

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ПЯТИГОРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ЛИНГВИСТИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ НЕПОЛИТИЧЕСКАЯ
ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
«МИРОТВОРЧЕСКАЯ МИССИЯ
ИМЕНИ ГЕНЕРАЛА ЛЕБЕДЯ»**

SWISSPEACE – HUMANITARIAN DIALOGUE FOR HUMAN SECURITY
IN THE NORTH CAUCASUS

КАК ПРЕОДОЛЕТЬ ПСИХОТРАВМУ И ВОССТАНОВИТЬ ДУШЕВНОЕ РАВНОВЕСИЕ

**Методическое пособие
по психотравмотерапии**

**Под редакцией
Л.В. Мищенко**

**Пятигорск – Bern
2012**

ББК 88.37
УДК 159.923
К 16

Печатается по решению редакционно-издательского совета
ФГБОУ ВПО ПГЛУ

Рецензенты:

доктор психологических наук, директор Института человековедения
Пятигорского государственного лингвистического университета,
профессор *Боязитова Ирина Валерьевна*;
Doktor **der Psychologie, Traumatherapeutin**, *Simone Lindorfer*

**Как преодолеть психотравму и восстановить душевное
равновесие.** Методическое пособие по психотравмотерапии /
К 16 Под ред. Л.В. Мищенко. Пятигорск – Bern: РИА-КМБ, 2012.
– 328 с. с илл.

ISBN 978-5-89314-000-0

Пособие предназначено для психологов, психотерапевтов, работников помощи, тех, кто помогает пострадавшим во время военных конфликтов, террористических актов и других форм социального экстремизма на Северном Кавказе.

Как помочь психотравмированным людям? Какие методы и способы психологической помощи наиболее эффективны? Что могут сделать работники помощи, члены семей пострадавших, чтобы облегчить боль и страдания пострадавших? Как сами пострадавшие могут помочь себе? В этом пособии психологи и психотерапевты, работающие на Северном Кавказе с психотравмой, пытаются найти ответы на все эти вопросы. Они раскрывают особенности оказания психологической помощи представителям разных народов Северного Кавказа, пострадавших в локальных войнах или от террористических актов. Профессор Института человековедения (ФГБОУ ВПО ПГЛУ), травматерапевт Мищенко Л.В. рассказывает, что такое психическая травма, почему мы ее получаем, как восстановиться после травмы и как помочь участникам военных конфликтов, родственникам погибших, похищенных и пропавших без вести, беженцам и вынужденным переселенцами из «горячих точек». Австрийские и швейцарские коллеги делятся международным опытом работы с психотравмой. Доктор психологии, травматерапевт Simone Lindorfer и Cécile Druey, координатор проекта «Гуманитарный диалог по укреплению человеческой безопасности на Северном Кавказе», сотрудник Швейцарского фонда мира – swisspeace предлагают практикоориентированные технологии травматерапии.

Данное пособие подготовлено в рамках проекта «Гуманитарный диалог по укреплению человеческой безопасности на Северном Кавказе»

ISBN 978-5-89314-000-0

© РИА-КМБ, 2012 г.

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	6
ГЛАВА I.	
ЭКСТРЕННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ	
НЕПОСРЕДСТВЕННО В ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ	
1.1. Понятие психической травмы	14
1.2. Цель и задачи экстренной психологической помощи	21
1.3. Методы и способы экстренной психологической и психотерапевтической помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях	29
1.4. Рекомендации для непрофессиональных помощников, оказывающих помощь непосредственно в чрезвычайных ситуациях	41
1.5. Специфика психологической помощи в чрезвычайной ситуации представителям народов Северного Кавказа	51
1.6. Рекомендации пострадавшим в чрезвычайной ситуации	58
ГЛАВА 2.	
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО:	
ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ПСИХОКОРРЕКЦИИ	
2.1. Понятие посттравматического стрессового расстройства	64
2.2. Методы и методики диагностики ПТСР	72
2.3. Основные направления, принципы и методы реабилитации личности при ПТСР	77
2.4. Рекомендации для непрофессиональных помощников, оказывающих помощь пострадавшим с ПТСР	89
2.5. Специфика психологической помощи пострадавшим с ПТСР представителям народов Северного Кавказа	93
2.6. Рекомендации пострадавшим с ПТСР	97
ГЛАВА 3.	
ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕРТВ	
ВОЕННЫХ КОНФЛИКТОВ, ТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ АКТОВ	
И ДРУГИХ ФОРМ СОЦИАЛЬНОГО ЭКСТРЕМИЗМА	
НА СЕВЕРНОМ КАВКАЗЕ	
3.1. Помощь при психотравме, полученной в результате гибели близких и родных	104
3.2. Специфика психотравмы и психологической реабилитации родственников похищенных и пропавших без вести людей	118

3.3. Психологическая помощь беженцам и вынужденным переселенцам из «горячих точек»	123
3.4. Психологическая помощь жертвам террористических актов.	134
3.5. Влияние травматического опыта на участников военных конфликтов и специфика их психореабилитации.	154
3.6. Влияние травматического опыта на сотрудников органов внутренних дел в процессе несения службы, при работе в экстремальных условиях и специфика их психореабилитации ..	161
3.7. Проблемы психологической и социальной реабилитации бывших членов НВФ, вернувшихся к мирной жизни.	169
3.8. Рекомендации для непрофессиональных помощников, оказывающих помощь в реабилитации жертв военных конфликтов, террористических актов и других форм социального экстремизма на Северном Кавказе	185

ГЛАВА 4.

ОПЫТ ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ НА СЕВЕРНОМ КAVKAZE С ЖЕРТВАМИ ВОЕННЫХ КОНФЛИКТОВ, ТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ АКТОВ И ДРУГИХ ФОРМ СОЦИАЛЬНОГО ЭКСТРЕМИЗМА	189
4.1. Опыт психореабилитационной работы Североосетинского центра диагностики и консультирования «Доверие» (Владикавказ).	189
4.2. Опыт психореабилитационной работы Дагестанской региональной общественной организации психологов и социальных работников «Психея» (Махачкала)	212
4.3. Опыт психореабилитационной работы психологов Чеченского «Центра психолого-педагогической реабилитации и коррекции» (ГБОУ Министерство образования и науки Чеченской Республики, г. Грозный)	224
4.4. Опыт психореабилитационной работы психологов Ингушского центра психологической помощи и психологической посткризисной	234
реабилитации «Республиканская школа успеха» (г. Назрань)	234
4.5. Опыт психореабилитационной работы детского реабилитационного центра Богоявленского Аланского женского монастыря	249
4.6. Опыт психореабилитационной работы психологов Межрегиональной неполитической общественной организации «Миротворческая миссия имени генерала Лебеда» (Пятигорск) ...	260

ПРЕДИСЛОВИЕ

Северо-Кавказский федеральный округ – самый многонациональный регион России. На территории округа проживает около 9,1 млн. человек – представителей более 100 наций, народностей и этнических групп.

Одним из самых серьезных препятствий в развитии Северного Кавказа стали локальные войны, терроризм и экстремизм. «Идейный терроризм» и «мировоззренческий экстремизм» всё чаще смыкаются с прямым бандитизмом, который имеет примитивные цели: грабёж, рейдерство, устранение конкурентов и неугодных, запугивание населения, упрочение влияния и расширение территории воздействия. «Сопутствующими товарами» терроризма и экстремизма выступают национализм, мигрантофобия, имеющие непосредственные проекции в сферу межэтнических отношений.

Жители Северного Кавказа переживают серьезные потрясения, получают тяжелейший травматический опыт. Потрясения, связанные с угрозой их существованию, достоинству, которые меняют их восприятие мира, наносят ущерб психическому и физическому здоровью. Более того, психотравмы, которые получают жители Северного Кавказа, часто бывают растянуты по времени – когда на протяжении многих лет военные конфликты то вспыхивают, то угасают. Люди гибнут, теряют своих близких, покидают родные места. Эти события оказываются столь значимыми и интенсивными, что психика, не справляясь с их переработкой. Травматический опыт как бы заслоняет для человека настоящее, будущее, прошлое, отделяя его от приобретенных в течение жизни навыков адаптации. Меняются представления о мире, о людях, о себе, о прежних отношениях, человек теряет уверенность в себе, а окружающий мир не воспринимается им как надежный, он не ждет уже ничего хорошего от жизни. Травматический опыт, тягостные переживания способствуют возникновению существенных изменений в психике. Но бо-

Для того чтобы психотравмирующий опыт не мог прорваться наружу из глубины психики человека, наше подсознание вынуждено тратить энергию и силы. Поэтому человек много сил тратит на то, чтобы травма оставалась внутри и не причиняла ему невыносимую боль. А если человек перенес в своей жизни несколько психотравм, то сколько энергии тратит он? Его жизнь превращается во внутреннюю борьбу, направленную на то, чтобы психотравма не прорвалась наружу и боль не захлестнула его. Энергетический потенциал этого человека снижается, в жизни он не может полностью реализоваться, словно что-то держит его. То есть психотравма продолжает жить в душе, вызывая отдаленные последствия.

Надо отметить, что в культуре населения Северного Кавказа нет привычки обращаться за помощью к психологу, обычно они не считают себя нуждающимися в специальной психологической помощи (реакции по типу «Само пройдет», «у всех так», «не нужно на этом заикливаться», «выпьешь – и все встанет на место»). Как помочь психотравмированным людям, жертвам военных конфликтов, террористических актов? Какие методы и способы психологической помощи наиболее эффективны? Что могут сделать работники помощи, члены семей пострадавших, чтобы облегчить боль и страдания психотравмированным людям? Как сами пострадавшие могут помочь себе? В этой книге авторы пытаются найти ответы на все эти вопросы.

Все главы выстроены в логической последовательности, раскрывающей проблемы и особенности психологической реабилитации жертв военных конфликтов, террористических актов и других форм социального экстремизма на Северном Кавказе. Каждая глава начинается с определения проблемы, потом предлагаются наиболее эффективные способы и методы психологической помощи, опробованные в условиях Северокавказского региона. Не все классические психологические и психотерапевтические методы результативны в многонациональном регионе. Именно поэтому мы раскрываем особенности оказания психологической помощи представителям разных народов Северного Кавказа, пострадавших в локальных войнах или от террористических актов. На основе накопленного опыта мы рассказываем, какие обычаи и традиции северокавказских этносов помогают в преодолении горя, в лечении посттравматическо-

Третья глава раскрывает проблемы психологической реабилитации жертв военных конфликтов, террористических актов и других форм социального экстремизма на Северном Кавказе. В каждом параграфе мы дифференцированно объясняем какую конкретную помощь необходимо давать в каждом конкретном случае: при психотравме, полученной в результате гибели близких и родных; какая психологическая помощь нужна беженцам и вынужденным переселенцам из «горячих точек», какую помощь можно оказать жертвам террористических актов. Мы раскрываем специфику психотравмы и психологической реабилитации родственников похищенных и пропавших без вести людей, описываем влияние травматического опыта на участников военных конфликтов и специфику их психореабилитации; влияние травматического опыта на сотрудников органов внутренних дел в процессе несения службы, при работе в экстремальных условиях и специфику их психореабилитации. В этой главе мы подробно останавливаемся на проблемах психологической и социальной реабилитации бывших членов НВФ (незаконных вооруженных формирований), вернувшихся к мирной жизни. Следует отметить, что в нашем регионе эта проблема стоит достаточно остро. В результате развития миротворческого процесса на Северном Кавказе; утверждения культуры мира, отказ от насилия, вражды, эскалации конфликтов; расширение успешного опыта миротворчества на Северном Кавказе, стимулировало возвращение к мирной жизни бывших членов НВФ. Глава Дагестана Магомедсалам Магомедов в своем первом Послании Народному Собранию РД заявил, что «количество ликвидированных боевиков не может быть показателем успеха. Нам важно вернуть людей обществу, дать им возможность действовать в рамках правового поля». Однако при возвращении в мирную жизнь у бывших членов НВФ возникло немало проблем при реинтеграции в мирную жизнь. Мы раскрываем эти проблемы и ищем пути их преодоления. Каждый параграф традиционно заканчивается рекомендациями пострадавшим, работникам помощи. В отличие от других глав, в последнем параграфе третьей главы, мы не просто предлагаем рекомендации работникам помощи, мы даем юридически закреплённые категории пострадавших; раскрываем международную практику обоснования и обеспечения прав

лиц, пострадавших в войнах и конфликтах; объясняем правовую базу материальной поддержки пострадавших в результате военных конфликтов; сообщаем о правовых и судебных процедурах, проблемах нормативно-правового обеспечения и материальной поддержки семей, погибших и пропавших без вести. Работникам помощи, которые работают с беженцами и вынужденными переселенцами из «горячих точек», с жертвами террористических актов, с родственниками похищенных и пропавших без вести людей, с участниками военных конфликтов, нужно знать основные законы, необходимые для содействия пострадавшим в их проблемах.

В четвертой главе «Опыт психореабилитационной работы с жертвами военных конфликтов, террористических актов и других форм социального экстремизма на Северном Кавказе» психологи из Дагестана (Махачкала), Северной Осетии (Владикавказ), Ингушетии (Назрань), Чеченской республики (Грозный), психологи детского реабилитационного Центра Богоявленского Аланского женского монастыря (Владикавказская и Махачкалинская Епархия, Московский Патриархат, Русская Православная Церковь), психологи межрегиональной неполитической общественной организации «Миротворческая миссия имени генерала Лебеда» (Пятигорск), предлагают наработанные ими наиболее эффективные модели и технологии работы с людьми в их регионе, перенесшими психотравмирующую ситуацию. Это расширяет возможности ознакомления с позитивным опытом, накопленным в каждой республике, возможности ознакомления со спецификой оказания психологической помощи представителям разных этносов. Это создает возможность для продуктивного обмена профессиональными знаниями, разработками, методическим инструментарием, обмена опытом специалистов психологов, работающих с беженцами, вынужденными переселенцами, родственниками пропавших без вести родственников, родственниками, имеющими опыт гибели близких и родных, с психотравмированными жителями, проживающими в постконфликтных Северокавказских регионах (Дагестане, Ингушетии, Северной Осетии, Чеченской республике), с имеющими травматический опыт похищения или насильственного исчезновения близких родственников, с заложниками.

В пятой главе зарубежные австрийские и швейцарские коллеги делятся международным опытом работы с психотравмой. Доктор психологии, травматерапевт Simone Lindorfer (*Doktor der Psychologie, Traumatherapeutin*) и Cécile Druet (*swisspeace Projektkoordinatorin Humaniterer Dialog im Nordkaukasus*), координатор проекта «Гуманитарный диалог по укреплению человеческой безопасности на Северном Кавказе», сотрудник Швейцарского фонда мира – swisspeace, предлагают практикоориентированные технологии травматерапии.

В авторский коллектив вошли специалисты психологи, психотерапевты разных республик Северного Кавказа, ученые и практики Института человековедения (ФГБОУ ВПО ПГЛУ), ученые и практики Австрийского психологического общества, представители Швейцарского фонда мира, что обеспечило широту охвата темы и многообразие ее измерений:

- проф. Мищенко Любовь Владимировна, директор Центра системных исследований индивидуальности человека ФГБОУ ВПО «ПГЛУ» – главы 1, 2, 3, приложение;
- Авсарагова Тамара Кимовна, директор Североосетинского Центра диагностики и консультирования «Доверие» – параграф 4.1.;
- Кунченко Татьяна Ивановна, председатель Дагестанской региональной общественной организации психологов и социальных работников «Психея» Доверие» – параграф 4.2.;
- Шахгиреева Айзан Усмановна, директор Центра психолого-педагогической реабилитации и коррекции Министерства образования и науки Чеченской Республики – параграф 4.3.;
- проф. Ганиева Роза Хаматхановна, директор Ингушского Центра психологической помощи и психологической посткризисной реабилитации «Республиканская школа успеха» – параграф 4.4.;
- директор Реабилитационного центра Богоявленского Аланского женского монастыря, монахиня Георгия (Бестаева) – параграф 4.5.;
- Николаева Елена Михайловна, психолог-консультант, травматерапевт, ведущий группы личностного роста и развития сензитивности, ведущий терапевтической группы, преподаватель психологии и педагогики – параграф 4.6.;

ГЛАВА I. ЭКСТРЕННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НЕПОСРЕДСТВЕННО В ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ

1.1. Понятие психической травмы

Во время военных конфликтов и в других чрезвычайных ситуациях большое число людей вовлекается в запредельные по своей силе психотравмирующие переживания. Люди получают тяжелейший травматический опыт – они оказываются свидетелями или участниками событий, которые их сознание не может принять.

У пострадавших в чрезвычайных ситуациях травма влияет на восприятие времени, и под ее воздействием меняется видение прошлого, настоящего и будущего. По интенсивности переживаемых чувств травматический стресс соразмерен со всей предыдущей жизнью. Из-за этого он кажется наиболее существенным событием жизни, как бы «водоразделом» между происшедшим до и после травмирующего события, а также всем, что будет происходить потом (Методическое пособие по работе с посттравматическими стрессовыми расстройствами 2001; Мещенина Т., Пашилова О., 2003)

Чрезвычайные ситуации – это внешние события, которые причиняют вред людям и среде их обитания. Они поражают группы населения, так же как и отдельных индивидов. Большинство из них возникают неожиданно – признак, который придает им огромный патогенный потенциал для психической сферы. Независимо от степени материального ущерба чрезвычайные ситуации в первую очередь характеризуются по интенсивности психотравмирующего воздействия на людей. Ее психологический аспект определяется комбинацией пяти критериев: (а) возникновение неблагоприятной ситуации, которая вызывает дистресс у людей и в сообществе в целом; (б) причинная обусловленность материальных разрушений, ко-

чет принимать эту реальность, так как она кардинально меняет его восприятие жизни. Уютный мир внезапно предстает как хаотичный, полный опасностей, в котором теперь уже не исключены роковые случаи и где нет никакой гарантии безопасности.

2. *Иллюзия простоты устройства мира.* Человеку необходима вера в то, что происходящие в мире явления постижимы, упорядочены и справедливы. Эта вера нужна ему для собственного спокойствия. Человек верит, что «получит то, чего заслуживает». Жертва травмирующего события испытывает тотальное разрушение веры в постижимость мира – «Почему со мной случилось такое?», «В чем я провинился?», «Как несправедливо устроен мир!»

3. *Иллюзия собственной непогрешимости.* Обычно человек оценивает себя позитивно. Он верит, что силен и многое может. Но, вплотную сталкиваясь с ситуацией, неподвластной его контролю, он ощущает себя несчастным, слабым и беспомощным существом. Жертва переживает страх, унижение и стыд за то, что «с ним произошло такое», что он «не сумел избежать этого».

Следовательно, психотравма, начинается с того, что объективная реальность наносит удар по привычным представлениям о мире и самом себе, разрушает веру, которая помогает чувствовать себя в безопасности. С помощью базисных представлений мы живем без страха и отчаяния. Но пока эти иллюзии находят поддержку как в нас самих, так и в обществе, мы остаемся потенциально уязвимыми. Реальность не предполагает абсолютной надежности и совершенства. Всегда существует вероятность, что наши самые важные представления не получают подтверждения.

Травмирующее событие вынуждает человека изменить привычную модель собственного «Я» и мира как не способную отразить существующую реальность. Теперь незначительные корректировки картины мира и образа «Я» недостаточны, хотя при обычных, житейских кризисах это могло быть. Травмирующее событие сталкивает человека с настолько суровой и беспощадной реальностью, настолько сильный удар наносит по образу «Я», что требуется коренное переосмысление существующего положения, а это не может быть достигнуто быстро и безболезненно.

Итак, **психическая травма** связана с жизненными событиями,

Причины глубоких травматических поражений в чрезвычайных ситуациях (Малкина-Пых И.Г. 2003; 2005):

- *внезапность*; чем внезапнее событие, тем оно более разрушительно для жертв;
- *отсутствие похожего опыта*; психотравмирующие ситуации люди часто учатся переживать их на пике момента;
- *длительность*; этот фактор варьирует от случая к случаю, у жертв некоторых продолжительных ужасов травматические эффекты могут умножаться с каждым последующим днем;
- *недостаток контроля*; может пройти немало времени, прежде чем человек сможет контролировать самые обычные события повседневной жизни; если эта утрата контроля сохраняется долго, даже у компетентных и независимых людей могут наблюдаться признаки выученной беспомощности;
- *горе и утрата*; жертвы могут оказаться разлученными с любимыми людьми или потерять кого-то погибшими: самое, вероятно, худшее – это пребывать в ожидании открытия всех возможных утрат; кроме того, жертва может из-за катастрофы потерять свою социальную роль и позицию; в случае длительных травматических событий человек может лишиться всяких надежд на восстановление утраченного;
- *постоянные изменения*; разрушения, вызванные катастрофой, могут оказаться невосстановимыми: жертва может оказаться в совершенно новых и враждебных условиях;
- *экспозиция смерти*; даже короткие угрожающие жизни ситуации могут изменить личностную структуру человека и его «познавательную карту»; повторяющиеся столкновения со смертью могут приводить к глубоким изменениям на регуляторном уровне; высоко вероятен при близком столкновении со смертью тяжелый экзистенциальный кризис;
- *моральная неуверенность*; жертва может оказаться перед лицом необходимости принимать связанные с системой ценностей решения, способные изменить жизнь, например, кого спасти, насколько рисковать, кого обвинять;
- *поведение во время события*; каждый хотел бы выглядеть наилучшим образом в трудной ситуации, но удается это немногим;

- жалобы на тошноту, «тяжесть» в голове, неприятные ощущения со стороны желудочно-кишечного тракта, снижение (даже отсутствие) аппетита;
- к этому же периоду относятся первые отказы от выполнения спасательных и «расчистных» работ (особенно связанных с извлечением тел погибших), значительное увеличение количества ошибочных действий при управлении транспортом и специальной техникой, вплоть до создания аварийных ситуаций.

3. «Стадия разрешения»

- 3–12 суток после чрезвычайной ситуации;
- характеризуется по данным субъективной оценки – постепенной стабилизацией настроения и самочувствия; по результатам наблюдений – сохранением пониженного эмоционального фона, ограничением контактов с окружающими, гипомимией (маскообразность лица), снижением интонационной окраски речи, замедленностью движений;
- на фоне субъективных признаков некоторого улучшения состояния объективно отмечается дальнейшее снижение физиологических резервов (по типу гиперактивации); прогрессивно нарастают явления переутомления.
- к концу этого периода появляется желание «выговориться», реализуемое избирательно, направленное преимущественно на лиц, которые не были очевидцами стихийного бедствия, и сопровождающееся некоторой ажитацией;
- появляются сны, отсутствовавшие в двух предшествующих фазах, в том числе тревожные и кошмарные сновидения, в различных вариантах отражающие впечатления трагических событий;

4. «Стадия восстановления».

- начинается приблизительно с 12-го дня после психотравмирующей ситуации;
- наиболее отчетливо проявляется в поведенческих реакциях: активизируется межличностное общение, начинает нормализоваться эмоциональная окраска речи и мимических реакций;
- могут развиваться различные формы психосоматических расстройств, связанных с нарушениями деятельности желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой, иммунной и эндокринной систем.

Главными принципами оказания экстренной психологической помощи перенесшим психологическую травму в результате влияния экстремальных ситуаций являются (Федунина Н.Ю., 2006. С. 31):

- *безотлагательность* – означает, что помощь пострадавшему должна быть оказана как можно быстрее: чем больше времени пройдет с момента травмы, тем выше вероятность возникновения хронических расстройств, в том числе и посттравматического стрессового расстройства;
- *приближенность* – смысл этого принципа состоит в оказании помощи в привычной обстановке и социальном окружении, а также в минимизации отрицательных последствий «госпитализма»;
- *ожидание, что нормальное состояние восстановится*: с лицом, перенесшим стрессовую ситуацию, следует обращаться не как с пациентом, а как с нормальным человеком; необходимо поддержать уверенность в скором возвращении нормального состояния;
- *единство психологического воздействия* подразумевает, что либо его источником должно выступать одно лицо, либо процедура оказания психологической помощи должна быть унифицирована;
- *простота психологического воздействия* – необходимо отвести пострадавшего от источника травмы, предоставить пищу, отдых, безопасное окружение и возможность быть выслушанным.

Экстренная психологическая помощь оказывается:

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

- детям – жертвам насилия;
- детям, жизнедеятельность которых объективно нарушена в результате сложившихся обстоятельств и которые не могут преодолеть данные обстоятельства самостоятельно или с помощью семьи и др.) (Федеральный закон №124-ФЗ от 24.08.1998 с изменениями от 20 июля 2000 г., 22 августа, 21 декабря 2004 г).

Профессиональные требования к работе психолога в экстремальных условиях (Психология экстремальных ситуаций: / Под общ. ред. Ю.С. Шойгу, 2009):

- мотивация к деятельности в экстремальных обстоятельствах;
- готовность психолога к работе в экстремальных обстоятельствах;
- умение решать проблемные ситуации самостоятельно, профессионально обоснованно;
- ответственная готовность к профессиональной деятельности по оказанию поддержки жертвам экстремальной ситуации;
- физическая и психическая выносливость.

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

- трудности проведения обследования в обстановке ЧС, эпизодичность и разрозненность таких работ;
- работа с группами: приходится работать с группами жертв, которые не создаются психологом (психотерапевтом) искусственно, исходя из нужд психотерапевтического процесса, они были созданы самой жизнью в силу драматической ситуации катастрофы;
- пациенты часто пребывают в остром аффективном состоянии; иногда приходится работать, когда жертвы находятся еще под эффектом травмирующей ситуации, что не совсем обычно для нормальной психотерапевтической работы;
- среди жертв можно встретить большое количество людей, которые по своему социальному и образовательному статусу никогда в жизни не оказались бы в кабинете психотерапевта;
- разнородность психопатологии у жертв; жертвы часто страдают, помимо травматического стресса, неврозами, психозами,

ных помощников психологов; установить необходимые связи с организациями и ведомствами, оказывающими комплексную помощь населению. Большое значение на этом этапе уделяется анализу положения дел, прогнозу (по возможности) и планированию действий, распределению функций между членами бригады, определению графика работы.

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

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

Оказание психологической помощи в подавляющем числе случаев предваряет установление контакта. В случае острого стрессового расстройства пострадавшие, в основном, если идут на контакт, то сами говорят о событии, своих чувствах. Однако это в большей мере справедливо для ситуаций завершенных. Играют роль также своеобразное сочетание индивидуально-психологических, социально-психологических, в том числе этнокультурных характеристик, характера и значимости события и много другого. Следует отметить, что не все люди (а особенно дети и подростки) настолько открытые и уверенные, что могут выступить в установлении контакта иницирующей стороной, высказать свои насущные потребности, свои переживания. Это может быть связано с неуверенностью, чувством вины, тревогой, и др. Неуверенность и страх (например, страх наказания) или чувство вины могут быть настолько велики, что блокируют осознание своих потребностей, прав. Возможность удовлетворения базовых потребностей (потребности в еде, безопасности, значимой информации и др.) снимает излишнюю напряженность и

помощи (здесь уместна помощь непрофессиональных помощников психологов). Получение помощи такого характера, наряду с эмоциональной поддержкой, дает им возможность начать действовать, пусть даже пока на автоматическом уровне. Если эти действия являются адекватными ситуации, то постепенно приходит осознание возможности контроля ситуации, регуляции эмоционального состояния.

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

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

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

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

- в местах траурных и следственных мероприятий;
- в помещениях учреждений социальной защиты и других, выделенных для обслуживания пострадавших и членов их семей после ликвидации ЧС;
- в штабах по ликвидации ЧС и их оперативных отделах;
- в учреждениях и подразделениях участников специализированной помощи (по месту постоянной деятельности);
- телефон доверия, горячая линия.

Виды экстренной психологической и психотерапевтической помощи во время события и в ближайшее время после него:

- экстренная «допсихологическая» помощь;
- экстренная информационная терапия;
- направление (ведение), управление;
- психологическое сопровождение эмоциональная поддержка;
- психологическое вмешательство (интервенция);
- кризисное вмешательство;
- выявление негативных социально-психологических механизмов (психическое заражение, паника, слухи) и управление ими (нейтрализация);
- психодиагностика;
- экстренная психотерапевтическая помощь пострадавшим.

Экстренная «допсихологическая» помощь. В первые часы и дни после события люди остро нуждаются в социальной, информационной помощи. В этот период могут подключаться добровольные помощники психологов. Основные рекомендации по оказанию помощи в этот период времени заключаются в обеспечении возможности удовлетворения физических нужд, безопасности, восстановлении контакта с близкими, в обеспечении необходимой и достаточной информацией о значимой ситуации и дальнейших действиях, а также о реакциях, возникающих в ответ на тяжелые события, «нормализации» реакций, рекомендациях не смотреть телевизионные передачи, в излишних подробностях освещающих события, в оказании помощи в принятии решений (Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., 2000. С. 34; 2007).

Приемы экстренной «допсихологической» помощи (в том числе и самопомощи) при состояниях страха, тревоги, плаче, чувстве

- мысленно повторять фразу: «Я совершенно спокоен» 5–6 раз, чередуя эти самовнушения с периодами счета до 15–20, что позволит снять внутреннее напряжение и добиться нормализации пульса и артериального давления, а также самодисциплины;
- высвобождение из «плена» может занять больше времени, чем хочется потерпевшим; «Будьте мужественными и терпеливыми; помощь идет к вам».

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

Психологическое сопровождение; направление (ведение), управление; информирование; поддержка.

Психологическое сопровождение, эмоциональная поддержка человека, пережившего психотравмирующее событие, представляет один из основных видов психологической помощи в сложный для человека период, когда боль от пережитого становится непереносимой. Сопровождающий временно находится рядом с пострадавшим, обеспечивает безопасность, необходимую и достаточную поддержку личности в трудных жизненных ситуациях (Осухова Н.Г., 2007). Такое понимание психологического сопровождения говорит о воздействии в большей степени на эмоциональную сферу, благодаря чему восстанавливаются когнитивные процессы, и происходит регуляция поведения. Однако в более широком контексте психологическое сопровождение включает также ведение и информирование. Разведем эти понятия для того, чтобы учесть различные, взаимосвязанные между собой, сферы воздействия (когнитивная, эмоциональная, поведенческая).

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

Так, в *когнитивной сфере* на уровне процессов наблюдаются изменения (нарушение ощущений, внимания, мышления, памяти и,

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

Методы психологической диагностики, используемые при оказании экстренной психологической помощи

Психодиагностика, психотехники воздействия и процедура оказания психологической помощи в экстремальных ситуациях имеют свою специфику (Сухов, Деркач, 1998). В частности, психодиагностика в экстремальных ситуациях имеет свои отличительные особенности. В этих условиях из-за нехватки времени невозможно использовать стандартные диагностические процедуры. Метод тестов, проективные психодиагностические методики не отвечают требованиям ситуации, в которой оказывается экстренная психологическая помощь. Поэтому для этих целей используются такие психодиагностические методы, как беседа, наблюдение. Безусловно, эти методы не так точны, как, например, метод тестов, однако они позволяют собрать необходимую для специалиста информацию и вовремя привлечь помощь специалистов смежных профессий.

событием (или кризисной ситуацией). Следует стремиться к тому, чтобы клиент смог обрести контроль над ситуацией, обратиться к своим ресурсам (внутренним и внешним).

В случае чрезвычайной ситуации, внезапно возникшей трагедии, невозможна работа в рамках только одного психологического направления. В кризисной ситуации, в случае кризисного состояния, специалист, который практикует только традиционную психотерапию, не отвечает требованиям, предъявляемым к специалистам по кризисному вмешательству (одного подхода бывает недостаточно) (Хоф Л., 2006. С. 35). Специалист, работающий в определенном подходе, используя техники из других направлений, увеличивает возможности в работе с клиентом.

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

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

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

Первичный период (во время события и ближайший период после него) – работа с первичными дезадаптивными реакциями. ЭПП оказывается по мере необходимости в период работы бригады психологов с пострадавшим. По частоте помощь может варьироваться от разовой и кратковременной до систематической или даже, в случае необходимости, непрерывной (например, до снятия неопределенности ситуации, связанной с вероятностью гибели близкого человека, и после, если она подтверждается).

Пролонгированный период – работа с травмой, с отсроченными

наборе связей между формами речи, движением глаз и тела и памятью; в 1973 г. вышла первая книга, посвященная этому методу; написанная Джоном Гриндером и Ричардом Бэндлером; НЛП обладает уникальными возможностями, в том числе и при оказании экстренной психологической помощи, это целая концепция консультирования, ориентированная на реальный результат, причем максимально быстро и безболезненно для пострадавшего, что особенно важно и критической ситуации; множество техник, предлагаемых в рамках этого направления, позволяют эффективно справляться с поставленными задачами в рамках оказания экстренной психологической помощи; примером может служить техника быстрого лечения фобий, которая позволяет избавить человека от фобии в течение 15–20 минут; чаще всего при оказании экстренной психологической помощи используются небольшие, компактные техники НЛП, например техника «круги силы», техника быстрого лечения фобий, техника смены модальностей и другие;

- *телесноориентированная терапия*; способ исцеления через работу с телом, с запечатленными в теле переживаниями и проблемами человека, все, что происходит в душе человека, оставляет отпечаток в его теле; наше сознание и бессознательное в 90% случаев говорят не словами, а телесными сигналами; зародилась в XX в., ее прародителем можно считать Вильгельма Райха и его последователя Александра Лоуэна; любая стрессовая ситуация воздействует на тело человека, сказывается на движении, дыхании, мышечном напряжении, общем тоне; стресс часто вызывает проблемы со здоровьем психосоматической природы, таким образом, обеспечение нормального психологического самочувствия напрямую зависит от комфорта телесного, физического; расслабление мышечного каркаса позволяет получить полноценный отдых и восстановление сил; набор техник телесноориентированной психотерапии достаточно велик и используется специалистами-психологами в широком диапазоне ситуаций для оказания помощи пострадавшим;
- *арт-терапия* – это буквально лечение искусством; часто подразумевается – искусство визуального ряда – рисунок, живопись,

ситуации; компактные краткосрочные техники, позволяющие, с одной стороны, проделать завершённый психотерапевтический цикл, а с другой стороны, экономичны по времени, делают возможным и целесообразным использование приемов краткосрочной позитивной психотерапии в условиях чрезвычайной ситуации; гибкость применяемых методов, возможность конструирования техник для каждого конкретного случая, для каждой конкретной ситуации, позволяет использовать это направление достаточно эффективно;

- *суггестивные техники*; на современном этапе существует множество психотерапевтических концепций, использующих внушение, суггестивное воздействие, к их числу можно отнести эриксоновский гипноз, аутогенную тренировку и многое другое; суггестивное воздействие, техники погружения пострадавшего в особые состояния сознания известны человеку с древних времен; применяя суггестивные техники, специалист может апеллировать к неосознаваемым переживаниям пострадавшего, минуя цензуру сознания; часто в экстремальной ситуации для человека, потерявшего дом, родных, в сознании появляются табу, например, на то, чтобы чувствовать себя счастливым не только в данный момент (что понятно и естественно), но и в будущем; техники внушения разнообразны, среди них есть такие, применение которых экономично по времени, не требует дополнительного инструментария, и те, применение которых возможно в любых условиях (не обязательно изолированное помещение и т.д.).
- *релаксационные методы и методы саморегуляции*; существует огромное количество методов релаксации и саморегуляции; к ним можно отнести суггестивную технику аутогенной тренировки, технику активной мышечной релаксации, технику пассивной мышечной релаксации, медитации, а также огромное количество других методов; использование этих методов в экстремальных условиях позволяет специалисту-психологу в решении многочисленных проблем: при оказании помощи пострадавшим, их родственникам; для поддержки специалистов, участвующих в ликвидации последствий ЧС, и специалистов,

2. *Постарайтесь избавить пострадавшего от посторонних взглядов.* Любопытные взгляды очень неприятны человеку в кризисной ситуации. Если зеваки не уходят, дайте им какое-либо поручение, например, отогнать любопытных от места происшествия.

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

4. *Если человек обездвижен, проведите доврачебный первичный осмотр.* При первичном осмотре пострадавшего прежде всего необходимо убедиться в наличии сердцебиения и дыхания, а также в том, что дыхательные пути не перекрыты какими-либо предметами. Внимательно осмотрите шейный отдел позвоночника, предварительно освободив шею от воротника. Аккуратно надавите на живот и выясните, есть ли у потерпевшего болевые ощущения. Попросите пострадавшего поочередно поднять ноги – таким образом, Вы сможете понять, цел ли тазобедренный сустав. Затем обследуйте кости рук на наличие повреждений. И последнее: необходимо определить, чувствительны ли пальцы на ногах. Закончив доврачебный осмотр, попросите пострадавшего не двигаться и вызовите «Скорую помощь».

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

5. *Установив эмоциональный контакт с человеком, которому вы хотите помочь, если есть возможность принесите ему чашку чая, посоветуйте ему изложить на бумаге то, что его беспокоит, важно писать, не отрываясь и как можно полнее (форма и последовательность изложения значения не имеют), затем пострадавшему следует взглянуть на текст «взглядом постороннего», и потом собственноручно уничтожить. Ни в коем случае не предлагайте употреблять в*

ную неудачу, перестает видеть смысл своей деятельности; или когда не удалось кого-то спасти, и попавший в беду близкий погиб. Наваливается ощущение усталости – такое, что не хочется ни двигаться, ни говорить, движения и слова даются с большим трудом. В душе – пустота, безразличие, нет сил даже на проявление чувств. Если человека оставить без поддержки и помощи в таком состоянии, то апатия может перейти в депрессию (тяжелые и мучительные эмоции, пассивность поведения, чувство вины, ощущение беспомощности перед лицом жизненных трудностей, бесперспективность и т.д.). В состоянии апатии человек может находиться от нескольких часов до нескольких недель.

Основными признаками апатии являются:

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

В данной ситуации:

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

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

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

В данной ситуации:

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

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

Основными признаками агрессии являются:

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

3. Если пострадавший говорит, слушайте его, выказывайте заинтересованность, понимание, сочувствие.
4. Сделайте пострадавшему легкий массаж наиболее напряженных мышц тела.

Нервная дрожь. После экстремальной ситуации появляется неконтролируемая нервная дрожь (человек не может по собственному желанию прекратить эту реакцию). Так организм «сбрасывает» напряжение. Если эту реакцию остановить, то напряжение останется внутри, в теле, и вызовет мышечные боли, а в дальнейшем может привести к развитию таких серьезных заболеваний, как гипертония, язва и др.

Основные признаки данного состояния:

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

В данной ситуации:

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

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

Основные признаки данного состояния:

вить (можно дать пощечину, облить водой, с грохотом уронить предмет, резко крикнуть на пострадавшего).

3. **Говорите с пострадавшим короткими фразами, уверенным тоном** («Выпей воды», «Умойся»).
4. **После истерики наступает упадок сил.** Уложите пострадавшего спать. До прибытия специалиста наблюдайте за его состоянием.
5. **Не потакайте желаниям пострадавшего.**

Работники помощи могут участвовать в организации и проведении дебрифинга (Конторович В. А., Анцупова Г. Л., 2001).

Работники помощи во многом руководствуются интуицией в своем желании помочь и это правильно. Любовь к людям всегда безошибочно помогает выбрать верный подход. Для работника помощи главное – сделать все, чтобы человек не чувствовал себя одиноким в своей трагедии?

Драма травмы – это еще и драма предельного одиночества, несмотря на то, что родные, близкие и друзья всячески пытаются поддержать. В своей попытке помочь, они стараются оберегать своих близких от воспоминаний трагедии и тем самым способствуют «консервированию» травмы. Общество также в определенной мере пытается выполнить свои обязательства, которые способствовали бы их реабилитации или облегчали груз непосильных социальных проблем. И в тоже время жертвы травмы и их окружение могут иметь различные оценки, как по поводу самого происшедшего, так и силы страданий жертвы. В результате у потерпевшего и его окружения могут сложиться прямо противоположные мнения о впечатлении, восстановлении, забвении. Эти конфликты между оценками значения травмы в некоторых случаях становятся причиной вторичной травматизации пострадавших. *Давая эмоциональную и социальную поддержку* непрофессиональные помощники смогут облегчить страдания пострадавших.

Длительность страданий пострадавших приводит к тому, что окружающие начинают испытывать невольное желание избежать переживаний, связанных с болью другого человека, и преследующими жертву трудностями. Члены семьи и другие источники социальной поддержки могут быть напуганы настойчивым напоминанием о том,

гея, Карачаево-Черкесия и Кабардино-Балкария); горские народы – аварцы, даргинцы, лакцы, лезгины, табасаранцы, рутульцы, агулы и др. (Дагестан); нахская группа, состоящая из чеченцев и ингушей (кавказско-иберийская, или иафетической семья); осетины (иранская подгруппа индоевропейской семьи языков); тюркские народы – кумыки (Дагестан), карачаевцы и балкарцы, ногойцы (Дагестан, Чечня, Карачаево-Черкесия и Ставропольский край); вынужденные мигранты – турки-месхетинцы и крымские татары (Краснодарский край). Сегодня Кавказ – это сложная система множества мощных культур, каждая из которых характеризуется собственной национальной идеей, своеобразной иерархией этнокультурных ценностей.

Этнопсихологические особенности и национальный характер любого этноса формируются длительным ходом развития общественных отношений. Каждый народ веками вырабатывает определенные черты национального характера, которые передаются из поколения в поколение. На формирование этнопсихологических особенностей и национального характера горцев определяющее воздействие оказывают не только общественные отношения, но и климатические условия, ландшафтно-географическое расположение региона в процессе развития этногенеза. Этнопсихологические особенности, можно сказать, в какой-то мере зависят и от биоэтногенетических особенностей и свойств этих народов, проживающих в Северокавказском регионе, и от их межэтнических отношений. Этнопсихологи отмечают, что народы Северного Кавказа сложны по своей структуре и психологическим характеристикам. В отдельную подгруппу выделяют народы Дагестана: аварцев, даргинцев, лакцев, ногойцев, табасаранов, рутульцев, агул. Исследователи этноса Дагестанских народов утверждают, что эта часть населения Северного Кавказа отличается специфическими чертами национального характера. Но в общем все население Северного Кавказа, существуя в подобных природных, культурных и политических условиях, сформировало определенный **психотип поведения и мышления**. Народы Северного Кавказа обладают такими особенностями:

1. Гордость за свою нацию и уважение к давним традициям и заповедям предков. Многие современные семьи на Кавказе живут

ти порождает у многих жителей Северного Кавказа уверенность в собственном превосходстве над остальными народами России и мира. Кавказцы – прирожденные лидеры. Они стремятся обладать пальмой первенства всегда: на семейном, общественном, национальном уровне.

8. Национальное содружество. На своей земле жители северного Кавказа часто делят территорию и соперничают за лидерство в обществе, но, встретившись с земляками в чужой стороне, всегда проявляют уважение и протягивают руку помощи. В чужих странах кавказцы объединяются в общины, поддерживают народные традиции и создают для себя привычную национальную атмосферу.

9. Тяга к коллективизму. В профессиональной деятельности жители Северного Кавказа склонны объединяться в группы по интересам, возможностям и национальным признакам. Работать над чем-то вместе здесь принято спокон веков. Содружество и взаимовыручка – дело чести.

10. Высокие коммуникативные и организаторские способности.

Определенные общность и своеобразие социально-экономических, политических и исторических условий развития, образа жизни, культуры привели к формированию типичных черт национально-психологического облика представителей Северного Кавказа. При этом темперамент, эмоционально-волевые процессы, сфера социокультурных потребностей, мотивов и интересов деятельности составляет то ядро, вокруг которого формируется этноспецифические характеристики сознания человека. Значимые содержательные компоненты локализуются прежде всего в эмоционально-мотивационной сфере, задаваемой культурной матрицей этносоциального организма. Сюда в первую очередь относится система потребностей, интересов, ценностных ориентаций и норм, интериоризованные роли (освоенные), поведенческие коды. Обобщая, можно сказать, что **психологический портрет народов Северного Кавказа наделен:**

- высокоразвитым, обостренным чувством национальной гордости, самолюбия и самоуважения, большой приверженностью национальным традициям и привычкам, способствующим поддержанию родовой сплоченности и ответственности;
- чертами преимущественно холерического и сангвинического

решительность и уверенность в действиях руководителей и других специальных служб, представители народов Кавказа осознают бесперспективность такого поведения, однако перестраиваются с трудом. Здесь большую роль играют терпение и последовательность в действиях руководителя, его способность найти пути продуктивного взаимодействия со своими помощниками.

Когда мы оказываем психологическую **помощь кавказским мужчинам**, пострадавшим в зонах военных конфликтов и других зонах социального экстремизма или природных катаклизмов, мы должны быть особенно внимательны, чтобы не оскорбить собственного достоинства и мужскую гордость. Дети на Кавказе (мальчики в особенности) почти не подвергаются наказаниям, растут самостоятельными в условиях минимума запретов. Особенности воспитания мальчиков в семьях на Кавказе заключается в том, что с детства они сориентированы на значимость социальной роли мужчины, отца, брата, их с малых лет приучают заботиться о сестрах, даже старших, о младших братьях. В семьях культивируется любовь к младшим, помощь им во всем, что превратилось в национальную особенность и постоянную потребность (Крысько В. Г., 2002).

Большинство кавказцев уделяют особенное внимание представительницам противоположного пола. Отношение к женщине – одна из характерных черт национального сознания. Жителей Кавказа отличает уважительное отношение к женщине. Мать в семье не менее уважаема, чем отец. Женщина в сознании горцев ассоциируется с миром. Во время боевых действий на женщин противника распространяется иммунитет. Многие вспомнят замечательную легенду о белом платке, бросаемом прекрасной горянкой для прекращения кровопролития.

Несмотря на внешнее проявление дискриминационных элементов по отношению к женщине, в культуре большинства кавказских народов (особенно в сельской местности) женщины-горянки всегда имели больше прав и занимали более заметное место в обществе, чем их сестры по вере в других мусульманских странах. Сегодня место и роль женщины в кавказском обществе все больше соответствует ее социальному и материальному положению.

Семья на Северном Кавказе играет определяющую роль – что

вать понимание старшинства на Кавказе: безоговорочное уважение и подчинение старшим. Особое отношение к старшим, к старикам было связано и с той ролью, которую они играли в семейном быту. У различных народов Кавказа всегда были большие семьи, в которых под одной крышей жили и вели совместное хозяйство три-четыре поколения кровных родственников – родители и взрослые дети со своими семьями, внуки. Руководство такой семейной общиной осуществлял самый старший мужчина. Он распределял обязанности между младшими братьями и сыновьями, следил за их надлежащим исполнением, распоряжался всеми доходами. В случае его смерти место руководителя семейной общины должен был занять следующий по старшинству мужчина. То же самое было и на женской половине дома. Там распределением женских работ и контролем за их выполнением занималась самая старшая из женщин, жена основателя первоначальной семейной ячейки. Поэтому помогая в чрезвычайных ситуациях, следует выражать подчеркнутое внимание и уважение к людям пожилого возраста.

1.6. Рекомендации пострадавшим в чрезвычайной ситуации

Рекомендации совладания со стрессом травматической утраты (по материалам The Traumatic Stress Institute, 1992):

1. Контакты и отношения:

- даже если вас тянет быть в одиночестве и никого не хочется видеть, старайтесь сохранять связи с людьми;
- говорите с людьми о ваших переживаниях, а не о том, что случилось;
- сохраняйте контакт с семьей и друзьями; проводите больше времени с вашими близкими – возможно, они тоже находятся в тревоге;
- разговаривайте с теми, кто перенес в прошлом тяжелые утраты;
- собираясь периодически с вашими друзьями и людьми, переживающими похожие на вашу ситуации, вы можете создать группу

- выражайте ваши мнения кому-нибудь связанному с пережитым, кого вы хотите спросить, проинформировать или поблагодарить;
- не избегайте тех сфер жизни – политической, гражданской, общественной в которых вы можете выразить свою точку зрения;
- попытайтесь организовать группы обсуждения и поддержки там, где это возможно – на работе, среди друзей, соседей;
- узнавайте о том, что для вас важно (например, предпринимаемые меры безопасности, поддержки и т.д.).

5. Помогайте вашим детям справиться со стрессом:

- прежде всего, вы можете помочь вашим детям пережить случившееся тем лучше, чем лучше вы справляетесь с вашим собственным стрессом, т.е. с вашими потребностями и переживаниями по поводу случившегося;
- говорите с детьми о случившемся, об их переживаниях и страхах – они заинтересованы в этом;
- побуждайте детей спрашивать и отвечайте на их вопросы, сообразуясь в своих ответах с их потребностями, интересами и возможностями (возраст, уровень зрелости и понимания); это поможет им и вам понять – как событие затронуло их, их жизни и тех людей, которых они любят;
- убеждайте детей в том, что они теперь в безопасности;
- просветите их (сами или, если не можете, найдите кого-нибудь) – объясните, что такое пожар, наводнение, терроризм и т.д., в зависимости от характера происшедшего;
- если вы потеряли кого-то из любимых людей, расскажите детям об этом человеке; ваши отношения с этим человеком продолжают существовать, поскольку вы сохраняете память о пережитом вместе с ним.

6. Ищите дальнейшей помощи:

- разговаривайте с вызывающими у вас доверие представителями общественности;
- устанавливайте контакты с помогающими организациями – Красный Крест и т.д.;
- если вы чувствуете, что не очень справляетесь со стрессом, вызываете очень большую озабоченность у близких или склонны к саморазрушительному или опасному поведению – алкоголь, наркотики, агрессия – обратитесь к психологу или психотерапевту.

Итак, имеет смысл *обратиться за помощью к психотерапевту, когда:*

- ваша жизнь идет наперекосяк: супружеские проблемы, семейные конфликты, утрата дружбы, проблемы на работе или в учебном заведении;
- у вас есть физические, телесные нарушения, а никаких медицинских причин доктора не находят;
- вы полностью поглощены мыслями о пережитом;
- вы чувствуете себя очень одиноким и боитесь;
- вам очень трудно принимать решения и сконцентрироваться на чем-то;
- вы испытываете чувство безнадежности, тяжелую депрессию или гнев;
- вы надеетесь, что алкоголь или какие-то другие вещества успокоят вашу боль – физическую или душевную;
- и, наконец, когда вы просто хотите, чтобы вам кто-то помог.

КУДА МОЖНО ОБРАТИТЬСЯ ЗА ПОМОЩЬЮ В СЛУЧАЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ:

В СКФО:

- Телефон экстренной помощи 88793399999.
- Федеральное государственное казенное учреждение «Центр управления в кризисных ситуациях Северо-Кавказского регионального центра по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий»; Ставропольский край, 357433 г. Железноводск, п. Иноземцево, ул. Промышленная, д. 7; Приёмная: 8 (8793) 40-53-53; Факс: 8 (8793) 40-53-67; email: skrc_priem@mail.ru;

В Ставропольском крае:

355000, Ставрополь, ул. 8 Марта, 164. Телефон пресс-службы: (8652) 23-21-43

В Северной Осетии:

- Главное управление МЧС РФ; г. Владикавказ, ул. Дзержинского, 70; телефон экстренной помощи 75-01-22.
- 362040, РСО-Алания, г. Владикавказ, ул. М. Горького, 26. Телефоны пресс-службы: (8672) 54-63-32

ГЛАВА 2. ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО: ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ПСИХОКОРРЕКЦИИ

2.1. Понятие посттравматического стрессового расстройства

Любая травма никогда не проходит бесследно. Войны, стихийные бедствия, психическое, физическое насилие оставляют глубокие раны в душе человека. Она влияет на все сферы жизни человека. Разве может человек, солдат или офицер вернуться с поля боя без последствий для психики? Как может спокойно продолжать жить ребенок, на глазах которого погиб кто-то из родителей? Как справиться с болью матери, ребенок которой умер?

Иногда, стандартного резерва психики недостаточно для того, чтобы справиться с пережитым стрессом. Через одну или несколько недель после экстремальной ситуации может развиваться ПТСР (посттравматическое стрессовое расстройство) или, как его иначе называют, посттравматический стрессовый синдром. Каверзность посттравматического стрессового расстройства заключается в том, что симптомы могут появиться сразу после пребывания в травматической ситуации, а могут возникнуть спустя много лет (Пуховский Н.Н., 2000).

Посттравматическое стрессовое расстройство является тяжёлой реакцией психики на травматическое событие, выходящее за рамки обычного человеческого опыта (Волошин В.М., 2001).

Симптомы ПТСР:

1) травматическое событие постоянно переживается одним (или более) из следующих путей (Посттравматическое стрессовое расстройство, 2005):

- повторяющиеся и захватывающие человека дистрессовые вос-

- раздражительность или вспышки гнева;
- трудности концентрации;
- сверхбдительность;
- преувеличенные реакции испуга.

Человек, ставший перед лицом трагедии, переживает глубочайшие внутренние изменения. Внутренний мир человека, ставшего жертвой психической травмы, уже не тот, что раньше, он еще не оформился в новом содержании, но уже изменился. Обычно на этой стадии человеку приходится столкнуться с новой реальностью, еще не перестроившись внутренне. Как следствие прежнее «Я» противостоит новой реальности, часто в большом смятении и замешательстве. Человек начинает привлекать имеющиеся у него ресурсы, чтобы совладать с этой новой реальностью (Пушкарев А. Л., Домо-рацкий В. А., Гордеева Е. Г., 2000).

Если попытки преодоления терпят неудачу, то травма наносит вред физическому и психическому здоровью и оказывает существенное влияние на жизнь человека в целом. Когда первичные симптомы травмы не прорабатываются с психотерапевтами, то они развиваются, становятся хроническими и образуют основу и подпитку для развития последующих симптомов. Месяцы спустя эти симптомы в ядре травматической реакции начнут включать психические и физиологические характеристики в динамику своего развития, и в определенный момент они проникнут в каждый уголок жизни жертвы, пострадавшей от травмы. В конечном счете, эти симптомы могут перерасти в травматическую тревогу – состояние, которое наполняет каждый момент бодрствования (и сна) пострадавшего от травмы.

На этой почве у человека развивается депрессия, стойкая бессонница, пострадавшего преследуют навязчивые воспоминания прошлого, ночные кошмары, возникает неконтрольная злоба, тревога, постоянное чувство опасности, человек чувствует себя удаленными, изолированными от людей, отчужденным, неспособным испытывать радость жизни. Все эти симптомы говорят об истощении компенсаторных ресурсов человека и создают риск развития психических нарушений (Решетников М.М. и др., 2009, 2006, 1989).

Одним из последствий травмы часто является снижение спо-

поведения может быть эффективным, если проблема решается сама собой. В противном случае такая реакция лишь усугубляет решение проблемы.

Инерция. Состояние бездействия, основанное на мнении пострадавшего, что в данной ситуации ничего нельзя предпринять, и любые действия обречены. Такой модус поведения характерен для депрессивных, тревожно-мнительных людей, лиц, страдающих обсессивно-фобическими расстройствами.

Аффективные реакции. Возникновение проблемной ситуации вызывает аффективные реакции. Чаще всего это гнев (часто с вербальной и невербальной агрессией), страх, тревога, печаль и т.п. Аффективная реакция выступает в виде необходимой мотивирующей силы для осуществления преодолевающего поведения, и очень часто возникновение такой реакции в ответ на фрустрацию превращается еще в одну проблему пострадавшего, требующую психотерапевтического вмешательства.

В соответствии с особенностями сроков проявления симптомов различают три подвиды ПТСР:

- 1) острое, развивающееся в сроки до трех месяцев;
- 2) хроническое, имеющее продолжительность более трех месяцев;
- 3) отсроченное, когда расстройство возникло спустя шесть и более месяцев после травмы.

Присутствие хронических симптомов ПТСР часто отмечается на протяжении всей последующей жизни человека, пережившего массивную психотравму. Такая травма способна оставить неизгладимый отпечаток в душе человека и привести к патологической трансформации всей его личности. В результате развиваются **посттравматические личностные расстройства** (или РТПД – *posttraumatic personality disorder*) (*Психология экстремальных ситуаций*: / Под общ. ред. Ю.С. Шойгу, 2009)

Симптомы посттравматических личностных расстройств: (Попов Ю.В., Вид В.А., 2008):

- 1) появление выраженных и стойких изменений в восприятии, мышлении и отношении человека к себе и окружающим после перенесенной им экстремальной ситуации;

ваний (за исключением посттравматического стрессового расстройства) и не могут быть объяснены органическим поражением мозга (Волошин В.М., 2005).

В соответствии с особенностями проявления и течения выделяют несколько типов ПТСР (Волошин, 2001).

Тревожный тип ПТСР характеризуется высоким уровнем соматической и психической немотивированной тревоги не реже нескольких раз в сутки. Характерна дисфорическая окраска настроения (форма болезненно-пониженного настроения, характеризующаяся злобностью, мрачной раздражительностью, чувством неприязни к окружающим). Расстройства сна характеризуются трудностями при засыпании с доминированием в сознании тревожных мыслей о своем состоянии, страхом перед мучительными сновидениями (эпизоды боевых действий, насилия, зачастую расправы с самими пострадавшим). Пострадавшие часто намеренно отодвигают наступление сна и засыпают лишь под утро. Характерны пароксизмальные вечерне-ночные состояния с чувством нехватки воздуха, сердцебиением, потливостью, ознобом либо приливами жара. Пострадавшие самостоятельно обращаются за помощью, и хотя доминирует стремление избежать ситуаций, напоминающих о психотравме, стремятся к общению, какой-либо целенаправленной деятельности, получая облегчение от активности.

Астенический тип ПТСР отличается доминированием чувства вялости и слабости. Фон настроения снижен, появляется безразличие к ранее интересовавшим событиям в жизни, равнодушие к проблемам семьи и рабочим вопросам. Поведение отличается пассивностью, характерно переживание утраты чувства удовольствия от жизни. В сознании доминируют мысли о собственной несостоятельности. В течение недели несколько раз непроизвольно представляются эпизоды психотравмирующей ситуации. Однако, в отличие от тревожного типа, в данных случаях представления лишены яркости, детальности, эмоциональной окрашенности и определяются большими как «возникающие в сознании картины с оттенком навязчивости». Расстройства сна характеризуются гиперсомнией с невозможностью подняться с постели, мучительной дремой, порой в течение всего дня. Избегающее поведение нехарактерно, постра-

включениями. Наблюдается ипохондрическая фиксация на неприятных телесных ощущениях и пароксизмальных приступах с выраженной тревогой ожидания их возникновения, редко возникают симптомы гипервозбуждения и переживания психотравмирующей ситуации.

Итак, **посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)** – это непсихотическая отсроченная реакция на травматический стресс, способный вызвать психические нарушения практически у любого человека.

2.2. Методы и методики диагностики ПТСР

В мировой психологической практике для диагностики ПТСР разработан и используется громадный комплекс специально сконструированных клинико-психологических и психометрических методик.

Основным клинико-психологическим методом выступает структурированное клиническое диагностическое интервью – **СКИД (SCID – Structured Clinical Interview for DSM) и клиническая диагностическая шкала (CAPS – Clinical-administered PTSD Scale)**. СКИД включает ряд диагностических модулей (блоков вопросов), обеспечивающих диагностику психических расстройств по критериям **DSM-IV (аффективных, психотических, тревожных, вызванных употреблением психоактивных веществ и т. д.)**. Конструкция интервью позволяет работать отдельно с любым модулем, в том числе и с модулем ПТСР. В каждом модуле даны четкие инструкции, позволяющие экспериментатору по мере надобности перейти к беседе по другому блоку вопросов. При необходимости для постановки окончательного диагноза могут привлекаться независимые эксперты. Методика представлена в приложении. Авторами методики предусмотрена возможность ее дальнейших модификаций в зависимости от конкретных задач исследования (Тарабрина, 2001).

К другим наиболее часто используемым в мировой практике методикам диагностики ПТСР относятся (методики представлены в приложении):

язык и адаптирована «*Краткая шкала тревоги, депрессии и ПТСР*» (В.В.Нарт, 1996), предназначенная для первичного скрининга перечисленных симптомов у лиц, переживших любого рода психические травмы. Методики представлены в приложении.

Необходимо также учитывать специфику психодиагностики ПТСР: первым этапом при ее проведении является установление в анамнезе испытуемого самого факта переживания им травматического события, т.е. уже на этом этапе происходит актуализация индивидуального травматического опыта и сопутствующей ему постстрессовой симптоматики. Опыт показывает, что процесс обследования травмированных пострадавших предъявляет к психологу-диагносту требования, относящиеся не только непосредственно к его компетенции профессионала, но и к умению оказывать «первую психотерапевтическую помощь».

Таким образом, методы стандартизированной психодиагностики в работе с лицами, страдающими травматическими стрессовыми расстройствами – ОСР и ПТСР, представляют интерес не только в плане установления диагноза, но и в плане оптимизации психокоррекционных и реабилитационно-восстановительных мероприятий, проводимых с пострадавшими – носителями данной группы психических нарушений (Тарабрина и др., 1992, 1994, 1996, 2000).

Диагностика посттравматических *личностных расстройств* возможна с помощью следующих методик (методики представлены в приложении):

- *шкала базовых убеждений*; концепция базовых убеждений, касающихся доброты и разумности окружающего мира, доброжелательности или враждебности людей и ценности собственного Я, разрабатывалась на основе высказываний людей, переживших травму, о себе, об окружающих людях и о том, как они понимают устройство мира (Janoff-Bulman, 1989, 1992);
- *личный профиль кризиса* – опросник позволяет определить личный профиль переживаемого кризиса. Его теоретической основой является положение о комплексном характере переживания кризиса, затрагивающего различные физиологические и психологические аспекты;
- *личностная и социальная идентичность* – опросник; при этом

гинальный психодиагностический инструмент, который получил название «Самоактуализационный тест» (САТ); методика была опубликована в 1987 г.

Диагностика посттравматических стрессовых расстройств в детском возрасте представляет собой достаточно сложную теоретико-практическую задачу в связи с тем, что большинство предлагаемых в литературе методик были разработаны и апробированы на взрослых участниках боевых действий и техногенных катастроф. Между тем потребности практической работы требуют разработки и апробации методик, адаптированных для детского возраста. В ходе экспериментального исследования на массиве из двухсот участников был апробирован и стандартизирован детский вариант Миссисипской шкалы оценки травматических реакций (методика представлена в приложении).

Для диагностики посттравматического стрессового расстройства у детей существуют две взаимодополняющие методики: полуструктурированное интервью для оценки травматических переживаний детей и родительская анкета для оценки травматических переживаний детей (Тарабрина, 2001). Интервью включает скрининговую часть и набор из 42 вопросов (методики представлены в приложении).

Анкета для родителей была составлена на основе анкеты для изучения стрессовых реакций у детей (Child Stress Reaction Checklist – National Center for PTSD, Boston VAMC; Boston University School of Medicine (Shriners Burn Institute) Harvard Medical School; National Center for PTSD, White River Junction, VM). Анкета предлагается родителям для самостоятельного заполнения и поэтому содержит необходимые инструкции. Перед началом исследования с родителями проводится беседа, основная цель которой – мотивировать родителей на ответственное и точное заполнение анкеты.

Далее каждому родителю выдается пакет, в котором содержится подробная инструкция о порядке заполнения анкеты, собственно анкета и карточка с телефонами, по которым они могут задать необходимые вопросы.

Все вышеперечисленные методики опубликованы в приложении 3.

что физическая активность, правильное питание, духовность и развитое чувство юмора вносят большой вклад в выздоровление человека как единого целого; врач, который обращает внимание своих пациентов на эти стороны целостного существования человека, часто обнаруживает и активизирует такие способности к восстановлению человека, которые были скрыты даже от него самого; здоровый образ жизни – с достаточной физической активностью, правильным питанием, отсутствием злоупотребления алкоголем, отказом от наркотиков, избеганием употребления возбуждающих питательных веществ (например, кофеина), со способностью с юмором относиться ко многим событиям нашей жизни – создает основу для восстановления после тяжелых травматических событий, а также способствует продлению активной и счастливой жизни;

- *социальное направление*; методы, направленные на формирование и увеличение социальной поддержки и социальной интеграции. Сюда также можно включить развитие сети самопомощи, а также формирование общественных организаций, оказывающих поддержку людям с ПТСР; очень важна точная оценка социальных навыков, тренировка этих навыков, уменьшение иррациональных страхов, помощь в умении преодолевать риск формирования новых отношений; к этой категории относятся и формы организации социальной работы, которые помогают течению процесса выздоровления; очень важно обучить пострадавшего методам релаксации, так как чувство тревоги и напряжения очень часто сопровождает их длительное время после травмы;
- *терапевтическое направление* (фармакотерапия, психотерапия) включает в себя собственно психотерапию, направленную на проработку травматического опыта, работу с горем, разумное использование фармакотерапии для устранения отдельных симптомов; очень важны группы поддержки, в которых пострадавшему помогут глубже разобраться в значении травматического события; в Америке существуют группы поддержки ветеранов для жертв военных действий и военнопленных, в Нидерландах – убежище для женщин, избиваемых дома, в Киеве начала

- решение проблем пострадавшего, которые лежат в основе глубинных жизненных трудностей и межличностных конфликтов;
- *психопрофилактическая и психологическая работа*: заключается в содействии в формировании у клиентов потребности в психологических знаниях, желания использовать их для работы над собой, своими проблемами, в создании условий для полноценного психического развития личности на каждом возрастном этапе для своевременного предупреждения возможных нарушений в становлении и развитии личности пострадавшего;
 - *психологический тренинг*: заключается в активном психологическом воздействии, направленном на снятие последствий психотравмирующих ситуаций, нервно-психической напряженности, формирование личностных предпосылок для адаптации к новым условиям;
 - *психологическая реабилитация* представляет собой комплекс мер психологического воздействия, направленных на коррекцию, восстановление или компенсацию нарушенных психических функций и улучшения эмоционального состояния у лиц, подвергшихся экстремальным стрессовым воздействиям;
 - *экстренная (по телефону) психологическая и медико-психологическая помощь* должна обеспечивать: безотлагательное психологическое консультирование клиентов, содействие в мобилизации их физических, духовных, личностных, интеллектуальных ресурсов для выхода из кризисного состояния, расширении у них диапазона приемлемых средств для самостоятельного решения возникших проблем и преодоления трудностей, укреплении уверенности в себе, а также медико-психологическое консультирование и помощь в определении предварительного диагноза, правильном выборе лекарств и порядка их приема до прибытия вызванного врача;
 - *социально-психологическая помощь* – это система психологических, психолого-педагогических, социально-психологических мероприятий, направленных на улучшение психического, социального и материального состояния пострадавших на повышение личностного и социального статуса людей, получивших психическую травму;

- восстановление естественной саморегуляции (саморегуляции толкуется как естественная природная способность человека к самоисцелению, основанная на внутренних ресурсах организма, активация и осознание которых способствует преодолению психотравмирующей ситуации);
- аффективная переоценка травматического опыта; обретение контроля над эмоциональными реакциями и определение надлежащего места произошедшему травматическому событию в общей временной перспективе своей жизни и личной истории;
- интеграция того чуждого, неприемлемого, ужасного и непостижимого, что с пострадавшим случилось, в его представление о себе (образ Я) (**van der Kolk, Ducey, 1989**);
- освобождение от преследующих воспоминаний о прошлом; восполнение смыслов, утраченных или нарушенных при травме, завершение целостного смыслового переживания травматической ситуации, выявление и проработка глубинных истоков травматического переживания;
- обретение нового переживания себя, своего внутреннего бытия, в ходе которого происходит обретение нового знания себя, своего внутреннего потенциала, столь необходимого для процесса изменения;
- восстановление целостности и связности опыта пострадавшего; восстановление целостного цикла реализации потребностей и преодоления защитных механизмов проекции, ретрофлексии, интроекции, а также слияния;
- реинтеграция нарушенной вследствие травмы психической деятельности; активное и ответственное включение в настоящее.

Этапы профессиональной помощи (Андреас С., Герлинг К., Фолкнер Ч. и др., 2000):

- *первым этапом* любой психологической консультации является *психологическая диагностика*; она может проходить в форме тестов, но чаще это просто *беседа*, в ходе которой специалист уясняет подробности проблемной ситуации обратившегося к нему человека; пострадавший рассказывает историю травмы (**Herman, 1992**); **восстановление «травматической истории»** начинается с обзора событий, которые предшествовали травме,

При этом необходимо помнить, что терапевтические отношения с пострадавшими, страдающими ПТСР, чрезвычайно сложны, поскольку межличностные компоненты травматического опыта: недоверие, предательство, зависимость, любовь, ненависть, агрессия – имеют тенденцию проявляться при построении взаимодействия с психологом или психотерапевтом. Работа с травмами порождает интенсивные эмоциональные реакции и у психолога или психотерапевта, следовательно, предъявляет высокие требования к его профессионализму (Малкина-Пых И.Г, 2005).

Терапевтические отношения с пострадавшим, страдающим ПТСР, обладают характерными особенностями, которые можно сформулировать следующим образом:

- постепенное завоевание доверия пострадавшего с учетом того, что у него наблюдается выраженная утрата доверия к миру; для постепенного формирования доверия полезны высказывания терапевта, в которых признаются трудности, пережитые пострадавшим;
- повышенная чувствительность по отношению к «формальностям» проведения терапии (отказ от стандартных диагностических процедур перед разговором о травматических событиях) поможет созданию доверительного и надежного контакта;
- создание надежного окружения для пострадавшего во время проведения терапии; адекватное исполнение ритуалов, которые способствуют удовлетворению потребности в безопасности пострадавшего; например, сильно травмированные пострадавшие часто прибегают к помощи различных ритуалов для канализации своих страхов (например, двери и окна должны всегда быть открыты), терапевт должен реагировать на это с уважением и пониманием;
- информирование пострадавшего о характере его расстройства и возможностях терапевтического вмешательства; подготовка пострадавшего к дальнейшему терапевтическому опыту, в частности – к необходимости вновь вернуться к болезненным травматическим переживаниям;
- принятие того темпа работы и самораскрытия пострадавшего, который он сам предлагает;

Для пострадавших с ПТСР характерны также определенные трудности, связанные с принятием роли реципиента психотерапевтической помощи.

Причины, обуславливающие эти трудности, заключаются в следующем:

- пострадавшие часто полагают, что должны своими силами «выкинуть пережитое из головы»; на такое их стремление влияют также и ожидания окружающих, которые считают, что пострадавшие должны, наконец, перестать думать о происшедшем; однако подобные ожидания, естественно, не оправдываются;
- собственное страдание, хотя бы частично, экстернализируется: пострадавшие сохраняют убеждение в том, что есть внешняя причина травмы (террористы, насильник, виновник ДТП и т.д.) и что последовавшие за этим психические нарушения также лежат вне сферы их контроля;
- посттравматические симптомы (ночные кошмары, фобии, страхи) причиняют достаточные страдания, но пострадавший не знает того, что они составляют картину болезни, поддающейся лечению (подобно депрессии или тревожности);
- некоторые пострадавшие борются за получение юридической и/или финансовой компенсации и обращаются к врачу или к психологу только за подтверждением этого их права и поэтому у них нет установки на излечение.

Методы оказания психологической помощи

К настоящему времени разработаны конкретные дифференцированные методы работы с травмированными пострадавшими (Калмыкова и др., 2001):

- в рамках *поведенческих подходов* применяются методы биологической обратной связи и техники релаксации, которые помогают пострадавшего дезактивировать возникшее в результате пережитой травмы возбуждение;
- в *экзистенциальной психотерапии*, метод, основанный И. Яломом, помогает человеку переживать смерть других людей или ситуации, когда он сам оказывается перед фактом близости собственной смерти, помогает преодолевать переживание чувства одиночества (Ялом И., 2000);

ческой и социальной реадaptации участников военных действий, тренинг структурной интеграции – снижение тревожности, напряжения и агрессии, преодоление беспорядочности действий и суждений, когда чувства, мысли и поведение не совпадают (ритмо-двигательная терапия) представлены в приложении 6.

Групповая терапия – наиболее часто применяемый формат терапии для пострадавших, переживших травматический опыт. Она нередко используется в сочетании с разными видами индивидуальной терапии.

Не существует каких-либо специальных рекомендаций, позволяющих выбрать оптимальный вид групповой терапии, тут можно использовать *группы различных направлений*:

- группы открытого типа, ориентированные на структурирование травматических воспоминаний (работа «там и тогда»);
- группы, имеющие заданную структуру, нацеленные на выполнение конкретной задачи, на выработку навыков совладания с травмой, на работу с интерперсональной динамикой (работа «здесь и теперь»).

В науке существуют многочисленные *направления групповой терапии*:

- когнитивно-бихевиоральные,
- психолого-образовательные,
- психоаналитические и психодраматические,
- самопомощи,
- анализа сновидений,
- телесной терапии;
- арт-терапии (Allen, Bloom, 1994) и др.

Какие бы *методы групповой терапии* ни использовались при работе с пострадавшими с ПТСР, эта работа всегда направлена *на решение определенных терапевтических задач*: которые кратко можно определить следующим образом:

- повторное эмоциональное переживание травмы в безопасном пространстве поддерживающей группы, разделение этого переживания с терапевтом и группой;
- общение в группе с людьми, имеющими похожий травматический опыт, что дает возможность уменьшить чувства изоляции,

способов, которые помогут пострадавшему построить новую, адекватную, соответствующую реальности модель собственного «Я» и мира (Бойко Ю.П. и др. 2001).

Фундаментальные компоненты травматического стресса – это тревога и депрессия. Тревогу создает неопределенность настоящего и будущего, а депрессию – чувство безнадежности. Постоянная тревога может вызвать напряжение и ожидание угрозы, испытанные во время прошлой травмы, а в обычной житейской ситуации породить реакции чрезмерного страха и паники. Безнадежность и поток негативных чувств могут довести человека до отчаяния. Эти формы реагирования на стресс так или иначе понятны. Но для травматического стресса вместе с тем характерны такие феномены, как гнев, агрессия, чувства стыда и вины. Эти деструктивные (разрушительные) эмоции посягают на чувство собственного достоинства человека и поэтому требуют особого внимания.

Для того, чтобы помочь пострадавшему нужно разобраться **почему возникают эти эмоции: гнев, агрессия, стыд, вина** и тогда в каждом конкретном случае интуитивно можно найти способы поддержки и помощи:

- *гнев* в большинстве случаев – нормальная реакция человека на унижение и несправедливость; пострадавший в собственной беде часто винит власти, должны обеспечивать безопасность людей; особый гнев у него вызывают те люди, которые, по его мнению, «могли» предотвратить трагедию; но у пострадавших с ПТСР часто гнев – это реакция на страх, на то, что личная безопасность находится под угрозой; человек, прошедший через тяжелые испытания в жизни, может узреть притаившуюся угрозу даже тогда, когда для этого существует лишь незначительный повод или даже вовсе отсутствует; отсюда проистекают характерные для травмированного человека «вспышки гнева и ярости»; пострадавшие жалуются, что в такие моменты не могут «взять себя в руки», «не понимают, что с ними происходит», хотя позднее жалеют о случившемся (Тарабрина Н.В., 2001);
- *агрессия*, с одной стороны, является защитной реакцией на собственную беспомощность и на преодоление чувства фрустрации (внутренней неудовлетворенности), а с другой – это проекция

изменить свои представления и восстановить утраченное чувство собственного достоинства (Социальный стресс и психическое здоровье, 2001).

– *чувство вины* отличается особой деструктивностью, ущемляющей чувство собственного достоинства человека; эта эмоция отражает моральную ответственность за те действия, которые причинили боль или ущерб другому человеку, у пострадавшего чувство вины может быть связано, например, с тем, что во время эвакуации в суматохе или же из-за нерешительности, страха он не оказал должного внимания или помощи родственнику или другу; человек может испытывать чувство вины из-за того, что остался жив, а другой погиб – «вина выжившего»; чувство вины – это базисное переживание при травматическом стрессе; человек, испытывающий его, неосознанно стремится наказать себя, он «застревает» в прошлом, не стремится вперед и даже считает, что вовсе не достоин жизни.

Необходимо соблюдать следующие правила, оказывая помощь человеку с проявлениями посттравматического стрессового расстройства;

- постарайтесь создавать условия для «задушевного» разговора; это необходимо для того, чтобы дать негативным чувствам и переживаниям выйти наружу; иногда мы боимся говорить с человеком о травмирующих событиях, которые произошли в его жизни, нам кажется, что это затронет его чувства, разбередит душевные раны, в то время как сам человек часто имеет желание выговориться, «излить душу»; однако ни в коем случае нельзя давить на человека, если он не хочет говорить;
- будьте готовы к сильным эмоциональным реакциям человека, если вам удалось завести «задушевный разговор»; помните, что та «душевная боль» или агрессия, которую человек может «изливать» в вашем присутствии, к вам не имеет отношения; вы просто помогаете человеку освободиться от нее;
- «не отталкивайте» человека, даже если он «отталкивает» вас; продолжайте оказывать ему поддержку и выражать свою любовь; принимайте человека таким, какой он есть;
- важно создать вокруг человека спокойную, принимающую атмосферу, не создавая при этом особых условий из-за того, что

общении с сослуживцами, настороженность в поведении. В сфере межличностных отношений они не стремятся занимать лидирующее положение, характеризуются при соответствующих условиях общительностью и веселым нравом. У большинства дагестанцев высоко развито чувство национального достоинства и чести. В сельских районах сохранились любовь к холодному оружию, обычай кровной мести. Часто они очень религиозны.

У чеченского народа ярко выражено чувство родового коллективизма. Его представители всегда ощущают себя частью семьи, рода (тейпа). Чеченцы поддерживают отношения с родственниками до пятого колена. Свобода, равенство и братство в нем составляют главный смысл существования. Существенной особенностью национальной психологии чеченцев выступает осознание правомерности любых, даже самых жестоких, действий в качестве возмездия за свое оскорбленное достоинство, жизнь и честь родственников (обычай кровной мести). Каждый человек должен согласовывать свои поступки с интересами рода, так как за его ошибку приходилось отвечать и его родственникам. Это положение породило такие пережитки патриархально-родовой морали, как недозволенность жаловаться в государственные органы, прибегать к их защите от обидчиков. Роль тейпов в жизни современного чеченского общества нельзя преуменьшить и по следующим причинам: а) за каждым тейпом стоят вооруженные формирования, которые хорошо оснащены, организованны, дисциплинированы и в своих действиях подчиняются лишь родовым авторитетам; б) столкновения тейпов во многом определяют причины противостояния различных структур власти в Чечне. Личностные особенности чеченцев: впечатлительность, и эмоциональная горячность, гордость, не позволяющую человеку спокойно жить, когда оскорблен родственник. Одной из древнейших черт национального характера чеченцев является патриотизм. Для них любовь к родному краю – чувство, которое должно быть присуще настоящему горцу. Часто патриотические чувства переходят в национализм, шовинизм. Радикальных националистов больше среди представителей горных (более бедных) тейпов, где сильнее национальные традиции. Принадлежность же ко всей чеченской нации в целом осознается слабее, поскольку доминирует чувство ответс-

которые выражаются в строгом соблюдении своих обязанностей, долга перед близкими, своими единоверцами.

Адыгейцы и черкесы – отличаются твердым характером, верностью слову, настойчивостью, терпеливостью в достижении поставленных целей, неприхотливостью в быту. Они впечатлительны, кажутся несколько легкомысленными, но вместе с тем энергичны и упорны. В межнациональных отношениях с адыгейцами и черкесами необходимы такт, выдержанность, равноправие во взаимодействии и доверительность в общении.

Кабардинцы и балкарцы – имеют в своей психологии и культуре много общего и не меньше особенного. Общее объясняется длительностью совместного проживания на одной территории, непосредственного общения и взаимодействия во всех сферах материальной и духовной жизни. Особенное объясняется разным этническим происхождением. Кабардинцы ближе к адыгейцам и черкесам, входят в одну с ними группу адыгов. Балкарцы – результат слияния аланов с тюркскими племенами. Национально-психологические особенности кабардинцев выглядят более динамичными и менее устойчивыми. У балкарцев они более консервативны в силу того, что их сознание постоянно настроено главным образом на восприятие и осмысливание окружающего мира в соответствии со своими национальными установками. У кабардинцев в меньшей степени, чем у балкарцев, проявляется предрасположенность к национально своеобразному проявлению чувств, динамики и характера поведения, взаимодействия, общения. Зачастую они отходят от национальных стандартов. Вот почему им свойственна преимущественная ориентация на интернациональные ценности, они легче ассимилируются среди других народов. Балкарцы же по сравнению с кабардинцами в большей мере сохраняют свое национальное своеобразие. Кабардинцы склонны проявлять независимость в своих действиях и поступках. Балкарцам же, наоборот, свойственны конформное поведение, подчинение групповому давлению. Потребность в общении у кабардинцев реализуется свободнее и конкретнее. У балкарцев прослеживается более высокая потребность в достижениях, что можно связать с такими их психологическими качествами, как упорство, отчетливое стремление к успеху, самоуверенность (Крысько В.Г., 2008).

нения в восприятии себя касаются динамики – от отношения к себе как жертве к отношению к себе как к выжившему, обладающему особым статусом, с обостренным пониманием ценности и хрупкости жизни, с возросшим чувством уверенности в себе (если я пережил это, я справлюсь и с другими проблемами).

Р.Янов говорит о трех моделях посттравматического роста 1) обретение силы в страданиях, 2) психологической готовности, 3) экзистенциальной переоценки.

В чем заключается *суть первой модели посттравматического роста* «Обретение силы в страданиях»? Человек, справившись с болью может раскрыть в себе неведомые до того силы и возможности, сформировать новые навыки, по-новому увидеть себя и других. Расширяется репертуар мыслей и действий, как в повседневной, так и экстремальной ситуациях. Повышается эмоциональная компетентность, способность позитивной регуляции аффекта, контроля над ним, расширяется репертуар способов адекватного выражения положительных и отрицательных эмоций. Возникает такой феномен, который называется посттравматическая мудрость. *Посттравматическая мудрость* рассматривается и как процесс и как результат позитивной адаптации к травме, предполагая совладание с неопределенностью, интеграцию аффекта и интеллекта, принятие неизбежных ограничений.

Основная идея *второй модели посттравматического роста* «Психологическая готовность» в том, что человек, благодаря эффективному совладанию с психотравмой лучше подготовлен к экстремальным ситуациям и менее подвержен психотравмирующим осложнениям. Человек приобретает выносливость, стойкость, которые дают возможность найти осмысленную цель в жизни; обрести чувство контроля, уверенность в возможности влиять на окружение и исход событий и наконец, обрести открытость и готовность принять вызов судьбы, вера в то, то можно и важно извлекать опыт, как из позитивных, так и негативных жизненных событий.

Третья модель посттравматического роста «Экзистенциальная переоценка» касается появления способности больше ценить жизнь в ее мелочах. На первый план выходят процессы личностных и межличностных изменений, роста и развития. Кризис становится не просто фактором нарушения равновесия, но отправной точкой

Телефон доверия – это служба, куда может анонимно обратиться абсолютно любой человек, чтобы обсудить трудную жизненную ситуацию, и получить ответ на любой свой вопрос.

- Всероссийский телефон доверия: 8 800 2000 122
- **Детский и подростковый телефон доверия «Гаврош».** С сентября 2010 года у Телефона появился сайт www.tdgavrosh.ru. 8-499-134-81-81, пн-пт с 14-00 до 20-00;
- **Детский телефон доверия:** (495) 624-60-01. Государственная инспекция по защите прав детей открыла бесплатный телефон доверия для детей и подростков, по которому можно получить психологическую и практическую помощь в трудных и кризисных ситуациях. Получить консультации по телефону доверия 800-60-08 дети смогут в рабочие дни с 8 и до 23 часов. Звонить на него можно как с фиксированного городского и с мобильного телефона.

НА КМВ:

- Психолого-лечебно-оздоровительный научно-практический инновационный центр «Здоровье и Успех» Института человековедения ФГБОУ ВПО ПГЛУ; Пятигорск, (8-879-3) 400-787;
- Психологический Центр поддержки семьи, Пятигорск; тел. 8 903 443-60-46; 8928 936-37-55; e-mail:zava26@mail.ru;
- Центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции; г. Кисловодск ул. Авиации, 23, тел. 88793733351
- Центр реабилитации, ФГУ Кисловодск ул. Шаляпина, 6; тел. 88793729314;
- АИСТ социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних ГУСО г. Георгиевск ул. Воровского 17; тел. 88795123142, 88795128602.

В Северной Осетии (г. Владикавказ):

- Муниципальное автономное образовательное учреждение для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи Центр диагностики и консультирования «Доверие»; пр. ген. Доватора, 43, корпус 1, тел. 52-97-68.
- Служба психологического сопровождения образования при Северо-Осетинском государственном педагогическом институте (при кафедре психологии и развития психолого-педагогического факультета); ул. Павленко, 63; тел. 64-18-20.

ГЛАВА 3. ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕРТВ ВОЕННЫХ КОНФЛИКТОВ, ТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ АКТОВ И ДРУГИХ ФОРМ СОЦИАЛЬНОГО ЭКСТРЕМИЗМА НА СЕВЕРНОМ КАВКАЗЕ

Карлу Густаву Юнгу принадлежит метафорическое изречение: «Мир подвешен на тонкой нити, и эта нить – психика человека» (Юнг К. Г., 1996). Во время военных конфликтов террористических актов и других форм социального экстремизма люди получают тяжелейшую психотравму.

Фундаментальная природа психологической травматизации и патопсихологической симптоматики расстройств многогранна (Маклаков А. Г. и др., 1996, 1998):

- психотравма в результате гибели близких и родных или пропавших без вести родственников;
- травматический опыт похищения или насильственного исчезновения близких родственников;
- стрессогенные факторы перемещения, связанные с нарушением глубинной территориальной укорененностью человека.
- травматический стресс участников и очевидцев военных действий;
- психотравмирующие ситуации проживания в постконфликтных северокавказских регионах,
- травматический стресс, получаемый работниками спецслужб, в процессе несения службы, при работе в экстремальных условиях;
- психическая травма, полученная в роли заложников или свидетелей террористических актов.

Эти и многие другие события оказываются столь значимыми и интенсивными, что мозг, не справляется с их переработкой. Чтобы

ситуациях, необходимо выделить особенности психологической и психотерапевтической помощи разным категориям пострадавших. Поэтому в данной главе мы обсуждаем:

- особенности помощи при психотравме, полученной в результате гибели близких и родных;
- специфику психотравмы и психологической реабилитации родственников похищенных и пропавших без вести людей;
- особенности психологической помощи беженцам и вынужденным переселенцам из «горячих точек»;
- особенности психологической помощи жертвам террористических актов;
- особенности влияния травматического опыта на участников военных конфликтов и специфику их психореабилитации;
- особенности влияния травматического опыта на сотрудников органов внутренних дел в процессе несения службы, при работе в экстремальных условиях и специфика их психореабилитации;
- проблемы психологической и социальной реабилитации бывших членов НВФ (лесных братьев), вернувшихся к мирной жизни.

3.1. Помощь при психотравме, полученной в результате гибели близких и родных

Синдром утраты – сильные эмоции, переживаемые в результате утраты близкого родственника или любимого человека. Горе – это процесс, при помощи которого человек работает с болью утраты, вновь обретая чувство равновесия и полноты жизни (Довженко Т.В., 2007. С. 250-253).

Комплексы симптомов горя:

- эмоциональный – печаль, гнев, тревога, беспомощность, безразличие, страх, вина, стыд;
- когнитивный – навязчивые мысли, неверие, ощущение присутствия умершего;
- поведенческий – нарушение сна, бессмысленное поведение, избегание мест и вещей, связанных с умершим, уход от социальных контактов, потеря интереса к жизни.

Фазу шока сменяет *фаза гнева или острого горя* до 6-7 недель с момента утраты. В этой фазе факт смерти уже осознается пережившим утрату человеком, но примириться с этим фактом еще нет сил. В фазе гнева особенно часто наблюдаются разрушительные действия, направленные на себя или на окружение. Основное переживание – чувство вины или человек пытается найти виновного. Усугубление симптомокомплексов на уровне физиологии, нарушение сна, пугающие мысли. Это самый тяжелый период. Человек постепенно уходит от умершего и с очень большой болью переживает действительное отдаление его образа. Через 3-4 месяца начинается цикл «хороших и плохих дней». Наблюдается рост соматических проблем. С наступлением 6-месячного срока начинается депрессия. Постепенно до сознания человека доходит непреложность смерти, ее необратимость и тщетность попыток обвинения. Но в душе еще зияет пустота, образовавшаяся после ухода любимого человека. Утрата представляется не только непоправимой, но и невозместимой. И гнев уступает место скорби.

В *фазе скорби* человек учится жить без ушедшего, происходит активная перестройка отношений с людьми, переосмысливаются прожитые годы, принимаются новые решения относительно собственной жизни.

Утрата всегда представляет собой тяжелое испытание для человека, для его души и тела. Именно поэтому в конце изживания психотравмы утраты присутствует *фаза усталости*. Усталость носит как душевный, так и физический характер. Человек нуждается в восстановлении собственных сил. По мере того, как человек переживает все предыдущие ступени горя, он начинает чувствовать, что жизнь продолжается. Появляется надежда, что удастся справиться с навалившимся горем.

Наступает *фаза восстановления*. Постепенно человек начинает участвовать в повседневной жизни с ее проблемами и заботами. Конечно, утраты не забываются и не восполняются, в душе навсегда остается своего рода рубец, но после реструктурирования психотравматического опыта с помощью психолога или психотерапевта, личность восстанавливается полностью, заново обретая ощущение смысла жизни и способность радоваться.

Не всегда нужно знать, в какие воспоминания погружается человек, о чем он думает. Главное – создать вокруг него атмосферу присутствия и понимания.

В случае внезапной или насильственной смерти необходимо неоднократно обсуждать все мельчайшие детали, до тех пор, пока они не утратят своего устрашающего, травматического характера, – только тогда человек, потерявший близкого, сможет оплакивать его. Необходимо дать возможность выплакаться, не стараясь непременно утешать. При этом не следует всем своим видом постоянно подчеркивать сочувственное отношение, подчеркивать особый статус страдающего человека. Постепенно (ближе к концу этого периода) следует приобщать скорбящего к повседневной деятельности.

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

Помощь профессионала, прежде всего, необходима человеку, горе которого приобрело патологический характер, либо когда велик риск, что оно может стать таковым. В этом случае используется весь комплекс методов, пригодных для кризисной помощи, терапии психологических травм и посттравматического стресса. Психологическая помощь может потребоваться и через годы, прошедшие после утраты, в тех случаях, когда «работа горя» не была завершена.

Проблемы, разрешаемые в процессе психологического консультирования, индивидуальны. Некоторые люди просто не понимают, что с ними происходит; в этом случае даже простые объяснения психологии горя могут помочь уменьшить страх и напряжение.

Человек может отрицать переживание горя, поскольку считает, что это показывает его слабость. Клиенты, обратившиеся за помощью в период острой стадии, требуют от психолога спасения, что может стать своего рода западней для профессионала, который в

ющей группе, где встретит таких же людей, потерявших близкого человека. Для переживающего горе в этот период важна и физическая активность.

Задачей *завершающих сессий* является помощь в возвращении к обычной жизни и в воссоздании жизненных смыслов. Пережитое интегрируется и претворяется в мотивацию и энергию для жизненных решений. Консультант *помогает намечать цели, строить новые планы*; он с клиентом обсуждает достигнутое в совместной работе. Возможно, пострадавшему необходимо помочь освоить новые поведенческие навыки или восстановить старые, например, знакомиться и поддерживать знакомства, изменить образ жизни. Важно осмыслить, что все это делается не для того, чтобы «заменить» утраченное: *восстановление не означает забвения*. На самом деле, «работа горя» вряд ли может быть когда-нибудь полностью завершена.

При работе с острой реакцией утраты предлагается трехступенчатая модель психологической помощи (Вайтхед, 2002).

Поскольку процесс «работы горя» включает в себя элементы дезорганизации, то психолог – консультант, работник помощи должен создать надежную, спокойную атмосферу для пострадавшего. Необходимо осознать, что клиент может передать консультанту свои чувства дезориентации и дезинтеграции. Поэтому при работе с пострадавшими очень полезно придерживаться систематической структуры.

Следует помнить, что, как и в процессе горя, ход в этой модели необязательно цикличен: начальный и конечный пункты будут зависеть от пострадавшего. Роль психолога заключается в том, чтобы *распознать, где находится клиент, и работать на каждой ступени в заданном клиентом темпе*. Подход, сфокусированный на личности, предложен Карлом Роджерсом, который в работе с клиентом основывается на следующем: *безусловное позитивное отношение; искренность; сочувствие*.

Эти условия, наряду с навыками работы по схеме трехступенчатой модели, обеспечивают помощь пострадавшему, основанную на их нуждах, и соответствуют их конкретной ситуации.

Стадия 1. Изучение (исследование)

Первая стадия может занимать от пяти минут до четырех часов, что зависит от консультанта, который решает, переходить ли на следующую ступень, потому что сами клиенты не осознают, все ли они рассказали. На первой стадии исследования становится ясно, что человек находится в состоянии отрицания реальности происшедшего.

Стадия 2. Новое понимание

Задача пострадавшего: понять с помощью консультанта, какую роль играет это событие в его жизни, посмотреть на ситуацию с другой точки зрения, со стороны.

Задача консультанта: помочь пострадавшему, применяя персонификацию: «я», а не «мы», «мое», а не «наше» (то есть клиент должен быть сфокусирован на своих собственных чувствах и на истории, которую он признает своей: «я почувствовал», «я подумал», «я сделал»). Дать возможность пострадавшему проработать горе в его темпе.

Условия работы на этой стадии:

- развитая эмпатия, позволяющая консультанту видеть мир глазами пострадавшего;
- стимулирование (побуждение пострадавшего оспорить те его утверждения, которые прозвучали раньше, например, женщина говорит: «Я – плохая мать», – но до этого она рассказывала о том, как занимается с детьми. Консультант в этом случае говорит: «Давайте остановимся на том, что вы – плохая мать. Раньше вы говорили, что много времени уделяете детям, а плохая мать не будет этого делать...»);
- немедленная реакция на то, что происходит в ситуации консультирования.

Стадия 3. Действия

Это направляющая стадия, нацеленная на позитивные изменения. На завершающем этапе важны ритуалы.

Задача пострадавшего: принятие потери и адаптация к новой (без умершего) жизни, построение жизненного плана.

Задача консультанта: стимулировать пострадавшего к действиям в соответствии с его жизненным планом; и оценить произведенные действия.

Еще одна задача работника помощи – это позволить пережившему утрату выразить целый ряд чувств, мыслей и действий, обратитесь внимание на следующие ключевые моменты:

- желание устранить боль немедленно – невозможно и неуместно;
- побуждайте к разговору об умершем и выражению чувств;
- не удивляйтесь, что человек повторяет историю о смерти; повторение и проговаривание – естественный способ справиться с горем;
- дайте человеку информацию о том, что «нормально» в состоянии горя, например соматические симптомы, нарушение сна, плохой аппетит и т.д.;
- позвольте ему найти подходящую «передышку» от горя, не давая в то же время избегать процесса «работы горя».

Если реакция утраты подавляется пострадавшим, полезно, кроме всего перечисленного выше, изучить причины, почему человек избегает работы горя. *Итак, если реакция утраты искажена, может оказаться ценным следующее:*

- побуждайте выражение и осознание чувств;
- работайте над проблемами, созданными отношением сильной зависимости к умершему;
- обратитесь внимание на двойственные отношения между умершим и горящим человеком; ищите, в чем их истоки;
- если чувство вины необоснованно, помогите человеку избавиться от него;
- если чувство вины обоснованно, подумайте о том, как человек может с этим жить, может ли он как-то искупить свою вину;
- попытайтесь найти незаконченные дела между умершим и горящим и проработайте этот вопрос.

Зарубежные психологические (кризисные) службы выделили некоторые *клише, которых рекомендуется избегать* в работе с людьми, переживающими горе, потому что чаще всего они не утешают, а раздражают пострадавшего, создают у него впечатление, что его не понимают, не разделяют глубину его горя (Меновщиков, 2002).

- «На все воля Божья». Не настолько всеведущ человек, чтобы определять Божью волю, к тому же это не слишком утешительно.

ший в 3 часа утра. Страдания не регулируются ходом часов, и часто самое тяжелое время – между полуночью и шестью утра.

- «Вы должны быть сильными ради своих детей, жены и т.д.». Страдающему человеку нет необходимости быть сильным ради кого бы то ни было, не исключая и самого себя. Убеждая людей быть сильными, мы тем самым уговариваем их отречься от реальных эмоций. Это может привести к другим проблемам.

Различными консультативными службами отмечено, что желания клиентов, переживающих горе, и соответствующая помощь им, как правило, касаются следующих тем:

- «Позвольте мне просто поговорить». Эти люди хотят говорить об умершем, причине смерти и о своих чувствах в связи с произошедшим. Им хочется проводить долгие часы в воспоминаниях, смеяться и плакать. Они хотят рассказать о его жизни – все равно кому, только бы слушали. В случае насильственной смерти им необходимо еще раз перебрать все мельчайшие подробности до тех пор, пока те не перестанут пугать их и не оставят в покое, и тогда они смогут оплакивать свою потерю.
- «Спросите меня о нем (ней)». Мы часто избегаем разговоров об умершем, но близкие интерпретируют такое поведение как забвение или нежелание обсуждать саму смерть. Это демонстрирует уровень нашего дискомфорта, но не нашей заботы о близких умершего. «На кого он (она) был похож?», «Есть ли у вас фотография?», «Что он (она) любил делать?», «Какие самые приятные ваши воспоминания связаны с ним (ней)?». Это только некоторые из вопросов, задав которые, мы можем проявить свой интерес к прожитой жизни.
- «Поддержите меня и позвольте мне выплакаться». Нет большего подарка, который мы можем сделать убитому горем человеку, чем сила наших рук, обхвативших его за плечи. Прикосновение – это чудо терапии; так мы выражаем свою заботу и внимание, когда слова нам неподвластны. Даже просто придержать его за локоть лучше, чем холодная изоляция. Люди плачут, им необходимо плакать, и намного лучше делать это в теплой обстановке понимания, нежели в одиночку.
- «Не пугайтесь моего молчания». Бывают случаи, когда пере-

живаниях других могут привести к новому пониманию собственных чувств, а также дать вам их поддержку и дружбу.

- Можно искать утешения в религии. Даже если вы спрашиваете с укором: «Как Бог мог допустить это?» – скорбь является духовным поиском. Религия может стать вам опорой в переживании горя.
- Помогайте другим. Направляя усилия на помощь другим людям, вы научитесь лучше относиться к ним, поворачиваясь лицом к реальности, становитесь более независимыми и, живя в настоящем, отходите от прошлого.
- Делайте сегодня то, что необходимо, но отложите важные решения. Начните с малого – справляйтесь с повседневными домашними делами. Это поможет вам восстановить чувство уверенности, однако воздержитесь от немедленных решений продать дом или поменять работу.
- Примите решение вновь начать жизнь. Восстановление не наступает в течение одной ночи. Держитесь за надежду и продолжайте адаптироваться вновь (Молтсбергер Дж., 2003).

3.2. Специфика психотравмы и психологической реабилитации родственников похищенных и пропавших без вести людей

Гибель близкого человека пережить трудно. И в душе, и в жизни образуется зияющая пустота. По существу, человек должен начинать новую жизнь. Большинство находят в себе силы жить дальше. Во имя детей, в память об ушедшем, а то и просто ради себя самого. Но особенно трудно пережить потерю, если вдруг человек канул в никуда. Пропал без вести. Что с ним? Жив или не жив? Ждет встречи или потерял надежду на связь с родными? Как помочь, как узнать правду, как пережить полную неизвестность? Все эти вопросы мучают родных и близких на протяжении долгого времени (Психология экстремальных ситуаций, 2008. С. 250-253).

Когда у человека погибает близкий, он постепенно проходит весь процесс переживания утраты. Горе человек переживает в несколько этапов, абсолютно разных по времени и гамме эмоций. **Что**

– в итоге все это приводит к тому, что симптоматику данной психотравмы иногда обозначают как комплексное посттравматическое стрессовое расстройство.

Во многих религиях определяется, сколько времени положено человеку переживать утрату и прощаться с умершим. В православии принято устраивать поминки после похорон, чтобы подчеркнуть значительность события; при этом люди, собравшись за одним столом, вспоминают о достоинствах и добрых делах умершего, осмысливая утрату, оказывают эмоциональную поддержку семье умершего. Поминки, проводимые на девятый и сороковой дни после кончины, а также на ее годовщину, являются своего рода *этапами прощания* с умершим и имеют большое психологическое, психотерапевтическое значение.

Не проведя прощание, родственники пропавших без вести приобретают *хроническую депрессию*, которая характеризуется:

- утратой жизненно важных смыслов и ценностей;
- чувством одиночества;
- пониженным интересом к жизни;
- трудностями установления отношений с другими людьми;
- усилением чувства неопределенности, приводящее к непереносимой тревоге.

Все эти симптомы говорят об истощении компенсаторных ресурсов человека и создают риск развития психических нарушений.

Возникают психосоматические расстройства, такие как:

- бессонница,
- мигрени,
- мышечные синдромы,
- астма,
- функциональные желудочные расстройства,
- головные боли,
- проблемы шеи и спины,
- проблемы в иммунной системе,
- эндокринные проблемы и др.

Неопределенность ситуации, *незавершенность травматического события* не дает возможности родственникам пропавших без вести восстановить естественную саморегуляцию как природную способ-

с матерями и женами пропавших без вести намного сложнее, чем с остальными пострадавшими, потому что травматический стресс и травматическая ситуация является незавершенной, потому что женщины живут в состоянии постоянного ожидания либо известия о смерти, либо надеждой, что родной человек вернется домой.

Психологи использовали *арт-терапию, методы соматической терапии*, работали с телом, то есть прослеживали, в какой части тела есть негативные ощущения и через позитивные ощущения, через *активизацию ресурсов преодолевали негативные зажимы*. Применяя *технику тетрирования*, психологи погружали своих пациентов в медленный процесс чередования исцеляющих и травматических воронок (симптомов), то есть проводили покапельное смешивание травмы и ресурсов, позволяющее пациенту получить доступ к своим телесным ощущениям и чувствам и ассимилировать их так, чтобы включились механизмы телесной саморегуляции, чтобы нервная система могла регулировать уровень возбуждения. Благодаря такому методу стало возможным менее болезненно пройти весь *процесс отреагирования негативных эмоций без ретравматизации*.

Рекомендации для непрофессиональных помощников, оказывающих помощь пострадавшим с ПТСР

Вышеописанные методы непременно помогут человеку при данной психотравме. Но истинное исцеление может наступить только, когда разрешится неопределенность ситуации, когда прояснится судьба пропавших родственников, когда можно будет их оплакать и достойно проститься, если они погибли.

Но до этого необходимо создавать систему информирования и поддержки родственников, пропавших без вести, систему комплексной медико-психологической и социальной реабилитации, а также их пост-реабилитационное сопровождение. Необходимо создавать ассоциации родственников пропавших без вести, вовлекать их в розыскной процесс, что также поможет им преодолевать затяжную психотравмирующую ситуацию.

Какую конкретную помощь могут оказать работники помощи:

- аккумулировать и распространять точную информацию о действующих программах медицинской и психологической реабили-

ния властей, дискриминации по национальному признаку или религиозным убеждениям. Изначальный конфликт между отсутствием позитивной мотивации к переезду и физической невозможностью дальнейшего пребывания на исторической родине, *травматизация психики, определяемая причинами и историей миграции, а также трудности адаптации на новом месте определяют формирование весьма специфического опыта вынужденных переселенцев, который выходит за рамки обычного и повседневного.* (Психологическая помощь мигрантам. 2002).

Принимая решение об отъезде с исторической родины, люди, как правило, оказываются в ситуации, когда вполне сложившиеся жизненные структуры рушатся, и практически не остается сколько-нибудь ясных и четких ориентиров, определяющих дальнейшее развитие событий. Выбирать приходится между будущим и прошлым, неизвестностью и неизменностью, тревожной неопределенностью и чувством вины за упущенные возможности. Детальное изучение феноменологии вынужденной миграции предоставляет возможность осмыслить переживания людей, «зажатых» между невозможностью и необходимостью, вынужденно приехавших в «свою» Россию и неожиданно оказавшихся в ней «чужаками», и оценить их нынешний психологический статус в ракурсе эффективности принятого когда-то решения о переезде (Анцыферова Л.И., 1994, 1997; Аракелов Г.Г., 1995).

Вынужденная миграция является одной из «аномальных психосоциальных ситуаций», связанных с повышенным риском возникновения психических нарушений, поскольку человек попадает в трудноразрешимую жизненную ситуацию, и перед ним возникает задача совладания со сверхсложными обстоятельствами. Вынужденные мигранты в процессе болезненного переезда и адаптации на новом месте испытывают множество трудноразрешимых экономических, социальных и психологических проблем. Очень часто вынужденные мигранты бегут из горячих точек, и, как правило, их исход сопровождается травлей, угрозой жизни, иногда погромами, иногда бомбежками. Человек попадает в другую культурную среду и переживает в связи с этим когнитивный, эмоциональный, мотивационный диссонанс. Ему очень тяжело, он пытается приспособиться к новой среде, а сделать это очень трудно.

ности и изолированности от общества; но им гораздо труднее переработать тяжелую травму, преодолеть душевный кризис, так как они лишены поддержки «братьев по несчастью»; эта категория беженцев стоит перед жестким выбором: или они должны отказаться от привычных традиций и социальных норм и ассимилироваться с «чужой» культурой и ценностями, или же сохранить самобытность и найти свою «нишу», для того чтобы вновь утвердиться в обществе;

- *культурный шок*, который может очень долго длиться; человек вырос в другой среде, и механизмы адаптации, которые у него выработались в течение прежней жизни, могут в новом окружении не действовать; он привык общаться с людьми, привык реагировать на окружающих определенным образом, а теперь он приходит в другое культурное окружение и чувствует, что выглядит нелепо, что на него обращают излишнее внимание, что он делает что-то не так; по мере усвоения новой культуры он преодолевает этот кризис и становится способным принять чужую культуру;
- *изолированность и отверженность от общества* – у сообщества людей, разделяющих общую участь и перенесших одинаковые невзгоды, возникает чувство непохожести на других; с одной стороны, этот феномен выражается в иллюзорной «гордости», что они прошли через такие испытания, перенесли нечто столь уникальное, что понять это могут только «свои»; «другие» же «вообще ничего не понимают в этой жизни»; одновременно их мучает чувство изолированности и отверженности;
- *виктимность* – восприятие себя как жертвы (от англ. *victim* – жертва), тяжелые социально-бытовые условия вынужденно ставят беженцев в позицию жертвы и часто виктимность – это символ оппозиции к новым ценностям, исходящим от «чужой» культуры; в этом случае создается «образ врага», но в качестве противостоящей стороны теперь выступает новое социальное окружение – местное население, а потому нередко создаются очаги постоянной напряженности и конфликтов между беженцами и местным населением;
- *травматический шок*, который может испытывать вынужден-

- *гиперактивность*; в работе с детьми этого возраста особенно бросаются в глаза их гиперактивность, проявляющаяся в хаотических, импульсивных действиях; внести организованность в группы на психологических сессиях бывает довольно трудно; возможно, такими нескоординированными, несогласованными действиями дети пытаются передать свалившиеся им на голову непонятные события, которые они не способны выразить словами;
- *деформация картины мира*; травма искажает картину мира человека; ребенок с еще не сформировавшейся системой убеждений стоит перед опасностью образования у него под воздействием травмы изначально деформированной картины мира – мир как источник зловещих событий, враждебный, преследующий, и сам человек в нем – незащищенный, беспомощный, жертва; такая картина мира лишает ребенка свободы выбора, блокирует его жизненные силы, и если она не будет изменена, то в будущем обернется против самой личности человека и общества;
- *проблемы внимания, памяти, обучения*; вынужденная миграция как травматический опыт для ребенка имеет незавершенный характер, ребенок не в состоянии смириться с враждебностью окружающего мира и все время надеется на чудо, которое сделает его семью, всех его близких и родных счастливыми; поэтому травматический опыт несет в себе тенденцию постоянной актуализации; для ребенка, эта актуализация довольно мучительный процесс, и большая часть его жизненной энергии направлена на сопротивление этой тенденции, на обуздание болезненных эмоций; это, естественно, накладывает отпечаток на познавательную активность – внимание, память, мышление;
- *травматические сновидения и нарушения сна* – один из признаков «неизжитого» травматического опыта; травматический сон вызывает тягостные эмоции; этим обусловлены выкрики, бормотание, плач, вскакивание с постели, хождение во время сна, часто наутро ребенок не помнит, что ему приснилось; кошмарные сны и связанные с ними реакции могут быть присущи и нетравмированным детям, но при повторяющемся характере и продолжительности это следует считать признаком травмы;

цев – с переживаниями страданий, потерь, лишений, сопровождающих вынужденное переселение, а также переживаний самого факта потери родины, отрыва от корней.

Психокоррекционные программы разрабатываются в зависимости от типа проблемы пострадавшего, личностных особенностей, уровня когнитивного развития, культурных особенностей, а также степени владения русским языком. В зависимости от особенностей пострадавшего акцент делается на вербальных или невербальных методах; работа проводится в рамках индивидуального консультирования, индивидуальной терапии, или пострадавший включается в тренинговую группу (Черепанова Е.М., 1995).

При психокоррекционной работе со взрослыми беженцами акцент делается на:

- коррекции психического состояния,
- коррекции проблем на когнитивном уровне, выражающиеся в «уплощении» представлений о жизненной временной перспективе и в сужении представлений о социальных ролях;
- коррекции проблем на эмоциональном уровне, выражающиеся в снижении эмпатических тенденций, и в изменении выраженности меры доверия к окружающим, представителями местного населения;
- преодолении трудностей в межличностном общении, межкультурном взаимодействии
- коррекции проблем на поведенческом уровне, выражающиеся в формировании неадекватных стратегий адаптации к новой социокультурной среде;
- на формировании эффективных стратегий адаптации к новым условиям,
- преодолении личностных конфликтов,
- разрешении семейных проблем – супружеских и детско-родительских.

При психокоррекционной работе с детьми акцент делается на:

- развитие коммуникационных навыков и навыков творческого самовыражения,
- на снижение уровня страхов и тревоги.

рушает взаимодействия человека с миром. Психическое здоровье вынужденных мигрантов подорвано: имеются посттравматические стрессовые расстройства, кроме того, они испытывают множество проблем, связанных с адаптацией к другой культуре, депривацией и изоляцией в обществе. Работники помощи могут оказать посильную помощь в следующих сферах:

- обеспечивать поддержку вынужденных мигрантов силами профессиональных юристов консультационных центров УВКБ ООН, правозащитных организаций при написании запросов и обращений граждан с указанием конкретных обстоятельств;
- провести исследование потребностей вынужденных переселенцев разных регионов, результаты которого можно использовать для рассылки в органы власти вместе с обращениями (включая, например, иллюстрированный фотоальбом о бедственных условиях проживания переселенцев);
- аккумулировать и распространять точную информацию для переселенцев о действующих программах помощи по регионам (например, строительные программы для внутренне перемещенных лиц по возвращении на места прежнего проживания);
- создание и лицензирование при организациях переселенцев учебных центров, предоставляющих краткосрочные образовательные услуги (курсы, открывающие новые возможности трудоустройства и самозанятости);
- расширение практики создания телепередач по проблемам вынужденных переселенцев.

Психологическая вербальная поддержка, которую могут оказать работники помощи:

- слушать и сопереживать; сочувствующий слушатель очень важен;
- проводить время с травмированным человеком; ничто не заменяет присутствия человека;
- предлагать поддержку и сочувствие, выраженная вами поддержка имеет большое значение;
- успокаивать детей, стариков и даже взрослых – они в безопасности;
- не говорить травмированным людям, что «им повезло – могло

3.4. Психологическая помощь жертвам террористических актов

Террор (лат. *terror* – страх, ужас) – направлен на «устрашение», «запугивание». Именно это обстоятельство и определяет террор как особую форму политического насилия, характеризующуюся жестокостью, целенаправленностью и кажущейся эффективностью. Террор – ужас, то есть то эмоциональное состояние, возникновения которого добиваются террористы, осуществляя те или иные специальные действия – террористические акты. Террористический акт является средством, методом, использование которого ведет реальные или потенциальные жертвы к состоянию ужаса. Показательно, что присутствие террора в различных: военных и социальных конфликтах издавна расценивалось как род патологической, болезненной, избыточной агрессивности. Совокупность звеньев террорист – террористический акт – террор составляет терроризм как целостное явление (Ольшанский, 2002).

Терроризм – это устрашение людей осуществляемым насилием. Насилие осуществляется в самых разных формах: это физическое, политическое, социальное, экономическое, информационное и т.д. насилие. С учетом степени массовости и по мере организованности выделяют четыре вида насилия: массовое организованное и массовое стихийное, индивидуальное стихийное и индивидуальное организованное. Каждое из них имеет свою специфику и особенности. Общее историческое развитие терроризма, с некоторыми исключениями, шло по цепочке: индивидуальный – групповой – локальный – массовый терроризм. Массовый терроризм – достижение последнего минувшего столетия, точнее его последней четверти (Крюкова М.А., 2000, 2001; Лазебная Е.О., Зеленова М.Е., 1999; Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М., 2005).

Терроризм представляет собой особую деструктивную разновидность человеческой деятельности. Однако, как и любая деятельность, она имеет трехчленную структуру (деятельность – действие – операции), которым соответствуют три вида побуждающих стимулов (мотив – цель – условия) (Ляшенко А.И., Тиунов С.В., Шагило В.Н., 2007; Магомед-Эминов М. Ш., 2006). Мотив обладает побуж-

- *ситуационные фобии*; в очаге чрезвычайной ситуации заложники испытывали ситуационно обусловленные агорафобические явления (боязнь подойти к окну, встать во весь рост, желание ходить пригнувшись, «короткими перебежками», боязнь привлечь внимание террористов и т. п.); естественно, все это определялось стремлением уцелеть в происходящем вокруг бое; однако уже в ближайшие дни после освобождения у них вновь появились такие симптомы, как боязнь подходить к окнам – уже в домашних условиях; боязнь лечь спать в постель и желание спать на полу под кроватью, и т.п.;
- *различные искажения восприятия ситуации*; уже после освобождения жертвы иногда высказывались о правильности действий террористов; об обоснованности их холодной жестокости и беспощадности, обусловленной, в частности, «несправедливостью властей»; об оправданности действий террористов стоящими перед ними «высокими целями борьбы за социальную справедливость»; о «виновности властей в жертвах» в случае активного противостояния террористам и т.п. – «синдрома заложника»; судя по всему, такое реактивное оправдание террористов можно рассматривать как проявление своеобразной «истерии облегчения».

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

Степень развития постстрессового расстройства зависит от степени угрозы жизни во время теракта. *Развитие постстрессового расстройства личности* у первичных жертв террористических актов можно представить в такой последовательности:

- травматический стресс (во время критического инцидента и сразу после него – до 2 суток);
- острое стрессовое расстройство (в течение 1 месяца после критического инцидента – от 2 суток до 4 недель);
- постстрессовое расстройство личности (на протяжении последующей жизни человека, пережившего травму);

нципа: краткосрочность оказания помощи, то есть помощь должна быть направлена на коррекцию актуального состояния, вызванного терактом, одновременно обеспечивая экологичность проводимых мероприятий для будущей жизни пострадавшего; принципиально неверно проводить психологическую работу с давними, застарелыми проблемами пострадавшего, так как такая работа должна быть пролонгированной.

Принцип добровольности. В обычных условиях специалист часто занимает пассивную позицию (ждет, пока клиент обратится за помощью). Этот принцип в условиях психологической помощи сразу после теракта трансформируется в особое поведение – специалист-психолог активно, но ненавязчиво предлагает свою помощь пострадавшим. Такая позиция позволяет, с одной стороны, обеспечить необходимую помощь людям, которые находятся в особом состоянии и зачастую не могут адекватно оценить потребность в помощи, с другой стороны – не нарушает личных границ человека.

Принцип конфиденциальности. При оказании психологической помощи сразу после теракта, принцип этот сохраняет свою актуальность, однако конфиденциальность может быть нарушена в случае получения психологом информации о том, что действия пострадавшего могут быть опасны для самого пострадавшего (подготовка самоубийства) или для окружающих.

Принцип профессиональной мотивации. Этот принцип принят для любого вида психологической помощи. В экстремальной ситуации соблюдение его становится особенно важным, так как существует большая вероятность того, что, помимо профессиональной мотивации, у специалиста могут присутствовать другие, иногда более сильные мотивы (мотив самоутверждения, мотив получения социального признания и т.д.).

Принцип профессиональной компетентности предполагает, что специалист, оказывающий помощь жертвам теракта, должен быть достаточно квалифицирован, иметь соответствующее образование и специальную подготовку для работы в чрезвычайных ситуациях. В обычных условиях деятельности психолог при необходимости рекомендует обратиться к другому специалисту, но в чрезвычайных условиях найти другого специалиста часто невозможно. Поэтому в

- методы семейная психотерапия (представлены в приложении 7);
- методы нейролингвистического программирования (представлены в приложении 7).

К **вторичным жертвам терактов** относятся группы спасателей и сотрудников спецслужб, принимавших участие в ликвидации последствий терактов.

Для вторичных жертв, а именно спасателей и сотрудников спецслужб, принимавших участие в ликвидации последствий терактов, экстремальная ситуация – не единичный случай, а профессиональная повседневность. Они имеют конкретные задачи, принимают решения, предпринимают действия, от которых зависит исход ситуации, поэтому у них задействована другая сфера психики, чем у первичных жертв – их работа подчинена интеллекту и воле. Переработка опыта (стрессового, поскольку он связан с угрозой человеческой жизни и высокой ответственностью) происходит на бессознательном уровне, то есть, специальная деятельность по переживанию и отреагированию отсутствует. Поскольку экстремальные ситуации – нормальный компонент трудовой деятельности спасателей и сотрудников спецслужб, для них характерно нежелание самостоятельно обращаться за психологической помощью к специалистам и открыто заявлять о своих проблемах. Сотрудники МЧС и спецслужбы не уделяют достаточного внимания последующей заботе о своем внутреннем состоянии, снятии напряжения и интеграции опыта и поэтому также нуждаются в различной реабилитации и социально-психологической помощи.

Программа социально-психологической реабилитации спасателей и сотрудников спецслужб включает четыре этапа:

- *диагностика и профессиональный отбор*; анализ психологического состояния и психологического здоровья сотрудников спецслужб;
- *обучение методам саморегуляции*: релаксация (позволяет перейти от психической активности к расслаблению); аутогенная тренировка (позволяет управлять защитными механизмами психики); саморегуляция с помощью управления дыханием (владение методами дыхательной гимнастики оздоравливает организм в целом, помогает снизить нервно-психическое напряжение во время

гами была сформирована тактика работы, подобраны специальные психотерапевтические методы, учитывающие специфику личности и поведения спасателей, а также учитывая три группы спасателей: хорошо адаптированные (условно здоровые), группа риска по развитию ПТСР, люди с признаками ПТСР. Для первой и второй группы спасателей достаточно пройти только групповую психотерапию. Работа с третьей группой должна проводиться сначала в индивидуальном и только потом в групповом режиме.

В индивидуальной терапии используется следующая стратегия:

- создание зоны доверия, установление безопасного контакта;
- создание ресурсного состояния;
- отреагирование психотравмирующего материала (катарсические техники);
- осознание психотравмирующего опыта, интеграция травмированной части личности с целостной личностью, переформирование системы убеждений и ценностей, реальное видение прошлой ситуации, нахождение позитивных сторон события;
- формирование новой модели поведения, социальная адаптация, построение новой картины будущего.

Создание зоны доверия заключается в восприятии пациента как человека интересного и творческого; открыто принимать его ответы и рассуждения о себе. На этом этапе не применяются никакие техники, не затрагивается травматический материал, разговор ведется о семье, о его детстве, его интересах – он должен почувствовать себя в вашем кабинете безопасно; достаточно использовать такие элементы психотерапии, как присоединение и ведение.

После установления доверительного контакта свое состояние спасатели субъективно описывают, как снижение интереса к проблемам повседневной жизни, говорят о трудностях взаимопонимания в семье, отмечают повышенную раздражительность, вспышки гнева. На вопрос, какими средствами психологической разгрузки они снимают напряжение, в большинстве случаев звучал ответ – алкоголем.

На втором этапе психотерапии, для шадящего и осторожного доступа к травмирующему опыту пациента, следует применять психоте-

Групповая терапия – наиболее часто используемый вид терапии для лиц, переживших травматический опыт. Иногда она проводится в сочетании с разными видами индивидуальной терапии. Групповую работу со спасателями можно условно разделить на три этапа.

На 1 этапе необходимо, минуя сопротивление, обратить каждого участника группы на себя, на свои ощущения и чувства. Если вспомнить теорию Вильгельма Райха о мышечных блоках и мышечном панцире, о памяти нашего тела, куда мы, как в копилку, складываем все наши психологические стрессовые реакции, то можно говорить об эффективности и более легком доступе к энергетическим ресурсам нашего пациента через тело. Но не всегда пациент способен с первого сеанса допустить вас к телесной работе в силу личных убеждений и «табу». Поэтому можно предложить определенный комплекс упражнений телесно-ориентированной психотерапии, которые спасатели выполняли самостоятельно – те же, что и в индивидуальной терапии: работа с «опорами», телесная гомеопатия и телесные трансы.

На 2 этапе групповой работы необходимо создать у каждого участника группы внутреннюю область комфорта, покоя и абсолютной безопасности. Это внутренняя часть, обращаясь к которой, при необходимости человек может отдохнуть, набраться сил, уверенности, почувствовать себя комфортно и спокойно.

Главная цель этого этапа – усиление «Я», усиление адаптационных и защитных механизмов. Человеку даются психологические инструменты, с помощью которых он мог бы сам справляться со своими сложными ситуациями. Основная задача этого этапа – дать возможность человеку прикоснуться, приобрести опыт взаимодействия с сильной и неуничтожимой областью личности – со своим «Я». Именно здесь находятся неисчерпаемые силы для глубоких позитивных личностных изменений. Эти силы находятся в образах, символах, с которыми на этом этапе и ведется работа. Именно из глубин «Я», из высоких духовных переживаний черпаются эти силы. Чтобы помочь членам группы получить доступ к неисчерпаемым внутренним ресурсам, необходимо проложить путь к бессознательному. Используется метод внутреннего диалога из психосинтеза («Беседа с Мудрецом»). Эта методика обращает человека к

ледствий терактов должны придерживаться ряда рекомендаций при работе с жертвами терактов:

- *не приступайте к действиям сразу*; осмотритесь и решите, какая помощь требуется, кто из пострадавших в наибольшей степени нуждается в помощи;
- сразу скажите, *кто вы и какие функции выполняете*; узнайте имена нуждающихся в помощи; скажите пострадавшим, что помощь скоро придет;
- находясь рядом с жертвой террористического акта, *не теряйте самообладания*; поведение пострадавшего не должно вас пугать, раздражать или удивлять; его состояние, поступки, эмоции – это нормальная реакция на ненормальные обстоятельства;
- если вы чувствуете, что *не готовы оказать человеку помощь*, вам страшно, неприятно разговаривать с человеком, не делайте этого; знайте, что вы имеете на нее право; человек всегда чувствует неискренность по позе, жестам, интонациям, и попытка помочь через силу все равно будет неэффективной; найдите того, кто может это сделать;
- основной принцип оказания помощи: *«Не навреди»*; лучше отказаться от необоснованных, необдуманных действий, чем навредить человеку; поэтому, если вы не уверены в правильности того, что собираетесь делать – лучше воздержитесь;
- в кризисной ситуации пострадавший всегда находится в состоянии психического возбуждения; оптимальным является средний уровень возбуждения; осторожно *установите телесный контакт с пострадавшим*; возьмите пострадавшего за руку; прикасаться к голове не рекомендуется; займите положение на том же уровне, что и пострадавший; не поворачивайтесь к пострадавшему спиной;
- *дайте пострадавшему выговориться*; слушайте его активно, будьте внимательны к его чувствам и мыслям; акцентируйте его внимание на позитивном в его рассказе; избегайте любых слов, которые могут вызвать у кого-либо чувство вины;
- стараясь успокоить человека, *говорите о том, чего человек боится*, от чего тревожится; не пытайтесь отвлечь человека фразами: «Не думай об этом», «Это ерунда», «Это глупости» и т.д.;

ность; дайте ему поручение, с которым он справится; используйте это, чтобы он убедился в собственных способностях, чтобы у пострадавшего возникло чувство самоконтроля;

- привлекайте людей из ближайшего окружения пострадавшего для оказания помощи; инструктируйте их и давайте им простые поручения; *постарайтесь оградить пострадавшего от излишнего внимания* и расспросов; давайте любопытным конкретные задания;
- помогите пострадавшему *обратиться к профессионалу*, если вы видите в этом необходимость или пострадавший сам просит вас об этом; и сами не бойтесь прибегнуть к такой помощи, даже если вы сами прямо не вовлечены в события;
- говорите вашим друзьям и семье о своих чувствах; помните, что хотя вы сами и не были жертвой травмы, вы, помогая действительной жертве, *можете сами оказаться со-жертвой*; говорите вашим друзьям и семье о тех необычных физических ощущениях, которые могут быть связаны с вашей обычной работой

(По материалам Первой Российско-Американской Школы по работе с посттравматическим стрессом, Институт «Гармония» – Olympia Institute, СПб Институт психотерапии и консультирования «Гармония», В. Е. Каган, 1995).

Для того, чтобы снять эмоциональное напряжение, предложите человеку сделать несколько дыхательных упражнений, например таких:

- 1) положите руку на живот; медленно вдохните, почувствуйте, как сначала воздухом наполняется грудь, потом живот; задержите дыхание на 1–2 секунды, выдохните; сначала опускается живот, потом грудь; медленно повторите это упражнение 3–4 раза;
- 2) глубоко вдохните; задержите дыхание на 1–2 секунды; начинайте выдыхать; выдыхайте медленно и примерно на середине выдоха сделайте паузу на 1–2 секунды; постарайтесь выдохнуть как можно сильнее; медленно повторите это упражнение 3–4 раза.

Если человеку трудно дышать в таком ритме, присоединитесь к нему – дышите вместе. Это поможет ему успокоиться, почувствовать, что вы рядом.

Чтобы успокоить ребенка, поговорите с ним о его страхах, пос-

ных вдоха-выдоха; чередуйте глубокое и нормальное дыхание до тех пор, пока не почувствуете себя лучше.

Тревога. Часто говорят, что, испытывая страх, человек боится чего-то конкретного, а испытывая чувство тревоги, человек не знает, чего боится. Поэтому состояние тревоги тяжелее, чем состояние страха. Что необходимо предпринять:

- первый шаг – превратить тревогу в страх; нужно постараться понять, что именно тревожит; иногда этого достаточно, чтобы напряжение снизилось, а переживания стали не такими мучительными;
- самое мучительное переживание при тревоге – это невозможность расслабиться, напряжены мышцы, в голове крутятся одни и те же мысли: поэтому полезно бывает сделать несколько активных движений, физических упражнений, чтобы снять напряжение; особенно полезны упражнения на растяжку мышц;
- сложные умственные операции тоже помогают снизить уровень тревоги, попробуйте считать, например: поочередно в уме отнимать от 100 то 6, то 7, перемножать двузначные числа, посчитать, на какое число приходился второй понедельник прошлого месяца; можно вспоминать или сочинять стихи, придумывать рифмы и т. д.

Плач. Каждый человек хотя бы раз в жизни плакал и знает, что слезы, как правило, приносят значительное облегчение. Плач позволяет выразить переполняющие человека эмоции. Поэтому этой реакции можно и нужно дать осуществиться. Часто, видя плачущего человека, окружающие бросаются его успокаивать. Считается, что если человек плачет – то ему плохо, а если нет – значит, он успокоился или он «держится». Давно известно, что слезы несут лечебную функцию: врачи говорят, что в слезах содержится большое количество гормона стресса, и, плача, человек избавляется от него, ему становится легче. Этот эффект отражается и в языке – говорят: «Слезы лечат», «Поплачь, и полегчает!». Нельзя считать, что слезы являются проявлением слабости. Если вы плачете, то это не свидетельствует о том, что вы «нытик»; вам не должно быть стыдно за свои слезы. Когда человек сдерживает слезы, эмоциональной разрядки не происходит. Если ситуация затягивается, то психическому

Апатия является реакцией, которая направлена на защиту психики человека. Как правило, она возникает после сильных физических или эмоциональных нагрузок. Поэтому, если вы чувствуете упадок сил, если вам трудно собраться и начать что-то делать и, особенно, если вы понимаете, что не способны испытывать эмоции, дайте себе возможность отдохнуть:

- снимите обувь, примите удобную позу, постарайтесь расслабиться;
- не злоупотребляйте напитками, содержащими кофеин (кофе, крепкий чай), это может только усугубить ваше состояние;
- поместите в тепло ноги, следите за тем, чтобы тело не было напряжено; отдохните столько, сколько потребуется.

Если ситуация требует от вас действий:

- дайте себе короткий отдых, расслабьтесь, хотя бы на 15–20 минут;
- помассируйте мочки ушей и пальцы рук – это места, где находится огромное количество биологически активных точек; эта процедура поможет вам немного взбодриться;
- выпейте чашку некрепкого сладкого чая;
- сделайте несколько физических упражнений, но не в быстром темпе.

После этого приступайте к выполнению тех дел, которые необходимо сделать. Выполняйте работу в среднем темпе, старайтесь сохранять силы. Например, если вам нужно дойти до какого-то места, не бегите – передвигайтесь шагом. Не беритесь за несколько дел сразу, в таком состоянии внимание рассеяно и сконцентрироваться, а особенно на нескольких делах, трудно. Постарайтесь при первой же возможности дать себе полноценный отдых.

Двигательное возбуждение. Состояние, в каком-то смысле противоположное апатии, человек испытывает «переизбыток» энергии. Есть потребность активно действовать, а ситуация этого не требует. Если двигательное возбуждение выражено слабо, то чаще всего человек нервно ходит кругами по комнате, больничному коридору. В крайних вариантах проявления этого состояния человек может предпринимать активные действия, не отдавая в них отчета. Например, после сильного испуга человек куда-то бежит, может на-

больше проблем со здоровьем, чем те, кто умеют свой гнев выражать (Паркинсон Ф., 2002). Попробуйте выразить свой гнев одним из следующих способов:

- громко топните ногой (стукните рукой) и с чувством повторите: «Я злюсь», «Я взбешен» и т.д.; можно повторить несколько раз, пока не почувствуете облегчение;
- постарайтесь высказать свои чувства другому человеку;
- дайте себе физическую нагрузку, почувствуйте, сколько физической энергии вы затрачиваете, когда злитесь.

Если вы оказались жертвой теракта или хотите быть готовым к этой ситуации, **вы найдете необходимую информацию на сайтах:**

- <http://www.bafti.iatp.md/reicu/ESE2/>;
- <http://www.khb.ru>, <http://www.balti.iatp.md/>;
- <http://www.Biznes-advoka.t.ru/>.

3.5. Влияние травматического опыта на участников военных конфликтов и специфика их психореабилитации

Военно-травматический стресс является одной из разновидностей посттравматического стрессового расстройства. Он возникает у участников боевых действий. Боевой стресс, сыграв свою положительную роль в сохранении целостности организма и личности воина в экстремальных условиях, выступает причиной последующей дезадаптации участников боевых событий. По существу именно стрессовые приспособительные трансформации за пределами жизнеопасной ситуации оказываются негативными, дезадаптивными и образуют осевую симптоматику боевых стрессовых расстройств (Программа коррекционной работы с дезадаптированными военнослужащими / авторы-сост. Серов А.С., Жуков А.Н., Скоробогач Л.В., 2003)

Н.В. Якушин отмечает, что «...именно травматический стресс, возникший во время военных действий, является одним из главных внутренних барьеров на пути адаптации к мирной жизни. Травматический опыт, запечатленный в психике ветерана, держит его в со-

- повторяющиеся яркие «боевые» сны и ночные кошмары; навязчивые воспоминания о психотравмирующих событиях, сопровождающиеся тяжелыми переживаниями, внезапные всплески эмоций с «возвращением» к психотравмирующей ситуации;
- состояние пессимизма, ощущение заброшенности; недоверие; неспособность говорить о войне; потеря смысла жизни; неуверенность в своих силах;
- ощущение нереальности того, что происходило на войне; чувство, что «я погиб на войне»; ощущение невозможности влиять на ход событий;
- неспособность быть открытым в общении с другими людьми; тревожность; потребность иметь при себе оружие; демонстративность поведения;
- неприятие ветеранов других войн; негативное отношение к представителям власти; желание выместить на ком-либо злость за то, что был послан на войну, и за все, что там происходило;
- склонность участвовать в опасных «приключениях»; конфликтность в семье, с родственниками, коллегами по работе, злоупотребление алкоголем и наркотиками;

Выделяются следующие психологические симптомы посттравматических стрессовых нарушений у ветеранов войны (Колодзин, 1992):

- *сверхбдительность*; человек пристально следит за всем, что происходит вокруг, словно ему постоянно угрожает опасность; на самом деле, главная опасность исходит от того что нежелательные травматические впечатления, обладающие разрушительной силой, могут прорваться в сознание;
- *преувеличенное реагирование*; при малейшей неожиданности человек делает стремительные движения (бросается на землю при звуке низко пролетающего вертолета, резко оборачивается и принимает боевую позу, когда кто-то приближается к нему из-за спины), внезапно вздрагивает, бросается бежать, громко кричит и т.д.;
- *притупленность эмоций*; иногда ветеран полностью или частично теряет способность к эмоциональным проявлениям; ему трудно устанавливать близкие и дружеские связи с окружаю-

ния» сопровождаются сильными чувствами тревоги и страха; непрошенные воспоминания, приходящие во сне, сопровождаются ночными кошмарами;

- *галлюцинаторные переживания*, это особая разновидность непрошенных воспоминаний о травмирующих событиях – с той разницей, что при галлюцинаторном переживании воспоминание о случившемся настолько ярко, что события текущего момента как бы отходят на второй план и кажутся менее реальными;
- *проблемы со сном*; регулярное недосыпание, приводящее к крайнему нервному истощению, дополняет картину симптомов посттравматического стресса;
- *мысли о самоубийстве*; когда жизнь представляется более пугающей и болезненной, чем смерть, мысль покончить со всеми страданиями может показаться заманчивой; все те, кто нашел в себе силы жить, пришли к выводу: нужно желание и упорство – и со временем появляются более светлые перспективы;
- *«вина выжившего»*; многие жертвы ПТСР готовы на что угодно, лишь бы избежать напоминания о трагедии, о гибели товарищей; сильное чувство вины иногда провоцирует приступы самоуничужительного поведения.

Психологическая реабилитация участников вооруженных конфликтов с ПТСР включает в себя (Т.Мещенина, О.Пашилова, 2003. С. 61):

- первичное психодиагностическое обследование; основная задача этого этапа заключается в определении психоэмоционального состояния и индивидуально-психологических особенностей воинов;
- индивидуальная программа психологической реабилитации пациента составляется на основе анализа полученных в ходе диагностики данных с целью наиболее эффективной реализации реабилитационного потенциала пациента, с учетом его индивидуальных личностных особенностей и запроса;
- психокоррекционная работа (групповая и индивидуальная) строится и проводится в соответствии с диагностическими исследованиями; в психокоррекционной работе можно выделить несколько

- методы символ-драмы (метод кататимного переживания образов) (представлены в приложении 7);
- методы семейная психотерапия (представлены в приложении 7);
- методы нейролингвистического программирования (представлены в приложении 7).

В основу психокоррекционных мероприятий с ранеными могут быть положены следующие техники: суггестивная терапия, рациональная психотерапия, гетеро- и ауторелаксационные техники, психологическое консультирование, психоанализ, транзактный анализ, психодрама и другие. Проведение мероприятий по социально-психологической реабилитации раненых не должно ограничиваться текущими задачами: восстановить его здоровье и психику. Система мероприятий только тогда может стать целостной и законченной, когда раненые получают уверенность в завтрашнем дне, которая может базироваться на возможности дальнейшего обучения и трудоустройства. Необходимо создать системы обучения раненых основам компьютерной грамотности. Существенную роль в психологической и духовной реабилитации необходимо отводить мероприятиям, проводимым совместно с Православной церковью. Организовывать встречи с представителями православных храмов – священников и делегаций от общин, которые проводят как групповые мероприятия (молитвы, беседы, освящения, концерты – песнопения), так и индивидуальные (крещение, причастие, исповеди и т.п.) с ранеными (Абдурахманов Р.А., 1992. С. 131-134). На этом этапе психореабилитации раненных участников военных действий могут подключаться работники помощи.

Рекомендации для непрофессиональных помощников, оказывающих помощь в социальной и психологической реабилитации участников вооруженных конфликтов (Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О., 1992; Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О., Зеленова М. Е. и др., 1997. С. 254–262; Тарабрина Н.В., 2001, 2009);

- оценить потребности в программах социально-психологического сопровождения участников вооруженных конфликтов и включаться в работу органов местного самоуправления по ре-

- *интенсивным и многократным*, требующим периода адаптации к постоянно действующим источникам стресса (несение службы при чрезвычайных обстоятельствах, участие в боевых действиях против незаконных вооруженных формирований).

Оно характеризуется *различной степенью внезапности, масштабности*; может служить источником как *объективно*, так и *субъективно обусловленного стресса* (из-за недостаточной опытности, психологической неподготовленности, низкой эмоциональной устойчивости конкретного сотрудника) (Вагин И., 2002; Психологическая диагностика и коррекция постстрессовых состояний у сотрудников ОВД, 1997).

Наиболее мощными, или экстремальными стрессорами являются в процессе несения службы при чрезвычайных обстоятельствах:

- угроза собственной жизни, жизни товарищей по службе, некоторых категорий граждан (детей, женщин, стариков);
- потери среди личного состава подразделения;
- попадание в «ситуацию заложника»;
- применение оружия и поражение или смертельное ранение человека;
- катастрофа или разрушительное стихийное бедствие, повлекшие массовую гибель людей.

Три периода развития ситуаций, которые вызывают психическую травматизацию работников ОВД в профессиональной деятельности в чрезвычайной ситуации:

Первый – острый период – характеризуется внезапно возникшей угрозой собственной жизни и гибели друзей, коллег. Он продолжается от начала воздействия до организации профессиональной деятельности в экстремальных условиях (минуты, часы). Мощное экстремальное воздействие затрагивает в этот момент в основном жизненные инстинкты (самосохранение) и приводит к развитию неспецифических, внеличных психогенных реакций, основу которых составляет страх различной интенсивности. Особое место в этот период занимают психические расстройства у получивших травмы и ранения.

Во *втором* периоде, протекающем при развертывании де-

бегание стимулов и ситуаций, напоминающих об эпизодах боевых действий, физиологическая гиперактивация, повышенная тревожность) и у 80% отмечается повышенный уровень агрессивности (как физической, так и вербальной агрессии).

Характер воздействия экстремальных ситуаций на сотрудников органов внутренних дел в процессе несения службы или при работе в особых условиях (Еремина Т.И., Крюкова Н.П., Логинова Ю.Ю., 2003; <http://pmuc.ra/eis/pdf/14.pdf>; Ещенко Н.Г., 1997):

- нервное (тревожное) напряжение – создают хроническая психоэмоциональная атмосфера, дестабилизирующая обстановка, повышенная ответственность, трудность контингента;
- резистенция, то есть сопротивление, – человек пытается более или менее успешно оградить себя от неприятных впечатлений;
- истощение – оскудение психических ресурсов, снижение эмоционального тонуса, который наступает в следствии того, что проявленное сопротивление оказалось неэффективным;

Специфика проявления и развития ПТСР у сотрудников милиции, военнослужащих внутренних войск выражается в появлении следующих *симптомов на поведенческом уровне* (Котенев И.О., Андреев Н.В., Хохлова Н.Г., Долгополов С.В., 1997; Котенев И.О., 1994, 1996, 1997):

- агрессивное поведение;
- «недисциплинированность»;
- ухудшение показателей службы;
- злоупотребление спиртными напитками;
- внутрисемейные и межличностные конфликты;

Симптомы на психическом уровне:

- повышенная (не соответствующая ординарным обстоятельствам) бдительность;
- готовность к оборонительной реакции «бей или беги»;
- субъективное ощущение эмоциональной зависимости, «при-тупления» или отсутствия эмоционального реагирования;
- сужение сознания об окружающем мире («спутанность»);
- деперсонализация;
- диссоциативная амнезия (неспособность вспомнить какой-либо важный аспект психотравмирующего события);

способствующее преодолению негативных последствий профессиональной деятельности и повышению стрессоустойчивости через: а) укрепление ощущения важности своего существования; б) усиление чувства независимости и способности влиять на собственную жизнь; в) привитие открытости и интереса к изменениям собственной личности, отношение к ним не как к угрозе, а как к возможности развития (по Е.М. Черепановой).

Одним из вариантов стресс-менеджмента, предназначенным для предупреждения «рабочего» стресса среди представителей профессий «повышенного риска», являются программы менеджмента стресса критических инцидентов, по Y.Mitchell, в частности, методика психологического дебрифинга (представлен в приложении 2).

Помимо этого, предлагается *метод мысленного управления собственным состоянием в экстремальной ситуации*, который в зарубежной литературе получил название «Ментальный тренинг».

Основой метода является подход шведского специалиста L.-E.Unesthal, который одним из первых (1981) разработал систему сознательного самопрограммирования достижения успеха на базе органичного сочетания релаксации и умственного тренинга.

Ментальный тренинг понимается как комплекс психических средств, включающих:

- распознавание и оценку окружающей ситуации;
- контроль психофизиологических и поведенческих реакций;
- приёмы внушения и самовнушения, направленные на релаксацию и создание необходимых предпосылок для эффективной деятельности.

Такой метод позволяет формировать необходимую установку на предстоящую деятельность и преодолевать негативные воздействия любых экстремальных ситуаций, будь это повседневные жизненные ситуации или условия выполнения ответственной деятельности. Во всех случаях применения ментального тренинга психорегулирующие воздействия прямо связаны с восприятием, представлением и формированием образа в широком смысле этого слова: образа ситуации (конкретной и воображаемой), собственного образа, образа других участников ответственного события, образ близких человеку людей.

- миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций;
- опросник выраженности психопатологической симптоматики (symptom check list-90-revised – scl-90-r);
- опросник Бека для оценки депрессии (beckdepression inventory-bdi);
- шкала диссоциации (**dissociative experience scale – des**);
- опросник перитравматической диссоциации;
- шкала оценки интенсивности боевого опыта (combat exposure scale);
- опросник травматического стресса для диагностики психологических последствий;
- шкала **базовых убеждений (world assumption scale – was)**;
- личностный профиль кризиса;
- личностная и социальная идентичность;
- методика изучения самоотношения В.В. Столина;
- методика СЖО Д.А. Леонтьева (изучение смысложизненных ориентаций);
- методика САТ Шострома в модификации Ю.Е. Алешинной, Л.Я. Гозман, М.В. Загика и М.В. Кроз (изучение самоактуализации личности).

Методы оказания психологической и психотерапевтической помощи участникам вооруженных конфликтов:

- групповая терапия проводится в сочетании с разными видами индивидуальной терапии (дебрифинг, подробно описан в приложении 2);
- тренинг по психофизиологической и социальной реадaptации участников военных действий (представлен в приложении 5);
- тренинг структурной интеграции – снижение тревожности, напряжения и агрессии, преодоление беспорядочности действий и суждений, когда чувства, мысли и поведение не совпадают (ритмо-двигательная терапия) (представлен в приложении 5);
- методы психотерапии эмоциональных травм с помощью движения глаз (ДПДГ) (представлены в приложении 7);
- методы гештальт-терапии (представлены в приложении 7);
- методы когнитивно-поведенческой психотерапии (представлены в приложении 7);

падется), и этот молодой совсем пацан, если не подорвется и фугас сработал, входит во вкус; в кармане у «кормильца семьи» деньги и плюс слава «борца с неверными»; да и замаран уже кровью подорвавшихся – обратной дороги нет; сначала фугасы и поставка информации; потом временное привлечение к каким-то операциям; и в итоге уход в лес насовсем; а там уже идёт сразу мощная идеологическая обработка;

- *идеологические причины*: опытные вербовщики используют национально-религиозные мотивы, историю трактуют в нужном для себя свете для того, чтобы привлечь местных жителей в бандформирования, немаловажно также ощущение власти, уважение окружающих, почёт при отдыхе в арабских странах или Турции – всё это затягивает; многие люди, которые потянулись в бандформирования по изложенным выше причинам, – может быть, даже большинство, – это пока еще просто дезориентированные люди, оказавшиеся в состоянии фрустрации, но вербовщики умело играют на самых различных струнах, например, отбирая шахидок, одной внушают, что нет иного повода искупить «позор для рода» брошенной мужчиной, в другой умело распознают суицидальные наклонности, а кого и просто практически зомбируют;
- *месть или избегание преследования*: огромные масштабы коррупции, системные деформации в государственном управлении на региональном уровне, когда эффективность органов власти является крайне низкой, что сопровождается утратой доверия к власти, утратой авторитета власти; вся эта сложившаяся ситуация приводит к тому, что население избегая «преследования» сотрудников органов власти уходят в лес; месть за родственников «пострадавших» от органов власти также толкает их к вступлению в бандформирования;

В результате развития миротворческого процесса на Северном Кавказе; утверждения культуры мира, отказ от насилия, вражды, эскалации конфликтов; расширение успешного опыта миротворчества на Кавказе, основанного на установлении взаимопонимания между пострадавшими с обеих сторон и стремлении разрешить проблему общими усилиями; освоение опыта отладки эффективной практики взаимодействия; увеличение финансового благополучия наилучшим образом

- физические последствия психотравмы;
- перестройка ценностных ориентаций;
- страх за свою жизнь, здоровье, благополучие близких, страх, что социальный статус в мирной жизни теперь будет очень низкий.

Отсутствие социальной поддержки, ситуация непонимания, отчужденности, неприятия, враждебности в наибольшей степени влияет на неуспешность преодоления последствий травматического стресса, приводит к ухудшению физического и психического состояния бывших членов НВФ и мешают возвращению к мирной жизни. Это свидетельствует об огромной роли социальных факторов как в помощи по преодолению травматических стрессовых состояний, так и в формировании ПТСР в случае отсутствия поддержки и понимания окружающих людей.

Комплексная программа социальной и психологической реабилитации бывших членов НВФ, решивших возвратиться к мирной жизни (Гринберг Дж.С., 2004; Гроллман Э., 2001).

Комплексная программа состоит из трех частей:

- психологическая и социальная реабилитация бывших членов НВФ;
- работа с родственниками бывших членов НВФ;
- работа с представителями правоохранительных органов, обеспечивающих безопасность бывших участников бандформирований и в свою очередь пострадавших от бандподполья.

Исполнители:

- психологи и психотерапевты;
- добровольные непрофессиональные помощники психологов;
- общественные организации, участвующие в постконфликтной реконструкции;
- силовые структуры.

Цель комплексной программы: эффективная реинтеграция бывших членов НВФ в мирную жизнь, социальная и психологическая реабилитация.

Задачи комплексной программы:

- организовать медико-психологическую реабилитацию бывших членов НВФ, страдающих посттравматическими стрессовыми расстройствами или иными психогенными расстройствами;

ческая помощь по документам и разрешению имущественных вопросов, тренинги психологов и медсестер МККК);

- создавать возможности расширения системы пролонгированной поддержки бывших членов НВФ после прохождения психологической и медико-социальной реабилитации;

Специфика медико-психологической реабилитации бывших членов НВФ

У бывших членов НВФ наблюдается комплекс разновидностей посттравматического стрессового расстройства:

- военно-травматический стресс, т.к. они были участниками боевых действий, практически постоянно пребывали в состоянии опасности, были свидетелями разрушений, пожаров, гибели товарищей (как и у всех участников боевых действий);
- посттравматическое стрессовое расстройство в результате смены боевой ситуации на мирную, к которой приходится адаптироваться, приспособливаться (как и у всех участников боевых действий);
- отсутствия поддержки и понимания окружающих людей и другие вышеперечисленные социальные, психологические, экономические и другие причины социальной и психологической дезадаптации бывших членов НВФ создают условия для дополнительного острого стрессового расстройства и последующего формирования ПТСР;
- личностное посттравматическое стрессовое расстройство возникающее в результате воздействия длительных, психотравмирующих межличностных ситуаций, связанных с созданием обществом у бывших членов НВФ чувства вины, с невозможностью найти свое место в жизни, что и приводит к глубоким личностным изменениям;
- «информационный стресс» проявляется в постоянных настойчивых мыслях «Почему это со мной произошло?», «Как с этим жить дальше?», «Зачем это было?», нарушается процесс восприятия непрерывности жизни, и разрушаются индивидуальные объяснительные схемы, которые раньше делали субъективный мир понятным и предсказуемым (схемы нарушены и человеку просто не на что опереться), возникает переоценка ценностей и

- клинические – личностная и реактивная тревожность, снижение эмоциональной стабильности; навязчивые фобии; глубокое депрессивное состояние;
- психологические – снижение самооценки, уровня социальной адаптированности и фрустрационной толерантности; повышение чувства вины и страха; нарушения психологического здоровья личности, напрямую связаны с наличием патологических изменений личности;
- физиологические – преобладание тонуса симпатической нервной системы над парасимпатической, изменение гемодинамики; эндокринные проблемы

Среди бывших членов НВФ часто встречаются такие формы дезадаптивного поведения как алкоголизм, наркомания, склонность к совершению актов насилия; часто происходит аутоагрессивное поведение в виде самоповреждений и суицидальных попыток.

Показатели ПТСР отличаются следующими характеристиками (Миско Е.А., Тарабрина Н.В., 2004; Амбрумова А.Г., Постовалова Л.И., 1991. С. 26–38):

- депрессивное настроение, часто с потерей аппетита, жизненной активности, проблемы со сном;
- может присутствовать сильная зависимость от наркотиков или алкоголя;
- чувство изоляции или отверженности;
- ощущение безнадежности или беспомощности; в такой момент желание суицида может быть первым сильным чувством;
- неспособность общаться с другими людьми из-за чувства безысходности;
- они считают, что лучше не станет никогда; они обладают «туннельным видением», т.е. неспособностью увидеть то положительное, что могло бы быть приемлемо для них.

Психологические основы построения системы реадaptации и реабилитации

Система реабилитации и реадaptации бывших членов НВФ базируется на двух основных подходах:

- в первом случае, реабилитация и реадaptация понимается как восстановление целевого психологического ресурса бывших

НВФ, с целью изменения, укрепления или формирования необходимых качеств;

- работа с семьями бывших членов НВФ;
- регулярный психологический мониторинг состояний бывших членов НВФ после реабилитации.

Работа психолога по реадaptации и реабилитации проводится в индивидуальных и групповых формах. Кроме вышеперечисленных мероприятий необходимыми для использования являются беседы с бывшими участниками незаконных вооруженных формирований, тренинговые формы работы, просвещенческие лекции.

Первичное психодиагностическое обследование заключается в определении психоэмоционального состояния и индивидуально-психологических особенностей пациентов. Первичная диагностика включает в себя:

- выявление признаков посттравматического стрессового расстройства (Миссисипский опросник боевого ПТСР, Шкала CAPS для клинической диагностики ПТСР (по критериям DSM-IV);
- измерение уровня личностной и реактивной тревожности (методика Спилбергера-Ханина);
- исследование личностных особенностей (16-факторный личностный опросник Р. Кеттелла, ММРІ и т.д.);
- изучение особенностей эмоционального состояния пациента (тест цветовых предпочтений М. Люшера).

Другими методами диагностики являются визуальная диагностика и психодиагностическая беседа. К таким методикам относится методика FPI, позволяющая изучить уровень невротизации, спонтанной агрессивности, раздражительности, общительности и другого, а также выделить группы риска, ориентируясь на критерии «нарушение поведения», «нарушения эмоциональной сферы», «высокий риск возможности суицидального поведения». Описанные критерии позволяют выделить группу бывших членов НВФ, нуждающихся в углубленной диагностике и проведении коррекционной работы (А.В.Бабенко, Л.Н.Домашенко, 2000). Кроме того, для углубленной диагностики используется диагностический блок: опросник Леонгарда-Шмишека, УСК, проективная методика (РНЖ, «Дом, дерево, Человек»).

В процессе рациональной психотерапии психолог решает ряд задач, которые на первом этапе его работы с бывшими участниками незаконных вооруженных формирований носят преимущественно диагностический характер (выявляет сущность конфликта между личностью и средой, осуществляется всестороннее изучение личности), а на втором – терапевтический (составление и осуществление плана коррекции мышления, разрешения конфликта, закрепление полученных результатов). Рациональная психотерапия требует эрудиции психолога не только в своей области, но и в таких науках, как политология, логика, педагогика, литература, социология, медицина и др. Рациональная психотерапия может проводиться индивидуально, но практикуется и в групповом варианте. В этом случае, большое влияние оказывает не столько сам психолог, сколько умело направленный им групповой процесс.

Показаниями к рациональной психотерапии являются, прежде всего, невроз навязчивых состояний, психопатии психастенического круга, алкоголизм, наркомания, девиантные формы поведения. Основным достоинством рациональной психотерапии является то, что обратившийся за помощью сам активно участвует в процессе оказания психологической помощи; недостаток же метода в том, что эффект наступает относительно медленно.

Наиболее релевантной для решения первичных задач психологической реабилитации бывших членов НВФ распространенной формой групповой рациональной терапии, является методика «Дебрифинг стресса критических инцидентов». Она представляет собой организованное обсуждение стрессов, пережитых бывшими участниками незаконных вооруженных формирований. Цель дебрифинга – минимизация и купирование страданий бывших членов НВФ (Мещенина Т., Пашилова О., 2003).. Основным механизмом дебрифинга является техника «закрытие прошлого». Она состоит в подведении своеобразного итога под тем, что было пережито, и в демонстративном, фиксированном разрыве со своими тревогами, сомнениями, ночными кошмарами; в терминах будущего определяются основные стратегии преодоления проблем возвращения.

Групповая работа с бывшими участниками незаконных вооруженных формирований является очень эффективной, если собира-

Лазебная Е.О., Тарабрина Н.В., 1997). Гомогенность группы в этом случае имеет первостепенное значение: в группе участвуют бывшие участники незаконных вооруженных формирований с разными показателями ПТСР. Проведение коррекционной работы основывается на принципах нормативности, коррекции «сверху вниз» и системного развития психической деятельности. Подход в коррекции глубоко личностный: психолог не может ориентироваться на единый подход ко всем бывшим участникам незаконных вооруженных формирований, так как у них по-разному протекают психические процессы. Принцип системности коррекции отклонений психической деятельности требует учитывать, какие психологические образования являются более важными, а какие второстепенными. В этом случае успех коррекции обуславливается результатами диагностического обследования, представляющего системы причинно-следственных связей, и иерархии отношений между симптомами и причинами. Обеспечение условий всемерного личностного роста в практике психокоррекционной работы достигается использованием естественных движущих сил психического и личностного развития. Для достижения успеха следует использовать все виды деятельности и те системы отношений, которые являются лично значимыми для бывших членов НВФ, по отношению к которым имеются эмоционально насыщенные переживания (Психологическая работа в железнодорожных войсках, 1998).

Рекомендации для непрофессиональных помощников, оказывающих помощь в социальной и психологической реабилитации бывших членов НВФ и членов их семей

Как можно помочь:

- необходимо мотивировать бывших членов НВФ на успешное преодоление негативных последствий переживания травматических событий, на активизацию посттравматической адаптации и их способностей к реализации оптимальных стратегий выхода из кризисной ситуации (Лазебная Е.О., Зеленова М.Е., 1999);
- оказывать психологическую поддержку: а) вербально; визуально (контакт глазами, одобряющие мимика, жесты); б) неверно

- Ведите себя с больным спокойно, ровно и уверенно.
- Сами организуйте поход к врачу или психологу и сопровождайте больного
- Разгрузите больного в отношении его обязательных контактов.
- Не изменяйте кардинальные привычки больного.
- Покажите свое сочувствие и понимание, поддерживайте больного в выполнении его собственных насущных и реальных задач.
- Обращать внимание больного на все то, что ему удается сделать, не позволяйте себе при этом триумфальных интонаций.
- Следите за регулярным соблюдением режима больного, ритмичным распределением дел в распорядке дня
- Не допускайте, чтобы больной по утрам залеживался в постели, ложился спать рано и оставался один.
- Следите за тем, чтобы больной ухаживал за собой.
- Избегайте наигранной веселости.
- Не делайте упреков и замечаний.
- Старайтесь стимулировать дыхание больного.
- Не упоминайте о прошлых успехах больного.
- Не занимайтесь самолечением больного, обратитесь за помощью к специалисту (врачу-психотерапевту, психиатру).

Рекомендации бывшим участникам незаконных вооруженных формирований

Надо отметить, что обычно они не считают себя нуждающимися в специальной психологической помощи (реакции по типу «Само пройдет», «не нужно на этом заикливаться»), и поэтому редко обращаются к психологу самостоятельно.

Есть смысл обратиться за помощью к психологу, если:

- у вас обнаружены личностные расстройства; ваши взаимоотношения сильно ухудшились, или люди, которые вас окружают, отмечают, что вы изменились;
- глубокая дезадаптация; изменилось ваше отношение к близким людям;
- ваши интенсивные чувства или телесные ощущения захлестывают вас;
- ваши чувства необычны для вас;

Работники помощи (непрофессиональные помощники), содействуя решению проблемы реабилитации, социальной адаптации и материальной поддержки жертв военных конфликтов, террористических актов и других форм социального экстремизма должны **знать** (подготовлено Аствацатуровой М.А.):

- 1) юридически закрепленные категории пострадавших:
 - в межгосударственных войнах и вооруженные конфликты: погибшие, раненые, военнопленные, интернированные (во власти неприятельского государства), пропавшие без вести;
 - в вооруженных конфликтах на территории Северо-Кавказского региона РФ: погибшие, раненые, утратившие жильё и имущество, заложники, рабы, беженцы, пропавшие без вести, вынужденные, переселенцы, временно перемещённые лица, лица, безвозвратно покинувшие места проживания;
 - новую категорию «заложник» – физическое лицо, захваченное и (или) удерживаемое в целях понуждения государства, организации или отдельных лиц совершить какое-либо действие или воздержаться от совершения какого-либо действия как условия освобождения удерживаемого лица.
- 2) международную практику обоснования и обеспечения прав лиц, пострадавших в войнах и конфликтах:
 - Женевская конвенция от 12 августа 1949 г. об обращении с военнопленными;
 - Резолюция Европейского парламента о правах человека на Северном Кавказе. 2010 г.
- 3) правовую базу материальной поддержки пострадавших в результате военных конфликтов:
 - Конституция РФ;
 - Приказ министра обороны СССР 1990 года № 75;
 - ФЗ от 25 июля 1998 г. № 130-ФЗ «О борьбе с терроризмом»;
 - ФЗ от 27 мая 1998 г. № 76-ФЗ «О статусе военнослужащих»;
 - Указ Президента РФ 27 февраля 1997 г. № 133 «Об образовании Комиссии при Президенте РФ по военнопленным, интернированным и пропавшим без вести»;
 - Закон РФ от 20 ноября 1990 г. № 340-1 «О государственных пенсиях в РФ» (для семей военнослужащих, проходивших военную службу по призыву);

- волевые решения на уровне глав регионов Северного Кавказа по выплате компенсации.
- 4) правовые и судебные процедуры:
 - процедура заявления о погибшем, пропавшем, захваченном в плен, интернированном;
 - процедура выяснения обстоятельств захвата в плен или в качестве заложников, интернирования военнослужащих или их освобождения;
 - меры по розыску и освобождению военнослужащих, попавших в плен или интернированных в нейтральных странах;
 - процедура присвоения статуса без вести отсутствующего – ст.42 ГК РФ, ст.4 ГПК РСФСР;
 - процедура признания гражданина умершим;
 - процедура признания факта смерти;
 - заявление вправе подать заинтересованное лицо, прокурор, органы государственного управления, государственные предприятия, учреждения, организации (в том числе – воинские части), общественные организации или отдельные граждане в случаях, когда по закону они могут обращаться в суд за защитой прав и интересов других лиц
- 5) проблемы нормативно-правового обеспечения и материальной поддержки семей, погибших и пропавших без вести:
 - боевые действия на территории Северо-Кавказского региона РФ в 1994 – 1996 гг. и после августа 1999 г. не относятся к вооруженным конфликтам международного характера;
 - отсутствует ФЗ о возмещении материального ущерба семьям погибших и пропавших без вести гражданских лиц во внутренних конфликтах;
 - отсутствует указ Президента РФ и постановление Правительства РФ о возмещении материального ущерба семьям погибших и пропавших без вести гражданских лиц во внутренних конфликтах.

где каждый желающий может получить поддержку психологов.

Когда в жизни человека происходят очень важные события, разрушающие привычные внутренние смыслы – доверие к миру утрачивается, так как с точки зрения человека смыслом наделен мир, а не он сам. Но на самом деле потеря доверия к миру всегда сопряжена с потерей доверия к себе, так как в критической ситуации старые смыслы умирают, а новые еще не созданы.

Чтобы снова обрести доверие к миру нужно человеку обрести новые смыслы, которые нельзя передать, их можно только обрести и обретаются они только посредством восстановления доверия к миру и справедливости.

Центр существует уже 20 лет, в течение которых оказывает психологическую поддержку детей и родителей и проводит исследовательскую тренинговую и консультативную работу. Многолетний опыт практической работы позволил опробовать и собрать уникальные диагностические методики.

Основные направления работы Центра «Доверие» – это: развитие детей дошкольного и школьного возраста; раскрытие и развитие потенциала личности; работа по вопросам семьи.

Отдельное направление деятельности Центра – социально-психологические исследования проблем семьи и детей, которые проводятся на основе новейших принципов построения точного отражения ситуации, при участии опытных психологов и социальных педагогов. Специалисты Центра работают над раскрытием творческих способностей детей, помогают им адаптироваться к школе при трудностях в обучении, научиться жить в новых условиях. Важная часть этой деятельности – анализ и помощь при личностных проблемах детей.

Вот уже 20 лет в Центре работает **телефон доверия**. Сегодня его сотрудники, обычные педагоги и психологи, работают как спасатели – бесплатно и круглосуточно. Бывают дни, когда телефон не умолкает ни на минуту. По телефону экстренной психологической помощи «Доверие» обращаются в год более 4 тысяч человек.

Психологический Центр «Доверие» г. Владикавказ имеет многолетний опыт работы по поддержке детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, переживших ситуацию психологического, физического насилия, горе из-за утраты близких:

- метод индивидуальной работы;
- метод группового психологического тренинга;
- ролевые игры; моделирование;
- групповая дискуссия; беседа;
- методы арт-терапии; психогимнастика;
- элементы тренинга поведения и релаксации.

Групповая работа строится при соблюдении следующих принципов и условий:

- работа проводится в малой группе (6-8 чел.) детей одного возраста, имеющих травматический опыт: дети, пострадавшие в терактах; дети, пережившие физическое, психическое, сексуальное насилие;
- комплектование группы проводится по принципу добровольности, предварительно проводится собеседование с ребенком и членом его семьи, в ходе которого устанавливается конкретное травматическое событие и специфические особенности травмы;
- по итогам собеседования формируются группы: группы с эмоциональными нарушениями (агрессия, тревожность, раздражительность, депрессивное настроение), и группы с поведенческими нарушениями (трудности общения, избегание, отстраненность от других людей, отсутствие позитивного образа будущего);
- занятия с детьми проводятся в закрытом режиме, т.е. в группе отсутствуют наблюдатели.

В ходе работы педагоги-психологи проводят психодиагностику, индивидуальное консультирование, консультирование родителей, консультирование педагогов, которые работают с детьми в условиях образовательного учреждения.

Программа психологической реабилитации детей, пострадавших в результате террористического акта в г. Беслан «Возвращение к жизни» осуществлялась психологами и социальными педагогами Центра «Доверие» с 2004-2008 гг. при содействии Швейцарского Управления по Развитию и Сотрудничеству.

1 сентября 2004 года, в День Знаний, террористы захватили школу №1 в Беслане. Заложниками стали 1228 человек: ученики, учителя, родители и даже младенцы. Три дня террористы удержи-

Проект психологической реабилитации первоначально не планировался масштабным, но он развивался по своим собственным внутренним законам. Казалось, необходимые люди появлялись сами, чтобы предложить новую идею, реализовать уже придуманное. Начать решили с оборудования такого места, где психологи и педагоги могли бы общаться с детьми. После встречи с руководителем Правобережного района Владимиром Ходовым удалось определиться с помещением, которое было выделено в новом спортивном комплексе Беслана. Там еще не было завершено строительство, но, благодаря всемерной поддержке со стороны руководства района, удалось быстро отремонтировать несколько помещений, и уже в октябре 2004 была организована служба психологической поддержки.

Психологи Центра «Доверие» встретились с детьми всех бесланских школ и рассказали о том, что в спортивном центре **открыт кабинет психологической помощи**. Не выставляли никаких ограничений для желающих участвовать в проекте детей, так как были уверены в том, что все дети Беслана нуждались в психологической помощи, независимо от того, оказались они в заложниках или нет. Поэтому старались формировать группы так, чтобы половина детей была из числа бывших заложников. Ребята приходили только по собственному желанию. Первыми посетителями стали те дети, которым социальные педагоги и педагоги-психологи Центра «Доверия» оказывали помощь во время лечения в больницах.

В стенах спортивного комплекса возникла новая идея в программе реабилитации «Возвращение к жизни» – попробовать использовать **спорт как составляющую реабилитационной программы**. И уже вскоре от 400 до 500 детей регулярно посещали занятия в спортивном центре, где чемпионы Европы, Мира, Олимпийских Игр из Северной Осетии проводили специальные мастер-классы.

Чуть позже появилась новая идея в программе реабилитации «Возвращение к жизни» – использовать **иппотерапию** как составляющую реабилитационной работы. Все необходимое быстро было закуплено: снаряжение для занятий верховой ездой в конноспортивной школе поселка Заводской. Именно в этой программе приняли участие такие дети, которые отказывались принимать любые другие виды реабилитации.

В социально-психологических программах объединялись возможности международных организаций (финансовые и методические) с опытом и знаниями местных специалистов (важно было и знание местной специфики, особенностей). Несколько проектов были объединены одной идеей и одними и теми же специалистами, были комплексными, что создавало синергетический эффект. Все проекты были в значительной степени нацелены на увеличение способности пострадавших к восстановлению душевных сил, интеграции в общество. Важным следствием становилось изменение поведения части заложников: симптомы «потребительского поведения» оставались в прошлом. Подобные выводы подтверждаются исследованиями, которые были проведены под руководством д-ра Веттера (Университет Цюриха). Здесь использовалась шкала *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC), которая, по мнению авторов, позволяет наиболее эффективно отслеживать способность к восстановлению душевных сил. Собиралась базовая информация для уточнения параметров поражения. Также использовался опросник *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), который, на протяжении длительного времени, позволял прослеживать изменения у регулярно посещавших программу (программы) подростков. При этом с результатами теста «Сильные стороны и трудности» (SDQ) были ознакомлены как родители, так и учителя, что помогло в построении учебного процесса.

Игра помогает забыть

Для многих бесланских школьников и их родителей комната психологической разгрузки, которую оборудовали специалисты Центра диагностики и консультирования «Доверие» в рамках реализации комплексной программы по оказанию психологической помощи пострадавшим во время теракта в Беслане «Все вместе», стала местом, куда они приходили в течение четырех лет.

Именно здесь многие из юных и взрослых жителей Беслана смогли получить психологическую помощь, ту, от которой упорно отказывались, *не доверяя приезжим психологам, которым, несмотря на отличную профессиональную подготовку, зачастую не хватало знания местных обычаев и традиций.*

Свободная атмосфера комнаты психологической разгрузки предполагала такие возможности для расслабления и раскрепощения. Только после того как ребята начинали доверять своим социальным педагогам и психологам, с их согласия начиналась *работа по специальным методикам повышения стрессоустойчивости, снятия эмоционального напряжения, обучения навыкам поведения в трудных ситуациях, формирования адекватной самооценки*. Дети, которые посещали комнату, обретали внутреннее равновесие, а это главное, чтобы уверенно идти по жизни.

Комната психологической разгрузки в Беслане стала так популярна среди его маленьких жителей благодаря, в первую очередь, игровой терапии, на которую сделали упор психологи и социальные педагоги Центра «Доверие». Она была открыта с утра и до вечера, специалисты дежурили там по очереди, а школьники знали, что всегда могут прийти туда, чтобы весело и с пользой провести время. По мнению авторов программы «Возвращение к жизни», игровая терапия – наиболее естественная и эффективная форма работы с детьми. Такой подход к детям базируется на естественной потребности ребенка играть. Этот психотерапевтический метод применяется для того, чтобы помочь детям *проработать психологические проблемы и эмоционально травмирующие переживания ненавязчиво, постепенно преодолевая их*. В процессе терапии ребенок начинает лучше понимать свои чувства, развивается способность к принятию собственных решений, повышается самооценка, коммуникативные навыки.

Игра для детей является мощным средством общения, и это было особо ценно в ситуациях взаимного отчуждения, при затруднении в налаживании контактов, что наблюдалось у многих бывших заложников. Там, где не действовали традиционные психотерапевтические методы, часто именно игра помогала преодолеть апатию и безынициативность, сформировать более активную жизненную позицию. Но играть тоже надо правильно, именно поэтому игры, которые предлагались маленьким посетителям, предполагали атмосферу доверия, терпимости и внимания к внутреннему миру человека, а значит, смогли стать средством свободного самовыражения.

Для занятий игровой терапией комната была соответственно оборудована. Игрушки подбирались так, чтобы для мальчишек и

нас. Детям предлагается поддержать его в этой необычной ситуации. Идея методики в том, что дети могут менять ход повествования, а так же придумать свой конец. Школьники в ходе игры учились поддерживать человека, находящегося в трудной ситуации, показывали, что могут без насмешки относиться к чужим физическим недостаткам. Одна же группа бывших заложников так сплотилась, что дети написали одно общее письмо: «Дружба и любовь всегда победят».

Солнце радости

Релаксационные техники и упражнения, которые проводились педагогами в комнате психологической разгрузки, не только снимали стресс, внутреннее напряжение, депрессивное состояние и другие негативные эмоциональные состояния, но и корректировали неверную самооценку, повышали уверенность в себе.

Релаксационная игра «Взгляд в будущее», когда детям предлагалось написать в настоящем времени о себе в реальном возрасте и в возрасте спустя 15 лет, позволила использовать образы для того, чтобы обозначить желания и ребятам всех возрастов нравилось несложное *упражнение «Солнце радости»*, когда им предлагалось нарисовать солнце и на его лучах написать, кто и что их радует в жизни. Психологи считают, что сделать такой рисунок очень полезно для самосознания, особенно, если кажется, что все в жизни плохо. Ребенок начинает видеть в своей жизни положительные стороны и осознает, что их много. Психологу это упражнение дает возможность понять, что на данный момент для ребенка является позитивным и важным.

Одним из завершающих мероприятий, проведенных в рамках реализации комплексной программы по оказанию психологической помощи пострадавшим во время теракта, стал *конкурс детского рисунка среди школьников Беслана*. В нем приняло участие более 150 ребят, многие из которых в течение четырех лет принимали участие в различных проектах программы «Возвращение к жизни». Именно при помощи бумаги и красок, как утверждают психологи, многим ребятам удавалось справиться со своими воспоминаниями

Рисунок для детей является не искусством, а речью, зная об этом, специалисты центра «Доверие» не забыли о карандашах и красках при оборудовании комнаты психологической разгрузки в

спортом здесь традиционно популярны, поэтому и тренажерный зал, оборудованный в ходе реализации проекта помощи пострадавшим в теракте, сразу заполнился желающими заниматься.

Спортивный зал с современными тренажерами был оборудован в одном из помещений нового спорткомплекса Беслана, несмотря на то, что в здании тогда еще продолжался ремонт. Это позволило начать программу спортивной реабилитации пострадавших уже в первые месяцы после теракта. Программа спортивной реабилитации, разработанная совместно с тренерами-преподавателями спорткомплекса, педагогами-психологами Центра «Доверие», была рассчитана как на бывших заложников, так и на учеников других школ города. Первоначально набрали две группы детей разного возраста, но желающих посещать спортзал было так много, что количество групп было увеличено вдвое. Также авторы программы рассчитывали, что дети смогут приходить в зал вместе с родителями, так как в первое время после трагедии многие дети отказывались оставаться одни. Этот расчет оправдался, более того, пока ребята занимались, родители могли получить консультацию психологов в комнате психологической разгрузки.

Занятия в группах не ограничивались силовыми тренировками на тренажерах. В спортзале регулярно устраивались мастер-классы по различным видам спорта, которые проводили именитые тренеры, мастера спорта, призеры международных соревнований. Они рассказывали детям о своем виде спорта, проводили тренировку, устраивали показательные выступления. В результате такого общения со знаменитыми спортсменами многие ребята увлекались и начинали серьезно заниматься борьбой, боксом, армспортом, фехтованием. Тренеры спорткомплекса отмечают, что именно у тех детей, которые побывали в заложниках, имелась высокая мотивация к занятиям спортом, так как они сознательно хотели укреплять свое здоровье, стремились к тому, чтобы стать сильными, научиться владеть своим телом. В результате тренировок ребята становились спокойнее, коммуникабельнее. Для них было очень важно видеть результаты своих усилий, и спортивные занятия давали им такую возможность. С каждым освоенным упражнением, выученным приемом юные спортсмены становились сильнее и увереннее в себе.

возили в горный учебно-тренировочный центр «Цей» СОПСО МЧС России. Конечно, детям было интересно выезжать в другие экзотические страны, но ведь они рано или поздно должны были возвращаться домой, где их вновь поглощали воспоминания о теракте.

А на родине, в Цее, в крае величественных снежных вершин, бурных рек, пенистых водопадов, ледников, заповедных лесов, чистого воздуха были созданы все условия для полноценной жизни, самореализации детей. Поэтому для осуществления работы Цейское ущелье было выбрано не случайно. Здесь совершают свои восхождения покорители горных вершин – альпинисты, отсюда расходятся многочисленные туристские маршруты. Это волшебной красоты ущелье помогает обрести спокойствие, забыть о проблемах и в добром общении найти новых друзей. Пребывание здесь дает необыкновенный результат – возвращается способность видеть красоту мира. Всё это учитывалось при разработке программы, одной из задач которого было возвращение пострадавшим детям ощущения собственной полноценности и вкуса к жизни.

Первая группа побывала в Цее в июле 2005 года, и уже после первого потока поездки на базу МЧС стали так популярны среди школьников Беслана, что некоторые из них даже отказывались от выездов за границу. За три года на «антистрессовых каникулах» побывало свыше 800 детей (больше 40 групп), многие из которых просились приезжать и по второму, и по третьему разу. В Цее ребята проводили неделю, в течение которой постигали теорию и практику выживания в горах. В первой половине дня дети получали теоретические знания по технике передвижения по различным формам горного рельефа, им показывали учебные фильмы, преподавали азы физиологии и медицины, проводили сердечно-легочную реанимацию, накладывали повязки и шины, останавливали кровотечения. Вторая половина дня была посвящена отработке практических действий. Подросткам показывали, как ходить по горным тропам и снегу, передвигаться по верёвочным перилам, по воздушной переправе через реки, по скалам, используя различные методы, в том числе само – и групповую страховку. Ребята отрабатывали приёмы транспортировки пострадавших с использованием подручных средств, осваивали навыки вязания узлов. В походе с ночевкой дети

Жизненным опытом спасатели, и ребята им верили. Они учились на своих неудачах, извлекали выгоду из них, не разочаровывались и не боялись пробовать снова, чтобы испытать доселе незнакомое чувство уверенности и победы над своими собственными слабостями.

На этих занятиях со спасателями в горных условиях дети убеждались, что поступками человека управляют УМ, ВОЛЯ и ХАРАКТЕР. Именно они помогают преодолевать трудности и препятствия на пути к цели. Каждая группа не только *тренировалась со спасателями и посещала занятия у психологов, но и принимала участие в краеведческих экскурсиях, экологических рейдах, жила веселой лагерной жизнью, отмечая праздники и дни рождения. В насыщенной распорядке дня удавалось выкраивать время и для общеобразовательных предметов.* В программу был включён компонент обучения по профилактике ВИЧ/СПИДа и наркомании, курсы о здоровом образе жизни. Ребята слушали лекции о горной системе и ледниках республики, встречались с сотрудниками Цейского заповедника, которые делились с ними интересными фактами о животном мире региона. Для детей организовывались экскурсии по заповедным местам Цейского ущелья, в том числе и к одному из самых известных исторических памятников в Северной Осетии – святилищу Реком.

После окончания «Цейской недели» группы оставляли на память свою настенную газету и смонтированный видеофильм. Материалы ребята собирали сами, ведь в их полном распоряжении были и видеокамера, и фотоаппарат. В конце недельной программы проходил зачет по проведению спасательных работ силами учебной группы детей. Одновременно это был и конкурс, победителям которого вручались грамоты и ценные подарки, в том числе и специальные горные куртки с символикой программы.

Спасатели и психологи постарались построить работу с детьми так, чтобы они могли избавляться от негативных воспоминаний и эмоций, в первую очередь, обретая уверенность в собственных силах. Авторы программы отмечают, что буря эмоций просто «выгоняла» стрессы, у детей открывалось сознание для нового восприятия действительности, и в это время они усваивали полезную и жизненно важную информацию. После таких занятий бывшие заложники всегда улыбались. А это, по словам их учителей, дорогого стоит.

Иппотерапия помогает вернуться к жизни

Это направление программы «Возвращение к жизни» было разработано специалистами Центра «Доверие» для помощи пострадавшим во время теракта в Беслане. Психологи и педагоги, работавшие с бывшими заложниками, считали, что такой способ психологической реабилитации как иппотерапия, сможет помочь ребятам вернуть доверие к окружающим и поверить в собственные силы.

С давних времен люди заметили, что верховая езда благотворно влияет на здоровье человека. Исторически для кавказских народов лошадь на протяжении многих лет – это бесценный помощник в быту и большой друг в повседневной жизни. Лошадь оказывает на всадника мощное эмоциональное воздействие, что позволяет использовать верховую езду для лечения эмоциональных расстройств. Между всадником и его лошадью устанавливаются близкие дружеские отношения, что очень важно для неуверенных в себе и одиноких людей, и, особенно, для детей, имеющих трудности в общении.

Многие дети, побывавшие в теракте, прежде всего, страдали от того, что не могли адаптироваться в социальной среде. Они замыкались в себе, ограничивали свое общение кругом таких же бывших заложников. Вводя ребят в круг новых для них отношений с животными, их вовлекали в активную деятельность и в результате добивались того, что они раскрывались, начинали идти на контакт со взрослыми. Занятия конным спортом положительно влияли на тревожных и неуверенных детей. Ребенку приходилось во время занятий действовать в унисон с действиями лошади: менять позу, чувствовать страхи и боль, настроение и желание лошади, понимать ее, и, как конечный результат, управлять ею. *Это особенно важно для бывших заложников, которые испытали чувство невозможности повлиять на ситуацию, беспомощности, когда их жизнь в одно мгновение полностью изменилась.* У сидящего на лошади ребенка появлялась возможность по-другому увидеть окружающий мир, у него повышалась самооценка, появлялась уверенность в себе.

С 2005 года курсы иппотерапии прошли более 200 бывших заложников и детей из семей, пострадавших в теракте. Иппотерапия – это не только прогулки на лошади, но и занятия лечебной гимнастикой, психолого-педагогическая реабилитация с психологом. Программу можно назвать экологической, потому что все происходит в

Девочка является ученицей бесланской школы №6, но, как и все дети, даже косвенно вовлечённые в теракт, в первое время показала себя замкнутой, необщительной и недоверчивой. Только после 2 лет занятий Луиза стала проявлять интерес к занятиям в группе и сразу нашла поддержку среди сверстников. В характере ребенка, по наблюдениям психологов, произошли изменения: она стала эмоциональнее, общительнее, не боится высказывать свое мнение.

Педагоги отмечают и важность того, что ребята не только катались на лошадях, но и ухаживали за ними, отвечали за своих животных. Мало кто приходил на занятия без лакомства для своего любимца. На ипподроме дети занимались по индивидуальным программам с инструкторами и коноводами. Кроме этого с группой во время занятий все время находились и социальные педагоги, которые внимательно следили за состоянием детей, давали рекомендации тренерам по общению с ребятами, проводили беседы с родителями.

Кроме активных занятий педагоги проводили теоретические занятия с детьми. После таких занятий дети выполняли творческие работы, рисовали, собирали любопытную информацию о любимых животных, многие выполняли задания коллективно, что также помогало ребятам адаптироваться в новом коллективе. Часто на иппотерапию приходили учащиеся из других реабилитационных проектов в рамках программы «Возвращение к жизни», так как психологи и педагоги по результатам тестирования давали некоторым рекомендации записаться на конный спорт. Так набралось 3 группы по 60 человек, между которыми регулярно проводились дружеские встречи и соревнования. Занятия для всех участников реабилитационных групп были совершенно бесплатными. Для многих ребят «лошадкотерапия», как они сами называют свои занятия, сегодня из необходимости превратилась в потребность. Ведь любимое занятие, которым стала иппотерапия для детей, помогла не только восстановить здоровье на свежем воздухе, но и выработала уверенность в себе, подарила радость и помогла разбить навыки, необходимые для интеграции в общество.

Завершением программы «Возвращение к жизни» стал красочный праздник, на котором все вместе – дети, родители

4.2. Опыт психореабилитационной работы Дагестанской региональной общественной организации психологов и социальных работников «Психея» (Махачкала)

Общественное объединение психологов и социальных работников «Психея» – добровольное, самоуправляемое, некоммерческое, творческое общественное объединение, созданное по инициативе группы профессионалов – практикующих психологов и социальных работников, объединившихся исходя из общих духовных интересов и совместной деятельности для защиты этих общих интересов и для реализации целей, указанных в уставе.



Задачи организации:

- профессиональное развитие сообщества психологов и социальных работников Дагестана;

выбор» (Президент РД), г. Махачкала, 01.11.08 г. – 31.03.09 г.;

- в рамках проекта «Развитие местных сообществ в Чечне, Ингушетии, Дагестане, Северной Осетии», реализуемого Фондом социального развития и охраны здоровья «ФОКУС-МЕДИА» при поддержке UNDEF и в сотрудничестве с Каритас, Франция проведены тренинги с молодежью г. Махачкалы и г. Кизляра «Профилактика мигрантофобии среди учащейся молодежи Республики Дагестан»;
- в рамках программы Детского Фонда Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) на Северном Кавказе по развитию Экономического потенциала молодежи реализовывался проект «Формирование лидерских качеств у сельских девушек» в сентябре – марте 2010-2011 гг.

Дагестан самая многонациональная республика России. Наверное, на земле нет другого такого места, где на небольшой территории проживало бы более ста народностей. Такова историческая судьба дагестанцев. Основную часть населения республики составляют аварцы, даргинцы, кумыки и другие народы. Каждая народность имеет свои традиции, свое национальное достоинство, с которыми необходимо считаться. Это справедливо, это еще и жизненно необходимо для того, чтобы на земле Дагестана укреплялся мир, а не гремели взрывы, гибли люди. Одним из самых серьезных препятствий в развитии дагестанского общества стали терроризм и экстремизм. Результатом этого является большое количество пострадавших с

- острыми стрессовыми расстройствами;
- посттравматическими стрессовыми расстройствами;
- тяжелыми депрессиями;
- генерализованными тревожными расстройствами;
- расстройствами адаптации;
- органическими психическими расстройствами, обусловленными травмой головы, токсическим воздействием или обезвоживанием;
- психосоматическими расстройствами.

Не переработанный травматический опыт присутствует в памяти в виде интенсивных эмоций и соматических элементов, которые

Наш опыт работы с пострадавшими в Каспийске, Махачкале и Беслане подтвердил, что посттравматическое стрессовое состояние может возникнуть не только сразу же после травмирующих событий, но и после нескольких месяцев или лет. Это подтверждает, что эффект от сильных психологических травм в принципе не угасает, и не теряет свою силу со временем. И время тут не лечит! Всегда требуется серьезная психотерапевтическая работа. Опыт «гостевых психологов» только слегка заглушает видимую травму, а глубинные процессы переживаний остаются и со временем усугубляются. Поэтому важно иметь команду подготовленных психологов на местах, готовых продолжить реабилитационный период пострадавших.

Посттравматические стрессовые расстройства многообразны по своим проявлениям, на отдаленном этапе, они чаще характеризуются астено-депрессивными, тревожно-депрессивными, астено-невротическими, астено-ипохондрическими расстройствами, которые с психологической точки зрения формируются за счет траты психической энергии на вытеснение, которое требует колоссальных усилий. Сужается поле осознания, исчезает возможность выбора (т.е. человек не может изменить отношение к ситуации).

Мы считаем, что при лечении ПТСР необходимо применять синтез методов, методик и техник: дыхательные техники, методы телесно-ориентированной терапии, арт-терапии и психосинтеза, которые взаимодополняют и потенцируют друг друга, что позволяет вести работу на глубинном уровне, «обойти» механизмы психологической защиты и добиться отреагирования на телесном и эмоциональном уровне.

Основная наша идея, заключается в отреагировании травматической ситуации и освобождении связанной энергии, не выводя в сознание психотравмирующую ситуацию. При отреагировании энергия, потраченная на формирование психологических защит, освобождается, за счет чего и происходит трансформация негативного опыта в позитивный. Далее начинают формироваться новые поведенческие паттерны, происходит изменение отношения к ситуации. Пациенты, страдающие ПТСР, с трудом включаются в группу. С ними должна проводиться длительная мотивационная подготовка, необходимо создание зоны доверия. Желательно, чтобы пациент со-

полученный в травматической ситуации раскладывается на составляющие: физиологическую, биохимическую, эмоциональную и т.д. За счет дозированных обострений, которые происходят в процессе психотерапевтических сеансов, укорачивается период лечения. Возможен резкий обрыв депрессии (субдепрессии) и изменение отношения к ситуации. Итог терапии – принятие ситуации, она перестает быть столь значимой и при этом меняется качество жизни за счет получения ресурса – освобождения связанной энергии, которая была использована на вытеснение ситуации.

Мы считаем, что такой подход является наиболее эффективным, быстрым и щадящим методом при терапии посттравматического стрессового расстройства.

После локальных военных конфликтов, терактов на протяжении определенного периода времени формируются группы пострадавших с ПТСР. **В ходе групповой работы** психологи отслеживают закономерное возникновение и последующее этапное развитие психологических расстройств у лиц, переживших чрезвычайные ситуации; и уже на этой основе для каждого пострадавшего разрабатывается определенная, сугубо индивидуальная программа психологических и психотерапевтических воздействий, которая уточняется и корректируется на протяжении всего лечения:

- создается «ситуация помощи», основанная на принципах гуманистической психологии, которая поддерживается на протяжении всей работы с клиентом, психодиагностические методы применяются в минимально необходимом количестве, при условии, что они не испортят достигнутого эмпатического взаимодействия с клиентом;

- для установления причинных связей в тех случаях, когда имеет место более или менее структурированный невроз, применяется и проработка «сознательного», т.е. материала, полученного в результате свободных ассоциаций и толкований сновидений; некоторые приемы «поведенческой психологии» способны вызвать бессознательный материал, полезный для установления причинных патогенных связей.

Для купирования тревожности и депрессии мы обычно применяем специальный набор из элементов точечного массажа, упражнений по релаксации и упражнений на визуализацию приятных

ется установление контроля над навязчивыми воспоминаниями и мыслями об умершем близком человеке;

- *метод «Заросший сад»*, эффективен, когда мы хотим активизировать человека к действиям, преображающим себя и окружающий мир, вернуть его к активной жизни;
- *работа с мифами* по разрушению общественных стереотипов; миф о том, кто виноват; миф о том, что другие – не такие как я.

Метод «Восхождения в гору». Цель: приобрести недостающий опыт самостоятельного преодоления препятствий и достижения успеха, пусть пока во внутреннем плане действия. Клиенту, находящемуся в состоянии глубокого расслабления, дается установка, представить, что сейчас он будет подниматься на гору, и по пути встречать множество препятствий. Но все равно будет упорствовать, и продолжать подниматься все выше и выше. При этом необходимо несколько раз медленно повторить, что он встречает препятствие и преодолевает его, и поднимается вверх на гору. Наконец ему внушается следующее: «Вы уже забрались на вершину и чувствуете себя победителем, перед Вами открылся огромный ландшафт, и в низу Вы можете заметить дороги, открытые для Вас».

Метод «Охотник и заяц». Цель: снять приступы паники. Метод состоит в следующем: в измененном состоянии сознания (при глубоком расслаблении), пациенту предлагается представить себе, что он охотник. У него оружие, собака и он охотится на зайцев. Выбегает заяц и он начинает стрелять, а потом направляет собаку. Примерно через минуту ему предлагается представить, что теперь он – заяц, и что охотник стреляет по нему и натравливает собаку. Потом повторяется сюжет, когда он охотник.

Метод «Экран». Цель: десенсибилизация негативных переживаний, связанных с перенесенной травмой. Сначала – расслабление клиента с помощью одной из релаксационных техник, затем визуализация: представить себя в помещении перед большим экраном (телевизора или кинотеатра) и с пультом управления. Клиент видит на экране свою травмирующую ситуацию со стороны (напоминание психолога о том, что один Он сидит в помещении, а другой Он – на экране). Если клиенту смотреть травмирующую ситуацию тяжело, можно уменьшить экран или отодвинуться от него или сделать

В процессе нашей работы, мы пришли к выводу, в лечении психотравмы очень эффективна **телесно-ориентированная психотерапия**. Ее цель: воздействие на душу через тело. Существенной особенностью телесно-ориентированной психотерапии является то, что работа с телом создает уникальные возможности терапевтического воздействия «вне цензуры сознания», что позволяет обнаружить истинные истоки наболевших проблем, получить доступ к глубинным уровням бессознательного, представленным в теле. Эта особенность предопределяет высокую эффективность телесно-ориентированного подхода в оказании психологической помощи, в создании условий разрешения проблем, полученных в результате психотравмы. Важно также и то, что телесно-ориентированная психотерапия способствует выведению на уровень осознания тех глубинных аспектов скрытого бессознательного процесса, которые обычно неразличимы и мало доступны для работы в «вербальных» методах терапии. При этом важно, что соматические симптомы психических травм понимаются как телесные проявления переживаний и поведения человека. Телесно-ориентированная психотерапия направлена не на их устранение, а на то, сделать их доступными переживанию и осознанию, соотнося чувства и поведение (ставшие невротическими или патологическими), с жизненными представлениями, смыслами и ценностями человека. Телесно-ориентированные методики мы представили в приложении 7.

Мы описали лишь некоторые методы, приемы и способы, которые мы наработали в процессе психологической помощи пострадавшим с психотравмой, и которые считаем эффективными, но для каждого пострадавшего мы создаем свою программу, которая будет работать только для него. Индивидуальные программы включает вышеперечисленные методы, если они подходят данному клиенту, но кроме этого, мы индивидуально подбираем методы когнитивно-бихевиоральной психотерапии, гештальт-терапии, НЛП и др., то есть те методы, которые будут работать именно с этим клиентом. Реабилитационная работа обычно заканчивается формированием ближайших перспектив достижения:

- во внутриличностной сфере,
- в межличностной сфере,
- в профессиональной сфере.

4.3. Опыт психореабилитационной работы психологов Чеченского «Центра психолого-педагогической реабилитации и коррекции» (ГБОУ Министерство образования и науки Чеченской Республики, г. Грозный)

Центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции (ЦППРиК), открытый в республике в 2008 году как Психолого-педагогический и медико-социальный реабилитационный Центр при поддержке Министерства образования и науки ЧР и ЮНЕСКО.



Основные направления работы:

- диагностика (индивидуальная и групповая);
- взаимодействие со школами; работа психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК);
- индивидуальное консультирование (детей, взрослых);

- взаимодействие учителей с родителями тревожных детей;
 - взаимодействие учителей начальных классов с родителями;
 - снятие психоэмоционального напряжения с помощью релаксации;
 - рисуночная терапия в работе со стрессовым состоянием (для учителей);
- 2) для психологов ДОУ – «Организация комплексного развития практических умений и навыков психологов дошкольного образования ЧР»; были раскрыты следующие темы:
- возрастные особенности детей дошкольного возраста
 - влияние социума на развитие ребенка
 - диагностические методики для исследования эмоционально-личностной сферы детей дошкольного возраста
 - методы арттерапии в работе с детьми дошкольного возраста
 - игровая терапия в работе с агрессивными детьми
 - психогимнастика с тревожными детьми
 - гиперактивность, как нарушение поведения
- 3) для педагогов-психологов – «Организация комплексного развития практических умений и навыков школьных психологов»; были раскрыты следующие темы:
- методы арт-терапии в работе с агрессивными детьми;
 - методы работы с девиантными подростками;
 - взаимодействие с тревожными детьми;
 - как справиться с гневом;
 - гиперактивность, как поведенческое нарушение;
 - профилактика стрессового состояния педагогов;
- 4) для социальных педагогов – «Профессиональная деятельность социального педагога»; были раскрыты следующие темы:
- роль социального педагога в образовательных учреждениях
 - должностные и функциональные обязанности социального педагога
 - права, профессиональные качества соц. педагога, этические нормы
 - основные методы организации процесса социального воспитания
 - социальная адаптация воспитанников, как результат успешной

С 2010 года ЦППРиК сотрудничает с ГОУ «**Центр дистанционного образования детей-инвалидов**». Центр проводит соответствующее обследование и выявляет среди детей-инвалидов республики готовых к данному виду обучения. Также проводится консультативно-просветительская работа с родителями детей-инвалидов по вопросам обучения и воспитания. Всего за прошедший период обследовано более 1000 детей-инвалидов и 415 инвалидов определено на дистанционное обучение.

В Центр обращаются по различным проблемам. Учитывая длительную стрессогенную ситуацию в республике и распространенность ПТСР, в практике деятельности Центра **особое место занимает работа с психотравмой и её последствиями**. После обучения у израильских специалистов из института Herzog Hospital (Izrail Trauma Coalition) за основу работы с травмой психологи нашего Центра выбрали экспозиционную терапию.

Метод экспозиционной терапии

Нами используется вариант, так называемой, постепенной экспозиции. В общем, это представляет собой поэтапное, многократное прокручивание клиентом травматичных воспоминаний в созданной психологом благоприятной обстановке. После того как клиент все рассказал о своей травме, консультант предлагает ему постараться посмотреть на свою историю как бы со стороны и представить её как фильм, состоящий из кадров. Кадры, в данном случае, – это наиболее значимые, важные моменты, которые психолог и клиент выделяют совместно. Клиент должен расположить их на бальной шкале по эмоциональной значимости для себя, где 0 баллов – это нормальное состояние, а 100 баллов – наиболее травмирующее состояние.

Далее каждый «кадр», каждое воспоминание очень подробно и детально обсуждаются и эмоционально прорабатываются, т.е. осуществляется прямое, мужественное противостояние травме в безопасной обстановке и под наблюдением психотерапевта, который, в свою очередь, должен со всей осторожностью и профессионализмом подойти к этому ответственному, порой непредсказуемому процессу «очистки раны». Терапевт помогает клиенту справляться с болью и другими неприятными переживаниями, продвигаться даль-

В работе с травмой мы придерживаемся трехфазной модели:

- стабилизация клиента (установление терапевтических взаимоотношений с клиентом, навыки саморегуляции для клиента, создание состояния внутренней безопасности, дыхательные упражнения, установки, работа с убеждениями, разъяснения и т.д.);
- процесс (экспозиция воспоминаний);
- интеграция (это означает, что травматическое переживание становится частью жизни пострадавшего, о котором он помнит, но оно не имеет такого негативного, травмирующего влияния на его настоящее, он научился отделять прошлое от настоящего, т.е. он научился «жить с этим» и вести нормальную повседневную жизнь; сюда же относится проекция на будущее, т.е. способность пострадавшего планировать свою дальнейшую жизнь).

Это не иерархическая модель, а динамическая, т.е. например, мы периодически можем возвращаться к фазе стабилизации и т.д.

Дополнительные техники, используемые в ходе экспозиционной терапии (для стабилизации, релаксации)

Техника «Карта ощущений», направленная на работу с чувством дискомфорта в теле.

Попросить клиента сесть удобно, сделать несколько вдохов и выдохов и полностью сконцентрироваться на своем теле. «Какие ощущения есть в твоём теле?». Желательно спрашивать не «что ты чувствуешь?», а «что происходит в твоём теле?» Он должен определить и подробно описать все свои ощущения (какого цвета, формы, размера, какое на ощупь, в какой части тела находятся и т.д.). Оценить ощущения по баллам: «Если по шкале, то насколько сильно они тебе мешают?». Подробно рассмотреть каждое чувство по отдельности. Нужно объяснить клиенту, что мы не стараемся бороться с этими неприятными чувствами или избавиться от них, потому что это может усилить дискомфорт, а стараемся получить чувство контроля над ними и ослабить их. Нужно донести до клиента, что чувства – это очень гибкая вещь.

Можно научить клиента чередовать состояния концентрации и расслабления, безразличия и внимания к обозначенным ощущениям (показывая, например, боли, что он не боится её). Постараться подвигать болью, изменить её форму и т.д. Важно наталкивать клиента

тем, по мере совершенствования навыка, её можно увеличить до 3 секунд.

Этап 3. Задержите дыхание. Сохраняйте воздух внутри мешка. Повторяйте про себя фразу: «Мое тело спокойно». Этот этап не должен продолжаться более 3 сек.

Этап 4. Медленно начните выдыхать – опустошать мешок. По мере того как вы делаете это повторяйте про себя фразу: «Мое тело спокойно». С выдохом ощущайте, как опускаются приподнятые ранее живот и грудная клетка. Продолжительность этого этапа не должна быть меньше продолжительности двух предыдущих этапов или, спустя 1-2 недели занятий, на 1 сек. дольше.

Повторите это четырехступенчатое упражнение подряд 3-4 раза. Если у вас появится головокружение, сократите продолжительность вдоха. Поначалу вы можете не заметить никакой немедленной релаксации, однако после 1-2 недель регулярных занятий вы будете способны расслабляться очень быстро. Регулярное и последовательное выполнение этих ежедневных упражнений, в конечном счете, сформирует у вас более спокойное и мягкое отношение, своего рода антистрессовую установку.

Релаксационное упражнение представлено в приложении 7.7

С детьми широко используется игровая форма работы, групповые занятия, арт-терапия.

Целью игровых занятий является стимулирование творческого самовыражения, отреагирование чувств, проведение времени со сверстниками и приобретение новых умений и знаний. Работа включает различные игры. Наиболее распространены следующие:

- музыкальные игры включают игры из детских стихов под музыкальное сопровождение, музыкальные импровизации; они улучшают эмоциональное состояние детей, поднимают их самооценку и развивают чувство ритма;
- подвижные игры включают движения и элементы гимнастики, которые снижают напряжение, развивают восприятие пространства и т.д.;
- рисование, являющееся способом самовыражения, отреагирования, релаксации;

4.4. Опыт психореабилитационной работы психологов Ингушского центра психологической помощи и психологической посткризисной реабилитации «Республиканская школа успеха» (г. Назрань)

Центр психологической помощи и психологической посткризисной реабилитации – самая первая в Ингушетии автономная некоммерческая организация, функционирующая с 2010 года, оказывающая практическую психологическую помощь в разных жизненных ситуациях.



Направления деятельности Центра:

- диагностика и лечение посттравматических стрессовых расстройств у женщин;
- консультирование детей, подростков, молодежи, их родителей

различным категориям и группам населения; оказание регулярных заочных (по телефону) социально-психологических услуг обратившимся за помощью гражданам;

- привлечение государственных, муниципальных органов, организаций и учреждений (здравоохранения, образования, миграционной службы и т.п.), а также общественных и религиозных организаций и объединений (ветеранских, комитетов Общества Красного Креста, ассоциаций многодетных, неполных семей, организаций инвалидов, и т.п.) к решению проблем клиентов Центра;
- методическое обеспечение учреждений социального обслуживания населения республики по профильным направлениям деятельности Центра.

Центр осуществляет следующие формы деятельности:

- учебно-тренинговый центр (тренинги, мастер-классы);
- коучинг-программы;
- VIP-программы;
- индивидуальные консультации;
- телефон доверия;
- интеллект-программы для детей и подростков;
- логопедические занятия.

В Центре работают высокопрофессиональные специалисты по следующим направлениям: детская психология, семейная психология, психотерапия, психологическое консультирование, логопедия.

Руководитель Центра – Ганиева Роза Хаматхановна – кандидат психологических наук, профессор, заслуженный деятель науки Республики Ингушетия, почетный гражданин г. Рима, лауреат премии им. Ю. А. Жданова. Ганиева Р.Х. – участник программы обмена иностранными посетителями «Изучение мира» – «Защита женщин – жертв конфликтов» (Государственный Департамент США, сентябрь-октябрь 2010) и заседания 55-ой Сессии ООН по Положению женщин (февраль-март 2011). Прошла профессиональную стажировку в Центре лечения психологических травм в Иерусалиме (декабрь 2010).

Локальные войны, террористические акты, вынужденная миграция населения, социальная нестабильность ведут к росту числа заболеваний и расстройств социально-стрессового генеза. Поэтому

Роль групповой психотерапии в лечении ПТСР традиционно ограничивалась воздействием на самооценку пациентов и на их межличностные отношения, а не на первичные симптомы ПТСР. Однако применение методики Интерактивной Обучающей Групповой Психотерапии (по Н. Lubin и соавт., 1998), являющейся разновидностью групповой когнитивно-бихевиоральной психотерапии, показало ее высокую эффективность. По нашим данным после окончания терапии отмечалось выраженное уменьшение проявлений реперевживания, отгороженности и гипервозбуждения, характерных для посттравматического расстройства, а также проявлений депрессии и диссоциативных симптомов.

Когнитивно-бихевиоральная терапия в групповом варианте показала хорошие результаты при лечении женщин с посттравматическим расстройством, осложненным лекарственной зависимостью. После окончания лечения методом когнитивно-бихевиоральной терапии ослабевали проявления депрессии, снижался суицидальный риск, улучшалась социальная приспособляемость, налаживались внутрисемейные отношения.

Помощь детям при психотравме. Часто обращаются за помощью к психологам Центра родители детей, переживших утрату. Дети, узнав о смерти родителя или близкого родственника, проходят через те же стадии, что и взрослые – шок, отрицание, гнев, депрессия и отчаяние, чувство вины и постепенное принятие. Однако период острого горя у них обычно короче, чем у взрослых.

Обычно родители стараются скрывать от детей свои чувства по поводу утраты. Это объясняется не столько тем, что родители не хотят расстраивать детей, сколько их собственным страхом перед интенсивностью детских эмоций. Однако скрывание факта смерти родителя или запрет на выражение чувств не несет в себе ничего, кроме *патологических реакций*, среди которых можно выделить:

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

ков полагаться не следует. Выносить на основе одного рисунка, или даже нескольких, твердые суждения не может даже опытный специалист. Необходима дополнительная информация. Один из способов узнать больше о значении рисунка – спросить об этом самого ребенка. Пусть это будет вербальный, то есть словесный, этап процесса исследования внутреннего мира ребенка через рисунок. Этот этап может состоять как из наводящих вопросов, задаваемых ребенку, или общей беседы и обсуждения рисунка, так и из рассказа на тему нарисованного, который ребенок сочиняет по вашей просьбе. В таком рассказе ребенок обычно без колебаний открывает свою душу, освобождаясь от наболевшего. Такой рассказ вкупе с выполненными ребенком рисунками позволяет успешно войти в контакт с его внутренним миром

Маленький ребенок посредством рисунка может рассказать о проблемах, которые не смог бы выразить в словах, – таких, как, например, конфликт родителей или плохое обращение с ним окружающих взрослых. Рисунок может использоваться и как *средство, позволяющее переработать страхи*, возникающие из проблем ребенка. Сигналами таких страхов, например, часто являются рисунки, на которых постоянно появляются чудовища. В таких случаях просит ребенка нарисовать безопасное место, недоступное для чудовищ, а затем обсудить с ним те чувства, которые возникают от полученного таким образом чувства безопасности.

Благодаря рисункам, дети раскрываются и успешно разрешают конфликты, к которым психологи не могли добраться другим способом. Не следует бояться того, что вербализуя свои чувства, конфликты и желания, ребенок столкнется с негативными переживаниями. Подобные случаи вполне возможны и даже закономерны, поскольку ситуации, дающие ребенку чувство защищенности, безопасности и поддержки, оказываются максимально благоприятными для проявления глубоких, обычно вытесняемых аспектов личного опыта: фрустрации, агрессии, страха и т.д. Будучи однажды вытесненными, они вновь получают выход в спонтанном творческом акте. Это дает ребенку возможность стать с ними лицом к лицу и силы, чтобы заново пережить их в игровой форме, принять и интегрировать. Если ему удастся это сделать, он перестает бояться и избегать их,

ными случаями. Психологи оказывают эффективную психологическую помощь семье при разводе, устраняют даже самые закоренелые фобии и страхи, детские неврозы.

Развод – сильный кризис необратимости. Общаясь с человеком, приходится возвращать его к реальности и говорить о том, что, тем не менее, это произошло. Как правило, возникает сильная конкуренция между бывшими супругами, борьба за власть. Зачастую дети становятся заложниками этих игр. У бывших супругов обычно возникают чувства тревоги, беспомощности, понижается самооценка, уверенность в себе, в своих силах. Мы стараемся довести до клиентов, что никто не плох и не хорош, просто есть разные люди, которые плохо сочетаются.

Одна из проблем развода заключается в том, что в этот момент *дети нуждаются в максимальной заботе*, поддержке со стороны родителей, а родители не могут им это обеспечить, так как сами находятся в плохом состоянии. В подобных ситуациях психологи четко и ясно объясняют ребенку, почему родители не могут продолжать жить вместе. Отвечают на вопросы ребенка. При этом до сведения родителей, или одного из обратившихся к нам родителей доводится, что нужно подчеркнуть, что каждый из них его любит, и будет продолжать общаться, любить и заботиться. Что для ребенка в период после развода родителей очень важны чувства стабильности, определенности.

Вместе с тем, родителям в таких случаях предоставляется следующая информация для повышения уровня их психологической грамотности:

- необходимо освободить ребенка от собственных негативных проекций, связанных с чувствами гнева, обиды на ушедшего супруга; это не вина ребенка, что он в чем-то похож и повторяет одного из родителей;
- нельзя втягивать ребенка в свои супружеские игры; например, нельзя говорить ему какой у него ужасный отец или мать; нужно понимать, что это чувства обиды и собственного бессилия, которые нужно пережить, справиться с этим, и ребенок здесь не причем;
- не нужно пытаться перетягивать ребенка как канат, создавая у него конфликт лояльности; нужно дать ему почувствовать, что, хотя вы и в разводе, вы сохраняете любовь и уважение друг к другу;

Коррекционно-логопедическая работа с ребенком строится с учетом его образовательных потребностей, индивидуальных и возрастных особенностей, которые определяются, прежде всего, в результате комплексного обследования. Результаты его заносятся в речевую карту установленного образца, что позволяет выстроить маршрут индивидуальной логопедической работы, построить определенный прогноз, разделить на подгруппы в зависимости от структуры и сложности речевого дефекта, проследить за динамикой речевого процесса.

Учет образовательных потребностей детей реализуется в рамках следующих направлений:

- работа по развитию понимания речи;
- создание мотивации для развития речевых коммуникаций;
- формирование пространственных представлений и сенсомоторных навыков;
- коррекция дефектного звукопроизношения;
- развитие фонематического слуха и фонематического восприятия;
- уточнение и расширение словарного запаса;
- усвоение грамматических категорий;
- развитие психологической базы речи;
- воспитание осознанной и активной мотивации к учению;
- подготовка к обучению в школе.

Вся работа идет с опорой на сохранные анализаторы, с учетом компенсаторных возможностей ребенка, его творческих способностей и сензитивных периодов развития.

Взаимодействие с детьми на занятиях носит системный и конструктивный характер, реализуется через различные *организационные формы*: занятия (индивидуальные, подгрупповые, групповые), игры (обучающие, обобщающие, познавательные, развивающие, продуктивные, коммуникативные, творческие, предметные, сюжетные, ролевые, вербальные, подвижные и т. д.), интегрированные занятия в содружестве с другими специалистами. Критерии, по которым формируется группа детей, могут быть различными, например, по возрастному принципу, уровню сформированности тех или иных навыков, единообразию коррекционной задачи в связи с автомати-

рых педагогов и родителей, считающих, что работа с детьми-логопатами трудоемкая, а результат бывает сильно отсрочен по времени, что снижает его привлекательность. Или, наоборот, считающих, что коррекция произойдет сама собой, без особых усилий с их стороны. Приходится убеждать, что за положительным результатом всегда стоит огромный труд. Самостоятельно, без усилий со стороны профильных специалистов и родителей проблему не решить.

Для повышения психологической компетентности учащихся школ Назрановского муниципального района по проблемам профессионального самоопределения Центр занятости населения Назрановского района, Управление образования Назрановского района и Центр психологической помощи ежегодно заключают договора об оказании **профориентационных услуг для выпускников общеобразовательных учреждений** района.

В рамках данной программы психологи Центра

- изучают профессиональные интересы и склонности учащихся;
- проводят профориентационные тренинги «Кем стать? Думаем вместе!», «Мои жизненные перспективы»;
- обеспечивают информацией выпускников о вакантных рабочих местах в Республике Ингушетия, о требованиях современного работодателя к работнику;
- осуществляют психологические консультации с учётом возрастных особенностей учащихся;
- привлекают к профориентационной работе лиц, достигших значительных успехов в трудовой деятельности (политиков, инженеров и т.п.), которые обучались в этих школах и начинали свою трудовую карьеру с рабочих профессий;
- приглашают родителей учащихся для выступлений перед учениками о своей профессии;
- оказывают помощь классному руководителю в анализе и оценке интересов и склонностей учащихся;
- создают базу данных по профдиагностике;
- принимают участие в оформлении стенда по профориентации, в котором представлен справочно-информационный материал о ВУЗах, техникумах, профессиональных училищах;
- организуют проведение мастер-классов и профессиональ-

определить потенциал команды, а также повысить лояльность сотрудников, укрепить корпоративный дух.

Отдельным направлением работы Центра является проведение психологических исследований и написание заключений специалистов-психологов для суда, органов опеки и других официальных инстанций.

Список учреждений по оказанию психологической помощи в республике Ингушетии (Назрань)

- Автономная некоммерческая организация, Центр психологической помощи и психологической посткризисной реабилитации «Республиканская школа успеха»; Республика Ингушетия; г. Назрань; ул. Муталиева, 58; тел.: 8 8732 22-31-59; 8 928 094 76 05;

Горячие линии региона:

- «Телефон детского доверия» по оказанию консультативной и экстренной психологической помощи (на базе Центра психолого-педагогической реабилитации несовершеннолетних, употребляющих наркотики Министерства образования Республики Ингушетия); тел. (8732) 22-25-53;
- «Телефон доверия» по оказанию консультативной и экстренной психологической помощи (на базе Министерства труда и социального развития Республики Ингушетия); тел. (8732) 22-72-46; 8-928-918-01-78
- Телефон доверия «Центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции несовершеннолетних» 386102. г. Назрань, ул. Московская, 37; тел. 8873221793

Архиепископ Ставропольский и Владикавказский Феофан и Архиепископ Германский и Великобританский Марк 6 ноября 2007 года.

Изначально программа реабилитации была предназначена не только для пострадавших детей и семей, но также для всех жителей Беслана, ставших очевидцами столь ужасной трагедии. В условиях небольшого города, где люди хорошо знают друг друга, трагедия в школе стала личным горем большинства жителей (всего в Беслане живет около 35000 человек), хотя официально пострадавшими были признаны 1187 человек. В течение года после теракта Беслан не мог вернуться к нормальной жизни. После трагедии различные государственные и негосударственные организации, как российские, так и зарубежные приложили большие усилия для преодоления последствий теракта. Прежде всего, их деятельность была направлена на лечение и реабилитацию детей. Однако, эти программы были разовыми или кратковременными. Более того, они, в основном, были нацелены на людей, оказавшихся в заложниках и их близких родственников, а те жители Беслана, кто пережил серьезный стресс во время теракта (так называемая вторичная травма), практически не были охвачены вниманием и помощью благотворителей. Такое положение вещей спровоцировало размежевание общества на пострадавших и всех остальных жителей, во многих случаях усугубило эмоциональное состояние людей и в итоге привело к серьезным изменениям в социальной среде города. С первых месяцев после трагедии стало очевидно, что реабилитация всех нуждающихся в помощи бесланцев невозможна без создания постоянно действующих долгосрочных программ помощи в самой Осетии. Такую задачу поставили перед собой создатели Реабилитационного центра.

В результате первого этапа совместного проекта РПЦ и КНХ в период с осени 2004 по ноябрь 2007 года было построено и оборудовано комфортабельное здание центра, рассчитанное на одновременное круглосуточное пребывание 24 детей и взрослых.

Параллельно со строительством здания Центра, настоятельница монастыря и руководитель будущего Центра разрабатывали программу помощи пострадавшим детям и семьям Беслана. Ответы на многие практические вопросы, стоявшие перед создателями центра, были получены во время посещения *семинаров по работе с психотравмой*,

участников из основных целевых категорий должно быть не больше 30%. Наряду с ними участие в программе принимают дети из обычных семей, желающие посетить монастырь и Центр. При этом предпочтение отдается детям и семьям, не имеющим собственных возможностей (материальных, физических) вывезти ребенка в санаторий или реабилитационный Центр, детям, имеющим проблемы со здоровьем или психологическим состоянием, *детям и взрослым, способным создавать «терапевтическую среду» для других.*

Комплексная реабилитация детей и семей в условиях православной обители включает:

- организацию совместного отдыха детей и семей, творческого и трудового процесса;
- просвещение и воспитание детей и молодежи в духе православной веры и национальной культуры;

В настоящее время центр принимает детей и взрослых из Беслана, Цхинвала, поселков и сел Алагирского района РСО-А, г. Владикавказ, г. Ардона, г. Дигоры. Возможность посетить Центр детям и семьям предоставляется бесплатно. *Участники программы приезжают в Центр еженедельно с пятницы по воскресенье и во время сезонных школьных каникул.* За четыре года работы Центр организовал 134 заезда. Участие в программе приняли 3200 детей и семей.

Программа «Поддержка талантливых детей и подростков»

Программа реализуется с начала 2011 года, способствует поддержке и поощрению занятий искусством, этнографией и спортом среди детей и молодежи. Ежеквартально Центр организует заезды групп детей и подростков, занимающихся в *студиях и кружках по направлениям:*

- изобразительное искусство,
- музыкальное творчество,
- история родного края,
- языкознание,
- спорт.

Для таких групп проводятся занятия и мастер-классы с участием приглашенных профессионалов. За год реализации программы в ней приняло участие 120 детей.

хологических и медицинских школ до обыкновенных шарлатанов, собиравших материал для диссертации или вымогавших деньги за «воскрешение». Отчасти причина в том, что многие группы психологов работали с пострадавшими в рамках краткосрочных проектов и не успели вызвать у людей доверия к себе. Поэтому гораздо охотнее пострадавшие всех категорий идут на контакт с людьми и организациями, ориентированными на традиционные ценности, «естественные отношения» и привычные виды деятельности.

В Южной Осетии в настоящее время у большинства людей нет возможности не только получить профессиональную психологическую помощь, но и иметь хотя бы минимально комфортные условия жизни. Сохраняющаяся послевоенная разруха, скудные условия для проведения досуга в городах и селах сильнейшим образом влияют на психологическое состояние детей и подростков.

Поэтому задача Центра – это скорее не профессиональная психологическая помощь детям и семьям, это создание терапевтической атмосферы, своего рода «реабилитация средой», тем более, что *естественная природная среда, в которой находится Центр – это уже огромный ресурс, и человеческая среда монастыря – также.* Так складывается второй важнейший принцип работы Центра – **ПРИНЦИП СРЕДОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ.**

3. В большинстве семей, относящихся к целевой аудитории Реабилитационного центра, нарушены детско-родительские отношения. В семьях, переживших теракт, дети часто манипулируют родителями, родители из-за чувства вины не могут устанавливать для них какие-либо ограничения. Многие дети, растущие в семьях после трагедии, живут в специфической атмосфере, напоминающей о пережитых утратах. Появилось много семей с усыновленными детьми, при этом состав семей самый разный: это матери, потерявшие своих детей и взявшие на воспитание детей, потерявших родителей, это родственники, взявшие в свои семьи осиротевших племянников, бабушки, взявшие на воспитание осиротевших внуков.

В Южной Осетии в результате войны также резко возросло число детей, потерявших одного или обоих родителей. Много детей, которые живут с бабушками и дедушками, в то время как родители вынуждены работать за пределами республики. Незажившие после

мы, теми, кто причислен к числу пострадавших, и теми, кто пострадавшим не считается, теми, кто приехал из Беслана и теми, кого пригласили из Южной Осетии или Алагира. Этот подход отражает четвертый принцип работы Центра: ПРИНЦИП ОБЪЕДИНЕНИЯ И РАВЕНСТВА.

5. Часто среди пострадавших в теракте встречается ожидание, что программы помощи будут нацелены на обслуживание и развлечение детей, что в компенсацию причиненного ущерба общество должно и будет создавать им особые, льготные условия. Сотрудники Центра убеждены – *потребительская позиция никому не полезна* и «обслуживание» и развлечение детей не принесет им блага. Подход Центра построен на вовлечении всех детей и подростков в активное участие в жизни Центра, в активную поддержку друг друга и в заботу о своих товарищах. Благо для детей – это опыт переживания удовлетворения от совершенного хорошего дела, которое принесло радость и пользу другим. Из-за этого четвертый принцип работы – это ПРИНЦИП УЧАСТИЯ В ТРУДАХ и ТВОРЧЕСТВЕ.

В центре дети занимаются различными видами творчества, распорядок дня предусматривает дежурство по кухне и самообслуживание. Никто не должен чувствовать себя «гостем» и «потребителем».

6. После пережитых трагедий перед множеством людей в Беслане и Южной Осетии встали «вечные вопросы»: что есть жизнь, смерть, в чем смысл того, что с ними случилось. Эти вопросы привели многих в Церковь. Тысячи детей и взрослых стали посещать храм, приняли святое крещение.

Стоит отметить, что среди программ, осуществляющих помощь пострадавшим детям и семьям, программа реабилитации монастырского центра единственная, имеющая *в своей основе местные духовные традиции* (подавляющее большинство населения Северной и Южной Осетии традиционно православно-христианское). Однако в центр приезжают дети разного вероисповедания и из атеистических семей. Сотрудники сразу оговаривают, что молитвы обязательны только для православных. А все остальные просто могут побыть рядом из уважения к принимающему их монастырю. Так, последний по порядку, но не по значению, принцип работы Центра – это ПРИНЦИП ОТКРЫТОСТИ ЦЕРКВИ.

кую-нибудь работу посложнее, самостоятельно берутся за уборку на территории. Такие примеры часто оказывают хорошее воздействие на менее активных участников группы.

Режим дня в центре учитывает главные потребности детей. В него входят игры на улице и в игровой комнате, интересные занятия с педагогами по направлениям: музыкальное творчество, изобразительное искусство, спорт, рукоделие, театр, краеведение, кулинария, шитье. В программу дня обязательно входят совместные прогулки по обширной территории монастыря (в коротких заездах) или экскурсии (в каникулярных заездах). Ко всем занятиям сотрудники центра стараются привлекать родителей и педагогов, сопровождающих группу, распределяя между ними ответственность за некоторые участки работы.

Педагоги стараются строить занятия таким образом, чтобы *ребята больше работали на общий результат*: если это рисование, то в итоге часто получается общая книжка, газета или выставка; если занятия по музыке или театру, то в последний день ребята показывают спектакль или дают концерт, подготовленный общими силами. При этом важно привлечь ребенка к занятиям без нажима и принуждения. В этом плане помогает параллельная работа в разных кружках, позволяющая детям выбрать, что им более интересно.

Главной особенностью Реабилитационного центра является то, что он находится в особой среде, имеющей свой уникальный уклад, традиции и возможности. Пребывание в обители *дает участникам заездов возможность посетить Богослужения*, принять участие в таинствах Церкви, пообщаться со священником и монахинями обители. Так как несколько сестер являются педагогами Центра, дети могут свободно обращаться к ним и задавать интересующие их вопросы. В каждом заезде обязательно проводится час вечернего чтения или беседа с детьми на Евангельскую тему, во время которых участники группы и педагоги могут обсудить прочитанное и поделиться своими мыслями и чувствами. При этом общение строится таким образом, чтобы *дети, принадлежащие к другим конфессиям, не чувствовали себя лишними или уязвленными*. Радостно, что за все время работы центра на этой почве не возникло ни одного недоразумения.

4.6. Опыт психореабилитационной работы психологов Межрегиональной неполитической общественной организации «Миротворческая миссия имени генерала Лебеда» (Пятигорск)

Одним из направлений работы ММГЛ является проведение медико-психологической реабилитации для пострадавших во время вооружённых конфликтов на Северном Кавказе. С 2004 года на базе санаториев города Пятигорска получили помощь 339 человек. Из них бывших военнослужащих, пострадавших, побывавших в плену, имеющих ранения и увечья – 67 человек, вынужденных переселенцев из Чеченской республики – 80, детей-сирот – 51, матерей, жен военнослужащих (солдатских матерей и отцов) – 51, матерей, жен, отцов пропавших без вести из Республик – 90.



Опыт работы с пострадавшими во время вооружённых конфликтов на Северном Кавказе психологов – травматерапевтов Николаевой Е.М., Айрапетовой В.А., Туаевой Т.А. В своей рабо-

Что происходит сейчас? Может ли кавказская женщина, как в былые времена, бросив под ноги сражающихся платок, остановить кровопролитие? Нет. Не может. И правила ведения военных действий изменились (если вообще могут быть правила у такого неправильного понятия – *В.А.*), и идеологическая подоплека межнациональных конфликтов оставляет желать лучшего. Образ Матери, как Матери не имеющей национальности, похоже, канул в Лету. Так же как и, пожалуй, такое бессмертное триединство как *Родина-Женщина-Мать*. И важно различать такие понятия как патриотизм и оголтелый патриотизм (*В.А.*). Именно при последнем нивелируется статус Матери как жизнеутверждающей культурной данности, не имеющей национальности.

Кавказская женщина, потерявшая близких в результате межнациональных конфликтов, осталась между молотом и наковальней. Да, она – мать, жена, дочь, сестра. Но, благодаря некоторым из СМИ и политическим играм разномастных идеологов образ кавказской матери стал нарицательным. И этот крайне разрушительный подход травмирует ее вдвойне. Вкупе с культуральными особенностями и традициями по переживанию горя, он автоматически превращает травмирующее событие в хроническое.

Исходя из вышесказанного, в целях стойкой и глубокой стабилизации состояния здоровья женщин работа психологов-травматерапевтов ММГЛ построена таким образом, чтобы матери, потерявшие сыновей (Матери России и Кавказские Матери) были сформированы в разные группы. Хочется подчеркнуть: главное в этом – сохранение иммунного статуса, который есть в каждой культурной среде и недопущение проявления такого защитного механизма как *проективная идентификация с агрессором*. В ситуации осложненного горя такой подход – наиболее эффективный, лишенный риска ретравматизации.

Подбор реабилитируемых осуществляется с учетом следующих условий: наличие относительной схожести содержания («сценария») травмы, длительного отсутствия квалифицированной психологической помощи и единого времени начала реабилитационных мероприятий. Реабилитационная группа формируется из женщин, проживающих на территории северокавказских республик (Осетия,

психосинтеза, гештальт-терапии, НЛП, методы арт-терапии, позитивной психотерапии, экзистенциальной психотерапии. Интегрировав знания нескольких направлений психологии и психотерапии, мы имеем возможность получать положительные результаты за короткий срок проведения реабилитационных мероприятий.

Психологическая реабилитация проходит в течение 14 дней, включает в себя две формы работы: индивидуальную и групповую. Методы, наработанные нами в процессе длительной психотерапевтической помощи психотравмированным людям доказали свою эффективность на практике краткосрочной работы с пострадавшими. Наша цель: помочь пострадавшим преодолеть негативные последствия пережитого горя.

В процессе реабилитации мы решаем следующие задачи:

- создать атмосферу безопасности и открытости в группе;
- установить между её участниками эмоциональные контакты, основанные на отношениях принятия, доверия и поддержки;
- помочь пострадавшим разрешить симптомы травмы, завершив незавершённые реакции;
- разрядить повышенное нервное возбуждение;
- восстановить процессы саморегуляции;
- изменить смысл травматической ситуации.

Работа психокоррекционной группы состоит из следующих этапов:

- знакомство (установление контакта) предоставление информации о ПТСР;
- психодиагностика;
- восстановление способности к саморегуляции через работу с ресурсами;
- работа с травматическим опытом, (освобождение от негативных чувств, мыслей, телесных ощущений);
- работа со смыслом, духовными ценностями;
- повторная диагностика;
- завершение.

1. Знакомство (установление контакта) предоставление информации о ПТСР

Большое значение для успешного проведения реабилитации

русский язык И.О. Котеневым; «Опросник травматического стресса» (Котенёв, 1997).

3. Восстановление способности к саморегуляции через работу с ресурсами

Прежде чем приступить к работе с травматическими переживаниями, необходимо восстановить ресурсы пострадавших. «Ресурсы – это позитивные самоощущения, то, что помогает человеку поддерживать ощущение себя и собственной внутренней целостности перед ситуацией возможного разрушения при травме. На телесном уровне ресурсы могут проявляться в виде таких позитивных симптомов, как ощущение тепла, приятного покалывания, движения потоков энергии, лёгкости, ощущение силы» и т.п. (Мазур Е.С., 2003. С.43.)

Благодаря работе с ресурсами восстанавливаются процессы саморегуляции. Проводится работа по осознанию. Для этого пострадавшим дается задание, сконцентрировать внимание на своих телесных ощущениях, мысленно пройти от макушки головы до кончиков пальцев ног, определить, где в теле самая комфортная зона. Затем предлагается рассказать, по каким ощущениям он это определил. Не все пострадавшие могут с первого раза почувствовать телесные ощущения, в таких ситуациях мы используем директивные телесные техники: работа с чувством опоры, дыханием, самостоятельное прикосновения к рукам и ногам, организация – дезорганизация (напряжение всего тела с постепенным расслаблением), а так же групповые упражнения в кругу. Участники становятся по кругу, кладут руки на плечи друг другу и делают мягкие, массирующие движения стоящему впереди, спрашивая, как ему больше нравится: слабый нажим или сильнее, проводят по спине, делая поглаживающие движения, затем делают движения над плечами и спиной.

Проводимые соматические упражнения позволяют пострадавшим сконцентрироваться на телесных ощущениях, получить позитивный опыт работы с телом, а так же создать в группе обстановку доверия и открытости.

Участники группы говорят о приятных ощущениях тепла, лёгкости, расслабленности, некоторые рассказывают о том, что от прикосновений у них по спине «мурашки бегают» и это очень приятно. Во время выполнения упражнений у многих участников

бумаги предлагается написать проблему. В связи с ней отвечать на вопросы:

- Что я думаю о данной проблеме?
- Что я чувствую относительно данной проблемы?
- Какие ощущения возникают в теле, когда я думаю о данной проблеме?

Писать необходимо в течение 20-25 минут до полного «опустошения». После упражнения проводится обсуждение процесса и состояния в данный момент. У некоторых участников может быть активация травматического опыта и нежелание продолжать писать в течение необходимого времени, важно дать возможность высказаться, озвучить проблему и побудить желание продолжить письмо до спокойного восприятия ситуации.

«Техника нарисуй свою проблему» используется для проработки соматических симптомов, негативных чувств. Участникам дается задание сконцентрировать внимание на том от чего хочется избавиться (чувства тревоги, гнева, обиды, неприятные ощущения в теле...). Выбрать карандаш, который соответствует по цвету данной проблеме и рисовать, представляя, что проблема переходит на лист бумаги с каждым движением карандаша. Во время рисования внимание удерживается на зоне, с которой ведётся работа.

Реабилитируемая выбрала для работы навязчивые негативные мысли, которые постоянно крутятся в голове, она представила их, как большое количество жужжащих мух. Во время работы женщина рисовала множество мух, представляя, как они перелетают из её головы на бумагу. После завершения, когда в «голове не осталось мух», реабилитируемая сказала, что ей спокойно и что она ни о чём не думает. На последующих групповых встречах женщина говорила, что навязчивые мысли её больше не беспокоят.

Вторая часть. После освобождения проблемной зоны, предлагается нарисовать позитивный образ, что хотел бы иметь взамен. По завершению рисования мысленно поместить этот образ в проработанную зону своего тела. Проводится обсуждение. Данная техника убирает или уменьшает неприятные телесные ощущения, улучшает эмоциональное состояние.

при чувствовании данного ощущения, какие чувства, образы. Взять пузырёк с чёрной тушью (отверстие в пузырёке должно быть маленьким) и капнуть на лист бумаги, свернутый пополам, второй половиной накрыть и растереть рукой. Во время процесса удерживать внимание, на телесном ощущении представляя, как оно стекает через руку на лист бумаги. Процедуру можно повторить до трёх раз за один сеанс. Между каждой процедурой делать перерыв не менее 10 минут. Полученную кляксу рассматриваем, обсуждаем возникающие ассоциации, чувства и ощущения после работы.

У пострадавшей, страдающей спазматическими симптомами и ощущением холода в области живота, во время выполнения упражнения появилась икота. Женщина сказала, что у неё ощущение будто, что-то выпрыгивает из неё и стала смеяться. После смеха икота прошла, появилось ощущение тепла в области живота и исчезли спазматические симптомы.

Упражнение: «На какого зверя я сейчас похож»

Проводится при активации травматического опыта, с целью дезактивации. Задание: представить себя зверем или птицей, первое, что возникнет в образе. Выполнять движения и издавать звуки свойственные этому животному или птице. Слушать себя, делать всё, что хочется столько сколько хочется. Полностью отпустить себя. Данное упражнение даёт разряду травматической энергии в виде дрожи, смеха, слёз. Важно побуждать участников к действиям, просить продолжать движения до полной разрядки.

Направленная визуализация: «Отпускать и принимать».

Цель: избавление от травматического опыта путём разотождествления с ним. Отождествление себя с позитивным опытом, укрепление своего центра. Предварительно выяснить, нет ли в группе участников с клаустрофобией, если есть, заменить лифт на ступени.

Задание: «Закройте глаза. Сделайте глубокий вдох, и выдох. Представьте, что вы находитесь на 10 этаже многоэтажного дома. Подойдите к лифту, нажмите на кнопку, дверь лифта открывается, вы заходите в лифт, дверь закрывается. Вы спускаетесь вниз: девятый этаж, восьмой, седьмой, шестой, пятый, четвёртый, третий, второй, первый, нулевой этаж. Двери лифта открываются, вы выходите в большое помещение похожее на кинотеатр. В центре помещения

5. Работа со смыслом, духовными ценностями.

После проработки травматического опыта и психосоматических симптомов, необходима работа по прощению других и себя (т. к. пострадавшие часто винят себя в том, что не смогли уберечь близких людей, особенно детей). Это достаточно сложный процесс и не каждый может простить; неспособность прощать провоцирует такие чувства, как гнев и ярость. Ярость запускает стрессовую реакцию, со всеми вытекающими последствиями. То есть, неспособность прощать плохо влияет на здоровье.

Здесь мы используем различные формы работы, мы работаем с целостным опытом, прорабатываем чувства, мысли, образы используем движения и работаем со смыслом. Предлагаем техники помогающие быть более осознанными и увидеть вред негативных чувств, для своего здоровья.

Кроме традиционных методов работы с психотравмой мы стараемся затронуть духовные ценности. В большинстве групп, есть участники, которые принадлежат к той или иной религиозной конфессии. Мы убедились в том, что уровень ПТСР у верующих людей ниже и в процессе психотерапии, как показывает диагностика, легче и быстрее наступает разрешение травмы. Вера помогает улучшить психологическое и физическое здоровье, она важна для душевной гармонии пострадавших.

Во время последних групповых встреч мы просим реабилитируемых ориентированных на духовность, поделиться своим опытом с другими пострадавшими. Все верующие люди читают молитву, как обращение за помощью или в знак благодарности Богу. Они говорят о появлении чувства спокойствия, или описывают своё состояние, как тихую радость, а так же рассказывают, что длительное чтение молитвы помогает заснуть и сон становится спокойным.

Благодаря опыту людей ориентированных на духовное развитие, мы затрагиваем тему любви. Пострадавшие рассказывали истории из жизни, где вера и любовь творили чудеса. Вера спасала от пуль пролетевших рядом, любовь исцеляла. Участники группы говорили о судьбе, о силе духа, о возможности человека пережить всё, что послано, если есть вера, надежда и любовь.

Мы стараемся обратить внимание пострадавших людей на

Помимо групповой терапии с каждым участником реабилитации работа ведётся индивидуально. С 2008 года на базе психолого-реабилитационной работы ММГЛ была разработана авторская методика «Исцеляющее дерево «ТаТин». Эта методика позволяет психологу:

- психологу оценить тяжесть протекания травматического процесса, а страдающему – встретиться с внутренней болью достаточно безопасно;
- психологу получить доступ к неосознаваемым внутренним ресурсам через подключение внешних (обусловленная культурой связь с природой), а травмированному – получить возможность эффективно противодействовать травме через подключение способности к саморегуляции;
- психологу начать соматическую терапию – работу по системе SIB-AM: с ощущениями, образами, чувствами, поведением и смыслами, а травмированному человеку, вместо боли или пустоты, возвращает ощущение жизни или ощущение нехватки жизни.

Одной из причин, заставляющих нас выбирать тот или иной метод, состоит в том, что не все методы совместимы с проблемой. Однако необходимо помнить, что практически все пути для восстановления уже соединены в каждом из нас. Каждый из нас проживает свою неповторимую жизнь с тревогами, счастьем, потерями, делами, собственной оценкой происходящего в своем неповторимом теле. У каждого человека есть свой собственный ритм: ритм дыхания, сердцебиения, ритм циркуляции крови, ритм бодрствования и сна. Внутренний ритм рождает темп жизни, стремления, мотивацию, влияет на характер. Когда человек живет в соответствии со своим внутренним ритмом, он счастлив и активен. Травма нарушает природный ритм, останавливая естественное для человека течение жизни. Понимание этого и позволило появиться методике «Исцеляющее дерево «ТаТин» как синтез идеи гармоничного движения, которое рождается внутри человека и спонтанно проявляется в телодвижениях; техники арт-терапии и техники Питера Левина «соматическое переживание».

Цель: Исследование личной идентичности, содействие развитию спонтанности, создание системы ресурсов.

ным. «Во время творческой работы внимание человека обращено к собственному внутреннему миру, своим мыслям, переживаниям, образам, желаниям» (Лебедева Л.Д., 2003).

4. Этап вербализации.

Участник рассказывает сказку, психолог её записывает. Вербализация помогает улучшить самочувствие и в некоторой степени освободиться от внутренних переживаний.

5. Этап работы с ощущениями.

Если нужно, психолог читает сказку вслух, спрашивает о чувствах, которые вызывает сказка, предлагает войти в ритм со своими ощущениями, наблюдать за ними, за их изменениями, осознать их. Психолог наблюдает за реакциями и движениями участника, поддерживает и сопровождает его процесс. «В ходе работы с ощущениями происходят целительные процессы завершения и трансформации телесных реакций, разрядка и высвобождение энергии, которая была мобилизована при встрече с травмой» (Мазур Е.С., 2005).

6. Заключительный этап.

Рефлексивный анализ работы в атмосфере эмоциональной теплоты, эмпатии, заботы. Участник говорит об изменениях в самочувствии, восприятии себя.

Работа с духовными ценностями, вместе с методами психотерапевтической и психокоррекционной работы, помогает разрешить последствия травмы, найти смысл, в травматическом опыте, стать сильнее.

Отзывы пострадавших, прошедших реабилитацию

Председателю совета МНОО «Миротворческой Миссии имени генерала Лебедея», Мукомолу А.Ф.

Благодарственные письма

Мы, группа вынужденных переселенцев из Чеченской Республики, прошедшая медико-психологическую реабилитацию в г. Пятигорске с 25 марта по 7 апреля 2010 года. Выражаем искреннюю благодарность Вам и всем организаторам проекта, за Вашу чуткость, понимание, помощь в разрешении различных ситуаций. За те

ГЛАВА 5. МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ С ЖЕРТВАМИ ВОЕННЫХ КОНФЛИКТОВ, ТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ АКТОВ И ДРУГИХ ФОРМ СОЦИАЛЬНОГО ЭКСТРЕМИЗМА

«ДОСТИЧЬ ВОДЫ, НЕВЗИРАЯ НА КАМНИ»

ВОЗМОЖНОСТИ И ПРОТИВОРЕЧИЯ РАБОТЫ С ТРАВМОЙ НА СЕВЕРНОМ КАВКАЗЕ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНОЙ РАБОТЫ С ПСИХОТРАВМОЙ

Симон Линдорфер и Сесиль Дрюэ

Данная статья написана двумя авторами: Симон Линдорфер, независимым терапевтом, специализирующимся на работе с травмой, международным тренером-консультантом в области психотравмы, которая написала введение и обзор международного опыта, а также ведущейся в настоящее время дискуссии по работе с травмой как элемента психологической помощи (параграфы 1,2 и 3). Соавтором статьи является Сесиль Дрюэ, координатор проекта «Гуманитарный диалог на Северном Кавказе» со стороны Швейцарского фонда мира swisspeace, которая обобщила опыт психологической работы на Северном Кавказе и сравнила его с опытом работы в других регионах мира. Она также сформулировала предложения по будущему развитию проекта в свете уроков, усвоенных в рамках изучения международного опыта (раздел 4).

деревьев пустыни. Птицы отдыхали в ее кроне, а люди находили под ней убежище от песчаных бурь. И однажды она вновь почувствовала себя счастливой.¹

Эта небольшая притча описывает хорошо исследованную психологию травмы, но может быть понятна даже неграмотному человеку, который интуитивно чувствует ее правду. Эта история важна тем, что в ней отражаются основные положения, характеризующие процесс избавления от психологической травмы:

Во-первых, пальма уже имеет все, что ей необходимо для роста, несмотря на вонзившийся в нее камень; в этой истории нет внешнего вмешательства, нет могущественного помощника, который появляется откуда-то, словно супермен и чудесным образом удаляет камень с помощью каких-то сложных технологий; в истории рассказывается, что пальма достигает воды, которая всегда была под нею, хоть и в пустыне.

Во-вторых, эта история имеет счастливый конец, однако большинство людей, которые действительно пережили очень болезненный опыт – людей, несущих в душах свои собственные камни – обычно остаются несчастными до самого конца, поскольку они действительно всегда надеются на волшебное вмешательство, на то, что этот камень может быть однажды растворен, и жизнь станет такой, как прежде. Понимание того, что этот камень останется навсегда – и в определённых случаях будет уходить все глубже – является крайне болезненной частью травмотерапии и напоминают как терапевту, так и его клиенту о том, что необходимо сохранять смирение в этом отношении.

Третья истина открывается тогда, когда людей просят – в рамках семинаров или терапии – нарисовать свое дерево, камень и воду. В большинстве случаев камень и вода оказываются как частью личности, так и частью общества. Травма, особенно полученная в результате рукотворных катастроф, всегда содержит в себе психосоциальное измерение, в рамках которого боль причиняет не только

¹ Полностью эта история раскрывается в книге: Lindorfer, S. (2007). *Sharing the Pain of the Bitter Hearts. Liberation Psychology and Gender-Based Violence in Eastern Africa*. Münster: LIT Verlag, с. 415f.

двусторонний характер, и именно к этому авторы стремятся в своей работе. Насколько опыт, полученный в других регионах мира, сравним с опытом работы на Северном Кавказе? Каковы отличия между ними? Каковы уроки, полученные на Северном Кавказе? И, как тот опыт, который получен народами Северного Кавказа, их методы преодоления проблем, работы с психотравмой в условиях сохраняющейся небезопасности могут быть плодотворными, чему они могут научиться друг от друга и как могут поддержать усилия друг друга? И, наконец, как анализ всего этого знания может помочь в предотвращении конфликтов в этом особенном регионе мира?

5.2. Критические голоса международного опыта: работа с психотравмой как спорное поле вмешательства

Оглядываясь назад на более чем двадцатилетний опыт работы с психотравмой в международном контексте, можно обнаружить достаточно смешанные результаты: проекты по работе с травмой как часть международного реагирования на природные катастрофы и войны, стали играть важную роль лишь в конце 1980-х гг. Они достигли своего пика в 1990-е гг., который практически совпал с геноцидом в Руанде и гражданской войной в Югославии. Оба эти места оказались практически “наводнены” гуманитарными организациями и международными экспертами, предлагающими свои услуги в области работы с травмой. С этого момента бюджеты и интересы к проектам по работе с травмой стабильно возрастали.

Как же возник тот «травматический ажиотаж»? В своём введении к книге «переосмысление военной травмы» Патрик Бракен (Patrick Bracken) и Селия Петти (Celia Petty) ссылаются на различные причины подобного развития ситуации. Они отмечают, с одной стороны, позитивный характер этого явления, поскольку он свидетельствует об уровне реакции общества, идущей дальше базовых потребностей переживших подобные катастрофы и рассматривающего их более глубоко. Однако, с другой стороны, они отмечают ту серьезную критику, которая обрушилась на эти усилия. Согласно двум

грады после войны и предложили провести публичные слушания по своим военным преступлениям, тем самым вызвав серьезные вопросы в отношении объяснения Вьетнамской войны как «просто войны». Антивоенно-настроенные ветераны в США организовали масштабные программы психологической помощи и провели системное исследование по теме военной травмы. В 1980 г. Американская психиатрическая ассоциация впервые включила в свой справочник умственных расстройств – Справочник по диагностике и статистике (**Diagnostic Statistical Manual**) – **характеристики синдрома** психологической травмы, получившей название «посттравматического стрессового расстройства». Благодаря этому формальному определению завершилась длительная борьба за признание людей, переживших природные и рукотворные катастрофы различных видов, психологически пострадавшими.³

Однако, хотя этот диагноз исторически открыл важные новые возможности для переживших травму людей быть признанными обществом как пострадавшие, получить доступ к лечению и компенсациям, сама концепция ПТСР подверглась обширной критике. Критика была направлена преимущественно на некритическое перенесение индивидуальной диагностической категории расстройства в контекст массового насилия и гуманитарного вмешательства. Автор хотел бы выделить ряд важных слабых мест и проблем, связанных с концепцией ПТСР, а также обратиться к коллегам с Северного Кавказа с просьбой, поделиться собственным опытом полезности этой концепции в их региональном контексте.

Прежде всего, сама приставка «пост-» в определении ПТСР может быть поставлена под вопрос, учитывая тот факт, что во многих регионах мира – а также во многих регионах Северного Кавказа – травматическая ситуация не осталась в прошлом, а продолжается⁴, в отличие от случая, скажем, дорожных аварий. И даже, когда

³ Для более подробного ознакомления с историей вопроса см.: Herman, J. (1992). *Trauma and Recovery, From Domestic Abuse to Political Terror*. London: Basic Books, с. 28.

⁴ См.: Becker, D. (1995). **The Deficiency of the Concept of Posttraumatic Stress Disorder when dealing with victims of human rights violations**. In R. J. Kleber, C. R. Figley & B. P. R.Gersons (Eds.), *Beyond Trauma: Cultural and Societal Dynamics* (pp. 99-110). New York: Plenum Press.

опытом.⁵ По мнению автора, слова «восстановление после травмы» и «излечение травмы» в условиях сохраняющейся небезопасности порою являются выражением терапевтической мегаломании, нежели честным экспертным заключением. Что мы действительно **можем** сделать в условиях сохраняющейся небезопасности, так это помочь дотянуться до «воды», чтобы обеспечить рост, несмотря на вонзившиеся в сердце «камни».

Другой линией критики концепции ПТСР является вопрос культурной чувствительности и применимости определенных симптомокомплексов в иных культурных контекстах: ПТСР концептуализируется как универсальный набор типичных симптомов, которые в большей или меньшей степени проявляются в самых различных культурах. Однако даже если сходства и могут быть найдены, эти «симптомы» отнюдь не обязательно будут означать то же самое для разных людей и отнюдь не обязательно могут быть истолкованы таким же образом, как патологические проявления. Беженцы из Камбоджи, например, демонстрируют ряд симптомов, таких как летаргия, головные боли и беспокойство о том, что случилось с их семьями, которые остались там. Однако, согласно Пельцеру, этот синдром обычных камбоджийских реакций на травму, который сами камбоджийцы называют «камбоджийская болезнь», понимается в обществе как культурное выражение перенесенной тяжелой утраты и, таким образом, в сущности, является конструктивной реакцией, связанной с годовщинами или церемониями поминовения.⁶ Другими словами, то, что диагностическая концепция назвала бы расстройством, является выражением духовного почитания и связи с покойными.

Помимо культурно различающихся *интерпретаций* «симптомов», *определение* травмирующего воздействия опыта также варьируется в различных культурах. То, что в действительности происходит после и вследствие травмирующего события, часто оп-

⁵ Более подробное описание «модели фазов» см.: Herman, J. (1992), *Trauma and Recovery*.

⁶ См. Pletzer, K. (1996). *Counselling and Psychotherapy with Victims of Organised Violence in Socio-cultural context*. Frankfurt: Verlag für interkulturelle Kommunikation, here: p. 179.

темной семейной терапии (включая и автора данных строк) часто отмечают, что от реакций, связанных с травмой, страдает **не только** само лицо, пережившее травмирующие события, но и его дети, даже если они и не осознают полностью то, что произошло с их родителем. Из опыта автора как травмотерапевта, работавшего с беженцами и лицами, ищущими политического убежища, следует, что из-за молчания в семьях о том, что случилось в их родной стране дети начинают демонстрировать симптомы вторичной травмы, такие как ночные кошмары, оказывающиеся очень привязчивыми и страшными, а также классические посттравматические симптомы. Автор помнит курдскую семью, в которой отец прошел через пытки в турецкой тюрьме и заработал болезнь сердца после побега в Германию. Из-за активного лечения он спал по полдня, а в остальное время он находился в депрессии и смотрел телевизор без остановки. Трое его детей в возрасте 6, 7 и 9 лет на этот момент не знали о событиях в Турции, даже его жена ничего не знала, поскольку она и дети не находились в своем доме, когда их муж и отец был похищен оттуда. И хотя отец сам никогда не обращался за терапией, но проходил лечение своей болезни сердца, обнаружилось, что его шестилетний сын страдал серьезными кошмарами и другими поведенческими расстройствами и не хотел ходить в школу, поскольку он боялся, что что-то может случиться с его отцом, пока его не будет дома. Сын не знал, что его отец был арестован турецкой полицией. Однако он фактически открыл для себя это событие – он опасался, что его отец вновь может быть похищен и подвергнут пыткам – хотя и не прошел сам через эти события, а отец никогда не рассказывал ему об этом. Этот тип «вторичной травмы» отнюдь не редок в семьях переживших травматический опыт, он не захватывается при индивидуальном диагностировании ПТСР, однако оказывается крайне важным в понимании последствий травмы.⁹

Еще одним изъяном, которым бы хотелось завершить данный анализ диагностического термина ПТСР, является определение времени. В последнем издании Справочника по диагностике и ста-

⁹ See also the examples quoted in Becker, D. (1995). The Deficiency of the Concept of Posttraumatic Stress Disorder when dealing with victims of human rights violations.

реживших травматический опыт, наступление симптомов оказалось отложено на 50 и более лет, и далеко не всегда врачам удавалось своевременно увязать эти проявления с пережитым травматическим опытом их юности.¹²

б) Критика с точки зрения мета-перспективы: является ли ПТСР правильным подходом в контексте войны, нарушений прав человека и терроризма?

Помимо этих конкретных проблем определений и присущих им изъянов, обозначенных выше, существует также критика на более фундаментальном уровне. Авторы формулируют главную претензию этой критики следующим образом: Правильно ли вообще – по определению – использование вырванного из контекста и исторической ситуации диагноза и концепций его лечения применительно к исторически и социально различающимся феноменам массового насилия?

Ответ на этот вопрос очень важен, поскольку он определяет то, каким образом мы рассматриваем людей, переживших подобное насилие. Когда в контексте системного насилия, коренящегося в определенных социально-политических и исторических условиях, мы обращаем свой взор на переживших его, навешивая на них ярлык имеющих расстройство – «травмированные» – и нуждающихся в терапевтической помощи, мы деполитизируем и деконтекстуализируем их страдания и в итоге патологизируем людей вместо того, чтобы патологизировать и раскрывать сами структуры, которые привели к образованию этих психологических и социальных ран.¹³ Подменяя политический анализ психодиагностикой, мы непреднамеренно рискуем стать молчаливым соучастником тех политических систем, которые применяют насилие в отношении своих граждан. Дэвид Беккер

¹² Личное общение в ходе различных тренингов.

¹³ Этот анализ подробно описан в работах И. Мартина-Баро (I. Martín-Baró), которые будут цитироваться ниже в данной статье, однако данные были собраны различными практиками, особенно в Латинской Америке. См.: Martín-Baró, I. (Ed.). *Psicología social de la Guerra: trauma y terapia*. San Salvador: UCA Editores

тания, нежели я. Я пришла к вам, потому что думала, что вы можете предоставить мне жилье, так что это недоразумение. Я не могу спать в общежитии для ищущих политического убежища, эти люди так шумят, и я не хочу делить комнату с кучей других людей. Поэтому если вы не можете мне помочь в этом деле, я лучше пойду». Автор была очень впечатлена ее инстинктивным отказом от помощи, которая – в результате навешивания на нее ярлыка «терапия» – приуменьшала и опошляла ее политическую борьбу, ее личную жертву, идеалы, которые давали ей невероятную силу справляться с болью, через которую она прошла.¹⁵

Деполитизация оказывается особо проблемным подходом в тех странах, где правовая система оказывается разрушена, и где государство не может регулировать насилие и преступность. Это свойственно многим пережившим войну странам и регионам, где финансируются и технически поддерживаются международным сообществом проекты по работе с травмой. В подобных местах существует опасность того, что работа с травмой может быть встречена как своего рода суррогатное вмешательство с целью оказания формального правосудия с целью «поддержать» жертв нарушения прав человека без попытки «раскачать лодку» политики. Это – преимущественно скрытое – предположение, однако, является противоречащим само себе, поскольку, как уже говорилось выше: мы не можем думать о «лечении» переживших травму с помощью терапевтического вмешательства, вне зависимости от того, насколько «современные» и «глубоко изученные» методы могут использоваться и насколько хорошо подготовлены терапевты, если исполнители этих нарушений прав человека до сих пор находятся у власти и могут легко повторить свои действия вновь и вновь без опасений быть наказанными за это. Травматерапия не должна рассматриваться как чистая техника, которая помогает жертвам справиться с несправедливостью, поскольку иначе она приведет не к воодушевлению людей и наделению их новыми силами, а к манипуляции и превращению в своего рода

¹⁵ См. аналогичный опыт переживших пытки, описанный Agger & Jensen в рамках раскрытия их метода свидетельских показаний: Agger, I. & Jensen, S. B. (1990). *Testimony as ritual and evidence in psychotherapy for political refugees*. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 115-130.

народным организациям финансировать психологические проекты, направленные на помощь гражданскому населению мужского пола. По данным исследования, именно эта группа оказывается очень уязвимой психологически. Мужчины во многих конфликтных регионах часто утрачивают свои традиционные роли кормильцев и защитников своих семей, являющиеся для них двумя важнейшими источниками самоутверждения. Их утрата порой проявляется весьма деструктивным образом, угрожая социальному миру не меньше собственно конфликтующих сторон.¹⁸ Тем не менее, в большинстве регионов практически не существует отдельных проектов, нацеленных на мужчин, и международные доноры практически не интересуются ими. Мужчины рассматриваются как источник проблем, они являются частью проблемы и не заслуживают статуса жертвы, который дал бы им доступ к участию в психологических проектах, где они смогли бы найти помощь в преодолении собственных травм. Эта помощь внесла бы существенный вклад в разрешение многих проблем в семьях.

Кроме того, предоставление «статуса жертвы» зачастую может приводить к усилению чувства беспомощности и жертвенности, тем самым вступая в противоречие с главными принципами тавматерапии. Это частое явление в проектах помощи жертвам изнасилований, особенно в таких местах, где эта тема активно освещается международным сообществом. Однако определение «переживших насилие» в качестве «жертв» – которыми они, безусловно, являются с точки зрения нарушения прав человека – в ситуации излечения травмы может непредумышленно навязать эту идентичность женщинам и девочкам, прошедшим через этот ужасный опыт. Зачастую пережившие подобное воспринимают себя в меньшей степени жертвами изнасилования, а в большей – просто бедными женщинами, школьными изгоями, либо одинокими матерями; и они воспринимают свои страдания как что-то очень отличное от страданий других, поэтому они болезненно воспринимают пренебрежение этими

¹⁸ Это результат оценки нужд, проведенной в Северной Уганде, где респонденты в лагерях внутриперемещенных лиц сообщали автору данной статьи, что люди больше боятся внутрисемейного и внутриобщинного насилия, нежели насилия со стороны повстанцев (Неопубликованный консалтинговый доклад для Caritas Germany).

реализующих проекты в области психологической помощи и умственного здоровья, основанных на усвоенных уроках. Второй подход, который хотелось бы представить более подробно, заключается в изменении точки зрения на проблему; он более радикален в своем буквальном смысле – поскольку ориентирован на корни проблемы – и призван создать новые горизонты для проектов в области работы с психотравмой, трансформировав их с точки зрения психологии освобождения. Оба этих подхода, по мнению автора, могут быть объединены, тем самым стимулируя критическое мышление и критическую реализацию.

а) Создание стандартов и руководств на примере международной работы с психотравмой:

Оценка «травматического бума», произошедшего в 1990-е гг., показала, что результаты подобного вида вмешательства «не всегда были благоприятными, а во многих случаях наносили ущерб»; например, доклад «МККК World Disaster Report» за 2000 г. подверг резкой критике международные инициативы в области умственного здоровья и призвал к срочной разработке стандартов этой работы.¹⁹ Таким образом, международные практики и агентства фактически начали совместную работу над инструкциями и международными стандартами. Два подобных документа могут представлять особый интерес для коллег с Северного Кавказа, поэтому будет уместно их упомянуть: это «Инструкции по проведению международных тренингов в области умственного здоровья и психологического вмешательства для групп населения, подвергшихся травматизации, в клинических и полевых условиях» (**Guidelines for International Training in Mental Health and Psychosocial Interventions for Trauma Exposed Populations in Clinical and Community Settings, 2002**), которые были выработаны в рамках годового процесса консультаций рабочей группой Международного общества исследований травматического стресса (**International Society for Traumatic Stress Studies**);

¹⁹ Weine, S., Danieli, Y., Silove, D. et al. (2002). Guidelines for International Training in Mental Health and Psychosocial Interventions for Trauma Exposed Populations in Clinical and Community Settings. In *Psychiatry* 65 (2), cc.156-164, here: c.157.

Оценка потребностей с помощью участия

С первой идеей тесно связан второй ключевой стандарт, а именно обязательство в первую очередь оценивать потребности сообщества, а не исходить из того, что эксперты в области психического здоровья и травмы уже знают, в чем нуждается и чего хочет население, находящееся в определенных условиях, как будто бы эти потребности и желания универсальны. Сообщества, которые прошли или все еще проходят через травматический опыт, могут иметь другие приоритеты, нежели программы психического здоровья, и их приоритеты должны восприниматься серьезно, и не только с точки зрения прав человека на самоопределение, но и с психологической и травматологической позиций. Люди, которые только что прошли через ужасающие события, в первую очередь нуждаются в безопасности и стабильности. Они нуждаются в условиях, в которых они смогут самостоятельно активно реагировать на происходящее, поэтому это крайне важно для их будущих возможностей справляться с последствиями травмы самостоятельно и сохранять чувство контроля над ситуацией. В этой связи, осуществление прямолинейного вмешательства без предварительной оценки нужд противопоказано.

Нельзя фокусироваться только на травме, необходима целостная система поддержки

Учитывая растущие свидетельства того, что ПТСР слишком узок как категория для действительного описания психологических и социальных последствий войны и других жестокостей в отношении людей, справочники не рекомендуют фокусироваться лишь на этом, вместо этого призывая практиков быть открытыми для более широкого поля психологических проблем, поскольку «исключительное акцентирование внимания на травматическом стрессе может привести к игнорированию многих других ключевых проблем психического здоровья и психосоциального состояния людей».²² Этот расширенный фокус предполагает не только акцентирование внимания на специально выделенной группе уязвимых лиц (например, детей-сирот, вдов и т.п.), но и на социальной ткани в целом, том, как она может быть восстановлена, чтобы семьи и сообщества могли лучше позаботиться об этих уяз-

²² *ibid.*, p.13.

ния исцеления травмы. Поэтому перед экспертами в области работы с травмой стоит задача обеспечить, чтобы эти услуги могли быть предоставлены людям таким образом, чтобы способствовать преодолению ими последствий травмы и укреплению их готовности бороться за свое будущее. Таким образом, в пирамиде специализаций, предоставление базовых услуг и безопасности оказывается первым и самым основным слоем.

Следующий слой касается поддержки со стороны семьи и сообщества. Многие люди могут стабилизировать свое состояние, если имеют возможность воспользоваться системами поддержки со стороны семьи и сообщества, ощутив, что они не одни, что есть люди со схожим опытом, и что они могут найти понимание и быть принятыми другими. Создание женских групп и молодежных клубов, либо деятельность по обустройству места жительства, активирующая социальные связи, являются частью этого второго слоя.

Третий слой касается меньшей группы людей, которые нуждаются в целенаправленной, но неспециализированной поддержке, например, в помощи работника здравоохранения, который, к примеру, может быть должным образом подготовлен не только оказывать медицинские услуги женщинам и девушкам, пережившим сексуальное насилие, но и уметь выслушать их внимательно и помочь стабилизировать их состояние, оказав первую психологическую помощь.

И, наконец, последний и наиболее специализированный слой предполагает услуги настоящих экспертов, необходимые небольшому количеству переживших травмирующую ситуацию людей. Эти услуги включают в себя консультации подготовленных специалистов, включая психиатров, которые умеют работать в том числе и с глубинными расстройствами психики.

Подход, ориентированный на сообщество, учитывающий культурно чувствительные моменты.

Учитывая вышесказанное о многоуровневом подходе, принципиально важно, тем не менее, чтобы каждое вмешательство производилось на уровне сообщества: именно в сообществах выжившие находят либо поддержку, либо сталкиваются с отторжением; именно там происходит самая важная работа по стабилизации. Поддержка

ются в постоянном наблюдении и в участии в семинарах, на которых они могут говорить о собственном чувстве ужаса и беспомощности.

По мнению автора, данная потребность в самопомощи остается важной проблемой во многих странах, в которых добровольцы могут быть хорошо обучены помогать сообществам осуществлять преодоление, но при этом сами лишены адекватной поддержки и помощи. Они работают в достаточно изолированных местах, имеют дело по большей части с трудными случаями и не получают достаточного вознаграждения.

b) Раздвигая «новые горизонты»: Психология освобождения и ее потенциал для фундаментального пересмотра методологии устранения травм в условиях массового насилия²⁴

Далее, хотелось бы предложить другой подход к пересмотру существующей методологии работы с травмой, который, возможно, является более радикальным, чем определение руководящих принципов, регламентирующих установившуюся практику. Данный подход ставит перед психологией и, в частности, терапией психосоциальной травмы задачу раздвижения «новых горизонтов». Данный подход связан с личностью и деятельностью Игнацио Мартин-Баро (**Ignacio Martín-Baró**) – иезуита, теолога и профессора социальной психологии в Центральноамериканском университете (Сан-Сальвадор), убитого в 1989 г. Мартин-Баро призывал психологию внести важный вклад в историю Латинской Америки, а именно пересмотреть собственную теорию и практические инструменты, взглянув на мир глазами страдающих народов, населяющих континент.²⁵

Как все модели освобождения, развивавшиеся в Латинской Америке в 1960-е гг., психология освобождения выстраивает свою методологическую программу с позиции тех, кто страдает от не-

²⁴ Далее см. докторскую диссертацию: Lindorfer, S. (2007). *Sharing the Pain of the Bitter Hearts. Liberation Psychology and Gender-Based Violence in Eastern Africa*. Münster: LIT Verlag.

²⁵ See Martín-Baró, I. (1996). *Toward a Liberation Psychology*. In: Writings from A.Aron & S.Corne (Eds.). *Writings for a Liberation Psychology: Ignacio Martín-Baró*, here: p.25.

чески ущербным – ограниченное проблемами отдельных людей, и не учитывающее системное измерение травмы – что уже получило критическую оценку. А «...если работа психологов ограничивается лишь лечением, она может просто стать паллиативной, что способствует неизменности положения, которое порождает и умножает те несчастья, которые психология стремится устранить. Таким образом, (...) мы не можем ограничить себя лишь преодолением посттравматического стресса. Наш анализ должен быть обращен к корням этих травм и, следовательно, к самой войне как психопатогенному состоянию общества»²⁷.

Понимание травмы как психосоциального явления делает логичным вывод о необходимости восстановления от нее не только на индивидуальном, но и на общественном уровне. Это означало для Мартин-Баро обращение к травмирующим структурам, которые ранили и продолжают ранить отдельных людей, что влекло за собой усилия по оздоровлению отношений различных социальных групп. Поэтому в его представлении психотерапия должна быть связана с социально-политической терапией. Только так можно подтолкнуть процесс восстановления.

Работа по освобождению от травмы как путь к формированию самосознания.

В связи с вышесказанным следует отметить, что центральное место в концепции освободительной психологии Мартин-Баро занимала популярная идея о «формировании самосознания», авторство которой принадлежало бразильцу Паулу Фрейре (**Paulo Freire**). Под формированием самосознания следует понимать процесс осознания людьми своего личного и общественного бытия, а также восстановления ими «авторских прав» на собственные жизни. Речь идет о широком, в плане открывающихся возможностей и способностей, процессе формирования личной идентичности, формирующем критическое мышление у тех, кто ставит под сомнение существующие общественные структуры.

²⁷ Martín-Baró, I. (1996). War and the Psycho-social Trauma of Salvadoran children. // Writings from A.Aron & S.Corne (Eds.) (1996). *Writings for a Liberation Psychology*. Ignacio Martín-Baró. Cambridge / London: Harvard University Press, p.122.

Необходимы готовность к сотрудничеству, осуществлению мультидисциплинарного подхода и, в конечном счете, приверженность решению политических задач на благо перенесших травмы, которым психотерапевты хотят помочь «добраться до воды».

5.4. «Добраться до воды» на Северном Кавказе: как обсуждение на международном уровне может обогатить опыт проекта «Гуманитарный диалог»? Несколько предложений для дальнейшего обсуждения

Этот подраздел раскрывает применимость международного опыта в ситуации на Северном Кавказе. Кроме того, будут сделаны некоторые предложения для проведения в будущем мероприятий по социально-психологической реабилитации в рамках проекта «Гуманитарный диалог на Северном Кавказе (ГД)».

«Наведение мостов» между международным опытом и ситуацией на Северном Кавказе (ГД)

Данный абзац рассматривает северокавказский опыт деятельности по преодолению травмы³⁰ через призму некоторых идей и «выученных уроков», затронутых в настоящей статье.

Контекстуализация деятельности по преодолению травмы

В сфере психосоциальной реабилитации на Северном Кавказе проведено много ценной работы. И это несмотря на проблемы с финансированием, политической поддержкой и, иногда, с безопасностью. Многие из предпринятых инициатив были реализованы добровольно, и вследствие этого можно говорить об их глубокой взаимосвязи с социально-политическими условиями и характеристиками местного населения. Примером служит деятельность НПО «Психея» в Дагестане, в Северной Осетии - работа центра «Доверие» и Божьявленского монастыря, в Грозном – работа Центра психолого-педагогической реабилитации и коррекции, в Ингушетии

³⁰ Сравни: часть 4 настоящего пособия.

ваться лишь на травме, как таковой. Для страдающих людей должна быть создана интегрированная система поддержки. Такая система не обязательно подразумевает выполнение сложных и дорогостоящих мер помощи. Малые, но конкретные шаги способны улучшить социально-экономическую ситуацию и облегчить страдания.

Примером осуществления подобной интегрированной поддержки служит работа «Комитета солдатских матерей» (по всей России и на Северном Кавказе), действия которых, разнообразны по форме и не признают межэтнических границ. Как сказала нам «мать» из Воронежа, помощь в ремонте квартиры, оборудование учебного места для сына или дочери, установление небольшого памятника неизвестному солдату могут принести не меньшее облегчение потерявшим своих близких, чем курс медико-психологического лечения.

Работа на разных уровнях

Последней идеей, почерпнутой из международных «стандартов» работы по преодолению травмы, станет утверждение, что она не может и не должна выполняться только лишь психологами и экспертами-травматологами. Разные аспекты данной работы выполняются представителями различных профессиональных и социальных групп.

Первый уровень «пирамиды специализации» это обеспечение основных требований безопасности и стабильности, подразумевающее наличие функционирующей системы, в основе которой - взаимная правовая и политическая поддержка государства и общества. Таким образом, работа по реабилитации, в широком смысле, преследует цель повышения человеческой безопасности, подпитывая диалог между властями и гражданским обществом о потребностях и проблемах населения. Это и есть та социально-политическая основа, опираясь на которую мы должны приступить к «гуманитарному диалогу».

На втором уровне поддержка травмированных людей должна осуществляться их сообществами и семьями. Как мы – психологи и сотрудники НПО – можем повлиять на этот элемент системы социальной поддержки, добиваясь того, чтобы травмированные почувс-

5.5. Несколько мыслей о работе по преодолению травмы в рамках проекта «Гуманитарный диалог на Северном Кавказе (ГД)»

Следующие вопросы, затронутые в настоящей статье, по-моему, имеют определяющее значение для дальнейшего развития проекта «Гуманитарный диалог на Северном Кавказе» и, особенно, для его реабилитационного компонента, реализуемого ММГЛ в сотрудничестве с местными организациями-партнерами:

а) Лечение травмы, или расширение прав и возможностей?

В условиях нестабильности и отсутствия гарантированной безопасности в республиках Северного Кавказа, где структуры власти и правоохранительные органы в течение 20 лет не могут обуздать насилие и преступность, полное излечение от травмы невозможно. Что мы можем сделать, так это помочь людям, как пальмам, дотянуться до воды своими корнями, а дальше продолжать расти, несмотря на все камни, лежащие у них на сердце.

Как может проект ГД помочь страдающему населению перестать чувствовать себя жертвой, а также побудить людей взять их судьбы в свои руки? Как мы можем вовлечь в данный процесс не только традиционно уязвимые группы населения (женщин, молодежь, ВПЛ), но и, в равной степени, мужчин, в частности, бывших участников в конфликтах, страдания которых могут найти выход в новых формах насилия в отношении их самих и их окружения?

б) Страдания индивидуума или социума?

Психологи и международные донорские организации стоят перед соблазном трактовать травму как проблему индивидуумов, закрывая глаза на то, что за ней стоят глубинные социально-политические структуры, которые, на самом деле, и являются причиной данного психологического недуга. Однако деполитизированное и

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдурахманов Р.А. Психологические проблемы послевоенной адаптации ветеранов Афганистана // Психологический журнал. № 1, 1992. С. 131-134.
2. Абросимова, Е.А. Кризис развития: Автобиографическая ретроспектива. Астрахань: Астраханский университет, 2008.
3. Алдер Х. НЛП: современные психотехнологии. СПб.: Питер, 2000.
4. Александров А. А. Личностно-ориентированные методы психотерапии. СПб.: Речь, 2000.
5. Александровский Ю.А. Пограничная психиатрия и современные социальные проблем. Ростов-на-Дону: Феникс, 1996.
6. Александровский Ю.А. Психические расстройства во время и после чрезвычайных ситуаций // Психиатрия и психофармакотерапия. №4. 2001.
7. Александровский Ю. А. Пограничные нервно-психические расстройства. Руководство для врачей. М.: Медицина, 1993.
8. Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И, Щукин Б.П. Психогении в экстремальных условиях. М.: Медицина, 1991.
9. Алексеева Л.С. Последствия страха, тревоги и гнева // Директор школы. № 6. 2000. С. 71–80.
10. Алексеева Л.С. Психологическая помощь пострадавшим от семейного насилия: научно-методическое пособие. – М.: ГосНИИ семьи и воспитания, 2000.
11. Алиев Х.М., Захаров В.В., Степанова Н.В., Виржанская Е.А. Купирование острого стресса и антистрессовая подготовка к экстремальным ситуациям // Московский терапевтический журнал. Специальный выпуск: экстренная психологическая помощь. № 4. 2006. С. 131-142.
12. Амбрумова А.Г., Постовалова Л.И. Социальные и клинико-психологические аспекты самоубийств в современном мире // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. № 1. 1991.С. 26–38.

- методология / Под ред. Фенько А. Б., Игнатъева Н. С, Локтаева М. Ю. М.: МПЖ, 1999. С. 142-167.
27. Беккер Д. Помощь жертвам организованного насилия: работа с психической травмой // Этнополитический конфликт: пути трансформации. М.: Наука, 2007. С.502 -518.
 28. Берковская М.И., Родионов А.В., Сухоруков Н.В. Психотерапевтические воздействия в процессе формирования стрессоустойчивости участников антитеррористических операций // Материалы V Всероссийской научно-практической конференции по психотерапии и клинической психологии «Душевное здоровье человека – духовное здоровье нации». М., 2002.
 29. Бермант-Полякова, О.В. Посттравма. Диагностика и терапия. СПб.: Речь, 2006.
 30. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление. М.: ПЕР СЭ, 2006.
 31. Боев И.В. Жертвы терроризма (психология, психопатология и терапия). Пособие для врачей и клинических психологов. Ставрополь: СГМА, 2003 г.
 32. Бойко Ю.П., Каминский Г.Д., Сельцовский П.П., Аппенянский А.И., Кыров Н.Е., Гончарова Э.Л., Петухов В.А., Каминская Э.В. Научное обоснование стратегии развития психотерапевтической и медико-психологической помощи в чрезвычайных ситуациях и при их последствиях // Методические рекомендации (№32). М.: Комитет здравоохранения. Правительство Москвы, 2001.
 33. Большой энциклопедический словарь / Гл. ред. А.М. Прохоров. М., СПб.: Большая Российская энциклопедия; Норинт, 1997.
 34. Булыко В.И., Рустанович А.В. Динамика психофизиологических показателей у военнослужащих в условиях локального вооруженного конфликта // Морской медицинский журнал. № 6. 1996. С. 14-17.
 35. Бурмистрова Е.В. Психологическая помощь в кризисных ситуациях (предупреждение кризисных ситуаций в образовательной среде) // Методические рекомендации для специалистов системы образования. М.: МГППУ, 2006.
 36. Бьюдженталь Дж. Искусство психотерапевта. СПб.: Академический проект, 2001.
 37. Вагин И. Психология жизни и смерти. СПб.: Питер, 2002.

50. Догадана М. А., Пережогин Л. О. Выявление, профилактика, реабилитация потерпевших. М.: Сам себе адвокат, 2000.
51. Ениколопов С. Посттравматическое стрессовое расстройство: некоторые проблемы. – М.: Наука, 2005.
52. Ениколопов С.Н. Дети и психология агрессии // Школа здоровья. №3. 1995.
53. Еремина Т.И., Крюкова Н.П., Логинова Ю.Ю. Социально-психологическая адаптация граждан, принимавших участие в боевых действиях, <http://pmuc.ra/eis/pdf/14.pdf>. 2003.
54. Ещенко Н.Г. Негативные психические состояния в деятельности сотрудников СОБР и пути преодоления их последствий. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. Тверь: ТГУ, 1997.
55. Зеленова М.Е., Лазебная Е.О., Тарабрина Н.В. Психологические особенности посттравматических стрессовых состояний у участников войны в Афганистане // Психологический журнал. Т. 18, № 2. 1997.
56. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Практикум по креативной терапии. СПб.: Речь, 2003.
57. Зиновьева Н.О., Михайлова Н.Ф. Психология и психотерапия насилия. Ребенок в кризисной ситуации. СПб.: Речь, 2003.
58. Знаков В.В. Понимание воинами-интернационалистами ситуаций насилия и унижения человеческого достоинства // Психологический журнал. N4. 1989. С.113-125.
59. Знаков В.В. Психологическое исследование стереотипов понимания личности участников войны в Афганистане // Вопросы психологии. N4. 1990. С.108-117.
60. Изард, К.Г. Психология эмоций / Пер с англ В. Мисник, А. Татлыбаевой, СПб.; Питер, 1999.
61. Йоманс Э. Самопомощь в мрачные периоды // Психосинтез и другие интегративные техники психотерапии / Под ред. А.А. Бадхена, В.Е. Кагана. М., 1997. – С. 108-136.
62. **Каган В.Е.** Новая психология и духовное измерение. СПб: Ин-т Гармония, 1995.
63. Каган В.Е. Ребенок и травма. Детские реакции на травму // Методическое пособие по работе с посттравматическими стрессовыми расстройствами. СПб.: Ин-т Гармония, 2001.
64. Калдеш Д. Внутренний мир травмы. М.: Академический проект, 2001.

77. Котенёв И.О. Психологические последствия воздействия чрезвычайных обстоятельств на личный состав органов внутренних дел. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М.: Академия МВД России, 1994.
78. Котенёв И.О. Психологические реакции работников милиции в чрезвычайных обстоятельствах и постстрессовые состояния: предупреждение и психологическая коррекция / И.О.Котенев // Психопедагогика в правоохранительных органах. №1(3). 1996. С.76-84.
79. Котенев И.О., Богданова М.Б. Террористический акт в Буденновске: постстрессовые состояния у работников милиции // Известия МЦПО и КНИ при ГУК МВД России. № 3. 1996. С. 49-56.
80. Котенев И.О.. Психологическая диагностика постстрессовых состояний у сотрудников органов внутренних дел. Методическое пособие для практических психологов. МЦ при ГУК МВД России. М.: Академия МВД России, 1997.
81. Кочюнас, Р. Психологическое консультирование. Москва.: Академический проект, 2004.
82. Кошелева А.Д., Алексеева Л.С. Психологическое насилие над ребенком в семье, его причины и следствия // Насилие в семье: с чего начинается семейное неблагополучие. М.: ГосНИИ семьи и воспитания, 2000.
83. Крок Л. Психологическое воздействие терроризма // Человек в экстремальных и трудных ситуациях. Руководство для психологов. Сборник методических статей / Под ред. О.В. Красновой / Пер с фр. М.М.Федотовой. М., Обнинск: НПЦ «Технограф», 2004. С.139-157.
84. Крысько В. Г. Этническая психология: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. 4-е изд. М.: Академия, 2008.
85. Крюкова М.А., Никитина Т.И., Сергеева Ю.С. Экстренная психологическая помощь: Практическое пособие. М.: НЦ ЭНАС, 2001.
86. Крюкова, М.А. Профессиограмма спасателя поисково-спасательной службы МЧС России: руководство. ГУ ЦЭПП МЧС России / М.А. Крюкова. М.: СЦЕМП «Защита», 2000.
87. Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия. СПб.: Речь, 2001.

100. Малашенко О.И., Новиков В.А., Ласков В.Б., Погосов А.В. Особенности клиники и лечения посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов // Воен-мед журн. Т. 330. № 3. 2009. С. 48-53.
101. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. М.: Эксмо, 2005.
102. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика. Новейший справочник. СПб., М.: Сова – Эксмо, 2003.
103. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации. М.: Эксмо, 2005.
104. Материалы 1-й Российско-Американской школы по работе с посттравматическим стрессом // Вестник РАТЭПП. № 2. 1995. С. 3-31.
105. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр: В 3 т. Пер. с англ. М.: Медицина, Женева: Всемир. орг. здравоохранения, 1998.
106. Меновщиков В.Ю. Психологическое консультирование. Работа с кризисными и проблемными ситуациями. М.: Смысл, 2002.
107. Мерфи Дж. Арт-терапия в работе с детьми и подростками, пережившими сексуальное насилие // <http://webcommunity.ru/939/>.
108. Методическое пособие по работе с посттравматическими стрессовыми расстройствами. СПб.: Ин-т психотерапии и консультирования Гармония, 2001.
109. Мещенина Т., Пашилова О. Особенности психологической реабилитации участников вооруженных конфликтов // Прикладная психология и психоанализ. №4. 2003. С.61-82
110. Миллер Л.В. Модель экстренной психологической помощи // Научно-практические и прикладные аспекты деятельности Центра экстренной психологической помощи ИЭП МГППУ / Отв. ред. И.А. Баева. М.: Экон-информ, 2011. С. 21- 54.
111. Миллер Л.В., Вихристюк О.В. Создание модели службы психологической помощи в экстремальных и чрезвычайных ситуациях. М: МГППУ, 2008.
112. Миллс Дж., Кроули Р. Терапевтические метафоры для детей и внутреннего ребенка. Пер. с англ. М.: Класс, 1996.
113. Минигалиева М.Р. Психологическая помощь первичным жертвам катастроф и террористических актов // Психология зрелости и старения. № 4 (16). 2001.

126. Паркинсон Ф. Посттравматический стресс: спасательные команды и добровольцы // Антология острых переживаний: социально-психологическая помощь. / Под ред. О.В. Красновой. М.: МПГУ; Обнинск: Принтер, 2002.
127. Попов Ю.В., Вид В.А. Современная клиническая психиатрия. СПб.: Речь, 2008.
128. Порядок межведомственного взаимодействия при оказании специализированной психотерапевтической, психологической и психиатрической помощи при ЧС в городе Москве. М.: Академия МВД России, 2006.
129. Посттравматическое стрессовое расстройство / Под редакцией академика РАМН Т.Б. Дмитриевой. М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2005.
130. Программа коррекционной работы с дезадаптированными военнослужащими / авторы-сост. Серов А.С., Жуков А.Н., Скоробогач Л.В., Ростов-на-Дону: РГУ, 2003.
131. Психологическая диагностика и коррекция постстрессовых состояний у сотрудников ОВД: Материалы семинара практических психологов служб и подразделений ГУВД г. Москвы. М.: Академия МВД России, 1997.
132. Психологическая помощь мигрантам /под ред. Г.У. Солдатовой М.: Смысл, 2002.
133. Психологическая работа в железнодорожных войсках Российской Федерации / под общ. ред. Якименко В.Г., М.: Академический проект, 1998.
134. Психологическая энциклопедия / Под ред. Р. Корсини, А. Ауэрбаха. 2-е изд. СПб.: Питер, 2006.
135. Психология экстремальных ситуаций / Под ред. В.В. Рубцова, С.Б. Малых. М.: Психологический институт РАО, 2008.
136. Психология экстремальных ситуаций: учебное пособие для студентов высш. учеб. заведений / Т.Н. Гуренкова, И.Н.Елисеева, Т.Ю.Кузнецова, О.Л. и др.: Под общ. ред. Ю.С. Шойгу. М.: Смысл; Академия, 2009.
137. Психотерапия в очаге чрезвычайной ситуации // Психосфера. № 4. 1998.
138. Пуховский Н.Н. Психопатологические последствия чрезвычайных ситуаций. М.: Академический проект, 2000.

151. Северный Кавказ в национальной стратегии России / под ред. В. Тишкова. М.: ФГНУ «Росинформагротех», 2008.
152. Сидорова В.Ю. Четыре задачи горя. Журнал практической психологии и психоанализа. № 1–2. 2001.
153. Синягина Н.Ю., Пазекова Г.Е., Пискунова Е.Ю. Психологическая реабилитация детей и подростков, подвергшихся насилию. М.: Вузовская книга, 2001.
154. Смирнов А.В. Последствия перенесенного стресса у лиц, потерявших близких. // Актуальные вопросы клинической и социальной психиатрии/ под ред. О.В. Лиманкина и В.И. Крылова. СПб.: Речь, 1999.
155. Соловьева С.Л. Психология экстремальных состояний. СПб.: ЭЛБИ, 2003.
156. Соонетс Р., Локо Я., Локо Т. и др. Недостойное обращение с детьми. Тарту: АО Атлекс, 2000.
157. Социальный стресс и психическое здоровье / под ред. Т.Б. Дмитриевской, А.И. Воложина. М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001.
158. Суицидология: прошлое и настоящее. Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и художественных текстах / Сост. А.Н.Моховиков. М.: Когито-центр, 2001.
159. Сухов А.Н., Деркач А.А. (ред.) Прикладная социальная психология. М. –Воронеж, Ин-т практической психологии – НПО «МОДЭК», 1998.
160. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога. СПб.: Сова, 2003.
161. Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние и проблемы // Психологический журнал. Т. 13. № 2. 1992. С. 14–29.
162. Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О., Зеленова М. Е. и др. Психологические характеристики лиц, переживших военный стресс // Труды Института психологии РАН. М.: ИП РАН, 1997. С. 254–262.
163. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001.
164. Тиунов С.В., Крылов М.Ю. Работа психологов с пострадавшими и родственниками погибших при пожаре в общежитии

178. Храмелашвили В.В. Психотерапевтическая помощь при опознании погибших при взрыве в Московском метро // Психология экстремальных ситуаций / Под ред. В.В. Рубцова, С.Б.Малых. М.: Психологический институт РАО, 2007. С. 295-297.
179. Черепанова Е.М. Саморегуляция и самопомощь при работе в экстремальных условиях. М. Наука, 1995.
180. Шамрей В.К., Лыткин В.М. К проблеме психического здоровья участников боевых действий. // Российский психиатрический журнал. № 6. 2007. С. 63-68.
181. Шех О.И., Сергеев С.С. Технологии психологической помощи в кризисных и экстремальных ситуациях. СПб.: ПГУПС, 2007.
182. Щербатых Ю. В. Психология стресса и методы коррекции. СПб.: Питер, 2006.
183. Юнг К. Г. Структура психики и процесс индивидуации. М.: Наука, 1996.
184. Юрьева Л.Н. История, культура, психические и поведенческие расстройства. М.: Сфера, 2002.
185. Якушин Н.В. Психологическая помощь воинам-афганцам в ... Беларусь // Психологический журнал. №5. 1996.
186. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия / Пер. с англ Т.С. Драбкиной. – М.: Класс, 2000.
187. Allen A., Bloom S.L. Group and family treatment of post-traumatic stress disorder // The Psychiatric Clinics of North America / Ed. D.A. Tomb. 1994, vol. 8. P. 425-438.
188. Da Costa J. M. // American Journal of Medical Sciences. 1871. №61. P. 17–52.
189. Danieli Y. Treating Survivors and Children of Survivors of Nazi Holocaust. Post-Traumatic Therapy, New York: Brunner/ Mazel, 1988.
190. Danieli Y. As survivors age: Part II // NCP Clinical Quarterly. 1994, vol. 4, P. 20-24.
191. Everly G. S. Jr. A clinical guide to the treatment of human resse. – N. Y.: Plenum Press, 1989.
192. Hart, B.B. & Hart, C. Managing Exam Anxiety. Contemporary Hypnosis, 1996. – 13(3), 84-88.
193. Herman J.L. Trauma and Recovery. New York. Basic Books. 1992.
194. Horowitz M. J. Stress Response Syndrome. N.Y., 1976.

КАК ПРЕОДОЛЕТЬ ПСИХОТРАВМУ И ВОССТАНОВИТЬ ДУШЕВНОЕ РАВНОВЕСИЕ

**Методическое пособие
по психотравмотерапии**

**Под редакцией
Л.В. Мищенко**

Формат 60x84/32. Печать офсетная, бумага офсетная
Усл. печ. л. 10,25. Тираж 1000. Заказ № 315
Отпечатано в типографии
ООО «Рекламно-информационное агентство на КМВ»,
г. Пятигорск, ул. Февральская, 54.
Тел. (879-3) 33-36-56, тел./факс (879-3) 39-09-03.