

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Амурский государственный университет»

ЭКСТРЕМАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ
сборник учебно-методических материалов
для направления подготовки 37.03.01 – Психология

2017 г.

Печатается по решению
редакционно-издательского совета
факультета социальных наук
Амурского государственного
университета

Составитель: Закаблук А.Г.

Экстремальная психология: сборник учебно-методических материалов для направления подготовки 37.03.01 Психология. – Благовещенск: Амурский гос. ун-т, 2017. – 70 с.

© Амурский государственный университет, 20 17

© Кафедра психологии и педагогики , 2017

© Закаблук А.Г., составление, 2017

СОДЕРЖАНИЕ

1. Краткое изложение лекционного материала	450
2. Методические рекомендации (указания) к практическим занятиям	51
3. Методические указания для самостоятельной работы студентов;	5270

1. КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ ЛЕКЦИОННОГО МАТЕРИАЛА

Раздел 1

ПОНЯТИЕ ЭКСТРЕМАЛЬНОСТИ. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ И СОСТОЯНИЙ

Лекция 1. Общее представление о предмете психологии экстремальных ситуаций и состояний

План

1. Понятие «ситуация».
2. Теоретический и практический аспекты психологии экстремальных ситуаций.
3. Категориальный аппарат психологии экстремальных ситуаций.

1. Понятие «ситуация»

Понятие «ситуация» (от лат. *situs* – позиция, положение) прочно вошло в науки, предметом которых являются человек и его поведение, но, несмотря на широту употребления, понятие «ситуация» не всегда трактуется однозначно и четко. Нередко используют понятие «ситуация» как синоним понятию «среда». Чтобы избежать многозначности этих понятий, охарактеризуем каждое из них. Среда – это комплекс неких внешних по отношению к человеку условий, а ситуация всегда включает в себя самого человека. Виды ситуаций не совпадают с видами среды (географической, социальной и др.). Среда характеризуется стабильностью и длительностью воздействия, в то время как ситуация кратковременна. Среда всегда внесубъектна, а ситуация субъектна, она всегда «чья-то ситуация». Все это свидетельствует о том, что данные понятия не тождественны, и недопустимо использовать их как синонимы.

В зарубежной психологии наиболее распространено определение ситуации как пространственно-временного конструкта и ситуация представляет собой совокупность элементов среды или фрагмент среды на конкретном этапе жизнедеятельности индивида (Магнуссон, Фернхем, Аргайл, Мишел, 1983).

Д. Магнуссон предлагает различать пять уровней ситуаций (Магнуссон, Фернхем, Аргайл, Мишел, 1983):

1. Стимулы, т. е. определенные объекты и действия внешней среды.
2. Эпизоды, т. е. особые, значимые события, имеющие причину и следствие.
3. Физические, временные, и психологические параметры ситуации, определяемые внешними условиями. Восприятие и интерпретация ситуации придает значение стимулам и эпизодам.
4. Окружение (сеттинг) – обобщающее понятие, характеризующее типы ситуаций.
5. Среда – совокупность физических и социальных переменных внешнего мира.

Начало исследований ситуации можно отнести к 1917 году, когда Курт Левин делал первые шаги в разработке теории поля. На ранних этапах исследования он понимал «психологическое поле» как наличную ситуацию «здесь и сейчас» и считал, что «действие порождается тем окружением, в котором человек находится, – реальной окружающей его ситуацией». Позднее он заменил понятие «поле» более емким понятием «жизненное пространство» и сформулировал положение о единстве человека и окружающего его мира: индивид и воспринимаемый им окружающий мир представляют собой единое векторное поле, специфика которого определяется потребностной значимостью для человека всего того, что он воспринимает и осознает. Жизненное пространство человека – это личность и среда в их взаимоотношениях. К. Левин утверждал, что всякое психическое явление (событие), в том числе и намеренное, волевое, должно рассматриваться как единство конкретного субъекта и конкретного окружения. Поведение человека, по К. Левину, определяется не особенностями среды, которые влияют на личность, а той конкретной целостностью, в состав которой входят и личность, и ее психологическое окружение. Среда в его теории – это «внешнее поле конкретных сил и воздействий», а личность – это «внутреннее поле» систем напряжений. Че-

ловек и среда – это два полюса, два момента одной и той же поведенческой целостности, которая в его концепции получила название «жизненное пространство».

2. Теоретический и практический аспекты психологии экстремальных ситуаций

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

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

Интенсивные эмоциональные переживания (страх, паника, ужас, отчаяние) могут затруднять адекватное восприятие действительности, правильную оценку ситуации, мешая принятию решений и нахождению адекватного выхода из стрессовой ситуации. Эти явления, отражающие феноменологию психического функционирования человека в кризисе, оказываются в центре внимания практически ориентированной области психологии экстремальных ситуаций. Психологическая помощь необходима нормализацию психического состояния с нивелированием негативных переживаний, предотвращения нарушений поведения и профилактики психосоматических расстройств. Основной задачей психологической помощи является мобилизация психологического потенциала для преодоления негативных последствий чрезвычайных обстоятельств, актуализация адаптивных и компенсаторных ресурсов личности. Следствием эффективной психологической помощи пострадавшим является совладание со страхом и оптимизация психического состояния и поведения человека в экстремальных ситуациях.

В значительной части случаев последствиями травматического стресса, связанного с переживанием экстремальных жизненных ситуаций, являются такие формы аддиктивного (связанного с пагубными привычками) поведения, как алкоголизм, наркомания, токсикомания, злоупотребление лекарственными препаратами и пр. Наркотики, алкоголь могут использоваться в качестве средств снижающих тревогу, напряжение, страх. В некоторых случаях пострадавший допускает в сознание мысли о невыносимости либо бессмысленности собственной жизни. Чрезмерный стресс может влиять и на витальные (жизненные) функции – сон, питание и сексуальное поведение. Последствиями травматического стресса являются длительные или острые негативные эмоциональные состояния, а также нарушения поведения. Эти нарушения поведения имеют психологические причины, связанные с недостаточностью личностных ресурсов, с избыточностью дезадаптирующих воздействий в чрезвычайных обстоятельствах.

Среди психотравмирующих ситуаций – жизненные ситуации, знакомые каждому, ситуация смерти, потери близкого человека, разрыва отношений – когда личностных ресурсов может оказаться недостаточно. Такие соматические страдания, как язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, неспецифический язвенный колит, заболевания кожи (нейродермит), гипертония или ишемическая болезнь сердца, часто возникают вследствие чрезвычайных обстоятельств на фоне длительных и интенсивных состояний гнева, ярости, злости или страха, отчаяния, депрессии и печали (Семенова, 2012).

3. Категориальный аппарат психологии экстремальных ситуаций

Одной из особенностей психологии экстремальных ситуаций можно констатировать слабую согласованность содержания ее основных категорий.

Понятия экстремальных, кризисных и чрезвычайных ситуаций еще не получили исчерпывающего определения. Представляется, что недостаточно рассматривать их лишь с точки зрения объективных особенностей, не принимая во внимание психологические составляющие, такие, как, например, восприятие, понимание, реагирование и поведение людей в таких ситуациях. Человек, имеющий представление о чрезвычайной ситуации, так или иначе, психологически оказывается, вовлечен в эту ситуацию: как ее инициатор, жертва, или очевидец.

Исходя из соотношения субъективных (особенностей переживания человеком происходящего, его поведения, последствий для жизни и некоторых других психологических параметров) и объективных обстоятельств, а также стихийно сложившейся практикой, можно выделить следующие основные, наиболее общие категории, которые использует психология экстремальных ситуаций:

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

Понятия «экстремальная ситуация» и «чрезвычайная ситуация» часто используются как синонимы. Но, не вдаваясь в теоретический анализ понятий, интуитивно люди используют их избирательно. Если обратиться к Большой советской энциклопедии, то можно зафиксировать некоторые нюансы в сущности понятий:

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

Одну и ту же ситуацию, возможно, охарактеризовать и как экстремальную, когда необходимо подчеркнуть уникальность переживания ее отдельным субъектом, личностью, и как чрезвычайную, когда речь идет о каких-либо объективных параметрах, «специально не предусмотренных обычным ходом дел», когда указывается на несоответствие привычным, внешним обстоятельствам.

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

Для описания психологических состояний людей, испытывающих на себе действие экстремальных факторов, используют термины «стресс» и «кризис». Термин «стресс» используется для обозначения широкого круга состояний и действий человека, возникающих в ответ на разнообразные экстремальные воздействия (стрессоры). Стрессоры делятся на физиологические (боль, голод, жажда, чрезмерная физическая нагрузка, слишком высокая или низкая температура и т. д.) и психологические (факторы, действующие своим сигнальным значением: опасность, обман, обида, информационная перегрузка и т. д.). В зависимости от вида стрессора и характера его воздействия выделяют различные виды стрессов, например, физиологические и психологические. Физическая наука подтверждает бытовые наблюдения: стресс связан с внутренним напряжением. Г. Селье оп-

ределил это состояние следующим образом: «неспецифическая ответная реакция организма (обширный круг состояний организма, сводящихся преимущественно к состоянию психофизиологического истощения) на экстремальные воздействия – стрессоры» (Селье, 1992).

Понятие «стресс» описывает особенности психофизиологии человека, находящегося в экстремальной ситуации, «кризис» – подчеркивает нормативность, общепринятость ситуации либо ее ситуативность (критическая ситуация), нестандартность, непредвиденность в жизни отдельной личности (Семенова, 2012).

Контрольные вопросы для самопроверки

1. Раскройте особенности психологии экстремальных ситуаций как отрасли психологической науки.
2. Перечислите основные проблемы исследований в области психологии экстремальных ситуаций.
3. Дайте определения понятиям «кризисная ситуация», «нормативный кризис развития», «стресс».
4. Определите различия в понимании терминов «экстремальная ситуация» и «чрезвычайная ситуация».
- 5.

Лекция 2. Типологии экстремальных ситуаций

План

1. Понятие экстремальная ситуация.
2. Классификация экстремальных ситуаций.
3. Влияние экстремальных ситуаций на человека.
4. Субъекты экстремальных ситуаций.

1. Понятие экстремальная ситуация

Близкими к понятию экстремальная ситуация являются понятия кризисная ситуация и чрезвычайная ситуация. Дадим определения этим понятиям.

Кризисная ситуация (от греч. *krisis* – решение, поворотный пункт, исход) – это ситуация, требующая от человека значительного изменения представлений о мире и о себе за короткий промежуток времени. Эти изменения могут носить как позитивный, так и негативный характер (Шойгу, 2007).

Чрезвычайная ситуация – это обстановка на определенной территории, сложившаяся в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, стихийного или иного бедствия, которое может повлечь за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей («Закон о защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера от 21 декабря 1994 № 68-ФЗ (СЗРФ 94-35)»).

Экстремальная ситуация (от лат. *extremus* – крайний, критический) – внезапно возникшая ситуация, угрожающая или субъективно воспринимаемая человеком как угрожающая жизни, здоровью, личностной целостности, благополучию (Шойгу, 2007)

Под экстремальными подразумевают такие ситуации, которые выходят за пределы обычного, «нормального» человеческого опыта. Человека в столкнувшись с экстремальной ситуацией еще к ней не адаптирован, он не знает, как действовать. Степень экстремальности ситуации определяется силой, продолжительностью, новизной, непривычностью проявления этих факторов (Шойгу, 2007)

Однако экстремальной ситуацию делает не только реальная, объективно существующая угроза жизни для самого себя или значимых близких, но и наше отношение к происходящему. Восприятие одной и той же ситуации каждым конкретным человеком индивидуально, в связи, с чем критерий «экстремальности» находится, скорее, во внутреннем, психологическом плане личности (Шойгу, 2007)

В качестве факторов, определяющих экстремальность, могут рассматриваться следующие (Шойгу, 2007):

1. Различные эмоциогенные воздействия в связи с опасностью, трудностью, новизной, ответственностью ситуации.
2. Дефицит необходимой информации или явный избыток противоречивой информации.
3. Чрезмерное психическое, физическое, эмоциональное напряжение.
4. Воздействие неблагоприятных климатических условий: жары, холода, кислородной недостаточности и т.д.
5. Наличие голода, жажды.

Экстремальные ситуации (угроза потери здоровья или жизни) существенно нарушают базовое чувство безопасности человека, веры в то, что жизнь организована в соответствии с определенным порядком и поддается контролю, и могут приводить к развитию болезненных состояний – травматического и посттравматического стресса, других невротических и психических расстройств (Шойгу, 2007).

2.Классификация экстремальных (чрезвычайных) ситуаций

В «Справочнике практического психолога» Малкиной-Пых (Малкина-Пых, 2005) мы находим следующую классификацию чрезвычайных ситуаций.

ЧС могут классифицироваться по следующим признакам:

- по степени внезапности: внезапные (непрогнозируемые) и ожидаемые (прогнозируемые). Легче прогнозировать социальную, политическую, экономическую ситуации, сложнее – стихийные бедствия. Своевременное прогнозирование ЧС и правильные действия позволяют избежать значительных потерь и в отдельных случаях предотвратить ЧС;
- по скорости распространения: ЧС может носить взрывной, стремительный, быстро распространяющийся или умеренный, плавный характер. К стремительным ситуациям чаще всего относится большинство военных конфликтов, техногенных аварий, стихийных бедствий. Относительно плавно развиваются ситуации экологического характера;
- по масштабу распространения: локальные, местные, территориальные, региональные, федеральные, трансграничные. К локальным, местным и территориальным относят ЧС, не выходящие за пределы одного функционального подразделения, производства, населенного пункта. Региональные, федеральные и трансграничные ЧС охватывают целые регионы, государства или несколько государств;
- по продолжительности действия: могут носить кратковременный характер или иметь затяжное течение. Все ЧС, в результате которых происходит загрязнение окружающей среды, относятся к затяжным;
- по характеру: преднамеренные (умышленные) и непреднамеренные (неумышленные). К первым следует отнести большинство национальных, социальных и военных конфликтов, террористические акты и другие. Стихийные бедствия по характеру своего происхождения являются непреднамеренными, к этой группе относятся также большинство техногенных аварий и катастроф.

По источнику происхождения чрезвычайные (экстремальные) ситуации подразделяются на:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Зона заражения – это территория, в пределах которой распространены опасные химические вещества либо биологические (бактериологические) средства.

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

Оценка ущерба вследствие ЧС проводится по 5 основным параметрам:

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

3. Влияние экстремальных ситуаций на человека

Какие чрезвычайные ситуации оказывают наиболее негативное воздействие на человека неизвестно точно. Замечено, что чрезвычайные ситуации природного происхождения переносятся легче, чем антропогенные. Люди пытаются объяснить их появление «божьей карой» или природной силой. А ситуации антропогенного характера более негативно воздействуют на психику человека, меняя восприятие мира, жизненные ценности и поведение.

Среди ситуаций природного происхождения самое разрушительное действие принадлежит землетрясениям. Именно землетрясения разрушают дома, приводят к обвалам, пожарам и угрожают жизни большого количества людей.

К специфическим последствиям землетрясения, связанным с психическим состоянием людей, можно отнести развитие реакций дезадаптации, возникновение фобических расстройств, связанных со страхом находиться в зданиях (например, девочка 9 лет, пережившая землетрясение в Корякино весной 2006 г., отказывалась заходить в здание школы, где была временно размещена ее семья, плакала, вырывалась, убегала на улицу); страхом повторных подземных толчков (у людей, переживших землетрясение, часто бывает нарушен сон, так как их состояние характеризуется тревогой и ожиданием повторных толчков); опасениями за жизнь своих близких (Шойгу, 2007). Степень тяжести последствий стихийных бедствий в каждом случае необходимо оценивать индивидуально: для одного человека – землетрясение, разрушение дома, эвакуация, смена места жительства может стать крахом всего, вызвать острые переживания и тяжелые отсроченные последствия, для другого – лишь стать возможностью начать новую жизнь (Шойгу, 2007) .

Из антропогенных ЧС, по мнению ряда исследователей, максимально психотравматичной является ситуация заложничества (Шойгу, 2007). Это обусловлено существованием реальной перспективы смерти для заложников, переживаниями чувства парализующего страха, невозможностью противодействовать террористам в сложившихся обстоятельствах, отрицанием самооценности жизни и личности заложника. Такие ситуации порождают, как у самих пострадавших, так и в социуме вообще, большое количество агрессивных реакций, тревожных, фобических расстройств (Шойгу, 2007)

Каждым человеком экстремальная ситуация переживается поразному. Ключевую роль при этом играют особенности личности, ресурсы и компенсаторные возможности.

Субъекты экстремальных ситуаций (Шойгу, 2007)

Обратимся к книге «Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных» под редакцией Ю.С. Шойгу, в которой находим детальное раскрытие этого вопроса.

Большое значение для оценки и прогнозирования психических последствий имеет факт того, был ли человек непосредственно участником ЧС, оказался ли ее свидетелем или в результате ЧС пережил потерю близкого или родственника. В соответствии с характером воздействия негативных факторов чрезвычайной ситуации все люди, подвергшиеся воздействию этих факторов, условно подразделяются на следующие группы.

Первая группа – это специалисты. Люди, оказывающие помощь пострадавшим, принимающие участие в ликвидации последствий ЧС. В ситуации выполнения профессиональных обязанностей, связанных с помощью другим людям, эмоциональные переживания ощущаются как приглушенные, специалист в первую очередь ориентирован на выполнение задачи. Часто это беспокоит специалистов. Один спасатель рассказывал: «Как же так? Я совсем ничего не чувствую. Я вижу ужасные картины, смерть, горе людей, и меня это не трогает. Все ли со мной в порядке?» В основе этого явления лежит механизм психологической защиты – диссоциация (взгляд на ситуацию извне, со стороны, без личной эмоциональной вовлеченности), часто проявляющийся в том случае, если человек по роду своей профессиональной деятельности постоянно сталкивается с болью и страданиями других людей. Такая реакция считается нормой. Однако не всегда работа в экстремальных условиях проходит для специалистов бесследно. На отсроченных последствиях работы в условиях чрезвычайных ситуациях мы более подробно остановимся в следующих главах.

Вторая группа – жертвы. Люди, пострадавшие, изолированные в очаге чрезвычайной ситуации (заложники, люди под завалами, на крышах затопленных домов и т. д.). Как правило, люди, пережившие чрезвычайную ситуацию, потратили много сил на борьбу за жизнь и уже сам факт того, что они остались живы, является для них огромным ресурсом для дальнейшего преодоления ситуации и возвращения к нормальной жизни.

Психические реакции этой категории людей после катастрофы можно разделить на четыре стадии:

первая стадия – героизм (альтруизм, героическое поведение, желание помочь другим людям и выжить самому); вторая стадия – «медовый месяц» (чувство гордости за то, что выжил и преодолел все опасности); третья стадия – разочарование (гнев, разочарование: «мне казалось в моей жизни все должно измениться, а все осталось попрежнему, о моем подвиге все забыли, только я помню о нем», крушение надежд); четвертая стадия – восстановление (осознание, что необходимо налаживать быт, возвращаться к своим обязанностям).

Застревание на какой-либо из стадий приводит к возникновению или «синдрома героя», который можно описать следующими словами: «Я пережил то, что никто из вас не переживал, вы меня никогда не поймете, вы все дети» и т. п., в результате возможны проявления асоциального поведения (вспышки агрессии, угроза жизни других), алкоголизация, суициды, или возникновение «синдрома жертвы»: «Меня никто не понимает, я одинок в своих страданиях». Хотя большая часть людей в итоге самостоятельно или с помощью специалистов возвращаются к нормальной жизни.

Третья группа – пострадавшие (материально или физически). Люди, потерявшие своих близких или не имеющие информации об их судьбе, лишившиеся своих домов, имущества и т. д. В этой группе наблюдаются наиболее тяжелые эмоциональные реакции, длительные негативные переживания. Пострадавшим особенно трудно смириться с постигшим их горем, адаптироваться к

изменившимся условиям жизни. В этой группе выявляется наибольшее количество отсроченных психических последствий, о которых мы будем говорить в последующих главах.

Четвертая группа – очевидцы или свидетели. Люди, проживающие или оказавшиеся в непосредственной близости к зоне ЧС.

Пятая группа – наблюдатели (или зеваки). Люди, получившие информацию о происходящем и прибывшие на место.

Степень травматизации людей в этих двух группах во многом зависит от их личностных особенностей и наличия травматических ситуаций в прошлом. Для одних тушение пожара в жилом доме станет лишь любопытным, захватывающим зрелищем, у других может вызвать психические (страхи, неврозы) и соматические (обострение хронических заболеваний, бессонница, головные боли) нарушения.

Шестая группа – телезрители. Люди, получающие информацию о ЧС и следящие за развитием ситуации с помощью средств массовой информации (СМИ). Неоспорим тот факт, что люди должны получать информацию о событиях. Однако специалистам известно немало случаев негативных психологических последствий освещения СМИ чрезвычайных ситуаций. Часто эмоциональная окраска репортажей носит чрезмерно негативный, трагичный, подчеркнута пессимистичный характер.

Как пример можно привести освещение СМИ террористического акта, совершенного в октябре 2002 г. в здании, где шло представление мюзикла «Норд-Ост». Миллионы людей были эмоционально включены в ситуацию практически круглосуточной трансляцией с места событий. Особенность этой ситуации состояла и в ее длительности (несколько суток). Мало кого события тех дней оставили равнодушными. Впоследствии люди обращались за помощью к специалистам с жалобами на страхи, тревогу за себя и за своих близких, нарушение чувства безопасности, подавленное состояние, плохое физическое самочувствие, актуализацию травматического опыта, полученного ранее.

Контрольные вопросы для самопроверки

1. Дайте определение и раскройте содержание понятий «экстремальная ситуация», «кризисная ситуация».
2. Перечислите факторы, определяющие экстремальность ситуации.
3. По каким признакам классифицируются экстремальные (чрезвычайные) ситуации.
4. Перечислите субъектов экстремальных ситуаций.
- 5.

Лекция 3. Экстремальные состояния: понятие и дифференциальная диагностика

План

1. Закономерности деятельности в экстремальных условиях.
2. Изменения в поведении и функциональном состоянии в экстремальных условиях.
3. Переносимость экстремальных условий.
4. Нервно-психическая неустойчивость.

1. Закономерности деятельности в экстремальных условиях

Экстремальные условия создаются различными факторами, обусловленными конкретными особенностями внешней среды, характером выполняемой деятельности, свойствами поступающей к человеку информации. Каждый из этих факторов оказывает свое, специфическое воздействие на деятельность и поведение человека. Однако есть и общие закономерности, характерные для деятельности, проходящей в экстремальных условиях (Зарудная, 1970)

При работе в экстремальных условиях отмечаются три вида психической напряженности: эмоциональная, неэмоциональная, смешанная (Смирнов, Долгополова, 2007).

Операционная напряженность возникает тогда, когда предъявляются повышенные требования к умственным ресурсам и двигательному аппарату человека и нет опасности, которая заставила бы человека заранее волноваться. Операционная напряженность постепенно возрастает (Смирнов, Долгополова, 2007).

Эмоциональная напряженность возникает под действием факторов, вызывающих тревогу, страх, и другие отрицательные эмоции. Эмоциональная напряженность связана с рассогласованием между значимостью ситуации и ее субъективной оценкой, при этом большой удельный вес занимают реакции защиты организма (Смирнов, Долгополова, 2007).

Деление видов напряженности является условным, так как любой вид деятельности всегда связан с эмоциями и при определенных условиях операционная напряженность может перерасти в эмоциональную, поэтому наиболее характерной является смешанная напряженность (Смирнов, Долгополова, 2007).

При сильной эмоциональной напряженности в экстремальных условиях возникают колебания работоспособности (замедляется темп работы, нарушается последовательность операций, увеличивается количество ошибок и т. п.). Понижение работоспособности чаще всего наблюдается при низком уровне тренированности.

На изменения работоспособности оказывают значительное влияние свойства нервной системы человека. Так, лица с сильной, уравновешенной нервной системой более выносливы, чем лица, обладающие слабой и неуравновешенной нервной системой, которые более подвержены влиянию сверхсильных воздействий. У них часто наблюдается растерянность, иногда доходящая до шока, снижается общая надежность выполнения работы (Ильин, 2001).

2. Изменения в поведении и функциональном состоянии в экстремальных условиях

Потеря гибкости, особенно в выполнении сложных, координированных движений, является отличительной особенностью поведения в экстремальных условиях. В то же время шаблонные, стереотипные движения могут протекать лучше и даже приобретать тенденцию к автоматизму.

Разброс данных является одним из типичных показателей изменчивости поведения человека в таких экстремальных условиях. Этот факт имеет большую диагностическую ценность для разграничения состояний утомления и напряженности. Для напряженности характерным является вариативность, а для утомления увеличение среднего значения времени реакции. В этом случае имеют место как сверхбыстрые, импульсивные реакции, так и сильно заторможенные. В этих условиях уменьшается точность оценки временных интервалов. Нарушение структуры сложной деятельности является общей характеристикой поведения в экстремальных условиях.

На психологическом уровне отрицательные явления, наблюдаемые в экстремальных условиях, выражаются в общей дезорганизации поведения неадекватных реакциях на резкие неожиданные раздражители, торможении прежних навыков (тем сильнее, чем сложнее действие), снижении работоспособности, затруднениях в распределении и переключении внимания, сужении его объема, ошибках восприятия, провалах памяти, появлении лишних, неоправданных и импульсивных действий, легкой отвлекаемости, в чувстве растерянности и невозможности сосредоточиться на выполняемой деятельности и т. п. (Смирнов, Долгополова, 2007).

Предрасположенность к напряженности экстремальных в условиях определяется уровнем эмоциональной устойчивости, являющейся личностной характеристикой.

Изменения в мышечно-двигательной системе человека происходят в экстремальных условиях, которые проявляются в нарушениях моторики, выражающихся в общей мышечной скованности, треморе, нарушенной координации движений. Мышечное напряжение проявляется в скованности поз и движений, в некоторых случаях в мышечной слабости. Другим показателем мышечного напряжения является увеличение электрической активности мышц, которое фиксируется с помощью электромиограммы (ЭМГ), обнаруживающую большую активность при высокой напряженности человека (Овчинникова, 1970).

В экстремальных условиях происходят изменения показателей частоты сердечных сокращений (ЧСС), определяемых по частоте пульса. При ярко выраженной напряженности ЧСС достигает 150–180 ударов в минуту, увеличивается вариативность.

Индикатором уровня напряженности являются также характеристики дыхания. Так в напряженных ситуациях частота дыхания увеличивается с 20 до 50-60 колебаний в минуту и сопровождается уменьшением глубины, увеличением фазы выдоха относительно фазы вдоха.

Наглядно отражает динамику напряженности состояний кровяное давление, которое повышается с 90 до 180-190 мм рт. ст. Проявлением вегетативных сдвигов, вызванных состоянием на-

пряженности (особенно эмоциональной), является кожно-гальваническая реакция (КГР). Она представляет отличительный показатель состояния ВНД, так или иначе связанный с процессами внимания, настороженности и высокой активности любого происхождения. В этих ситуациях наблюдается увеличение числа спонтанных колебаний и уменьшение электрического сопротивления кожи. Рассмотренные вегетативные сдвиги часто наблюдаются не только во время действия экстремальных факторов, но и в период ожидания критических событий, при возникновении чувства тревоги и т. п.

При оценке состояния напряженности большое значение имеют также и электроэнцефалографические (ЭЭГ) показатели. При их изучении обнаружена активация в этом состоянии медленных ритмов (бета-ритма или ритма напряжения) в сочетании с увеличением высокочастотной активности ЭЭГ (бета-ритма). Именно их одновременная активация является наиболее характерным ЭЭГ показателем стресса.

При стрессе происходят и определенные биохимические сдвиги в организме, например, увеличение лейкоцитов в крови, аскорбиновой кислоты и 17-кортикостероидов в моче. Однако эти показатели в наибольшей степени применимы для характеристики длительных стрессовых состояний (Леонова, Медведев, 1981).

3. Переносимость экстремальных условий

Разные люди по-разному переносят экстремальные условия. Переносимость экстремальных условий зависит от многих переменных (Смирнов, Долгополова, 2007):

- от вида экстремального воздействия, его интенсивности и продолжительности;
- от предыдущего опыта человека (специфической адаптации);
- характера деятельности;
- индивидуальных качеств человека.

Влияние на качество деятельности силы экстремального воздействия и сложности деятельности в общем плане характеризуется законом Йеркса-Додсона, смысл которого сводится к тому, что каждой задаче с определенной степенью трудности объективно или субъективно соответствует свой оптимум активации. Легкие задачи имеют более высокий уровень активации, сложные – менее высокий. Под влиянием стресса затрудняются, прежде всего, сложные или новые действия, а простые или хорошо знакомые действия выполняются без изменений. Тренированность является хорошей профилактической мерой против стресса, особенно при выполнении сложных действий.

Большое влияние на переносимость экстремальных условий оказывает специфика деятельности. В задачах, где при выполнении весьма простых операций определяющим моментом является скорость, стресс, как правило, улучшает результаты. Но там, где необходима четкость и сохранение структуры деятельности, следует ожидать падения эффективности деятельности в условиях стресса.

Переносимость экстремальных условий зависит также от характера деятельности – одиночной или групповой. При групповой деятельности в экстремальных условиях характеристика адаптации индивида к стрессу раскрывается в сработанности группы, психологической совместимости, коммуникативных способностях, отсутствии конфликтности и т. п.

4. Нервно-психическая неустойчивость личности.

На переносимость экстремальных условий влияет такое качество личности, как нервно-психическая неустойчивость, понимаемая как склонность к функциональным срывам нервной системы при значительном психическом и физическом напряжении. Понятие нервно-психической неустойчивости объединяет патологические и предпатологические особенности личности, снижающие возможность адаптации человека стрессовым условиям. Наиболее часто нервно-психическая неустойчивость наблюдается при акцентуациях характера, пограничных состояниях, легких степенях умственного недоразвития, алкоголизме, наркомании и некоторых психических заболеваниях.

Акцентуации характера проявляются в наличии ярко выраженных черт определенного типа характера, таких особенностей личности, которые при определенных условиях могут препятствовать удовлетворительной адаптации человека к деятельности. Акцентуации не относятся к болезненным состояниям, они соответствуют лишь крайним вариантам психологической нормы. Выра-

женность черт характера при акцентуациях обычно не препятствует Удовлетворительному приспособлению к деятельности в обычных условиях, но нарушает самооценку личности. Однако под действием неблагоприятных условий, затрагивающих «место наименьшего сопротивления» в характере данного типа, легко возникают неадекватные, в том числе и аффективные реакции, ситуативно обусловленные нарушения поведения, психогенные заболевания и другие психические расстройства. Установление наличия акцентуации и ее типа проводится с помощью опросника И. Шмишека или патохарактерологического диагностического опросника А. Е. Личко (Ильин, 2001)

Выявление акцентуации личности само по себе не говорит о нервно-психической неустойчивости человека. О ней свидетельствует лишь крайняя степень заострения черт данного типа, приводящая к дезадаптации личности. Нервно-психическая неустойчивость наблюдается также и при некоторых пограничных состояниях человека.

Реактивные состояния (психогении) – это обратимые психические расстройства, возникающие вследствие переживаний, травмирующих психику, и вызываемые нарушениями особо значимых переживаний личности, например, профессиональных, служебных, семейных. В основе психогений лежит нарушение, конфликт отношений личности с действительностью. Ее источником может стать противоречие потребности, цели и возможности ее достижения. Большую роль выделяют в возникновении психогений играют некоторые особенности личности, в частности, они, могут развиваться на фоне акцентуаций характера. Реактивные состояния разделяют на невротические реакции сознания (неврозы), реактивные психозы и аффективно-шоковые реакции

Нервно-психическая неустойчивость является фактором, препятствующим осуществлению деятельности в экстремальных условиях. В ее основе обычно лежит нарушение адаптационных возможностей организма. Поэтому в основе диагностики нервно-психической устойчивости и неустойчивости лежат методики, направленные на выявление именно таких возможностей (Тимченко, 1999).

Контрольные вопросы для самопроверки

1. Перечислите виды психической напряженности при работе в экстремальных условиях.
2. Раскройте влияние различных факторов на работоспособность в экстремальных условиях.
3. Перечислите изменения в поведении и функциональном состоянии в экстремальных условиях.
4. Раскройте влияние нервно-психической неустойчивости личности на переносимость экстремальных условий.

Лекция 4

Стресс как основная составляющая экстремальных состояний .

Экстремальные состояния

План

1. Общее представление об экстремальных состояниях.
2. Основные характеристики экстремальных состояний.
3. Динамика экстремальных состояний.
4. Специфические виды экстремальных состояний.

1. Общее представление об экстремальных состояниях

Экстремальные состояния – состояния организма, развивающиеся под действием чрезвычайных факторов внешней или внутренней среды, характеризующиеся максимальным напряжением или истощением приспособительных механизмов, приводящие к критическим расстройствам жизнедеятельности человека.

Понятие экстремальных состояний обобщает широкий класс функциональных состояний человека, которые протекают по типу динамического рассогласования. Оно может характеризоваться нарушением адекватности физиологических реакций (такая ситуация возникает прежде всего при действии экстремальных факторов физического или химического характера) или нарушением психологических и поведенческих реакций (это наиболее характерно при действии экстремальных факторов информационносемантического характера). Наиболее частым является

смешанный тип реакции, когда первичное изменение физиологических функций служит поводом к динамике поведенческих реакций или, наоборот, изменение психологических характеристик приводит к появлению физиологических сдвигов.

Реакции организма на экстремальные ситуации могут быть двух типов: адекватные формы реакции и реакции тревоги. Отличительным признаком, позволяющим отнести реакцию к тому или иному типу, является направленность этой реакции (Леонова, Медведев, 1981).

В качестве факторов, определяющих экстремальность, могут рассматриваться следующие условия (физические, биологические, социально-психологические):

1. Различные эмоциогенные воздействия в связи с опасностью, трудностью, новизной, ответственностью выполняемой работы, ограниченной дефицитом необходимой информации.
2. Угроза массового поражения стихийными бедствиями;
3. Действия ночью, при сенсорной депривации, а также при явном избытке противоречивой информации.
4. Развитие состояния паники в условиях войны.
5. Чрезмерные психические напряжения в очень ответственной мыслительной, психомоторной деятельности при значительных нагрузках на познавательные психические процессы: внимание, восприятие, память.
6. Чрезмерные нагрузки на речевые функции, особенно в условиях сильных эмоций.
7. Высокие физические нагрузки при чрезмерных напряжениях силы, выносливости, быстроты в статических положениях.
8. Высокие физические и эмоциональные напряжения при воздействии ускорений, вестибулярных нагрузок, резких перепадов барометрического давления, дыхания под избыточным давлением.
9. Условия режима длительной гипокинезии (обездвиженности, ограничения двигательной активности), гиподинамии (дефицита естественного приложения сил).
10. Воздействия неблагоприятных климатических, микроклиматических условий обитания: жары, холода, высокой влажности, кислородной недостаточности, повышенного состава углекислоты во вдыхаемом воздухе.
11. Неблагоприятное воздействие различных радиочастот, шумов, вибрации.
12. Наличие во вдыхаемом воздухе, окружающей среде разных вредоносных элементов (в том числе в гидросфере).
13. Наличие голода, жажды.

2. Основные характеристики экстремальных состояний

Обязательным признаком экстремальных психических состояний является напряжение (П.И. Сидоров). В экстремальных условиях и в условиях эмоционально окрашенных ситуаций различают три эмоциональных состояния (рис. 1).

Эмоциональное возбуждение расценивается как сигнальная реакция нервной системы на различные психогенные воздействия.

Эмоциональное напряжение – это эмоционально окрашенное волевое усилие, направленное на решение мыслительной или двигательной задачи.

Эмоциональная напряженность характеризуется временным понижением устойчивости психических и психомоторных процессов, а также падением работоспособности, вызванным негативными или чрезмерными психогенными воздействиями.



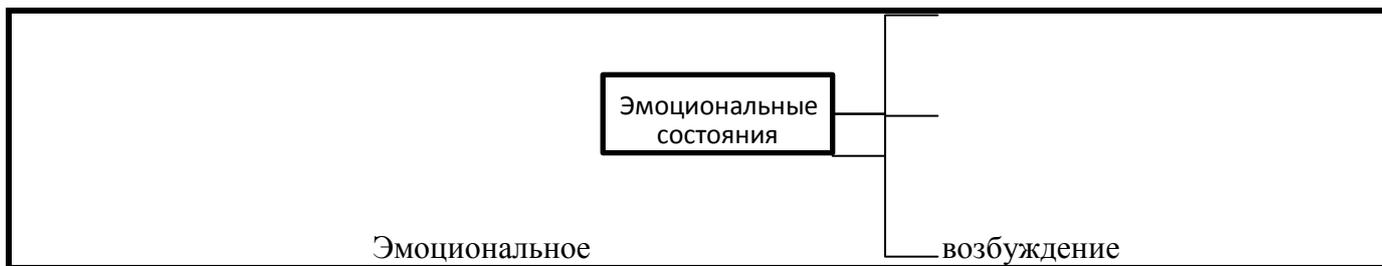


Рис. 1. Виды эмоциональных состояний

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

Достаточно информативным показателем эмоциональной напряженности служит проявление выраженной мышечной скованности (непроизвольного напряжения многих групп мышц). Основной вегетативной реакцией на эмоциональную напряженность является высокая частота сердечных сокращений без физических нагрузок. Иногда отмечается обильный профузный пот, вызываемый эмоциональными воздействиями, а не температурными. На лице могут появиться выраженные вазомоторные реакции, заметные изменения диаметра зрачка. В ряде исследований при значительном эмоциональном напряжении наблюдалось повышение позывов на диурез, резкое усиление работы кишечника и др.

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

Эмоциональная напряженность характеризуется также падением уровня психических познавательных процессов и ухудшением психомоторики. Причиной этого становятся избыточная мотивация, излишне нагнетаемое чувство ответственности за порученное дело, выраженное ощущение серьезной опасности, высокой тревожности и др. Развитию такого негативного психического состояния способствуют низкая эмоционально-волевая устойчивость, выраженная личностная тревожность, неуверенность в своих силах. При этом проявляется психологическая закономерность, получившая отражение в кривых Йеркса-Додсона и В.Л. Марищука (рис. 2). Горизонтальная и нисходящая линии трапецевидной кривой отражают состояние негативной эмоциональной напряженности (эмоциональный стресс).

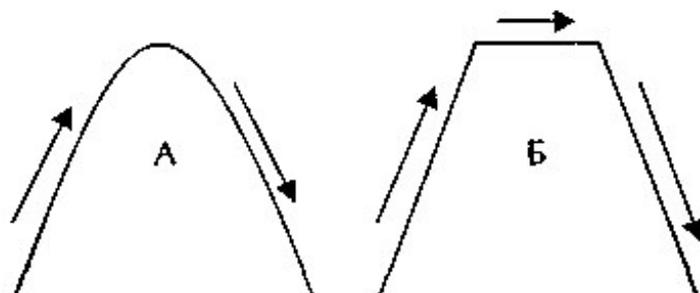


Рис. 2. Инвертированная кривая Йеркса-Додсона (А) и трапецевидная кривая В.Л. Марищука (Б)

Данные кривые отражают физиологические закономерности высшей нервной деятельности: вначале задействуются функциональные резервы, затем возникает безразличие к дальнейшему мотивированию («мне все равно», «все надоело») и, наконец, начинаются реверсивные действия (действия, противоположные стимулам) (рис 3).



Рис. 3. Физиологические закономерности высшей нервной деятельности

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

Кроме внешних проявлений эмоциональной напряженности выделяют проявления эмоциональной напряженности в деятельности (рис. 4).



Рис. 4. Проявления эмоциональной напряженности в деятельности

Эмоционально-сенсорные нарушения включают изменения процессов ощущений и восприятия. *Эмоционально-моторные нарушения* характеризуются падением согласованности и точности движений. *Эмоционально-ассоциативные* (эмоционально-мыслительные) *нарушения* определяют ошибочные умозаключения, принятие неправильных решений.

В отношении влияния на деятельность человека эмоциональные психические состояния подразделяются на *стенические*, стимулирующие деятельность, увеличивающие напряжение и энергию (паника, агрессия, бегство), и *астенические*, формирующие скованность и пассивность (оцепенение, слабость). Одна эмоция способна проявляться в этих двух вариантах: например, стенический страх позволяет мобилизоваться и противостоять ситуации, а астенический встречается при упадке сил и неспособности сопротивляться обстоятельствам.

Любое эмоциональное состояние по своей природе является феноменом сознания. Оно всегда сознательно, но не всегда распознаваемо, в отличие от возбуждения, которое неосознаваемо и недифференцировано. Информационная специфичность эмоционального состояния делает его исключительно важным для эффективности поведения и адаптации индивидуума к новым условиям жизнедеятельности.

3. Динамика экстремальных состояний

Экстремальность ситуации приводит к развитию различного рода психических состояний, динамика которых в общем виде имеет такой вид: адекватная форма ответа – реакция тревоги – психическая или эмоциональная напряженность – стресс – дистресс.

Реакция тревоги (особенно ее крайние формы) сопровождается, как правило, повышением психической в частности эмоциональной напряженности, которая при определенных условиях переходит в стресс.

Психическая напряженность может возникнуть в деятельности человека, когда имеют место специфические факторы, предъявляющие к человеку и его знаниям возможностям и ресурсам

повышенные требования, или когда на пути поставленной перед ним цели возникает преграда. Психическая напряженность проявляется обычно как раздражительность, усталость, повышенная эмоциональная возбужденность, негативные переживания. В физиологическом состоянии наблюдается гиперфункция некоторых процессов: учащенный пульс, повышенное давление, потоотделение и т.п. Вместе с тем может уменьшаться время реакции, растет вариативность временных показателей, увеличивается число ошибок, ложных тревог и др.

Усугубление действий этих факторов приводит к возникновению *стресса*, причины которого кроются в несоответствии адаптационных возможностей человека характеру обстановки и условиям деятельности. Однако не каждый стресс является деструктивным. Он может быть и конструктивным, если стрессовая ситуация является положительной мотивирующей силой. Такой стресс называют *эустрессом*, а ослабляющий, чрезмерный стресс – *дистрессом*.

В профессиональной деятельности выделяют такие виды стресса, как эмоциональный и информационный. При этом различные его формы (импульсная, тормозная, генерализованная) приводят к изменениям в протекании психических процессов, эмоциональным сдвигам, трансформации мотивационной структуры деятельности, нарушениям двигательного и речевого поведения.

В реакциях на стрессовые ситуации наблюдаются большие

динамика состояния, поведения и деятельности людей в экстремальных ситуациях с витальной угрозой (стихийные бедствия, техногенные катастрофы, теракты) наблюдаются общие закономерности в виде 6 последовательных стадий:

1. «*Стадия витальных реакций*» длится от нескольких секунд до 5–15 минут. На этой стадии поведение практически полностью подчинено императиву сохранения собственной жизни с характерным сужением сознания, редукцией моральных норм и ограничений, нарушениями восприятия временных интервалов и силы внешних и внутренних раздражителей (включая явления психогенной гипо- и аналгезии даже при травмах, сопровождавшихся переломами костей, ранениях и ожогах 1–2-й степени до 40 % поверхности тела). В этот период характерна реализация преимущественно инстинктивных форм поведения, в последующем переходящих в кратковременное (тем не менее – с очень широкой вариативностью) состояние оцепенения. Длительность и выраженность витальных реакций в существенной степени зависит от внезапности воздействия экстремального фактора. Например, при внезапных мощных подземных толчках, как при землетрясении в Армении, или крушении поезда под Уфой в ночное время, когда большинство пассажиров спали, имели место случаи, когда, реализуя инстинкт самосохранения, люди выпрыгивали из окон шатающихся домов или горящих вагонов, на некоторые секунды «забывая» о своих близких. Но, если при этом они не получали существенных повреждений, уже через несколько секунд социальная регуляция восстанавливалась, и они вновь бросались в обрушивающиеся здания или пылающие вагоны. Если спасти близких не удавалось, это определяло течение всех последующих стадий, специфику состояния и прогноз психопатологии на весьма протяженный период.

2. «*Стадия острого психоэмоционального шока с явлениями сверхмобилизации*» длится от 3 до 5 часов и развивается вслед за кратковременным состоянием оцепенения. На этой стадии отмечается общее психическое напряжение, предельная мобилизация психофизиологических резервов, обострение восприятия и увеличение скорости мыслительных процессов, проявления 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, сопровождавшееся ощущениями головокружения и головной боли, а также сердцебиением, сухостью во рту, жаждой и затрудненным дыханием. Поведение в этот период подчинено почти исключительно императиву спасения близких с последующей реализацией представлений о морали, профессиональном и служебном долге. Несмотря на присутствие рациональных компонентов, именно в этот период наиболее вероятны проявления панических реакций и заражение ими окружающих, что может существенно осложнять проведение спасательных операций. Окончание этой стадии может быть, как пролонгированным, с постепенным появлением чувства истощения, так и наступать внезапно, мгновенно, когда только

что активно действующие люди оказывались в состоянии близком к ступору или обмороку, вне зависимости от ситуации.

3. «*Стадия психофизиологической демобилизации*» длится до трех суток. В абсолютном большинстве случаев наступление этой стадии связывается с пониманием масштабов трагедии («стресс осознания») и контактами с получившими тяжелые травмы и телами погибших, а также прибытием спасательных и врачебных бригад. Наиболее характерно для этого периода резкое ухудшение самочувствия и психоэмоционального состояния с преобладанием чувства растерянности (вплоть до состояния своеобразной прострации), отдельные панические реакции (нередко – иррациональной направленности, но реализуемых без какого-либо энергетического потенциала), понижение моральной нормативности поведения, отказ от какой-либо деятельности и мотивации к ней. Одновременно наблюдаются выраженные депрессивные тенденции, нарушения функции внимания и памяти, тошнота, «тяжесть» в голове, ощущения дискомфорта со стороны желудочно-кишечного тракта, отсутствие аппетита, резкая слабость, замедление и затруднение дыхания, тремор конечностей.

4. Последующая динамика состояния и самочувствия пострадавших во многом определяется спецификой воздействия экстремальных факторов, полученными поражениями и морально-психологической ситуацией после трагических событий. Вслед за «психофизиологической демобилизацией» (при относительно высокой индивидуальной вариативности сроков) с достаточным постоянством наблюдалось развитие «*стадии разрешения*» (от 3 до 12 суток). В этот период постепенно стабилизируется настроение и самочувствие. К концу этого периода у большинства пострадавших появляется желание «выговориться», реализуемое избирательно, направленное преимущественно на лиц, не являвшихся очевидцами трагических событий, и сопровождавшееся некоторой ажитацией. Этот феномен, входящий в систему естественных механизмов психологической защиты («отторжение воспоминаний путем их вербализации»), в ряде случаев приносит пострадавшим существенное облегчение. Одновременно восстанавливается сон, в том числе исчезают сны тревожного и кошмарного содержания, в различных вариантах трансформировавшие впечатления трагических событий.

На фоне субъективных признаков некоторого улучшения состояния отмечается дальнейшее снижение психофизиологических резервов (по типу гиперактивации), нарастание переутомления, снижение показателей физической и умственной работоспособности.

К наиболее важным компонентам профилактики психопатологии и успешности последующей реабилитации относится *дебрифинг* – одноразовая слабоструктурированная психологическая беседа с человеком, пережившим экстремальную ситуацию или психологическую травму. Дебрифинг наиболее эффективен, если он проводится до назначения транквилизаторов и до того, как пострадавшим предоставлена возможность сна (то есть в первые сутки). В случаях, когда дебрифинг оказывается по тем или иным причинам отложенным, происходит консолидация следов памяти, сопровождаемая рядом психопатологических феноменов. Однако это не снижает самостоятельной значимости методически обоснованного дебрифинга на последующих этапах. Один специалист может квалифицированно провести в день не более 5–6 (максимум 10) индивидуальных дебрифингов, что определяет расчет сил и средств психологических служб экстренного реагирования.

В подобных ситуациях, как правило, требуется многоуровневый дебрифинг, в том числе для спасателей и психологов, действующих на «первом уровне» (участвующих в непосредственной работе с пострадавшими и членами их семей; при этом специалисты «второго уровня» вообще не контактируют с последними).

5. «*Стадия восстановления*» психофизиологического состояния начинается преимущественно с конца второй недели после воздействия экстремального фактора и первоначально наиболее отчетливо проявляется в поведенческих реакциях: активизации межличностного общения, нормализации эмоциональной окраски речи и мимических реакций, восстановлении сновидений (Решетников, 2004).

Ю.С. Шойгу (2007), ссылаясь на работы Национального института психического здоровья (США), описывает четыре стадии психических реакций жертв:

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

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

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

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

4. Специфические виды экстремальных состояний

К числу специфических видов экстремальных состояний, дезорганизирующих деятельность человека, относят стресс, аффект, фрустрацию, страх, панику и психологический кризис.

Под *аффектом* понимается сильное и относительно кратковременное эмоциональное состояние взрывного характера, которое может дать неподчиненную сознательному волевому контролю разрядку в действии. По содержанию переживаний можно выделить аффекты радости, страха, гнева, горечи и др. Следует различать физиологический и патологический аффект.

Физиологический аффект – это не выходящее за пределы нормы эмоциональное состояние, характеризующееся внезапностью возникновения, большой силой и кратковременностью. Такой аффект возникает, как правило, в конкретной для субъекта ситуации, когда он по необходимости продолжает деятельность и встречается с непреодолимыми препятствиями. Состояние аффекта может развиваться, например, в условиях острого дефицита времени, когда человек должен быстро сориентироваться в сложной эмоционально значимой ситуации, принять решение о характере своих дальнейших действий и практически реализовать это решение. Конфликт между объективной необходимостью действовать и субъективной невозможностью найти адекватный выход из сложившейся ситуации и приводит к возникновению аффекта. Такая ситуация является весьма характерной для деятельности человека в экстремальных условиях (Тимченко, 1997).

Одним из проявлений аффекта в экстремальной ситуации является страх. Аффективный страх возникает, например, при неспособности человека преодолеть неожиданно возникшую крайне опасную ситуацию. Страх может захватить человека, подавить его ум и волю, парализовать способность к действию и борьбе. Человек цепенеет, пассивно ждет своей участи и бежит «куда глаза глядят». После аффекта человек не всегда может вспомнить отдельные детали своего поведения и состояния, чувствует себя разбитым и подавленным.

Вспышку аффекта можно подавить усилием воли. Чем более у человека выражены волевые качества, тем менее он подвержен аффекту. Ослабить или предупредить аффект может также отвлечение и переключение внимания. Неслучайно житейская мудрость рекомендует вспыльчивым людям в момент возбуждения сосчитать до ста или немедленно начать что-то делать: пилить, строгать, копать и т.п. При этом сознание освобождается от эмоционального «захвата» и человек начинает отдавать себе отчет о своем состоянии и поведении, управлять ими.

В экстремальных условиях может возникать также и состояние *фрустрации*. Фрустрацией называется психическое состояние нарастающего внутреннего психического напряжения, психологическая реакция, связанная с разочарованием, неудачей в попытке достичь какой-либо цели. Оно возникает при наличии двух условий (Еремеева, Киршбаум, 1990):

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

2) наличие сопротивления, т. е. препятствия – фрустратора.

Сами же препятствия могут быть нескольких видов:

1) пассивное внешнее сопротивление (физическая преграда, барьер, удаленность объекта потребности во времени и пространстве);

2) активное сопротивление (запреты, угрозы наказания, если субъект совершает или продолжает совершать, то, что ему запрещено);

3) пассивное внутреннее сопротивление (осознанные или неосознанные комплексы неполноценности, неспособность осуществить намеченное, расхождение между высоким уровнем притязаний и возможностями исполнения);

4) активное внутреннее сопротивление (угрызения совести – оправданы ли выбранные средства в достижении цели, моральна ли цель).

Субъективными проявлениями фрустрации являются переживание неудач, разочарование, напряжение. В зависимости от ситуации переживания могут быть различны: от вины и подавленности до раздражения и гнева. Состояние фрустрации имеет многие черты стресса. Глубина фрустрации зависит от силы (величины) фрустратора, привычных форм реагирования на препятствия, опыта и умений преодоления жизненных трудностей, от фрустрационной толерантности (устойчивости к фрустраторам).

Обычно выделяют следующие виды фрустрационного поведения:

а) двигательное возбуждение, выражающееся в бесцельных и неупорядоченных реакциях;

б) апатия;

в) агрессия и деструкция, аутоагрессия (в отношении самого себя);

г) стереотипия, т. е. тенденция к слепому повторению фиксированного поведения;

д) регрессия, которая понимается как обращение к поведению, доминирующему в более ранних аналогичных ситуациях, или примитивизация поведения, снижение его конструктивности.

Перевод ситуации затрудненности в ситуацию фрустрации осуществляется в двух направлениях – по линии утраты контроля со стороны сознания, т. е. дезорганизации поведения, и (или) по линии контроля со стороны сознания» т. е. утраты «мотивосообразности» поведения.

Фрустрация обычно рассматривается как явление, вредное для человека. Меньший акцент, как правило, делается на том факте, что вызванное фрустрацией напряжение может служить достижению цели, фокусируя внимание на конкретном мотиве, действующем в данный момент. Если конструктивные пути выхода из фрустрирующей ситуации не приводят к достижению цели, напряжение продолжает усиливаться. В конце концов оно достигает уровня, при котором его эффект не способствует успешной деятельности, направленной на достижение цели, а носит разрушительный характер. Все это хорошо согласуется с законом Йеркса-Додсона.

Последствия фрустрации могут быть кратковременными и длительными. Ее преодоление предполагает применение приемов аутогенной тренировки для снятия эмоционально-волевого напряжения, ослабление конфликтности ситуации, дружеское общение, отвлечение от причины фрустрации, переключение внимания на что-либо приятное. Подверженность фрустрации в значительной мере зависит от типа нервной системы. У лиц с сильной нервной системой это состояние развивается, как правило, лишь после длительного периода неудач и чаще всего выражается в стенических реакциях, т. е. в желании доказать, что преследующие человека неудачи случайны. У лиц со слабой нервной системой состояние фрустрации возникает и при небольших, не очень частых неудачах и проявляется в форме астении и желании прекратить работу. Поэтому такие лица нуждаются в подбадривании, в обстоятельном обсуждении причин неудач и способов их устранения, в постановке конкретных и вполне достижимых в данных обстоятельствах целей (Ильин, 2001).

Весьма характерными экстремальными состояниями являются также страх и паника. *Страх* – это психическое состояние, появляющееся при получении субъектом информации о возможной угрозе его жизненному благополучию, о реальной или воображаемой опасности.

Страх ощущается и воспринимается людьми как угроза личной безопасности. Эмоция страха сама по себе вызывает страх, а переживание страха еще больше его усиливает, доводя до экстремальной стадии ужаса. Ужас – это максимальная степень переживания страха, усиливающего самого себя за счет повторяющейся циркуляции этого переживания в психике. Страх выполняет функцию мотивации специфических когнитивных и поведенческих актов, способствующих укреплению безопасности и чувству уверенности. Предчувствие страха может стать импульсом для укрепления «Я», может побуждать индивида к самосовершенствованию с целью снижения собственной уязвимости. Страх имеет двойственную природу реагирования (С. Кьеркегор, Н. Балл).

Корни двойственной природы лежат во взаимодействии мотива к бегству, обусловленного страхом, и мотива к приближению, исследованию, обусловленного интересом. Поведение индивида в ситуации страха зависит от того, какая из этих двух эмоций выражена сильнее, и от их взаимодействия с другими эмоциями. Страх может быть результатом когнитивной оценки ситуации как потенциально опасной. Мыслительные процессы составляют самый обширный, самый распространенный класс активаторов страха. Его источником становится человек, предмет или ситуация.

Контрольные вопросы для самопроверки

1. Раскройте содержание понятий: «экстремальные состояния», «аффект», «фрустрация», «страх», «психологический кризис».
2. Опишите признаки экстремальных состояний.
3. Охарактеризуйте стадии в динамике экстремальных состояний.
4. Опишите состояние аффекта, его виды, признаки и особенности протекания.
5. Охарактеризуйте виды фрустрационного поведения и их признаки.
6. Проведите анализ состояний страха и паники в ситуации экстремального воздействия.

Раздел 2

ДЕЗАДАПТИВНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ. ТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС

Лекция 5. Острое стрессовое расстройство: понятие, динамика, диагностика

Дезадаптивные психические состояния как последствия профессионального стресса

План

1. Дезадаптивные психические состояния.
2. Общая характеристика профессионального стресса.
3. Последствия профессионального стресса.
4. Состояние утомления и переутомления.
5. Эмоциональный стресс.
6. Дезорганизация деятельности и нарушение психической адаптации.

1. Дезадаптивные психические состояния

Стрессоры испытывают возможности адаптивных ресурсов человека, включая реакции, ориентированные как на решение задач, так и на защиту (различные копинг-стратегии). Чаще всего бывает, что с помощью этих разнообразных реакций угрозу удастся обуздать. В случае, когда стрессоры воздействуют непрерывно или бывают особенно сильными (например, у специалистов экстремальных профессий), человек может оказаться неспособным к адаптации и будет ощущать снижение способности влияния на будущие события. Такое состояние можно обозначить как дезадаптация, как переходное состояние, когда никаких оснований для постановки нозологического диагноза не наблюдается, однако процесс взаимодействия человека с окружающей средой нарушен. Итогом снижения адаптивного функционирования является личностная или психологическая декомпенсация, при которой можно выделить следующие реакции:

1. Тревога и мобилизация. Ресурсы копинга первыми приводятся в состояние готовности и мобилизуются на борьбу с травмой. На этой стадии обычно задействованы эмоциональное возбуждение, повышенное напряжение, повышенная сензитивность, большая настороженность (вигильность) и определенные усилия по самоконтролю. В то же время человек, желая выйти из критического положения, предпринимает различные меры противодействия, которые могут быть ориентированы либо на решение задач, либо на защиту, либо на то и другое. На этой стадии могут возникнуть симптомы плохого приспособления, такие как постоянные тревога и напряжение, желудочно-кишечные расстройства или другие соматические недомогания, а также пониженная эффективность – признаки того, что мобилизация адаптивных ресурсов протекает неадекватно.

2. Сопротивление. Если травма продолжает оказывать свое действие, человек зачастую способен отыскать средства, позволяющие с ней ужиться и остаться в известной степени приспособленным к жизни. Некоторое время сопротивление травме может оказываться при помощи согласованных мер, ориентированных на решение задачи; в этот период также может интенсифицироваться использование механизмов защиты эго. Однако даже на стадии сопротивления могут появиться признаки деформации. Например, на ее позднейших этапах могут возникнуть такие психологические симптомы, как острое расстройство желудка и легкие искажения в восприятии реальности, например гиперчувствительность к звукам. Кроме того, человек может стать ригидным и придерживаться ранее разработанных методов защиты вместо того, чтобы постараться пересмотреть травмирующую ситуацию и выработать более адаптивные паттерны копинга.

3. Истощение. На фоне длительного травматического состояния адаптивные ресурсы человека иссякают, а паттерны копинга, задачей которых становится оказание помощи на стадии сопротивления, перестают действовать. Когда начинается стадия истощения, способность индивида справляться с продолжающимся стрессом значительно ослабевает, и для решения проблем он может прибегнуть к преувеличенным и ошибочным защитным мерам. Последующие реакции отличаются психологической дезинтеграцией и разрывом с реальностью, сопровождающимся бредом и галлюцинациями. Представляется, что эти бредовые построения воплощают в себе все более дезорганизованные мысли и перцепции наряду с отчаянными попытками спасти психологическую целостность и внутреннее единство путем реструктурирования реальности. В бредовом и галлюцинаторном поведении могут участвовать и метаболические изменения, которые нарушают нормальное функционирование мозга. В конце концов, если чрезмерный стресс сохраняется, процесс декомпенсации переходит в стадию тяжелой психологической дезинтеграции, которая может сопровождаться неконтролируемыми актами насилия, апатией, ступором и даже приводить к смерти.

2. Общая характеристика профессионального стресса

На состояние психического и физического здоровья может оказывать достаточно сильное воздействие профессиональный стресс. Термин «стресс» в настоящее время используется для обозначения довольно обширного круга состояний, которые возникают на самые различные воздействия – так называемые стрессоры. Профессиональный стресс рассматривается как многообразный феномен, который выражается как в психических, так и в физических реакциях на эмоционально-напряжённые критические ситуации в профессиональной деятельности человека.

Возможности анализ профессионального стресса в современной науке представлены достаточно широко и зависят от концептуального подхода. Иерархическая модель анализа, предложенная Леоновой А.Б. (Леонова, 2004), позволяет выделять на первом уровне (макроанализа) стресс-факторы, являющиеся потенциальными источниками стресса и включающие такие характеристики, которые лежат в основе субъективной оценки ситуации (мотивационные установки, личностные диспозиции, доступный репертуар копинг-стратегий и др.). Детальный анализ конкретных синдромов острых и хронических стрессовых состояний проводится на уровне микроанализа. Анализ синдромов позволяет отразить специфику изменений в механизмах регуляции деятельности (Леонова, 2004).

Профессиональный стресс может быть спровоцирован и неблагоприятными условиями работы (например, у спортсменов – это высокий темп деятельности; у врача скорой помощи) – «фривальный» темп деятельности; у спасателей – значительные физические и психоэмоциональные нагрузки.

Дополнительными факторами стресса могут выступать различные чрезвычайные и экстремальные ситуации. Они могут принимать различный характер, зависящий от специфики труда (техногенные аварии, обвал акций или неожиданное изменение курса валют, срыв поставок сырья или комплектующих).

Источником стрессов могут стать лица, которые не работают в данной организации, но контактируют с ней. Например, стресс продавцов, которым приходится общаться с большим количеством покупателей, или стресс бухгалтеров, сдающих квартальный или годовой отчет в нало-

говой инспекции. В то же время для налогового инспектора стрессорным фактором будет бухгалтер, который по отношению к нему является примером внешнего стрессора.

3. Последствия профессионального стресса

Выделяют первичные, вторичные и третичные последствия профессионального стресса.

К первичным последствиям профессионального стресса относятся различные негативные психические состояния, возникающие в процессе и в связи с условиями профессиональной деятельности. Среди них – состояния утомления и переутомления, эмоциональный стресс, дезорганизация деятельности, острые стрессовые расстройства, другие острые формы нарушения психической адаптации. Их особенностью является то, что они возникают непосредственно в ответ на конкретный, хорошо идентифицируемый стресс-фактор (или группу стресс-факторов), непосредственно обусловленный им. При этом определенную роль играет индивидуальная повышенная уязвимость, связанная с наличием ряда специфических личностных особенностей, таких как высокая тревожность, эмоциональная лабильность и прочие. (Кузнецова, Петровская, Рязанцева, 2012).

Вторичные последствия профессионального стресса возникают в результате неуспешных или неадекватных попыток преодоления дезадаптивного состояния, а также несвоевременности (а то и просто отсутствия) необходимых реабилитационно-восстановительных и психокоррекционных мероприятий, недостаточной психологической поддержки со стороны значимого социального окружения (семья, коллеги, руководители). К ним можно отнести состояние «профессионального выгорания», снижение работоспособности, посттравматические стрессовые расстройства, злоупотребление алкоголем, сильнодействующими лекарственными средствами, повышенную агрессивность, депрессивные состояния, явления профессиональной деформации личности, ауто- и гетероагрессивное поведение. (Кузнецова, Петровская, Рязанцева, 2012).

Наконец, третичные последствия профессионального стресса объединяют в себе целую гамму социально-психологических (включая внутрисемейные) и организационных феноменов, отражающих общее снижение качества и эффективности социального функционирования, как отдельного сотрудника, так и группы в целом. Это – преждевременное увольнение со службы, текучесть кадров, ухудшение морально-психологической атмосферы в коллективе, дисциплинарные нарушения, внутрисемейные проблемы, социальная апатия и пессимизм, снижение удовлетворенности службой, повышенная конфликтность, а также суициды (Кузнецова, Петровская, Рязанцева, 2012).

4. Состояние утомления и переутомления

Состояние утомления сопровождает все виды деятельности человека. Это нормальная реакция организма на рабочую нагрузку, но в острых и хронических формах вызывает нарушение работоспособности. В широком смысле слова утомление означает временный упадок сил после какой-то деятельности. Обычно оно чувствуется перед обеденным перерывом, в конце рабочего дня. В эти периоды работник ощущает усталость, потребность на время прекратить работу. Если же работа продолжается дальше без отдыха, то утомление прогрессирует и переходит в переутомление. Проявления и последствия утомления и переутомления весьма многообразны, поэтому изучением их причин, механизмов и путей ограничения отрицательных последствий занимаются физиологи и психологи, экономисты, инженеры и социологи (Психология, 2008).

Упадок сил, прежде всего, обусловлен изменениями функционального состояния организма, возникшими в результате выполнения работы (снижение мышечной силы и координации движения, изменение пульса, парабриоз). В этом проявляется физиологическая сторона утомления.

Как только человек начинает осознавать изменения своего состояния, у него появляется чувство усталости, которое, по определению А.А. Ухтомского, является естественным предупреждением начинающегося утомления.

Изменения состояния нервной системы сопровождаются ухудшением внимания, затруднением мышления, снижением интереса к работе, появлением раздражительности, т.е. вызывают разнообразные психологические последствия.

Утомление как функциональное состояние, есть результат интенсивной и/или длительной нагрузки, проявляется во временном нарушении ряда психических и физиологических функций индивида, а также снижении эффективности и качества труда. Если чрезмерные нагрузки продолжают воздействовать, а условия для полноценного восстановления функциональных нарушений отсутствуют, тогда состояние утомления может перейти в переутомление, которое представляет собой предзаболевание и требует лечения (Павлова, 2008).

5. Эмоциональный стресс

Благодаря междисциплинарным исследованиям, в которых установлена роль психических факторов в развитии состояния стресса, были сформулированы представления об эмоциональном (психическом) стрессе. Влияние психических стрессоров при эмоциональном стрессе опосредуется сложной работой психических процессов, благодаря которой происходит оценка стимула и сопоставление его с предыдущим опытом. В результате психологической переработки может возникнуть ощущение угрозы, и тогда стимул становится стрессором, когда психологическая оценка показывает явное несоответствие между требованиями среды и потребностями субъекта, его психическими и физическими ресурсами, которые необходимы для удовлетворения этих потребностей. Нейтральный стимул может стать стрессором: такое субъективное отношение к стимулу зависит от индивидуального опыта человека, его личностных характеристик, особенности когнитивной переработки и психического состояния. (Соколова, Березин, Барлас, 1996).

Психической переработкой сопровождается и формирование стресса, вызванного физическим стимулом, происходит индивидуальная оценка и индивидуальная интерпретация воздействия. Поэтому круг стрессоров, которые играют существенную роль для развития психического (эмоционального) стресса, достаточно широк – это и физические стрессоры, и психические индивидуально значимые стрессоры, и ситуации, в которых ощущение угрозы связано с прогнозированием будущих (иногда, только возможных!) стрессогенных событий. Устанавливать непосредственную зависимость психического стресса от характеристик среды не представляется возможным, прежде всего, потому, что стресс возникает при взаимодействии субъекта с широким кругом стрессоров, индивидуальная значимость которых существенно варьирует и развивается как ответ не только на реальные, но и на гипотетические ситуации. При определённых условиях любой раздражитель может стать психологическим стрессором и, вместе с тем, одинаковые (одни и те же) ситуации не вызывают стресс у всех без исключения индивидов. Однако, если речь идёт о чрезвычайных, экстремальных ситуациях, природных или антропогенных катастрофах, войнах, криминальном насилии, то значение индивидуальной предрасположенности уменьшается, но даже в этих случаях посттравматический стресс возникает далеко не у всех. С другой стороны, повседневные жизненные события в силу их индивидуальной значимости могут стать существенными для развития эмоционального стресса и приводить к расстройствам здоровья. Среди таких жизненных событий выделяются ситуации, непосредственно воспринимаемые как угрожающие (болезни, конфликты, угроза социальному статусу); ситуации потери (смерть близких, разрыв значимых отношений), которые представляют собой угрозу системе социальной поддержки; ситуации напряжения, «испытания», требующие новых усилий или использования новых ресурсов, даже если они выступают как желательные (новая ответственная работа, вступление в брак, поступление в ВУЗ), угроза будет связана с разрушением сложившихся стереотипов и возможной несостоятельностью в новых условиях (Соколова, Березин, Барлас, 1996).

6. Дезорганизация деятельности и нарушение психической адаптации

Дезорганизованность деятельности является одним из психологических признаков, по которым можно определить, что человек находится в состоянии профессионального стресса.

Когда человек находится в стрессовом состоянии, он может с трудом осуществлять целенаправленную деятельность, могут отмечаться трудности переключения и распределения внимания, может наступить даже общее торможение или полная дезорганизация деятельности. Могут остаться без изменения и заменить собой осознанные действия, навыки и привычки; возможны ошибки восприятия (определение численности неожиданно появившегося противника), памяти (забывание хорошо известного), неадекватные реакции на неожиданные раздражители и т.д. Од-

нако, иногда у некоторых людей незначительный стресс может вызвать прилив сил, активизацию деятельности, особую ясность и четкость мысли, сценические эмоции. Но заранее невозможно определить, вызовет ли данная ситуация стрессовое состояние человека или нет. Умение быстро оценить обстановку, наличие навыков мгновенной ориентировки в неожиданных обстоятельствах, волевая собранность, решительность, целесообразность действия и развитие выдержки, имеющийся опыт поведения в подобной ситуации – это личностные особенности, от которых зависит поведение при стрессировании.

Нарушение психической адаптации является ещё одним следствием профессионального стресса.

Контрольные вопросы для самопроверки

1. Дайте определение профессионального стресса.
2. Перечислите факторы, вызывающие производственный стресс.
3. Опишите последствия профессионального стресса.
4. Опишите проявления дезорганизации деятельности и нарушения психической адаптации.
5. Опишите этапы нарушения психической адаптации в условиях хронической стрессогенной ситуации.

Лекция 6. Посттравматическое стрессовое расстройство: понятие, динамика, диагностика

Отсроченные реакции на стрессовую ситуацию

План

1. История исследования посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).
2. Определение понятия «посттравматическое стрессовое расстройство». Основные клинические симптомы и критерии ПТСР.
3. Методы диагностики, коррекции и профилактики диссоциативных состояний.

1. История исследования посттравматического стрессового расстройства (ПТСР)

Исторически исследования в области посттравматического стресса развивались независимо от исследований стресса.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) возникает как отсроченная или затяжная реакция на ситуации, сопряженные с серьезной угрозой здоровью или жизни. ПТСР может развиваться у каждого практически человека при достаточно высокой интенсивности стрессорного воздействия (Ахвердова, 2007).

Сравнительно недавно ПТСР описано. Сделали это американские психиатры, изучавшие во Вьетнаме ветеранов войны.

Первые записи о подобных состояниях появляются в 1666 г. в дневнике Samuel Pepys спустя шесть месяцев после того, как он оказался в Лондоне свидетелем большого пожара, после которого он не мог спокойно уснуть несколько дней, вспоминая ужасы этого случая. Da Costa в 1871 г. описывал подобные переживания у солдат в Америке во время Гражданской войны. Это состояние называл он «солдатским сердцем», наблюдая со стороны сердца вегетативные реакции (Тарабрина, 2001).

Исследования о переживании военного стресса относятся к временам Гражданской войны (1861 – 1865) и первые появились в США. В России специалисты этой проблемой стали заниматься в Первую мировую и Гражданскую войны. У разных авторов военный невроз получал разные имена: «тревожный невроз», «солдатское сердце», «тревожное сердце», «синдром Да Коста», «снарядный шок», «травматический невроз» (Ахвердова, 2007).

Психологическими проблемами участников Гражданской и Первой мировой войн в нашей стране занимались И. Бехтерев, П. Ганнушкин, Ф. Зарубин, С. Крайц, а после Великой Отечественной войны – Е. Краснушкин, В. Гиляровский, А. Архангельский и другие. После Первой миро-

вой войны осталась обширная документация психологических и неврологических последствий военной травмы. Среди наблюдаемых основных симптомов, у солдат отмечали: навязчивое воспроизведение ситуаций, связанных с пережитыми событиями, трудности концентрации внимания гиперестезия, повышенная раздражительность (Соловьев, 2000).

Подобные проявления до Первой мировой войны считалось, что являются:

1. органических нарушений головного мозга; 2. следствием плохой дисциплины и трусости.

Но впоследствии это мнение оказалось ошибочным, а увеличился интерес исследователей к биологической природе военного стресса. Этот интерес остается актуальным и по настоящее время.

Основная информация по этой проблеме была собрана и проанализирована А. Кардинером к 1941 году. Все современные труды базируются на его исследованиях и разработках.

По А. Кардинеру, военный невроз имеет как психологическую природу, так и физиологическую. А. Кардинер впервые дает комплексное описание симптоматики ПТСР:

- 1) повышенная возбудимость и раздражительность;
- 2) внезапное реагирование на различные раздражители, безудержность реакций;
- 3) фиксация на обстоятельствах травмирующей ситуации;
- 4) уход от реальности, погружение в свой собственный «мир»; 5) склонность к неуправляемой агрессии (Тарабрина, 2003).

В 1945 году выходит монография Гринкер и Шпигель «Человек в условиях стресса» в которой, они излагают симптомы, характерные для военного невроза у солдат, побывавших в плену:

- повышенная утомляемость;
- депрессия;
- агрессивность;
- ослабление памяти, внимания;
- гиперактивность;
- алкоголизм;
- фобии;
- ночные кошмары.
- подозрительность (Ротштейн, 1999).

Подобные реакции наблюдались у военнопленных и узников концентрационных лагерей, нацистских лагерей: ночные кошмары, страхи, ослабление памяти, приступы сильной раздражительности, депрессии.

ПТСР изучался в основном у лиц, переживших травматический стресс во время участия в военных действиях.

В нашей стране посттравматическое стрессовое расстройство чаще всего называют «чеченским» или «афганским» синдромом.

Особый период в истории исследования ПТСР занимает период после войны во Вьетнаме. Это период наиболее интенсивных и передовых исследований в данной области. Возникло это в связи с тем, что в 1970 – е годы в США столкнулись с дезадаптивным поведением вьетнамских ветеранов: неблагоприятные изменения личности, самоубийства, неблагополучие в семье и насилие, алкоголизм, совершение противоправных деяний. Это потребовало создание особой системы реабилитации.

Специальная система центров социальной помощи ветеранам Вьетнама и исследовательских центров была создана в рамках государственной программы (Veteran Affairs Research Service).

В 1980-х гг. исследования ПТСР-синдрома стали еще более широкими. В США многочисленные исследования были выполнены в целях развития и уточнения различных аспектов ПТСР. Среди них хочется выделить работы Эгендорфа с соавторами и Боуландера с соавторами.

Работы Боуландера были посвящены – изучению особенностей отсроченной реакции на стресс у ветеранов, а работы Эгендорфа изучению и сравнительному анализу особенностей адаптационного процесса у вьетнамских ветеранов и их, не воевавших ровесников. На сегодняшний день результаты этих научных исследований не утратили своей важности. Международные итоги

исследований обобщены были в двухтомной монографии «Травма и ее след» (1986), выполненной коллективом сотрудников, где наряду с особенностями развития ПТСР военной этиологии приводятся и результаты исследования последствий стресса у жертв насилия над личностью, геноцида или других трагических событий.

Также были опубликованы в 1988 г. данные общенациональных ретестовых исследований различных аспектов послевоенной адаптации ветеранов вьетнамской войны. Данные работы позволили уточнить вопросы, связанные с диагностикой и природой ПТСР (Тарабрина, 2003).

Исследования, посвященные изучению посттравматического стрессового расстройства у лиц, переживших природные и техногенные катастрофы начались в 1950-1960 х гг. Национальная Академия наук США утвердила ряд исследований, в которых были сделаны попытки оценить адаптацию индивидов, переживших газовые атаки, землетрясения, крупные пожары и иные подобные катастрофы. По последствиям катастроф, число работ которые выявляют наличие ПТСР, намного меньше, чем количество исследований, проведенных с ветеранами боевых действий. Можно привести данные двух специально организованных исследований, задачей которых было установление представленности ПТСР среди жертв наводнения и урагана (Green B. L., 1985; Green B. L. et al., 1989; Allodi F., 1985) (Соловьев, 2000).

В 1974 году были опубликованы труды, посвященные исследованию ПТСР у лиц, оказавшихся жертвами изнасилования. Эти труды принадлежали таким авторам Барджес и Холмстром и освещали такую важную тему, как симптомы «синдрома травмы изнасилования». Результаты ряда интервью, основаны на проведенных данных, более чем за годичный период, со 146 жертвами изнасилования.

Жертвы изнасилования переживают длительные и острые фазы дистресса, по результатам выводов Барджеса и Холмстрома.

Острая фаза характеризовалась:

- в результате насилия общей физической болью;
- сильной головной болью;
- ночными кошмарами и расстройствами сна;
- нарушениями в генитальной области, злобой, страхом и виной, болями в брюшной

полости.

Долговременная фаза проявлялась:

- связанными с изнасилованием мыслями, ночными кошмарами;
- избегающим поведением;
- сексуальной дисфункцией и страхами.

Жертвы изнасилования, по мнению авторов, испытывают значительно более сильный страх отдельных, связанных с изнасилованием, стимулов (например, страх незнакомцев, страх находиться одному, страх обнаженного человека и незнакомых помещений) (Ротштейн, 1999).

Среди важнейших исследований посвященных данной теме следует отметить труды сотрудников Кризисного центра жертв изнасилования, показавшие, что имеются два значимых компонента сексуального насилия. «Внезапный случай изнасилования» – это первый компонент, включает запугивание, которое использует нападающий, сопротивление, которое пытается оказать жертва и физические травмы. «Фактор жертвы» – это второй компонент, является сочетанием уровня социальной поддержки и предшествующих изнасилованию жизненных стрессов (Тарабрина, 2003).

В развитии ПТСР, связанного с изнасилованием, важную роль играют некоторые факты из анамнеза жертвы. Обнаружено, что предшествующие сексуальные оскорбления являются значимым фактором для возникновения ПТСР после изнасилования. Такие жертвы были более тревожны и депрессивны и после изнасилования, чем жертвы, у которых раньше не было таких случаев (Соловьев, 2000).

В 1985 году начались исследования ПТСР у жертв преступлений. Данной проблемой занимался Д. Килпатрик с соавторами. Репрезентативная группа женщин из Чарльстона, Южная Калифорния (391 человек) была обследована с помощью вопросника. Результаты данного обследования показали, что в 295 случаях (75 %) респонденты были в прошлом жертвами преступлений. На

основании этих результатов этих исследований было установлено, что из всех жертв различных преступлений 7,5 % соответствовали критерию для актуального состояния ПТСР и что 27,8 % соответствовали критерию ПТСР в разные моменты своей жизни (Тарабрина, 2001).

В 1990 – е годы выходит ряд работ посвященных вопросу возникновения ПТСР у лиц, перенесших стресс радиационной угрозы после аварии на Чернобыльской АЭС (Смирнов Ю.Н., Пескин А.В., Краснов В.Н. и др.). Авторы отмечают, под угрозой радиоактивного заражения люди испытывали сильный стресс, беспокойство за свое здоровье и страх в будущем. Также исследователи отмечают, в дальнейшем увеличение с течением времени жалоб на ухудшающееся самочувствие (Ротштейн, 1999). В зарубежной литературе данному вопросу посвящено немного работ. В обзоре аналитическом Viner показано, что у лиц, подвергшихся радиационному облучению возникают проблемы с адаптацией, ощущения «неопределенности», «травматический невроз», повышенная бдительность и радиофобии. Во время аварии на американской АЭС «Three Mile Island, в Гайане, были описаны посттравматические синдромы у жертв радиационного облучения, а также у тех американских ветеранов Второй мировой войны (их еще называют «атомные» ветераны), которые были свидетелями испытаний ядерного оружия (Тарабрина, 2003).

2. Определение понятия «посттравматическое стрессовое расстройство». Основные клинические симптомы и критерии ПТСР

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)

(posttraumatic stress disorder) – это психическое состояние человека, характеризующееся комплексом взаимосвязанных симптомов (признаков), возникающих у человека как следствие экстремального травматического стрессового воздействия (Петровский, 1999).

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) проявляются у людей, испытывающих на себе воздействие события «выходящего за рамки обыденных человеческих переживаний и экстремально стрессогенного для любого человека». Травматические события, которые могут вызвать ПТСР, классифицируют по нескольким категориям. Во-первых, человек может испытать воздействие природного катаклизма, например – землетрясения. Во-вторых, расстройство может быть вызвано несчастными трагическими случаями, например, авто- и авиокатастрофы. В-третьих, стрессором может стать какая-нибудь чрезвычайная ситуация: концлагерь, расстрел, изнасилование, пытки, война, и т. д. (Щербатых, 2008).

К травматическим событиям относятся:

- участие в военных действиях;
- физическое или сексуальное насилие, насильственные нападения на личность, групповое нападение и ограбление;
- киднеппинг;
- пребывание в качестве заложника;
- террористические нападения;
- пытки;
- содержание в качестве военнопленных;
- различного рода катастрофы;
- ситуации, когда человеку ставится диагноз опасной и неизлечимой для жизни болезни (Петровский, 1999).

Особо длительным, затяжным и тяжелым может быть ПТСР в случаях воздействия на человека других людей, как например, в случае захвата в заложники, изнасилования и т.д.

Не все индивиды, перенесшие подобного рода ситуации склонны к возникновению ПТСР. Возникновение ПТСР вероятно детерминируется, с одной стороны, тяжестью травматического события, его неожиданностью, неконтролируемостью, с другой стороны – психологическими и психосоциальными характеристиками лиц, перенесших травматизацию (возраст, преморбидные черты, социальные условия жизни и т.п.) (Ахвердова, 2007).

В самом общем виде симптоматика ПТСР представлена тремя основными проявлениями:

- 1) повторное переживание травмы (мысли, навязчивые образы, ощущения, ночные кошмары);

2) уход от стимулов, связанных с травмой (попытки избежать ощущений, мыслей, действий, связанных с травмой, частичная или полная амнезия важных аспектов травмы, эмоциональное онемение (numbing), отчужденность от окружающих);

3) нарушения концентрации внимания, расстройства сна, сверхнастороженность, усиленные реакции испуга, раздражительность и устойчивые проявления повышенного возбуждения (Ахвердова, 2007).

Для определения выраженности ПТСР у человека используются специальные диагностические критерии, внесенные в международный классификатор болезней (МКБ-10), а также в американский диагностический психиатрический стандарт (DSM-IV) (Петровский, 1999).

Диагноз ПТСР до недавнего времени как самостоятельная нозологическая форма в группе тревожных расстройств существовал только в США. А в 1995 г. это расстройство и его диагностические критерии из DSM были введены и в десятую редакцию Международного классификатора болезней МКБ-10.

Критерии ПТСР в МКБ-10:

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

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

В. Больной должен обнаруживать фактическое избегание или стремление избежать обстоятельств, ассоциирующихся либо напоминающих со стрессором. Г. Из двух любое:

1. Психогенная амнезия, либо полная, либо частичная, в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора.

2. Стойкие симптомы повышения возбудимости или психологической чувствительности (не наблюдавшиеся до действия стрессора), представленные любыми двумя из указанных ниже:

а) трудности засыпания или сохранения сна;

б) вспышки гнева или раздражительность;

в) нарушения концентрации внимания;

г) увеличения уровня бодрствования;

д) усиленный рефлекс четверохолмия.

Д. Критерии Б, В и Г возникают в конце периода стресса или в течение шести месяцев после стрессогенной ситуации (для некоторых целей начало расстройства, отставленное более чем на 6 месяцев, может быть включено, но эти случаи должны быть точно определены отдельно).

Критерии ПТСР в DSM-IV:

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

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

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

Примечание: у детей реакция может замещаться дезорганизованным или ажитирующим поведением.

В. Травматическое событие настойчиво повторяется в переживании одним или несколькими из следующих способов.

1. Постоянное и навязчивое воспроизведение события, мыслей и восприятий, соответствующих образам, вызывающее тяжелые эмоциональные переживания.

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

2. Повторяющиеся тяжелые сны о событии.

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

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

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

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

5. Физиологическая реактивность в ситуациях, которые символизируют аспекты травматического события внутренне или внешне.

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

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

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

1. Плохой сон или трудности с засыпанием (ранние пробуждения).
2. Вспышки гнева или раздражительность.
3. Затруднения с сосредоточением внимания.
4. Гипербдительность, состояние постоянного ожидания угрозы, повышенный уровень настороженности.
5. Реакция испуга гипертрофированная.

Е. Длительность протекания расстройства (симптомы в критериях В, С и D) более чем 1 месяц.

Ф. Расстройство вызывает нарушения в социальной, профессиональной или других важных сферах жизнедеятельности, или клинически значимое тяжелое эмоциональное состояние (Тарабрина, 2001).

Для посттравматического стрессового расстройства характерен ряд клинических симптомов, который можно рассмотреть на примере проявлений ПТСР у участников боевых действий:

1. Повышенная тревожность как основная составляющая обычного эмоционального фона. Проявляется на физиологическом уровне (повышенное артериальное давление, спазмы желудка, головные боли) так и в психической сфере (беспокойство и озабоченность, «параноидальные» явления, чувство страха, неуверенность в себе, комплекс вины).

2. Повышенная агрессивность, тенденция решать проблемы с помощью грубой силы. Периодические приступы ярости, особенно после приема наркотических веществ или алкоголя.

3. Немотивированная бдительность, переходящая в подозрительность, ожидание нападения и угрозы.

4. Депрессия, пониженное настроение, чувство отчаяния и одиночества. Этим чувствам сопутствует апатия, нервное истощение и негативизм.

5. Нарушения концентрации внимания и памяти, трудности сосредоточения, особенно в социально-значимых ситуациях (экзамен, публичное выступление, и т. д.).

6. Наличие так называемых «непрощенных воспоминаний». Периодически в сознании человека, страдающего ПТСР внезапно всплывают крайне неприятные сцены, связанные с травмирующим событием, которые сопровождаются очень сильными негативными эмоциями. Эти воспоминания могут возникать как во сне, так и во время бодрствования, принимая форму ночных кошмаров. Человек пробуждается от такого сна разбитым, потным, с напряженными мышцами.

7. Притупленность эмоций и агедония (отсутствие чувства удовольствия, радости жизни).

8. Бессонница (прерывистый сон и трудности с засыпанием). Когда, человека посещают ночные кошмары, есть основания считать, что он сам невольно противится засыпанию, и именно в этом причина его бессонницы: человек боится заснуть и вновь увидеть этот сон.

9. Тенденция к злоупотреблению алкоголем, никотином, наркотическими и лекарственными веществами.

10. Чувство вины (Щербатых, 2008).

Таким образом, можно выделить три основных группы симптомов ПТСР:

Симптомы повторного переживания

- повторяющиеся навязчивые негативные воспоминания о событии;
- повторяющиеся, связанные с событием негативные сны;
- внезапные чувства и поступки, вызванные «возвратом» (внезапным «провалом») в психотравмирующее событие;
- психологический стресс интенсивный при событиях, символизирующих или напоминающих травму.

Симптомы избегания

- избегание чувств, мыслей и деятельности, связанных с событием;
- невозможность воспоминания деталей события;
- снижение интереса к деятельности, вызывавшей ранее у человека большой интерес;
- чувство отчуждения от других людей и отстраненности; -обеднение чувств, отсутствие планов на будущее, отсутствие положительных эмоций.

Симптомы повышенной возбудимости

- бессонница, трудности засыпания;
- раздражительность;
- гипербдительность;
- взрывные реакции;
- трудности при концентрации внимания;
- физиологические реакции на события, напоминающие травму или символизирующие (Тарабрина, 2003).

Единые механизмы возникновения ПТСР не выявлены, мнения авторов на этот вопрос расходятся, в зависимости от их приверженности к определенной теории.

В рамках концепции И.П. Павлова о высшей нервной деятельности ПТСР возникает вследствие возникновения застойного очага возбуждения в коре головного мозга.

Биохимические теории рассматривают причину появления ПТСР в снижении уровня норадреналина, дофамина и серотонина в мозге, что лежит в основе такой реакции на стресс, как оцепенение.

Согласно психоаналитической концепции З. Фрейда ПТСР возникает в результате нарушения процесса символизации и возникновения нарциссического конфликта. С точки зрения психоаналитиков, фиксация на травме – это попытка ее контроля. В качестве механизмов совладания с ПТСР психоаналитики выделяют возвращение на оральную стадию развития и возникновения садомазохистских тенденций.

В рамках когнитивной модели, авторы рассматривают травматические события как потенциальные разрушители базовых представлений о мире и о себе. Патологические реакции на стресс – это попытки воссоздания прежней картины мира в слегка измененном виде, которые не приводят к успеху.

Информационная модель, разработанная М. Ногоwitz является попыткой синтеза когнитивной, психоаналитической и психофизиологической моделей. Согласно этой подходу, сильный стресс приводит к поступлению в сознание поступает информация, которая не может быть согласована с когнитивными схемами. Происходит перезагрузка информационная, и часть информации переводится из сознания в бессознательное, сохраняясь, впрочем, в активной форме. Человек стремится сохранить информацию в бессознательной форме в соответствии с принципом избегания моральной боли, но в соответствии с тенденцией к завершению гештальта травматичная информация становится сознательной, как часть процесса информационной обработки (Щербатых, 2008).

3. Методы диагностики, коррекции и профилактики диссоциативных состояний

Для диагностики ПТСР в мировой психологической практике разработан и используется комплекс специально сконструированных психометрических и клинико-психологических методик. Основным клинико-психологическим методом выступает клиническая диагностическая шкала (CAPS – Clinical-administered PTSD

Scale) и структурированное клиническое диагностическое интервью – СКИД (SCID – Structured Clinical Interview for DSM). СКИД включает ряд блоков вопросов или диагностических модулей, обеспечивающих диагностику психических расстройств по критериям DSM-IV (тревожных, аффективных, психотических и вызванных употреблением психоактивных веществ). Конструкция интервью позволяет работать отдельно с любым модулем, в том числе и с модулем ПТСР. В каждом из модулей даны четкие инструкции, позволяющие экспериментатору по мере надобности перейти к беседе по другому блоку вопросов. Независимые эксперты могут привлекаться при необходимости для постановки окончательного диагноза. В зависимости от конкретных задач исследования авторами методики предусмотрена возможность ее дальнейших модификаций (Тарабина, 2001).

К другим наиболее часто используемым в мировой практике методикам диагностики ПТСР относятся: Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций; опросник для оценки выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (шкала Дерогатиса); шкала ПТСР из MMPI; шкала оценки тяжести воздействия травматического события (Impact of Event Scale-Revised, IOES-R); опросник Бека для оценки депрессии; шкала оценки тяжести боевого опыта Т. Кина. Однако, указанная батарея, была разработана на основе критериев DSM-III-R и, несмотря на полученные данные о возможности использования их русскоязычных версий, вопрос о дальнейшей работе над адаптацией или созданием специализированных психодиагностических методов, направленных на измерение признаков ПТСР, а также других последствий психической травмы, остается одной из важных задач в этой области психологии. В отечественной психологии разработан первый психодиагностический инструмент для этих целей, успешно зарекомендовавший себя, – Опросник травматического стресса (ОТС) (Пушкарев, 2000).

Психодиагностика ПТСР имеет свою специфику: начальным этапом при ее проведении является установление самого факта переживания им травматического события в анамнезе испытуемого, т. е. уже на этом этапе происходит актуализация индивидуального травматического опыта и сопутствующей ему постстрессовой симптоматики. Процесс обследования травмированных клиентов предъявляет требования к психологу-диагносту, относящиеся не только непосредственно к его компетенции профессионала, но и к умению оказывать «первую психотерапевтическую помощь» (Ениколопов, 1998).

Лечение ПТСР – длительный процесс и может продолжаться несколько лет.

Терапевтические вмешательства при посттравматических расстройствах включают в себя следующее:

- кризисное вмешательство
- психиатрическое образование
- психотерапия
- когнитивно-бихевиоральные методы
- фармакотерапия
- техники релаксации

- семейная психотерапия
- групповая психотерапия - экспрессивные методы - реабилитация.

Форма психотерапии для большинства больных, переживших психотравму, является методом собственного выбора. В конечном счете, травматизация разрушает ее взгляд на мир и когнитивные “Я”-схемы жертвы.

Контрольные вопросы для самопроверки

1. Раскройте содержание понятия «военный невроз».
2. Охарактеризуйте симптоматику ПТСР по А. Кардинеру.
3. Раскройте содержание понятия «посттравматическое стрессовое расстройство».
4. Назовите критерии ПТСР в МКБ-10 и в DSM-IV. 5. Назовите психологические методы диагностики ПТСР.

Лекция 7. Горе как особое психофизиологическое состояние. Динамика горевания . Психологическая работа с горем

План

1. Клинические (медицинские) аспекты реакции горя.
2. Психологическое понятие горя.
3. Психологическая работа с горем.

1. Клинические (медицинские) аспекты реакции горя

Понятие «горе» является психологическим и как медицинский термин не используется. В медицине представлена феноменология различных расстройств, вызванных переживанием горя, утраты.

В DSM-III-R (Диагностическое и статистическое руководство по психическим заболеваниям Американской Ассоциации Психиатров) имеется специальная шкала тяжести (ось IV) психосоциальных факторов, вызывающих стресс. Смерть ребенка или одного из супругов рассматривается как катастрофический острый стресс и кодируется 6 как самый высокий уровень тяжести (Каплан, Сэдок, 1994).

В DSM-IV не используется уже термин «неосложненная реакция утраты», входивший в DSM-III-R, а реакция утраты отнесена к «прочим состояниям, которые могут потребовать медицинской помощи». Термин «реакция утраты» в соответствии с этой классификацией, может использоваться при формулировке развернутого диагноза (Каплан, Сэдок, 1994; Психиатрия, 1998)

Как патологические по МКБ-10 реакции горя любой длительности расцениваются на основании их формы и содержания (Международная классификация болезней, 1994). Реакцией так называемого «нормального» горя считается реакция, которая «соответствует общепринятым в данной культурной среде нормам и продолжается, как правило, не более шести месяцев». Если такая реакция продолжается более шести месяцев, но при относительно нормальном содержании и форме, то данная реакция рассматривается как расстройство – «Пролонгированная депрессивная реакция» код МКБ-10 F43.21. Патологические адаптационные расстройства по МКБ-10 могут наблюдаться в следующих клинических вариантах:

F43.20 – кратковременная депрессивная реакция. Транзиторное легкое депрессивное состояние длительностью не более одного месяца.

F43.21 – пролонгированная депрессивная реакция. Легкое депрессивное состояние, возникающее в ответ на длительное воздействие стрессовой ситуации, но продолжительностью не более двух лет.

F43.22 – смешанная тревожно-депрессивная реакция. Отчетливо выражены симптомы тревоги и депрессии, но их степень тяжести не выше, чем при смешанном тревожно-депрессивном расстройстве (F41.2) или других смешанных тревожных расстройствах (F41.3).

F43.23 – с преобладанием нарушения других эмоций. Наблюдаемые симптомы обычно относятся к нескольким типам эмоций, таким как тревога, депрессия, беспокойство, напряженность и гнев. Симптомы тревоги и депрессии могут соответствовать критериям смешанного тревожно-депрессивного расстройства (F41.2) или других смешанных тревожных расстройств (F41.3), но

они не являются преобладающими в достаточной степени, чтобы служить основанием для диагностики иных, более специфических, депрессивных или тревожных расстройств. К этой категории следует относить и аналогичные реакции у детей, при которых отмечаются также определенные формы регрессивного поведения, например, энурез или сосание пальца.

F43.24 – с преобладанием нарушений поведения. Доминирующую роль в клинической картине играют нарушения поведения; так, у подростков реакция горя нередко проявляется агрессивным или диссоциальным (асоциальным) поведением.

F43.25 – со смешанным нарушением эмоций и поведения. Отчетливо выражены и эмоциональные симптомы, и нарушения поведения.

F43.28 – с другими уточненными преобладающими симптомами.

Депрессия является одним из серьезнейших психических расстройств, возникающих после смерти близкого человека. Клинически выраженная депрессия сохраняется в течение года у 15–20 % людей, переживающих утрату.

Депрессия (Депрессивный эпизод – F32 по МКБ-10) бывает легкой, умеренной и тяжелой степени. Тяжелый депрессивный эпизод может протекать без психотических симптомов (F32.2) или с психотическими симптомами (F32.3).

Наиболее важными диагностическими признаками депрессии считаются: снижение способности к сосредоточению и вниманию; снижение самооценки и уверенности в себе; идеи виновности и самоуничтожения; мрачное и пессимистическое видение будущего; идеи или действия, приводящие к самоповреждению или суициду; нарушенный сон; сниженный аппетит.

Если депрессия протекает с психотическими симптомами (F32.3), то на высоте эпизода могут возникать бредовые идеи самообвинения в смерти близкого человека. Человек, перенесший утрату – смерть близкого, возлагает на себя грехи всего человечества, считает, что должен искупить их или своей смертью или, иногда ценой вечной жизни (синдром Агасфера). Кроме того, мысли могут подтверждаться слуховыми или обонятельными галлюцинациями. В результате подобного рода переживаний возникают заторможенность и депрессивный ступор.

Горе родителей, потерявших ребенка, может быть выражено сильнее и более деструктивно влиять на личность, чем утрата значимого взрослого. Как правило, чувство вины и беспомощности, всепоглощающе, и проявления скорби делятся практически всю жизнь. До 50 % супругов, переживших смерть ребенка, разводятся.

На фоне депрессивных и субдепрессивных состояний (Дубницкая, 2000) могут формироваться ипохондрические, диссоциативные расстройства и посттравматические стрессовые расстройства.

Ипохондрические расстройства (F45.2) чаще формируются у людей (родственников), ухаживающих за умирающими больными. При ипохондрическом расстройстве у человека, который ухаживал за умершим, возникает убежденность, что у него развивается тяжелое заболевание (чаще всего такое же, как и у покойного – рак, язвенный колит, почечная недостаточность, болезнь Альцгеймера и т.п.).

Диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44) (Каплан, Сэдок, 1994) выражаются в утрате сознательного контроля над памятью и ощущениями, с одной стороны, и над контролированием движений тела – с другой. Ведущая роль отводится психогенным факторам, почти всегда прослеживается тесная связь по времени с травматическими жизненными обстоятельствами, неразрешимыми и невыносимыми событиями или нарушенными взаимоотношениями.

Диссоциативная амнезия (F44.0) проявляется потерей памяти (чаще частичной, реже полной) на недавние, важные события травматического характера и сопровождается растерянностью. Разрушение сознания человеком, пережившим утрату, является способом борьбы с эмоциональным конфликтом или внешним стрессом.

Диссоциативная фуга (F44.1) так же является своеобразным избавлением от эмоционально болезненных переживаний. Диссоциативная фуга проявляется внешне целенаправленными действиями, путешествиями, часто в течение нескольких дней в сочетании с явлениями диссоциативной амнезии. Внешне поведение представляется совершенно нормальным. В некоторых случаях отмечается формирование новой личности. Период фуги амнезируется.

Диссоциативный ступор (F44.2) протекает с полной обездвиженностью, мутизмами ослабленными реакциями на раздражение. Диссоциативные расстройства моторики (F44.4) проявляются полным или частичным параличом конечностей (моно-, геми- и пара-парезы и пlegии), атаксия, астазия-абазия, апраксия, акинезия, афония, дизартрия, блефароспазм. Оценка психического состояния больного с диссоциативными расстройствами моторики предполагает, что снижение продуктивности, вытекающее из утраты функций, помогает ему избежать неприятного конфликта или косвенным образом выразить свою зависимость или негодование. Существенным фактором является поведение, направленное на привлечение внимания.

Диссоциативные судороги (F44.5). Продолжительность судорожного синдрома от нескольких минут до 2-3 часов. Демонстративный характер подчеркивает то, что происходит в присутствии посторонних наблюдателей и исчезает при утрате ими интереса к пациенту. Чаще встречаются абортивные формы – обмороки, слезы или смех, тремор всего тела с внешними признаками утраты сознания без фактической его потери. В детском возрасте судороги могут возникать, как реакция протеста при отказе взрослых выполнить требования ребенка.

Диссоциативная анестезия (F44.6) или потеря чувственного восприятия является сенсорным расстройством психогенного происхождения, которое характеризуется нарушением одного из видов чувствительности, но не имеет в своей основе объективно регистрируемых поражений нервной системы. К сенсорным диссоциативным нарушениям относят гиперестезию, парестезию, анестезию, слепоту, глухоту и туннельное зрение. Потеря зрения при диссоциативных расстройствах редко бывает тотальной и при его нарушении чаще речь идет об утрате остроты зрения, его общей неясности или о «сужении поля зрительного восприятия». Вопреки жалобам на потерю зрения у больного часто хорошо сохраняются общая подвижность и моторная продуктивность. Гораздо реже, чем потеря чувствительности или зрения, встречаются диссоциативная глухота и anosmia.

При посттравматическом стрессовом расстройстве (F43.1), формирующим фактором является ситуация непредвиденной потери объекта особой привязанности или значимого другого (Андрющенко, 2000). Формирование посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) при утрате значимого объекта происходит в первые 6 месяцев после психотравмирующего события и продолжается от 6 месяцев до нескольких лет и более. Эти состояния отличаются следующими особенностями: 1) формируются в несколько стадий, приобретая пролонгированное течение; 2) определяются полиморфной психопатологической структурой; 3) в 6–20 % случаев завершаются стойкими резидуальными состояниями с явлениями социальной дезадаптации. Квалификация психических нарушений при патологических реакциях утраты (осложненное горе) с признаками ПТСР, проводимая в соответствии с МКБ-10, выявляет тенденцию к многоосевой диагностике патологии (дистимия, депрессивные эпизоды легкой и умеренной степени тяжести, коморбидные диссоциативные нарушения или соматоформные расстройства с проявлениями невротической ипохондрии).

2. Психологическое понятие горя

Психологи определяют горе как реакцию на утрату значимого объекта, утрату части собственной идентичности или ожидаемого будущего. Обычно термины «горе» и «утрата» используют как синонимы. В узком смысле утрата – это человеческий опыт, связанный со смертью близкого, а горе – это чувства (страдание) и их проявления (например, плач). Реакция утраты может быть вызвана не только смертью близкого, но и, например, удалением части тела (руки, молочной железы), разрывом родственных связей (развод), увольнением с работы, уходом из родного дома, коллектива и т.д. (Психиатрия, 1998; Андрющенко, 2000).

Реакция на утрату значимого объекта является специфическим психическим процессом, развивающимся по своим законам. Данный период жизни, как правило, сопровождается трауром, особыми атрибутами и ритуалами и выполняет очень важную задачу – адаптацию субъекта, перенесшего утрату, к «новой» жизни, жизни без умершего человека.

Существует несколько классификаций реакций горя. Исследователи выделяют от 3 до 12 стадий или этапов. Таким образом, большинство современных специалистов выделяют многообразные варианты течения и переменчивость переживаний горя, которые значительно отличаются

по интенсивности и продолжительности среди культуральных групп и у разных людей (Боулби, 2004; Психиатрия, 1998; Clayton, Darvish, 1979; Clayton, Herjanic, 1974; Shear, Mulhare, 2008)

Психологу (психотерапевту) в своей практической деятельности важно отличать адаптивный вариант совладания с трагической ситуацией (неосложненное горе) от дезадаптивного варианта (осложненное горе).

Субъективные переживания утраты индивидуально-различны для каждого человека, в связи с чем клинические проявления могут быть крайне вариабельны. Тем не менее, психологу (психотерапевту) нужно составить мнение о том, развивается ли горе человека адаптивно или нет, чтобы принять решение о вмешательстве. Специалист, который не представляет диапазон симптомов горя, рискует вмешаться в нормальный процесс и, возможно, расстроить его.

Знание специалиста о границах неосложненного, адаптивного горя может помочь ему распознать осложненное горе и/или депрессию, возникающую вслед за смертью близкого человека.

Неосложненное горе хотя и определяется в некоторой степени временными критериями и глубиной переживаний (Боулби, 2003), но не они являются определяющими. Критериями диагностики неосложненного горя являются:

1. Наличие динамики состояния. Горе – это не состояние, а процесс. «Застывшее», не меняющееся состояние должно внушать опасения.
2. Периодическое отвлечение внимания от болезненной реальности смерти.
3. Появление позитивных чувств в течение первых 6 месяцев после смерти близкого человека.
4. Переход от острого горя к интегрированному. Shear M.K. и Mulhare E. выделяют две формы горя (Shear, Mulhare, 2008). Первая – это острое горе, которое возникает сразу после смерти. Оно проявляется выраженной печалью, плачем, непривычными дисфорическими эмоциями, озабоченностью мыслями и воспоминаниями об ушедшем человеке, нарушенными нейровегетативными функциями, сложностью концентрации внимания и относительное отсутствие интереса к другим людям и активности в повседневной жизни.

Во время перехода от острого горя к интегрированному интенсивность психопатологических расстройств снижается и человек, переживший утрату, находит путь возврата к полноценной жизни. Утрата интегрируется в автобиографическую память, мысли и воспоминания об умершем более не поглощают все внимание и не лишают трудоспособности. В отличие от острого горя интегрированное горе не занимает постоянно мысли и не нарушает другие виды деятельности. Однако, могут быть периоды, когда острое горе снова актуализируется. Это часто случается во время значимых событий, таких, как праздники, дни рождения, юбилеи, но особенно в «круглые» даты, связанные со смертью близкого человека.

5. Способность субъекта, пережившего утрату, не только признать смерть близкого человека и расстаться с ним, но и поиск новых и конструктивных способов продолжать отношения с умершим (Shear, Mulhare, 2008). Столкнувшись с дилеммой сбалансировать внутренние и внешние реалии, скорбящие постепенно учатся снова воспринимать в своей жизни любимого человека как умершего.

Исследователями установлено, что наличие вышеперечисленных критериев является признаком жизнеспособности для людей, переживших утрату, и связаны с хорошими долгосрочными исходами для них.

Осложненное горе, иногда упоминаемое по отношению к неразрешимому или травмирующему горю, является употребительным обозначением для синдрома пролонгированного (протяженного) и интенсивного горя, который связан со значительным ухудшением в работе, здоровье, социальном функционировании.

Осложненное горе – синдром, который возникает примерно у 40% людей, понесших утрату, что связано с неспособностью перейти от острого горя к интегрированному.

При осложненном горе симптомы частично совпадают с симптомами обычного, неосложненного горя, и часто не принимаются во внимание. Они воспринимаются как «нормальные» с ошибочным предположением, что время, сильный характер и естественная поддерживающая система исправят ситуацию и освободят горящего от душевного страдания. Несмотря на то, что не-

осложненное горе может быть крайне болезненным и разрушительным, оно обычно бывает переносимым и не требует специфического лечения. В то же время осложненное горе, и связанные с ним различные психические нарушения могут быть дезадаптирующими и тяжело инвалидизирующими, влияя на функционирование и качество жизни пациента, приводя к тяжелым соматическим заболеваниям или суициду. Такие состояния требуют специфического психотерапевтического и психиатрического вмешательства.

Для людей с осложненным горем характерны специфические психологические установки, связанные с трудностями в принятии смерти близкого человека. Они воспринимают для себя радость как нечто неприемлемое и постыдное, считают, что их жизнь тоже закончилась и что та сильная боль, которую они терпят, никогда не исчезнет. Эти люди не хотят, чтобы горе закончилось, так как чувствуют, что это все, что им осталось от отношений с их любимыми. Некоторые из них идеализируют умершего или пытаются самоотождествляться с ним, перенимая некоторых черт его характера и даже симптомы болезни (Сидорова, 2001).

У субъектов с осложненным горем иногда отмечается сверх вовлеченности в деятельность, связанную с умершим, с одной стороны, и чрезмерным уклонением от другой активности. Часто эти люди чувствуют себя отчужденными от других, включая ранее близких им.

Период траура является формой внешнего выражения печали или горя по причине смерти близкого человека. Этот социальный процесс в большинстве обществ и культур, используя существующие ритуалы и обряды, помогает человеку пережить утрату. В различных культурах траур имеет определенную продолжительность, предписанную обычаями. Преждевременное прекращение траура, как правило, осуждается обществом. К преднамеренному затягиванию этого скорбного периода отношение неоднозначное. Опасность периода траура заключается в том, что человек, переживающий утрату и носящий траур, даже если ему очень плохо, не обращается за помощью, т.к. считается, что этот период необходимо стойко переносить (Уманский, 2012)

За последние годы появились исследования, указывающие на то, что в период траура повышается риск соматических заболеваний. Во многом, это обусловлено тем, что сильный стресс (как сама утрата, так и привыкание к новому жизненному укладу) может вызывать иммунные нарушения, соматические заболевания, быть пусковым механизмом онкопатологии и приводить к манифестации психических расстройств (Андрющенко, 2000; Zisook, Shear, 2009).

3. Психологическая работа с горем

Для людей, переживающих утрату близкого человека, можно выделить несколько аспектов помощи:

1. Сопровождение и психологическая поддержка (оказывается близкими людьми).
2. Психологическое консультирование (проводится квалифицированным психологом).
3. Психотерапия и медикаментозное лечение. Проводится психиатрами, психотерапевтами.

1. Сопровождение и психологическая поддержка.
Человек, переживающий реакцию горя, нуждается в психологической поддержке друзей и родственников. Желательно, чтобы к человеку, перенесшему утрату, на несколько дней переехал кто-то из друзей или родственников (или чтобы он сам первые дни ночевал у них). Кроме того, родственники и друзья могут помочь при траурных приготовлениях и похоронах. Плохо в эти дни остаться одному, но не лучше и заводить новые знакомства, производить важные перемены в жизни. Люди, оказывающие сопровождение и психологическую поддержку должны учитывать религиозные, этнические и культуральные представления человека, переживающего горе.

Если человек, переживающий горе много говорит, наделяя умершего качествами, которыми он не обладал, не надо его в этом переубеждать. Надо слушать, не мешая словоизлиянию. Уже сам факт того, что человека внимательно слушают, не перебивают и сочувствуют, может принести облегчение.

2. Психологическое консультирование (проводится квалифицированным психологом).

Психологическое консультирование – это вид профессиональных услуг, предоставляемых специалистом-психологом клиентам, заинтересованным в решении своих психологических проблем. Оказание такого рода консультативной помощи всегда сопровождается эмоциональной, смысловой и экзистенциальной поддержкой.

Целью консультирования является помощь клиентам в понимании происходящего в их жизненном пространстве и осмысленное достижение поставленных целей на основе осознанного выбора при разрешении проблем.

Основными общетеоретическими подходами в консультировании являются психодинамический, поведенческий (бихевиориальный), когнитивный, гуманистический (экзистенциальногуманистический, феноменологический).

В отношении значимой утраты (смерти близкого человека) большинство практикующих психологов используют стратегии, которые базируются на концепции Worden J. (Дж. Ворден) (Worden, 2008). Ее суть заключается в том, что психологу в работе с клиентом, переживающим утрату необходимо решить четыре психологические задачи: 1) признать факт потери; 2) пережить боль потери; 3) организовать окружение, в котором ощущается отсутствие усопшего; 4) выстроить новое отношение к умершему и продолжать жить. Реакция горя может блокироваться на выполнении любой задачи. За этим может стоять разный уровень патологий. Признаками того, что задача не решается, горе не стихает и не завершается период траура, является низкая активность клиента, его сниженное настроение, появившееся чувство вины и высказывания типа, что «после его смерти я не живу», «не вижу смысла жизни» и т.п. Все это указывает на проявления клинически значимых психических расстройств. Появление суицидальных мыслей является поводом для незамедлительного направления клиента, переживающего утрату к психиатру.

4. Медикаментозное лечение и психотерапия

При неосложнённом горе возможно кратковременное и осмотровое назначение транквилизаторов. Просьбу человека, переживающего утрату не отменять «успокоительные» следует рассматривать как возможный признак патологической реакции или начинающейся депрессии.

Антидепрессанты в острой стадии реакции утраты, как правило, не эффективны. Раннее их назначение показано в случаях перенесенного депрессивного эпизода в анамнезе.

Горе – это острый стресс. Мощный стресс, связанный со смертью близкого человека, вместе со своими последствиями (бессонницей, дневной утомляемостью, раздражительностью) не проходит бесследно. В зависимости от психопатологической симптоматики, при ситуациях, угрожающих психическому здоровью, необходима соответствующая квалифицированная психофармакологическая коррекция (транквилизаторы, нейролептики, антидепрессанты, антиконвульсанты).

При осложненном горе психиатр оценивает психический статус пациента, ставит диагноз и в соответствии с ним назначает лечение. В терапии психических расстройств у людей, перенесших утрату, используются все группы психотропных препаратов. На начальных этапах терапии желательно использовать небольшие дозы препаратов, обладающих минимальной поведенческой токсичностью. Терапию лучше начинать с небольших и средних дозы транквилизаторов и минимальных доз мягких нейролептиков. Использование на начальном этапе лечения нейролептиков и антидепрессантов, может резко ухудшить состояние больного. По показаниям могут использоваться нейрометаболические церебропротекторы, ангиопротекторы, вегетотропные препараты, нормотики, антиконвульсанты (Уланский, 2012).

В случаях труднокурабельных затяжных депрессий с картиной патологических реакций горя, необходимо учитывать наличие коморбидных расстройств личности или расстройств эндогеннопроцессуальной природы (Дубницкая, 2000).

Психотерапия.

При реакции утраты, особенно патологической реакции утраты (осложненное горе), любая «правильная» терапия не принесет должного результата, если не будет осуществлена адекватная психотерапевтическая поддержка.

ГЛОССАРИЙ

Агрессия – импульс или намерение, предопределяющие такое поведение человека, которое характеризуется разрушительностью и деструктивностью.

Ажитация – это сильное эмоциональное возбуждение, которое сопровождается чувством страха и тревоги, переходящее в двигательное или речевое беспокойство.

Акцентуация характера – находящаяся в пределах клинической нормы особенность характера, при которой отдельные его черты чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении одних психогенных воздействий при сохранении хорошей устойчивости к другим.

Апатия (греч. α – без, πάθος – страсть) – симптом, выражающийся в безразличии, безучастности, в отрешённом отношении к происходящему вокруг, в отсутствии стремления к какой-либо деятельности. Сопровождается отсутствием внешних эмоциональных проявлений, а иногда снижением волевой активности.

Астено-депрессивный синдром – это вид психоэмоционального расстройства, при котором отмечается потеря интереса к жизни и трудности в решении даже простых повседневных задач.

Аутогенная тренировка (от др.-греч. αὐτός – «сам», γένος – «происхождение») – психотерапевтическая методика, направленная на восстановление динамического равновесия гомеостатических механизмов человеческого организма, нарушенных в результате стресса.

Аффект (лат. affectus – страсть, душевное волнение) – эмоциональный процесс взрывного характера, характеризующийся кратковременностью и высокой интенсивностью, сопровождающийся резко выраженными двигательными проявлениями и изменениями в работе внутренних органов.

Бред (лат. Delusio) – часто определяют как расстройство мышления с возникновением не соответствующих реальности болезненных представлений, рассуждений и выводов, в которых больной полностью, непоколебимо убеждён и которые не поддаются коррекции.

Галлюцинация (новолат. Hallucinatio < лат. Alucinatio – бессмысленная болтовня, бредни, несбыточные мечты) – образ, возникающий в сознании без внешнего раздражителя.

Гипоксия (от греч. hupo – мало и лат. oxigenium – кислород) – состояние, возникающее при недостаточном поступлении кислорода в ткани или при нарушении его использования клетками в процессе биологического окисления.

Горевание – это первичные эмоциональные реакции на личную утрату. Обычно понятие «горевание» связывается со смертью близких людей.

Дебрифинг; психологический дебрифинг – одноразовая слабоструктурированная психологическая беседа с человеком, пережившим экстремальную ситуацию или психологическую травму. В большинстве случаев, целью дебрифинга является уменьшение нанесенного жертве психологического ущерба путём объяснения человеку, что с ним произошло и выслушивания его точки зрения.

Дезадаптация – 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 функционирования, изменению форм поведения, развитию патологических процессов.

Депрессия (от лат. Deprimo – «давить», «подавить») – психическое расстройство, характеризующееся «депрессивной триадой»: снижением настроения и утратой способности переживать радость, нарушениями мышления, двигательной заторможенностью. При депрессии снижена самооценка, наблюдается потеря интереса к жизни и привычной деятельности.

Депривация (от лат. Deprivatio – потеря, лишение) – негативное психическое состояние, вызванное лишением возможности удовлетворения самых необходимых жизненных потребностей (таких как сон, пища, жилище, секс, общение ребёнка с отцом или матерью, и т.п.), либо лишением таких благ, к которым человек долгое время был привычен.

Диссоциация – психический процесс, относимый к механизмам психологической защиты. В результате работы этого механизма человек начинает воспринимать происходящее с ним так, будто оно происходит не с ним, а с кем-то посторонним. Такая «диссоциированная» позиция защищает от избыточных, непереносимых эмоций.

Диссоциативная амнезия – один из видов диссоциативных расстройств, при котором пациентом утрачивается память на события в основном личного характера, что является последстви-

ем стресса или травмирующего события, при этом способность восприятия новой информации сохраняется.

Диссоциативная fuga (от лат. Fuga – «бегство») – болезнь, характеризующаяся внезапным, но целенаправленным переездом в незнакомое место, после чего больной полностью забывает всю информацию о себе, вплоть до имени.

Дисфория (от греч. Δυσφορέω – страдать, мучиться, досадовать) – форма болезненно-пониженного настроения (антоним слова «эйфория»), характеризующаяся мрачной раздражительностью, чувством неприязни к окружающим.

Зона ЧС – территория или акватория, на которой в результате возникновения источника ЧС или распространения его последствий из других районов возникла ЧС.

Зона заражения – это территория, в пределах которой распространены опасные химические вещества либо биологические (бактериологические) средства.

Ипохондрическое расстройство – один из наиболее частных психопатологических феноменов, основной признак которого заключается в постоянной чрезмерной озабоченности возможностью заболевания одним или более тяжелым и прогрессирующим соматическим расстройством.

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

Конфликт (лат. conflictus – столкнувшийся) – наиболее острый способ разрешения противоречий в интересах, целях, взглядах, возникающих в процессе социального взаимодействия, заключающийся в противодействии участников этого взаимодействия и обычно сопровождающийся негативными эмоциями, выходящий за рамки правил и норм.

Кризис (др.греч. Κρίσις – решение, поворотный пункт) – переворот, пора переходного состояния, перелом, состояние, при котором существующие средства достижения целей становятся неадекватными, в результате чего возникают непредсказуемые ситуации.

Кризисная интервенция – это скорая психологическая помощь лицам, находящимся в состоянии кризиса.

Кризисная ситуация (от греч. krisis – решение, поворотный пункт, исход) – это ситуация, требующая от человека значительного изменения представлений о мире и о себе за короткий промежуток времени. Эти изменения могут носить как позитивный, так и негативный характер.

Кризисные состояния – это особые выходящие за рамки повседневной жизни состояния, бывающие в жизни каждого человека, возникающие как реакция на какие-либо внешние или внутренние причины и обстоятельства, психические травмы.

Кризис адаптации к жизни – это нарушение относительно устойчивого динамического равновесия внешних и внутренних условий бытия человека при резких изменениях внешних условий жизни, которое создает угрозу существованию человека и удовлетворению его основных жизненных потребностей, приводит к «разрывам логики жизни».

Невроз – группа нервно-психических заболеваний, возникающих в основном вследствие длительных психических переживаний, перенапряжений при выполнении чрезмерных по сложности и трудоемкости дел, недостаточного отдыха, сна, длительной внутренней борьбы, необходимости скрывать горе, гнева, страдания. Способствуют возникновению неврозов и внутренние болезни человека.

Нервно-мышечная релаксация (англ. Relaxation therapy) – техника (методика) саморегуляции состояний, использующая в качестве основного приема попеременное напряжение и расслабление различных мышечных групп, что обеспечивает быстрое достижение состояния релаксации (расслабления). Обычно представлена серией повторяющихся упражнений для основных участков тела и дыхательной мускулатуры. Сопровождается ощущениями общего покоя, отдыха, потепления конечностей, а также уменьшением нервного напряжения и снятием болей.

Нервно-психическая устойчивость – сохранение продуктивного функционирования психики в кратковременной или длительной напряженной ситуации.

Нормативные, или закономерные, кризисы – это возрастные кризисы развития, которые связаны с прохождением личности через определенные этапы жизненного пути (кризис трех лет, подростковый кризис и др.).

Острое стрессовое расстройство – быстро проходящее расстройство значительной степени тяжести у людей без психических отклонений в ответ на психологический или физиологический стресс, исключительный по своей интенсивности.

Очаг поражения – ограниченная территория, в пределах которой в результате воздействия поражающих факторов источника чрезвычайной ситуации произошли массовая гибель или поражение людей, сельскохозяйственных животных и растений, разрушены и повреждены здания и сооружения, а также элементы окружающей природной среды.

Паника – это стихийно возникающее состояние и поведение большой совокупности людей, находящихся в условиях поведенческой неопределенности в повышенном эмоциональном возбуждении от бесконтрольного чувства страха.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР, «вьетнамский синдром», «афганский синдром» и т. п.) – тяжёлое психическое состояние, которое возникает в результате единичной или повторяющихся психотравмирующих ситуаций, как, например, участие в военных действиях, тяжёлая физическая травма, сексуальное насилие, либо угроза смерти.

Предстартовое состояние – рефлекторная эмоциональная реакция, наступающая перед ответственными событиями. В физиологических условиях она характеризуется усилением и мобилизацией всех функций организма.

Профессиональное здоровье – это способность организма сохранять компенсаторные и защитные свойства, обеспечивающие профессиональную надежность и работоспособность в трудовой деятельности.

Профессиональный стресс – это напряженное состояние работника, возникающее у него при воздействии эмоциональноотрицательных и экстремальных факторов, связанных с выполняемой профессиональной деятельностью.

Психическое здоровье (духовное или душевное, иногда – ментальное здоровье) – согласно определению Всемирной организации здравоохранения, это состояние благополучия, при котором человек может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества.

Психогенный ступор – реакция организма на психическую травму; при этом неподвижность сочетается с различными нарушениями со стороны вегетативной нервной системы (она иннервирует внутренние органы и кровеносные сосуды) – учащенным сердцебиением, потливостью, повышением или снижением артериального давления.

Психологическая помощь – область практического применения психологии, ориентированная на повышение социальнопсихологической компетентности людей и оказания психологической помощи как отдельному человеку, так и группе или организации. Это непосредственная работа с людьми, направленная на решение различного рода психологических проблем, связанных с трудностями в межличностных отношениях, а также глубинных личностных проблем.

Психологическая травма – вред, нанесённый психическому здоровью человека в результате интенсивного воздействия неблагоприятных факторов среды или остроэмоциональных, стрессовых воздействий на его психику. Часто бывает связана с физической травмой, угрожающей жизни, либо нарушающей ощущение безопасности.

Психологическое консультирование – это вид профессиональных услуг, предоставляемых специалистом-психологом клиентам, заинтересованным в решении своих психологических проблем. Оказание такого рода консультативной помощи всегда сопровождается эмоциональной, смысловой и экзистенциальной поддержкой.

Психомоторное возбуждение – это патологическое состояние, характеризующееся двигательным беспокойством разной степени выраженности (от суетливости до разрушительных действий), часто сопровождающееся речевым возбуждением (многоречивость, выкрики фраз, слов, отдельных звуков).

Психотерапия (от др. – греч. Ψυχή – «душа», «дух» + θεραπεῖα – «лечение», «оздоровление», «лекарство») – система лечебного воздействия на психику и через психику на организм человека. Часто определяется как деятельность, направленная на избавление человека от различных проблем (эмоциональных, личностных, социальных, и т. п.). Проводится, как правило, специалистом-психотерапевтом путем установления глубокого личного контакта с пациентом (часто путем бесед и обсуждений), а также применением различных когнитивных, поведенческих, медикаментозных и других методик.

Реактивные состояния (психогении) – это обратимые психические расстройства, возникающие вследствие переживаний, травмирующих психику, и вызываемые нарушениями особо значимых переживаний личности, например, профессиональных, служебных, семейных.

Рефлексы орального автоматизма (оральный от лат. os, oris – рот) – группа рефлексов, при которых в ответ на раздражение оральной части лица возникает вытягивание вперед губ – сосательное или поцелуйное их движение.

Синдром профессионального выгорания – это сложный психологический феномен, который часто встречается у специалистов, работа которых подразумевает непрерывный прямой контакт с людьми и оказание им психологической поддержки.

Ситуация – одноактности неповторимость возникновения множества событий, стечения всех жизненных обстоятельств и положений, открывающихся восприятию и деятельности человека.

Страх – внутреннее состояние, обусловленное грозящим реальным или предполагаемым бедствием.

Стресс (отангл. 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 организм в целом).

Стресс-факторы – стрессовые события, ставшие причиной психической травмы.

Стрессовая ситуация – это ситуация, которая становится для человека, переживающего или воспринимающего ее, причиной стресса или тревоги.

Стрессоустойчивость – представляет собой совокупность личностных качеств, позволяющих человеку переносить значительные интеллектуальные, волевые и эмоциональные нагрузки (перегрузки), обусловленные особенностями профессиональной деятельности, без особых вредных последствий для деятельности, окружающих и своего здоровья.

Ступор – состояние резкой угнетенности, выражаемой в полной неподвижности, молчаливости.

Суицид (от лат. sui caedere – убивать себя) – преднамеренное лишение себя жизни, как правило, самостоятельное и добровольное.

Тревога – отрицательно окрашенная эмоция, выражающая ощущение неопределённости, ожидание негативных событий, трудноопределимые предчувствия.

Утомление – это функциональное состояние, которое возникает в результате интенсивной или (и) длительной рабочей нагрузки и проявляется во временном нарушении ряда психических и физиологических функций индивида, а также снижении эффективности и качества труда.

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.

Экстремальная ситуация (от лат. extremus – крайний, критический) – внезапно возникшая ситуация, угрожающая или субъективно воспринимаемая человеком как угрожающая жизни, здоровью, личностной целостности, благополучию.

Эмоциональное возбуждение – это сигнальная реакция нервной системы на различные психогенные воздействия.

Эмоциональное напряжение – это эмоционально окрашенное волевое усилие, направленное на решение мыслительной или двигательной задачи.

Эмоциональная напряженность характеризуется временным понижением устойчивости психических и психомоторных процессов, а также падением работоспособности, вызванным негативными или чрезмерными психогенными воздействиями.

Эмпатия – постижение эмоционального состояния, проникновение, вчувствование в переживания другого человека. Способность индивида к параллельному переживанию тех эмоций, что возникают у другого индивида в ходе общения с ним. Понимание другого человека путем эмоционального вчувствования в его переживания. Термин ввел в психологию Э. Титченер.

Чрезвычайная ситуация – это обстановка, сложившаяся на определенной территории или акватории в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, стихийного или иного бедствия, которая может повлечь или повлекла за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей природной среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей.

Фрустрация (лат. Frustratio – «обман», «неудача», «тщетное ожидание», «расстройство замыслов») – негативное психическое состояние, возникающее в ситуации реальной или предполагаемой невозможности удовлетворения тех или иных потребностей, или, проще говоря, в ситуации несоответствия желаний имеющимся возможностям.

Лекция 8. Методы оказания экстренной психологической помощи .

Диссоциация и посттравматический стресс

План

1. История исследования феномена диссоциации и посттравматического стресса.
2. Определение понятия «диссоциация». Характеристика диссоциативных феноменов.
3. Методы диагностики, коррекции и профилактики диссоциативных состояний.

1.История исследования феномена диссоциации и посттравматического стресса

В конце 70 – х. начале 80 – х благодаря работам Эрнста Хилгарда годов XX века наблюдался очередной подъем интереса к феномену диссоциации. Это было связано с тем, что в этот период в Соединенных штатах Америки произошел резкий скачок в возникновении диссоциативных феноменов. В то время популярностью пользовалась теория травмы, которая объясняла данный феномен и согласно которой, диссоциативные расстройства, являются следствием стресса, вызванного длительной опасностью (моральное, физическое насилие).

В США с середины 1970-х гг., отмечается большой интерес к проблеме диссоциации, который был обусловлен тремя основными факторами. Во-первых, американское общество столкнулось с проблемой дезадаптивных форм поведения ветеранов войны во Вьетнаме, которые являлись последствиями пережитого ветеранами военного стресса. Во-вторых, к этому времени появляются публикации исследований, посвященных проблеме детского физического и сексуального насилия, согласно которым это явление является достаточно частым в американском обществе, как это считалось раньше. В-третьих, возросло число публикаций, описывающих множественное расстройство личности, характеризующиеся тем, что в одном индивиде могут существовать две или более личностных состояния или личностные структуры, которые могут функционировать с той или иной степенью независимости друг от друга, время от времени беря контроль над поведением индивида. Согласно этим публикациям, пациенты с расстройством множественной личности чаще всего имели историю длительной тяжелой травмы в раннем детстве (Тарабрина, 2000).

Физиолог И.М. Сеченов (1863) один из первых использовал термин «диссоциация» в отечественной литературе. Подразумевая под диссоциацией процесс разобщения, разделения ощущений. По Сеченову, к ощущениям, вызванным внешними обстоятельствами или предметами, всегда «примешиваются» ощущения, вызванные собственной активностью организма. Первые – отража-

ют внешний мир – они объективны – вторые – отражают состояние тела – это самоощущения – они субъективны (Коган, 2010).

На начальном этапе изучения и описания диссоциация представляла собой описательный конструкт, в который вошли психологические феномены, расположенные на континууме норма—патология и имеющие сходные признаки. В работах, направленных на исследование диссоциативных феноменов, прочно утвердилось представление о так называемом «диссоциативном континууме», согласно которому все диссоциативные феномены расположены вдоль гипотетического континуума, на одном полюсе которого располагаются «нормальные» проявления диссоциации, такие как рассеянность, абсорбция, тогда как на другом полюсе этого континуума находятся очень «тяжелые» формы диссоциативной психопатологии, выраженные в симптомах диссоциативных расстройств (Малкина-Пых, 2010).

2. Определение понятия «диссоциация».

Характеристика диссоциативных феноменов

Термин диссоциация происходит от латинского слова «dissociation» (см.: Лапланш, Понталис, 2006), которое означает разъединение, разделение.

В психологии можно выделить следующие употребления термина «диссоциация»:

1. Описание разделения элементов, которые были изначально объединены в единую систему.
2. Описание резкого противопоставления каких-либо характеристик или отсутствия между ними связей.

В настоящее время в МКБ-10 диссоциация определяется как: «Диссоциация – разъединение, разобщение связей; бессознательный процесс, разделяющий мышление (или психические процессы в целом) на отдельные составляющие, что ведет к нарушению обычных взаимосвязей; нарушение целостности личности вследствие психотравмирующего воздействия. Диссоциация – один из механизмов психологической защиты в психоаналитической концепции; может лежать в основе невротических расстройств» (Дмитриева, 1998).

Диссоциация – механизм психологической защиты, при котором человек воспринимает происходящее с ним, так, будто это происходит с кем-то посторонним. Иногда человек может будто бы «выйти из тела», наблюдать себя со стороны. Люди, пережившие катастрофу или другие опасные ситуации, описывают действие этого механизма так: «будто бы это происходило не со мной». В норме, как адаптивный процесс, этот механизм используется психикой человека для защиты от сильных эмоциональных потрясений, психологической травмы, или же тогда, когда нужна эмоциональная собранность и трезвая оценка своих действий (

же и следующие диссоциативные формы, которые могут встречаться при исследовании по Шкале диссоциации:

Абсорбция – это различные состояния внимания специфицируются особыми состояниями сознания – усилением, напряженностью, интересом, удивлением, поглощенностью деятельностью и чувствам активности. Высокая степень и узкий объем внимания, однонаправленность характеризуют состояния концентрации и абсорбции (Тарабрина, 2001).

«Абсорбция означает временное прекращение любой внутренне иницируемой деятельности. Абсорбция снимает напряжение, растворяет «Эго», способствует переживанию слияния с внешним объектом. Абсорбция же – это единый контроль внимания, приводящий к тотальному недифференцированному состоянию тотального внимания; это переживание слияния с внешним объектом. Мы концентрируемся, когда чем-то обеспокоены... Мы поглощены, когда наслаждаемся...» (см.: Дормашов, Романов, 1999).

Рассеянность. В контексте диссоциации имеются в виду такие состояния рассеянности, когда человек находится в состоянии грез наяву – «пустой взор» или мечтательности. Примером такой рассеянности может послужить блуждание мысли при чтении, когда через какое – то время читатель вдруг осознает, что пролистал несколько страниц и при этом совершенно игнорировал смысл текста, не помнит прочитанного. Временной провал или дорожный транс являются феноменами, родственными состоянию пустого взора (Коган, 2010).

Деперсонализация. Это состояние впервые было описано у больных неврозом Р. Крисгабером в 1873 г. Субъекты, говорят о своеобразной двойственности этого переживания, находясь в состоянии деперсонализации: им кажется, что они потеряли реальность ощущения своего тела и чувственность, не испытывают чувства реальности в восприятии внешнего мира; они говорят об отсутствии образов в процессе мышления, о полной пустоте своей психики, о потере своих эмоций. Им кажется, что они обезличиваются и превращаются в безвольные автоматы, т.е. переживают исчезновение своего «я». Хотя по данным объективных исследований, выявляется относительная сохранность функций органов чувств, эмоциональных переживаний и разумность мыслительного процесса.

Образное сравнение состояния деперсонализации дает Тэн: он сравнивает субъекта, находящегося в состоянии деперсонализации, с гусеницей, которая, сохранив свои гусеничные воспоминания и понятия, превратилась в бабочку с ощущениями и чувствами бабочки. Между старым и новым – между «я» гусеницы и «я» бабочки – зияет глубокая пропасть (Малкина-Пых, 2014).

Ясперс приводит основные черты этих переживаний, объединив в один ряд феномены дереализации и деперсонализации:

- изменение осознания собственного наличного бытия;
- сознание потери чувства собственного «я»;

-изменение осознания принадлежности «мне» тех или иных проявлений психического (Тарабрина, 2001).

Диссоциативное расстройство идентификации. К изменениям идентичности может приводить диссоциация. Это «идентификация человека с несколькими личностями, которые как бы существуют в нем одном; каждая из которых периодически доминирует, определяя его взгляды, отношение к самому себе, поведение так, как если бы другие личности отсутствовали» (Дмитриева, 1998). В период преобладания одной из личностей пациент не помнит своей исходной личности и не осознает существование других личностей. В клинической практике это расстройство служит выражением крайней степени диссоциации и практически не встречается.

Диссоциация может приводить и к изменениям идентичности, которые, как и другие диссоциативные феномены, расположены вдоль континуума «норма-патология» и выражаются либо в транзиторных, скоропереходящих состояниях, либо в тяжелых формах психопатологии, например, в расстройстве диссоциированной личностной идентичности (Тарабрина, 2001).

Диссоциативная амнезия. Это расстройство памяти, относящиеся к определенному ограниченному отрезку времени, о котором ничего (или почти ничего) не удастся вспомнить. Хотя содержание в полном объеме присутствует в памяти, но способность к его воспроизведению утрачена; только под действием гипноза успешное воспроизведение этого содержания становится возможным (Коган, 2010).

Также, под «амнезией» понимаются менее жестко привязанные к определенному времени переживания. Возможны следующие случаи: 1) никакого расстройства памяти вообще нет; есть состояние глубоко расстроенного сознания, совершенно не способного к апперцепции (способности к охвату целостного содержания) и соответственно к запоминанию; никакое содержание не получает выхода в память; соответственно ничто не вспоминается; 2) апперцепция становится возможна на какой-то ограниченный промежуток времени, но способность к запоминанию серьезно нарушена, вследствие чего никакое содержание не удерживается в памяти; 3) едва заметное воспоминание в условиях аномального состояния возможно, но материал, отложившийся в памяти, разрушается под воздействием органического процесса; чаще всего это наблюдается при ретроградных амнезиях, например, после травм головы, когда все, что было пережито в течение последних часов или дней перед получением травмы, совершенно угасает; 4) расстройство способности вспоминать. Содержание в полном объеме присутствует в памяти, но способность к его воспроизведению утрачена и успешное воспроизведение данного содержания возможно под действием гипноза. Этот вид амнезий были исследован Жане. Пациенты не могут вспомнить некоторые переживания (систематическая амнезия), или какие-то определенные периоды своей жизни (локализованная амнезия), или свою жизнь в целом (общая амнезия). Они не кажутся субъективно по-

раженными амнезией. Эта амнезия может исчезнуть – либо сама собой (нередко она периодически исчезает и появляется вновь), либо под влиянием гипноза (Малкина-Пых, 2010).

Различаются два вида спонтанных воспоминаний:

- 1) смутное, не детализированное воспоминание о самом существенном: суммарное воспоминание;
- 2) воспоминание о массе мелких, несущественных, разрозненных подробностей, при котором ни их взаимоотношение во времени, ни их контекст не выявляются».

Методы, позволяющие выявлять целостные комплексы переживаний, целостные систематические контексты, среди которых гипноз, подходят, главным образом, к амнезиям, наступающим после особо сильных аффектов и истерическим амнезиям (Тарабрина, 2001).

Диссоциативная fuga – «неожиданный, внезапный уход пациента с работы или из дома и последующая неспособность вспомнить основные сведения о своей личности (род занятий, имя, семья). Часто пациенты идентифицируют себя с новой личностью» (Дмитриева, 1998). Характеризуется с передвижением, часто на дальние расстояния, в сочетании с внезапной потерей памяти, присвоение себе внешне адекватных, правдоподобных новых идентификационных характеристик.

Диссоциация является механизмом регуляции психической деятельности, действующим и в обыденных, и в экстремальных условиях, потенциально психотравмирующих ситуациях. В связи с этим, А.М. Людвиг выделяет семь основных адаптивных функций диссоциации:

1. Автоматизация поведения. Диссоциативный процесс сводит к минимуму влияние сознательного контроля индивида при актуализации выученных и врожденных паттернов поведения. Благодаря чему индивид получает возможность концентрировать внимание на уже более важных аспектах сложной задачи или ситуации.

2. Эффективность и экономичность деятельности. Диссоциация обеспечивает раздельное протекание психических процессов. Она позволяет экономно расходовать усилия, повышая, таким образом, их эффективность. Диссоциативный процесс позволяет снизить до приемлемого уровня напряжение, вызванное избыточной или противоречивой информацией, что дает возможность индивиду мобилизовать усилия для решения задачи.

3. Разрешение непереносимых конфликтов. В ситуации конфликта, когда в распоряжении индивида отсутствуют подходящие средства для немедленного его разрешения, конфликтующие установки, оценки и желания разводятся при помощи диссоциативного процесса. Благодаря чему, находясь в сложной ситуации, индивид обретает возможность предпринять целенаправленные и согласованные действия.

4. Уход от повседневной реальности. Диссоциация лежит в основе множества религиозных феноменов и практик, таких, например, как шаманистские практики, медиумизм, явления одержимости духом, глоссолалии и др.

5. Изоляция катастрофических переживаний. Диссоциативный процесс изолирует переживания психотравмирующих ситуаций, которые сопровождаются интенсивными негативными эмоциями. Психотравмирующая ситуация дробится на отдельные фрагменты, при этом восприятию. Фуги, амнестические эпизоды, реактивные преходящие диссоциативные эпизоды – это примеры диссоциативных состояний, которые служат цели изоляции травматических переживаний.

6. Катарсическая разрядка некоторых эмоций и аффектов. Аффекты, чувства, некоторые эмоции и импульсы, на переживание которых в той или иной культуре наложено табу, могут выражаться только в контексте особых санкционированных ритуалов, обрядов, церемоний и празднеств. Эти ритуалы для участников высвобождают и выражают табуированные чувства, эмоции и импульсы в контексте диссоциативного состояния, которое можно было бы уподобить своего рода «контейнеру», содержащему чувства, агрессивные импульсы, связанные с неисполнимыми желаниями или фрустрацией. Человек получает возможность выразить эти чувства в символической или непосредственной форме, не испытывая при этом вину или страх в связи с нарушением рамок социальных ограничений или цензурой «Супер-Эго».

7. **Усиление «стадных чувств».** Диссоциация, с точки зрения Людвиг, играет огромную роль при сплочении больших групп людей, оказывающихся перед лицом общей опасности, а также в сфере влияния так называемых авторитарных лидеров и «харизматических» вождей.

3. Методы диагностики, коррекции и профилактики диссоциативных состояний

Для диагностики диссоциативных расстройств, их проявлений и разнообразных форм разработан огромный диагностический инструментарий, который можно разделить на два больших блока: это – структурированные интервью и опросники.

Опросники деперсонализации. До 1980-х гг. было разработано большое количество опросников, предназначенных исключительно для измерения деперсонализации на популяциях студентов колледжей, психиатрической популяции, лиц, перенесших тяжелое травматическое событие).

Шкала диссоциации. Это один из часто используемых инструментов для оценки выраженности диссоциативных феноменов, как на нормальной популяциях, так и на клинической. DES переведена на многие языки, в том числе русский (Агарков, Тарабрина., 1998) с использованием этой методики проведено более тысячи исследовательских работ. Данная шкала представляет собой адаптированный вариант англоязычного опросника **DES**, разработанного американскими учеными Франком Патнемом и Евой Бернштейн в 1986 г. Предназначен опросник для оценки частоты переживания субъектом трансситуативных диссоциативных состояний. Шкала диссоциации (ШД) была сконструирована как инструмент для работы в клинике, который мог бы помочь определить пациентов с диссоциативной симптоматикой, а также как исследовательский инструмент, дающий возможность оценки выраженности диссоциативных состояний и переживаний. Она представляет собой небольшой опросник, состоящий из 28 вопросов. Испытуемого просят оценить, как часто в повседневной жизни он переживает диссоциативное состояние. Этот опросник предназначен для надежной, валидной и удобной количественной оценки диссоциативных переживаний. Шкала разрабатывалась для измерения диссоциации как постоянной черты в противоположность ситуативной. Предполагалось, что ШД будет использована как для определения вклада диссоциации в клиническую картину различных психиатрических расстройств, так и для скрининговой оценки диссоциативных расстройств (или расстройств, значимой составляющей которых является диссоциация, например таких, как ПТСР).

Шкала оценки измененности восприятия позволяет оценивать выраженность диссоциативных феноменов при помощи пунктов, заимствованных из опросника ММРІ, отбор которых производили исходя из недиссоцианистской концепции Хилгарда.

Опросник диссоциативных переживаний содержит вопросы в дихотомическом формате «да—нет», их 26 касающихся широкого спектра диссоциативных феноменов (Тарабрина, 2000).

Опросник перитравматической диссоциации (ОПД). В основу опросника ОПД (Агарков, Тарабрина, 1998) легли вопросы, которые касались переживаний субъекта в то время, когда с ним происходило потенциально психотравмирующее событие. Испытуемому предлагается ответить на 9 вопросов, в которых описаны различные диссоциативные состояния, такие, например, как деперсонализация, дереализация, опыт выхода из тела и др. Ответы на вопросы даются в формате пятибалльной шкалы Ликерта.

При помощи ОПД обследованы следующие выборки популяции, подвергшейся психической травматизации: беженцы и лица, вынужденно переменившие место жительства из различных регионов России и республик бывшего СССР (Чечня, Азербайджан, Туркмения, Киргизия, Таджикистан, республики Прибалтики и др.); сотрудники МВД, принимавшие участие в военных действиях в Чечне, пожарные г. Москвы. Кроме ОПД в батарею методик входили: опросник депрессивности Бека (BDP), опросник выраженности общей психопатологической симптоматики (SCL-90-R), опросник личностной и ситуативной тревожности Спилбергера—Ханина (ЛТ, СТ), шкала оценки воздействия травматического события (ШОВТС), шкала диссоциации (ШД), Миссиссипская шкала ПТСР (гражданский и военный варианты). Также, для постановки диагноза ПТСР и оценки наличия и выраженности симптомов ПТСР. Среди беженцев проводили структурированное интервью с помощью клинической шкалы ПТСР.

Опросник ОПД включен в батарею экспресс-диагностики последствий психической травматизации у сотрудников Государственной пожарной службы (ГПС) при исполнении служебных

обязанностей. При помощи ОПД определяются те сотрудники ГПС, которые находятся в группе риска возникновения отсроченной реакции на травматический стресс (Тарабрина, 2001). *Интервью для диагностики диссоциативных расстройств* является жестко структурированным интервью, предназначенным для диагностики депрессии, диссоциативных расстройств и пограничных расстройств личности и др. Ограниченность этого инструмента обусловлена его жесткой структурированностью: каждому критерию диссоциативных расстройств соответствует только один пункт интервью. Также, в интервью включены множество пунктов, относящихся к диагностике недиссоциативных расстройств, которые могут быть достаточно достоверно и надежно диагностированы при помощи структурированного клинического интервью. *Структурированное клиническое интервью для диссоциативных расстройств* в соответствии с классификацией DSM-IV разработано как для диагностики диссоциативных расстройств, так и для оценки отдельных диссоциативных симптомов. В лаборатории психологии посттравматического стресса и психотерапии ИП РАН была разработана русская версия этого инструмента. Интервью переведено на русский язык и проведена его апробация на пациентах психиатрической клиники (Агарков, Тарабрина, 1998). SCID-D позволяет систематически оценить присутствие и выраженность пяти основных диссоциативных симптомов: деперсонализация, амнезия, нарушения личностной идентичности и изменение личностной идентичности, дереализация. Она также позволяет интервьюеру диагностировать диссоциативную фугу, диссоциативную амнезию, расстройство диссоциированной личностной идентичности (расстройство множественной личности), расстройство деперсонализации, диссоциативное расстройство, никак более не классифицированное в соответствии с критериями DSM-IV. При помощи SCID-D могут быть оценены диссоциативные синдромы в рамках других расстройств, таких, как острое стрессовое расстройство или трансное расстройство одержимости (Малкина-Пых, 2010).

Контрольные вопросы для самопроверки

1. Дайте определения понятия «диссоциация».
2. Охарактеризуйте диссоциативные феномены.
3. Назовите основные адаптивные функции диссоциации по А.М. Людвигу.
4. Перечислите методы диагностики диссоциативных состояний.

2. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (УКАЗАНИЯ) К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ

Практические занятия имеют целью оказать помощь студентам в усвоении наиболее важных и сложных тем курса, а также способствовать выработке у студентов умений и навыков. Для наиболее плодотворного проведения занятий студентам необходимо самостоятельно заранее (дома), до аудиторных занятий, изучить учебную литературу и подготовить краткие ответы на теоретические вопросы соответствующей темы. При подготовке к занятиям рекомендуется использовать конспекты лекций, учебники, методические указания по курсам, учебные пособия, которыми можно пользоваться и на практических занятиях. Особое значение имеют конспекты лекций, поскольку, учебная литература не успевает отразить его развитие, а на лекциях даётся самый важный и новый материал.

ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема 2. Типология экстремальных ситуаций.

1. Типологии чрезвычайных и экстремальных ситуаций: общий обзор.
2. Экстремальные ситуации военного времени, их субъекты. Факторы, определяющие восприятие ситуации как экстремальной.
3. Боевые действия с позиции бойца. Факторы, определяющие восприятие ситуации как экстремальной.
4. Экстремальные ситуации как следствия стихийных бедствий, крупных аварий и катастроф. Факторы, определяющие восприятие ситуации как экстремальной.
5. Эмоциональное, психологическое, физическое, сексуальное насилие как экстремальная ситуация.
6. Утрата (близких, жилья, имущества и т.д.) как экстремальная ситуация.
7. Психофизиологическая адаптация к экстремальным условиям.

Тема 3. Экстремальные состояния: понятие и дифференциальная диагностика.

1. Понятие экстремального состояния. Подходы к выделению экстремальных психических состояний.
2. Общая характеристика воздействия опасности на психику, поведение и деятельность человека.
3. Первичные психические состояния при воздействии экстремальной ситуации: страх, аффект, паника.
4. Страх: понятие и виды страха; страх и тревога.
5. Понятие и формы аффекта.
6. Паника: понятие, виды, механизмы развития.
7. Фрустрация и конфликт как составляющие экстремального состояния.
8. Динамика развития экстремальных состояний.
9. Психофизиологическое состояние в условиях боя.
10. Психофизиологическое состояние жертв стихийных бедствий, аварий, катастроф.
11. Психофизиологическое состояние спасателей и ликвидаторов последствий стихийных бедствия, аварий, катастроф. Радиационная («чернобыльская») паника.
12. Психофизиологическое состояние жертв насилия.
13. Психофизиологическое состояние терминальных больных и их родственников.
14. Проблема готовности специалиста-психолога к работе с кризисными состояниями.

Тема 4. Стресс как основная составляющая экстремальных состояний.

1. Понятие стресса в психологии и физиологии.
2. Теории стресса.
3. Виды стресса. Ограничения существующих классификаций.

4. Стадии развития стресса.
5. Факторы развития стрессовых состояний.
6. Понятие, виды, факторы развития стрессоустойчивости.
7. Специфика протекания стресса в экстремальной ситуации.

Тема 5. Острое стрессовое расстройство: понятие, динамика, диагностика.

1. Понятие и условия возникновения ОСР.
2. Диагностические признаки ОСР.
3. Этапы развития ОСР.
4. Причины и последствия слабой выраженности (или отсутствия) симптоматики ОСР в экстремальной ситуации.
5. Последствия ОСР для жизни и здоровья человека.

Тема 6. Посттравматическое стрессовое расстройство: понятие, динамика, диагностика.

1. Понятие психической травмы.
2. Понятие посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).
3. Теоретические модели ПТСР.
4. Факторы и группы риска развития ПТСР.
5. Первичные симптомы посттравматического стрессового расстройства.
6. Формы ПТСР.
7. Диагностические критерии ПТСР.
8. Возможности и направления психотерапии ПТСР.
9. Направления реабилитации ПТСР.

Тема 7. Горе как особое психофизиологическое состояние. Динамика горевания.

1. Психология горя как особая область науки и практики.
2. Теории горя и горевания.
3. Горе как следствие утраты. Типология утрат.
4. Факторы, влияющие на процесс горевания.
5. Нормальное и осложненное (патологическое) горе.
6. Стадии горевания (различные подходы).
7. Психологическая помощь горюющему.

Тема 8. Методы оказания экстренной психологической помощи.

1. Понятие и базовые принципы оказания экстренной психологической помощи.
2. Этические принципы оказания психологической помощи в экстремальной (чрезвычайной) ситуации.
3. Требования к методам оказания экстренной психологической помощи.
4. Помощь при страхе, тревоге, истерике, апатии, чувстве вины и стыда, двигательном возбуждении, нервной дрожи.
5. Помощь при гневе, злости, агрессии.
6. Самопомощь при острых реакциях на стресс.

3. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

Самостоятельная работа студентов является обязательной для каждого студента, а её объём определяется учебным планом. Формы самостоятельной работы студентов определяются содержанием учебной дисциплины, степенью подготовленности студентов.

Самостоятельная работа — одна из важнейших форм овладения знаниями. Самостоятельная работа включает многие виды активной умственной деятельности студента: слушание лекций и осмысленное их конспектирование, глубокое изучение источников и литературы, консультации у преподавателя, написание реферата, подготовка к семинарским занятиям, экзаменам, самоконтроль приобретаемых знаний и т.д.

Изучение дисциплины следует начинать с проработки настоящей рабочей программы, особое внимание уделяя целям и задачам, структуре и содержанию курса.

Студентам рекомендуется получить в научной библиотеке университета учебную литературу по дисциплине, необходимую для эффективной работы на всех видах аудиторных занятий, а также для самостоятельной работы по изучению дисциплины.

Теоретический материал курса становится более понятным, когда дополнительно к прослушиванию лекции и изучению конспекта, изучаются и книги. Легче освоить курс, придерживаясь одного учебника и конспекта. Рекомендуется, кроме «заучивания» материала, добиться состояния понимания изучаемой темы дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько простых упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф?, какие новые понятия введены, каков их смысл?, что даст это на практике?

При организации самостоятельной работы студенты особое внимание должны уделяться анализу учебно-методической литературы по дисциплине.

Процесс организации самостоятельной работы студентов включает в себя следующие этапы:

1. Подготовительный (определение целей, составление программы, подготовка методического обеспечения, подготовка оборудования).

2. Основной (реализация программы, использование приемов поиска информации, усвоения, переработки, применения, передачи знаний, фиксирование результатов, самоорганизация процесса работы).

3. Заключительный (оценка значимости и анализ результатов, их систематизация, оценка программы и приемов работы, выводы о направлениях оптимизации труда).

Темы самостоятельной работы представлены в таблице 1.

Таблица 1

№ п/п	№ темы дисциплины	Форма (вид) самостоятельной работы
1	2	3
1	Экстремальная психология как область науки и практики. Понятие экстремальной ситуации	1. Выполнение заданий, полученных на лекции 2. Подготовка к практическому занятию 3. Составление сравнительной характеристики чрезвычайной, экстремальной и кризисной ситуаций
2	Типология экстремальных ситуаций	1. Выполнение заданий, полученных на лекции 2. Подготовка к практическому занятию 3. Краткое сообщение о конкретной экстремальной ситуации и ее психологический анализ: тип, масштаб, субъекты и т.д.
3	Экстремальные состояния: понятие и дифференциальная диагностика	1. Выполнение заданий, полученных на лекции

		2. Подготовка к практическому занятию 3. Подбор иллюстративного материала к вопросам 9 – 13 практического занятия.
4	Стресс как основная составляющая экстремальных состояний	1. Выполнение заданий, полученных на лекции 2. Подготовка к практическому занятию 3. Подготовка памятки по преодолению стрессовых состояний
5	Острое стрессовое расстройство: понятие,	1. Выполнение заданий, полученных на лекции 2. Подготовка к практическому занятию
1	2	3
	динамика, диагностика	
6	Посттравматическое стрессовое расстройство: понятие, динамика, диагностика	1. Выполнение заданий, полученных на лекции 2. Подготовка к практическому занятию
7	Горе как особое психофизиологическое состояние. Динамика горевания	1. Выполнение заданий, полученных на лекции 2. Подготовка к практическому занятию
8	Методы оказания экстренной психологической помощи	1. Выполнение заданий, полученных на лекции 2. Подготовка к практическому занятию 3. Разработка памятки психологу по самопомощи в экстремальной ситуации

Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине:

Шуванов И.Б. Теоретико-методологические вопросы психологии безопасности [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов по направлению 030300 «Психология» и специальности 030301 «Психология служебной деятельности»/ Шуванов И.Б., Шаповалов В.И., Тесля С.Н.— Электрон. текстовые данные.— Саратов: Вузовское образование, 2017.— 165 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/58320.html>. — ЭБС «IPRbooks»

Екимова И.А. Безопасность жизнедеятельности [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Екимова И.А.— Электрон. текстовые данные.— Томск: Томский государственный университет систем управления и радиоэлектроники, Эль Контент, 2012.— 192 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/13876.html>. — ЭБС «IPRbooks»

Шуванов И.Б. Готовность к безопасному поведению в условиях риска [Электронный ресурс]: диагностика и коррекция. Учебно-методическое пособие/ Шуванов И.Б., Шаповалов В.И., Шуванова В.П.— Электрон. текстовые данные.— Саратов: Вузовское образование, 2017.— 102 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/58317.html>. — ЭБС «IPRbooks»

Зинченко Ю.П. Методологические проблемы психологии безопасности. Личность, общество, государство [Электронный ресурс]: научная монография/ Зинченко Ю.П.— Электрон. текстовые данные.— М.: Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, 2011.— 952 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/27373.html>. — ЭБС «IPRbooks»

Актуальные проблемы психологии труда, инженерной психологии и эргономики. Выпуск 4 [Электронный ресурс]/ В.Н. Абрамова [и др.].— Электрон. текстовые данные.— М.: Институт психологии РАН, 2012.— 480 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/47505.html>. — ЭБС «IPRbooks»

Эксакусто Т.В. Теоретические основы социально-психологической безопасности [Электронный ресурс]/ Эксакусто Т.В.— Электрон. текстовые данные.— Ростов-на-Дону: Южный федеральный университет, 2010.— 344 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/47153.html>. — ЭБС «IPRbooks»

Проблемы психологической безопасности [Электронный ресурс]/ Ю.И. Александров [и др.].— Электрон. текстовые данные.— М.: Институт психологии РАН, 2012.— 440 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/47537.html>. — ЭБС «IPRbooks»

Караяни А.Г. Психология общения и переговоров в экстремальных условиях [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Караяни А.Г., Цветков В.Л.— Электрон. текстовые данные.— М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2012.— 247 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/15453.html>. — ЭБС «IPRbooks»

ПРИЛОЖЕНИЯ

для самостоятельной работы студентов

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТАРИЙ ПО ПРОГРАММЕ СПЕЦКУРСА

Приложение 1

ШКАЛА СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ (Т.Х. ХОЛМС И Р.Х. РАЙХ)

<i>Жизненные события</i>	Оценка события в баллах
Смерть супруга	100
Развод	73
Разъезд супругов (без оформления развода)	65
Тюремное заключение	63
Смерть близкого члена семьи	63
Травма или болезнь	53
Женитьба	50
Увольнение с работы	47
Примирение супругов	45
Уход на пенсию	45
Изменение в состоянии здоровья члена семьи	44
Беременность	40
Сексуальные проблемы	39
Появление нового члена семьи	39
Реорганизация на работе	39
Изменение финансового положения	38
Смерть близкого друга	37
Изменение профессиональной ориентации	36
Усиление конфликтности отношений с супругом	35
Ссуда или заём на крупную покупку (например, дома)	31
Окончание срока выплаты ссуды или займа	30
Изменение должности	29
Сын или дочь покидают дом	29
Проблемы с родственниками мужа (жены)	29
Выдающееся личное достижение	28
Супруг бросает работу (или приступает к работе)	26
Начало или окончание обучения в учебном заведении	26
Изменение условий жизни	25
Отказ от каких-то индивидуальных привычек	24
Проблемы с начальством	23
Изменение условий или часов работы	20
Перемена места жительства	20
Смена места обучения	20
Изменение привычек, связанных с проведением досуга и отдыха	19
Изменение привычек, связанных с вероисповеданием	19

Изменение социальной активности	18
Ссуда или заём для покупки менее крупных вещей (машины, телевизора и т.д.)	17
Изменение индивидуальных привычек, связанных со сном	16
Изменение числа живущих вместе членов семьи	15
Изменение привычек, связанных с питанием	15
Отпуск	13
Рождество	12
Незначительное нарушение правопорядка	11

Набор 150 баллов за последний год означают 50 % вероятности возникновения какого-либо заболевания, а при 300 баллах вероятность увеличивается до 90 %.

Приложение 2

ШКАЛА СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЛЯ УЧАЩИХСЯ ВУЗОВ (Г.Е. АНДЕРСОН)

ЖИЗНЕННЫЕ СОБЫТИЯ	Оценка события в баллах
Смерть супруги (супруга)	87
Вступление в брак	77
Смерть близкого и любимого члена семьи	77
Развод	76
Длительная разлука с супругом (супругой)	74
Смерть близкого друга	68
Рождение или усыновление ребенка	68
Серьёзная травма или заболевание	65
Увольнение	62
Разрыв помолвки или устойчивых отношений	60
Возникновение сексуальных проблем	58
Улаживание конфликта с супругом (супругой)	58
Смена предпочитаемого стиля отдыха	57
Серьёзное изменение в самооценке, самоидентификации, самосознании или общем представлении о себе	57
Резкое изменение состояния своего здоровья или состояния здоровья члена семьи	56
Помолвка	54
Резкое изменение материального положения (в лучшую или в худшую сторону)	53
Получение ипотечной или обычной ссуды	52
Поступление в учебное заведение	50
Появление нового члена семьи (рождение, усыновление, переезд пожилого родственника и т.п.)	50
Значимый межличностный конфликт или переоценка ценностей	50
Смена работы	50
Значительные изменения в межличностных отношениях с супругом (супругой)	50
Переход в другой вуз	50
Повышение чувства независимости или ответственности	49
Увлечение общественной работой или отказ от неё	48
Значительные изменения в обязанностях на работе (продвижение по службе, крупное материальное поощрение, понижение в должности, перевод по службе)	47

Изменение количества потребляемого алкоголя (увеличение или уменьшение)	46
Изменение своих привычек, круга общения, стиля одежды	45
Крупные проблемы с администрацией или преподавателями вуза	44
Работа в период обучения	43
Возникновение проблем с законом	42
Изменение места жительства или жилищных условий	42
Изменение выбранной специализации	41
Изменение режима работы супруга (супруги)	41
Смена режима дня	41
Выдающееся личное достижение	40
Увеличение или уменьшение проблем с руководством	38
Серьёзные изменения, связанные с участием в деятельности учебного заведения	38
Изменение, связанное с религией (вы стали рьяно верующим или, наоборот, атеистом)	36
Резкое изменение привычного режима сна (сон стал короче или длиннее)	34
Дальняя поездка во время каникул или отпуска	33
Резкое изменение привычного режима питания (изменилось время приема пищи или ее количество)	30
Увеличение или уменьшение частоты встреч с членами семьи	26
Совершение уголовно наказуемых поступков	22

Набор 150 баллов за последний год означают 50 % вероятности возникновения какого-либо заболевания, а при 300 баллах вероятность увеличивается до 90 %

Источник: Гринберг Дж. Управление стрессом. – СПб.: Питер, 2002. – 496с.

Приложение 3

САМООЦЕНКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ (ПО К. ИЗАРДУ)

Основная эмоция	Градации основной эмоции	Оценка интенсивности				
		1	2	3	4	5
ИНТЕРЕС	Внимательный	1	2	3	4	5
	Концентрированный	1	2	3	4	5
	Собранный	1	2	3	4	5
Радость	Наслаждающийся	1	2	3	4	5
	Счастливый	1	2	3	4	5
	Радостный	1	2	3	4	5
Удивление	Удивлённый	1	2	3	4	5
	Изумлённый	1	2	3	4	5
	Поражённый	1	2	3	4	5
Горе	Унылый	1	2	3	4	5
	Печальный	1	2	3	4	5
	Сломленный	1	2	3	4	5
Отвращение	Чувствующий неприязнь	1	2	3	4	5
	Чувствующий отвращение	1	2	3	4	5
	Чувствующий омерзение	1	2	3	4	5
Презрение	Презрительный	1	2	3	4	5
	Пренебрегающий	1	2	3	4	5
	Надменный	1	2	3	4	5
Страх	Пугающий	1	2	3	4	5

	Страшный	1	2	3	4	5
	Сеющий панику	1	2	3	4	5
Стыд	Застенчивый	1	2	3	4	5
	Робкий	1	2	3	4	5
	Стыдливый	1	2	3	4	5
Вина	Сожалеющий	1	2	3	4	5
	Виноватый	1	2	3	4	5
	Раскаивающийся	1	2	3	4	5
Гнев	Взбешённый	1	2	3	4	5
	Гневный	1	2	3	4	5
	Безумный	1	2	3	4	5

Источник: К.Изард. Эмоции человека. М.: МГУ, 1980

Приложение 4

ОПРОСНИК ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТИПА ПОВЕДЕНИЯ ПО М.ФРИДМАНУ И Р.РОЗЕНМАНУ
Инструкция: внимательно прочтите каждое утверждение и обведите цифру, соответствующую наиболее подходящей оценке вашего поведения: 1 – никогда, 2 – редко, 3 – иногда, 4 – чаще всего, 5 – всегда. Дойдя до конца, сложите все обведённые цифры.

1. Я всегда сержусь и раздражаюсь, если приходится стоять в очереди дольше 15 минут 1 2 3 4 5
2. Я решаю одновременно несколько проблем 1 2 3 4 5
3. В течение дня мне трудно найти время, чтобы отдохнуть и расслабиться 1 2 3 4 5
4. Я раздражаюсь или нервничаю, когда кто-нибудь говорит слишком медленно 1 2 3 4 5
5. Я всегда стараюсь победить в спорте или игре 1 2 3 4 5
6. Проигрывая, сержусь на себя или на других 1 2 3 4 5
7. Мне трудно сделать для себя некоторые вещи 1 2 3 4 5
8. Я гораздо лучше работаю в цейтноте или под давлением 1 2 3 4 5
9. Я смотрю на часы, если просто сижу или не занят делом 1 2 3 4 5
10. Я приношу работу домой 1 2 3 4 5
11. Я ощущаю прилив энергии и возбуждения после пребывания в напряжении 1 2 3 4 5
12. Я чувствую, что должен взять на себя руководство группой, чтобы заставить дело двигаться 1 2 3 4 5
13. Я быстро ем, чтобы поскорее вернуться к работе 1 2 3 4 5
14. Я всё делаю быстро независимо от того, есть у меня время или нет 1 2 3 4 5
15. Я прерываю людей, если считаю, что они не правы 1 2 3 4 5
16. Я несговорчив и упрям, когда дело касается изменений на работе или дома 1 2 3 4 5
17. Когда я нервничаю, мне хочется двигаться, чтобы расслабиться 1 2 3 4 5
18. Я ем быстрее окружающих 1 2 3 4 5
19. На работе мне необходимо выполнять несколько заданий одновременно, чтобы ощущать свою производительность 1 2 3 4 5
20. Я не использую отпуск полностью 1 2 3 4 5
21. Я нахожу себя очень придирчивым и мелочным 1 2 3 4 5
22. Меня раздражают люди, которые не работают также усердно, как я 1 2 3 4 5
23. Мне кажется, что мой день заполнен не до конца 1 2 3 4 5
24. Я провожу много времени, думая о работе 1 2 3 4 5
25. Я легко теряю интерес к чему-либо 1 2 3 4 5
26. В выходные дни я либо работаю, либо планирую работу 1 2 3 4 5
27. Я спорю с людьми, думающими не так, как я 1 2 3 4 5
28. Сталкиваясь с проблемой, я всегда теряюсь 1 2 3 4 5

29. Я вмешиваюсь в чужой разговор, чтобы ускорить события 1 2 3 4 5

30. Я серьёзно отношусь ко всему 1 2 3 4 5

В результате ответов на вопросы вы сможете набрать от 30 (минимальная сумма баллов) до 150 (максимальная сумма баллов).

От 100 до 150 баллов – поведенческий тип А.

От 39 до 75 баллов – поведенческий тип В.

От 76 до 99 баллов – поведенческий тип АВ.

Источник: Социальная психология личности в вопросах и ответах: Учеб. пособие. – М.: Гардарики, 1999.

Приложение 5

КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЕ В СТРЕССОВЫХ СИТУАЦИЯХ

Авторы: Норман С., Эндлер Д.Ф., Джеймс Д.А., Паркер М.И. (адаптированный вариант Т.А.Крюковой)

НАЗНАЧЕНИЕ МЕТОДИКИ: Адаптированный вариант копинг-стрессового поведения включает перечень заданных реакций на стрессовые ситуации и нацелен на определение доминирующих копинг-стрессовых поведенческих стратегий.

ИНСТРУКЦИЯ: Ниже приводятся возможные реакции человека на различные трудные, огорчающие или стрессовые ситуации. Обведите, пожалуйста, кружком одну из цифр от 1 до 5, отвечая на каждый из следующих пунктов. Укажите, как часто вы ведете себя подобным образом в трудной стрессовой ситуации.

Бланк ответов

№	Частотность использования заданных типов поведения				
	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Чаше всего 4	Очень часто 5
1					
2					
...					
48					

Типы поведения и реакций в стрессовых ситуациях

1. Стараюсь тщательно распределить свое время
2. Сосредотачиваюсь на проблеме и думаю, как ее можно решить
3. Думаю чем-то хорошим, что было в моей жизни
4. Стараюсь быть на людях.
5. Виню себя за нерешительность
6. Делаю то, что считаю самым подходящим в данной ситуации
7. Погружаюсь в свою боль и страдания.
8. Виню себя за то, что оказался в данной ситуации
9. Хожу по магазинам, ничего не покупая.
10. Думаю о том, что для меня самое главное.
11. Стараюсь больше спать.
12. Балую себя любимой едой
13. Переживаю, что не могу справиться с ситуацией.
14. Испытываю нервное напряжение.
15. Вспоминаю, как я решал аналогичные проблемы раньше.
16. Говорю себе, что это происходит не со мной.
17. Виню себя за слишком эмоциональное отношение к ситуации.
18. Иду куда-нибудь перекусить или пообедать.
19. Испытываю эмоциональный шок.
20. Покупаю себе какую-нибудь вещь.

21. Определяю курс действий и придерживаюсь его.
22. Обвиняю себя за то, что не знаю, как поступить.
23. Иду на вечеринку
24. Стараюсь вникнуть в ситуацию.
25. Застываю, «замораживаюсь» и не знаю, что делать.
26. Немедленно предпринимаю меры, чтобы исправить ситуацию.
27. Обдумываю случившееся или свое отношение к случившемуся.
28. Жалею, что не могу изменить случившегося или свое отношение к случившемуся.
29. Иду в гости к другу.
30. Беспokoюсь о том, что я буду делать
31. Провожу время с дорогим человеком.
32. Иду на прогулку.
33. Говорю себе, что это никогда не случится вновь.
34. Сосредотачиваюсь на своих общих недостатках
35. Разговариваю с тем, чей совет я особенно ценю.
36. Анализирую проблему, прежде, чем реагировать на нее.
37. Звоню другу.
38. Испытываю раздражение.
39. Решаю, что теперь важнее всего делать.
40. Смотрю кинофильм.
41. Контролирую ситуацию.
42. Прилагаю дополнительные усилия, чтобы все сделать.
43. Разрабатываю несколько различных решений проблем.
44. Беру отпуск или отгул, отдаляюсь от ситуации.
45. Отыгрываюсь на других.
46. Использую ситуацию, чтобы доказать, что я могу сделать это.
47. Стараюсь собраться, чтобы выйти победителем из ситуации.
48. Смотрю телевизор.

Обработка и интерпретация результатов

Для копинга, ориентированного на **решение задачи**, суммируются следующие 16 пунктов: 1, 2, 6, 10, 15, 21, 24, 26, 27, 36, 39, 41, 42, 43, 46, 47.

Для копинга, ориентированного на **эмоции**, суммируются следующие 16 пунктов: 5, 7, 8, 13, 14, 16, 17, 19, 22, 25, 28, 30, 33, 34, 38, 45.

Для копинга, ориентированного на **избегание**, суммируются следующие 16 пунктов: 3, 4, 9, 11, 12, 18, 20, 23, 29, 31, 32, 35, 37, 40, 44, 48.

Можно подсчитать субшкалу **отвлечения** из 8 пунктов, относящихся к избеганию: 9, 11, 12, 18, 20, 40, 44, 48.

Субшкала **социального отвлечения** может быть подсчитана из следующих 5 пунктов, относящихся к избеганию: 4, 29, 31, 35, 37. (Обратите внимание, что пункты избегания 3, 23 и 32 не используются в субшкалах отвлечения и социального отвлечения).

Приложение 6

МНОГОУРОВНЕВЫЙ ЛИЧНОСТНЫЙ ОПРОСНИК «АДАПТИВНОСТЬ» (МЛО-АМ)

Авторы А.Г. Маклаков, С.В. Чермянин

Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» предназначен для оценки адаптационных возможностей личности с учетом социально-психологических и некоторых психофизиологических характеристик, отражающих обобщенные особенности нервно-психического и социального развития.

В основу методики положено представление об адаптации, как о непрерывном процессе активного приспособления человека к постоянно меняющимся условиям социальной среды и профессиональной деятельности. Эффективность адаптации во многом зависит от того, насколько реально человек воспринимает себя и свои социальные связи, точно соизмеряет свои потребности с имеющимися возможностями и осознает мотивы своего поведения. Искаженное или недостаточно развитое представление о себе ведет к нарушению адаптации, что может сопровождаться повышенной конфликтностью, нарушением взаимоотношений, понижением работоспособности и ухудшением состояния здоровья. Случаи глубокого нарушения адаптации могут приводить к грубым нарушениям воинской дисциплины, правопорядка, суицидальным поступкам, срыву профессиональной деятельности и развитию болезней.

Опросник содержит 165 вопросов и имеет следующие **шкалы**:

- «достоверность» (Д);
- «нервно-психическая устойчивость» (НПУ);
- «коммуникативные способности» (КС);
- «моральная нормативность» (МН);
- «личный адаптивный потенциал» (ЛАП).

Инструкция обследуемым.

«Сейчас вам будет предложено ответить на ряд вопросов, касающихся некоторых особенностей вашего самочувствия, поведения, характера. Будьте откровенны, долго не раздумывайте над содержанием вопросов, давайте естественный ответ, который первым придет вам в голову. Помните, что нет «хороших» или «плохих» ответов. Отвечать нужно на все вопросы подряд, ничего не пропуская. Если у вас возникнут вопросы - поднимите руку».

Текст опросника.

1. Бывает, что я сержусь.
2. Обычно по утрам я просыпаюсь свежим и отдохнувшим.
3. Сейчас я, примерно, так же работоспособен, как и всегда.
4. Судьба определенно не справедлива ко мне.
5. Запоры у меня бывают редко.
6. Временами мне очень хотелось покинуть свой дом.
7. Временами у меня бывают приступы смеха или плача.
8. Мне кажется, что меня никто не понимает.
9. Считаю, что, если кто-то причинил мне зло, я должен ему ответить тем же.
10. Иногда мне в голову приходят такие нехорошие мысли, что лучше о них никому не рассказывать.
11. Мне бывает трудно сосредоточиться на какой-либо задаче или работе.
12. У меня бывают очень странные и необычные переживания.
13. У меня отсутствовали неприятности из-за моего поведения.
14. В детстве я одно время совершал мелкие кражи.
15. Иногда у меня появляется желание ломать или крушить все вокруг.
16. Бывало, что я целыми днями или даже неделями ничего не мог делать, потому что никак не мог заставить себя взяться за работу.
17. Сон у меня прерывистый и беспокойный.
18. Моя семья относится с неодобрением к той работе, которую я выбрал.
19. Бывали случаи, что я не сдерживал своих обещаний.
20. Голова у меня болит часто.
21. Раз в неделю или чаще я без всякой видимой причины внезапно ощущаю жар во всем теле.
22. Было бы хорошо, если бы почти все законы отменили.
23. Состояние моего здоровья почти такое же, как у большинства моих знакомых (не хуже).
24. Встречая на улице своих знакомых или школьных друзей, с которыми я давно не виделся, я предпочитаю проходить мимо, если они со мной не заговаривают первыми.

25. Большинству людей, которые меня знают, я нравлюсь.
26. Я человек общительный.
27. Иногда я так настаиваю на своем, что люди теряют терпение.
28. Большую часть времени настроение у меня подавленное.
29. Теперь мне трудно надеяться на то, что я чего-нибудь добьюсь в жизни.
30. У меня мало уверенности в себе.
31. Иногда я говорю неправду.
32. Обычно я считаю, что жизнь - стоящая штука.
33. Я считаю, что большинство людей способны солгать, чтобы продвинуться по службе.
34. Я охотно принимаю участие в собраниях и других общественных мероприятиях.
35. Я ссорюсь с членами моей семьи очень редко.
36. Иногда я сильно испытываю желание нарушить правила приличия или кому-нибудь навредить.
37. Самая трудная борьба для меня - это борьба с самим собой.
38. Мышечные судороги или подергивания у меня бывают крайне редко (или почти не бывают).
39. Я довольно безразличен к тому, что со мной будет.
40. Иногда, когда я себя неважно чувствую, я бываю раздражительным.
41. Большую часть времени у меня такое чувство, что я сделал что-то не то или даже плохое.
42. Некоторые люди до того любят командовать, что меня так и тянет делать все наперекор, даже если я знаю, что они правы.
43. Я часто считаю себя обязанным отстаивать то, что нахожу справедливым.
44. Моя речь сейчас такая же, как всегда (не быстрее и не медленнее), нет ни хрипоты, ни невнятности.
45. Я считаю, что моя семейная жизнь такая же хорошая, как и большинства моих знакомых.
46. Меня ужасно задевает, когда меня критикуют или ругают.
47. Иногда у меня бывает такое чувство, что я просто должен нанести повреждение себе или кому-нибудь другому.
48. Мое поведение в значительной мере определяется обычаями тех, кто меня окружает.
49. В детстве у меня была такая компания, где все старались стоять друг за друга.
50. Иногда меня так и подмывает с кем-нибудь затеять драку.
51. Бывало, что я говорил о вещах, в которых не разбираюсь.
52. Обычно я засыпаю спокойно, и меня не тревожат никакие мысли.
53. Последние несколько лет я чувствую себя хорошо.
54. У меня никогда не было ни припадков, ни судорог.
55. Сейчас масса моего тела постоянная (я не худею и не полнею).
56. Я считаю, что меня часто наказывали незаслуженно.
57. Я легко могу заплакать.
58. Я мало устаю.
59. Я был бы довольно спокоен, если бы у кого-нибудь из моей семьи были неприятности из-за нарушения закона.
60. С моим рассудком творится что-то неладное.
61. Чтобы скрыть свою застенчивость, мне приходится затрачивать большие усилия.
62. Приступы головокружения у меня бывают очень редко (или почти не бывают).
63. Меня беспокоят сексуальные (половые) вопросы.
64. Мне трудно поддерживать разговор с людьми, с которыми я только что познакомился.
65. Когда я пытаюсь что-то сделать, то часто замечаю, что у меня дрожат руки.
66. Руки у меня такие же ловкие и проворные, как и прежде.
67. Большую часть времени я испытываю общую слабость.
68. Иногда, когда я смущен, я сильно потею, и меня это раздражает.
69. Бывает, что я откладываю на завтра то, что должен сделать сегодня.
70. Думаю, что я человек обреченный.
71. Бывали случаи, что мне было трудно удержаться от того, чтобы что-нибудь не стащить у кого-либо или где-нибудь, например в магазине.

72. Я злоупотреблял спиртными напитками.
73. Я часто о чем-нибудь тревожусь.
74. Мне бы хотелось быть членом нескольких кружков или обществ.
75. Я редко задыхаюсь, и у меня не бывает сильных сердцебиений.
76. Всю свою жизнь я строго следую принципам, основанным на чувстве долга.
77. Случалось, что я препятствовал или поступал наперекор людям просто из принципа, а не потому, что дело было действительно важным.
78. Если мне не грозит штраф, и машин поблизости нет, я могу перейти улицу там, где хочется, а не там, где положено.
79. Я всегда был независимым и свободным от контроля со стороны семьи.
80. У меня бывали периоды такого сильного беспокойства, что я даже не мог усидеть на месте.
81. Зачастую мои поступки неправильно истолковывали.
82. Мои родители и (или) другие члены моей семьи придираются ко мне больше, чем надо.
83. Кто-то управляет моими мыслями.
84. Люди равнодушны и безразличны к тому, что с тобой случится.
85. Мне нравится быть в компании, где все подшучивают друг над другом.
86. В школе я усваивал материал медленнее, чем другие.
87. Я вполне уверен в себе.
88. Никому не доверять - самое безопасное.
89. Раз в неделю или чаще я бываю очень возбужденным и взволнованным.
90. Когда я нахожусь в компании, мне трудно найти подходящую тему для разговора.
91. Мне легко заставить других людей бояться меня и, иногда, я это делаю ради забавы.
92. В игре я предпочитаю выигрывать.
93. Глупо осуждать человека, обманувшего того, кто сам позволяет себя обманывать.
94. Кто-то пытается воздействовать на мои мысли.
95. Я ежедневно выпиваю необычно много воды.
96. Счастливее всего я бываю, когда остаюсь один.
97. Я возмущаюсь каждый раз, когда узнаю, что преступник по какой-либо причине остался безнаказанным.
98. В моей жизни был один или несколько случаев, когда я чувствовал, что кто-то посредством гипноза заставляет меня совершать те или иные поступки.
99. Я очень редко заговариваю с людьми первым.
100. У меня никогда не было столкновений с законом.
101. Мне приятно иметь среди своих знакомых значительных людей, это как бы придает мне вес в собственных глазах.
102. Иногда без всякой причины у меня вдруг наступают периоды необычной веселости.
103. Жизнь для меня почти всегда связана с напряжением.
104. В школе мне было очень трудно говорить перед классом.
105. Люди проявляют по отношению ко мне столько сочувствия и симпатии, сколько я заслуживаю.
106. Я отказываюсь играть в некоторые игры, потому, что это у меня плохо получается.
107. Мне кажется, что я завожу друзей с такой же легкостью, как и другие.
108. Мне неприятно, когда вокруг меня люди.
109. Как правило, мне не везет.
110. Меня легко привести в замешательство.
111. Некоторые из членов моей семьи совершали поступки, которые меня пугали.
112. Иногда у меня бывают приступы смеха или плача, с которыми никак не могу справиться.
113. Мне бывает трудно приступить к выполнению нового задания ли начать новое дело.
114. Если бы люди не были настроены против меня, я достиг бы в жизни гораздо большего.
115. Мне кажется, что меня никто не понимает.
116. Среди моих знакомых есть люди, которые мне не нравятся.
117. Я легко теряю терпение с людьми.

118. Часто в новой обстановке я испытываю чувство тревоги.
119. Часто мне хочется умереть.
120. Иногда я бываю так возбужден, что мне бывает трудно заснуть.
121. Часто я перехожу на другую сторону улицы, чтобы избежать встречи с тем, кого я увидел.
122. Бывало, что я бросал начатое дело, так как боялся, что не справлюсь с ним.
123. Почти каждый день случается что-нибудь, что пугает меня.
124. Даже среди людей я обычно чувствую себя одиноким.
125. Я убежден, что существует лишь одно-единственное правильное понимание смысла жизни.
126. В гостях я чаще сижу где-нибудь в стороне или разговариваю с кем-нибудь одним, чем принимаю участие в общих развлечениях.
127. Мне часто говорят, что я вспыльчив.
128. Бывает, что я с кем-нибудь посплетничаю.
129. Часто мне бывает неприятно, когда я пытаюсь предостеречь кого-либо от ошибок, а меня понимают неправильно.
130. Я часто обращаюсь к людям за советом.
131. Часто, даже тогда, когда для меня складывается все хорошо, я чувствую, что для меня все безразлично.
132. Меня довольно трудно вывести из себя.
133. Когда я пытаюсь указать людям на их ошибки или помочь, они часто понимают меня неправильно.
134. Обычно я спокоен, и меня нелегко вывести из душевного равновесия.
135. Я заслуживаю сурового наказания за свои поступки.
136. Мне свойственно так сильно переживать свои разочарования, то я не могу заставить себя не думать о них.
137. Временами мне кажется, что я ни на что не пригоден.
138. Бывало, что при обсуждении некоторых вопросов я, особо не задумываясь, соглашался с мнением других.
139. Меня весьма беспокоят всевозможные несчастья.
140. Мои убеждения и взгляды непоколебимы.
141. Я думаю, что можно, не нарушая закона, попытаться найти в нем лазейку.
142. Есть люди, которые мне настолько неприятны, что я в глубине души радуюсь, когда они получают нагоняй за что-нибудь.
143. У меня бывали периоды, когда из-за волнения я терял сон.
144. Я посещаю всевозможные общественные мероприятия, потому что это позволяет мне бывать среди людей.
145. Можно простить людям нарушение тех правил, которые они считают неразумными.
146. У меня есть дурные привычки, которые настолько сильны, что бороться с ними просто бесполезно.
147. Я охотно знакоюсь с новыми людьми.
148. Бывает, что неприличная или даже непристойная шутка у меня вызывает смех.
149. Если дело идет у меня плохо, то мне сразу хочется все бросить.
150. Я предпочитаю действовать не согласно собственным планам, а следовать указаниям других.
151. Люблю, чтобы окружающие знали мою точку зрения.
152. Если я плохого мнения о человеке или даже презираю его, я мало стараюсь скрыть это от него.
153. Я человек нервный и легко возбудимый.
154. Все у меня получается плохо, не так как надо.
155. Будущее мне кажется безнадежным.
156. Люди довольно легко могут изменить мое мнение, даже если до этого оно казалось мне непоколебимым.
157. Несколько раз в неделю у меня бывает такое чувство, что должно случиться что-то страшное.
158. Большую часть времени я чувствую себя усталым.

159. Я люблю бывать на вечерах и просто в компаниях.
 160. Я стараюсь уклониться от конфликтов и затруднительных положений.
 161. Меня очень раздражает то, что я забываю, куда кладу вещи.
 162. Приключенческие рассказы мне нравятся больше, чем рассказы о любви.
 163. Если я захочу сделать что-то, но окружающие считают, что этого делать не стоит, я могу легко отказаться от своих намерений.
 164. Глупо осуждать людей, которые стремятся ухватить от жизни все, что могут.
 165. Мне безразлично, что обо мне думают другие.

Обработку результатов проводят по четырем «ключам», соответствующих шкалам: «достоверность», «нервно-психическая устойчивость», «коммуникативные способности», «моральная нормативность», «личностный адаптивный потенциал». На каждый вопрос теста обследуемый может отвечать «да» или «нет». Поэтому при обработке результатов учитывается количество ответов, совпавших с «ключом». Каждое совпадение с «ключом» оценивается в один «сырой» балл.

Шкала достоверности оценивает степень объективности ответов. В случае, если общее количество «сырых» баллов превышает 10, то полученные данные следует считать недостоверными вследствие стремления военнослужащего соответствовать социально желаемому типу личности.

При массовом обследовании, а также при дефиците времени процесс определения социально-психологической адаптации может быть ускорен. Для этого достаточно иметь два «ключа»: для шкалы достоверности и шкалы личностного адаптивного потенциала. Шкала ЛАП является шкалой более высокого уровня. Она включает в себя шкалы «нервно-психическая устойчивость», «коммуникативные способности», «моральная нормативность» и дает представление в целом об адаптивных возможностях личности, но не позволяет получить дополнительную информацию о психологических особенностях обследуемых.

Таблица № 1

Ключи к многоуровневому личностному опроснику «Адаптивность».

Наименование шкалы	Номера вопросов с ответом «Да»	Номера вопросов с ответом «Нет»
Достоверность (Д)		1, 10, 19, 31, 51, 69, 78, 92, 101, 116, 128, 138, 148
Личностный адаптивный потенциал (ЛАП)	4, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 27, 28, 29, 30, 33, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 46, 47, 50, 56, 57, 59, 60, 61, 63, 64, 65, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 75, 77, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 86, 88, 89, 90, 91, 93, 94, 95, 96, 98, 99, 102, 103, 104, 106, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 129, 131, 133, 135, 136, 137, 139, 141, 142, 143, 145, 146, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 161, 162, 164, 165	2, 3, 5, 13, 23, 25, 26, 32, 34, 35, 38, 44, 45, 48, 49, 52, 53, 54, 55, 58, 62, 66, 74, 76, 85, 87, 97, 100, 105, 107, 127, 130, 132, 134, 140, 144, 147, 159, 160, 163
Нервно-психическая устойчивость (НПУ)	4, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 28, 29, 30, 37, 39, 40, 41, 47, 57, 60, 63, 65, 67, 68, 70, 71, 73, 75, 80, 82, 83, 84, 86, 89, 94, 95, 96, 98, 102,	2, 3, 5, 23, 25, 32, 38, 44, 45, 49, 52, 53, 54, 55, 58, 62, 66, 87, 105, 127, 132, 134, 140

	103, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 117, 118, 119, 120, 122, 123, 124, 129, 131, 135, 136, 137, 139, 143, 146, 149, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 161, 162	
Коммуникативные способности (КС)	9, 24, 27, 33, 43, 46, 61, 64, 81, 88, 90, 99, 104, 106, 114, 121, 126, 133, 142, 151, 152	26, 34, 35, 48, 74, 85, 107, 130, 144, 147, 159
Моральная нормативность (МН)	14, 22, 36, 42, 50, 56, 59, 72, 77, 79, 91, 93, 125, 141, 145, 150, 164, 165	13, 76, 97, 100, 160, 163

Таблица № 2

ПЕРЕВОД В СТЭНЫ РЕЗУЛЬТАТОВ, ПОЛУЧЕННЫХ ПО ШКАЛАМ МЕТОДИКИ «АДАПТИВНОСТЬ»

Наименование шкал и количество ответов, совпавших с ключом				Стэны
ЛАП	НПУ	КС	МН	
62->	46->	27-31	18->	1
51-61	38-45	22-26	15-17	2
40-50	30-37	17-21	12-14	3
33-39	22-29	13-16	10-11	4
28-32	16-21	10-12	7-9	5
22-27	13-15	7-9	5-6	6
16-21	9-12	5-6	3-4	7
11-15	6-8	3-4	2	8
6-10	4-5	1-2	1	9
1-5	0-3	0	0	10

Итоговую оценку по шкале «Личностный адаптивный потенциал» можно получить путем простого суммирования сырых баллов по трем шкалам «нервно-психическая устойчивость», «коммуникативные способности», «моральная нормативность» с последующим переводом полученной суммы по таблице № 3.

Таблица № 3

Интерпретация адаптивных способностей по шкале методики «Адаптивность»

Уровень адаптивных способностей (стэны)	Интерпретация
5-10	Группы высокой и нормальной адаптации. Лица этих групп достаточно легко адаптируются к новым условиям деятельности, быстро входят в новый коллектив, достаточно легко и адекватно ориентируются в ситуации, быстро вырабатывают стратегию своего поведения. Как правило, не конфликтны, обладают высокой эмоциональной устойчивостью.
3-4	Группа удовлетворительной адаптации. Большинство лиц этой группы обладают признаками различных акцентуаций, которые в привычных условиях частично компенсированы и могут проявляться при смене деятельности. Поэтому успех адаптации зависит от внешних условий среды. Эти лица, как правило, обладают невысокой эмоциональной устойчивостью. Возможны асоциальные срывы, про-

	явление агрессии и конфликтности. Лица этой группы требуют индивидуального подхода, постоянного наблюдения, коррекционных мероприятий.
1-2	Группа низкой адаптации. Лица этой группы обладают признаками явных акцентуаций характера и некоторыми признаками психопатий, а психическое состояние можно охарактеризовать, как пограничное. Возможны нервно-психические срывы. Лица этой группы обладают низкой нервно-психической устойчивостью, конфликтны, могут допускать асоциальные поступки. Требуют наблюдения психолога и врача (невропатолога, психиатра).

ТАБЛИЦА № 4

Интерпретация основных шкал методики «Адаптивность»

Наименование шкалы	Уровень развития качеств	
	Ниже среднего (1-3 стэна)	Выше среднего (7-10 стэнов)
НПУ	Низкий уровень поведенческой регуляции, определенная склонность к нервно-психическим срывам, отсутствие адекватности самооценки и реального восприятия действительности.	Высокий уровень нервно-психической устойчивости и поведенческой регуляции, высокая адекватная самооценка и реальное восприятие действительности.
КС	Низкий уровень развития коммуникативных способностей, затруднение в построении контактов с окружающими, проявление агрессивности, повышенная конфликтность.	Высокий уровень развития коммуникативных способностей, легко устанавливает контакты с сослуживцами, окружающими, не конфликтен.
МН	Не может адекватно оценить свое место и роль в коллективе, не стремится соблюдать общепринятые нормы поведения.	Реально оценивает свою роль в коллективе, ориентируется на соблюдение общепринятых норм поведения.

Приложение 7

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ПТСР ПО МКБ-10

Согласно МКБ-10 и DSM-IV, посттравматическое стрессовое расстройство может развиваться вслед за травмирующими событиями, выходящими за рамки обычного человеческого опыта. Пациентами могут стать как непосредственные жертвы травм, так и свидетели.

В МКБ-10 ПТСР шифруется в рубрике P43 («Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации») под кодом P43.1. Диагностические критерии ПТСР в МКБ-10 соответствуют таковым в DSM-IV. Последние, однако, более детализированы и позволяют дифференцировать тип расстройства.

В DSM-IV диагностический код ПТСР 309.81 соответствует рубрике «Расстройства адаптации» 309.xx.

309.81 Посттравматическое стрессовое расстройство.

- острое / хроническое
- с отставленным началом

А. Больной находился под воздействием травмирующего события, при котором имели место следующие явления:

1. Больной пережил, был свидетелем или участником события или событий, которые представляли реальную или возможную угрозу смерти либо серьезного вреда или опасность нарушения физической целостности, угрожавшую самому больному или другим людям.

2. Реакция больного проявлялась в виде страха, беспомощности или ужаса.

Воздействие экстремального стрессора приводит к манифестации ПТСР в виде трех констелляций: интрузии, избегания и гиперактивности.

Б. Травмирующее событие повторно переживалось в виде одного или нескольких следующих проявлений (*интрузия*):

1. Повторные, навязчивые воспоминания о событиях, включая образы, мысли или ощущения.
2. Повторяющиеся и вызывающие значительное беспокойство сны о пережитом событии.
3. Такие действия или ощущения, как если бы травмирующее событие случилось снова (включая ощущение воссоздания пережитого, иллюзии, галлюцинации и диссоциативные эпизоды, в том числе те, которые возникают при пробуждении или в состоянии опьянения).
4. Сильный психологический дистресс и/или влиянием внешних или внутренних раздражителей, которые символизируют или напоминают какой-либо аспект травмирующего события.
5. Физиологическая реактивность под влиянием внешних или внутренних раздражителей, которые символизируют или напоминают какой-либо аспект травмирующего события.

В. Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой и общее оцепенение (отсутствовавшие до травмы), о которой свидетельствуют по меньшей мере три симптома из следующих (*избегание*):

1. Попытки избежать мыслей, ощущений или разговоров, связанных с травмой.
2. Попытки избежать действий, мест или людей, которые вызывают воспоминания о травме.
3. Частичная или полная амнезия важных аспектов травмы
4. Выраженное снижение интереса к ранее значимым видам деятельности или к участию в них.
5. Чувство отрешенности или отчужденности от окружающих.
6. Сужение диапазона аффективной реакции (например, неспособность испытывать любовь).
7. Неспособность ориентироваться на длительную жизненную перспективу (например, больной не планирует занимать карьерой, жениться, иметь детей или строить нормальную жизнь).

Г. Устойчивые проявления повышенного возбуждения (отсутствовавшие до травмы), о которых свидетельствует не менее двух симптомов из следующих (*гиперактивность*):

1. Трудности при засыпании или нарушение продолжительности сна.
 2. Раздражительность или вспышки гнева.
 3. Трудность концентрации внимания.
4. Сверхнастороженность.
5. Усиленная реакция на испуг.

Д. Продолжительность расстройства (симптомов, описанных в рамках критериев **Б**, **В** и **Г**) более 1 месяца.

Е. Расстройство вызывает клинически значимый дистресс или нарушения в социальной, трудовой или других сферах жизнедеятельности.

Уточните тип расстройства:

Острое — если симптомы сохраняются менее 3 месяцев. **Хроническое** — если симптомы сохраняются 3 месяца и более. **Отсроченное** — если симптомы возникают по меньшей мере через 6 месяцев после окончания воздействия стрессора. В небольшой части случаев ПТСР, обнаруживая хроническое течение на протяжении многих лет, может переходить в хроническое изменение личности (МКБ-10: P62.0).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Клиническая картина обычно включает в себя:

- Нарушения сна.
- Социальное избегание, дистанцирование и отчуждение от других, включая близких членов семьи.
- Изменения поведения, эксплозивные вспышки, раздражительность или склонность к физическому насилию над другими людьми.
- Злоупотребление алкоголем или наркотиками, особенно для «снятия остроты» болезненных

- переживаний, воспоминаний или чувств.
- Антисоциальное поведение или противоправные действия.
- Депрессия, суицидальные мысли или попытки самоубийства.
- Высокий уровень тревожной напряжённости или психологической неустойчивости.
- Неспецифические соматические жалобы.

Источник: Пушкарёв А.П., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. – М., Издательство Института психотерапии, 2000.

Приложение 8

Деловая игра «КАТАСТРОФА В ПУСТЫНЕ»

Упражнение имеет широкий диапазон задач: отработать навыки поведения в дискуссии, умения вести диспут, быть убедительным, изучить на конкретном материале динамику группового спора, открыть для себя традиционные ошибки, совершаемые людьми в полемике, потренировать способности выделять главное и отсеивать 'шелуху', видеть существенные признаки предметов, научиться осознавать стратегические цели и именно им подчинять тактические шаги и т.д. но в тренинге развития самосознания ведущему следует помимо указанного акцентировать внимание при обсуждении результатов на таких аспектах, как получение обратной связи участниками друг о друге (в силу своей эмоциональной насыщенности игра позволяет хотя бы на какое-то время 'отключить' механизм психологической защиты и стать самим собой - именно поэтому она эффективна на первых этапах групповой работы).

Время на это упражнение - не менее полутора часов.

Каждый участник получает специальный бланк (или чертит его по указаниям ведущего).

Инструкция:

- С этого момента все вы - пассажиры авиалайнера, совершавшего перелет из Европы в Центральную Африку. При перелете над пустыней Сахара на борту самолета внезапно вспыхнул пожар, двигатели отказали, и авиалайнер рухнул на землю. Вы чудом спаслись, но ваше местоположение неясно. Известно только, что ближайший населенный пункт находится от вас на расстоянии примерно 300 километров. Под обломками самолета вам удалось обнаружить пятнадцать предметов, которые остались не поврежденными после катастрофы.

Ваша задача - проранжировать эти предметы в соответствии с их значимостью для вашего спасения. Для этого нужно поставить цифру 1 у самого важного предмета, цифру 2 - у второго по значимости и так далее до пятнадцатого, наименее важного для вас. Заполняйте номерами первую колонку бланка. Каждый работает самостоятельно в течение пятнадцати минут.

Список предметов:

1. Охотничий нож.
2. Карманный фонарь.
3. Летная карта окрестностей.
4. Полиэтиленовый плащ.
5. Магнитный компас.
6. Переносная газовая плита с баллоном.
7. Охотничье ружье с боеприпасами.
8. Парашют красно-белого цвета.
9. Пачка соли.
10. Полтора литра воды на каждого.
11. Определитель съедобных животных и растений.
12. Солнечные очки на каждого.

13. Литр водки на всех.
14. Легкое полупальто на каждого.
15. Карманное зеркало.

После завершения индивидуального ранжирования ведущий предлагает группе разбиться на пары и проранжировать эти же предметы снова в течение десяти минут уже совместно с партнером (при этом номерами заполняется второй столбик в бланке со списком предметов). Следующий этап игры - общегрупповое обсуждение с целью прийти к общему мнению относительно порядка расположения предметов, на которое выделяется не менее тридцати минут.

Из наблюдения за работой участников хорошо видна степень сформированности умений организовывать дискуссию, планировать свою деятельность, идти на компромиссы, слушать друг друга, аргументированно доказывать свою точку зрения, владеть собой. Часто разворачивающиеся споры-баталии, когда никто не желает прислушаться к мнению других, наглядно демонстрируют самим участникам их некомпетентность в сфере общения и необходимость изменения своего поведения.

По окончании дискуссии ведущий объявляет, что игра завершена, поздравляет всех участников с благополучным спасением и предлагает обсудить итог игры. Первым вопросом, на который ведущий просит ответить всех участников по кругу, является следующий: 'Удовлетворен ли ты лично результатами прошедшего обсуждения? Объясни почему'.

Ответы участников с необходимостью сопровождаются рефлексией, цель которой - в осмыслении процессов, способов и результатов индивидуальной и совместной деятельности. Возникшая в результате дискуссия подогревается ведущим, задающим уточняющие вопросы примерно такого типа:

Что вызвало твою удовлетворенность (неудовлетворенность)?

Как, по-твоему, в верном направлении продвигалась ваша дискуссия или нет?

Была ли выработана общая стратегия спасения?

Что тебе помешало принять активное участие в обсуждении?

Ты не согласен с принятым решением? Почему тебе не удалось отстоять свое мнение?

Кто в наибольшей степени повлиял на исход группового решения, то есть по сути дела оказался лидером, сумевшим повести за собой группу?

Что именно в поведении лидера позволило ему заставить прислушаться к себе? На какой стадии появился лидер?

Какими способами другие участники добивались согласия с их мнениями?

Какие способы поведения оказались наименее результативными?

Какие только мешали общей работе?

Как следовало бы построить дискуссию, чтобы наиболее быстрым способом достигнуть общего мнения и не ущемить права всех участников?

Обсуждение итогов игры должно подвести группу к тому, чтобы самостоятельно разобраться в вопросе, как наилучшим способом организовывать дискуссии, как избежать грубых столкновений в споре и расположить других к принятию своего мнения. Как правило, в процессе обсуждения затрагивается очень широкий спектр проблем: фазы, через которые проходит практически любая дискуссия, лидер и его качества, навыки эффективного общения, умения самопрезентации и т.д. При необходимости ведущий только помогает более четко сформулировать найденные участниками закономерности. Очень большое значение имеет самоанализ участниками собственного поведения, который обогащается обратной связью от других членов группы. От ведущего зависит, чтобы эта обратная связь не превратилась в серию взаимных обвинений, а носила бы конструктивный характер и была принята участниками.

Практически всегда возникает вопрос о 'правильном' ответе на проблему дискуссии. Такой ответ дается ведущим, но с оговоркой, что это мнение зарубежных экспертов, с которыми мы вправе не соглашаться, но вынуждены учесть важность выбора стратегии спасения для ранжирования предметов: либо двигаться по пустыне к людям, либо ждать помощи от спасателей. Если в группе при обсуждении практически не поднимался вопрос о стратегии, то на этом этапе обнаруживается, что часть участников молчаливо подразумевала первый вариант, в то время, как другая часть имела ввиду второй. Этим выявляется еще одна причина взаимного непонимания.

Итак, ответ:

Вариант '**Ждать спасателей**' (кстати, по мнению экспертов, предпочтительный).

1. Полтора литра воды на каждого. В пустыне необходима для утоления жажды.
2. Карманное зеркало. Важно для сигнализации воздушным спасателям.
3. Легкое полупальто на каждого. Прикроет от палящего солнца днем и от ночной прохлады.
4. Карманный фонарь. Также средство сигнализации ночью.
5. Парашют красно-белого цвета. И средство от прикрытия от солнца, и сигнал спасателям.
6. Охотничий нож. Оружие для добычи пропитания.
7. Полиэтиленовый плащ. Средство для сбора дождевой воды и росы.
8. Охотничье ружье с боеприпасами. Может использоваться для охоты и для подачи звукового сигнала.
9. Солнечные очки на каждого. Помогут защитить глаза от блеска песка и солнечных лучей.
10. Переносная газовая плита с баллоном. Поскольку двигаться не придется, может пригодиться для приготовления пищи.
11. Магнитный компас. Большого значения не имеет, так как нет необходимости определять направление движения.
12. Летная карта окрестностей. Не нужна, так как куда важнее знать, где находятся спасатели, чем определять свое местонахождение.
13. Определитель съедобных животных и растений. В пустыне нет большого разнообразия животного и растительного мира.
14. Литр водки на всех. Допустимо использовать в качестве антисептика для обеззараживания при любых травмах.
15. Пачка соли. Значимости практически не имеет.

Вариант '**Двигаться к людям**'. Распределения значимости будет иметь несколько иной вид:

1. Полтора литра воды на каждого.
2. Пачка соли.
3. магнитный компас.
4. Летная карта окрестностей.
5. Легкое полупальто на каждого.
6. Солнечные очки на каждого.
7. Литр водки на всех.
8. Карманный фонарь.
9. Полиэтиленовый плащ.
10. Охотничий нож.
11. Охотничье ружье с боеприпасами.
12. Карманное зеркало.
13. Определитель съедобных животных и растений.
14. Парашют красно-белого цвета.
15. Переносная газовая плита с баллоном.

Иногда прояснение взаимных впечатлений и открытый обмен обратной связью на первых этапах тренинга затруднены, и хотя игра остается полезной и эффективной, она не способна снять психо-

логические защиты участников. Для ослабления напряжения на этой стадии используются психогимнастические игры с релаксационной направленностью.