бытия, отношений с миром. Основными категориями в этом подходе являются "ответственность", "свобода", "выбор", "экзистенциальная изоляция", "смертность", "жизненная цель" и др. Катализатором процесса рефлексии часто служит экстремальный опыт, связанный с

психотравмирующими ситуациями, такими, как угроза жизни (или ее благополучию), чести, достоинству как в отношении себя, так и близких, а также других (незнакомых) людей и даже врагов, ситуации преднамеренного обмана, мошенничества. Эти ситуации вызывают эмоциональный отклик практически у всех людей, так как связаны с посягательством на общечеловеческие ценности (право на жизнь, безопасность, свободу, неприкосновенность), в результате может произойти крах базовой смыслообразующей системы, потеря доверия в целом к людям, к миру. Защитные механизмы, снижающие тревогу, запускают процесс формирования травмы. Однако, переживания, вызванные кризисными и экстремальными ситуациями, также могут привести и к личностному росту. О.Н. Рыбников и Л.В. Смекалкина отмечают, что человек в ситуации кризиса выполняет громадную внутреннюю работу, которая направлена на переоценку самого себя, своего прошлого, перестройку привычных ранее стереотипов поведения, взглядов относительно будущего [27].

Выше были перечислены направления в работе с людьми, пережившими психотравмирующее событие. Однако эти направления не являются исчерпывающими. Основная идея их описания заключалась в том, чтобы показать многообразие подходов при работе с данной проблемой.

Как отмечает М.М. Решетников, подготовка специалистов по конкретному направлению предполагает теоретический курс от 3 до 5 лет, «познание границ собственной личности» (апробацию метода на себе и проработку собственных проблем), начало практики и супервизорскую подготовку с последующей аккредитацией [26].

Этапы оказания ЭПП

Этапы работы связаны с функциями, закрепленными за членами бригады. Описание данного вопроса можно найти в работах Ю.С. Шойгу [25], Т.Н. Никитиной [19], а также А.И. Ляшенко, С.В. Тиунова, В.Н. Шатило [13]. С учетом наработок в данной области, а также отражения своего опыта, можно выделить следующие этапы оказания ЭПП:

I. Подготовительный этап. На этом этапе необходимо собрать необходимую для психологов информацию о ситуации, сложившейся в результате чрезвычайной и других форм экстремальной, кризисной ситуации (о пострадавших и их месте расположения, о наличии специалистов и их графике работы, дальнейших действиях социальной и других служб, которые оказывают комплексную помощь пострадавшим); установить необходимые связи с организациями и ведомствами, оказывающими комплексную помощь населению. Большое значение на этом этапе уделяется анализу положения дел, прогнозу (по возможности) и планированию действий, распределению функций между членами бригады, определению графика работы.

II. Установление контакта с представителями других ведомств. Выявление людей, которым необходима психологическая помощь (группы риска) и установление контакта с ними.

Человек, находящийся в кризисной ситуации, может нуждаться в медицинской, социальной и других видах помощи. Прежде чем оказывать ЭПП, необходимо установить взаимодействие со специалистами других ведомств. Необходимо представиться руководителю штаба (или отдела), либо другим руководителям, уполномоченным давать разрешение на работу в данном месте, предъявить соответствующие документы, получить необходимую информацию о ситуации, состоянии людей, количестве пострадавших, о принимаемых ими мерах по оказанию разного вида помощи пострадавшим.

Вопрос выявления людей группы риска описан в разделе «Контингент». Оказание психологической помощи в подавляющем числе случаев предваряет установление контакта. В случае острого стрессового расстройства пострадавшие, в основном, если идут на контакт, то сами говорят о событии, своих чувствах. Однако это в большей мере справедливо для ситуаций завершённых. Играть роль также своеобразное сочетание индивидуально-психологических, социально-психологических, в том числе этнокультурных характеристик, характера и значимости события и много другого. Следует отметить, что не все люди (а особенно дети и подростки) настолько открытые и уверенные, что могут выступить в установлении контакта иницирующей стороной, высказать свои насущные потребности, свои переживания. Это может быть связано с неуверенностью, чувством вины, тревогой, и др. Неуверенность и страх (например, страх наказания) или чувство вины могут быть настолько велики, что блокируют осознание своих потребностей, прав. Возможность удовлетворения базовых потребностей (потребности в еде, безопасности, значимой информации и др.) снимает излишнюю напряженность и дает возможность создания более безопасной среды, атмосферы доверия. Об установлении контакта могут говорить не только слова, но и невербальное поведение, например, взгляд (пострадавший может поддерживать контакт глазами), открытая поза, характеристики голоса, участие в совместной деятельности и др. После установления контакта, в случае необходимости, можно уже работать с основной проблемой человека, вызванной экстремальной ситуацией.

На этом этапе также может возникнуть и задача, связанная с *выявлением ситуаций, требующих срочного вмешательства психолога*. Например, это ситуация распространения слухов, усугубляющих настрой, психическое состояние людей. В данном случае необходима индивидуальная работа с лидерами, являющихся их распространителями. Также это может быть ситуация, связанная с риском заражения патологическими формами эмоциональных состояний (агрессия, паника, истерика). Наличие «зрителей» лишь усиливает и способствует распространению этих состояний. Своевременное выявление таких лиц, у которых начинают проявляться нерегулируемые формы поведения, лишение их «зрителей» позволяет снизить, в отсутствие посторонних глаз, накал страстей как у самого человека, демонстрирующего данное поведение, так среди других людей.

Как уже говорилось ранее, следует выделить группу ресурсных людей, на которых можно опираться в дальнейшей работе (см. раздел «Контингент»).

III. Непосредственное оказание экстренной психологической помощи пострадавшим. Экстренная психологическая помощь оказывается в период, максимально приближенный к травматическому событию. В связи с этим, специалисты, оказывающие психологическую и психотерапевтическую помощь, имеют дело с первыми этапами реакции на него (шок, который может выражаться либо в гиперкинетической форме, – «двигательной буре», либо в ступоре; дезорганизация поведения, истерика и др.). Когнитивная переработка информации (внимание, память, мышление) вследствие нарушения состояний у пострадавших чаще затруднена, поведение дезадаптивно. В это время такой человек нуждается в информации, социальной помощи. Получение помощи такого характера, наряду с эмоциональной поддержкой, дает им возможность начать действовать, пусть даже пока на автоматическом уровне. Если эти действия являются адекватными ситуации, то постепенно приходит осознание возможности контроля ситуации, регуляции эмоционального состояния.

Большое значение в работе психолога экстренной психологической службы имеет совместный поиск ресурсов для совладания с проблемной, кризисной ситуацией. Ресурсы могут быть как внешние, так и внутренние. Если в качестве внешних ресурсов для человека могут выступить люди, другие нематериальные и материальные ресурсы, то в качестве внутренних, - осознание своих умений, успеха в прошлом, воспоминания о дорогих людях, природе, играх, увлечениях и др., либо же овладение новыми необходимыми навыками. При приятных воспоминаниях лицо человека разглаживается, появляется улыбка, речь становится спокойнее. Взаимодействие, которое включает не только концентрацию на проблеме, но и на приятных воспоминаниях, или хотя бы нейтральных, дает возможность черпать силы в сложной для него ситуации.

Как уже говорилось, при оказании ЭПП, может использоваться кризисная интервенция (вмешательство) с использованием техник из разных психотерапевтических направлений, в соответствии с ситуацией, правилами этического кодекса, других нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность психолога.

IV. Завершение работы. О возможности завершения работы по оказанию экстренной психологической помощи свидетельствует восстановление функционального состояния личности, обретение чувства контроля ситуации, своего поведения, появление ресурсов для совладания с проблемой. На фоне постепенного восстановления возможны появление агрессии, раздражительности. Если эти реакции позволяют человеку начать самостоятельно решать свои проблемы, то данное поведение уже можно назвать совладающим.

Следует понимать, что на восстановление после тяжелых травматических событий требуется время и в последующем самостоятельная работа человека с травмой в форме переживания представляет естественный динамический процесс.

Если пострадавший нуждается в срочной медицинской (психиатрической) помощи, его необходимо передать «из рук в руки» соответствующим специалистам.

В случае взаимодействия со специалистами других ведомств окончание работы согласовывается с ними.

V. Анализ процесса и результатов деятельности. Составление отчета. Непосредственно после завершения работы необходимо вести записи (если возможно, то в процессе работы). Анализ деятельности осуществляется как в процессе оказания помощи, так и после ее окончания. Данные обобщаются, сопоставляются, выявляется и описывается специфика отдельных случаев, выявляются закономерности. Анализируются допущенные ошибки и меры, дающие позитивный результат. Составляется отчет о выполненной работе, в котором указываются: время, событие, место, ситуация, межведомственное взаимодействие, состояние и другие характеристики людей, переживших событие, характер, результат оказанной психологической помощи.

VI. Восстановительный этап. Заключается в необходимости полноценного отдыха после работы, в обсуждении и подведении итогов работы, супервизии сложных случаев.

Вывод:

1) Специфика экстренной психологической помощи становится более очевидна с помощью описания модели экстренной психологической помощи. В предложенной модели учтены:

- вклад специалистов различных ведомств, чья профессиональная деятельность связана с оказанием психологической, психотерапевтической помощи в условиях ЧС, в кризисных ситуациях;
- нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность психологических служб, оказывающих помощь в трудных, кризисных, чрезвычайных ситуациях;
- собственный опыт оказания экстренной психологической помощи лицам, пережившим психотравмирующие события;

2) Разработанная модель экстренной психологической помощи дает возможность получить более целостное представление о специфике ЭПП благодаря выделенным, собранным вместе и содержательно описанным критериям модели экстренной психологической помощи (кому оказывается помощь, где, в каком случае, когда, каким образом и др.).

3) Модель начинает работать (становится динамической, когда все компоненты системы начинают взаимодействовать) в конкретном случае, т.е. когда известна ситуация, состояние и другие характеристики клиента, задачи и многое другое, определяющее методы диагностики и оказания помощи.

4) Необходимо продолжать работу, заключающуюся в более детальном описании методов экстренной психологической помощи (теоретико-методологической основы, техник). Большую ценность представляет разработка алгоритмов по оказанию экстренной психологической помощи, публикация таких

работ и их доступность для специалистов. Особенно актуальны работы, в которых находят отражение опыт оказания экстренной психологической помощи детям.

Контрольные вопросы:

1. Опишите критерии модели экстренной психологической помощи
2. Особенности межведомственного взаимодействия
3. Какие используются методы во время события и в ближайшее время после него.
4. Методы используемые на отдельных этапах после чрезвычайного события.
5. Место деятельности специалистов, оказывающих экстренную психологическую помощь

Литература.

1. Алиев Х.М., Захаров В.В., Степанова Н.В., Виржанская Е.А. Купирование острого стресса и антистрессовая подготовка к экстремальным ситуациям // Московский терапевтический журнал. Специальный выпуск: экстренная психологическая помощь. 2006, № 4. С. 131-142.
2. Большой энциклопедический словарь / Гл. ред. А.М. Прохоров. М., СПб.: Большая Российская энциклопедия; Норинт, 1997.
3. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление. М.: ПЕР СЭ, 2006.
4. Бойко Ю.П., Каминский Г.Д., Сельцовский П.П., Аппенянский А.И., Кыров Н.Е., Гончарова Э.Л., Петухов В.А., Каминская Э.В. Научное обоснование стратегии развития психотерапевтической и медико-психологической помощи в чрезвычайных ситуациях и при их последствиях: Методические рекомендации (№32). М.: Комитет здравоохранения. Правительство Москвы. 2001.
5. Бурмистрова Е.В. Психологическая помощь в кризисных ситуациях (предупреждение кризисных ситуаций в образовательной среде): Методические рекомендации для специалистов системы образования. М.: МГППУ, 2006.

Лекция №2.

Классификация чрезвычайных ситуаций по происхождению

1. Чрезвычайные ситуации техногенного характера
2. Чрезвычайные ситуации природного характера
3. Чрезвычайные ситуации экологического характера
4. Чрезвычайные ситуации по масштабу.

Чрезвычайные ситуации техногенного характера

1. Транспортные аварии (катастрофы):
 - пассажирских поездов;
 - товарных поездов;
 - речных и морских грузовых судов;
 - на магистральных трубопроводах и др.
2. Пожары, взрывы, угроза взрывов:
 - пожары (взрывы) в зданиях, на коммуникациях и технологическом оборудовании промышленных объектов;
 - пожары (взрывы) на транспорте;
 - пожары (взрывы) в зданиях и сооружениях жилого, социально - бытового, культурного значения и др.
3. Аварии с выбросом (угрозой выброса) химически опасных веществ (ХОВ):
 - аварии с выбросом (угрозой выброса) ХОВ при их производстве, переработке или хранении (захоронении);
 - аварии с химическими боеприпасами и др.
4. Аварии с выбросом (угрозой выброса) радиоактивных веществ:
 - аварии на атомных станциях;
 - аварии транспортных средств и космических аппаратов с ядерными установками;
 - аварии с ядерными боеприпасами в местах их хранения, эксплуатации или установки;
 - утрата радиоактивных источников и др.
5. Аварии с выбросом (угрозой выброса) биологически опасных веществ (БОВ):
 - аварии с выбросом (угрозой выброса) биологически опасных веществ на предприятиях и в научно-исследовательских учреждениях;
 - утрата БОВ и др.
6. Внезапное обрушение зданий, сооружений:
 - обрушение элементов транспортных коммуникаций;
 - обрушение производственных зданий и сооружений;

- обрушение зданий и сооружений жилого, социально - бытового и культурного значения.
7. Аварии на электроэнергетических системах:
 - аварии на автономных электростанциях с длительным перерывом электроснабжения всех потребителей;
 - выход из строя транспортных электроконтактных сетей и др.
 8. Аварии на коммунальных системах жизнеобеспечения:
 - аварии в канализационных системах с массовым выбросом загрязняющих веществ;
 - аварии на тепловых сетях в холодное время года;
 - аварии в системах снабжения населения питьевой водой;
 - аварии на коммунальных газопроводах.
 9. Аварии на очистных сооружениях:
 - аварии на очистных сооружениях сточных вод промышленных предприятий с массовым выбросом загрязняющих веществ;
 - аварии на очистных сооружениях промышленных газов с массовым выбросом загрязняющих веществ.
 10. Гидродинамические аварии:
 - прорывы плотин (дамб, шлюзов и др.) с образованием волн прорыва и катастрофическим затоплением;
 - прорывы плотин с образованием прорывного паводка и др.

Чрезвычайные ситуации природного характера

1. Геофизические опасные явления:
 - землетрясения;
 - извержения вулканов.
2. Геологические опасные явления (экзогенные геологические явления):
 - оползни;
 - сели;
 - пыльные бури;
 - обвалы, осыпи, курумы, эрозия, склоновый смыв и др.
3. Метеорологические и агрометеорологические опасные явления:
 - бури (9-11 баллов), ураганы (12-15 баллов), смерчи, торнадо, шквалы, вертикальные вихри;
 - крупный град, сильный дождь (ливень), сильный туман;
 - сильный снегопад, сильный гололед, сильный мороз, сильная метель, заморозки;
 - сильная жара, засуха, суховей.
4. Морские гидрологические опасные явления:
 - тропические циклоны (тайфуны), цунами, сильное волнение (5 и более баллов), сильное колебание уровня моря;
 - ранний ледяной покров, напор льдов, интенсивный дрейф льдов, непроходимый лед;
 - отрыв прибрежных льдов и др.

5. Гидрологические опасные явления:
 - высокие уровни вод (наводнения), половодья;
 - заторы и зажоры, низкие уровни вод и др.
6. Гидрогеологические опасные явления:
 - низкие уровни грунтовых вод;
 - высокие уровни грунтовых вод.
7. Природные пожары:
 - лесные пожары;
 - пожары степных и хлебных массивов;
 - торфяные пожары, подземные пожары горючих ископаемых.
8. Инфекционные заболевания людей:
 - единичные случаи экзотических и особо опасных инфекционных заболеваний;
 - групповые случаи опасных инфекционных заболеваний и др.
9. Инфекционная заболеваемость сельскохозяйственных животных:
 - единичные случаи экзотических и особо опасных инфекционных заболеваний;
 - инфекционные заболевания не выявленной этиологии и др.
10. Поражения сельскохозяйственных растений болезнями и вредителями:
 - массовое распространение вредителей растений;
 - болезни не выявленной этиологии и др.

Чрезвычайные ситуации экологического характера

1. Чрезвычайные ситуации, связанные с изменением состояния суши (почвы, недр, ландшафта):
 - катастрофические просадки, оползни, обвалы земной поверхности из-за выработки недр при добыче полезных ископаемых и другой деятельности человека;
 - наличие тяжелых металлов (в том числе радионуклидов) и других вредных веществ в почве (грунте) сверх предельно допустимых концентраций;
 - интенсивная деградация почв, опустынивание на обширных территориях из-за эрозии, засоления, заболачивания почв и др.;
 - кризисные ситуации, связанные с истощением не возобновляемых природных ископаемых;
 - критические ситуации, вызванные переполнением хранилищ (свалок) промышленными и бытовыми отходами, загрязнением ими окружающей среды.
2. Чрезвычайные ситуации, связанные с изменением состава и свойств атмосферы (воздушной среды):
 - резкие изменения погоды или климата в результате антропогенной деятельности;
 - превышение ПДК вредных примесей в атмосфере;
 - температурные инверсии над городами;

- "кислородный" голод в городах;
 - значительное превышение предельно допустимого уровня городского шума;
 - образование обширной зоны кислотных осадков;
 - разрушение озонового слоя атмосферы;
 - значительные изменения прозрачности атмосферы.
3. **Чрезвычайные ситуации, связанные с изменением состояния гидросферы (водной среды):**
- недостаток питьевой воды вследствие истощения водных источников или их загрязнения;
 - истощение водных ресурсов, необходимых для организации хозяйственно - бытового водоснабжения и обеспечения технологических процессов;
 - нарушение хозяйственной деятельности и экологического равновесия вследствие загрязнения зон внутренних морей и мирового океана.

Чрезвычайные ситуации по масштабу

В основе классификации ЧС по масштабу лежат величина территории, на которой распространяется ЧС, число пострадавших и размер ущерба. По масштабу чрезвычайные ситуации могут быть классифицированы на (Постановление Правительства Российской Федерации от 21 мая 2007 г. N 304 «О классификации чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера»):

1. **Локального характера**, в результате которой территория, на которой сложилась чрезвычайная ситуация и нарушены условия жизнедеятельности людей (далее — зона чрезвычайной ситуации), не выходит за пределы территории объекта, при этом количество людей, погибших или получивших ущерб здоровью (далее — количество пострадавших), составляет не более 10 человек либо размер ущерба окружающей природной среде и материальных потерь (далее — размер материального ущерба) составляет не более 100 тыс. рублей;
2. **Муниципального характера**, в результате которой зона чрезвычайной ситуации не выходит за пределы территории одного поселения или внутригородской территории города федерального значения, при этом количество пострадавших составляет не более 50 человек либо размер материального ущерба составляет не более 5 млн рублей, а также данная чрезвычайная ситуация не может быть отнесена к чрезвычайной ситуации локального характера;
3. **Межмуниципального характера**, в результате которой зона чрезвычайной ситуации затрагивает территорию двух и более поселений, внутригородских территорий города федерального значения или межселенную территорию, при этом количество пострадавших составляет не

более 50 человек либо размер материального ущерба составляет не более 5 млн рублей;

4. **Регионального характера**, в результате которой зона чрезвычайной ситуации не выходит за пределы территории одного субъекта Российской Федерации, при этом количество пострадавших составляет свыше 50 человек, но не более 500 человек либо размер материального ущерба составляет свыше 5 млн рублей, но не более 500 млн рублей;
5. **Межрегионального характера**, в результате которой зона чрезвычайной ситуации затрагивает территорию двух и более субъектов Российской Федерации, при этом количество пострадавших составляет свыше 50 человек, но не более 500 человек либо размер материального ущерба составляет свыше 5 млн рублей, но не более 500 млн рублей;
6. **Федерального характера**, в результате которой количество пострадавших составляет свыше 500 человек либо размер материального ущерба составляет свыше 500 млн рублей.

Стадии развития чрезвычайной ситуации

ЧС любого типа в своем развитии проходят четыре типовые стадии (фазы).

- Первая — стадия накопления отклонений от нормального состояния или процесса. Иными словами, это стадия зарождения ЧС, которая может длиться сутки, месяцы, иногда — годы и десятилетия, а в случае землетрясений и извержений вулканов - столетия.
- Вторая — инициирование чрезвычайного события, лежащего в основе ЧС.
- Третья — процесс чрезвычайного события, во время которого происходит высвобождение факторов риска (энергии или вещества), оказывающих неблагоприятное воздействие на население, объекты и окружающую среду.
- Четвёртая — стадия затухания (действием остаточных факторов и сложившихся чрезвычайных условий), которая хронологически охватывает период от перекрытия (ограничения) источника опасности — локализации чрезвычайной ситуации, до полной ликвидации её прямых и косвенных последствий, включая всю цепочку вторичных, третичных и т. д. последствий. Эта фаза при некоторых ЧС может по времени начинаться ещё до завершения третьей фазы. Продолжительность этой стадии может составлять годы, а то и десятилетия.

Основные причины чрезвычайных ситуаций

Причины возникновения ЧС и сопутствующие им условия подразделяют на внутренние и внешние.

Внешние причины:

- стихийные бедствия;
- неожиданное прекращение подачи электроэнергии, газа;
- терроризм;
- война.

Внутренние причины:

- недостаточная квалификация обслуживающего персонала;
- проектно-конструкторские недоработки в механизмах и оборудовании;
- физический и моральный износ оборудования и механизмов;
- низкая трудовая и технологическая дисциплины и др.

Контрольные вопросы:

1. Стадии развития чрезвычайной ситуации
2. Основные причины чрезвычайных ситуаций

Литература:

1. Бойко Ю.П., Каминский Г.Д., Сельцовский П.П., Аппенянский А.И., Кыров Н.Е., Гончарова Э.Л., Петухов В.А., Каминская Э.В. Научное обоснование стратегии развития психотерапевтической и медико-психологической помощи в чрезвычайных ситуациях и при их последствиях: Методические рекомендации (№32). М.: Комитет здравоохранения. Правительство Москвы. 2001.
2. Бурмистрова Е.В. Психологическая помощь в кризисных ситуациях (предупреждение кризисных ситуаций в образовательной среде): Методические рекомендации для специалистов системы образования. М.: МГППУ, 2006.
3. Головин С.Ю. Словарь практического психолога. Мн.: Харвест, 1998.
4. Довженко Т.В. Помощь родственникам погибших при чрезвычайных ситуациях // Психология экстремальных ситуаций / Под ред. В.В.Рубцова, С.Б. Малых. М.: Психологический институт РАО, 2007. С. 250-253.

Лекция №3.

Задачи экстренной психологической помощи.

1. Общие принципы общения с пострадавшими в ЧС.
2. Группы пострадавших в ЧС.
3. Организация экстренной психологической помощи в зоне ЧС.

Экстренная психологическая помощь - это система краткосрочных мероприятий, направленная на оказание помощи одному человеку, группе людей или большому числу пострадавших после кризисного или чрезвычайного события, в целях регуляции актуального психологического, психофизиологического состояния и негативных эмоциональных переживаний, связанных с кризисным или чрезвычайным событием, при помощи профессиональных методов, которые соответствуют требованиям ситуации.

Экстренная психологическая помощь может быть оказана одному человеку после критического события (изнасилование, грабеж, посягательство на жизнь и здоровье, дорожно-транспортное происшествие и т.д.), группе людей (семья, профессиональный коллектив, группа незнакомых ранее людей), а также большому числу пострадавших в результате крупной аварии, катастрофы, стихийного бедствия.

Оказание экстренной психологической помощи имеет своей целью поддержание психического и психофизиологического самочувствия и работу с вновь возникшими (в результате кризисной ситуации) негативными эмоциональными переживаниями (например, страх, чувство вины, гнев, беспомощность и т.д.). Достижение этой цели определяет значительное снижение вероятности возникновения различных отсроченных последствий у пострадавших (психосоматические проблемы, посттравматическое стрессовое расстройство и др.)

Необходимо отметить, что экстренная психологическая помощь не оказывается людям в психотическом состоянии, признаками которых являются бред и галлюцинации. Галлюцинации представляют собой мнимое восприятие, не имеющее в качестве источника внешний предмет, а так же ложное сенсорное впечатление. Галлюцинации бывают: зрительные, акустические, вестибулярные, вкусовые, обонятельные. Бред - болезненное состояние психики человека, сопровождающееся фантастическими образами, видениями, искаженное восприятие действительности, расстройство мышления.

Основные задачи, на выполнение которых направлена деятельность при оказании данного вида помощи, можно сформулировать следующим образом:

- Поддержание на оптимальном уровне психологического и психофизиологического состояния человека, оказание помощи при острых стрессовых реакциях.

- Предупреждение отсроченных неблагоприятных реакций, в том числе и путем избавления человека от неблагоприятных эмоциональных состояний, возникших непосредственно в результате психотравмирующего события;
- Предупреждение и при необходимости прекращение проявления выраженных эмоциональных реакций, в том числе массовых;
- Консультирование пострадавших, их родных, близких, а также специалистов, работающих в условиях ликвидации последствий ЧС об особенностях переживания стресса, горя;
- чрезвычайная ситуация психологическая помощь
- Помощь специалистам, принимающим участие в ликвидации последствий ЧС.

Группы пострадавших в ЧС

Люди, находящиеся в зоне ЧС подвергаются негативным воздействиям, приводящим к сильным эмоциональным переживаниям и длительным нарушениям психического состояния и поведения. Кто-то из пострадавших пострадал физически, кто-то потерял близких, имущество, иные тоже в какой-то степени причастны к трагическому событию (видели, слышали и т.п.). В зависимости от степени вовлеченности в ЧС выделяют несколько групп пострадавших.

Группы пострадавших:

1. Жертвы - это пострадавшие, изолированные в очаге ЧС (например, люди, находящиеся в завале под плитами при землетрясении, зажатые в машине при автомобильной катастрофе или находящиеся на крыше затопленного дома, на дереве при наводнении).
2. Пострадавшие. К этой группе относятся люди, которые пострадали физически или материально, но уже не находящиеся в самом очаге ЧС. Это люди, у которых разрушен дом, потеряно имущество, а так же те, кто потерял своих родных, близких или не имеющие информации об их судьбе.
3. Очевидцы (свидетели) - это люди, оставшиеся и физически и материально невредимыми, но являющиеся очевидцами трагического события (падение самолета рядом с местом их проживания, взрыв в соседнем доме). Данная категория лиц также получает психологическую травму, так как люди в подобных обстоятельствах часто примеряют произошедшее на себя и своих близких, ставя себя на место пострадавших людей.
4. Наблюдатели (или зеваки) - это люди, непосредственно не участвовавшие в чрезвычайной ситуации, но прибывшие на место события, получив информацию о произошедшем из различных источников (СМИ, знакомые).

5. Телезрители, радиослушатели, пользователи интернета. К данной группе относится категория людей, которые получили информацию о трагическом событии благодаря средствам массовой информации, способным оказать сильное влияние на людей, используя некоторые технологии манипулирования общественным сознанием. Часто информационная среда характеризуется значительным преобладанием эмоционального фона над рациональными оценками и объективным беспристрастным анализом произошедшего. Нагнетание эмоций представителями прессы способствует снижению адаптационных возможностей организма, блокированию механизма поиска рационального выхода из трудных жизненных ситуаций, ведя человека к ощущению беспомощности, отождествлению его с "плохой судьбой" своей страны, безысходностью. Все это ведет к формированию у людей негативных психических реакций, увеличению психосоматических и обострению хронических заболеваний.

Необходимо отметить, что люди со слабой психикой и низкой психологической устойчивостью являются наиболее уязвимой категорией данной группы.

1. Специалисты, участвующие в аварийно-спасательных и других неотложных работах.
2. Родственники специалистов, участвующих в ликвидации последствий ЧС.

Данная категория пострадавших выделяется не всеми специалистами. Тем не менее, известны случаи, когда родственники специалистов получали вторичную психотравму. Родные и близкие специалистов могут испытывать тревогу и беспокойство за тех, кто работает в условиях угрозы для жизни, что понятно и объяснимо. Переживания могут усилить отсутствие связи, невозможность получить достоверную информацию о состоянии специалиста. Ухудшить подобную ситуацию могут репортажи СМИ, содержащие информацию об исключительно опасных условиях работы спасателей или о пострадавших среди спасателей. Таким образом формируются условия, в которых переживания родных и близких спасателей, развиваются по тем же механизмам, что и у пострадавших, не имеющих информации о судьбе родных, попавших в ЧС.

Задачи психологической помощи при работе с жертвами:

информационная поддержка;

индивидуальная работа с пострадавшими.

Основные принципы работы:

3 этапа работы;

информация о том, что помощь идет, какие меры необходимо предпринимать для сохранения и поддержания жизни;

актуализация психологических ресурсов пострадавшего, протраивание перспективы на ближайшее будущее.

Задачи психологической помощи при работе с пострадавшими:

выявление группы риска;

работа с острыми стрессовыми реакциями;

создание сети социальной поддержки.

Основные принципы работы:

пострадавшим необходимо дать возможность отреагировать аффективное состояние (истероидные реакции, плач, нервная дрожь, агрессия и т.д.);

базовый момент помощи - поиск психологического ресурса;

необходимо активно подключать людей к деятельности (оформление документов, подготовка к похоронам и т.д.);

лица с симптомами психиатрических заболеваний направляются в медицинские пункты для оказания им соответствующей психиатрической помощи.

Задачи психологической помощи при работе с очевидцами:

ориентация этих людей на оказание помощи пострадавшим других групп;

снижение риска возникновения массовых негативных реакций.

Основные принципы работы:

работа с острыми стрессовыми реакциями, связанными с чрезвычайной ситуацией.

привлечение людей к активной деятельности с целью снижения уровня неадекватной поведенческой активности.

Задачи психологической помощи при работе с наблюдателями:

отслеживание вероятности возникновения массовых негативных реакций.

Основные принципы работы:

выявление инициаторов негативных массовых реакций и удаление их с места массовых скоплений людей.

Задачи психологической помощи при работе со специалистами, участвующими в ликвидации последствий ЧС:

сохранение работоспособности специалистов;

профилактика негативных последствий профессионального стресса.

Основные принципы работы:

приближенность к месту спасательных работ;

безотлагательность и конкретность и адресность.

Контрольные вопросы.

1. Задачи психологической помощи при работе с пострадавшими.
2. Задачи психологической помощи при работе с жертвами:
3. Задачи психологической помощи при работе со специалистами, участвующими в ликвидации последствий ЧС:

Литература:

1. Бойко Ю.П., Каминский Г.Д., Сельцовский П.П., Аппенянский А.И., Кыров Н.Е., Гончарова Э.Л., Петухов В.А., Каминская Э.В. Научное обоснование стратегии развития психотерапевтической и медико-психологической помощи в чрезвычайных ситуациях и при их последствиях:

- Методические рекомендации (№32). М.: Комитет здравоохранения. Правительство Москвы. 2001.
2. Бурмистрова Е.В. Психологическая помощь в кризисных ситуациях (предупреждение кризисных ситуаций в образовательной среде): Методические рекомендации для специалистов системы образования. М.: МГППУ, 2006.
 3. Галустова О.В. Психологическое консультирование: Конспект лекций. М.: А-Приор, 2007.
 4. Головин С.Ю. Словарь практического психолога. Мн.: Харвест, 1998.
 5. Довженко Т.В. Помощь родственникам погибших при чрезвычайных ситуациях // Психология экстремальных ситуаций / Под ред. В.В.Рубцова, С.Б. Малых. М.: Психологический институт РАО, 2007. С. 250-253.

Лекция №4.

Этапы оказания экстренной психологической помощи

1. Организация экстренной психологической помощи в зоне ЧС.
2. Общение с пострадавшими во время проведения аварийно-спасательных работ.
3. Особенности общения с пострадавшими, переживающими горе, утрату

Работу по оказанию экстренной психологической помощи можно условно разделить на три этапа. Первый этап подготовительный, второй этап - это этап собственно оказания экстренной психологической помощи, третий этап можно обозначить как этап завершения работ по оказанию экстренной психологической помощи. На каждом конкретном этапе перед психологами стоят свои цели и задачи. Рассмотрим их более подробно.

Подготовительный этап.

Целью работы на подготовительном этапе является подготовка развернутого плана действий по оказанию экстренной психологической помощи. Для этого необходимо осуществить:

Сбор информации, о психологической ситуации, сложившейся в результате ЧС

В некоторых ситуациях нужные сведения имеется у специалистов-психологов или специалистов другого профиля, уже работающих на месте происшествия. Если информации такого рода нет, необходимо собрать ее самостоятельно, для того чтобы организовать работу специалистов наиболее оптимальным образом.

Сбор информации производится по следующей схеме:

·Определение мест, где предстоит работать психологам: места дислокации пострадавших, их родственников, пункты проведения массовых мероприятий (панихида, опознания, встреча с представителями властных структур). Часто таким местом является также и само место ЧС (если ЧС произошло на территории населенного пункта);

- Приблизительный подсчет людей, нуждающихся в помощи;
- Выяснение числа специалистов, которые уже работают, или приступят к работе в ближайшее время;

- Уточнение времени, мест и примерного количества участников массовых мероприятий;

- Выяснение порядка, времени и места действий, которые необходимо совершить пострадавшим или их родственникам (выплата компенсаций, процесс опознания, получение свидетельств о смерти и т.д.);

По прибытию специалистов на место чрезвычайной ситуации происходит:

- .Организация взаимодействия с местной администрацией;
- .Ориентировочное определение количества пострадавших;

- Сбор информации о расположении, телефонах, руководящих работников администрации, больниц, моргов, школ и т.д.;
- Организация "Горячей линии" и информационная поддержка "Горячей линии";
- Определение места сбора пострадавших и родственников пострадавших;
- Определение места стационарной работы с пострадавшими и их родственниками;
- Определение периодичности информирования пострадавших и родственников;
- Определение необходимого количества психологов и врачей;
- Установление длительности смены, дежурного, запасного состава;
- Установить время проведения каждодневного инструктажа;
- Определение ответственных (оперативных дежурных) за сбор и анализ информации;
- Разделение зоны работы на сектора, а также распределение специалистов для работы на том или ином секторе.

Основной этап.

На основном этапе работ по оказанию экстренной психологической помощи специалисты - психологи работают по двум основным направлениям: помощь специалистам, участвующим в ликвидации последствий ЧС, нацеленная на обеспечение условий профессиональной деятельности, и помощь пострадавшим в результате ЧС.

.Содержание деятельности специалистов - психологов может быть различным, оно определяется на подготовительном этапе и отражается в плане работ. Это содержание зависит от специфических характеристик ситуации.

Основной задачей работы психологов на этом этапе является работа с пострадавшими, которая заключается в:

- информационно-разъяснительной работе;
- индивидуальной работе с пострадавшими;
- выявлении лиц с симптомами психических заболеваний и передача их психиатрам;
- оценке группы риска среди пострадавших;
- работе с острыми стрессовыми реакциями;
- помощи в преодолении психосоматических проявлений;
- создании сети социальной поддержки;
- отслеживании вероятности возникновения массовых негативных реакций;
- работе в толпе. Отслеживании работы представителей средств массовой информации;
- организации мест для оказания первой медицинской помощи (около каждого места располагаются обязательно врач, психолог);

- организации доставки достаточного количества питьевой воды и бесплатного питания для пострадавших, навесов от дождя, солнца, места для обогрева и т.п.

Также, одной из задач работы психолога на основном этапе оказания экстренной психологической помощи является работа по сопровождению процедуры опознания. На этом этапе работа с родственниками заключается в:

- сборе и анализе информации о месте и процедуре проведения опознания;
- организации предоставления, если необходимо, перчаток и марлевых повязок;
- подготовке родственников к процедуре опознания;
- информировании о фазах проживания горя;
- поиске ресурса;
- отборе родственников для процедуры опознания;
- информировании родственников о дальнейших действиях.

После процедуры опознания происходит захоронение, которое также при необходимости сопровождается специалистами - психологами. Здесь происходит:

- сбор и анализ информации о месте и процедуре проведения захоронения;
- организация работы психолого-психиатрических бригад;
- организация сопровождения при захоронении: по периметру кладбища, через определенный интервал, расположить пункты первой медицинской помощи (на столах) и, если есть возможность, машин скорой помощи. На каждом пункте необходим психолог, врач;
- организация доставки большого количества воды, успокоительных средств, нашатыря, капель, нормализующих сердечную деятельность и т.п.;
- организация доставки горячего чая (на это следует отвести отдельное место);
- помощь оказывается только при проявлении острых стрессовых реакций или при запросе.

Завершающий этап.

На завершающем этапе работ по оказанию экстренной психологической помощи решаются такие задачи как:

Оказание помощи тем лицам, кому это необходимо.

Как правило, на завершающем этапе количество пострадавших, находящихся в районе ликвидации последствий ЧС невелико, однако, нуждающиеся в психологической помощи есть.

Мероприятия по оказанию психологической помощи специалистам, участвующим в ликвидации последствий ЧС. Такие мероприятия возможны и целесообразны на данном этапе, так как интенсивность работ по ликвидации

последствий ЧС, оказанию социальной помощи пострадавшим и т.д. снижается, а усталость специалистов, осуществляющих такую помощь, накапливается.

Обобщение и анализ информации полученной в ходе работ по оказанию экстренной психологической помощи.

Составление прогноза развития ситуации на основании обобщения и анализа данных.

Из вышесказанного следует, что работа психолога в рамках экстренной психологической помощи не сводится непосредственно к работе с пострадавшими в чрезвычайной ситуации, она начинается с того момента, когда специалисты узнают о возникновении ЧС и завершается по возвращению специалистов на базу.

Общение с пострадавшими во время проведения аварийно-спасательных работ

Нами были рассмотрены общие принципы конструктивного общения, приемы активного слушания, применение которых целесообразно не только в пределах профессиональной сферы, но и вне ее. Эффективное общение с людьми, попавшими в чрезвычайную ситуацию, то есть с людьми, подвергшимися сильному стрессу и, находящимися, как правило, в дезадаптивном психическом состоянии, предполагает необходимость соблюдения определенных принципов.

Действительно очень сложно общаться с людьми, которые пережили сильное эмоциональное потрясение. Вступая в контакт с пострадавшим, первое, что необходимо сделать, это дать понять человеку, что вы здесь, чтобы помочь.

Наряду с приемами активного слушания, которые следует по возможности использовать при общении с пострадавшими, можно назвать следующие общие принципы общения с пострадавшими.

Общие принципы конструктивного общения с пострадавшими во время аварийно-спасательных работ:

1. Не должно быть сложных предложений, сложно построенных словесных оборотов в речи, например: "Извините, пожалуйста,, не могли бы Вы...", т.к. пострадавшим трудно будет уследить за ходом ваших мыслей.

При работе в зоне ЧС необходимо давать людям короткие, четкие команды, избегая в речи употребления частицы "не".

Не давайте обещаний, которые вы не в состоянии выполнить (даже если вы обещаете из хороших побуждений, например, чтобы успокоить человека), потому что в случае не выполнения их, человек вряд ли вам поверит во второй раз, а контакт, состоявшийся между вами ранее - скорее всего, будет разрушен. Помимо этого, недоверие пострадавшего может распространиться не только на вас, но и на ваших коллег (тех, кто в одинаковой форме с вами), что в последующем может: затруднить взаимодействие спасателей с этим пострадав-

шим; повлечь за собой слухи, связанные с недоверием к спасателям, источником которых будет данный пострадавший; ухудшить состояние пострадавшего и т.п.

Запрет на фразу: "Все будет хорошо"! связан именно с невыполнимым обещанием. Вы не можете знать, когда у человека все будет хорошо и будет ли вообще (в случае смерти близкого человека или потери крова). Говоря такие фразы, вы берёте ответственность за результат на себя, а когда результат не соответствует вашим прогнозом, а вам уже поверили, то возможно возникновение у пострадавших острых стрессовых реакций, наиболее распространенная - это агрессия.

Общаясь с пострадавшими необходимо говорить правду, однако, подавая информацию надо помнить следующее. Информация должна быть:

Дозированная;

Актуальная;

Достоверная;

Специалистам, работающим с пострадавшими, необходимо также контролировать свое эмоциональное состояние, которое отражается в речи (тембр, громкость голоса, интонация) и в мимике и жестике. Голос не должен отражать неуверенность и сомнение. Речь должна быть четкой (не рубленая по слогам), с уверенной интонацией. Рекомендуется строить ее в побудительном наклонении и с элементами внушения: "Я с тобой, помощь пришла!", "Слушай меня!", "Встань...", "Выпей воды..."

Общаясь с пострадавшими, важно помнить о выражении своего лица. Оно должно быть спокойным и уверенным. Нельзя показывать пострадавшим, что Вы сами в растерянности, а тем более в панике. Нельзя поддерживать обвинения в адрес окружающих или их страх, что трагедия может повториться, т.к. такие эмоции "очень заразны" и могут привести к массовой агрессии или панике.

Поиск ресурса, как важная составляющая конструктивного общения с пострадавшими.

Ресурс можно найти в любой, даже в самой тяжелой ситуации. Ресурс - не представляет собой решение самой проблемы. Это то, что может помочь человеку в конкретной ситуации, и что поможет ему найти силы для того, чтобы справиться с ситуацией. Ресурсом может быть все, что угодно. Для того чтобы найти ресурс и помочь человеку, необходимо быть хорошим наблюдателем и слушателем, уметь использовать приемы активного слушания, в частности вопросы открытого типа, дающие информацию о произошедшем событии. В общении с пострадавшим важно создать такую ситуацию общения, которая бы способствовала нахождению для него ресурса.

При поиске ресурса, необходимо учитывать несколько факторов:

1. Важно, чтобы найденный ресурс был адекватен для данного человека и для данной ситуации: здесь и теперь. Например, в ситуации землетрясения со значительным количеством жертв, одна женщина сильно переживала по поводу потери всего имущества. Для этой женщины ресурсом стало то, что все

её близкие остались в живых и это самая большая ценность. Как вы понимаете, для многих других пострадавших это ресурсом не стало бы. В этой же ситуации были пострадавшие, для которых утрата имущества стала более значимой потерей, чем гибель родственников.

На разных этапах общения возможно нахождение различных ресурсов, так скажем поэтапное. Например, при крушении самолета, пожилая женщина потеряла свою семью и осталась совсем одна. На первоначальном этапе ресурсом являлось необходимость опознания всех своих родных и захоронение их по всем правилам и обычаям. Через какое-то время, ресурсом для этой женщины стала активная помощь людям, пережившим подобную трагедию.

Нужно помнить о том, что один и тот же ресурс может быть актуальным для одного пострадавшего и не актуальным для другого. Например, для одного человека наличие семьи и детей является мощнейшим ресурсом, ради которого есть смысл продолжать жизнь, а для другого - работа, карьера и социальный статус важнее, чем семья.

В общении с людьми, находящимися в особом психическом состоянии в момент переживания острой психической травмы, имеет большое значение навык конструктивного общения, который необходимо формировать и поддерживать. С помощью его можно значительно эффективнее выстраивать свою работу, при этом сохраняя собственные силы и ресурсы для продолжения профессиональной деятельности.

Особенности общения с пострадавшими, переживающими горе, утрату

Специфика работы специалиста МЧС России предполагает взаимодействие с людьми, переживающими горе. Профессионализм, проявленный в этом взаимодействии, может значительно повлиять на то, как человек, потерявший близкого человека, справится с этой утратой.

Под утратой понимается безвозвратная потеря значимого для человека объекта (дома, работы, семьи, домашнего животного, социального статуса, и, как крайний вариант, близкого человека).

Тяжесть и глубина переживаний зависит от многих факторов, и проявления процесса горевания могут быть разными. Это зависит от личности горюющего, от взаимоотношений с утраченным объектом, от особенностей утраты, но неизменным остается одно: при любой утрате человеку придется пройти все стадии горевания, пережить боль утраты и решить все задачи, предъявляемые миром, в котором уже нет утраченного объекта. Весь процесс переживания утраты называется работой горя. В процессе этой работы горюющий должен решить следующие задачи:

- признать факт и обстоятельства потери;
- пережить боль потери, пережить все сложные чувства, которые сопутствуют утрате;
- наладить взаимоотношения с тем окружением, в котором произошла утрата;
- выстроить новое отношение к объекту утраты и продолжать жить.

Решение последней задачи не предполагает ни забвения, ни отсутствия эмоций, а только их перестройку.

Фазы горя

Нормальное (не патологическое) течение горя - процесс поэтапный.

Продолжительность и интенсивность горевания в целом, а также его стадий, весьма индивидуально и зависит от многих внешних и внутренних причин.

1. Фаза шока и оцепенения

Начальная фаза горя - шок и оцепенение. "Не может быть!" - такова первая реакция на весть о смерти близкого человека. Характерное состояние может длиться от нескольких секунд до нескольких недель, в среднем оно продолжается девять дней. Наиболее заметная черта этого состояния - оцепенение.

В продолжение этой фазы человек выглядит, в общем, как всегда, ведет себя, как обычно, выполняет свои обязанности - учится, работает, помогает по хозяйству. Это дает основание для окружающих восхищаться его "мужеством" и "силой воли". Как это ни странно, человек чувствует себя вполне хорошо. Он не испытывает страданий, снижается чувствительность к боли и даже "проходят", беспокоившие его прежде, заболевания. Такая бесчувственность может расцениваться окружающими как недостаточность любви к умершему и эгоизм. От горющего человека требуется бурное выражение эмоций, если же он не плачет, его упрекают и винят. Между тем, именно такое "бесчувствие" свидетельствует о тяжести и глубине переживаний. И чем дольше длится этот "светлый" промежуток, тем более продолжительными и тяжелыми будут последствия.

Конечно, если внимательно присмотреться к человеку, то можно заметить некоторые внешние проявления состояния шока. Так, движения его несколько механические (как у робота), лицо амимичное, неподвижное, речь невыразительная, мало интонированная. Двигается и говорит он несколько замедленно, немного запаздывает с реакцией: когда к нему обращаются, отвечает не сразу, а чуть помедлив. Сильных чувств не проявляет вовсе, временами может улыбаться.

Для этой фазы характерна также утрата аппетита, периодически возникающая мышечная слабость, малоподвижность, которая иногда сменяется минутами суетливой активности.

В сознании человека появляется ощущение нереальности происходящего, возникает душевное онемение, оглушенность. Наблюдаются так называемые явления дереализации (нарушение восприятия, окружающий мир воспринимается как нереальный или отдаленный, лишенный своих красок, нарушения памяти). Дереализация часто сопровождается состояниями "уже виденного". Возможны также явления деперсонализации - это состояние, сопровождающееся изменением или потерей чувства собственного "Я". Пострадавшим кажется, что события их жизни происходят с кем-то другим, что они как бы "просматривают" свою жизнь в кинотеатре. Восприятие внешней

реальности притупляется, и тогда в последующем нередко возникают пробелы в воспоминаниях этого периода.

Эти явления можно объяснить следующим образом. Шок оставляет человека в том времени, когда умерший был еще жив. Настоящее сопровождается ощущениями, что "это происходит не со мной", "как будто это происходит в кино". Несмотря на обманчивое внешнее благополучие, объективно человек находится в довольно тяжелом состоянии. И одна из опасностей состоит в том, что в любую минуту оно может смениться острым реактивным состоянием, характеризующимся расторможенностью, агрессией. Также велик риск суицидальных реакций. Поэтому, несмотря на внешнее благополучие, людям на этой стадии необходима постоянная психологическая поддержка. На стадии шока и оцепенения человека ни в коем случае нельзя оставлять одного, при этом можно даже не разговаривать с ним, просто молча быть рядом. После того, как вы закончили свою работу, не оставляйте пострадавшего одного, убедитесь, что он находится со своими родственниками или близкими людьми. Возможно применение тактильных контактов. Например, поглаживания по спине или по голове, способны вызвать у человека чувство жалости к себе и поможет ему заплакать.

2. Фаза страдания и дезорганизации

Фаза страдания и дезорганизации продолжается 6 - 7 недель. В это время человеку бывает трудно удержать свое внимание на внешнем мире. Сохраняются и могут усиливаться различные телесные реакции: затрудненное укороченное дыхание, мышечная слабость, астения, утрата энергии, ощущение тяжести любого действия, чувство пустоты в желудке, стеснение в груди, ком в горле, повышенная чувствительность к запахам, снижение или чрезвычайное усиление аппетита, сексуальные дисфункции, нарушение сна.

Это период наибольших страданий, острой душевной боли. Появляется множество тяжелых и пугающих мыслей и чувств: ощущение пустоты и бессмысленности существования, отчаяние, чувство одиночества, беспомощности, вины, злость, тревога, страх. Типична необыкновенная поглощенность образом умершего и его идеализация, подчеркивание необычайных достоинств, избегание воспоминаний о его плохих чертах и поступках; это особенно характерно для конца фазы. Горе накладывает отпечаток и на отношения с окружающими. Здесь может наблюдаться утрата теплоты, раздражительность, желание уединиться. Изменяется повседневная деятельность. Человеку трудно сконцентрироваться на том, что он делает, трудно довести дело до конца, а сложноорганизованная деятельность может на время стать и вовсе недоступной. Иногда горюющий неосознанно отождествляет себя с умершим, что проявляется в невольном подражании его походке, жестам, мимике. Основным переживанием выступает чувство вины. Возникают так называемые патогенные цепочки, когда человек, вспоминая событие, усматривает различные намеки, которые якобы были ему даны: "Раз я знал, я мог предотвратить событие". Очень характерны для данной фазы сильные нарушения памяти на текущие события. Человек, переживающий горе,

сильно меняется внешне: лицо становится очень выразительным, на нем застывает маска страдания. Меняется походка, человек горбится. Появляется масса проблем со здоровьем, все время что-то болит. Появляется эмоциональная лабильность. В этот период работа по переживанию горя становится ведущей деятельностью. Если в продолжение первой фазы следует постоянно быть вместе с горюющим, то здесь можно и нужно дать человеку побыть одному, если он этого хочет. Необходимо всегда быть готовым к тому, что у горющего появится потребность выговориться, в таком случае нужно быть в его распоряжении: выслушать его и поддержать. На этой фазе человек в состоянии горя, может быть очень раздражительным. Если человек плачет, вовсе не обязательно его утешать, слезы дают возможность сильнейшей эмоциональной разрядки. Не давая возможности человеку выплакаться или как-то иначе "выплеснуть" свои эмоции, мы не даем человеку возможности отреагировать горе. В конце фазы можно приобщать человека к общественно полезной деятельности: отправить в школу или на работу, начать загружать домашними делами. Это дает ему возможность отвлечься от основных переживаний. Естественно, режим должен быть щадящим, так как человек все еще ослаблен.

Переживание второй фазы является критическим в отношении дальнейшей динамики состояния горючего. Порой эта фаза приобретает особое значение и для всего жизненного пути человека: от того, как будет преодолена фаза острого горя, зависит вся стратегия дальнейшей жизни.

Выделяют следующие симптомы, которые считаются нормальными для периода острого горя:

1. Физическое страдание: постоянные вздохи, жалобы на потерю сил и истощение, отсутствие аппетита.
2. Изменение сознания: легкое чувство нереальности, ощущение увеличения эмоциональной дистанции, отделяющей горющего от других людей, поглощенность образом умершего.
3. Враждебные реакции: утрата теплоты в отношениях с другими людьми, раздражение и злость в их адрес, желание, чтобы они не беспокоили.
4. Утрата моделей поведения: торопливость, непоседливость, бесцельные движения, постоянные поиски какого-либо занятия и неспособность организовать его, потеря интереса к чему бы то ни было.
5. Появление у горющего черт умершего, особенно симптомов его последнего заболевания или манеры поведения - этот симптом находится уже на границе патологического реагирования.
6. Утрата моделей поведения (неспособность начинать и поддерживать организованную деятельность, отсутствие интереса к любимым занятиям, нежелание чем-то заниматься и т.п.).

3. Фаза остаточных толчков и реорганизации

Эта фаза наступает после завершения периода острого горя и продолжается примерно год. На этом этапе жизнь входит в свою колею, восстанавливается сон, аппетит, повседневная деятельность, умерший перестает быть главным сосредоточием жизни. Переживание горя теперь не ведущая деятельность, оно протекает в виде редких отдельных приступов. Такие остаточные приступы горя могут быть столь же острыми, как и в предыдущей фазе, а на фоне нормального существования субъективно воспринимаются как еще более острые. Поводом для них чаще всего служат какие-то даты, традиционные события ("Новый Год впервые без него") или события повседневной жизни ("обидели, некому пожаловаться", "на его имя пришло письмо"). За один год происходят практически все обычные жизненные события и в дальнейшем начинают повторяться. Годовщина смерти является последней в этом ряду.

За этот период утрата постепенно входит в жизнь. Человеку приходится решать множество новых задач. Постепенно появляется все больше воспоминаний, освобожденных от боли, чувства вины, обиды. На этой фазе человек как бы получает возможность отвлечься от прошлого и обращается к будущему - начинает планировать свою жизнь без умершего.

Поэтому основная помощь на данном этапе состоит в том, чтобы способствовать этому обращению к будущему, помогать строить всевозможные планы. Описываемое нормальное переживание горя приблизительно через год вступает в свою последнюю фазу.

4. Фаза завершения

Последняя фаза горевания - фаза принятия смерти. Длительность ее от года до двух лет. Смысл и задача "работы горя" в этой фазе состоят в том, чтобы человек простил себя, отпустил обиду, принял ответственность за свою жизнь, а образ умершего занял в его жизни свое постоянное место - то есть происходит возвращение человеку самого себя. Вспоминая об умершем, человек переживает уже не горе, а печаль - совершенно другое чувство. И эта печаль уже навсегда останется в сердце человека, потерявшего близкого.

Важный момент, о котором нельзя забывать, общаясь с человеком, переживающим утрату, это культуральные особенности переживания горя. Это становится важным еще и потому, что на территории Российской Федерации проживает около 170 этносов. Хотя внутреннее содержание процессов работы горя не зависит от культуры, однако их внешние проявления могут различаться. Так, например, в восточной культуре принято ярко выражать свои эмоции по поводу трагических событий, а на западе в большинстве случаев можно увидеть "молчаливое горе".

Патологическое горе и причины его возникновения

Феномен отклонения от нормального, здорового переживания утраты представляет собой процесс, при котором скорбь становится патологической, когда работа горя не завершена. Осложненное горе возникает, если его пере-

живание "замедляется, приостанавливается, и появляются сложности с интеграцией утраты и приобретением нового опыта. Нормальная "работа горя" может стать патологическим процессом, если человек "застревает" на одной из фаз описанных выше. Патологическое горе характеризуется длительностью отрицания утраты и фиксацией на горестных ощущениях. Обе эти реакции являются нормальными до тех пор, пока человек не "застревает", не фиксируется на них. Для того чтобы переживание утраты пошло по болезненному, а не по здоровому руслу, обычно имеются определенные основания или причины. Таковыми могут быть:

- конфликты или ссоры с близким человеком перед его смертью;
- невыполненные по отношению к умершему обещания;
- "не похороненные мертвецы" - без вести пропавшие, те, чьи тела не были найдены, те, о смерти которых не сообщили близким (пока событие не произошло, работа горя в полной мере начаться не может);
- внезапная или неожиданная утрата;
- двойственные чувства по поводу утраты;
- чрезмерная зависимость от умершего;
- множественные утраты на протяжении незначительного времени;
- отсутствие систем поддержки личности или жизнеобеспечения.

Патологические реакции горя могут проявляться в виде повышенной активности без чувства утраты (экспансивная или авантюрная деятельность на фоне хорошего самочувствия и вкуса к жизни). Человека может преследовать чувство нереальности происходящего и поглощенность образом умершего. Нередки случаи, когда скорбящего преследуют зрительные и слуховые образы умершего, например, часто слышится окликающий голос или видится лицо. Или у горюющего появляются симптомы последнего заболевания умершего. Также проявляется ряд психосоматических заболеваний (астма, язва, колиты, дерматиты, онкология). Могут наблюдаться изменения в отношениях с окружающими, друзьями и родственниками (опять же здесь вопрос интенсивности):

- избегание общения;
- социальная изоляция;
- утрата теплоты по отношению к другим людям (переживание уникальности своих переживаний);
- раздражение, злость, желание, чтобы "не трогали";
- яростная враждебность к определенным лицам (часто направлена на лечащего врача, представителей власти, силовых структур и др.);
- дальнейшая утрата форм социальной активности (утрата решительности и инициативы, невозможность выполнить даже простейшую деятельность самостоятельно).

Так как практически все чрезвычайные ситуации сопряжены с утратой и при этом всегда несут в себе фактор внезапности, то значительно возрастает риск возникновения именно патологических реакций горя.

Особенности переживания утраты детьми

У детей другие представления о жизни и смерти, чем у взрослых. Считается, что у детей до 2-х лет вообще нет никакого представления о смерти. Между 2-мя и 6-тью годами у них развивается представление о том, что умирают не навсегда (смерть как отъезд, сон, временное явление). В ранние школьные годы дети относятся к смерти как к чему-то внешнему: они персонифицируют ее либо с определенным лицом (например, приведением), либо идентифицируют с покойником. Часто дети в этом возрасте (5-7 лет) считают собственную смерть маловероятной; эта мысль приходит к ним позже, примерно к 8 годам. Для детей между 6 - 10 годами смерть становится более реальной и окончательной. И если в начале этого возрастного этапа они думают, что разум, умение и ловкость позволят им ее избежать (так как она может быть персонифицирована), то к 10 годам они понимают, что смерть - часть общих интересов и принципов, которые управляют миром. К подростковому возрасту, дети уже разделяют концепцию взрослых о смерти, и собственная смертность становится для них очевидной, однако они в большей степени, чем взрослые, склонны верить в бессмертие души. Дети, узнав о смерти родителя или близкого родственника, проходят через те же стадии. Однако период острого горя у них обычно короче, чем у взрослых.

Среди особенностей поведения детей, переживших потерю родителя, можно выделить следующие: ребенок плачет, надеется на возвращение родителя, иногда начинает его искать, иногда описывает яркое ощущение его присутствия, иногда злиться из-за утраты и винит окружающих, иногда обвиняет умершего родителя или боится потерять выжившего. Обычно родители стараются скрывать от детей свои чувства по поводу утраты. Это объясняется не столько тем, что родители не хотят расстраивать детей, сколько их собственным страхом перед интенсивностью детских эмоций. Однако скрывание факта смерти родителя или запрет на выражение чувств не несет в себе ничего, кроме патологических реакций, среди которых можно выделить:

- энурез, заикание, сонливость или бессонница, откусывание ногтей, анорексия (отсутствие аппетита), галлюцинации;
- длительное неуправляемое поведение;
- острая чувствительность к разлуке;
- полное отсутствие каких-либо проявлений чувств;
- отсроченное переживание горя (актуализированное, например, каким-либо психотравмирующим или кризисным событием);
- депрессия (у подростков - это гнев, загнанный внутрь).

Детям легче перенести печаль и горе членов семьи, чем молчание или неправду, поэтому ребенок должен быть включен в переживания всей семьи и его эмоции ни в коем случае не должны быть игнорированы. В период горевания, особенно острого горя, ребенок должен чувствовать, "что его по-прежнему любят и что он не будет отвергнут". В это время ему нужна поддержка и забота со стороны взрослых, их понимание, доверие, а также доступность контакта, чтобы в любое время ребенок мог поговорить о том, что его волнует или

просто посидеть рядом и помолчать. Для ребенка важно выразить свои переживания - будь то желание поплакать или отреагировать свой гнев, рассказать грустную или смешную историю об умершем, посмотреть вместе фотоальбом с его фотографиями, сделать ему подарок, нарисовать свои чувства или подержаться в тишине за руки.

Благоприятными для детей условиями проживания горя являются следующие:

- хорошие отношения с родителем до его смерти;
- получение адекватной информации, откровенных ответов на вопросы ребенка;
- участие в процессе оплакивания вместе со всей семьей;
- хорошие отношения с оставшимся в живых родителем и уверенность в нерушимости этих отношений.

Если при работе вы имеете возможность общения с пострадавшим, переживающим горе, утрату, при возможности окажите ему необходимую психологическую поддержку, используя навыки активного слушания, поиска ресурса и общения с пострадавшим. Своевременная помощь горяющему может помочь ему пережить эту потерю с минимальными негативными последствиями.

Контрольные вопросы.

1. С какого момента начинается работа специалистов в рамках экстренной психологической помощи
2. Какие фазы горя вам известны.
3. Общие принципы конструктивного общения с пострадавшими во время аварийно-спасательных работ.

Литература:

1. Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия. СПб.: Речь, 2001.
2. Ляшенко А.И., Тиунов С.В., Шатило В.Н. Практика участия психологов МСПП в работе по оказанию экстренной психологической помощи // Психология экстремальных ситуаций / Под ред. В.В.Рубцова, С.Б.Малых. М.: Психологический институт РАО, 2007. С. 199-205.
3. Мазур Е. С. Экзистенциальный смысл работы с психологической травмой.
4. Осухова Н.Г. Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях: Учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений. 2-е изд., испр. М.: Академия, 2007.
5. Паркинсон Ф. Посттравматический стресс: спасательные команды и добровольцы // Антология острых переживаний: социально-психологическая помощь. М., 2002.

Лекция №5.

Классификация последовательных фаз или стадий в динамике состояния людей после психотравмирующих ситуаций

1. Классификация Решетникова.
2. Классификация Александровского
3. Техники экстренной психологической помощи

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

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

2. «Психофизиологическая демобилизация». Длительность до трех суток. Для абсолютного большинства обследуемых наступление этой стадии связано с первыми контактами с теми, кто получил травмы, и с телами погибших, с пониманием масштабов трагедии («стресс осознания»). Характеризуется резким ухудшением самочувствия и психоэмоционального состояния с преобладанием чувства растерянности, панических реакций (нередко — иррациональной направленности), понижением моральной нормативности поведения, снижением уровня эффективности деятельности и мотивации к ней, депрессивными тенденциями, некоторыми изменениями функций внимания и памяти (как правило, обследованные не могут достаточно четко вспомнить, что они делали в эти дни). Большинство опрошенных жалуются в этой фазе на тошноту, «тяжесть» в голове, неприятные ощущения со стороны желудочно-кишечного тракта, снижение (даже отсутствие) аппетита. К этому же периоду относятся первые отказы от выполнения спасательных и «расчистных» работ (особенно связанных с извлечением тел погибших), значительное увеличение количества ошибочных действий при управлении транспортом и специальной техникой, вплоть до создания аварийных ситуаций.

«Стадия разрешения» — 3—12 суток после стихийного бедствия. По данным субъективной оценки, постепенно стабилизируется настроение и самочувствие. Однако по результатам наблюдений у абсолютного большинства обследованных сохраняются пониженный эмоциональный фон, ограничение

контактов с окружающими, гипомимия (маскообразность лица), снижение интонационной окраски речи, замедленность движений. К концу этого периода появляется желание «выговориться», реализуемое избирательно, направленное преимущественно на лиц, которые не были очевидцами стихийного бедствия, и сопровождающееся некоторой ажитацией. Одновременно появляются сны, отсутствовавшие в двух предшествующих фазах, в том числе тревожные и кошмарные* сновидения, в различных вариантах отражающие впечатления трагических событий. На фоне субъективных признаков некоторого улучшения состояния объективно отмечается дальнейшее снижение физиологических резервов (по типу гиперактивации). Прогрессивно нарастают явления переутомления. Средние показатели физической силы и работоспособности (в сравнении с нормативными данными для исследованной возрастной группы) снижаются на 30%, а по показателю кистевой динамометрии — на 50% (в ряде случаев — до 10—20 кг). В среднем на 30% уменьшается умственная работоспособность, появляются признаки синдрома пирамидной межполушарной асимметрии. 4. «Стадия восстановления». Начинается приблизительно с 12-го дня после катастрофы и наиболее отчетливо проявляется в поведенческих реакциях: активизируется межличностное общение, начинает нормализоваться эмоциональная окраска речи и мимических реакций, впервые после катастрофы могут быть отмечены шутки, вызывавшие эмоциональный отклик у окружающих, восстанавливаются нормальные сновидения. Учитывая зарубежный опыт, можно также предполагать у лиц, находившихся в очаге стихийного бедствия, развитие различных форм психосоматических расстройств, связанных с нарушениями деятельности желудочно-кишечных, сердечно-сосудистой, иммунной и эндокринной систем.

В классификация Александровского и др., 1991. Выделяют три фазы:

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

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

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

Техники экстренной психологической помощи человека в экстремальной ситуации могут появляться следующие симптомы (Крюкова и др., 2001):

Бред, галлюцинации, апатия, ступор, двигательное возбуждение, агрессия, страх, истерика, нервная дрожь, плач.

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

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

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

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

В данной ситуации:

1. Обратитесь к медицинским работникам, вызовите бригаду скорой психиатрической помощи.
2. До прибытия специалистов следите за тем, чтобы пострадавший не навредил себе и окружающим. Уберите от него предметы, представляющие потенциальную опасность.
3. Изолируйте пострадавшего и не оставляйте его одного.
4. Говорите с пострадавшим спокойным голосом. Соглашайтесь с ним, не пытайтесь его переубедить. Помните, что в такой ситуации переубедить пострадавшего невозможно.

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

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

В душе — пустота, безразличие, нет сил даже на проявление чувств. Если че-

ловека оставить без поддержки и помощи в таком состоянии, то апатия может перейти в депрессию (тяжелые и мучительные эмоции, пассивность поведения, чувство вины, ощущение беспомощности перед лицом жизненных трудностей, бесперспективность и т.д.).

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

Основными признаками *апатии* являются:

безразличное отношение к окружающему;

вялость, заторможенность;

медленная, с длинными паузами, речь. В данной ситуации:

1. Поговорите с пострадавшим. Задайте ему несколько простых вопросов: «Как тебя зовут?»; «Как ты себя чувствуешь?»; «Хочешь есть?».
2. Проводите пострадавшего к месту отдыха, помогите удобно устроиться (обязательно снять обувь).
3. Возьмите пострадавшего за руку или положите свою руку ему на лоб.
4. Дайте пострадавшему возможность поспать или просто полежать.
5. Если нет возможности отдохнуть (происшествие на улице, в общественном транспорте, ожидание окончания операции в больнице), то больше говорите с пострадавшим, вовлекайте его в любую совместную деятельность (прогуляться, сходить выпить чаю или кофе, помочь окружающим, нуждающимся в помощи).

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

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



Основными признаками ступора являются:

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

В данной ситуации:



1. Согните пострадавшему пальцы на обеих руках и прижмите их к основанию ладони. Большие пальцы должны быть выставлены наружу.
2. Кончиками большого и указательного пальцев массируйте пострадавшему точки, расположенные на лбу, над глазами ровно посередине между линией роста волос и бровями, четко над зрачками.

Ладонь свободной руки положите на грудь пострадавшего. Подстройте свое дыхание под ритм его дыхания.



Человек, находясь в ступоре, может слышать и видеть.

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

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

Основными признаками двигательного возбуждения являются:
резкие движения, часто бесцельные и бессмысленные действия;

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

В данной ситуации:

1. Используйте прием «захват»: находясь сзади, просуньте свои руки пострадавшему под мышки, прижмите его к себе и слегка опрокиньте на себя.
2. Изолируйте пострадавшего от окружающих.
3. Массируйте «позитивные» точки. Говорите спокойным голосом о чувствах, которые он испытывает. («Тебе хочется что-то сделать, чтобы это прекратилось? Ты хочешь убежать, спрятаться от происходящего?»)
4. Не спорьте с пострадавшим, не задавайте вопросов, в разговоре избегайте фраз с частицей «не», относящихся к нежелательным действиям (например: «Не беги», «Не размахивай руками», «Не кричи»).
5. Помните, что пострадавший может причинить вред себе и другим.
6. Двигательное возбуждение обычно длится недолго и может смениться нервной дрожью, плачем, а также агрессивным поведением (см. помощь при данных состояниях).

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

Основными признаками агрессии являются:

раздражение, недовольство, гнев (по любому, даже незначительному поводу);

нанесение окружающим ударов руками или какими-либо предметами; словесное оскорбление, брань;

мышечное напряжение;

повышение кровяного давления. В данной ситуации:

1. Сведите к минимуму количество окружающих.
2. Дайте пострадавшему возможность «выпустить пар» (например, выговориться или «избить» подушку).
3. Поручите ему работу, связанную с высокой физической нагрузкой.
4. Демонстрируйте благожелательность. Даже если вы не согласны с пострадавшим, не обвиняйте его самого, а высказывайтесь по поводу его действий. Иначе агрессивное поведение будет направлено на вас. Нельзя говорить: «Что же ты за человек!» Следует сказать: «Ты ужасно злишься, тебе хочется все разнести вдребезги. Давай вместе попытаемся найти выход из этой ситуации».

5. Старайтесь разрядить обстановку смешными комментариями или действиями.

6. Агрессия может быть погашена страхом наказания: если нет цели получить выгоду от агрессивного поведения; если наказание строгое и вероятность его осуществления велика.

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

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

К основным признакам страха относятся:
напряжение мышц (особенно лицевых);



сильное сердцебиение;
учащенное поверхностное дыхание;
сниженный контроль над собственным поведением.

Панический страх, ужас может побудить к бегству, вызвать оцепенение или, наоборот, возбуждение, агрессивное -| поведение. При этом человек плохо контролирует себя, не осознает, что он делает и что происходит вокруг.

В этой ситуации:

1. Положите руку пострадавшего себе на запястье, чтобы он ощутил ваш спокойный пульс. Это будет для него сигналом: «Я сейчас рядом, ты не один!».
2. Дышите глубоко и ровно. Побуждайте пострадавшего дышать в одном с вами ритме.
3. Если пострадавший говорит, слушайте его, выказывайте заинтересованность, понимание, сочувствие.
4. Сделайте пострадавшему легкий массаж наиболее напряженных мышц тела.

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

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

Основные признаки данного состояния:

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



В данной ситуации:

- 1- Нужно усилить дрожь.
2. Возьмите пострадавшего за плечи и сильно, резко потрясите в течение 10-15 секунд.
3. Продолжайте разговаривать с ним, иначе он может воспринять ваши действия как нападение.
4. После завершения реакции необходимо дать пострадавшему возможность отдохнуть. Желательно уложить его спать.
5. Нельзя:
обнимать пострадавшего или прижимать его к себе;
укрывать пострадавшего чем-то теплым;
успокаивать пострадавшего, говорить, чтобы он взял себя в руки.

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

Основные признаки данного состояния:

человек уже плачет или готов разрыдаться;
подрагивают губы;

наблюдается ощущение подавленности;
в отличие от истерики, нет признаков возбуждения.

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

В данной ситуации:

1. Не оставляйте пострадавшего одного.
2. Установите физический контакт с пострадавшим (возьмите за руку, положите свою руку ему на плечо или спину, погладьте его по голове). Дайте ему почувствовать, что вы рядом.
3. Применяйте приемы «активного слушания» (они помогут пострадавшему выплеснуть свое горе): периодически произносите «ага», «да», кивайте головой, то есть подтверждайте, что слушаете и сочувствуете; повторяйте за пострадавшим отрывки фраз, в которых он выражает свои чувства; говорите о своих чувствах и чувствах пострадавшего.
4. Не старайтесь успокоить пострадавшего. Дайте ему возможность выплакаться и выговориться, «выплеснуть» из себя горе, страх, обиду.
5. Не задавайте вопросов, не давайте советов. Ваша задача — выслушать.

Истерика. Истерический припадок длится несколько минут или несколько часов.

Основные признаки:

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

В данной ситуации:

1. Удалите зрителей, создайте спокойную обстановку. Оставайтесь с пострадавшим наедине, если это не опасно для вас.
2. Неожиданно совершите действие, которое может сильно удивить (можно дать пощечину, облить водой, с грохотом уронить предмет, резко крикнуть на пострадавшего).
3. Говорите с пострадавшим короткими фразами, уверенным тоном («Выпей воды», «Умойся»).
4. После истерики наступает упадок сил. Уложите пострадавшего спать. До прибытия специалиста наблюдайте за его состоянием.
5. Не потакайте желаниям пострадавшего.

Контрольные вопросы.

1. Что включает в себя «острый эмоциональный шок»
2. Что общего в классификациях Решетникова и Александровского.

Литература:

1. Мазур Е. С. Экзистенциальный смысл работы с психологической травмой // Экзистенциальная традиция: философия, психология, психотерапия. № 10. Апрель, 2007.
2. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр: В 3 т. Пер. с англ. М.: Медицина (на тит.л. в вых. Дан.: Женева: Всемир. Орг. Здравоохранения), 1998.
6. Мерфи Дж. Арт-терапия в работе с детьми и подростками, перенесшими сексуальное насилие // URL: <http://webcommunity.ru/939/>
7. Миллер Л.В., Вихристюк О.В. Создание модели службы психологической помощи в экстремальных и чрезвычайных ситуациях (в рамках Инновационной образовательной программы «Формирование системы психологического образования в университете как базовом ресурсном центре практической психологии». Проект 2.3.4.8. «Экстремальная психология». Закупка № 3.1.15.3)., МГППУ. Рукопись. 2008.
8. Миллс Дж., Кроули Р. Терапевтические метафоры для детей и внутреннего ребенка. Пер. с англ. М.: Класс, 1996.
9. Никитина Т.Н. К вопросу о задачах экстренной психологической помощи // Антология тяжелых переживаний: социально-психологическая помощь: Сборник статей / Под ред. О.В. Красновой. М: МПГУ; Обнинск: Принтер, 2002. С.190-204.

Лекция №6.

Служба экстренной телефонной социально-психологической помощи населению.

1. Специфика деятельности службы.
2. Функциональные особенности телефонного консультанта.
3. Правила ведения беседы.
4. Отбор и подготовка телефонных консультантов.

Специфика деятельности службы.

Служба телефонной экстренной социально-психологической помощи является частью комплексной системы оказания социально-психологической помощи населению. В России данная служба известна под названием «Телефон доверия». Это отнюдь не общепринятое обозначение служб экстренной психологической помощи. Почти в каждой стране есть свое наименование: в Испании- «Надежда», в Швейцарии- «Протянутая рука», в Германии - «Духовная помощь». «Телефон доверия» - обозначение, принятое в славянских странах.

Первый «Телефон доверия» был открыт в Москве в 1982 году. Необходимость введения этой формы психологической помощи была обусловлена тем, что часто люди, нуждающиеся в психологической помощи, не решаются отважиться на контакт с психологом лицом к лицу.

Основное отличие службы «Телефон доверия» в СНГ от западно-европейской модели состоит в том, что в нашей стране данная служба построена почти исключительно на профессиональной основе: «на трубке» за определенную плату работают профессионалы.

Специфика деятельности службы «Телефон доверия» связана с решением *задач экстренной психологической помощи*. Прежде всего, это:

- снять напряжение, которое испытывает человек, обращаясь на «Телефон доверия»;
- помочь человеку, обратившемуся за помощью, пережить конфликты и иные психотравмирующие ситуации;
- помочь обратившимся в службу наметить пути разрешения внутреннего или внешнего конфликта; актуализировать их личностные, духовные, интеллектуальные, творческие, физические ресурсы для выхода из кризисного состояния;
- обеспечить доступность и своевременность квалифицированной социально-психологической помощи для всех граждан, независимо от их социального статуса и места жительства.

Основными принципами предоставления психологической помощи по телефону являются следующие:

- доступность в любое время. Это означает круглосуточный режим работы и наличие достаточного количества каналов на одной телефонной линии;
 - анонимность и для обратившегося в службу, и для телефонного консультанта;
 - недирективность, т. е. отсутствие какого-либо давления на нуждающегося в помощи;
 - бесплатность;
 - отставка телефонного консультанта от политических, религиозных, идеологических и прочих установок в беседе с обратившимся в службу;
 - невмешательство сотрудников службы «Телефон доверия» в судьбу человека, обратившегося за помощью (имеется в виду принудительная госпитализация, навязывание непереносимого очного контакта с психологом), если с его стороны не выражается добровольное на то согласие. Лишь с ориентацией на самые крайние случаи, когда цена данного принципа отступает перед ценой жизни человека, обсуждаются возможности отклонения от него;
- В работе службы «Телефон доверия» приняты следующие обозначения:
- обращающийся в службу - «пациент»;
 - отвечающий, работающий «на трубке» - консультант;
 - сам речевой контакт с пациентом - беседа.

Главный итог беседы и отчасти критерий ее успешности - снятие напряжения у пациента.

* Обычно консультанты службы телефона доверия работают по бригадной системе. Бригада состоит из 5- 6 человек. В бригаде должны быть разные специалисты, не только психолог; тогда есть возможность «передавать» звонок от одного специалиста другому в зависимости от специфики проблемы пациента.

Каждый консультант работает в отдельной кабинке, где помимо телефонного аппарата и кресла находится зеркало (напротив кресла) для того, чтобы консультант мог отслеживать свое поведение и эмоциональные реакции во время разговора.

Функциональные особенности телефонного консультанта.

Консультант не имеет права раскрывать анонимность пациента никаким третьим лицам, кроме своих коллег по службе. Раскрытие анонимности пациента правоохранительным органам возможно только по решению суда. В исключительных случаях разрешается раскрытие анонимности пациента представителям других социальных служб только при наличии на то его согласия.

Консультант не имеет права использовать информацию, полученную во время беседы с пациентом, в корыстных целях.

Консультант не должен вступать в какие-либо личные отношения с пациентом (например, ходить в гости).

Консультант вправе отказаться от принятия на себя профессиональных обязательств только при наличии полной уверенности в том, что своими действиями он не нанесет ущерба пациенту.

Консультант должен отчетливо представлять себе границы своей компетентности и тот потенциальный вред, который может принести пациенту.

Консультант имеет право делать аудиозапись беседы или разрешать третьим лицам прослушивать ее только после согласия на это пациента.

Консультант имеет право оказать экстренную психотерапевтическую помощь лицам, находящимся в кризисной ситуации.

Консультант имеет право консультировать пациентов по поводу психологических проблем.

Консультант имеет право на информационное консультирование пациентов с целью установления их связи с другими социальными службами.

Консультант обязан фиксировать все обращения в службу в *отчетной карте вызова*, отмечая следующую информацию:

- порядковый номер пациента;
- пол пациента;
- его возраст (сообщенный пациентом или по оценке консультанта);
- имя пациента;
- место жительства, номер телефона;
- семейный статус пациента (женат, разведен, вдов, живущий одиноко, неизвестно);
- который раз обращается в службу «Телефон доверия»;
- дата обращения пациента;
- время начала разговора;
- время окончания разговора (длительность беседы);
- тема беседы, краткое содержание разговора (делается в том случае, если оно представляет интерес для других консультантов);
- комментарии консультанта;
- оказанная помощь;
- исход разговора (оценка эффективности беседы);
- имя консультанта.

Правила ведения беседы.

Беседа начинается по инициативе пациента. Консультант не имеет возможности ни начать беседу, ни права прервать ее.

Когда зазвонил телефон, не рекомендуется брать трубку сразу. Оптимальный вариант интервала между сигналом и снятием трубки - две-три секунды. Меньший интервал может обескуражить звонящего, при большем нерешительный пациент может повесить трубку.

Начинать речевой контакт необходимо с оповестительной формулы, принятой в конкретной службе «Телефон доверия», которую консультант произносит спокойным голосом. Он должен оставаться спокойным в течение всего разговора с пациентом.

Тактически выгодно сначала осторожными вопросами выяснить, с кем имеешь дело.

Необходимый этап беседы — выслушивание пациента, предоставление ему возможности проговорить конфликт. Часто уже это приносит облегчение пациенту.

Далее совместно с пациентом консультант анализирует конфликтную ситуацию, выделяя ее элементы. Затем целесообразно разделить эти проблемные элементы на две группы: на те, что зависят от желаний, усилий, воли пациента, и на те, что от его воли не зависят либо требуют слишком много сил, времени, постоянного напряжения. Тем самым каждой проблеме, трудности приписывается цена, выражаемая теми усилиями и жертвами, пойти на которые пациент готов ради достижения своей цели, то есть определяется мотивационный вес каждого элемента проблемы.

Теперь, когда известна цена проблемы или ее элементов, самое время попытаться понять: чего, в сущности, пациент хочет. Подробное обсуждение ситуации может помочь пациенту по-новому взглянуть на нее и соотнести ее не с сиюминутными, а более долгосрочными мотивами. Консультанту важно помнить, что он нужен пациенту для того, чтобы тот смог увидеть свою проблему «чужими глазами», со стороны, с некоторого расстояния.

Информация, которую консультант сообщает пациенту, должна быть обезличена ссылками на статистику, научные данные. Ссылки на личный опыт недопустимы.

И наконец, этап принятия решения. Задача консультанта на этом этапе беседы — сделать все, чтобы пациент получил возможность принять решение, но делать это за него есть вмешательство в чужие дела. Не стоит навязывать пациенту своего мнения и отстаивать свою правоту. Иначе консультант лишь самоутверждается, и только.

По завершении беседы консультанту не следует класть трубку первым, даже если он уже попрощался с собеседником. Разговор может иметь продолжение, и вообще, пациент не должен слышать короткие гудки.

Типы звонков:

«Молчащие звонки», «Молчаливое обращение». Что стоит за ними? Абоненту не хватает решительности начать разговор, он не в состоянии переступить барьер недоверия и страха. Молчание абонента не повод для прерывания контакта. Напротив, консультант должен изыскать средства, помогающие удержать потенциального пациента и разговорить его. Абонент должен почувствовать поддержку консультанта, которая может быть выражена са-

мыми обычными и простыми фразами: «Пожалуйста, говорите, я готов выслушать вас» или «Я понимаю, иногда бывает трудно начать разговор» и т.п. В некоторых случаях необходимо обеспечить обратную связь с абонентом. Консультант может использовать описание каких-либо звуков, которые слышит. Например: «Очевидно, вы находитесь на улице, я слышу шум транспорта?» Иногда полезно придумать какой-либо условный код, например стук по трубке, обозначающий «да» и «нет».

«Замаскированные звонки», «Замаскированное обращение» типа «Это вызов такси?» или «А куда я попал? Что это за Телефон доверия? А я могу вам довериться?» Нередко за такими фразами скрываются очень серьезные психологические проблемы.

«Звонки-дурачество», «Звонки-засорение». Как на них реагировать? Услышав по телефону шутку, можно ответить шуткой. Можно задать вопрос: «Это все, что вы хотели сказать?»

«Сексуальные звонки». Звонки этой категории могут быть самыми трудными и неприятными. Консультант должен уметь избегать неловкости, смущения, испуга, чтобы помочь абоненту, действительно нуждающемуся в открытом разговоре о своих половых взаимоотношениях, при этом он должен чувствовать себя вполне комфортно.

Существуют три правила реагирования на такие звонки:

- 1) принятие, не осуждение абонента, даже если возникла необходимость сказать ему, что он переступил границы возможного обслуживания
- 2) строгая дифференцировка - не манипулирует ли абонент консультантом;
- 3) твердая позиция, требуемая конкретной службой «Телефон доверия» в отношении этого вида звонков. Так, некоторые «Телефоны доверия» установили линию прерывания сексуальных звонков. Другие «Телефоны доверия», признавая существование у некоторых абонентов такой потребности, идущей от их низкой самооценки и малой веры в себя, делают попытки найти к сексуальному абоненту особый подход. С этой целью создается специальная группа телефонных консультантов, которые работают с такими звонками.

Отбор и подготовка телефонных консультантов.

Служба экстренной психологической помощи по телефону предъявляет определенные требования к личностным и деловым качествам тех, кто в ней работает. Поэтому кандидаты в телефонные консультанты проходят через некоторый отбор.

Люди с большим сердцем, страдающие эпилепсией, с речевыми дефектами «отсеиваются» сразу. Нежелательны выраженные акцентуации характера, эмоциональная нестабильность.

Условием успешности работы на «Телефоне доверия» являются альтруисти-

ческая мотивация консультанта, его устойчивый интерес к людям, толерантность, умение дистанцироваться от собственных установок, самообладание, чувство юмора, способность к сопереживанию при одновременном сохранении личностной дистанции, иначе консультант не сможет снять напряжение пациента, заражаясь его эмоциональным состоянием.

Очень важны для эффективной работы «на трубке» и широта жизненного опыта консультанта, и его знание жизни различных социальных слоев и разных моделей семейных отношений, а кроме того - умение эмпатически слушать собеседника.

Чересчур благополучные люди, у которых нет проблем, не смогут работать в качестве телефонных консультантов, так как с трудом вникают в чужие проблемы и горести. Но и хронически пасующие перед собственными трудностями вряд ли смогут настроить пациента на конструктивный лад.

Подбор кандидатов для работы на «Телефоне доверия» проводится через ознакомительную беседу с ними. Цель такой беседы - выявить у кандидата мотивацию для работы и помочь ему самому определиться в отношении аспектов будущей работы.

Отсутствие специального психологического образования у кандидатов преодолимо в рамках подготовки телефонных консультантов и их самоподготовки, тем более что выпускникам факультетов психологии тоже приходится учиться многому.

Подготовка добровольцев для работы на «Телефоне доверия» занимает от четырех до восьми месяцев. Сначала они проходят специальную подготовку, которая включает в себя знакомство с некоторыми отраслями знаний, необходимых для квалифицированного общения с пациентами: с основами общей, возрастной, социальной, специальной и педагогической психологии, основами психологического консультирования, психиатрии, сексологии и сексопатологии, возрастной физиологии, наркологии, права. Затем они проходят стажировку в паре с опытным наставником. Метод парной работы с инструктором предполагает прослушивание некоторых бесед с пациентами с последующим их анализом, а в дальнейшем - самостоятельную беседу начинающего консультанта с последующим разбором ошибок.

Помимо того, регулярно собирается группа опытных и начинающих сотрудников «Телефона доверия», которые под руководством инструктора или без такового проводят практические занятия или обсуждение случаев из практики. Занятия обычно представляют собой различного рода тренинги, разыгрывание моделей ситуаций общения, а также мероприятия по сплочению группы. Важна и текущая самоподготовка телефонных консультантов.

Контрольные вопросы.

1. Назовите основные задачи службы «Телефон доверия».
2. В чем состоят функциональные обязанности телефонного консультанта?
3. Каковы правила ведения беседы по «Телефону доверия»?
4. Сформулируйте требования к кандидатам в телефонные консультанты.
5. Как следует телефонному консультанту реагировать на разные типы звонков?

Литература:

1. Психологическая служба [Текст]: учебно-методическое пособие / авт.-сост. Е. В. Матвеева. - Киров: Изд-во ВятГГУ, 2007. - 63 с.

Глоссарий:

Бред - болезненное состояние психики человека, сопровождающееся фантастическими образами, видениями, искаженное восприятие действительности, расстройство мышления.

Дистресс — это стресс, вредящий организму (в отличие от эустресса - полезного стресса). Чаще всего он вызывается длительными и(или) сильными негативными воздействиями на организм. Часто причиной дистресса является не плохая жизнь вокруг, а негативное отношение к происходящему.

Дистресс — разрушительный процесс, ухудшающий протекание психофизиологических функций. Дистресс чаще относится к длительному стрессу, при котором происходят мобилизация и расходование и «поверхностных», и «глубоких» адаптационных резервов. Такой стресс может переходить в психическую болезнь (невроз, психоз).

Дистресс — это чрезмерное напряжение, понижающее возможности организма адекватно реагировать на требования внешней среды.

Дезадаптация - Неприспособленность. Переселение крестьянина в город классический пример маргинализации человека, источник множества синдромов социальной дезадаптации. Знамя 1993 3 178. Он <эсперимент> поставил тех, кому досталась. Какое либо нарушение адаптации, приспособление организма к постоянно меняющимся условиям внешней или внутренней среды. Состояние динамического несоответствия между живым организмом и внешней средой, приводящее к нарушению физиологического... ..

Галлюцинации представляют собой мнимое восприятие, не имеющее в качестве источника внешний предмет, а так же ложное сенсорное впечатление. Галлюцинации бывают: зрительные, акустические, вестибулярные, вкусовые, обонятельные.

Жертвы - это пострадавшие, изолированные в очаге ЧС (например, люди, находящиеся в завале под плитами при землетрясении, зажатые в машине при автомобильной катастрофе или находящиеся на крыше затопленного дома, на дереве при наводнении).

Кризисное вмешательство - экстренная и неотложная психологическая помощь, направленная на возвращение пострадавшего к адаптивному уровню функционирования, снижение негативного воздействия травматического события, предотвращение психопатологии (Everly & Mitchell, 1999). Кризисная интервенция направлена на то, чтобы сделать возможным работу над проблемой, нахождение клиентом желательного и адекватного для себя варианта исхода кризисной ситуации. Решение многих проблем невозможно решить быстро, поэтому важно выбрать направление действий и начать их осуществлять.

Модель экстренной психологической помощи - особая система и основа действий психолога, имеющая свои отличительные особенности.

Наблюдатели (или зеваки) - это люди, непосредственно не участвовавшие в чрезвычайной ситуации, но прибывшие на место события, получив информацию о произошедшем из различных источников (СМИ, знакомые).

Очевидцы (свидетели) - это люди, оставшиеся и физически и материально невредимыми, но являющиеся очевидцами трагического события (падение самолета рядом с местом их проживания, взрыв в соседнем доме). Данная категория лиц также получает психологическую травму, так как люди в подобных обстоятельствах часто примеряют произошедшее на себя и своих близких, ставя себя на место пострадавших людей.

Психологический дебрифинг Дебрифинг — метод работы с групповой психической травмой (Бадхен, 2001; Ромек и др., 2004). Это форма кризисной интервенции, особо организованная и четко структурированная работа в группах с людьми, совместно пережившими катастрофу или трагическое событие. Групповая форма работы по отреагированию, переработке и минимизации последствий чрезвычайных и экстремальных ситуаций. Развитие техники дебрифинга связывают с именами Дж. Митчелла (США) и А. Дирегрова (Норвегия). Его желательно проводить через 24-72 часа после травматического события (его могут проводить и не психологи).

Психологическое сопровождение - эмоциональная поддержка человека, пережившего психотравмирующее событие, представляет один из основных видов психологической помощи в сложный для человека период, когда боль от пережитого становится непереносимой. Сопровождающий временно находится рядом с пострадавшим, обеспечивает безопасность, необходимую и достаточную поддержку личности в трудных жизненных ситуациях

Психологическое вмешательство (интервенция) - это психологическое вмешательство в личностное пространство для стимулирования позитивных изменений. Отличительной особенностью психологической интервенции является желание изменений со стороны самой личности, ее готовность к сотрудничеству с психологом. Ведущими методами психологической интервенции являются психотерапия, психологическое консультирование, психологический тренинг, организация терапевтической среды.

Психическая регуляция и саморегуляция (ПСР) -

Пострадавшие. К этой группе относятся люди, которые пострадали физически или материально, но уже не находящиеся в самом очаге ЧС. Это люди, у которых разрушен дом, потеряно имущество, а так же те, кто потерял своих родных, близких или не имеющие информации об их судьбе.

Служба телефонной экстренной социально-психологической помощи - является частью комплексной системы оказания социально-психологической помощи населению. В России данная служба известна под названием «Телефон доверия».

Стресс - (от англ. *stress* — нагрузка, напряжение; состояние повышенного напряжения) — совокупность неспецифических адаптационных (нормальных) реакций организма на воздействие различных неблагоприятных факторов-стрессоров (физических или психологических), нарушающее его гомеостаз, а также соответствующее состояние нервной системы организма (или организма в целом). В медицине, физиологии, психологии выделяют положительную (эустресс) и отрицательную (дистресс) формы стресса. По характеру воздействия выделяют нервно-психический, тепловой или холодовой (температурный), световой, голодовой и другие стрессы (облучения и т. д.).

Телезрители, радиослушатели, пользователи интернета. К данной группе относится категория людей, которые получили информацию о трагическом событии благодаря средствам массовой информации, способным оказать сильное влияние на людей, используя некоторые технологии манипулирования общественным сознанием.

Чрезвычайная ситуация (ЧС) - это обстановка на определенной территории, сложившаяся в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, стихийного или иного бедствия, которые могут повлечь или повлекли за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей

Экстренная психологическая помощь - система краткосрочных мероприятий, направленных на регуляцию актуального психологического, психофизиологического состояния и негативных эмоциональных переживаний человека или группы людей, пострадавших в результате кризисного или чрезвычайного события при помощи профессиональных методов, соответствующих требованиям ситуации

Экстренная «допсихологическая» помощь - это система краткосрочных мероприятий, направленная на оказание помощи одному человеку, группе людей или большому числу пострадавших после кризисного или чрезвычайного события, в целях регуляции актуального психологического, психофизиологического состояния и негативных эмоциональных переживаний, связанных с кризисным или чрезвычайным событием, при помощи профессиональных методов, которые соответствуют требованиям ситуации

Методические рекомендации по изучаемой литературе.

1. Алиев Х.М., Захаров В.В., Степанова Н.В., Виржанская Е.А. Купирование острого стресса и антистрессовая подготовка к экстремальным ситуациям // Московский терапевтический журнал. Специальный выпуск: экстренная психологическая помощь. 2006, № 4. С. 131-142.
2. Большой энциклопедический словарь / Гл. ред. А.М. Прохоров. М., СПб.: Большая Российская энциклопедия; Норинт, 1997.
3. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление. М.: ПЕР СЭ, 2006.
4. Бойко Ю.П., Каминский Г.Д., Сельцовский П.П., Аппенянский А.И., Кыров Н.Е., Гончарова Э.Л., Петухов В.А., Каминская Э.В. Научное обоснование стратегии развития психотерапевтической и медико-психологической помощи в чрезвычайных ситуациях и при их последствиях: Методические рекомендации (№32). М.: Комитет здравоохранения. Правительство Москвы. 2001.
5. Бурмистрова Е.В. Психологическая помощь в кризисных ситуациях (предупреждение кризисных ситуаций в образовательной среде): Методические рекомендации для специалистов системы образования. М.: МГППУ, 2006.
6. Галустова О.В. Психологическое консультирование: Конспект лекций. М.: А-Приор, 2007.
7. Головин С.Ю. Словарь практического психолога. Мн.: Харвест, 1998.
8. Довженко Т.В. Помощь родственникам погибших при чрезвычайных ситуациях // Психология экстремальных ситуаций / Под ред. В.В.Рубцова, С.Б. Малых. М.: Психологический институт РАО, 2007. С. 250-253.
9. Калшед Д. Внутренний мир травмы: архетипические защиты личностного духа. Пер. с англ. М.: Академический Проект, 2007.
10. Крок Л. Психологическое воздействие терроризма // Человек в экстремальных и трудных ситуациях. Руководство для психологов. Сборник методических статей / Под ред. О.В. Красновой / Пер с фр. М.М.Федотовой. М., Обнинск: НПЦ «Технограф», 2004. С.139-157.
11. Крюкова М.А. Профессиограмма спасателя поисково-спасательной службы МЧС России. М.: Изд-во МЧС России, 2000.
12. Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия. СПб.: Речь, 2001.
13. Ляшенко А.И., Тиунов С.В., Шатило В.Н. Практика участия психологов МСПП в работе по оказанию экстренной психологической помощи // Психология экстремальных ситуаций / Под ред. В.В.Рубцова, С.Б.Малых. М.: Психологический институт РАО, 2007. С. 199-205.
14. Махмудова Ф.А. Духовно-нравственные особенности личности молодого педагога в процессе профессиональной адаптации [Текст]/ Ф.А.Махмудова // Мир науки, культуры, образования. – Горно-Алтайск. 2013. - №3[40]. - С. 48-50

15. Мазур Е. С. Экзистенциальный смысл работы с психологической травмой // Экзистенциальная традиция: философия, психология, психотерапия. № 10. Апрель, 2007.
16. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр: В 3 т. Пер. с англ. М.: Медицина (на тит.л. в вых. дан.: Женева: Всемир. орг. Здравоохранения), 1998.
17. Мерфи Дж. Арттерапия в работе с детьми и подростками, перенесшими сексуальное насилие // URL: <http://webcommunity.ru/939/>
18. Миллер Л.В., Вихристюк О.В. Создание модели службы психологической помощи в экстремальных и чрезвычайных ситуациях (в рамках Инновационной образовательной программы "Формирование системы психологического образования в университете как базовом ресурсном центре практической психологии". Проект 2.3.4.8. «Экстремальная психология». Закупка № 3.1.15.3), МГППУ. Рукопись. 2008.
19. Миллс Дж., Кроули Р. Терапевтические метафоры для детей и внутреннего ребенка. Пер. с англ. М.: Класс, 1996.
20. Никитина Т.Н. К вопросу о задачах экстренной психологической помощи // Антология тяжелых переживаний: социально-психологическая помощь: Сборник статей / Под ред. О.В. Красновой. М: МПГУ; Обнинск: Принтер, 2002. С.190-204.
21. Осухова Н.Г. Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях: Учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений. 2-е изд., испр. М.: Академия, 2007.
22. Паркинсон Ф. Посттравматический стресс: спасательные команды и добровольцы // Антология острых переживаний: социально-психологическая помощь. М., 2002.
23. Порядок межведомственного взаимодействия при оказании специализированной психотерапевтической, психологической и психиатрической помощи при ЧС в городе Москве. М, 2006.
24. Психологическая энциклопедия / Под ред. Р. Корсини, А. Ауэрбаха. 2-е изд. СПб.: Питер, 2006.
25. Психология экстремальных ситуаций / Под ред. В.В. Рубцова, С.Б. Малых. М.: Психологический институт РАО, 2007. С. 250-253.
26. Психология экстремальных ситуаций: учебное пособие для студентов высш. учеб. заведений / [Т.Н. Гуренкова, И.Н.Елисеева, Т.Ю.Кузнецова, О.Л. и др.]: Под общ. ред. Ю.С. Шойгу. М.: Смысл; Академия, 2009.
27. Психологическая служба [Текст]: учебно-методическое пособие / авт.-сост. Е. В. Матвеева. - Киров: Изд-во ВятГГУ, 2007. - 63 с.
28. Решетников М.М. Психическая травма. СПб: Восточно-Европейский Институт психоанализа, 2006.
29. Рыбников О.Н., Смекалкина Л.В. Механизмы социально-психологической адаптации лиц опасных профессий в отдаленный период после воздей-

- ствия чрезвычайной ситуации // Механизмы стресса в экстремальных условиях: Сборник научных трудов / Под ред. И.Б. Ушакова. М.: Истоки, 2004. С. 29-33.
30. Тиунов С.В., Крылов М.Ю. Работа психологов с пострадавшими и родственниками погибших при пожаре в общежитии университета // Психология экстремальных ситуаций / Под ред. В.В.Рубцова, С.Б.Малых. М.: Психологический институт РАО, 2007. С. 290-294.
31. Трубицина Л.В. Процесс травмы. М.: Смысл, ЧеРо, 2005.
32. Федеральный закон №124-ФЗ от 24.08.1998 «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» (с изменениями от 20 июля 2000 г., 22 августа, 21 декабря 2004 г).
33. Федунина Н.Ю. Экстренная психологическая помощь: законы жанра // Московский психотерапевтический журнал (теоретико-аналитическое издание). Специальный выпуск: экстренная психологическая помощь. М., 2006, №4 (51). С.6-25.
34. Хеннинг Х., Фикенчер Э., Барке У., Розендаль В. Отношения и терапевтические имажинации. Кататимно-имагинативная психотерапия как психодинамический процесс. Таллин, 2008.
35. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия // Основные направления современной психотерапии. М: Когито-Центр, 2000. С. 224-267.
36. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Психологическая помощь людям, пережившим травматический стресс. М.: ООО «АЛВИАНТ», 2007.
37. Хоф Л. Диагностика кризиса в интервью // Журнал практической психологии и психоанализа. Ежеквартальный научно-практический журнал электронных публикаций. № 4, декабрь, 2006.
38. Храмельшвили В.В. Психотерапевтическая помощь при опознании погибших при взрыве в Московском метро // Психология экстремальных ситуаций / Под ред. В.В. Рубцова, С.Б.Малых. М.: Психологический институт РАО, 2007. С. 295-297.
39. Шех О.И., Сергеев С.С. Технологии психологической помощи в кризисных и экстремальных ситуациях. СПб.: ПГУПС, 2007.
40. Портал психологических изданий PsyJournals.ru — http://psyjournals.ru/cepp/issue/45300_full.shtml [Модель экстренной психологической помощи - Теоретические и прикладные аспекты деятельности Центра экстренной психологической помощи МГППУ]

Литература

1. Абдурахманова М.А., Аминова Д.К., Асильдерова М.М., Цахаева А.А. Формирование толерантного мировоззрения как средство нейтрализации агрессии//Успехи современной науки. 2016. Т. 4. № 4. С. 29-35
2. Абдуллаева Н.А., Цахаева А.А., Аминова Д.К. Готовность к духовно-нравственному поведению младшего школьника как компонент структуры воспитания в дагестанской семье //Успехи современной науки. 2016. Т. 2. № 6. С. 23-27
3. Алиева С.А., Абдуллаева Н.А., Цахаева А.А. Методический арсенал духовно-нравственного воспитания младшего школьника в современных условиях//Успехи современной науки. 2016. Т. 2. № 6. С. 78-81
4. Аминов У.К., Асильдерова М.М., Цахаева А.А. Нейтрализация деструктивной агрессии – основная цель профессиональной деятельности практического психолога // Успехи современной науки. 2016. №5. Том 2. С. 133 – 136.
5. Аминова Д.К., Аминов У.К., Цахаева А.А. Программа государственной итоговой аттестации студентов-выпускников ВУЗА. Направление подготовки - Профиль подготовки - Психология образования. Квалификация - Академический бакалавр / Махачкала, 2016.
6. Аминова Д.К., Цахаева А.А. Проблемы формирования приемов учебной работы как условие психологической безопасности подготовки специалистов. Вестник Академии права и управления. 2016. № 43. С. 132-136.
7. Аминов У.К., Аминова Д.К., Цахаева А.А. Значение интенсивности воздействия эмоционального неприятия клиента на профессиональную деятельность молодого психолога в период решения консультативной задачи//Успехи современной науки. 2016. Т. 1. № 7. С. 171-175.
8. Аминов У.К., Аминова Д.К., Цахаева А.А. Общая и экспериментальная психология для студентов бакалавриата по направлению "психолого - педагогическое образование" Учебное пособие / Махачкала, 2016.
9. Аминова Д.К., Аминов У.К., Цахаева А.А. Экстренная психологическая помощь пострадавшим после террористического акта (методическое пособие) / Махачкала, 2016.
10. Аминов У.К. Ориентации личности: теоретический анализ феномена Наука-Парк. 2015. № 6 (36). С. 21-24.
11. Аминов У.К. Аксиологические основы профессиональной подготовки психолога. В сборнике: Личностный ресурс субъекта труда в изменяющейся России. Материалы IV Международной научно-практической конференции. 2015. С. 11-13.
12. Аминов У.К., Джамалова Б.Б. Роль правовой культуры в формировании здорового и безопасного образа жизни учащейся молодежи. В сборнике: Развитие правового сознания в образовательном пространстве. Материалы Международной научно-практической конференции. 2014. С. 246-251.

- 13.Аминов У.К., Аминова Д.К., Цахаева А.А. Профессиональная рефлексия как механизм экономии психических сил через распространение трансцендального опыта//Прикладная психология и психоанализ. 2014. № 3. С. 6
- 14.Аминов У.К., Аминова Д.К., Цахаева А.А. Ценностные предикаты: интерпретация с позиций полагающей рефлексии. Успехи современной науки и образования. 2016. Т. 1. № 8. С. 182-186.
- 15.Аминова Д.К., Цахаева А.А. Проблемы формирования приемов учебной работы как условие психологической безопасности подготовки специалистов Вестник Академии права и управления. 2016. № 43. С. 132-136.
- 16.Аминова Д.К., Цахаева А.А., Абдурахманова М.А., Асильдерова М.М. Региональная концепция развития педагогического образования в условиях внедрения профессионального стандарта «педагог-психолог» поведения //Успехи современной науки. 2016. Т. 2. № 5. С. 64-68
- 17.Аминова Д.К., Аминов У.К., Цахаева А.А. Система экологического благополучия как условие повышения индивидуального индекса психологической безопасности личности // Міжнародний науковий журнал. 2016. № 9. С. 40-42.
- 18.Аминова Д.К., Аминов У.К.Использование нлп в переговорном процессе. В сборнике: Развитие правового сознания в образовательном пространстве. материалы 3-ой международной научно-практической конференции. Ответственный редактор: Цахаева А.А.. 2016. С. 3-10
- 19.Аминов У.К., Аминова Д.К., Цахаева А.А. Психосемантические конструкты нравственных категорий в сознании дагестанских подростков как механизм формирования адаптивного поведения //Успехи современной науки. 2016. Т. 4. № 4. С. 17-20
- 20.Аминова Д.К., Цахаева А.А. Психологическая безопасность личности как профессиональная задача психолога. В сборнике: Развитие правового сознания в образовательном пространстве. материалы 1-ой международной научно-практической конференции. 2013. С. 451.
- 21.Аминова Д.К., Цахаева А.А. Реализация компетентностной парадигмы психологической безопасности личности при усвоении ОПОП ВО в соответствии с требованиями ФГОС 3+ направления подготовки «психолого-педагогическое образование»//Успехи современной науки и образования. 2016. Т. 2. № 5. С. 137-140.
- 22.Даудова Д.М., Аминова Д.К., Цахаева А.А. Эмпатия как психологический механизм саморазвития личности будущего психолога //Успехи современной науки и образования. 2016. Т. 3. № 4. С. 49-51
- 23.Даудова Д.М. Методология интеграции психологии и информатики [Даудова Д.М., Цахаева А.А., Гасанова П.Г.] Монография / Москва, 2016.
- 24.Гасанова П.Г., Даудова Д.М., Аминова Д.К., Цахаева А.А. Влияние гендерных особенностей личности на представление о нравственности//Успехи современной науки. 2016. Т. 2. № 5. С. 122-128

25. Гасанова П.Г., Цахаева А.А., Аминова Д.К. Коммуникативная компетентность как механизм профессионального саморазвития молодого педагога // Успехи современной науки. 2016. Т. 4. № 4. С. 9-12
26. Гасанова П.Г., Даудова Д.М., Мугадова С.Т., Цахаева А.А. Феномен нравственности в научной рефлексии // Известия Дагестанского государственного педагогического университета. Психолого-педагогические науки. 2014. № 4 (29). С. 6-9
27. Махмудова Ф.А. Профессиональная адаптация молодого педагога как педагогическая проблема [Текст] / Ф.А. Махмудова // Казанский педагогический журнал. – Казань. 2009.-№9-10. С.19-25 (0,8 п.л.). (входит в «Перечень...» рекомендуемых изданий ВАК РФ).
28. Махмудова Ф.А. Нравственность как фактор адаптации молодого педагога. [Текст] / Ф.А. Махмудова // Ученые записки имени Лесгафта П.Ф.–Санкт-Петербург. 2011.- №10(80). - С.231-241 (0,2 п.л.). (входит в «Перечень...» рекомендуемых изданий ВАК РФ)
29. Махмудова Ф.А. Духовно-нравственные особенности личности молодого педагога в процессе профессиональной адаптации [Текст] / Ф.А. Махмудова // Мир науки, культуры, образования. – Горно-Алтайск. 2013. - №3[40]. - С. 48-50 (0,3 п.л.). (входит в «Перечень...» рекомендуемых изданий ВАК РФ)
30. Махмудова Ф.А., Ахмедова А.М. Нравственное воспитание как педагогическое условие профессиональной адаптации молодого педагога // Мир науки, культуры, образования. – Горно-Алтайск. 2014. - №6[49]. - С. 19-42 (0,5 п.л.). (входит в «Перечень...» рекомендуемых изданий ВАК РФ)
31. Махмудова Ф.А. Актуальные проблемы современной семьи: теория и практика. Материалы Всероссийской научно-практической конференции (с международным участием) г. Грозный, 26 марта 2016г.
32. Мугадова С.Т., Аминов У.К., Цахаева А.А. Ценностно-ориентированное экологическое самосознание педагога как предмет научного исследования // Успехи современной науки. 2016. Т. 2. № 6. С. 49-52
33. Программы учебных дисциплин кафедры общей и педагогической психологии ДГПУ [Цахаева А.А., Абдурахманова М.А., Амирова С.К., Гасанова Б.М., Гасанов П.Г., Даудова Д.М., Алиева М.Б., Ахмедова А.А., Солтанбекова Б.А., Ханукаева А.Д., Багандова Г.Х., Махмудова Ф.А., Омарова М.К., Гусейнова С.Ю.] Учебно-методическое пособие / Под редакцией А.А. Цахаевой. Махачкала, 2015. (Издание 5-е, дополненное)
34. Сулаева Ж.А., Цахаева А.А. Психология и педагогика/учебное пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению и специальностям психологии / Ж. А. Сулаева, А. А. Цахаева. Махачкала, 2009.с.533
35. Цахаева А.А. Стратегия духовного здоровья личности как воспитательная перспектива. В сборнике: Гуманизация инновационного образования в современных условиях: перспективы и достижения. к 120-ти летию Л.С.Выготского :

- материалы 5 -ой межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. 2016. С. 180-187.
- 36.**Цахаева А.А. Гуманизация инновационного образования в современных условиях: перспективы и достижения к 120-ти летию Л.С.Выготского: материалы 5 -ой межрегиональной научно-практической конференции с международным участием / 2016. Том Выпуск 5, Часть 1
- 37.**Цахаева А.А.Реализация субъектно-субъектных отношений в режиме инновационного образования.В сборнике: Гуманизация инновационного образования в современных условиях: перспективы и достижения. к 120-ти летию Л.С.Выготского : материалы 5 -ой межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. 2016. С. 58-63.
- 38.**Цахаева А.А. Основы профориентологии [Цахаева А.А. , Даудова Д.М., Гасанова П.Г., Мугадова С.Т., Юсупова Р.Ю.] Учебное пособие. Москва, 2016. С.63
- 39.**Цахаева А.А. Психолингвистические аспекты криминального переговорного процесса В сборнике: Развитие правового сознания в образовательном пространстве. материалы 3-ой международной научно-практической конференции. Ответственный редактор: Цахаева А.А.. 2016. С. 10-16.
- 40.**Цахаева А.А., Аминова Д.К. Стратегия адаптивного поведения как механизм саморазвития: профессиональный и этнопсихологический аспект. Махачкала, 2016. 231с.
- 41.**Цахаева А.А., Аминова Д.К. Шпаргалки по психодиагностике. Учебно-методический комплекс для студентов очной и очно-заочной форм обучения по специальности: "Психология в образовании" / Махачкала, 2016.
- 42.**Цахаева А.А., Аминов У.К., Аминова Д.К. Профессиональное саморазвитие как экспансия феномена самости через расширение границ рефлексии //Сборники конференций НИЦ Социосфера. 2016. № 41. С. 76-78.
- 43.**Цахаева А.А. Социотипический аспект реализации адаптивного поведения личности. В сборнике: Развитие правового сознания в образовательном пространстве. Материалы 3-ой международной научно-практической конференции. Ответственный редактор: Цахаева А.А. 2016. С. 30-34.
- 44.**Цахаева А.А. Семейные ценности как предмет научного исследования. В сборнике: Развитие правового сознания в образовательном пространстве. Материалы 3-ой международной научно-практической конференции. Ответственный редактор: Цахаева А.А.. 2016. С. 51-59.
- 45.**Цахаева А.А. Прикладные задачи развития современной школы В сборнике: Гуманизация инновационного образования в современных условиях: перспективы и достижения. к 120-ти летию Л.С.Выготского : материалы 5 -ой межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. 2016. С. 78-86.
- 46.**Цахаева А.А. Глоссарий-I по предметам психологического цикла по направлению «психолого-педагогическое образование» [Цахаева А.А., Гасанова П.Г.,

Даудова Д.М., Ибрагимова Л.А., Ахмедпашаева К.А., Солтанбекова Б.А., Мугадова С.Т., Юсупова Р.Ю.] Учебно-методическое пособие / Махачкала, 2013

47. Цахаева А.А., Аминова Д.К. Краткий справочник. Психология в лицах. Махачкала, 2015
48. Цахаева А.А., Аминова Д.К. Онтогенез организации адаптивного поведения личности // Успехи современной науки. 2016. Т. 4. № 4. С. 50-53
49. Цахаева А.А. Развитие адаптивного поведения в образовательном этнопространстве. Диссертация на соискание ученой степени доктора психологических наук / Дагестанский государственный педагогический университет. Махачкала, 2002