Министерство Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий

Центр экстренной психологической помощи

**ПСИХОЛОГИЯ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ**

**ДЛЯ СПАСАТЕЛЕЙ И ПОЖАРНЫХ**

Под общей ред. к. психол. н. Ю.С. Шойгу



**МОСКВА**

смысл

УДК 159.9:614.8.084(078) ББК 88.4я7 П 863

Авторский коллектив:

Гуренкова Т.Н., к.биол.н. (гл. 2,3,5), Елисеева И.Н. (гл. 11, 12), Кузнецова Т.Ю. (гл. 4), Макарова О.Л. (гл. 1), Матафонова Т.Ю. (гл. 9), Павлова М.В. (гл. 8, 9, 10), Шойгу Ю.С., к. психол.н. (Введение, гл. 6, 7, 8, 9, Заключение).

Рецензенты:

Зинченко Ю.П., доктор психол. наук, профессор Караяни А.Г., доктор психол. наук, профессор

П 863 Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных /

Под общей ред. Ю.С. Шойгу. М.: Смысл, 2007. - 319 с.

Учебное пособие, раскрывающее психологические основы состоя­ния и поведения людей в чрезвычайных ситуациях, написано коллекти­вом специалистов Центра экстренной психологической помощи МЧС РФ и основано как на зарубежном, так и на отечественном опыте. Пред­ставленный в книге материал посвящен проблемам психологии экстре­мальных ситуаций, стресса, оказания экстренной психологической помощи, а также вопросам профессионального здоровья специалистов, работающих в экстремальных условиях.

В первую очередь пособие ориентировано на будущих спасателей и пожарных, может быть интересно студентам и аспирантам психологи­ческих факультетов, психологам и психотерапевтам, работающим в об­ласти психологии экстремальных ситуаций.

УДК 159.9:614.8.084(078) ББК 88.4я7

ISBN 978-5-89357-253-7 © ЦЭПП МЧС РФ, 2007

© Издательство «Смысл», 2007, оформление

ВВЕДЕНИЕ

В этой книге мы считаем необходимым осветить спектр психологических вопросов, возникающих в условиях ра­боты в чрезвычайных ситуациях, проблем, связанных с психологией чрезвычайных ситуаций или психологией катастроф.

Что происходит с людьми, попавшими в зону бедствия? Почему люди ведут себя по-разному в, казалось бы, оди­наковых условиях? Что происходит с людьми во время ра­боты по ликвидации чрезвычайной ситуации и после ее завершения? Это те вопросы, которые интересуют спе­циалистов.

В работе над этой книгой наш авторский коллектив использовал современные научные знания, а также опыт работы в условиях катастроф и чрезвычайных ситуаций. Мы стремились поделиться приобретенными знаниями с коллегами, для того чтобы у них была возможность как можно дольше продолжать свое благородное дело без ущер­ба для своей личности и здоровья. Работа в чрезвычайных ситуациях, при ликвидации их последствий предъявляет серьезные требования как к профессиональной подготовке специалистов (спасателей, пожарных, кинологов, врачей, инженеров), так и в не меньшей мере к их психологичес­кой подготовке.

Высококвалифицированные специалисты, работая в условиях чрезвычайной ситуации, оказываются под воз­действием огромного количества стрессогенных факто­ров. Цена ошибки в таких случаях чрезвычайно высока. Необходимость быстро принимать решения, от которых могут зависеть жизни людей, работа в нестандартных усло­виях с ненормированным режимом работы и дефицитом информации являются спецификой работы специалиста экстремального профиля.

В зоне чрезвычайной ситуации состояние специалис­тов подчиняется общим законам адаптации к стрессовой ситуации. Восприимчивость специалиста к стрессогенным факторам определяется индивидуальными психофизиоло­гическими характеристиками, уровнем стрессоустойчивости, опытом работы. Хорошо, если специалист знает, что его может ждать (хотя одинаковых ситуаций не бывает — каждая по-своему особенная). Чрезвычайная ситуация все­гда нарушает планы, выдергивает из повседневного ритма. Для специалистов, имеющих опыт работы в условиях чрез­вычайной ситуации, это обстоятельство не является трав­мирующим, тогда как для молодого специалиста является одним из стрессовых факторов. Знание закономерностей психического реагирования на стрессовую ситуацию повы­шает толерантность организма к воздействию стресса. «Пре­дупрежден — значит, вооружен», — говорили древние.

Известно, что чрезвычайная ситуация может явиться отправной точкой будущих перемен в убеждениях, образе жизни, причиной изменения состояний и чувств или за­пуске механизма динамики уже имеющегося опыта трав­матических переживаний людей, оказавшихся в эпицентре событий. Это касается не только пострадавших, но и спе­циалистов, которые оказывают им помощь. Обычно люди, работающие в чрезвычайных ситуациях, не задумывают­ся, какой след в них самих оставила работа, хотя для них не проходит бесследно то, что они видят горе и страдания других людей. Очевидно, что не имея достаточных знаний о характере психологических последствий чрезвычайных ситуаций, навыков психической саморегуляции, специа­листы экстремального профиля в дальнейшем более под­вержены ухудшению самочувствия. У специалистов возникают защитные стили поведения, которые создают видимость того, что в их жизни ничего особенного не про­исходит. Среди них есть такие, которые помогают конст­руктивно защитить психику от воздействия травмирующих факторов чрезвычайных ситуаций, а есть те, что приводят к болезни, ухудшению состояния. После окончания рабо­ты могут возникнуть реакции травматического характера: нарушения сна (бессонница, беспокойный сон); преобла­дание фона пониженного настроения (преобладание эмо­ций печали, угнетенность). В норме реакции могут продолжаться в течение непродолжительного времени после возвращения. В течение этого времени организм постепенно восстанавливается.

В профессиональном багаже психолога, работающего в условиях чрезвычайных ситуаций, имеются конструк­тивные стили защитного поведения, у них есть определен­ные навыки, существует возможность «проработать», осмыслить, «пережить» эмоциональные впечатления от работы в чрезвычайной ситуации. Эти же знания могут помочь и спасателям, пожарным.

Специалисты экстремального профиля так же, как и другие, проходят через этапы адаптации к профессии, профессионального становления, профессионального «выгорания», перехода на следующую ступень професси­онального развития. Все это мы посчитали важным опи­сать в этой книге.

Книга построена по системному принципу, состоит из четырех разделов. В первом разделе «Введение в психоло­гию экстремальных ситуаций» даны определения основных понятий: катастрофа, экстремальная ситуация, чрезвычай­ная ситуация, кризис, а также классифицированы основные виды ситуаций, дано соотношение этих понятий.

Во втором разделе «Нормальный стресс» раскрывается понятие «стресс» и его влияние на организм человека, описана физиологическая динамика стрессовой реакции, динамика адаптации организма к стрессовой ситуации, поведенческие паттерны реагирования, защитные меха­низмы психики.

В третьем разделе «Экстренная психологическая по­мощь. Травматический стресс» описаны психологические аспекты чрезвычайных ситуаций и их последствия. Кар­тина работы в чрезвычайных ситуациях специалистов спа­сательных и пожарных формирований, занимающихся спасением пострадавших, была бы неполной без работы психологов. В данном разделе описана работа психологов в чрезвычайной ситуации, приемы экстренной психологи­ческой помощи людям, условия их применения, организа­ция работы психологов, этапы проведения мероприятий по психологическому сопровождению аварийно-спасатель­ных и других неотложных работ. Далее раскрываются от­сроченные психологические последствия чрезвычайных ситуаций. Описаны понятия «травматический стресс», «психическая травма», условия их возникновения, дина­мика переживания травматической ситуации, восстанов­ление после нее, конструктивные поведенческие паттерны совладания, патологические формы реагирования, дина­мика реакций горюющего человека.

В четвертом разделе «Хронический стресс и професси­ональное здоровье специалиста» речь идет об условиях накопления хронического стресса, связанного с услови­ями работы специалистов экстремального профиля, о профессиональной деформации, которая может возник­нуть на определенном этапе. Наряду с этим указываются пути и условия сохранения своего профессионального здо­ровья, этапы профессионального развития, становления, смыслообразующие составляющие профессиональной деятельности.

**Раздел I.**

Введение в психологию экстремальных ситуаций

Глава 1. КАТАСТРОФА, ЭКСТРЕМАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ, ЧРЕЗВЫЧАЙНАЯ СИТУАЦИЯ, КРИЗИС: ОПРЕДЕЛЕНИЕ, КЛАССИФИКАЦИЯ, СООТНОШЕНИЕ ПОНЯТИЙ

Вопросы, рассматриваемые в главе:

Определения экстремальной, чрезвычайной ситуации, кризиса.

Соотношение этих понятий.

Предмет изучения психологии экстремальных ситуаций. Влияние экстремальной ситуации на человека.

Катастрофа — как часто слышим мы это слово от зна­комых, друзей, с экранов телевизоров, оно прочно вошло в нашу жизнь, язык, мировоззрение. Что же такое ката­строфа?

В «Толковом словаре русского языка» Д.Н. Ушакова да­ются следующие определения катастрофы:

1. Неожиданное несчастье, бедствие, событие, влеку­щее за собой трагические последствия.

2. Крупное потрясение трагического характера, обус­ловливающее собой резкий перелом в личной или обще­ственной жизни.

Катастрофы и чрезвычайные ситуации были всегда: зем­летрясения, наводнения, эпидемии и другие бедствия со­провождали человечество на протяжении всей истории его развития. Например, в истории известны три колоссальные пандемии (эпидемии) чумы. Первая, выйдя из Египта, опустошила почти все страны Средиземноморья и держа­лась около 60 лет. В разгар эпидемии в 542 г. только в Кон­стантинополе ежедневно умирали тысячи человек. Вторая и самая зловещая в истории Западной Европы — «черная смерть» середины XIV в. Пришедшая из Азии «черная смерть» унесла треть населения Европы. В 1346—48 гг. в Западной Европе бушевала бубонная чума, жертвами ее стали 25 миллионов человек. В предисловии к «Декамеро­ну» Боккаччо оставил описание ее ужасов. Третья — пан­демия чумы, начавшаяся в 1892 г. в Индии (где погибло более 6 миллионов человек) и распространившаяся в XX в. на Азорские острова, в Южную Америку.

Еще одна крупнейшая катастрофа в истории челове­чества — извержение вулкана Везувия в Италии, произо­шедшее в 79 г. нашей эры. Тогда мощнейшие потоки лавы, смешанные с горной породой, стерли с лица земли римские города Помпеи и Геркуланум. Погибли тысячи человек.

Человек всегда пытался защититься от различных ка­таклизмов, используя для этого все доступные ему спосо­бы: знахари и шаманы, обращающиеся к силам природы; жертвоприношения с целью умилостивить богов; военные отряды, защищающие свои и захватывающие новые — ме­нее опасные и более богатые территории. Все это — пер­вые попытки обеспечить собственную безопасность.



Развитие медицины, военного дела, науки и техники по­зволило человечеству жить комфортнее, быть более за­щищенным — с одной стороны. С другой стороны, технические средства сами становятся источником по­вышенной опасности. Технический прогресс приводит к росту числа и масштаба катастроф. Развитие средств мас­совой информации определяет вовлечение в переживание экстремальной ситуации огромного числа людей. Начало эры техногенных катастроф ознаменовано гибелью «Тита­ника» — символа своей эпохи, роскошного трансатланти­ческого лайнера. Человечество еще не видело такого громадного корабля. Самый большой, самый мощный, самый надежный, абсолютно, как утверждали конструк­торы, непотопляемый, он и название получил соответству­ющее — «Титаник». Спущенный на воду с Королевских верфей Великобритании, «Титаник» ушел в свое первое плавание через Атлантику — и не вернулся. Невиданная на заре индустриального века катастрофа, унесшая сотни жизней, потрясла мир.



26 апреля 1986 г. произошло разрушение четвертого энергоблока Чернобыльской атомной электростанции, расположенной на территории Украины (в то время — Ук­раинской ССР). Разрушение носило взрывной характер, реактор был полностью разрушен, и в окружающую среду было выброшено большое количество радиоактивных ве­ществ. Авария расценивается как крупнейшая в своем роде за всю историю ядерной энергетики, как по предполагае­мому количеству погибших и пострадавших от ее послед­ствий людей, так и по экономическому ущербу.

Радиоактивное облако от аварии прошло над европей­ской частью СССР, Восточной Европой, Скандинавией, Великобританией и восточной частью США. Примерно 60% радиоактивных осадков выпало на территории Бело­руссии. Около 200 ООО человек было эвакуировано из зон, подвергшихся загрязнению. Несвоевременность, неполно­та и взаимные противоречия официальной информации о катастрофе породили множество независимых интерпрета­ций. Жертвами трагедии можно считать не только граждан, умерших сразу после аварии, но и жителей прилежащих областей, которые вышли на первомайскую демонстра­цию, не зная об опасности. При таком подсчете Черно­быльская катастрофа по числу пострадавших значительно превосходит атомную бомбардировку Хиросимы.

Есть и противоположная точка зрения, согласно кото­рой от лучевой болезни в Чернобыле умерли 29 человек — сотрудники станции и пожарные, принявшие на себя пер­вый удар. За пределами промышленной площадки АЭС ни у кого лучевой болезни не было. Таким образом, оценки числа жертв катастрофы колеблются от десятков человек до миллионов.

Разброс в официальных оценках меньше, хотя число по­страдавших от Чернобыльской аварии можно определить лишь приблизительно. Кроме погибших работников АЭС и пожарных, к ним следует отнести заболевших военнослу­жащих и гражданских лиц, привлекавшихся к ликвидации последствий аварии, и жителей районов, подвергшихся радиоактивному загрязнению. Определение того, какая часть заболеваний явилась следствием аварии — весьма сложная задача для медицины и статистики; различными организациями приводятся оценки, различающиеся в де­сятки раз. Считается, что большая часть смертельных слу­чаев, связанных с воздействием радиации, была или будет вызвана онкологическими заболеваниями. Многим мест­ным жителям пришлось покинуть свои дома, они лиши­лись части своего имущества. Связанные с этим проблемы, страх за свое здоровье вызывали у людей сильный стресс, который также приводил к различным заболеваниям.

Если раньше основную озабоченность вызывали такие последствия экстремальных ситуаций, как количество смертей, физических заболеваний, травм, то сейчас спе­циалистов волнуют и последствия для психосоциального и психического здоровья населения. Специалисты, рабо­тающие с людьми, пережившими катастрофу, обратили внимание на то, что психические последствия катастроф могут быть не менее тяжелыми, чем соматические, и при­водить к серьезным заболеваниям и социальным пробле­мам, как у отдельного человека, так и у групп людей и общества в целом.

Еще в период Первой мировой войны психиатры заме­тили следующее явление: солдаты, не получившие физи­ческих увечий, ранений или получившие незначитель­ные повреждения во время боевых действий, проявляли симптомы некоего заболевания, причину которого не могли установить. У солдат отмечалось угнетенное состо­яние, слабость, истощение, нарушение сна, аппетита, вспышки немотивированной агрессии. Позже было вы­яснено, что причиной этого заболевания является пси­хическое переживание (травма), полученная в ходе боевых действий.

Важно заметить, что природные и техногенные катаст­рофы, локальные вооруженные конфликты, террористи­ческие акты и пр. воздействуют на психику и способствуют возникновению отсроченных и затяжных реакций не толь­ко у непосредственных участников событий, но и у сторон­них наблюдателей, которые, как уже упоминалось, благодаря средствам массовой информации (СМИ) ста­новятся косвенными участниками этих событий. Посколь­ку СМИ реалистично отражают происходящие события, люди вынужденно погружаются в них, являясь как бы их непосредственными очевидцами.

Одним из ярких мировых примеров данного феномена является гибель принцессы Дианы, когда сотни тысяч лю­дей, не будучи ее родственниками, знакомыми либо как-либо причастными к ее гибели, глубоко (вплоть до психотических проявлений) скорбели о кончине Дианы на протяжении длительного времени. Достаточно было про­стого наблюдения за реакцией людей, чтобы понять, что она выходит за рамки обычного в этих случаях для обы­вателей сопереживания и сочувствия. Эта и подобные ей си­туации, по сути, являются проявлением современной действительности, в которой человеку навязывается не только образ жизни, но и форма психических переживаний.

Однако не только катастрофы и военные конфликты оказывают негативное воздействие на психику человека. Развитие технического прогресса и появление новых ви­дов профессиональной деятельности, представляющих высокую опасность, требующих повышенной ответствен­ности и концентрации внимания, так же сказываются на психическом здоровье людей.

До некоторого времени считалось, что в экстремальных условиях труда работают только шахтеры и космонавты. Изменения в жизни общества в последние 10—15 лет при­вели к тому, что число профессий, представители которых работают в экстремальных условиях, увеличилось. Так, профессии пожарного, спасателя, авиадиспетчера, инкас­сатора, работника дорожно-патрульной службы носят эле­менты экстремальности.

В деятельности работников «опасных профессий» су­ществуют два типа условий, при которых работа становит­ся экстремальной:

1) повседневная напряженная деятельность, в которой опасность представлена как потенциально возможное со­бытие (авиадиспетчеры, инкассаторы);

2) так называемые критические инциденты, при кото­рых работники сталкиваются с человеческими жертвами и материальными потерями, с реальной опасностью для своей жизни, здоровья или системы ценностей, а также с угрозой жизни, здоровью, благополучию окружающих (спасатели, пожарные).

Необходимость изучения влияния экстремальных фак­торов на психику человека привела к возникновению и ак­тивному развитию новой сферы психологической науки и практики — экстремальной психологии.

Экстремальная психология (ЭП) — отрасль психологи­ческой науки, изучающая общие психологические законо­мерности жизни и деятельности человека в измененных (непривычных) условиях существования. Исследования в области экстремальной психологии имеют своей задачей совершенствование психологического отбора и психоло­гической подготовки для работы в необычных условиях существования, а также разработку мер защиты от трав­мирующего воздействия психогенных факторов (Психо­логия. Словарь, 1990).

Предметом изучения ЭП является психика, подверга­ющаяся воздействию экстремальных факторов, механиз­мы воздействия экстремальных факторов на человека, закономерности реагирования и переживания, возможные последствия и способы их коррекции.

ПОНЯТИЯ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ, ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ И КРИЗИСНОЙ СИТУАЦИИ

Понятия чрезвычайной, экстремальной и кризисной ситуации еще не получили исчерпывающих определений. В контексте дальнейшего изучения предмета предлагаем использовать следующие определения.

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

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

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

Остановимся подробнее на каждой из приведенных си­туаций.

**Чрезвычайная ситуация**

Это объективно сложившиеся условия. Катастрофа уже произошла.

Существует ряд классификаций чрезвычайных ситуа­ций по различным критериям

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Критерии ЧС | Виды ЧС | Примеры |
| По степени конфликтности | Конфликтные | Военные столкновения, экономические кризисы, социальные взрывы, национальные и религиозные конфликты, разгул уголовной преступности, террористические акты и др. |
|  | Бесконфликтные | Техногенные, экологические и природные явления, вызы­вающие ЧС |
| По скорости распростра- | Внезапно возникшие | Техногенные аварии, террористические акты, природные бедствия (землетрясения, извержение вулканов) |
| нения | Быстро распро­страняющиеся | Военные, религиозные и национальные конфликты, природ­ные стихийные бедствия (торнадо, цунами, лесные пожары, лавины) |
|  | Умеренно распро­страняющиеся | Массовое заболевание людей инфекционными болезнями (эпидемии), массовое поражение сельскохозяйственных растений болезнями или вредителями, природные бедствия (наводнения, засуха) |
|  | Медленно распро­страняющиеся | Изменение состояния водных ресурсов и биосферы, дегра­дация почв, истощение невозобновляемых природных иско- |
|  | | |
|  |  | паемых, разрушение озонового слоя атмосферы, истощение водных ресурсов, исчезновение видов животных, растений и т.д. в результате деятельности человека |
| По масштабам распростра­нения | Локальные | ЧС, в результате которых пострадало не более 10 человек, либо нарушены условия жизнедеятельности не более 100 че­ловек, либо материальный ущерб составляет не более 1 тыс. МРОТ1 на день возникновения ЧС и зона ЧС не выходит за пределы территории объекта производственного или соци­ального значения |
|  | Местные | ЧС, в результате которых пострадало свыше 10, но не более 50 человек, либо нарушены условия жизнедеятельности свы­ше 100, но не более 300 человек, либо материальный ущерб составляет свыше 1 тыс., но не более 5 тыс. МРОТ на день возникновения ЧС и зона ЧС не выходит за пределы насе­ленного пункта, города, района |
|  | Территориальные | ЧС, в результате которых пострадало свыше 50, но не более 500 человек, либо нарушены условия жизнедеятельности свыше 300, но не более 500 человек, либо материальный ущерб составляет свыше 5 тыс., но не более 0,5 млн. МРОТ на день возникновения ЧС и зона ЧС не выходит за пределы субъекта Российской Федерации |

Таблица 1

Виды и критерии чрезвычайных ситуаций

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Региональные | ЧС, в результате которых пострадало свыше 50, но не более 500 человек, либо нарушены условия жизнедеятельности свыше 500, но не более 1000 человек, либо материальный ущерб составляет свыше 0,5 млн., но не более 5 млн. МРОТ на день возникновения ЧС и зона ЧС охватывает террито­рию двух субъектов Российской Федерации |
|  | Федеральные | ЧС, в результате которых пострадало свыше 500, либо нару­шены условия жизнедеятельности свыше 1000 человек, либо материальный ущерб составляет свыше 5 млн. МРОТ на день возникновения ЧС и зона ЧС выходит за пределы более чем двух субъектов Российской Федерации |
|  | Трансграничные | ЧС, поражающие факторы которых выходят за пределы Рос­сийской Федерации, либо ЧС произошли за рубежом и их поражающие факторы захватывают территорию Российской Федерации |
| По источнику происхождения | ЧС техногенного характера | Транспортные аварии и катастрофы, пожары, неспровоци­рованные взрывы или их угроза, аварии с выбросами (угро­зой выбросов) опасных химических, радиоактивных, биоло­гических веществ, внезапное разрушение сооружений и зда­ний, аварии на инженерных сетях и т.д. |
|  | | |
|  | ЧС природного (естественного) характера, сти­хийные бедствия | Опасные геологические, метеорологические, гидрологичес­кие морские и пресноводные явления, деградация почв или недр, естественные пожары, землетрясения, наводнения, цу­нами, извержения вулканов, обвалы, оползни, лавины, сели, ураганы, смерчи, торнадо, лесные пожары, ливни, снегопады, засуха и др. явления, вызванные естественными причинами. |
|  | ЧС эколого-  биологического  характера | Массовое заболевание людей инфекционными заболевания­ми (эпидемии), сельскохозяйственных животных, массовое поражение сельскохозяйственных растений болезнями или вредителями, изменение состояния водных ресурсов и био­сферы, просадки, оползни, обвалы, деградация почв, исто­щение невозобновляемых природных ископаемых, разруше­ние озонового слоя атмосферы, истощение водных ресурсов, исчезновение видов животных, растений и т.д. в результате деятельности человека |
|  | ЧС социоген­ного характера | Терроризм, захват заложников, массовые беспорядки, воен­ные действия |

**Экстремальная ситуация**

Известная мудрость гласит: «Жизнь на 10% состоит из того, что с нами происходит, и на 90% — из того, что мы об этом думаем».

Под экстремальными подразумевают такие ситуации, которые выходят за пределы обычного, «нормального» че­ловеческого опыта. Иначе говоря, экстремальность ситу­ации определяют факторы, к которым человек еще не адаптирован и не готов действовать в их условиях. Степень экстремальности ситуации определяется силой, продол­жительностью, новизной, непривычностью проявления этих факторов.

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

В качестве факторов, определяющих экстремальность, могут рассматриваться следующие:

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

5. Наличие голода, жажды.

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

**Кризисная ситуация. Кризис**

Кризис является одним из неизбежных и необходимых моментов жизни, одной из движущих сил развития как лич­ности, так и группы, общества, человечества в целом.

Кризис возникает в ситуациях, когда усвоенных ранее образцов поведения недостаточно для совладания с обсто­ятельствами. Ситуация кризиса требует выработки новых способов поведения и нахождения новых смыслов жизне­деятельности.

Кризис — это всегда момент выбора из нескольких воз­можных альтернатив, момент принятия решения.

Кризис может возникать в результате внешних обстоя­тельств, некоего травмирующего события (экстремальной ситуации). Последствиями внешнего кризиса могут быть такие состояния, как посттравматическое стрессовое рас­стройство, шоковая травма.

Внутриличностный кризис — это момент перехода чело­века на новую ступень развития (психодуховный, экзистен­циальный, возрастной). Внутренние кризисы неизбежны и, в отличие от внешних, необходимы и желательны. Этот факт человечество знало всегда, что блестяще закодиро­вано в сказках абсолютно всех народов — это всем извест­ная ситуация витязя на распутье. Выбор дальнейшего пути легко дается герою только в сказках, но важно, что избе­жать выбора невозможно, не нужно и даже опасно. Таким образом, кризис — это всегда выбор между регрессивным и прогрессивным дальнейшим развитием личности. От того, какой именно выбор будет сделан, зависит вся последую­щая жизнь человека. Понимание кризиса и кризисной си­туации в психологии разрабатывалось в рамках психологии личности и психологии развития.

Совсем незаметного переживания внутреннего кризиса не бывает. Однако глубина и сила переживаний у разных людей существенно отличаются и зависят от следующих факторов:

— уровень развития личности (сознания) — чем выше, тем болезненнее кризис;

1. социокультурные особенности;
2. личностные и характерологические особенности;
3. вид кризисного состояния, переживаемого человеком;

— социально-психологические особенности, соци­альный статус.

Внутренние кризисы, имеющие экзистенциальное значение, как правило, связаны с определенными возраст­ными этапами в жизни человека. Поэтому, общаясь с чело­веком, проявляющим «кризисную» симптоматику, важно учитывать его возраст. Основными кризисными периода­ми жизни являются следующие:

Пубертат (13—15 лет). Связан с осознанием подрост­ком своей идентичности и уникальности. Отражает вхож­дение человека в мир взрослых. Может быть выражен фразой: «Я ищу смысл».

Кризис самоопределения (29—33 года). Может быть вы­ражен фразой: «Я меняю смысл».

Кризис второй половины жизни (45—55 лет). Человек пребывает в сомнениях по поводу того, что не смог само­реализоваться, достичь желаемого, стать в жизни тем, кем хотел. Наиболее остро переживается проблема конеч­ности жизни, которая может усугубляться в этот период потерей родителей (возникает установка: «Между мной и смертью никого нет»). Этот кризис может быть выражен фразой: «Я теряю смысл».

Некоторые исследователи описывают также кризис по­жилых. Как показывает опыт работы Телефонов доверия, люди пожилого возраста часто являются абонентами служб психологической помощи. Их переживания свя­заны с утратой смысла жизни, потерей родных, друзей, здоровья, профессии, ощущением ненужности и беспо­мощности. Наибольшую остроту для них приобретает проблема одиночества.

Таким образом, кризис может быть не связан с глобаль­ными и широкомасштабными бедствиями и рассматри­ваться как процесс, состояние, характерное для кри­тических периодов в естественном течении человеческой жизни (например, подростковый кризис — «переходный возраст»). Кризис имеет причинно-следственную связь с предыдущим жизненным опытом человека, но не может быть преодолен способами, известными ему из прошло­го опыта.

Например, к намерению совершить самоубийство челове­ка может привести безответная влюбленность, потеря рабо­ты, потеря близкого человека, чувство вины. Ярким примером кризиса как реакции на смерть близкого человека является поведение Жанны Эбютерн — подруги известного итальянс­кого художника Амадео Модильяни. Она преданно ухаживала за больным Амадео. Едва ли не каждую ночь эта мужественная женщина, которая готовилась стать матерью, бегала по всему Парижу в поисках своего мужа — страстного игрока.

На следующий день после смерти Модильяни Жанна, не пролившая ни одной слезинки, выбросилась из окна 6 этажа.

Для Жанны ее любовь была жизненным стержнем, и даже ре­бенок, которого она ждала, не смог восполнить утрату смыс­ла ее существования.

Кризис — некий поворотный пункт человеческой судь­бы, в котором рушатся основы предыдущей жизни, а но­вой еще не существует. К счастью, большинство людей могут справиться с кризисом самостоятельно, причем это утверждение верно и по отношению к жертвам травмати­ческих событий.

**Влияние экстремальных ситуаций на человека**

В сознании человека экстремальные и чрезвычайные ситуации резко делят жизнь на «до» и «после». Трудно сде­лать однозначный вывод о том, какой вид ЧС оказывает наиболее тяжелые последствия на психическое состояние людей, а какие переживаются легче — природного проис­хождения или антропогенные.

Существует мнение о том, что чрезвычайные происше­ствия природного происхождения люди обычно пережи­вают гораздо легче, чем антропогенные. Такие стихийные бедствия как землетрясения, наводнения и пр. пострадав­шие расценивают как «божью волю» либо действие без­ликой природы — тут ничего нельзя изменить.

А вот экстремальные ситуации антропогенного харак­тера, подобные трагедии в Беслане, настолько разруши­тельно действуют наличность, что не только дезорганизуют поведение человека, но и «взрывают» базовые структуры всей его личностной организации — образ мира. У челове­ка разрушается привычная картина мира, а вместе с ней — вся система жизненных координат.

Среди стихийных бедствий по разрушительному дей­ствию, причиненному ущербу и числу жертв первое место по данным ЮНЕСКО занимают землетрясения. Земле­трясения разрушают искусственные сооружения, дома, здания, возводимые человеком. Кроме того, во время зем­летрясений могут происходить горные обвалы, оползни, пожары, приносящие большие разрушения и представля­ющие угрозу для жизни людей.

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

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

Таким образом, невозможно однозначно поделить чрез­вычайные ситуации по степени тяжести. Каждая ситуация имеет свою специфику и особенности, свои психические последствия для участников и свидетелей, и переживает­ся каждым человеком индивидуально. Во многом, глубина этого переживания зависит от личности самого человека, его внутренних ресурсов, механизмов совладания.

**Субъекты экстремальной ситуации**

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

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

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

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

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

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

Третья группа — пострадавшие (материально или физи­чески). Люди, потерявшие своих близких или не имеющие информации об их судьбе, лишившиеся своих домов, иму­щества и т.д. В этой группе наблюдаются наиболее тяже­лые эмоциональные реакции, длительные негативные переживания. Пострадавшим особенно трудно смириться с постигшим их горем, адаптироваться к изменившимся условиям жизни. В этой группе выявляется наибольшее количество отсроченных психических последствий, о ко­торых мы будем говорить в последующих главах.

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

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

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

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

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

Выводы

Актуальными вопросами психологии экстремальных ситуаций — новой, но быстро развивающейся отрасли пси­хологической науки — являются изучение психосоциаль­ных последствий катастроф, влияние их на психическое здоровье населения и разработка методов минимизации та­ких последствий.

Экстремальные ситуации возникают во всех областях человеческой жизни; каждый человек в своей жизни по­падает в целый ряд ситуаций, которые для него являются экстремальными. Эта книга, в первую очередь, адресова­на спасателям и пожарным, специалистам, чей професси­ональный долг — помощь людям, попавшим в беду. Важно, чтобы специалист, встречающий человека, переживающе­го трагическую ситуацию, знал, что с ним происходит и как он может ему помочь. Не менее важно для специалиста в сложных условиях профессиональной деятельности уме­ние сохранить собственное физическое и психическое здо­ровье. Мы очень надеемся, что это учебное пособие послужит этому.

Вопросы и задания к главе 1:

1. В чем различия чрезвычайной, экстремальной и кризисной ситуаций?

2. Назовите группы субъектов экстремальной ситуации.

3. Что является предметом изучения психологии экстремальных ситуаций?

4. Какие бывают чрезвычайные ситуации?

5. Дайте определение психологии экстремальных ситуаций.

1. Дайте определение ЧС.
2. Дайте определение ЭС.
3. Что такое кризис?
4. Какие бывают кризисы?

Литература

Александровский Ю.А. Психические расстройства во время и пос­ле чрезвычайной ситуации // Психиатрия и психофармако­терапия. 2001. т. 3. № 4. с. 32-39.

Амбрутова А. Г. Анализ состояний психологического кризиса и их динамика // Психол. журн. 1985. № 4. Т. 6. С. 23—26.

Василюк Ф.Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984.

Зейгарник Б.В., Братусь Б.С. Очерки по психологии аномально­го развития личности. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1980.

Кравцова О.А., Румянцева Г.М., Чинкина О.В., Левина Т.М. Пси­хосоматические аспекты развития психических нарушений у ликвидаторов аварии на ЧАЭС // Психиатрия и психофарма­котерапия. 2002. Т. 4. № 3. С. 12-18.

Назаренко Ю.В., Колос И.В. Динамическая характеристика пси­хических расстройств у лиц, перенесших Спитакское земле­трясение // Медицина катастроф. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1990.

Психология. Словарь / Под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. М.: Политиздат, 1990.

Психология социальных ситуаций. СПб.: Питер, 2000.

Пуховский Н.Н. Психопатологические последствия чрезвычай­ных ситуаций. М.: Академический проект, 2000.

Франкл В. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990.

**Раздел II.**

Нормальный стресс

Глава 2.

СТРЕСС: ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ, ОПРЕДЕЛЕНИЕ, КРИВАЯ РАЗВИТИЯ СТРЕССОВОЙ СИТУАЦИИ

Вопросы, рассматриваемые в главе:

Стресс: история изучения и современные представления. Кривая развития стрессовой ситуации. Понятие о стрессоустойчивости.

СТРЕСС: ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ И СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ

Основоположником учения о стрессе является лауреат Нобелевской премии физиолог Ганс Селье (1907—82). Бывший студент Пражского университета в 1936 г. опуб­ликовал первые наблюдения о больных, страдающих рас­стройствами различных систем организма. У всех таких больных наблюдалась потеря аппетита, мышечная сла­бость, повышенное артериальное давление, утрата моти­вации к достижениям. Г. Селье обозначил эти симптомы как «синдром просто болезни», показав, что при этом в организме у многих людей наблюдаются однообразные нарушения: изменения в коре надпочечников (увеличение размеров, кровоизлияния), истощение лимфоидной тка­ни (лимфатических узлов, тимуса), изъязвление желудка. Для описания совокупности всех неспецифических (не свойственных организму в норме) изменений внутри орга­низма он ввел понятие «стресс».

Всякий стимул, воздействующий на организм, вызыва­ет ряд адаптационных (приспособительных) реакций орга­низма и обладает специфическими (дрожь при холоде, повышение потоотделения при жаре) и неспецифически­ми (активизация работы надпочечников и выброс в кровь биологически активных веществ) действиями. Таким об­разом, все воздействующие агенты (стрессоры) кроме спе­цифического эффекта вызывают неспецифическую потребность осуществить приспособительные функции и тем самым восстановить нормальное состояние. Поэтому в настоящее время понятие «стресс» принято определять как неспецифический ответ организма на любое предъяв­ляемое к нему требование.

Было бы ошибкой полагать, что стресс — это некая враж­дебная сила, которую всегда следует избегать. Не всякий стресс является вредным. Стрессовая активация может вы­зываться положительными событиями, вызывающими позитивные эмоции (праздник, переезд в новую кварти­ру). Эти состояния обозначают как «эустресс». Нам всегда необходим стимул, для того чтобы сделать свою жизнь динамичной и наполненной, не бояться нестандартных ситуаций, не отказываться от новых возможностей и глав­ное — добиваться цели. Эустресс — это тот заряд бодрос­ти, который помогает нам справиться с делами в срок. Без него наша жизнь была бы серой и скучной.

Все эмоционально-стрессовые состояния, связанные с отрицательными переживаниями и имеющие ослабляю­щую, деструктивную силу, обозначают как «дистресс» (не­разрешенные конфликты, потеря близкого человека). Но и в этой ситуации стресс нельзя назвать вредным. Ведь именно стрессовая реакция дает человеку силы, которые он может использовать для преодоления трудной ситуации (аврал на работе, возможность убежать от грабителя). По­этому нельзя говорить, что стресс на хорошие события по­лезен, а на плохие — вреден. Граница между полезным и вредным стрессом порой бывает очень зыбкой. По прин­ципу «лучшее — враг хорошего» избыток положительных эмоций тоже может закончиться срывом, если оставить их без контроля.

Наиболее существенным недостатком в теории Г. Се­лье является отрицание ведущей роли центральной нерв­ной системы в происхождении стресса.

Г. Селье и его последователи показали, что синдром ответной физиологической реакции на стресс представ­ляет универсальную модель защитных реакций, направ­ленных на сохранение целостности организма, и одинаков как для человека, так и для животных. Но в отличие от животных, у человека физиологическая реакция может определяться не только непосредственным присутстви­ем стрессора, но и его психологическим воздействием на личность.

Таким образом, по отношению к человеку специфика стресса состоит в сознательной переработке отрицатель­ных эмоций с участием механизмов психологической за­щиты личности.

Естественным продолжением теории Г. Селье является теория эмоционального стресса Р. Лазаруса, которая про­водит разделение системного (физиологического) и пси­хического (эмоционального) стресса. Эмоциональный стресс выступает как ответ организма на внутренние и вне­шние процессы, при котором физиологические и психо­логические способности напрягаются до уровней, близких к пределу или их превышающих. В рамках данной теории различия между физиологическим и эмоциональным стрес­сом объясняются непосредственным воздействием небла­гоприятных факторов на организм при физиологическом стрессе и опосредованным (через включение отношения человека к ситуации) неблагоприятным воздействием при эмоциональном стрессе. Таким образом, при эмоциональ­ном стрессе прямого повреждающего воздействия на орга­низм может и не быть.

При эмоциональном стрессе фактором, вызывающим напряжение организма до уровней, превышающих нор­мальные приспособительные реакции, является предви­дение повреждения вследствие начавшего действовать или прогнозируемого неблагоприятного фактора. Таким обра­зом, необходимым условием возникновения развития пси­хологического стресса является восприятие угрозы. Эмоциональный стресс не возникает, если ситуация не воспринимается человеком как опасная. Восприятие и оценка ситуации как угрожающей тесно связаны с ког­нитивными процессами, особенностями личности чело­века (тревожность, эмоциональная устойчивость и др.) и его предшествующим опытом. Поэтому факторов и си­туаций, вызывающих одинаковый для всех людей стресс, не существует.

Обязательным атрибутом эмоционального стресса, сиг­налом, указывающим на недостаточность функциональ­ных резервов человека для преодоления угрозы, является тревога. Она определяется как чувство опасения или ожи­дания, связанного с возникновением или перспективой блокады актуальной потребности человека (фрустрации) и реализует важнейший неотъемлемый механизм эмоци­онального стресса.

Связывание чувства тревоги с угрозой, имеющей конк­ретное содержание, обозначается как страх. В целом тре­вога и страх являются основными признаками напряжения механизмов психической адаптации, стимулами, активи­зирующими адаптационные механизмы на поиск выхода из стрессирующей ситуации.

Дж. Эверли и Р. Розенфельд также считали, что в пре­вращении большинства раздражителей (внешних или внутренних) в стрессоры определенную роль играет эмо­циональная и мыслительная оценка данных стимулов. Если раздражитель не интерпретируется как угроза или вызов по отношению к личности, то стрессовая реакция вообще не возникает. Таким образом, большинство стрес­совых реакций, испытываемых людьми, на самом деле, по мнению Эверли и Розенфельда, создаются ими самими и длятся столько, сколько им разрешат.

На уровне биологических изменений в организме эмо­циональный стресс первично возникает как центральный нейрогенный процесс, а все периферические функцио­нальные нарушения развиваются вторично и фактически являются следствием эмоционального перенапряжения. В реализации эмоциональных возбуждений ведущую роль играют гормональные механизмы.

Физиологический стресс проявляется следующим об­разом: на ранних стадиях эмоционального напряжения нарушаются информационные связи между различными функциональными системами организма человека, и они начинают работать изолированно, напряженно, пытаясь самостоятельно поддерживать регулируемые ими пока­затели на оптимальном уровне. При продолжающемся стрессорном воздействии механизм саморегуляции ка­кой-либо наиболее ослабленной функциональной систе­мы человека нарушается, и тогда ее функция устойчиво изменяется: например, стойко повышается артериальное давление, снижается иммунитет и т.д. Регуляция соответ­ствующего физиологического показателя при этом до определенного времени осуществляется местными клеточ­ными механизмами, устойчивый дисбаланс которых при­водит к возникновению болезни.

Современные взгляды на стресс отличаются условнос­тью полного разделения физиологического стресса и стресса эмоционального. В физиологическом стрессе все­гда есть психические элементы и наоборот. Каков бы ни был стресс: эмоциональный или физиологический, один вид часто служит источником другого — эмоциональный стресс неизменно влечет за собой физиологический, а сильный физиологический стресс может повлиять на эмо­циональное состояние. Образуется порочный круг, что только усложняет решение проблемы, особенно при дли­тельном или хроническом стрессе.

Таким образом, можно сделать вывод, что даже единич­ный, кратковременный стресс — явление чрезвычайно сложное, затрагивающее все уровни функционирования организма, начиная от физиологического и заканчивая психологическим. От работы организма на каждом из этих уровней зависит успешность преодоления человеком стресса.

**Кривая развития стрессовой ситуации**

Что же происходит с нашим организмом при стрессе? Г. Селье в своей работе «Стресс жизни» отметил, что како­ва бы ни была причина стресса (холод, жара, боль, тоска или даже счастье), другими словами, какие бы требования ни предъявляла нам жизнь, в организме человека возни­кают одинаковые физические симптомы.

Бизнесмен, испытывающий постоянное давление со сто­роны клиентов и служащих; диспетчер аэропорта, который знает, что минутное ослабление внимания — это сотни погиб­ших; спортсмен, безумно жаждущий победы, — все они ис­пытывают стресс. Их проблемы совершенно различны, но медицинские исследования показали, что организм реагирует стереотипно, одинаковыми биохимическими изменениями, назначение которых — справиться с возросшими требовани­ями к «человеческой машине». Факторы, вызывающие стресс, различны, но они пускают в ход одинаковую, в сущности, био­логическую реакцию стресса.

Все включающиеся в организме человека при воздей­ствии стресса приспособительные механизмы Г. Селье назвал «общим адаптационным синдромом», или «стресс-реакцией». Существует 3 стадии развития этого синдро­ма: стадия тревоги, стадия сопротивления, стадия ис­тощения (рис. 1).

1. Стадия тревоги — это первоначальный отклик нашего организма на опасность или угрозу, возникающий для того, чтобы помочь нам справиться с ситуацией. Этот приспосо­бительный механизм возник еще на заре эволюции, когда для того, чтобы выжить, необходимо было побороть врага или избежать встречи с ним. Наше тело реагировало на опас­ность взрывом энергии, увеличивающим физические и пси­хические способности. Такая кратковременная «встряска» организма затрагивает практически все системы органов, именно поэтому многие исследователи проблемы стресса называют эту стадию «аварийной».

Традиционно в стадии тревоги выделяют фазу шока и противошока. Как только мозг воспринимает опасность, в кровь в большом количестве выбрасываются гормоны тревоги, сердце бьется быстрее, кровь от внутренних орга­нов устремляется к тем частям тела, которым предстоит действовать (мышцы туловища, рук и ног), печень вырабатывает больше сахара, чтобы обеспечить мышцы энер­гией. Ресурсы организма расходуются неэкономно, здесь все ставится на карту в попытке добиться цели любой це­ной. Эти, а также другие сложные изменения обычно воз­никают мгновенно и соответствуют фазе шока. Поскольку чрезмерный избыток гормонов и энергии, а также функ­ционирование систем органов «на износ» являются угро­зой для жизнедеятельности организма, довольно быстро на смену шоковой фазе приходит фаза противошока, при которой активизируются первые механизмы, снижающие воздействие стресса.

Таким образом, биологический смысл стадии тревоги заключается в максимальной мобилизации адаптационных ресурсов организма, быстром приведении человека в со­стояние напряженной готовности — готовности бороться или бежать от опасности.

2. Стадия сопротивления (резистентности) наступает, если стрессогенный фактор слишком силен или продолжает свое действие достаточно длительный промежуток времени. На этой стадии происходит приспособление к изменяющимся обстоятельствам. В результате этого возникает стойкая адаптация: активность физиологических процессов резко снижается, все ресурсы расходуются оптимально — организм готов к длительной борьбе за жизнь, его устойчивость к различным воздействиям повышена.

Все изменения, происходящие на этой стадии адаптаци­онного синдрома, можно считать обратимыми, поскольку прекращение воздействия стрессора возвращает организм в состояние нормы.

3. Стадия истощения. Если мы длительное время продолжаем идти навстречу стрессу, то наступит момент, когда мы уже не сможем найти силы, чтобы справиться с ситуацией. На этой стадии энергия исчерпана, физиологическая  
и психологическая защиты оказываются сломленными. Человек не имеет больше возможности сопротивляться стрессу. Помощь может прийти только извне — либо в виде поддержки, либо в виде устранения стрессора. На этой стадии происходят стойкие дезадаптивные нарушения, и, если стрессор продолжает действовать, организм может  
погибнуть.

Многие современные авторы описывают эмоциональ­ные субсиндромы стресса. Они, следуя один за другим в определенном порядке, сопровождают фазы развития стресса физиологического. Первым в предельно перено­симых экстремальных условиях проявляется эмоциональ­но-поведенческий субсиндром. На этом этапе могут воз­никать острые стрессовые реакции, такие как плач, истерика, проявление агрессии и др. (подробнее о них вы узнаете в разделе III). По своей сути данные реакции явля­ются защитными и направлены на выживание. Сознание сужается, человек отбрасывает ненужные детали — так ему легче бороться за жизнь. Тем не менее, острые стрессовые реакции в ряде случаев могут приводить к летальному ис­ходу (например, человек в состоянии двигательного воз­буждения может выброситься из окна горящего дома).

Эмоционально-поведенческий субсиндром сменяется вегетативным. При активизации всех физиологических систем наступает мобилизация, сопровождающаяся повы­шением внимания, активностью. Нагрузки, даже частые, протекающие на этой стадии, приводят к тренировке орга­низма, повышению его стрессоустойчивости.

После первых двух субсиндромов преимущественно выраженными становятся когнитивный (субсиндром из­менения мыслительной активности при стрессе) и соци­ально-психологический (субсиндром изменения общения при стрессе). Когнитивный субсиндром заключается в ак­тивации различных видов мышления. Например, для бы­строго решения задач активизируется так называемое дескурсивное мышление. Активация декомпозиционного мышления приводит к упрощению реальной картины мира, и человек действует, не осознавая опасности и не думая о возможном поражении. Инсайтное мышление по­зволяет быстро находить нестандартные решения, которые в обычной ситуации в голову бы не пришли. Следствием социально-психологического субсиндрома является не только изменение типа общения, но и изменение своего социального статуса (за счет активации внутренних ресур­сов «слабый» человек может стать лидером и повести за собой людей).

Первые два субсиндрома адаптационной активизации являются более общими по сравнению с двумя последни­ми, обусловленными индивидуально-личностными особенностями людей, проявляющимися в стрессовых ситуациях.

**Понятие о стрессоустойчивости\***

Поскольку стресс связан с любой активностью, избе­жать его может лишь тот, кто ничего не делает. Но кому была бы интересна жизнь без взлетов и падений, без успе­хов и ошибок? Стресс — это своего рода вкус и аромат жиз­ни. Со стрессами мы сталкиваемся постоянно, решая те или иные проблемы. Мы можем испытывать стресс, стоя в длинной очереди, сталкиваясь с трудностями на работе и проблемами в семье, когда хотим сделать многое, а вре­мени для этого нет, когда имеются нереализованные воз­можности и во многих других ситуациях, перечень которых можно продолжать до бесконечности. Но при этом все люди по-разному и с разными для организма последствия­ми реагируют на стресс.

Безусловно, во многом развитие стрессовой реакции определяется природой стрессора, его качественными и количественными характеристиками. Но мы говорили и о том, что само наличие стрессора еще не обусловливает раз­витие у человека стрессовой реакции.

Эпидемиологические и клинические наблюдения сви­детельствуют о том, что в человеческой популяции суще­ствует не менее 30% индивидов, сохраняющих нормальные

Подробнее описана в гл. 4.

физиологические показатели даже при длительных и ост­ро выраженных напряжениях. Все это указывает на то, что в живых организмах есть механизмы устойчивости к различ­ного рода стрессам. Вследствие познания этих механизмов возможна выработка адекватных методов реабилитации, способных поднять устойчивость человека к воздействию стрессовых факторов (стрессоустойчивость).

Многие исследователи склонны считать стрессоустой­чивость результатом тренировок, однако, не следует отри­цать, что у каждого человека есть определенный набор личностных черт и физиологических особенностей, кото­рые определяют его устойчивость к стрессу. Некоторые специалисты считают, что гены способны влиять на наше отношение к стрессу, так же как, например, у одной семьи может быть предрасположенность к проблемам с пище­варением, а у другой — к экземе.

К наиболее известным физиологическим особеннос­тям, обеспечивающим повышенную стрессоустойчивость, относят:

• Тип нервной системы. Люди со слабым типом не­рвной системы менее устойчивы к стрессу. У крайних ти­пов (холериков, меланхоликов) адаптация к воздействию стрессоров не является стойкой. Рано или поздно факто­ры, воздействующие на психику, приводят к развитию не­врозов, которые характеризуются дезорганизацией как психических, так и вегетативных функций. Как правило, у меланхоликов стрессовые реакции чаще всего связаны с возбуждением конституции, например, тревогой или испугом, фобией или невротической тревожностью, ха­рактеризуются нервозностью и бессонницей. У холери­ков типичная стрессовая реакция — гнев, страх неудачи и потери контроля, боязнь совершить ошибку. У флегма­тиков под действием стресса снижается активность щи­товидной железы, замедляется обмен веществ и может повышаться содержание сахара в крови. В стрессовых ситуациях они «нажимают» на еду, в результате чего мо­гут становиться тучными. Наблюдается состояние «ум­ственной тяжести», вялости, пересыпания. Сильная нервная система сангвиников позволяет им легче всех справляться со стрессом.

• Гормональные особенности. Люди с пониженным уров­нем кортизола в крови менее подвержены воздействию стресс-факторов. Данная особенность наблюдается и у животных. Проводимые в дикой природе эксперименты показали, что в стаде обезьян вершину иерархической ле­стницы возглавляет самец с наименьшим уровнем корти­зола в крови, что делает его способным к быстрым реакциям на угрозу и способствует повышенной выжива­емости. Известно, что высокий уровень кортизола не толь­ко предрасполагает к сердечно-сосудистым заболеваниям или раку (в зависимости от генетической предрасположен­ности и влияния среды), но также повышает вероятность депрессивного, меланхолического настроения.

Некоторые личностные черты, обусловливающие повы­шенную стрессоустойчивость:

1. Уровень самооценки. Чем выше самооценка, ощуще­ние важности своего существования, тем больше стрессо­устойчивость.
2. Уровень субъективного контроля (характеристика степени независимости, самостоятельности и активнос­ти человека в достижении своих целей, его личной ответ­ственности за свои действия и поступки). Интерналы считают, что способны влиять на ситуацию, они занимают позицию «Я — не жертва» и берут ответственность за про­исходящее в свои руки. Тем самым они менее подверже­ны стрессовым влияниям, чем экстерналы, которые воспринимают ситуацию как результат внешних обстоя­тельств и, соответственно, более уязвимы.
3. Уровень личностной тревожности (устойчивой склонности воспринимать большой круг ситуаций как уг­рожающие и реагировать на них состоянием тревоги). Тре­вожность не является изначально негативной чертой. Определенный уровень тревожности — естественная и обязательная особенность активной личности, поддержи­вающая инстинкт самосохранения. При этом высокая личностная тревожность тесно связана с наличием невро­тического конфликта, с эмоциональными срывами и пси­хосоматическими заболеваниями. Поэтому открытость, интерес к изменениям и отношение к ним не как к угрозе, а как к возможности развития на фоне адекватного уровня личностной тревожности приводит к повышению стрессоустойчивости.
4. Баланс мотивации достижения и избегания. Люди, мотивированные на достижение чего-либо, легче перено­сят стрессовую ситуацию, чем люди, мотивированные на избегание неудач.

В 60-е годы XX столетия считали, что трудоголики с сильной хваткой, цепкие и агрессивные натуры более предрасположены к болезням сердца. Эту группу стали называть «личности типа А». Для них характерны нетер­пеливость, подвижность, раздражительность, дух сопер­ничества, честолюбие. Людей данного типа принято относить к зоне риска по возникновению негативных по­следствий стресса.

Поведение, характерное для типа А:

Надеясь побольше «выжать» из своего дня, тип А стре­мится все делать быстро, чтобы сохранить время. Люди этого типа едят, ходят, водят машину и говорят в ускорен­ном темпе.

Тип А практикует «полифазность», то есть делает два или более дел в одно время. Например, некоторые мужчины типа А бреются и принимают ванну одновременно или ис­пользуют две электрические бритвы, чтобы сэкономить время. А некоторые женщины типа А сушат волосы двумя фенами по той же самой причине. Это люди типа А под­писывают бумаги и в это время говорят по телефону на со­вершенно отвлеченные темы.

Люди типа А своеобразно ведут себя в ситуации выбо­ра. Например, в супермаркете покупатель типа А по мере приближения к кассе будет колебаться, прежде чем вы­берет очередь. Он обратит внимание на количество жду­щих людей, оценит число предметов в каждой тележке и эффективность действий кассиров. И исходя из всех этих фактов, тип А предпочтет самую «быструю» оче­редь. Вы думаете, что после этого он успокоится? Вмес­то того чтобы спокойно ждать, личности типа А станут внимательно наблюдать за движением других очередей, чтобы удостовериться, не ошиблись ли они в выборе. Уро­вень их стрессовых гормонов растет, когда они видят, что другие очереди двигаются быстрее. Они неистово злят­ся, если их очередь задерживается кем-то, кто проверяет цены по чеку, и буквально «взрываются», когда их оче­редь наконец-то подошла, а лента в кассовом аппарате за­кончилась.

Личности типа А склонны к трудоголизму. Если они стремятся к успеху и работают все больше и больше, что­бы достичь своих целей, то у них могут возникать пробле­мы в семье и в общении с окружающими. Они совершенно не умеют расслабляться, отключаться от работы.

По мнению ряда ученых, в опасности не все энтузиас­ты и трудоголики, а только те, кто враждебно относится к миру. Таким образом, тип А подразделяется на тип

А Враждебный и тип А Усердный. В отличие от людей первого типа, которые достаточно агрессивно настроены к миру, люди второго типа рассматривают любую незна­комую ситуацию как вызов, а не как угрозу. Они исполь­зуют эту возможность для развития, ждут перемен к лучшему, много для этого делают, считают, что способны сами управлять своей жизнью, и, как правило, менее под­вержены стрессу.

Когда люди типа А уверяют, что чувствуют себя при стрессе прекрасно, это говорит о том, что они привыкли к состоянию приподнятости и уверенности, которое созда­ет выброс одного из гормонов стресса — норадреналина.

Симптомы действия норадреналина:

1. активная мыслительная работа;
2. плохой сон;
3. повышенная активность.

Люди типа В спокойны и не раздражительны. Они не так реактивны, как тип А, но это вовсе не означает, что тип В менее честолюбив и не стремится к успеху. Просто у них другие методы достижения целей. Даже в значимой ситуации люди типа В не паникуют, не теряют самообла­дания и не действуют в состоянии повышенной тревож­ности. Они не создают себе ненужного стресса, спокойно реализуют свои возможности, и, как следствие, их здоро­вье вне опасности.

Исследователи стресса выделили еще один тип лич­ности — «вечно рискующие», или «искатели приключе­ний» (люди типа Т). Их легко можно узнать, поскольку именно они постоянно в поисках приключений, о кото­рых другие даже не помышляют. Например, таких, как прыжки с парашютом или полеты на дельтаплане. Они всегда считают, что «стакан наполовину полон», и не под­даются стрессу.

Беря во внимание личностные особенности, по спо­собам реагирования на стресс людей можно разделить на 3 категории, условно названные «стресс кролика», «стресс льва» и «стресс вола».

К первой категории — «стресс кролика» — относятся те, для кого характерна пассивная реакция на стресс. При этом человек способен только на короткое время активи­зировать свои немногочисленные силы. Ко второй кате­гории — «стресс льва» — относятся люди, бурно и энергично реагирующие на стресс. Наконец, 3 категория — «стресс вола» — данный тип людей может долго и методично ра­ботать на пределе своих возможностей, выполняя боль­шую нагрузку.

Кем же лучше быть — «кроликом», «львом» или «волом»? Однозначного ответа не существует. Бывают ситуации, ког­да правильнее просто «плыть по течению». Например, на­чальник в гневе отчитывает своего подчиненного. Объяснить или доказать что-либо человеку, который находиться в та­ком состоянии, невозможно. Поэтому лучше сберечь свои силы и какое-то время ничего не предпринимать. С другой стороны, бывают ситуации, когда «львиная» реакция может спасти человеку жизнь. Например, известны случаи, когда после постановки смертельного диагноза люди мобилизова­ли все свои ресурсы и сумели выжить.

Психологи советуют в каждом конкретном случае ана­лизировать ситуацию. Подумать, что зависит от вас, на ка­кие внешние обстоятельства вы можете повлиять, а на какие — нет. И в зависимости от этого выбирать стратегию поведения, характерную для той или иной роли.

Умение справляться со стрессом зависит от того, на­сколько хорошо человек к нему подготовлен, от отноше­ния к ежедневным требованиям, предъявляемым вам жиз­нью. Люди, с трудом преодолевающие жизненные испы­тания, чувствуют, что часто оказываются во власти непредвиденных ситуаций. И если некоторые рождаются с хорошими способностями к «преодолению», то другим их необходимо приобрести и постоянно развивать. К этим способностям можно отнести:

1. настойчивость;
2. умение принимать решения;
3. рациональное осмысление своих поступков;
4. организованность;
5. умение создать свой круг общения;
6. умение «качественно» общаться;
7. умение контролировать себя.

Главное помнить, что события, которые нас взволно­вали сегодня, завтра могут оказаться не такими уж зна­чимыми.

Для того чтобы избежать вредных последствий стресса и в то же время не лишать себя радости свершения, нам следует больше знать не только о природе возникновения, но и о механизмах стресса. Эти вопросы и будут рассмот­рены нами в следующей главе.

Выводы

Стресс — неспецифическая ответная реакция организ­ма на различного рода раздражители, помогающая ему приспособиться к изменяющимся условиям. Характер про­текания стрессовой реакции зависит от многих факторов, важнейшими из которых являются личностные особенно­сти и физиологические параметры организма человека.

Вопросы к главе 2:

1. Дайте определение понятию «стресс».
2. Всегда ли стресс приводит к негативным изменени­ям в организме?
3. Целесообразно ли разделение стресса на эмоцио­нальный (психический) и физиологический (системный)?
4. Что такое общий адаптационный синдром и какие стадии развития этого синдрома вам известны?
5. В какой стадии общего адаптационного синдрома выделяют фазы «шока» и «противотока»?
6. На какой стадии развития стресс-реакции измене­ния, происходящие в организме, считают необратимыми?
7. Какие эмоциональные субсиндромы стресса вам известны?
8. Дайте определение понятию «стрессоустойчивость».
9. Влияют ли личностные особенности человека на сте­пень его стрессоустойчивости?
10. Люди с каким типом нервной системы более подвер­жены влиянию стресса?

Глава 3

ПСИХОФИЗИОЛОГИЯ СТРЕССА, ИЛИ КАК РАБОТАЕТ ОРГАНИЗМ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ СТРЕССОВОЙ СИТУАЦИИ

Вопросы, рассматриваемые в главе:

Природа возникновения стресса. Физиологические и пси­хологические проявления.

Нервная система: анатомическое строение и функцио­нальное деление;

Механизмы стресса:

1. стресс-реализующие системы;
2. стресс-лимитирующие системы.

Учение о стрессе — один из ведущих разделов совре­менной медицины, в котором особое внимание уделяет­ся биологическим и физиологическим аспектам данной проблемы. Как было отмечено в предыдущей главе, тради­ционным стало понимание стресса как физиологической реакции организма, в частности, реакции эндокринных желез, контролируемых гипофизом, на действие различ­ных отрицательных факторов. В этой главе описаны меха­низмы, запускающие цепь физиологических событий борьбы со стрессом и системы естественной профилакти­ки стресса.

**Природа возникновения стресса. Физиологические и психологические проявления**

Поскольку в настоящее время существует множество противоречивых формулировок понятия «стресс», следу­ет еще раз подчеркнуть, что стресс — это не просто нервное напряжение. Неверно отождествлять стресс с нервной пе­регрузкой или сильным эмоциональным возбуждением. Доктор Дж. Мейсон, один из наиболее известных иссле­дователей психологических и психопатологических аспек­тов биологического стресса, считает итогом воздействия всех стрессоров активацию «физиологического аппарата, ответственного за эмоциональное возбуждение, которое возникает при появлении угрожающих или неприятных факторов в жизненной ситуации, взятой в целом».

Понятно, что у человека с его высокоразвитой нервной системой эмоциональные раздражители являются самы­ми частыми стрессорами. Но стрессовые реакции прису­щи и низшим животным, вообще не имеющим нервной системы, и даже растениям.

Стресс-факторы, которые в конечном итоге вызывают стресс, изначально обрабатываются в мозге: информация от рецепторов поступает в неокортекс и одновременно в ретикулярную формацию, лимбическую систему и гипо­таламус, где оценивается с позиций эмоционального со­стояния. В неокортексе два потока — «нейтральный» и «эмоционально окрашенный» — сходятся, на основании чего происходит оценка значимости информации для организма, и если раздражитель воспринимается как уг­роза, вызов или что-то крайне неприятное, то в ответ воз­никает сильное эмоциональное возбуждение, которое запускает дальнейшую цепь событий.

Представьте, что вы ведете машину по шоссе, и вас начи­нает обгонять другой водитель, причем не просто обгоняет, но и «подрезает» вашу машину. Вслед за этим «фокусом» он выкидывает другой — резко тормозит перед самым носом ва­шей машины. Эта внезапная непредвиденная ситуация вызы­вает у вас моментальную автоматическую реакцию: учащается пульс и дыхание, глаза — если бы вы увидели себя в этот мо­мент со стороны — чуть ли не «вылезают из орбит». Не ис­ключено, что вы рассердитесь не на шутку, начнете громко ругаться — возмущению вашему не будет границ! Как только непосредственная опасность пройдет, и вы немного успокои­тесь, взгляните на себя в зеркало: губы сжаты, шейные и пле­чевые мышцы напряжены так сильно, что разболелись голова и спина, к горлу подступила тошнота...

Через несколько минут после этой острой стрессовой си­туации пульс и дыхание успокаиваются, внешний вид прихо­дит в норму. Однако напряжение в мышцах так быстро не проходит. Интенсивное и продолжительное мышечное напря­жение — это признак стрессовой ситуации.

Кроме физиологических стрессовых изменений, су­ществуют сигналы эмоциональной сферы, связанные с изменением поведенческих реакций. У одного человека, например, стресс проявляется в нетерпеливости, другой как будто постоянно куда-то спешит (быстро говорит, бы­стро ходит). У третьего ухудшается память. У четвертого мысли постоянно перебегают с одного на другое — он ни­как не может сосредоточиться. Проявлением стресса является повышенная нервозность, резкие перепады на­строения, быстрая утомляемость, состояние душевной опустошенности, внезапная разъяренность.

**Нервная система анатомическое строение и функциональное деление**

Прежде чем приступить к рассмотрению существующих в организме человека физиологических механизмов борь­бы со стрессом, целесообразно вспомнить строение и функ­ции нервной системы, поскольку именно она играет главенствующую роль в управлении жизнедеятельностью.

Нервная система — совокупность специальных струк­тур, объединяющая и координирующая деятельность всех органов и систем организма в постоянном взаимодействии с внешней средой. Нервная система обеспечивает согла­сованную работу всех органов и систем организма, осуще­ствляет ориентацию организма во внешней среде и приспособительные реакции на ее изменения, составляет материальную основу психической деятельности (речь, мышление, социальное поведение).

**Центральная нервная система** спрятана в костные фут­ляры: в черепе располагается головной мозг, а в канале позвоночного столба — спинной мозг. В головном мозге выделяют несколько «этажей», на каждом из которых про­исходит интересная и непростая работа. В продолговатом мозге расположены центры самых главных функций орга­низма (дыхания, сердцебиения, поддержания сосудисто­го тонуса), защитных реакций (чихания, кашля, моргания, слезоотделения, рвоты), некоторых видов обмена. В про­долговатом мозге и следующем отделе головного мозга — мосту — заложены ядра большинства черепно-мозговых нервов, которые отвечают за мимику человека, слух, чув­ствительность кожи лица, глотание, функционирование большинства внутренних органов. Мозжечок отвечает за координацию движений и поддержание мышечного то­нуса. Расположенный далее средний мозг руководит движениями глазных яблок, на более высоком уровне кон­тролирует деятельность скелетных мышц и их тонус, вклю­чается в образование эмоций, обеспечивает слуховые и зрительные ориентировочные рефлексы. Промежуточный мозг, по мнению последователей эволюционного учения Дарвина, на заре эволюции был «главнокомандующим» в нервной системе, поэтому несет в себе функции «второго пилота» в восприятии всех сигналов из внешней и внут­ренней среды (таламус) и регуляции органов и систем (гипоталамус). И, наконец, «первый пилот» — большие полушария. Высший анализ, тончайшая обработка посту­пающей информации, детальная разработка ответных дей­ствий — функция больших полушарий головного мозга и в первую очередь их серого вещества — коры и подкорко­вых ядер.

Спинной мозг устроен менее сложно, имеет вид тяжа длиной 41—45 см и диаметром 1 см, в центре которого на­ходится канал, заполненный спинномозговой жидкостью. Спинной мозг, образованный серым и белым веществом, иннервирует скелетную мускулатуру (кроме мышц голо­вы) и внутренние органы. В сером веществе спинного мозга расположены центры безусловных рефлексов (ко­ленный рефлекс и т.д.) и вегетативные центры рефлексов мочеиспускания, дефекации, рефлекторной деятельнос­ти желудка. Таким образом, серое вещество принимает участие в двигательных реакциях (рефлекторная функ­ция). Посредством белого вещества осуществляется связь различных отделов спинного мозга, связь головного мозга с остальными частями ЦНС, соединение рецепторов с ис­полнительными органами, то есть за счет проведения нерв­ных импульсов осуществляется проводниковая функция.

Периферическая нервная система представлена нерва­ми (нервными волокнами), ганглиями (нервными узла­ми) и нервными окончаниями. Нервы — скопления отростков нервных клеток (нейронов) вне ЦНС, заклю­ченные в общую соединительнотканную оболочку и про­водящие нервные импульсы (электрические сигналы, распространяющиеся по клеточным мембранам). Тради­ционно выделяют чувствительные, двигательные и сме­шанные нервы, которые отличаются по строению и выполняемым функциям. Нервные узлы — скопления тел нейронов вне ЦНС. Нервные окончания — концевые об­разования отростков нейронов в рабочих органах и желе­зах (функционально разделяются на рецепторные и эффекторные).

Поскольку от головного мозга берут свое начало черепномозговые нервы, а от спинного мозга — спинномозго­вые нервы, можно заключить, что ЦНС руководит всеми сторонами нашей жизни через посредство периферичес­кой нервной системы.

НЕРВНАЯ СИСТЕМА

СОМАТИЧЕСКАЯ - АВТОНОМНАЯ (ВЕГЕТАТИВНАЯ)

Симпатическая Парасимпатическая

Рис. 3. Функциональное деление нервной системы

Функциональное деление нервной системы выглядит следующим образом (рис. 3).

Понятно, что руководить походкой и актом мочеиспус­кания — разные задачи. И вовсе не потому, что одно слож­но, а другое нет. Просто это разные вещи, для выполнения которых необходим разный уровень «обдумывания» в ЦНС двух этих действий, а значит и разные пути регули­рования. Не механизмы, а именно пути. Поэтому и акту­ально подразделять нервную систему по выполняемым функциям. Итак, тот отдел нервной системы (он включает в себя и нервы, и определенные структуры в головном и спинном мозге), который руководит работой опорно-дви­гательного аппарата, то есть костей, суставов и попереч­но-полосатых мышц, называется соматической нервной системой (от греч. soma — тело). А отдел (также состоящий из элементов как центральной, так и периферической нерв­ной системы), контролирующий деятельность внутрен­них органов и сосудов, называется вегетативной нервной системой. В отличие от соматического отдела, который подчинен воле человека, вегетативная нервная система не подвластна нашему сознательному влиянию, отсюда и наиболее часто встречающееся название — автономная.

Автономная нервная система подразделяется на симпа­тический и парасимпатический отделы, которые противо­положны по своему действию и различны по устройству своих рефлекторных дуг.

Делая зарядку, вы отжимаетесь. При этом одни сухожилия оказываются растянутыми, другие — сжатыми. Это и есть сти­мул для рецепторов, которые в них заложены: вернувшийся нервный импульс заставит вас оторвать тело от пола и в оче­редной раз выпрямить руки. Скорость выполняемых упраж­нений, их количество и амплитуда — те характеристики, которые подвластны вашему влиянию. Это и есть пример ре­гуляции, работы опорно-двигательного аппарата посредством соматической нервной системы.

Вы убегаете от злой собаки, и, независимо от вашей воли, организм начинает перестраиваться для оптимального вы­полнения основной задачи — спастись бегством: дыхание становится частым и поверхностным, частота сердечных со­кращений увеличивается, давление повышается, кишечник, почки и мочевой пузырь резко замедляют свою деятельность (на бегу-то нужду не особенно справишь), во рту пересохло, зрачки расширены («у страха глаза велики»). Это и есть яр­кий пример регуляторных воздействий симпатического отде­ла автономной нервной системы.

Предположим, все завершилось благополучно, и собака потеряла к вам интерес. Вы устали, легли отдохнуть и засну­ли. И снова, независимо от вашего сознания, организм на­чинает перестраиваться: дыхание становится глубоким и редким, сердце бьется медленно, артериальное давление сни­жается. Только мочевыделительная система активизирова­лась (недаром столь закономерно посещение уборной после утреннего пробуждения). Вот такое замедление работы мно­гих систем организма во время безмятежного сна — резуль­тат воздействия парасимпатического отдела автономной нервной системы.

Важно отметить, что любой внутренний орган (вклю­чая сосуды) имеет в себе окончания как симпатического, так и парасимпатического отделов автономной нервной системы. Это обеспечивает адекватность его работы в кон­кретной ситуации в ответ на требование данного момента.

**Механизмы стресса**

1. Стресс-реализующие системы. В нормальном здоро­вом организме человека существуют механизмы, направ­ленные на борьбу с неблагоприятными факторами, воздействие которых может привести к гибели. Следует подчеркнуть, что данные механизмы приспособления к воздействию стрессоров неспецифичны и являются об­щими для любых стрессовых воздействий, что позволяет говорить об общем адаптационном синдроме (или стресс-реакции). Нелегко представить себе, что холод, жара, ле­карства, гормоны, печаль и радость вызывают одинаковые биохимические сдвиги в организме. Однако дело обстоит именно так. Количественные биохимические измерения показывают, что некоторые реакции неспецифичны и оди­наковы для всех видов воздействий.

При рождении ребенка женщина испытывает физическую боль, она напугана незнакомой обстановкой, она тревожится за жизнь и здоровье ребенка, одним словом, испытывает силь­ное душевное и физическое потрясение. Спустя некоторое время, она впервые берет на руки своего малыша, чувствует прилив нежности и сильнейшую радость. Специфические ре­зультаты двух событий — родов и долгожданного рождения — совершенно различны, даже противоположны, но их стрес-сорное действие — неспецифическое требование приспособ­ления к новой ситуации — может быть одинаковым.

В современной литературе механизмы, лежащие в ос­нове стресс-реакции, называют стресс-реализующими системами.

Первый этап в стресс-реакции — активация симпати­ческого и парасимпатического звеньев автономной нерв­ной системы. Сильное эмоциональное возбуждение вызывает активацию высших вегетативных центров, в том числе эрготрофных (симпатических, в основном задних ядер гипоталамуса), и активацию симпатической нервной системы, что в свою очередь повышает функциональные возможности скелетных мышц, сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Одновременно с этим увеличивает­ся активность трофотропных (парасимпатических) ядер гипоталамуса и парасимпатического отдела автономной нервной системы, что обеспечивает высокие возможнос­ти восстановительных процессов, направленных на сохра­нение гомеостаза (постоянства внутренней среды) в организме. Физиологические изменения в организме, на­блюдаемые на первом этапе стресс-реакции:

1. учащение сердцебиения;
2. усиление сердечных сокращений;
3. расширение сосудов сердца;
4. сужение брюшных артерий;
5. расширение зрачков;
6. расширение бронхиальных трубок;
7. увеличение силы скелетных мышц;
8. выработка глюкозы в печени;
9. увеличение продуктивности мыслительной деятель­ности;
10. расширение артерий, проходящих в толще скелет­ных мышц;
11. ускорение обмена веществ.

Если стрессор продолжает действовать, то возможности симпатической нервной системы по причине ограниченно­сти запасов медиаторов (биологически активных веществ, секретируемых нервными окончаниями и обусловливаю­щих передачу нервных импульсов) не позволяют противо­действовать ему. В этом случае включается следующий, вто­рой, механизм, который получил название реакции «битва—бегство» (позволяет организму либо бороться с угрозой, либо бежать от нее). Данная реакция рассмат­ривается как мобилизация организма, подготавливающая мышцы к активности в ответ на действие стрессора.

При возбуждении миндалевидного ядра (одного из центральных образований лимбической системы) мощ­ный поток импульсов идет к эрготропным ядрам гипота­ламуса, оттуда импульсация направляется к грудному отделу спинного мозга и, наконец, к центральному орга­ну этого механизма — мозговому слою надпочечников. В результате происходит выброс адреналина и норадре­налина, что приводит к увеличению артериального дав­ления, сердечного выброса, снижению кровотока в неработающих мышцах и органах, возрастает уровень свободных жирных кислот, триглицеридов, холестерина и глюкозы.

Благодаря этим физиологическим изменениям люди в чрез­вычайной ситуации способны совершать невероятные поступ­ки. Когда достаточно слабый человек поднимает машину, которой придавило ребенка, можно говорить о невероятной силе, сообщаемой нам реакцией «битва—бегство». Важно от­метить, что функцией парасимпатической нервной системы является возвращение нас в расслабленное состояние после того, как угроза миновала.

В целом первый и второй механизмы общего адапта­ционного синдрома называют симпато-адреналовой ре­акцией (САР). Если стрессор продолжает оказывать повреждающее воздействие, не компенсируемое реакци­ей «битва—бегство», то наступает следующий этап в стресс-реакции, в ходе которого активизируются другие эндокринные механизмы — адренокортикальный, сома-тотропный и тиреоидный.

Адренокортикальный механизм включается в том слу­чае, если активация симпатической нервной системы и мозгового слоя надпочечников оказывается неэффектив­ной. Цепь событий в этом случае такова: неокортекс —> септально-гипоталамический комплекс —> выделение кортиколиберина —> активация гипофиза —> выработка АКТГ —> активация коры надпочечников —> выделение глюкокортикоидов (кортизол, гидрокортизон и др.) и ми-нералкортикоидов (альдостерон).

Главное в этом механизме — это продукция глюкокор­тикоидов, поскольку они вызывают значительное повыше­ние энергетических запасов (возрастает уровень глюкозы и свободных жирных кислот). Все это происходит для того, чтобы подготовить организм для дальнейшей борьбы со стрессом или бегству от него. Однако чрезмерное выделе­ние глюкокортикоидов приводит к нежелательным эффек­там, то есть наступает плата за адаптацию. Одним из наиболее важных изменений является снижение лимфо­цитов (вырабатываются вилочковой железой и лимфати­ческими узлами), которые крайне важны для нормальной деятельности иммунной системы, так как их основная функция — уничтожение инородных субстанций (напри­мер, бактерий). Вследствие этого резко снижается интен­сивность иммунных механизмов. Одновременно на данном этапе возрастает риск развития инфаркта миокар­да за счет спазма сосудов.

Альдостерон также подготавливает нас к активным дей­ствиям, поднимая артериальное давление настолько, что­бы питательные вещества и кислород быстрее и легче поступали к наиболее активным частям нашего организ­ма — внутренним органам и конечностям. Повышение артериального давления происходит за счет увеличения объема жидкостей в организме вследствие снижения вы­работки мочи и задержки выработки натрия.

Многие авторы считают, что одновременно с адренокор-тикальным активируется соматотропный механизм: нео-кортекс—> септально-гиппокампово-гипоталамическое возбуждение —> выделение соматолиберина гипоталаму­сом —> выделение соматотропного гормона аденогипофи-зом. Данный гормон (за счет высвобождения соматомеди-на) повышает резистентность к инсулину (как при диа­бете), ускоряет мобилизацию накопленных в организме жиров, в результате чего в крови повышается содержание глюкозы и свободных жирных кислот, то есть увеличива­ются энергетические запасы.

Активация тиреоидного механизма происходит по следующей схеме: неокортекс —> септально-гиппокампово-гипоталамическое возбуждение —> тиролиберин гипотала­муса —> активация гипофиза —> выработка тириотропного гормона (ТТГ) —> активация щитовидной железы —> выра­ботка тиреоидных гормонов (ТЗ — трийодтиронин, Т4 — тироксин). Физиологический смысл данного защитного механизма заключается в том, что тиреоидные гормоны повышают чувствительность тканей к циркулирующим в крови катехоламинам, повышают уровень энергообразо­вания, активизируют деятельность сердца (сократимость, ЧСС), повышают артериальное давление, в целом учаща­ется базальный ритм метаболизма. При этом повышается тревожность и уменьшается чувство усталости.

В настоящее время многими учеными проводятся ис­следования на тему «Может ли стресс стать причиной не­обратимых нарушений мозга». Гиппокамп — это та часть мозга, которая «бьет тревогу» при столкновении со стрес­сом. Именно рецепторы клеток гиппокампа определяют присутствие в организме глюкокортикоидов, вырабатыва­емых надпочечниками (уже в течение первых 30 минут в слюне диагностируется повышение уровня кортизола). Продолжительный стресс разрушает эти рецепторы и клет­ки гиппокампа в целом. А поскольку клетки мозга лише­ны способности восстанавливаться, то мы теряем их навсегда. Отсюда возникает очень интересный вопрос: воз­можно, если у нас станет недостаточно глюкокортикоид-ных рецепторов, мы перестанем реагировать на стресс? Для ответа на этот вопрос ученые продолжают проводить экс­перименты.

2. Стресс-лимитирующие системы. В процессе эволюции в организме человека появились механизмы, которые пре­пятствуют развитию стресс-реакции или снижают ее побоч­ные отрицательные воздействия на органы-мишени. Такие механизмы получили название стресс-лимитирующие си­стемы, или системы естественной профилактики стресса.

1. ГАМК-эргическая система. Гамма-аминомасляная кислота (ГАМК) продуцируется многими нейронами ЦНС, в том числе и тормозными. Под влиянием фермен­тов ГАМК превращается в мозге в ГОМК (гамма-оксимасляная кислота), которая способна тормозить деятельность многих структур мозга, в том числе и гипоталамуса. В ре­зультате не происходит запуска стресс-реакции.
2. Эндогенные опиаты (энкефалины, эндорфины, динорфины). Образуются из бета-липотропина в гипофизе под влиянием стресса. Эти вещества вызывают эйфорию, снижают болевую чувствительность, повышают работос­пособность, увеличивают возможность выполнения дли­тельной мышечной работы, снижают чувство тревоги. В целом эти вещества снижают психогенные реакции че­ловека на раздражители, уменьшая интенсивность эмоци­ональной реакции, запускающей стресс-реакцию.
3. Простогландины (преимущественно группы Е). Их продукция возрастает при стрессе, в результате чего снижается чувствительность ряда тканей к действию ка-техоламинов. Особенно это выражается в отношении чув­ствительности нейронов центральной нервной системы к норадреналину. Таким образом, простогландины снижа­ют выраженность стресс-реакции.
4. Антиоксидантная система. Как отмечалось ранее, при действии глюкокортикоидов активируется перекисное окисление липидов, следствием чего является образова­ние свободных радикалов, которые приводят к активации многих биохимических реакций в клетках, что нарушает их жизнедеятельность (плата за адаптацию). Однако в организме существуют эндогенные «тушители» этих сво-боднорадикальных процессов, которые получили название антиоксиданты. К ним относят витамин Е, серосодержа­щие аминокислоты (цистин, цистеин), фермент суперок-сиддисмутаза.
5. Трофотропные механизмы. Активация парасимпати­ческой нервной системы во время стресс-реакции пред­ставляет собой важнейший механизм зашиты от побочных эффектов глюкокортикоидов и других участников стресс-реакции.

Следует отметить, что помимо запуска этого защитного механизма естественным путем (неокортекс —> гипотала­мус —> парасимпатические центры ствола мозга и сакраль­ного отдела спинного мозга), существует возможность искусственного повышения активности парасимпатическо­го отдела автономной нервной системы, что можно исполь­зовать в качестве профилактики негативных последствий стресса. Тонус парасимпатической нервной системы повы­шается при умеренной физической нагрузке, мышечной релаксации или медитации. Медитация представляет со­бой различные формы сосредоточения — повторение от­дельных слов или фраз («мантр»), повторение физи­ческих действий, например, дыхательные движения с концентрацией внимания на них, зрительная концентра­ция, сосредоточение на какой-то парадоксальной пробле­ме (например: как звучит хлопок одной ладони?). К повышению активности парасимпатического отдела ВНС приводит переход на диафрагмальное дыхание. Ре­берное и ключичное дыхание активизирует симпатическую нервную систему.

Выводы

Сбалансированная работа симпатического и парасимпа­тического отделов автономной нервной системы позволяет человеку адекватно реагировать на любые предъявляемые требования. В организме человека существуют естествен­ные механизмы, активизирующиеся при воздействии стрессогенных факторов и направленные на борьбу со стрессом, а также системы, препятствующие развитию стресс-реакции или снижающие ее побочные отрицатель­ные воздействия.

Вопросы к главе 3:

1. Чем представлены центральный и периферический  
отделы нервной системы?

2. Из каких отделов состоит головной мозг человека?

1. Какие функции выполняют соматическая и автоном­ная (вегетативная) нервная система?
2. Чем отличаются по своему воздействию на организм симпатический и парасимпатический отделы автономной нервной системы?
3. Дайте определение понятию «стресс-реализующие системы».
4. Какова физиологическая роль выброса в кровь гор­монов адреналина и норадреналина на начальных этапах стресс-реакции?
5. К каким нежелательным эффектам приводит чрез­мерное выделение глюкокортикоидов при включении в стресс-реакцию адренокортикального механизма?
6. Какие стресс-лимитирующие системы, существую­щие в организме человека, вам известны?
7. Как в рамках профилактики негативных послед­ствий стресса можно искусственно повысить активность парасимпатического отдела автономной нервной системы?
8. При возникновении стрессовой ситуации в организ­ме резко увеличивается выработка глюкозы в печени. Объясните физиологический смысл этого явления.

Глава 4. ПСИХОЛОГИЯ СТРЕССА

Вопросы, рассматриваемые в главе:

Понятие психологического стресса. Психические стрессоры.

Факторы, оказывающие влияние на развитие психологи­ческого стресса.

Виды (уровни) реакций человека на стресс.

Влияние индивидуальных и личностных особенностей че­ловека на возникновение и развитие стресса.

В предыдущих главах были рассмотрены физиологи­ческие механизмы воздействия стресса на человека. Пси­хологические факторы были лишь упомянуты, в этой главе они будут рассмотрены подробно.

С физиологической точки зрения, краткосрочный стресс — вовсе не «болезненное» состояние, а процесс, при помощи которого организм борется с нежелательными воздействиями, адаптируется к изменяющимся условиям окружающей действительности. Свое пагубное влияние на психологическое и физическое здоровье человека стресс оказывает в ситуациях, когда он слишком силен или дей­ствует слишком долго. Рассмотренный выше общий адап­тационный синдром является физиологическим ответом организма на стрессовое воздействие и свойственен в рав­ной степени как животным, так и человеку.

Однако когда люди говорят, что испытывают стресс, они обычно подразумевают, что находятся в состоянии нервного напряжения, утомлены, расстроены, сердят­ся или подавлены. Поэтому мы можем говорить о том, что, в отличие от животных, реакция человека на стрес­совое воздействие имеет сложную многоуровневую структуру, определяемую в том числе и психологической составляющей.

Характер реакции человека на воздействие потенциаль­ного стрессора зависит от целого ряда причин и, прежде всего, от субъективной оценки человеком ситуации.

Выступит та или иная ситуация причиной стресса или нет, зависит не только от самой ситуации, но и от человека, его опыта, ожиданий, личностных особенностей и т.д. Большое значение имеет оценка человеком угрозы, ожидание опас­ных последствий, которые содержит в себе ситуация.

Посещение врача-стоматолога может быть огромным стрессом для человека, который боится лечить зубы, и не бу­дет стрессом для того, кто не испытывает страха перед этой процедурой.

Таким образом, само возникновение и переживание стресса зависит не столько от объективных, сколько от субъективных факторов, от особенностей самого челове­ка: оценки им ситуации, сопоставления своих сил и спо­собностей с тем, что от него требуется.

Участников психологической группы попросили вспом­нить случаи из своего опыта, когда их жизнь подвергалась опасности. Одна из женщин рассказала историю, произошед­шую примерно 20 лет тому назад. Наша героиня ехала на рей­совом автобусе, который шел из одного районного центра в другой, выйти ей предстояло около небольшой деревни, где она собиралась провести отпуск. Она вышла, благополучно добралась до места, отлично провела отпуск и вернулась до­мой. На этом ее рассказ был прерван возмущенными вопро­сами аудитории, которая не могла понять, в чем состояла опасность для жизни. Тогда женщина рассказала вторую часть истории. Через много лет, будучи корреспондентом област­ной газеты, она получила задание подготовить статью об ава­риях на транспорте. Собирая материал, она случайно наткнулась на сообщение о том, что тот самый автобус, на котором она много лет назад ехала в отпуск, попал в серьез­ную катастрофу на железнодорожном переезде, несколько человек погибли, остальные были ранены.

Таким образом, героиня этой истории ОБЪЕКТИВНО на­ходилась в опасности, а СУБЪЕКТИВНО (так как не знала об этом) этой опасности не чувствовала и, естественно, не ис­пытала никакого стресса.

Примером противоположной ситуации может служить рас­сказ другой участницы той же психологической группы. Ее история произошла в 1999 г., в тот период, когда Москва была напугана страшными терактами: взрывами домов на Каширс­ком шоссе и улице Гурьянова. Она стояла у окна и вдруг уви­дела, что в ее двор въезжает грузовик. Эта машина показалась ей подозрительной. Через 10 минут она окончательно убеди­ла себя в том, что в грузовике взрывчатка и это террористи­ческий акт. Она рассказывает, что почувствовала необычайный прилив сил, не в полной мере давая себе отчет в своих дей­ствиях, она в считанные минуты собрала детей, предупреди­ла соседей, позвонила в милицию и выскочила на улицу. Прибывший наряд милиции выяснил, что в грузовике соседи перевозили мебель, и никакой опасности нет. Героиня этой истории, хоть и вспоминает этот случай с некоторой долей юмора, в то же время говорит, что никогда ни до, ни после она не испытывала такого животного страха, как в те минуты.

Таким образом, ОБЪЕКТИВНО ситуация была безопасной, а СУБЪЕКТИВНО была расценена как крайне опасная и выз­вала сильнейший стресс.

Мы часто рассуждаем о том, как важно спокойно отно­сится к раздражающим нас вещам, даем советы родным, друзьям и приятелям, что не стоит обращать внимание на мелочи (конфликт на работе — подумаешь, с кем не быва­ет, нахамили в общественном транспорте — обычное дело, пробка — ну что делать, сам вчера стоял два часа и т.д.). И, как правило, очень трудно применить советы и эти зна­ния к себе.

Для того чтобы оценить уровень собственной стрессо-устойчивости, можно проделать небольшое упражнение:

Предупреждение! Это упражнение можно делать лишь в том случае, если в вашей жизни не произошло кризисных или траги­ческих событий, перевернувших вашу жизнь, оно подходит для обычной, повседневной жизни.

Возьмите лист бумаги, разделите его на две половины, слева напишите события и ситуации, которые вызвали раздражение, негодование, взволновали и огорчили вас в последние несколько дней, справа оцените степень воздей­ствия по пятибалльной шкале (5 — максимальное раздра­жение, 1 — легкая степень недовольства), просуммируйте полученный результат. Потом сверните этот лист и отло­жите его на неделю. Через неделю попробуйте вспомнить записанные вами события и снова оцените их по пятибал­льной шкале, снова сложите все проставленные вами оцен­ки. Теперь сравните полученные результаты. Попробуем оценить, что получилось:

Вариант 1. Результаты полностью совпали. У вас хоро­шая память.

Вариант 2. Вы вспомнили все события, но оценка их по­менялась в ту или другую сторону. Вы можете понять, на­сколько ошиблись в первоначальной оценке события. Например, Вы в первом случае оценили конфликт с под­рутой в пять баллов, а через неделю, успокоившись и про­анализировав ситуацию, — в два балла. Это значит, что, возможно, вы отреагировали на ситуацию слишком эмо­ционально.

Вариант 3: Некоторые события Вы не вспомнили, или в Вашем списке появились события, которых раньше не было. Еще более выраженная ошибка в эмоциональной оценке события.

Теперь попробуем поставить себе оценку за стрессоустойчивость.

Посчитаем средний балл для первого и второго случая, например:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Первая оценка | | Оценка через неделю | |
| Ожидание в пробке | 3 | Ожидание в пробке | 2 |
| Двойка, полученная ребенком в школе | 4 | Двойка, полученная ребенком в школе | 4 |
| Опоздание на работу | 3 | Не вспомнилось | 0 |
| Конфликт в магазине | 3 | Конфликт в магазине | 1 |
| Итого | 12 | Итого | 6 |
| Средний балл | 12/4=3 | Средний балл | 6/4=1,5 |

Теперь от первого значения отнимем второе: 3 - 1,5 = 1,5.

Можно говорить о том, что в данном примере человек переоценивает эмоциональную значимость событий на 1,5 балла по пятибалльной шкале (для сравнения, это при­мерно та же разница, как между школьными оценками пять и три с плюсом). За эту разницу мы часто платим сво­им здоровьем и душевным спокойствием.

Рекомендации

Если какое-то событие или ряд событий через некото­рое время вы оценили более значимыми, чем впервые, или через две, три, четыре недели оно не теряет своей эмоцио­нальной яркости, то это может свидетельствовать о том, что эта ситуация является для вас проблемной. Можно поре­комендовать уделить ей больше внимания или, возможно, обратиться к специалисту.

Однако, как правило, события, которые нас взволнова­ли сегодня, завтра кажутся уже не такими значимыми. Можно порекомендовать несколько приемов, которые позволят спокойнее относиться к обычным, повседнев­ным, «жизненным» стрессам:

1. Представьте себе, как вы будете рассказывать об этом событии через неделю, месяц, год. Часто этот про­стой прием позволяет быстро оценить реальную значи­мость происшествия для вас.
2. Подумайте и прорепетируйте, что бы вы сказали, если бы эта ситуация произошла не с вами, а с кем-то из ваших знакомых.
3. Сразу после взволновавшего события позвольте себе быстро «выпустить пар»: поделитесь с окружающими сво­ими переживаниями, побейте кулаком подушку, покричи­те, порвите бумагу, выругайтесь, совершите какое-нибудь физическое действие и т.д. Подробно о том, как быстро помочь себе в стрессовой ситуации, рассказано в третьем разделе этой книги.
4. Освойте и по необходимости применяйте приемы саморегуляции (например, релаксация, медитация, ауто­тренинг и т.д.).

Психологический стресс можно определить как фено­мен осознавания, возникающий при сравнении требова­ний, предъявляемых к личности, с ее способностью справиться с этими требованиями. Такое понимание пси­хологического стресса первым ввел Р. Лазарус.

Понятно, что всякое событие, нарушающее привычное течение жизни, может быть причиной стресса. К психи­ческим стрессорам относится все, что может нас взволно­вать: несчастье, грубое слово, незаслуженная обида, обман, утрата, внезапное препятствие нашим действиям или стремлениям и многое другое. Не только избыток раздра­жителей, но и их нехватка может действовать как стрессор. К таким стрессорам можно отнести монотонность, скуку, одиночество, изоляцию. Разным этапам жизни свойствен­на своя специфика стрессовых ситуаций, например: на­чало учебы, уход из родительского дома, вступление в брак, рождение детей, профессиональные достижения и неудачи и т.д. Американские исследователи Томас Холмс и Ричард Рейх в 1967 г. разработали шкалу тяжести стрес­сового воздействия различных жизненных событий («Тпе social readjustment rating scale»). События были оценены по шкале от 0 до 100 баллов в зависимости от давления, оказываемого на психику:

Смерть мужа/жены — 100

Развод — 73

Разлад в супружеской жизни — 65

Тюремное заключение — 63

Смерть близкого члена семьи — 63

Серьезная травма или заболевание — 53

Брак — 50

Потеря работы — 47

Примирение и другие перемены в семейной жизни — 45

Выход на пенсию — 45

Изменение в состоянии здоровья члена семьи — 44

Беременность — 40

Сексуальные проблемы — 39

Появление нового члена семьи — 39

Перемена места работы — 39

Изменения в финансовом положении — 37

Смерть близкого друга — 37

Перевод на другую работу — 36

Серьезные разногласия с партнером — 35

Крупный долг — 31

Приближение срока уплаты долга — 30

Перемена в ответственности по месту работа — 29

Уход сына или дочери из родного дома — 29

Конфликты с тестем/свекром, тещей/свекровью — 29

Исключительный личный поступок или достижение — 27

Поступление в школу или ее окончание — 26

Перемена в условиях жизни — 25

Смена привычек — 24

Проблемы и конфликты с начальством — 23

Изменение рабочего времени или условий работы — 20

Смена жилья — 20

Перемена школы — 20

Смена отдыха — 19

Перемена в общественной деятельности — 18

Мелкий долг — 17

Перемены, связанные со сном и режимом дня — 16

Перемены в семье — 15

Перемены в привычном образе питания — 15

Отпуск — 13

Праздник — 12

Проступок (штраф за проезд без билета и др.) — 11

Как вы видите, стресс вызывают не только отрицатель­ные, но и положительные события, ведь они тоже требуют приспособления.

Вы можете легко убедиться в верности этого тезиса, если вспомните свои переживания до, во время и после радостно­го эмоционального события (праздника, концерта, дискоте­ки). Сначала радостное возбуждение, ожидание предстоящего события — это первая стадия стрессовой реакции; во время события активность, стремление продолжать и продолжать ве­селиться, нежелание прекращать праздник — это вторая ста­дия стресса; и наконец, ощущение усталости и даже иногда опустошения после события — это третья стадия стрессовой реакции.

Во второй главе уже вводились понятия «эустресс» и «дистресс». Эустресс связан с позитивными событиями в жизни человека и, вызывая неспецифическую стрессо­вую реакцию организма, оказывает мобилизующее и воз­буждающее воздействие на человека. Когда мы говорим о «борьбе со стрессом», «последствиях стресса», мы обычно имеем в виду эмоционально отрицательный тип стресса, или дистресс (от англ. distress — горе, несчастье, недомо­гание, истощение, нужда).

Таким образом, перечень событий, способных оказать стрессовое воздействие, можно было бы продолжать. Но для каждого конкретного человека как его состав, так и интенсивность воздействия стрессовых ситуаций будут индивидуальны. От чего же зависит, какое именно собы­тие воспринимается как стрессовое?

**Факторы, оказывающие влияние на развитие психологического стресса**

Факторы, оказывающие влияние на развитие психоло­гического стресса, столь многочисленны и неоднозначны, что их исчерпывающее рассмотрение едва ли возможно в рамках данного учебного пособия. Остановимся на неко­торых ключевых моментах, а именно: на характеристиках стрессового события, интерпретации события человеком, влиянии прошлого опыта, осведомленности (информиро­ванности), индивидуальных и личностных особенностей человека на восприятие ситуации и способ реагирования.

• Характеристики стрессового события. Стрессовые события могут различаться по следующим признакам:

а) частоте возникновения — события могут быть одиночными, возникать периодически (например, «авралы» на производстве), накладываться друг на друга («несчастья преследуют одно за другим»);

б) длительности воздействия — кратковременное, продолжительное, хроническое (постоянное). Кратковременные стрессоры — это, как правило, повседневные  
неприятности, в результате воздействия которых актуализируются уже сложившиеся программы реагирования и мобилизации ресурсов. К продолжительным стрессорам  
можно отнести критические жизненные события, требующие значительного времени для адаптации, вызывающие в структуре личности человека серьезные изменения и сопровождающиеся не только кратковременными эмоциями, но и стойкими эмоциональными реакциями (перемена места жительства, особенно вынужденная, хроническая болезнь, конфликтная обстановка в трудовом коллективе). Хронические стрессоры — постоянно или очень длительное время действующие ситуации, например: бедность, проблемы в семейных взаимоотношениях, перегрузки на работе и т.п.  
Долговременное воздействие стрессора приводит к состоянию хронического стресса, которое будет рассмотрено нами подробно в разделе, посвященном хроническому  
стрессу и профессиональному здоровью;

в) интенсивности воздействия — чем больше физиологические и психические изменения в результате воздействия стрессора отличаются от оптимальных параметров, тем интенсивнее стрессовое воздействие события на чело­века. Например, такие события, как смерть близкого или возникновение угрозы собственной жизни, по интенсив­ности воздействия, как правило, значительно превосходят события, связанные с неприятностями в профессиональ­ной сфере или утратой имущества;

г) знаку эмоциональной окрашенности — стрессовые события, как можно видеть по вышеприведенной шкале тяжести стрессового воздействия, могут быть не только негативными, неприятными событиями жизни, вызыва­ющими резко отрицательные эмоции, но и позитивными, требующими адаптации к неким произошедшим измене­ниям, вызывающими сильные положительные эмоции. Например, такие события, как новоселье, вступление в брак или рождение ребенка, воспринимаясь как позитив­ные, желательные, тем не менее, могут оказывать сильное стрессовое воздействие на человека.

• Интерпретация человеком стрессового события. Как уже было отмечено, ситуация становится для человека источником стресса только в том случае, если субъектив­но оценивается им как стрессовая.

Например, расторжение брака может восприниматься од­ним человеком как трагедия, крушение всей его жизни, рас­ставание с любимым человеком, потеря опоры и стабильности, вызывать такие чувства, как беспомощность и страх одиноче­ства. Для другого человека развод — это освобождение от тяго­тивших его обязательств, возможность начать «новую» жизнь.

Как видите, одно и то же событие потенциально может являться стрессором, но вызывает сильную стрессовую реакцию в нашем примере лишь у первого человека, кото­рый воспринял ситуацию как негативную, угрожающую нормальному течению его жизни. Для второго человека ситуация имела незначительное стрессовое воздействие, причем скорее позитивное.

Таким образом, между стрессором и нашей реакцией на него всегда есть промежуточное звено — субъективная оценка ситуации, называемая также в ряде исследований когнитивной интерпретацией происходящего.

• Прошлый опыт человека. На восприятие события как стрессового в значительной степени влияет личный опыт человека. Для каждого существуют закрепившиеся в результате прошлого опыта установки о том, какие си­туации являются наиболее опасными и стрессовыми. У каждого из нас есть «точки уязвимости», воздействие на которые вызывает максимально выраженную стрессовую реакцию. Напротив, какие-то стрессоры воспринимают­ся человеком как менее опасные, так как он сталкивался с ними в прошлом, и у него выработались программы эф­фективного реагирования на данные ситуации. В таком случае, стрессовое воздействие будет для человека менее разрушительным, так как он готов с ним справиться. Та­кие стереотипы поведения не возникают сами по себе, а приобретаются человеком на протяжении всей его жиз­ни, начиная с самого раннего детства. Иногда у человека в результате прошлого опыта вырабатываются стереотип­ные реакции, носящие недостаточно адаптивный харак­тер, что может привести при воздействии аналогичных стрессоров к нарастанию напряжения и развитию хрони­ческого стресса.

Примером может служить особенность, которую часто на­зывают «синдромом отличника». Человек, обладающий этой чертой, стремится все сделать наилучшим образом, «сдать на пять», крайне болезненно воспринимает любую критику в свой адрес, переживает любую неудачу как личную трагедию. По­лучается, что человек живет в постоянном состоянии стрес­са, во-первых, из-за того, что все ресурсы используются на отличное выполнение задачи (ведь ему сложно принять по­мощь других — он не может признаться, что в чем-то неком­петентен). Во-вторых, такой «отличник» живет в постоянном страхе получить негативную оценку. Такой стереотип поведе­ния человек, как правило, получает в детстве, когда родители требуют только отличных оценок в школе, только первых мест в спортивных соревнованиях и не учат ребенка справляться с неуспехом. Часто такая стратегия поведения является недо­статочно адаптивной.

• Осведомленность (информированность) о ситуации.

Часто событие становится стрессовым для конкретного человека, если оно субъективно оценивается им как угро­жающее, непредсказуемое по своим последствиям. Осо­бенно усиливается степень стрессового воздействия в тех случаях, когда событие является неожиданным, внезап­ным. Отсутствие полной и достоверной информации о ситуации многократно увеличивает беспокойство и на­пряжение по поводу происходящего. Повышение инфор­мированности о ситуации и способах совладания с ней снижает ее субъективное стрессовое значение для чело­века. Наличие у человека знаний, умений и навыков, по­зволяющих ему справиться с ситуацией, способствует интерпретации потенциально стрессового события как нейтрального, либо имеющего незначительное стрессовое воздействие.

Так, например, освещение в средствах массовой информа­ции слухов о возможном предстоящем дефиците на тот или иной товар может вызвать стресс и заставить людей скупать совершенно не нужные им товары в огромных количествах (этим приемом иногда пользуются недобросовестные продав­цы). В то время как при условии адекватного информацион­ного обеспечения (с однозначным и достоверным описанием причин, возможностей и сроков исправления ситуации) вре­менные трудности с поставкой необходимых товаров обходят­ся без массовых волнений.

Итак, наличие стрессора еще не обусловливает разви­тие стрессовой реакции. Устойчивость к некоторым стрес­сорам может быть связана как с вышеперечисленными факторами, так и с индивидуальными и личностными ка­чествами человека, которые в значительной мере оказы­вают влияние как на возникновение стрессовой реакции, так и на характер ее протекания.

Прежде чем перейти к рассмотрению влияния личност­ных особенностей на состояние стресса, остановимся на видах (уровнях) реакций человека на стресс.

виды (уровни) реакций человека на стресс

Ряд исследователей приводят следующую схему стрес­совых реакций (Вейтен, Ллойд, 1994) (рис. 4).

Ранее нами уже были рассмотрены следующие уровни приведенной схемы: стрессоры (потенциально стрессовые объективные события), субъективная когнитивная оцен­ка, физиологическая реакция. Важнейшей составляющей психологического стресса является эмоциональная реак­ция на стресс.

• Эмоциональная реакция. Как правило, стрессовые ситуации вызывают у нас сильные эмоции, чаще негатив­ные, но возможны и позитивные. Простой и однозначной зависимости между типом стресса и конкретными эмоци­ями не существует.

Наиболее распространенные эмоциональные реакции на негативное стрессовое воздействие можно разделить на два типа: стенические (раздражение, злость, гнев) и асте­нические (опасение, апатия, печаль, грусть, оцепенение). Стресс часто вызывает чувство злости, которое может варь­ировать по интенсивности от легкого раздражения до при-

РЕАКЦИИ НА СТРЕСС

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Потенциально стрессовые объективные события | | | |
|  |  |  |  |
|  | Субъективная когнитивная оценка  (оценка события как угрожающего, имеющего негативные последствия и т.п.) | |  |

Эмоциональная реакция

(раздражение, гнев, тревога, страх, уныние, печаль и т.д.)

Физиологическая реакция

(возбуждение вегетативной нервной системы, выброс гормонов, нейрохимические изменения и т.п.)

Поведенческая реакция

(попытки справиться со стрессом, например, ударить кого-то, заняться самобичеванием, обратиться за помощью, решить проблему, выразить эмоции и т.п.)

Рис. 4. Уровни реакций на стресс

ступа неконтролируемого бешенства. Такая реакция типич­на, например, в том случае, если на пути к достижению желаемой цели возникает непреодолимое или труднопрео­долимое препятствие (в психологии для обозначения такой ситуации используется термин «фрустрация»). Пожалуй, наиболее распространенной эмоциональной реакцией на стресс является эмоция страха той или иной интен­сивности. Иногда стресс ухудшает настроение, вызывая уныние и грусть. Такая реакция особенно характерна в стрессовой ситуации, которую невозможно изменить. Эмоциональные реакции на стресс могут приводить как к положительным, так и к отрицательным последствиям. Даже отрицательные эмоции, возникающие при стрессе, могут служить важным целям. Например, подобно физи­ческой боли, неприятные эмоции могут сигнализировать о неблагополучии и необходимости что-то предпринять.

Позитивной эмоциональной реакцией на стресс явля­ется, прежде всего, общее эмоциональное возбуждение, связанное с выбросом энергии на стадии мобилизации ре­сурсов (резистентности). Как показывают многочислен­ные исследования, эффективность выполнения задачи растет с ростом эмоционального возбуждения. Однако уве­личение эффективности происходит до определенного предела, после которого возбуждение достигает такой силы, что становится разрушительным. Уровень возбуж­дения, которому соответствует самый высокий показатель продуктивности деятельности, называется оптимальным уровнем возбуждения. Этот оптимальный уровень разли­чен для разных задач. Отчасти он зависит от сложности задачи. Общее правило таково, что чем сложнее задача, тем ниже оптимальный уровень возбуждения.

• Поведенческая реакция. Поведенческая реакция на стресс прежде всего включает в себя действия по его пре­одолению. Преодоление стресса — это действия, направ­ленные на то, чтобы противостоять, уменьшить или вытерпеть требования окружающей среды, вызвавшей стресс. Люди справляются со стрессами множеством раз­личных способов. Выбор человеком той или иной страте­гии преодоления зависит от целого ряда факторов, как обусловленных внешними обстоятельствами, так и индиви­дуальными особенностями самого человека. Важно заме­тить, что именно от стратегии преодоления в значительной степени зависит, будут ли последствия каждого конкрет­ного стресса позитивными или негативными.

Все поведенческие реакции на стресс можно разделить на два полюса: реакция бегства (как правило, бессозна­тельная) и реакция борьбы (как правило, осознанная).

К последней можно отнести так называемые копинг-механизмы (или механизмы совладания). По определе­нию Р. Лазаруса, копинг-механизмы — это стратегии действий, предпринимаемые человеком в ситуации пси­хологической угрозы. Эти стратегии носят активный ха­рактер, в значительной мере определяют успешную или неуспешную адаптацию человека в новой, субъективно сложной ситуации. Копинг-механизмы охватывают когнитивную, эмоциональную и поведенческую сферы функционирования личности и реализуются в следую­щих формах.

а) в когнитивной (познавательной) сфере:

1. отвлечение или переключение мыслей на другие темы;
2. принятие ситуации как чего-то неизбежного (фило­софия смирения);
3. снижение серьезности создавшейся ситуации с по­мощью юмора, иронии;
4. проблемный анализ сложившейся ситуации, обду­мывание стратегии своего поведения;
5. сравнение себя с другими, находящимися в относи­тельно худшем положении;
6. придание личностного смысла создавшейся ситуа­ции, например, отношение к сложившейся ситуации как к вызову судьбы или проверке стойкости духа.

б) в эмоциональной сфере:

1. отреагирование отрицательных эмоций в разумной, приемлемой форме;
2. подавление отрицательных эмоций с сохранением самообладания, самоконтроля;

в) в поведенческой сфере:

1. отвлечение — обращение к какой-либо деятель­ности;
2. проявление альтруизма — забота о других, когда соб­ственные потребности отодвигаются на второй план;
3. активная защита — действия, направленные на из­менение ситуации;
4. активный поиск эмоциональной поддержки — стремление быть выслушанным, встретить содей­ствие и понимание.

Существуют и бессознательные реакции, направлен­ные, прежде всего, на уход от разрешения стрессовой си­туации. К ним относятся механизмы психологической защиты, представление о которых первоначально было сформировано в рамках психоаналитической теории (впер­вые этот термин появился в 1894 г. в работе 3. Фрейда «За­щитные нейропсихозы»). Эти механизмы направлены на то, чтобы лишить значимости и тем самым обезвредить трав­мирующие моменты воздействия стресса на личность.

Вспомните басню И. Крылова «Лиса и виноград». Лисе было легче объявить виноград незрелым, чем признаться даже самой себе в том, что она не может его достать.

На сегодняшний день специалистам известно более двадцати видов механизмов психологической защиты. Среди них можно назвать:

— вытеснение — невозможность вспомнить какое-либо событие, либо воспринять какую-либо информацию в связи с травмирующим характером этой информации;

1. отрицание — защитный механизм, при котором раз­личные факты, содержащие в себе угрозу для человека, от­рицаются или не воспринимаются им;
2. проекцию — неосознанное наделение другого чело­века собственными чертами и свойствами, перенос своих чувств и переживаний на другого человека или в другую ситуацию;
3. регрессию — переход к более ранним, менее зрелым и адекватным образцам поведения;
4. рационализацию — построение приемлемых мо­ральных, логичных обоснований для объяснения и оправ­дания неприемлемых импульсивных форм поведения;
5. сублимацию — направление энергии на социально одобряемые, как правило, творческие сферы человечес­кой деятельности;
6. подавление — изгнание из памяти неприятных, вы­зывающих неудовольствие воспоминаний, образов, мыс­лей, желаний; и др.

Несмотря на различия между конкретными видами защит, их функции сходны. Они состоят в смягчении трав­мирующего воздействия нежелательных событий на пси­хику, снижении уровня личностной тревоги, сохранении устойчивости и неизменности представлений личнос­ти о себе.

Согласно ряду исследований, у зрелых, гармоничных личностей среди реакций на стресс преобладают механиз­мы совладания, в то время как у незрелых, дисгармонич­ных, инфантильных личностей — механизмы психоло­гических защит.

Вернемся к вопросу влияния индивидуальных и лич­ностных особенностей человека на возникновение и раз­витие стресса.

Влияние индивидуальных и личностных особенностей человека на возникновение и развитие стресса

Многочисленными исследованиями установлена зави­симость развития психологического стресса от следующих индивидуальных и личностных характеристик человека: возраста, общего состояния здоровья, типа нервного реа­гирования и темперамента, локуса контроля, психологи­ческой выносливости (устойчивости) и самооценки.

1. Возраст. Установлено, что наиболее уязвимы перед стрессовым воздействием дети и люди пожилого возрас­та. Как правило, их отличает высокий уровень тревоги и напряжения, недостаточно эффективная адаптация к из­меняющимся условиям, длительная эмоциональная реак­ция на стресс, быстрая истощаемость внутренних ресурсов.
2. Общее состояние здоровья. Очевидно, что люди, имеющие крепкое здоровье, в целом лучше адаптируются к изменяющимся условиям окружающей действительно­сти, легче переносят негативные физиологические изме­нения, возникающие в организме под воздействием стрессора, имеют больший запас внутренних ресурсов для поддержания фазы резистентности. У людей, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, гипертонической болезнью, бронхиаль­ной астмой, нервно-психическими расстройствами и рядом других заболеваний, под воздействием стресса про­исходит резкое обострение этих заболеваний, влекущее за собой тяжелые последствия для их здоровья.
3. Тип нервного реагирования и темперамент. Индиви­дуальная реакция человека на стрессовое воздействие в значительной мере предопределена врожденными свой­ствами его нервной системы. Понятие типов нервной сис­темы (или типов высшей нервной деятельности) было вве­дено И. Павловым. Первоначально рассматривались два ос­новных типа нервной системы: сильный и слабый. Сильный тип, в свою очередь, подразделялся на уравновешенный и неуравновешенный; а уравновешенный — на подвижный и инертный. Указанные типы были сопоставлены с клас­сическими представлениями о типах темперамента.

Рис. 5. Соотношение типов ВНД и темперамента

Темперамент — это совокупность соответствующих ди­намических свойств поведения, своеобразно сочетающих­ся в каждом индивиде (Гиппенрейтер, 2002). Согласно мнению большинства исследователей, темперамент — это врожденный биологический фундамент, на котором формируется целостная личность. Он отражает энергетику и динамические аспекты поведения человека, такие как подвижность, темп и ритмичность реакций, а также эмоциональность. В научно-популярной литературе по психологии часто можно встретить упоминание о четырех типах темперамента (рис. 5): сангвиник (сильный, уравно­вешенный, подвижный), флегматик (сильный, уравнове­шенный, инертный), холерик (сильный, неуравновешен­ный) и меланхолик (слабый). Указанные типы темперамента впервые были описаны Гиппократом, а в дальнейшем представления о них были развиты многочисленными исследователями в области физиологии и психологии. В настоящее время такое пред­ставление о темпераменте имеет в большей мере истори­ческую, чем научную ценность, так как в действительности совокупность динамических свойств поведения человека и их сочетания значительно многообразнее. Тем не менее, опираясь на указанную типологию, можно в общих чертах рассмотреть влияние темперамента на развитие стрессо­вой реакции у человека.

Темперамент характеризуется в основном энергетичес­ким резервом личности и скоростью обменных процессов. От него зависит, каким способом реализуются действия и не зависит их содержательная сторона. Например, влия­ние темперамента на внимание отражается на устойчиво­сти и переключаемости внимания. Влияя на память, темперамент определяет скорость запоминания, легкость воспоминания и прочность сохранения. А его влияние на мышление проявляется в беглости мыслительных опера­ций. Эффективность решения задач не всегда соотносит­ся с высокой скоростью мыслительных операций. Порой неторопливый меланхолик, тщательно обдумывающий свои действия, достигает лучших результатов, чем сверх­скоростной холерик.

В экстремальной ситуации влияние темперамента на спо­соб и эффективность деятельности усиливается: человек попадает под управление врожденных программ своего тем­перамента, требующих минимального энергетического уровня и времени регулирования.

Чем же отличаются друг от друга люди, имеющие раз­ный темперамент? Прежде всего, у них разная эмоцио­нальная организация, проявляющаяся в чувственной подвижности и в склонности лиц разных темпераментов реагировать на ситуацию преимущественно одной из врож­денных эмоций, которые отличаются только мощностью. Холерик особенно склонен к проявлению отрицательных эмоций гнева и ярости, сангвиник предрасположен к поло­жительным эмоциям; флегматик вообще не склонен к бур­ному эмоциональному реагированию, хотя потенциально он, подобно сангвинику, тяготеет к эмоциям положитель­ным, а меланхолик быстро поддается отрицательным эмо­циям страха и тревоги.

Ярко характеризуют указанные типы темперамента обоб­щенные бытовые определения: про холериков говорят, что они эмоционально взрывчаты, про сангвиников, что они отличаются эмоциональной живостью, про флегматиков — эмоционально невыразительны, а меланхоликов считают эмоционально чуткими и ранимыми (Грановская, 2004).

Холерики и сангвиники лучше справляются с задачами, в которых есть место творчеству, флегматики и меланхоли­ки—с задачами, требующими жестко регламентирован­ного выполнения.

В целом, люди с сильным типом высшей нервной дея­тельности легче переносят воздействие стрессовой ситуа­ции, чаще используют активные способы преодоления, совладания, в то время как люди со слабым типом нервной системы склонны к избеганию, уходу от стрессового воз­действия, перекладыванию ответственности на других людей или внешние обстоятельства. Максимально бурная, стеническая (раздражение, гнев, ярость) эмоциональная реакция на стресс свойственна людям с холерическим тем­пераментом, особенно остро они реагируют на возникно­вение внезапного препятствия на пути к достижению по­ставленной цели. Тем не менее, они хорошо справляются со срочными неожиданными задачами, так как наличие сильных эмоций «подстегивает» их к активной деятельно­сти. У сангвиников эмоциональный фон немного более спокойный: их эмоции быстро возникают, имеют среднюю силу и малую продолжительность. Источником стресса для обоих типов скорее будет однообразие, монотонность, ску­ка, чем события, требующие активных действий и вызыва­ющие сильные эмоции. Флегматиком чувства овладевают медленно. Он даже приторможен в эмоциях. Ему не нужно делать над собой усилий, чтобы сохранить хладнокровие, поэтому ему легко удержаться от поспешного решения. В ситуации стресса флегматик хорошо справится с отрабо­танными, стереотипными действиями, в то же время не сто­ит ожидать от него эффективных решений в условиях быстро меняющейся обстановки. Наиболее тяжело стресс перено­сят меланхолики. Они изначально склонны к эмоциям страха и тревоги, их чувства носят затяжной характер, страдания кажутся невыносимыми и выше всяких утеше­ний. При необходимости действовать в стрессовой ситуа­ции меланхолики будут демонстрировать отсутствие энергии и настойчивости, но их преимуществом может стать высокий самоконтроль.

Как уже было отмечено, следует иметь в виду, что ука­занная типология темперамента является упрощенной схе­мой, далеко не исчерпывающей возможные особенности темперамента каждого конкретного человека.

Для того, что бы определить тип темперамента, мы пред­лагаем вам воспользоваться следующей методикой Айзенка (Кокс, 1981).

Инструкция: Вам необходимо ответить «Да» или «Нет» на предложенные ниже вопросы.

1. Нравится ли Вам оживление и суета вокруг Вас?
2. Часто ли бывает у Вас беспокойное чувство, что Вам что-либо хочется, а Вы не знаете что?
3. Вы из тех людей, которые не лезут за словом в карман?
4. Чувствуете ли Вы себя иногда счастливым, а иногда пе­чальным без какой-либо причины?
5. Вы обычно держитесь «в тени» в компаниях?
6. Всегда ли Вы в детстве делали незамедлительно и безро­потно то, что Вам приказывали?
7. Бывает ли у Вас дурное настроение?
8. Когда Вас втягивают в ссору, предпочитаете ли Вы отмол­чаться, надеясь, что все обойдется?
9. Легко ли Вы поддаетесь переменам настроения?
10. Нравится ли Вам находиться среди людей?
11. Часто ли Вы теряли сон из-за своих тревог?
12. Упрямитесь ли Вы иногда?
13. Могли бы Вы назвать себя бесчестным?
14. Часто ли Вам приходят хорошие мысли слишком поздно?
15. Предпочитаете ли Вы работать в одиночестве?
16. Часто ли Вы чувствуете себя усталым и апатичным без се­рьезной причины?
17. Вы по натуре живой человек?
18. Смеетесь ли Вы иногда над неприличными шутками?
19. Часто ли Вам что-то надоедает, и Вы чувствуете себя «сы­тым по горло»?
20. Чувствуете ли Вы себя неловко в какой-либо иной одеж­де, кроме повседневной?
21. Часто ли Ваши мысли отвлекаются, когда Вы пытаетесь сосредоточить на чем-то свое внимание?
22. Можете ли Вы быстро выразить Ваши мысли словами?
23. Часто ли Вы погружены в собственные мысли?
24. Полностью ли Вы свободны от всяких предрассудков?
25. Нравятся ли Вам первоапрельские шутки?
26. Часто ли Вы думаете о своей работе?
27. Очень ли Вы любите вкусно поесть?
28. Нуждаетесь ли Вы в дружеском расположении человека, чтобы выговориться, когда раздражены?
29. Очень ли Вам неприятно брать взаймы или продавать что-нибудь, когда Вы нуждаетесь в деньгах?
30. Хвастаетесь ли Вы иногда?
31. Очень ли Вы чувствительны к некоторым вещам?
32. Предпочли бы Вы остаться в одиночестве дома, чем пой­ти на скучную вечеринку?
33. Бываете ли Вы иногда таким беспокойным, что не можете усидеть на месте?
34. Склонны ли Вы планировать свои дела тщательно и даже раньше, чем следовало бы?
35. Бывают ли у Вас головокружения?

3 6. Всегда ли Вы отвечаете на письма сразу после прочтения их?

1. Справляетесь ли Вы с делом лучше, обдумав его самостоя­тельно, а не обсуждая с другими?
2. Бывает ли у Вас когда-либо одышка, даже если Вы не де­лали никакой тяжелой работы?
3. Можно ли сказать, что Вы человек, которого не волнует, чтобы все было как нужно?
4. Беспокоят ли Вас ваши нервы?
5. Предпочитаете ли Вы больше строить планы, чем дей­ствовать?
6. Откладываете ли Вы иногда на завтра то, что должны сде­лать сегодня?
7. Нервничаете ли Вы в местах, подобных лифту, метро, тун­нелю?
8. При знакомстве Вы обычно первыми проявляете инициа­тиву?
9. Бывают ли у Вас сильные головные боли?
10. Считаете ли Вы обычно, что все само собой уладится и придет в норму?
11. Трудно ли Вам заснуть ночью?
12. Лгали Вы когда-нибудь в своей жизни?
13. Говорите ли Вы иногда первое, что придет в голову?
14. Долго ли Вы переживаете после произошедшего конфуза?
15. Замкнуты ли Вы обычно со всеми, кроме близких друзей?
16. Часто ли с Вами случаются неприятности?
17. Любите ли Вы рассказывать забавные истории друзьям?

5 4. Предпочитаете ли Вы больше выигрывать, чем проигрывать?

1. Часто ли Вы чувствуете себя неловко в обществе людей выше Вас по положению?
2. Когда обстоятельства против Вас, думаете ли Вы обычно, что стоит еще что-либо предпринять?
3. Часто ли у Вас «сосет под ложечкой» перед важным делом?

Обработка теста

Вам необходимо подсчитать количество совпадений ваших ответов с ключом и отметить результат в приведенной ниже таблице.

Ответы нужно просчитать по двум шкалам «X» и «Y», затем найти точку пересечения. Та область, где находится точка пересечения, и есть ваш темперамент. Например, если по шка­ле X = 10,anoY = 13, то точка пересечения будет лежать в области «Флегматик»; или если точка X = 20, a Y = 3, то точ­ка пересечения будет лежать в области «Холерик».

Ключи

Шкала «X»

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 - да | 3 - да | 5 — нет | 8 - да | 10-да | 13 — да | 15 — нет | 17 - да |
| 20 — нет | 22 — да | 25 — да | 27 - да | 29 — нет | 32 — да | 34 — нет | 37 — нет |
| 39-да | 41 — нет | 44 - да | 46 - да | 49-да | 51 — да | 53 — да | 56 — нет |
| Шкала «¥» | | | | | | | |
| 2 — нет | 4 — нет | 7 — нет | 9 — нет | 11 — нет | 14 — нет | 16 — нет | 19 — нет |
| 21 — нет | 23 — нет | 26 — нет | 28 — нет | 31 — нет | 33 — нет | 35 — нет | 38 — нет |
| 40 — нет | 43 — нет | 45 — нет | 47 — нет | 50 — нет | 52 — нет | 55 — нет | 57 — нет |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Психология стресса | | |  | 95 |
| Таблица результатов | | | | |
| угрюмый | | 1 | | | Y обидчивый |
| тревожный | | 2 | | | беспокойный |
| неподатливый | | 3 | | | агрессивный |
| неуравновешенный | | 4 | | | возбудимый |
| пессимистичный | | 5 | | | переменчивый |
| замкнутый | | 6 | | | импульсивный |
| необщительный | | 7 | | | оптимистичный |
| тихий | | 8 | | | активный |
| меланхолик | | 9  10 | | | холерик |
|  | | 11 | | |  |
| 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 | | | | | 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 |
| X | | | 13 | | X |
|  | | | 14 | |  |
| флегматик | | | 15 | | сангвиник |
|  | | | 16 | |  |
| пассивный | | | 17 | | общительный |
| старательный | | | 18 | | открытый |
| вдумчивый | | | 19 | | разговорчивый |
| миролюбивый | | | 20 | | доступный |
| сдержанный | | | 21 | | беспечный |
| надежный | | | 22 | | живой |
| уравновешенный | | | 23 | | беззаботный |
| спокойный 24 | | | | | Y инициативный |

• Локус контроля. Локус контроля определяет, на­сколько эффективно человек может контролировать окружающую обстановку и влиять на ее изменение. По­зиции людей по этому вопросу располагаются между дву­мя крайними точками: внешним (экстернальным) и внутренним (интернальным) локусом контроля. Экстер-налы воспринимают большинство происходящих собы­тий как результат случайности или действия внешних сил, неподвластных человеку. Интернат, наоборот, считает, что только некоторые события находятся вне сферы челове­ческого влияния. Даже катастрофические события, с их точки зрения, могут быть предотвращены хорошо проду­манными действиями человека. Интерналы располагают более эффективными когнитивными копинг-механизма-ми. Они тратят существенную часть своей умственной энергии на получение информации, позволяющей им влиять на значимые для них события. Интерналы имеют также выраженную тенденцию разрабатывать конкрет­ные планы действий в тех или иных ситуациях. Таким образом, они могут развивать умение владеть собой на­столько, что это позволяет им более успешно справлять­ся со стрессовыми ситуациями.

• Психологическая выносливость (устойчивость)\*. К психологической выносливости специалисты относят целый ряд факторов, среди которых уже отмеченные ранее локус контроля и самооценка, а также уровень критичнос­ти, оптимизм, наличие внутренних конфликтов, убеждения и моральные ценности, влияющие на придание личност­ного смысла стрессовой ситуации.

Каждый человек обладает своей индивидуальной спо­собностью справляться со стрессовой ситуацией. У каж­дого есть свой «пороговый уровень» стресса. Критичность отражает степень важности для человека безопасности, стабильности и предсказуемости событий. Чем важнее для человека чувство безопасности, стабильности и предска­зуемости, тем болезненнее он будет переносить стрессовое событие. Отмечено также, что люди оптимистичные, жиз­нерадостные психологически более выносливы. Большое

См. гл. 11

значение имеет личностное понимание человеком смысла происходящего стрессового события. Известный психиатр В. Франки убедительно показал в своих работах (в частно­сти, в книге «Человек в поисках смысла»), что человек мо­жет вынести все, что угодно, если видит в этом смысл.

• Самооценка. Самооценка — это оценка своих воз­можностей. Если люди оценивают себя и, соответственно, свои возможности достаточно высоко, то вероятно, что они будут воспринимать стрессовые ситуации как преодолимые, а следовательно, менее тяжелые в плане эмоционального реагирования. Таким образом, при возникновении стрес­са люди с адекватно высокой самооценкой справляются с ним лучше, чем люди с низкой самооценкой, что дает им дополнительную информацию о своих возможностях и, в свою очередь, способствует дальнейшему укреплению их самооценки.

Выводы

Сталкиваясь с трудными ситуациями, человек повсед­невно приспосабливается к окружающей его физической и социальной среде. Психологический стресс — это поня­тие, используемое для обозначения широкого круга эмо­циональных состояний и действий человека, возникающих в качестве ответа на разнообразные экстремальные воздей­ствия (стрессоры).

На развитие психологического стресса оказывают влия­ние многочисленные факторы, среди которых можно отме­тить характеристики стрессового события, интерпретацию события человеком, влияние прошлого опыта человека, осведомленность (информированность) о ситуации, инди­видуальные и личностные особенности человека. В свою очередь, стресс оказывает воздействие на психические процессы человека, в частности на высшие психические функции.

Человек реагирует на стрессовое воздействие на физи­ологическом, эмоциональном и поведенческом уровне. От вида реагирования, в частности от выбора стратегии пре­одоления, в значительной степени зависит, какими будут последствия каждого конкретного стресса.

Вопросы и задания к главе 4:

1. Что такое психологический стресс?
2. Приведите примеры психических стрессоров.
3. Назовите виды (уровни) реакций на стресс.
4. Какие эмоции возникают у человека в стрессовой ситуации?
5. Есть ли однозначная зависимость между типом стресса и конкретными эмоциями?
6. Назовите факторы, оказывающие влияние на разви­тие психологического стресса.
7. Какие индивидуальные и личностные особенности человека влияют на развитие психологического стресса?

Глава 5. ВЛИЯНИЕ СТРЕССА НА ЖИЗНЬ ЧЕЛОВЕКА

Вопросы, рассматриваемые в главе:

Позитивное влияние стресса на человека. Негативное влияние стресса. Влияние стресса на организм человека.

Анализ материала, приведенного в предыдущих главах этой книги, подводит нас к выводу о том, что стресс — это сложное явление, про которое трудно сказать сразу, полез­но оно для человека или вредно.

С одной стороны, без того, что мы называем стрессо­вой реакцией, человек бы не мог выживать — просто по­тому, что не смог бы реагировать нате изменения, которые окружающий мир преподносит ему ежедневно. Без стрес­са люди не смогли бы поймать мамонта, догнать уходящий автобус, спрятаться от опасности. В этом контексте можно говорить о стрессе как о бесценном подарке природы, польза и даже жизненная необходимость которого очевидна.

С другой стороны, стресс может являться и часто явля­ется причиной психологических проблем и проблем со здоровьем. В этой главе нам предстоит разобраться в том, когда стресс бывает полезен, а когда вреден для человека.

Позитивное влияние стресса на человека

Помимо очевидной природной «полезности» стресса можно говорить о том, что человек, переживая стресс, мо­жет получить еще косвенные (не предусмотренные при­родой) выгоды:

• Повышение уровня стрессоустойчивости. Существу­ет выражение «После этого мне ничего не страшно» — то есть, побывав в какой-то напряженной (а теперь мы уже скажем — стрессовой) ситуации, человек приобретает на­вык справляться с другими ситуациями, с которыми он сталкивается или столкнется в будущем.

С этим связана и еще одна польза стресса:

• Развитие личностных качеств, или личностный рост. Приобретая опыт совладания с трудными жизненными ситуациями, человек может не только повысить свою ус­тойчивость к стрессу, но и открыть в себе качества, о кото­рых ни он, ни окружающие просто не подозревали.

Группа старшеклассников пошла в поход в лес. Ребята ве­село проводили время до тех пор, пока одна из девушек не почувствовала себя плохо. Сначала никто не придал этому особого значения, девушке дали таблетку от боли в животе и стали убеждать ее, что сейчас все пройдет. Однако время шло, а девушке не становилось легче, наоборот состояние ее ухуд­шалось. В этот момент все растерялись, но потом один из ре­бят — тихий и скромный отличник — расспросил о симптомах и предположил, что это может быть приступ аппендицита, а второй взял на себя ответственность и организовал своих дру­зей делать носилки, искать транспорт и т.д. — то есть взял на себя руководство ситуацией. Оба парня в этой стрессовой си­туации наверняка узнали про себя много нового.

• Еще одна польза стресса может состоять в том, что позволяет реализовать потребность в напряжении сил. Так, например, представители экстремальных видов спорта, по сути, специально вызывают стресс, удовлетворяя свои по­требности в острых ощущениях.

Негативное влияние стресса

Негативное влияние стресса — тема часто обсуждаемая. О вреде стресса пишут газеты и журналы, мы слышим об этом по радио, видим по телевидению, обсуждаем с дру­зьями и знакомыми. Но когда встает вопрос о том, в чем же состоит этот вред, мы затрудняемся ответить. Попро­буем разобраться, чем же стресс вреден.

Среди негативных последствий стресса обычно выде­ляют следующие:

• Ухудшение выполнения задачи. Часто стресс отрица­тельно сказывается на эффективности выполнения какой-либо деятельности. Так, согласно теории Роя Баумейстера (Эмоциональный стресс, 1970), внимание к выполняемой деятельности нарушается двумя способами. Во-первых, высокая степень напряжения может отвлекать внимание от выполняемых действий, а во-вторых, если деятель­ность хорошо знакома и выполняется почти автоматичес­ки, приводить к излишней концентрации внимания на отдельных операциях, что также может ухудшить ее вы­полнение.

• Нарушение когнитивных (мыслительных) функций.

Различные исследования показали, что стресс приводит к нарушению когнитивных процессов (там же), в частности: усиливает тенденцию к поспешному принятию решения, без рассмотрения всех возможных вариантов; способству­ет хаотичному, плохо организованному перебору различ­ных возможностей. У некоторых людей высокий уровень эмоционального и физиологического возбуждения приво­дит к ухудшению гибкости мышления, концентрации и запоминания. Разберемся, как это происходит.

К познавательным процессам относятся: ощущение, восприятие, представление, воображение, внимание, па­мять, мышление и др.

В первую очередь стресс действует на особенности ощу­щений и восприятия, а также на процесс внимания. Для того чтобы понять характер этого воздействия, вспомним фазы реакции на стресс (по Г. Селье):

1. Фаза тревоги — это первичный ответ организма на действие стрессоров.
2. Фаза резистентности {сопротивления) — максималь­ная мобилизация внутренних ресурсов.
3. Фаза истощения — резкое снижение сопротивляемо­сти организма, истощение ресурсов.

Первой фазе соответствует психологическая реакция шока, которая может сопровождаться острыми реакция­ми на стресс. В этом состоянии осуществление всех выс­ших психических функций предельно затруднено. Может возникнуть существенное сужение зоны внимания, изме­нение восприятия, притупление ощущений вплоть до их полного отсутствия. Заметно снижаются мыслительные способности.

Во второй фазе происходит мобилизация всех психичес­ких ресурсов. Ощущения и восприятие, внимание, память, мышление приобретают характер, узконаправленный на преодоление возникшей стрессовой ситуации, на адапта­цию к новым условиям, то есть происходит обострение указанных процессов в отношении стрессовой ситуации с одновременным притуплением их в отношении остальных событий действительности.

В третьей фазе происходит истощение ресурсов, влеку­щее за собой общее снижение психической активности.

Осуществление всех высших психических функций на этом этапе снова затрудняется, особенно страдают процессы внимания и мышления. Воспоминания приобретают из­бирательный характер: какие-то моменты стрессового со­бытия могут быть вытеснены из памяти, а какие-то, напротив, вспоминаться особенно ярко.

В дальнейшем, если ситуация нормализуется, происхо­дит постепенное восстановление как физиологического, так и психического состояния человека. В некоторых слу­чаях сила стрессового воздействия либо особенности его переживания человеком таковы, что восстановление до-стрессового состояния не происходит, возникают негатив­ные последствия стресса. Случаи, когда стресс становится опасным, мы подробно рассмотрим в следующих главах этого учебного пособия.

Кроме того, сильный стресс может приводить человека в состояние ошеломления и смятения, то есть к шоку. В таком состоянии люди чувствуют себя эмоционально оцепеневшими, они вяло и безразлично реагируют на ок­ружающие события. Их поведение становится ригидным, автоматическим, стереотипным.

• Истощение. Истощение может быть физическим, психическим и эмоциональным. Физическое истощение характеризуется хронической усталостью, слабостью, упадком сил. Психическое истощение проявляется в рез­ко отрицательных оценках себя, своей деятельности и жиз­ни в целом. Эмоциональное истощение приводит к чувству безнадежности, беспомощности и загнанности. Истоще­ние обычно возникает в результате воздействия стрессора чрезмерной интенсивности либо в результате хроническо­го стресса.

Отсроченные реакции, посттравматическое стрессовое расстройство. Последствия стресса не обязательно прояв­ляются сразу. Между стрессовой ситуацией и результата­ми ее воздействия может пройти некоторое время. Пост­травматический стресс — это нарушения поведения, связанные со стрессовой ситуацией, которые проявляют­ся, когда стресс уже прошел. Отсроченные последствия стрессов будут рассмотрены в последующих главах.

Влияние стресса на организм человека

Природа устроила организм человека целесообразно, с огромным запасом прочности, приспособив его для дол­гой и здоровой жизни. Но, к сожалению, она не могла предвидеть грядущий рост цивилизации и культуры, ото­рвавших человеческое существование от природных кор­ней, превративших для современного человека многие эмоции из средства выживания в дикой природе в инстру­мент саморазрушения. Интересные сравнения приводит в своей книге «Защита от стресса» М.Е. Сандомирский, ука­зывая на то, что такие эмоции, как, например, гнев или страх, биологически оправданы, полезны. Они подготав­ливают организм, чтобы «выжать» все возможное из мышц, вступая в схватку или спасаясь бегством. Этот рас­смотренный нами ранее механизм унаследован от далеких предков и работает одинаково и у животных, и у человека. Но если неандертальцу, одетому в звериные шкуры и воо­руженному каменным топором, этот механизм помогал одолеть в бою врага или убежать от свирепого хищника, то нашему современнику, в костюме и при галстуке, воору­женному лишь телефонной трубкой и ручкой, он создает одни проблемы, ибо вступает в противоречие с правилами жизни современного общества. Ведь в большинстве слу­чаев проявлять физическую агрессию против собеседни­ка, вызвавшего негативную эмоцию, увы, нельзя. Да и быстрые ноги не помогут в решении сегодняшних про­блем. Но при этом, сидя за столом в офисе, столкнувшись с неприятной, эмоционально значимой информацией, че­ловек внутренне напрягается: и давление повышается, и пульс зашкаливает, чтобы обеспечить мышцы энергией. Мышцы напрягаются, готовясь к действию, а действия не происходит. Физиологические же сдвиги в виде неизрас­ходованной, невостребованной подготовки к несовершив-шемуся действию, остаются.

Если бы стресс ограничивался только дискомфортны­ми ощущениями (увеличением мышечного напряжения, потоотделения, одышкой и состоянием беспокойства), даже это негативно сказывалось бы на человеке. К сожа­лению, хронические стрессы приводят к развитию серьез­ных заболеваний.

Сердечно-сосудистая система. Как уже отмечалось, стресс обусловливает повышение артериального давления. Влияние стресса на сердечно-сосудистую систему очевид­но. Кроме того, стресс воздействует и непосредственно на сердце. Увеличивается, благодаря влиянию симпатичес­кого отдела автономной нервной системы и вышеуказан­ных гормонов, число его сокращений и сердечный выброс. При стрессе в организме повышается уровень холестери­на, сыворотки крови и других жирных кислот. Холестерин, находящийся в крови, накапливается на стенках кровенос­ных сосудов, нарушая ток крови в различных участках тела. При нарушении кровотока в сердце высок риск развития ишемической болезни сердца или смерти от инфаркта миокарда, вызванного недостаточным снабжением серд­ца кислородом.

Жена Билла умерла год назад. Он долго и тяжело пережи­вал ее смерть, считая, что это несправедливо, ведь она была

таким добрым человеком! Постепенно им овладело чувство беспомощности. Одиночество стало частью жизни, а слезы — спутниками его вечеров. Билл скончался спустя год после смерти своей жены. Официальная причина смерти — сердеч­ный приступ, но друзья Билла считают, что он умер от разби­того сердца (из кн. Д. Гринберга).

Иммунная система. Самый важный компонент иммун­ной системы — лейкоциты (белые кровяные клетки). Лейкоциты делятся на 3 группы: фагоциты и два вида лим­фоцитов (Т-клетки и В-клетки). Все эти группы клеток выполняют одну задачу: они идентифицируют и разруша­ют вещества, инородные организму. Здоровью человека угрожает любой фактор, понижающий количество лейко­цитов. Стресс относится именно к таким факторам.

В своем исследовании Роберт Орнстейн и Дэвид Собел сум­мировали данные о связи эмоционального компонента и снижении эффективности иммунной системы. У людей, пере­живших тяжелую утрату, функция иммунной системы сниже­на; у крыс, подвергнутых стрессу, развивается большее количество опухолей, чем у крыс контрольной группы; кадеты Вест-Пойнта, у которых развивался мононуклеоз, происходи­ли главным образом из семей, отцы в которых были «вундер­киндами»; рецидивы орального простого герпеса связаны со стрессом и эмоциональной реакцией человека на болезнь.

По данным Артура Стоуна, у студентов-стоматологов, на­ходившихся в плохом настроении, был обнаружен более низ­кий уровень антител. У женщин, переживших развод, уровень клеток-киллеров на 40% ниже нормы (это клетки, борющие­ся с вирусами и опухолями).

Доктор Кандейс Перт, нейрофизиолог, глава отдела био­химии мозга в национальном институте психического здо­ровья, изучал химические вещества, передающие сигналы от нервных клеток к мозгу и от мозга к частям тела. Он об­наружил, что сотни таких передатчиков (нейропептидов) производятся непосредственно мозгом. А некоторые из этих веществ в небольших количествах продуцируются макрофагами (лейкоцитами, которые уничтожают вирусы и бактерии). Так как релаксация и некоторые формы ви­зуализации способствуют выработке нейропептидов (на­пример, бета-эндорфинов), можно целенаправленно стимулировать их выработку, укрепляя, таким образом, иммунную систему. Ожидаемый результат — уменьшение болезней.

При лечении рака учитывается влияние сознания на тело, поскольку современные исследователи склонны под­черкивать роль стресса в развитии рака. Больных раком учат представлять себе, как Т-лимфоциты атакуют рако­вые клетки. Применение навыков визуализации и других методов релаксации основано на резонном предположе­нии, что если под действием стресса число лимфоцитов уменьшается, то при релаксации их число увеличивается. В результате иммунная система может в какой-то степени контролировать раковые клетки. Однако следует признать, что такой способ лечения рака не является общепризнан­ным и применяется только экспериментально.

Пищеварительная система. В результате стресса умень­шается секреция слюны во рту. Именно поэтому, когда мы волнуемся, то ощущаем, что во рту у нас все пересохло. Из-за того, что в результате стресса могут начаться неконтро­лируемые сокращения мышц пищевода, возможны трудности с глотанием.

Во время хронического стресса выделение норадрена­лина вызывает спазм капилляров желудка, что препятству­ет выделению слизи и разрушает защитный слизистый барьер на стенках желудка. Без этой преграды соляная кис­лота (содержание которой во время стресса возрастает) разъедает ткань и может достигать кровеносных сосудов, что приводит к образованию кровоточащей язвы.

Из-за того, что в результате стресса меняется ритм со­кращений толстой и тонкой кишок, может возникать диа­рея (если перистальтика станет слишком быстрой) или запор (если перистальтика замедлится).

Современная медицина все нарушения в области желч­ных и поджелудочных протоков, панкреатит, любые про­блемы с желудком связывает со стрессом.

Мускулатура. Под воздействием стресса мышцы на­прягаются. Некоторые люди выглядят так, будто посто­янно готовы защищаться или проявлять агрессию, они постоянно «на взводе». Такое мышечное напряжение на­зывается «зажимом». В самом деле, как часто человек чувствует себя (после конфликта, в кризисной ситуации или просто к концу рабочего дня, недели) подавленным, «измотанным», уставшим как «выжатый лимон». Не слу­чайно существуют народные выражения для описания эмоциональных состояний: «как гору с плеч», «взвалить ношу», «одеть хомут на шею». Это тяжесть не только в пе­реносном смысле, но и физическое ощущение тяжести, остаточное мышечное напряжение, связанное с неотреа-гированными эмоциями.

Многие из нас не осознают напряжение в мышцах. Но мы излишне крепко сжимаем ручку при письме, сидим на самом краю кресла при просмотре фильма, попав в пробку, сжимаем руль крепче, чем это необходимо, а еще мы сжимаем зубы, когда злимся. А когда мы сталкиваемся с новым стрессором, не избавившись от имеющегося мышечного напряжения, наши мышцы напрягаются еще сильнее.

Перечисленные примеры относятся к скелетным мыш­цам. Стресс отражается и на функционировании гладких мышц (см. ранее механизм увеличения артериального дав­ления, расстройства перистальтики). Так, мигренозные головные боли — это результат сокращения и расширения сонных артерий на одной стороне головы. Фаза сокраще­ния (продром) часто сопровождается повышенной свето­вой и шумовой чувствительностью, раздражительностью, румянцем или бледностью кожи. Когда артерии расширя­ются, определенные химические вещества возбуждают прилежащие нервные окончания, вызывая боль. Головные боли, вызванные мышечным напряжением в результате стресса, могут охватывать лоб, челюсти и даже шею.

Как и в случае головных болей, вызванных напряжени­ем мышц, хронический стресс вызывает спазмы мышц и боль в спине.

Кожа. В стрессовой ситуации усиливается потоотделе­ние, а температура кожной поверхности снижается. Так как норадреналин вызывает сокращение стенок кровенос­ных сосудов, находящихся на поверхности кожи рук и ног, то во время стресса пальцы рук и ног мерзнут больше, чем обычно. Кроме этого из-за сужения сосудов кожа блед­неет. Таким образом, кожа нервных, тревожных, подвер­женных частым стрессам людей холодная, слегка влажная и бледная.

Половая система. Длительное выделение глюкокорти­коидов приводит к существенному снижению продукции тестостерона, что снижает половое влечение и ведет к им­потенции. Стресс считают одной из причин нарушения менструального цикла у женщин, следствием чего явля­ется нарушение репродуктивной функции.

Стресс может вызвать выкидыш у беременной женщи­ны. Согласно исследованиям 70% женщин, имевших вы­кидыши, испытали, по крайней мере, одну стрессовую ситуацию за 4—5 месяцев до этого.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Физический симптом | Никогда | Редко (чаще, чем 1 раз в полгода) | Иногда (чаще, чем раз в месяц) | Часто (чаще, чем раз в неделю) | Постоянно |
| Затяжные головные боли | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Мигрени  (сосудистые головные боли) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Боли в желудке | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Повышение давления | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Холодные кисти рук | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Изжога | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Поверхностное, частое дыхание | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Диарея | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Сильное сердцебиение | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Потение рук | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Тошнота | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Метеоризм | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Учащенное мочеиспускание | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Потение ступней | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Маслянистая кожа | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Стресс и вы

Теперь, когда у вас есть представление о том, как организм реагирует на стресс, вы можете изучить свою собственную реакцию. Отметьте в таблице, как часто у вас

проявляется определенный физический синдром, а потом подсчитайте общую сумму набранных за ответы баллов.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Усталость/Истощение | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Энурез | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Сухость во рту | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Тремор рук | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Боли в спине | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Боли в шее | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Жевательные движения челюстей | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Скрежетание зубами | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Запоры | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ощущение тяжести в груди или в области сердца | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Головокружение | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Рвота | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Нарушение менструального цикла (для женщин) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Кожа, идущая пятнами | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Учащенное биение сердца | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Колики | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Астма | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Расстройства пищеварения | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Пониженное давление | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Гипервентиляция | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Боли в суставах | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Сделанные вами выводы важны для того, чтобы сфор­мировать собственную стратегию поведения. Нужно не только понимать фундаментальную потребность в осуще­ствлении своих стремлений, но и знать, каким образом гар­монично сочетать ее с унаследованными возможностями. Ведь количество врожденной адаптационной энергии у разных людей неодинаково.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Сухость кожного покрова | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Стоматит/Заболевание челюстей | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Аллергия | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

40—75 баллов — ваши шансы заболеть из-за стресса мини­мальны;

76—100 баллов — существует небольшая вероятность, что вы заболеете из-за стресса;

101—150 баллов — высокая вероятность заболеть из-за стресса; более 150 баллов — вероятно, стресс уже сказался на вашем здоровье.

Завершить данный раздел хочется напоминанием пра­вила «тотальной утилизации», или, как образно назвал его американский психолог Р. Альперт (он же философ Рам Дасс), правила «зерна на мельницу». Все, что бы ни про­исходило с человеком, он может использовать, осмысли­вать, перерабатывать, как мельница перемалывает зерно. И события, происходящие в жизни человека, пусть даже неприятные, и негативные мысли о них — всего лишь «зер­но на мельницу», которое надо утилизировать, «перемо­лоть» в себе, чтобы сохранить здоровье и двигаться дальше. В процессе внутренней работы над собой человек может и должен выработать стрессоустойчивость, или, выражаясь словами К.Г. Юнга, «готовность, что бы ни произошло, принять это СПОКОЙНО».

Выводы

Итак, стресс имеет свои позитивные и негативные сто­роны. Главным полезным свойством стресса является, ра­зумеется, его природная функция адаптации человека к новым условиям. Помимо этого, к «полезным» последстви­ям стресса можно отнести повышение уровня стрессоустой-чивости, развитие личностных качеств и личностный рост, реализацию потребности в напряжении сил.

Стресс становится вредным, когда он слишком силь­ный или когда длится слишком долго.

Среди негативных последствий стресса ухудшение вы­полнения поставленных задач, нарушение мыслительных функций, истощение, отстроченные психические реакции, в том числе посттравматическое стрессовое расстройство, нарушения психического здоровья и психологические про­блемы. Стресс считается основным виновником в разви­тии психосоматических заболеваний.

Вопросы и задания к главе 5:

1. Каковы негативные последствия стресса для чело­века?
2. Какое позитивное влияние оказывает стресс на жизнь человека?
3. Вспомните два случая из своей жизни: один — когда стресс вам помогал в вашей жизненной ситуации, вто­рой — когда состояние стресса негативно сказывалось на данной ситуации. В первом случае рассмотрите, в чем со­стояло положительное влияние стресса, а во втором — на чем именно стресс сказывался отрицательно. В чем для вас состояла разница в переживании этих двух стрессо­вых ситуаций?

Литература

Агаджанян Н.А. Физиология человека. СПб.: Санатрон, 2006.

Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л.: Наука, 1988.

Большой психологический словарь / Под ред. Б.Г Мещеряко­ва, В.П. Зинченко. 3-е изд., доп. и перераб. СПб.: Прайм-Ев-рознак, 2006.

БрайтД., Джонс Ф. Стресс. Теории, исследования, мифы. СПб.: Прайм-Еврознак, 2003.

Вейн A.M. Три трети жизни. 2-е изд. М.: Знание, 1991.

Вейтен У., Ллойд М. Стресс и его эффекты, М., 1994.

Билл Д. Все о стрессе. Пер. с англ. М.: Олимп; ACT, 2002.

Грановская P.M. Психология веры. СПб.: Речь, 2004.

Гиппенрейтер Ю.Б. Введение в общую психологию. Курс лекций. М.; ЧеРо, Юрайт, 2002.

Егоров И.В. Клиническая анатомия человека: Учебное пособие. Ростов-на-Дону: Феникс, 1997.

Кокс Т. Стресс. Пер. с англ. М.: Медицина, 1981.

Медицинская и судебная психология: Учебное пособие / Под ред. Дмитриевой Т.Б., Сафуанова Ф.С. М.: Генезис, 2004.

Резанова Е.А., Антонова И.П., Резанов А.А. Биология человека (Анатомия, физиология и гигиена человека с основами меди­цинской экологии) в таблицах и схемах. М.: Издат-Шко-ла2000, 1998.

Ротенберг B.C., Аршавский В.В. Поисковая активность и адапта­ция. М.: Наука, 1984.

Руководство по реабилитации лиц, подвергшихся стрессорным нагрузкам / Под ред. В.И. Покровского. М.: Медицина, 2004.

САНАТРОН — Система оценки и реабилитации ранних нару­шений физиологических функций человека в реальных усло­виях жизнедеятельности / Под ред. К.В. Судакова. М.: Горизонт, 2001.

Сандомирский М.Е. Защита от стресса. Физиологически-ориен­тированный подход к решению психологических проблем (ме­тод РЕТРИ). М.: Изд-во Института психотерапии, 2001.

Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. Пер. с англ. М.: Медицина, 1960.

Селье Г. На уровне целого организма. Пер. с англ. М: Наука, 1972.

Селье Г. Стресс без дистресса. Пер. с англ. М.: Прогресс, 1979.

Соколова Е.Д., Березин Ф.Б., Барлас Т.В. Эмоциональный стресс // Хрестоматия «Мотивации и эмоции» / Под ред. Ю.Б. Гиппен-рейтер, М.В. Фаликман. М.: ЧеРо, 2002. С. 339-344.

Судаков К.В. Социальные и биологические аспекты психоэмо­ционального стресса: пути защиты и его нежелательных по­следствий // Вестник Междунар. Академии Наук (Русская секция). 2006. № 1. С. 8-14.

Тигранян Р.А. Стресс и его значение для организма. М.: Наука, 1988.

Чирков Ю.Г. Стресс без стресса. М.: Физкультура и спорт, 1988. Эмоциональный стресс. Пер. с англ. Л.: Медицина, 1970.

Hytten К., Hasle A. Fire-fighters: a study of stress and coping // Acta

Psychiatrica Scandinavica. 1989. Suppl. 335. V. 80. P. 50-55. Horowitz M.J. Stress response syndromes. New York: Aronson, 1976. Selye H. Stress in health and desease. Boston; London, 1976.

Раздел III.

Экстренная психологическая помощь. Травматический стресс

Глава 6. ЭКСТРЕННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Вопросы, рассматриваемые в главе:

Основные особенности экстремальных ситуаций. Симптомы острой реакции на стресс. Приемы оказания экстренной «допсихологической» по­мощи:

1. как помочь окружающим;
2. приемы самопомощи.

В главе 1 мы определили, что экстремальной ситуацией будем называть внезапно возникшую ситуацию, угрожаю­щую или субъективно воспринимающуюся человеком как угрожающую жизни, здоровью, личностной целостности, благополучию.

Основными особенностями экстремальных ситуаций являются следующие:

1. обычный уклад жизни разрушается, человек вынуж­ден приспосабливаться к новым условиям;
2. жизнь делится на «жизнь до события» и «жизнь пос­ле события». Часто можно услышать «это было еще до ава­рии» (болезни, переезда и т.д.);
3. человек, попавший в такую ситуацию, находится в особом состоянии и нуждается в психологической помо­щи и поддержке;
4. большинство реакций, возникающих у человека, можно охарактеризовать как нормальные реакции на не­нормальную ситуацию.

Можно говорить о том, что, попадая в экстремальную ситуацию, человек находится в особом психологическом состоянии. Это состояние в медицине и психологии при­нято называть острой реакцией на стресс. В предыдущих главах уже встречалось это определение, теперь постара­емся остановиться на нем подробнее. В международном классификаторе болезней (МКБ-10) острое стрессовое расстройство определяется как быстро проходящее рас­стройство значительной степени тяжести у людей без пси­хических отклонений в ответ на психологический или физиологический стресс, исключительный по своей интен­сивности. Специалисты говорят об острой реакции на стресс в том случае, когда наблюдаются следующие симптомы:

1. человек может находиться в состоянии оглушенно­сти, могут также наблюдаться тревога, гнев, страх, отчая­ние, гиперактивность (двигательное возбуждение), апатия и т.д., но ни один из симптомов не преобладает длительно;
2. симптомы проходят быстро (от нескольких часов до нескольких суток);
3. есть четкая временная связь (несколько минут) меж­ду стрессовым событием и появлением симптоматики.

Человек, переживающий подобное состояние, часто нуждается в помощи специалиста — психолога или врача. В психологии такой вид помощи называется экстренной психологической помощью (подробнее об организации и специфике оказания такой помощи специалистами-пси­хологами на месте чрезвычайной ситуации мы остановим­ся в следующей главе). Основной вопрос, рассматривае­мый сейчас, — это возможности и правила оказания такого рода поддержки не профессиональными психологами, а людьми, случайно или по роду деятельности оказавшими­ся рядом с таким человеком.

Рекомендации по оказанию экстренной «допсихологи-ческой» (по аналогии с первой доврачебной) помощи бу­дут разделены на два блока: первый блок рассказывает, как можно помочь окружающим, второй блок будет посвящен самопомощи. Будут рассмотрены приемы помощи при таких состояниях, как: страх, тревога, плач, истерика, апа­тия, чувство вины, злость, гнев, неконтролируемая дрожь, двигательное возбуждение.

Экстренная психологическая помощь при острой реакции на стресс

При оказании психологической помощи важно следо­вать следующим правилам:

1. Необходимо позаботиться о собственной безопасно­сти. Переживая горе, человек часто не понимает, что де­лает, и поэтому может быть опасен. Не пытайтесь помочь человеку, если не уверены в вашей абсолютной физичес­кой безопасности (есть примеры, когда при попытке са­моубийства человек не только сам бросается с крыши, но и тянет за собой того, кто пытается ему помочь; или, на­пример, люди часто накидываются с кулаками на того, кто сообщает о смерти близкого, даже если это случайный, посторонний человек).
2. Позаботьтесь о медицинской помощи. Убедитесь, что у человека нет физических травм, проблем с сердцем. При необходимости позовите врача, вызовите скорую по­мощь. Единственное исключение — это ситуация, когда по каким-то причинам медицинская помощь не может быть оказана незамедлительно (например, приезда врачей при­ходится ожидать, или пострадавший изолирован, к при­меру, заблокирован в завале при обрушении здания и т.д.). В этом случае Ваши действия должны быть такими:
3. сообщите пострадавшему о том, что помощь уже идет;
4. подскажите ему, как необходимо себя вести: мак­симально экономить силы; дышать неглубоко, медленно, через нос — это позволит экономить кис­лород в организме и окружающем пространстве;
5. запретите пострадавшему делать что-либо для самоэвакуации, самоосвобождения.
6. Находясь рядом с человеком, получившим психи­ческую травму в результате воздействия экстремальных факторов (при теракте, аварии, потере близких, трагичес­ком известии, физическом или сексуальном насилии и т.п.), не теряйте самообладания. Поведение пострадавше­го не должно вас пугать, раздражать или удивлять. Его со­стояние, поступки, эмоции — это нормальная реакция на ненормальные обстоятельства.
7. Если вы чувствуете, что не готовы оказать человеку помощь, вам страшно, неприятно разговаривать с челове­ком, не делайте этого. Знайте, это нормальная реакция и 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.
8. Основной принцип оказания помощи в психологии такой же, как в медицине: «Не навреди». Лучше отказаться от необоснованных, необдуманных действий, чем навре­дить человеку. Поэтому, если вы не уверены в правильнос­ти того, что собираетесь делать — лучше воздержитесь.

Теперь рассмотрим приемы экстренной психологичес­кой помощи окружающим при каждом из перечисленных выше состояний.

помощь ПРИ СТРАХЕ

1. Не оставляйте человека одного. Страх тяжело пере­носить в одиночестве.
2. Говорите о том, чего человек боится. Есть мнение, что такие разговоры только усиливают страх, однако уче­ные давно доказали, что, когда человек проговорит свой страх, тот становится не таким сильным. Поэтому, если человек говорит о том, чего он боится — поддерживайте его, говорите на эту тему.
3. Не пытайтесь отвлечь человека фразами: «Не думай об этом», «Это ерунда», «Это глупости» и т.д.
4. Предложите человеку сделать несколько дыхатель­ных упражнений, например таких:
5. 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;
6. 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.
7. Если боится ребенок, поговорите с ним о его стра­хах, после этого можно поиграть, порисовать, полепить. Эти занятия помогут ребенку выразить свои чувства.
8. Постарайтесь занять человека каким-нибудь делом. Этим вы отвлечете его от переживаний.

Помните — страх может быть полезным (если помога­ет избегать опасных ситуаций), поэтому бороться с ним нужно тогда, когда он мешает жить нормальной жизнью.

помощь при тревоге

1. Очень важно постараться разговорить человека и по­нять, что именно его тревожит. В этом случае, возможно, человек осознает источник тревоги и сможет успокоиться.
2. Часто человек тревожится, когда у него не хватает информации о происходящих событиях. В этом случае можно попытаться составить план, когда, где и какую ин­формацию можно получить.
3. Попытайтесь занять человека умственным трудом: считать, писать и т.д. Если он будет увлечен этим, то тре­вога отступит.
4. Физический труд, домашние хлопоты тоже могут быть хорошим способом успокоиться. Если есть возмож­ность, можно сделать зарядку или совершить пробежку.

помощь при плаче

Слезы — это способ выплеснуть свои чувства, и не сле­дует сразу начинать успокаивать человека, если он пла­чет. Но, с другой стороны, находиться рядом с плачущим человеком и не пытаться помочь ему — тоже неправиль­но. В чем же должна заключаться помощь? Хорошо, если вы сможете выразить человеку свою поддержку и сочув­ствие. Не обязательно делать это словами. Можно просто сесть рядом, приобнять человека, поглаживая по голове и спине, дать ему почувствовать, что вы рядом с ним, что вы сочувствуете и сопереживаете ему. Помните выражения «поплакать на плече», «поплакать в жилетку» — это имен­но об этом. Можно держать человека за руку. Иногда про­тянутая рука помощи значит гораздо больше, чем сотни сказанных слов.

помощь ПРИ ИСТЕРИКЕ

В отличие от слез, истерика — это то состояние, кото­рое необходимо постараться прекратить. В этом состоя­нии человек теряет много физических и психологических сил. Помочь человеку можно, совершив следующие действия:

1. Удалите зрителей, создайте спокойную обстановку. Останьтесь с человеком наедине, если это не опасно для вас.
2. Неожиданно совершите действие, которое может сильно удивить (например, можно дать пощечину, облить водой, с грохотом уронить предмет, резко крикнуть на по­страдавшего). Если такое действие совершить не удается, то сидите рядом с человеком, держите его за руку, погла­живайте по спине, но не вступайте с ним в беседу или, тем более, в спор. Любые ваши слова в этой ситуации только подольют масла в огонь.
3. После того, как истерика пошла на спад, говорите с пострадавшим короткими фразами, уверенным, но добро­желательным тоном («выпей воды», «умойся»).
4. После истерики наступает упадок сил. Дайте чело­веку возможность отдохнуть.

помощь ПРИ АПАТИИ

В состоянии апатии помимо упадка сил наваливается безразличие, появляется ощущение опустошенности. Если человека оставить без поддержки и внимания, то апатия может перерасти в депрессию. В этом случае можно про­извести следующие действия:

1. Поговорите с человеком. Задайте ему несколько про­стых вопросов исходя из того, знаком он вам или нет: «Как тебя зовут?», «Как ты себя чувствуешь?», «Хочешь есть?».
2. Проводите пострадавшего к месту отдыха, помоги­те удобно устроиться (обязательно нужно снять обувь).
3. Возьмите человека за руку или положите свою руку ему на лоб.
4. Дайте ему 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 (можно прогуляться, сходить выпить чая или кофе, помочь окружающим, нуждающимся в помощи).

помощь ПРИ ЧУВСТВЕ ВИНЫ ИЛИ СТЫДА

1. Если с вами рядом человек, который мучается от стыда или от чувства вины, постарайтесь убедить его об­ратиться к специалисту. Такое состояние часто требует по­мощи специалиста-психолога или врача-психотерапевта.
2. Поговорите с человеком, выслушайте его. Дайте по­нять, что вы слушаете и понимаете его (кивайте, поддаки­вайте, говорите «угу», «ага»). Не осуждайте человека, не старайтесь оценивать его действия, даже если вам кажет­ся, что человек поступил неправильно. Дайте понять, что принимаете человека таким, какой он есть. Не пытайтесь переубедить человека («Ты не виноват», «Такое с каждым может случиться»). На этом этапе важно дать человеку выговориться, рассказать о своих чувствах. Не давайте советов, не рассказывайте о своем опыте, не задавайте воп­росов — просто слушайте.

ПОМОЩЬ ПРИ ДВИГАТЕЛЬНОМ ВОЗБУЖДЕНИИ

Острая реакция на стресс может проявляться в двига­тельном возбуждении, которое может стать опасным для самого пострадавшего и окружающих. В этом случае по­старайтесь найти возможность физически остановить че­ловека. Прежде, чем пытаться ему помочь, убедитесь, что это не опасно для вас. Помните, психологическая помощь возможна только в случае, если пострадавший отдает себе отчет в своих действиях.

1. Задавайте человеку вопросы, которые привлекут его внимание, или поручите дело, которое заставит его заду­маться. Любая интеллектуальная активность снизит уро­вень активности физической.
2. Предложите прогуляться, сделать несколько физи­ческих упражнений, выполнить какую-то физическую ра­боту (что-то принести, переставить и т.д.), так, чтобы он почувствовал физическую усталость.
3. Предложите совместно сделать дыхательную гимна­стику. Например, такую:

1. Встаньте. Сделайте медленный вдох, почувствуйте, как воздух заполняет сначала грудную клетку, потом живот. Выдыхайте в обратном порядке — сначала нижние отделы легких, потом верхние. Сделайте паузу в 1—2 сек. Повторите упражнение еще 1 раз.

Важно дышать медленно, иначе от переизбытка кис­лорода может закружиться голова.

1. Продолжайте глубоко и медленно дышать. При этом на каждом выдохе постарайтесь почувствовать рас­слабление. Расслабьте руки, плечи, спину. Почув­ствуйте их тяжесть. Концентрируйтесь на дыхании, представьте, что выдыхаете свое напряжение. Сде­лайте 3—4 вдоха-выдоха.
2. Некоторое время (примерно 1—2 минуты) дышите нормально.
3. Снова начинайте медленно дышать. Вдыхайте те­перь через нос, а выдыхайте через рот, сложив губы трубочкой. При выдохе представьте, что осторожно дуете на свечку, стараясь не погасить пламя. Старай­тесь сохранять состояние расслабленности. Повто­рите упражнение 3—4 раза.
4. Дышите как обычно.

ПОМОЩЬ ПРИ НЕРВНОЙ ДРОЖИ

1. Нужно усилить дрожь. Возьмите человека за плечи и сильно, резко потрясите его в течение 10—15 секунд. Продолжайте разговаривать с ним, иначе он может вос­принять ваши действия как нападение.
2. После завершения реакции необходимо дать пост­радавшему возможность отдохнуть. Желательно уложить его спать.

Категорически нельзя:

1. Обнимать пострадавшего или прижимать его к себе.
2. Укрывать пострадавшего чем-то теплым.
3. Успокаивать пострадавшего, говорить, чтобы он взял себя в руки.

ПОМОЩЬ ПРИ ГНЕВЕ, ЗЛОСТИ, АГРЕССИИ

1. Сведите к минимуму количество окружающих.
2. Дайте пострадавшему возможность «выпустить пар» (например, выговориться или избить подушку).
3. Поручите работу, связанную с высокой физической нагрузкой.
4. Демонстрируйте благожелательность. Даже если вы не согласны с пострадавшим, не обвиняйте его самого, а высказывайтесь по поводу его действий. В противном слу­чае агрессивное поведение будет направлено на вас. Нельзя говорить: «Что же ты за человек!». Надо говорить: «Ты ужасно злишься, тебе хочется все разнести вдребезги. Давай вместе попытаемся найти выход из этой ситуации».
5. Старайтесь разрядить обстановку смешными ком­ментариями или действиями, но только в том случае, если это уместно.
6. Агрессия может быть погашена страхом наказания, если:
7. нет цели получить выгоду от агрессивного пове­дения;
8. наказание строгое и вероятность его осуществления велика.

В заключение этой главы хотелось бы сказать о том, что зачастую помощь и поддержка окружающих во время и сразу после трагических событий помогают человеку спра­виться с горем, не попасть в дальнейшем в замкнутый круг страха, вины и отчаянья.

Женщина, муж которой попал в серьезную автомобильную аварию и находился на грани жизни и смерти, рассказывала о том, что собраться с силами и пережить этот невероятно тя­желый период в жизни ей помогла медсестра, которая позво­лила выплакаться на своем плече, а потом сказала одну короткую фразу: «Ты справишься». Эта фраза стала девизом на многие месяцы. И сейчас, много лет спустя, героиня этой истории уверена, что именно участие почти незнакомой жен­щины помогло ей выстоять в той ситуации.

Самопомощь при острых реакциях на стресс

Итак, вы оказались в ситуации, когда вас одолевают сильные чувства — душевная боль, злость, гнев, чувство вины, страх, тревога. В этом случае очень важно создать себе условия для того, чтобы быстро «выпустить пар». Это поможет немного снизить напряжение и сохранить душев­ные силы, которые так нужны в экстренной ситуации. Можно попробовать один из универсальных способов:

1. Займитесь физическим трудом: переставляйте ме­бель, убирайте, работайте в саду.
2. Сделайте зарядку, совершите пробежку или просто пройдитесь в среднем темпе.

• Примите контрастный душ.

1. Покричите, потопайте ногами, побейте ненужную посуду и т.д.
2. Дайте волю слезам, поделитесь своими переживани­ями с людьми, которым вы можете доверять.

Не употребляйте большое количество алкоголя, это, как правило, только усугубляет ситуацию.

Как можно заметить, эти способы не являются психо­логическими приемами, многие люди интуитивно ис­пользуют их в жизни. Например, часто женщины, когда злятся на мужа или детей, начинают уборку, чтобы избе­жать ссоры; мужчины, испытывая гнев, идут в спортив­ный зал и с остервенением бьют по груше; испытав обиду из-за несправедливости на работе, мы жалуемся своим друзьям.

Помимо универсальных способов можно предложить способы, которые помогают справиться с каждой конкрет­ной реакцией.

Страх — это чувство, которое, с одной стороны, обере­гает нас от рискованных, опасных поступков. С другой сто­роны, каждому знакомо мучительное состояние, когда страх лишает нас способности думать, действовать. Спра­виться с таким приступом страха можно попробовать са­мому при помощи следующих простых приемов:

1. Попытаться сформулировать про себя, а потом про­говорить вслух, что вызывает страх. Если есть возможность, поделитесь своими переживаниями с окружающими людьми. Высказанный страх становится меньше.
2. При приближении приступа страха дышать нужно неглубоко и медленно — вдыхать через рот, а выдыхать че­рез нос. Можно попробовать такое упражнение: сделайте глубокий вдох, задержите дыхание на 1—2 секунды, вы­дохните. Повторите упражнение 2 раза. Потом сделайте 2 нормальных (неглубоких) медленных 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 (поездок в метро, болезни ре­бенка, аварии и т.д.), а испытывая чувство тревоги, чело­век не знает, чего боится. Поэтому состояние тревоги тяжелее, чем состояние страха.

1. Первый шаг — превратить тревогу в страх. Нужно постараться понять, что именно тревожит. Иногда этого достаточно, чтобы напряжение снизилось, а переживания стали не такими мучительными.
2. 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», «Поплачешь, 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 и фи­зическому здоровью человека может быть нанесен урон. Не зря говорят: «сошел с ума от горя». Поэтому не нужно сразу стараться успокоиться, «взять себя в руки». Дайте себе время и возможность выплакаться.

Однако если вы чувствуете, что слезы уже не приносят облегчения и нужно успокаиваться, то помогут следующие приемы:

1. Выпить стакан воды. Это известное и широко ис­пользуемое средство.
2. Медленно, но не глубоко, а нормально дышать, кон­центрируясь на выдохе.

Истерика — это состояние, когда очень трудно чем-то помочь самому себе, потому что в этот момент человек на­ходится в крайне взвинченном эмоциональном состоянии и плохо понимает, что происходит с ним и вокруг него. Если у человека возникает мысль о том, что следует прекратить истерику, это уже первый шаг на пути ее прекращения. В этом случае можно предпринять следующие действия:

1. Уйти от «зрителей», свидетелей происходящего, ос­таться одному.
2. Умыться ледяной водой — это поможет прийти в себя.
3. Сделать дыхательные упражнения: вдох, задержка дыхания на 1—2 секунды, медленный выдох через нос, за­держка дыхания на 1—2 секунды, медленный вдох и т.д. — до того момента, пока не удастся успокоиться.

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.

1. Если ситуация требует от вас действий, дайте себе короткий отдых, расслабьтесь, хотя бы на 15—20 минут.
2. Помассируйте мочки ушей и пальцы рук — это мес­та, где находится огромное количество биологически ак­тивных точек. Эта процедура поможет вам немного взбодриться.
3. Выпейте чашку некрепкого сладкого чая.
4. Сделайте несколько физических упражнений, но не в быстром темпе.
5. 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.
6. Не беритесь за несколько дел сразу, в таком состоя­нии внимание рассеяно и сконцентрироваться, а особен­но на нескольких делах, трудно.
7. Постарайтесь при первой же возможности дать себе полноценный отдых.

Чувство вины или стыда. Многие люди, пережившие насилие или потерявшие близких, испытывают чувство вины или стыда. Справиться с этими чувствами самостоя­тельно или без посторонней помощи очень трудно. Поэто­му подумайте об обращении за помощью к специалисту, это поможет вам справиться с ситуацией.

1. Говоря о своих чувствах, используйте вместо «мне стыдно» или «я виноват» словосочетание «я сожалею», «мне жаль». Слова имеют большое значение, и такая фор­мулировка может помочь вам оценить свои переживания и справиться с ними.
2. Напишите о своих чувствах письмо. Это может быть письмо себе или человеку, которого вы потеряли. Это час­то помогает выразить свои чувства.

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 наносить травмы себе и окружающим, а за­тем не может вспомнить о своих действиях. Двигательное возбуждение возникает чаще всего сразу после получения известия о трагическом событии (например, если человек получает известие о смерти близкого родственника) или если человеку нужно ждать (например, как ждут исхода трудной операции в больнице).

Если двигательное возбуждение возникает, то:

1. попробуйте направить активность на какое-нибудь дело. Можно сделать зарядку, пробежаться, прогуляться на свежем воздухе. Вам помогут любые активные действия;
2. попытайтесь снять лишнее напряжение. Для этого дышите ровно и медленно. Сосредоточьтесь на своем ды­хании. Представьте, как вместе с воздухом вы выдыхаете напряжение. Поместите в тепло ноги и руки, можно ак­тивно растереть их до появления ощущения тепла. Поло­жите руку себе на запястье, почувствуйте свой пульс, попробуйте сосредоточиться на работе своего сердца, представить, как оно размеренно бьется. Современная медицина утверждает, что звук биения сердца позволяет почувствовать себя спокойно и защищенно, так как это тот звук, который каждый человек слышит в безопасном и уютном месте — в утробе матери. Если возможно, вклю­чите спокойную музыку, которая вам нравится.

Дрожь. Иногда после стрессового события человека начинает бить дрожь, часто дрожат только руки, а иногда дрожь охватывает все тело. Часто это состояние считают вредным и пытаются как можно быстрее прекратить, в то время как при помощи такой реакции мы можем сбросить лишнее напряжение, появившееся в нашем теле из-за стресса. Итак, если вас бьет нервная дрожь (дрожат руки) и вы не можете успокоиться, не можете контролировать этот процесс, попробуйте:

1. усилить дрожь. Тело сбрасывает лишнее напряже­ние — помогите ему;
2. не старайтесь прекратить это состояние, не пытай­тесь силой удержать трясущиеся мышцы — так вы достиг­нете обратного результата;
3. попробуйте не обращать на дрожь внимания, через некоторое время она прекратится сама собой.

Гнев, злость, агрессия. Гнев и злость — чувства, которые часто испытывают люди, переживающие несчастье. Это естественные чувства. Поэтому, если вы испытываете гнев, необходимо дать ему выход таким образом, чтобы это не шло во вред вам и окружающим. Доказано, что люди, скры­вающие и подавляющие агрессию, испытывают больше проблем со здоровьем, чем те, кто умеют свой гнев выра­жать. Попробуйте выразить свой гнев одним из следующих способов:

1. Громко топните ногой (стукните рукой) и с чувством повторите: «Я злюсь», «Я взбешен» и т.д. Можно повторить несколько раз, пока не почувствуете облегчение.
2. Постарайтесь высказать свои чувства другому че­ловеку.
3. Дайте себе физическую нагрузку, почувствуйте, сколько физической энергии вы затрачиваете, когда злитесь.

выводы

Острым стрессовым расстройством называется кратко­временное расстройство, возникающее в ответ на психоло­гический или физиологический стресс, исключительный по силе воздействия. То есть это нормальная реакция че­ловека на ненормальную ситуацию.

Приемами психологической помощи можно суще­ственно облегчить состояние человека и в определенной степени предотвратить отсроченные последствия психоло­гической травмы. Наверное, каждый оказывался в такой ситуации, когда человеку, который находится рядом, пло­хо, а как помочь ему, мы не знаем. Самый верный и самый старый способ помочь человеку, переживающему это со­стояние, — это участие, сострадание, сопереживание, так­же могут оказаться полезны описанные выше приемы.

Вопросы и задания к главе 6:

1. Что такое острое стрессовое расстройство?
2. Какие реакции вызывает интенсивный стресс?
3. Перечислите основные правила оказания экстрен­ной психологической помощи.
4. Расскажите о приемах само- и взаимопомощи при агрессии и при двигательном возбуждении.
5. Расскажите о приемах само- и взаимопомощи при страхе.
6. Расскажите о приемах само- и взаимопомощи при тревоге.
7. Расскажите о приемах само- и взаимопомощи при истерике.
8. В какой период времени после стрессового воздей­ствия может быть оказана экстренная психологическая помощь?

Глава 7.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Вопросы, рассматриваемые в главе:

Определение экстренной психологической помощи Организация психологической помощи на месте ЧС Этапы экстренной психологической помощи Этические принципы специалиста-психолога при рабо­те в ЧС

Методы, применяемые при оказании экстренной психоло­гической помощи

В предыдущей главе мы говорили о приемах «допсихо-логической» помощи в экстремальных ситуациях. Эта гла­ва посвящена проблемам организации профессиональной психологической помощи в ситуациях чрезвычайных. В первой главе уже отмечалось, что экстремальная и чрезвы­чайная ситуация — это далеко не всегда синонимы. Говоря об экстремальной ситуации, мы имеем в виду скорее отно­шение человека к событию. Понятие чрезвычайной ситуа­ции подразумевает объективно сложившуюся обстановку.

Ответственность за организацию и оказание помощи людям, попавшим в чрезвычайную ситуацию, берет на себя государство, создавая специальные службы: спаса­тельные, пожарные, медицинские. Крайне важно, чтобы сотрудники данных подразделений представляли себе, как должна быть организована работа по оказанию професси­ональной психологической помощи на месте чрезвычай­ной ситуации.

Ведь за словом «катастрофа» всегда стоят человеческое горе и страдание, каждая такая ситуация ломает судьбы многих людей, порождает семейные и личные трагедии. В момент чрезвычайной ситуации спокойная жизнь боль­шого числа людей оказывается разрушенной. Этим людям требуется помощь специалистов, и в том числе специали­стов-психологов.

Оказание экстренной психологической помощи — это самостоятельная область психологической практики. Ее своеобразие обусловлено особыми условиями, в которых протекает профессиональная деятельность психолога во время работы по оказанию экстренной психологической помощи. Необычность условий определяется четырьмя факторами.

1. Наличие психотравмирующего события. Оказание экстренной психологической помощи происходит после события, имеющего сильнейшее воздействие на эмоцио­нальную, когнитивную, личностную сферы человека. Это могут быть масштабные чрезвычайные ситуации природ­ного или техногенного характера, или менее масштабные события, также являющиеся мощными стрессогенными воздействиями на человека (ДТП, изнасилование, внезап­ная смерть близкого человека). Почти всегда такое собы­тие можно охарактеризовать как событие внезапное.

1. Фактор времени — экстренная психологическая по­мощь всегда оказывается в сжатые сроки.
2. Непривычные для работы специалиста-психолога ус­ловия (нет или недостаточно отдельных помещений для работы, плохие бытовые условия и т.д.).
3. Сконцентрированность в одном месте большого числа людей, нуждающихся в психологической помощи.

Из вышесказанного можно сделать вывод о том, что экстренная помощь специалиста-психолога — это крат­косрочная помощь после сильного негативного стрессо-генного воздействия (дистресса).

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

1. Поддержание на оптимальном уровне психологи­ческого и психофизиологического состояния чело­века (оказание помощи при острых стрессовых реакциях).
2. Предупреждение отсроченных неблагоприятных реакций, в том числе и путем избавления человека от неблагоприятных эмоциональных состояний, воз­никших непосредственно в результате психотравми-рующего события.
3. Предупреждение и при необходимости прекраще­ние проявления выраженных эмоциональных реак­ций, в том числе массовых.
4. Консультирование пострадавших, их родных, близ­ких, а также персонала, работающего в условиях ликвидации последствий ЧС, об особенностях пе­реживания стресса.
5. Помощь специалистам, принимающим участие в ликвидации последствий ЧС.

Организационная схема деятельности специалистов психологической службы на месте чс

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

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

1. Сбор информации о психологической ситуации, сло­жившейся в результате ЧС. В некоторых ситуациях нуж­ные сведения имеются у специалистов-психологов или специалистов другого профиля, уже работающих на ме­сте происшествия. Если же информации такого рода нет, необходимо собрать ее самостоятельно для того, чтобы организовать работу специалистов наиболее оптималь­ным образом.

Сбор информации производится по следующей схеме. • Определение мест, где предстоит работать психоло­гам: места дислокации пострадавших и их родствен­ников, пункты проведения массовых мероприятий (панихиды, опознания, встречи с представителями властных структур). Часто таким местом является также и само место ЧС (если ЧС произошло на тер­ритории населенного пункта).

1. Приблизительный подсчет людей, нуждающихся в помощи.
2. Выяснение числа специалистов, которые уже рабо­тают или приступят к работе в ближайшее время.
3. Уточнение времени, мест и примерного количества участников массовых мероприятий.
4. Выяснение порядка, времени и места действий, ко­торые необходимо совершить пострадавшим или их родственникам (выплата компенсаций, процесс опознания, получение свидетельств о смерти и т.д.).
5. Определение места и порядка работы каждого специ­алиста — вторая важная задача, решаемая на подготови­тельном этапе, поскольку от успешности ее решения часто зависит эффективность оказания помощи. Каждый спе­циалист должен знать, что ему предстоит делать на конк­ретном участке работы.
6. Составление ориентировочного плана работ. Решение этой третьей задачи происходит на подготовительном эта­пе, однако на протяжении всего периода оказания экстрен­ной психологической помощи этот план может изменяться и корректироваться в зависимости от изменяющихся ус­ловий деятельности.

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

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

Завершающий этап. На завершающем этапе работ по оказанию экстренной психологической помощи решают­ся такие задачи, как:

1. Оказание помощи тем лицам, кому это необходимо. Как правило, на завершающем этапе количество постра­давших, находящихся в районе ликвидации последствий ЧС, невелико, однако нуждающиеся в психологической помощи есть.
2. Мероприятия по оказанию психологической помо­щи специалистам, участвующим в ликвидации послед­ствий ЧС. Такие мероприятия возможны и целесообразны на данном этапе, так как интенсивность работ по ликвида­ции последствий ЧС, оказанию социальной помощи по­страдавшим и т.д. снижается, а усталость специалистов, осуществляющих такую помощь, накапливается.
3. Обобщение и анализ информации, полученной в ходе работ по оказанию экстренной психологической помощи.
4. Составление прогноза развития ситуации на осно­вании обобщения и анализа данных.

Общие принципы и основные профессиональные психологические методы оказания экстренной психологической помощи

Принципы и этические нормы специалиста-психолога при работе в чрезвычайной ситуации

Можно определить основные принципы оказания эк­стренной психологической помощи. Безусловно, что дея­тельность психолога в подобной ситуации регулируется общими принципами, принятыми для оказания психоло­гической помощи. Однако эти принципы в ситуации эк­стремальной приобретают некоторое своеобразие в соот­ветствии с особенностями условий оказания помощи.

1. Принцип защиты интересов клиента. Особенность применения этого принципа в экстремальных условиях состоит в том, что в отличие от обычных условий деятель­ности с клиентом чаще всего не заключается психотерапев­тический договор (как это бывает при консультационной или психокоррекционной работе), то есть не проговариваются границы работы с проблемой. Это происходит потому, что помощь, как правило, направлена на актуальное состоя­ние клиента. Однако, несмотря на это, защита интересов клиента является ведущим принципом работы специали­ста-психолога.
2. Принцип те навреди». Своеобразие условий оказания помощи делает возможным вывести несколько следствий из этого принципа. Первое следствие: краткосрочность ока­зания помощи, то есть помощь должна быть направлена на коррекцию актуального состояния, вызванного данной ситуацией, одновременно обеспечивая экологичность про­водимых мероприятий для будущей жизни клиента. Прин­ципиально неверно проводить психологическую работу с давними, застарелыми проблемами клиента, так как такая работа должна быть пролонгированной.
3. Принцип добровольности. В обычных условиях спе­циалист часто занимает пассивную позицию (ждет, пока клиент обратиться за помощью). Этот принцип в условиях экстренной психологической помощи трансформируется в особое поведение — специалист-психолог активно и 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.
4. Принцип конфиденциальности. При оказании экст­ренной психологической помощи принцип этот сохраня­ет свою актуальность, однако конфиденциальность может быть нарушена в случае получения психологом информа­ции о том, что действия клиента могут быть опасны для самого клиента или для окружающих (такая ситуация мо­жет сложиться в том случае, если психолог, например, уз­нает о готовящейся попытке самоубийства).
5. 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.).
6. Принцип профессиональной компетентности предпо­лагает, что специалист, оказывающий помощь, 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 профес­сиональные обязанности психолога должны входить, в том числе, и такие аспекты, как подготовка до момента выезда на ЧС, умение быстро восстановить высокий уровень рабо­тоспособности, используя профессиональные навыки.

Соблюдение этих принципов необходимо. Это своего вода этический кодекс специалиста-психолога при работе в чрезвычайных ситуациях.

Методы оказания экстренной психологической помощи

В этом разделе дан краткий обзор основных методов, используемых специалистами для оказания экстренной психологической помощи. Подробно эти техники не рас­сматриваются по нескольким причинам. Во-первых, для грамотного их применения необходима специальная про­фессиональная подготовка, в противном случае эти тех­ники могут просто навредить человеку; во-вторых, насчитывается огромное число конкретных техник, ко­торые нужно использовать в разных ситуациях.

Например, в арсенале психолога, работающего в чрезвы­чайной ситуации, как правило, несколько сотен краткосроч­ных приемов, из которых он выбирает наиболее подходящий для конкретного человека, находящегося в данной ситуации и в определенном состоянии.

Психотерапевтические и психокоррекционные на­правления, используемые при оказании экстренной психологической помощи, предполагают возможность краткосрочного воздействия метода. Это такие направле­ния, как нейро-лингвистическое программирование, теле-сноориентированная терапия, арттерапия, краткосрочная позитивная терапия, суггестивные техники, релаксационные методы и методы, направленные на саморегуляцию, рацио­нальная психотерапия и другие. Остановимся немного под­робнее на каждом из перечисленных методов.

НЕЙРО-ЛИНГВИСТИЧЕСКОЕ ПРОГРАММИРОВАНИЕ

Нейро-лингвистическое программирование (НЛП) — достаточно новое направление психотерапии. 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 клиента, что особенно важно в 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 Телесноориентированная терапия зародилась в XX в., ее прародителем можно считать Вильгельма Райха и его пос­ледователя Александра Лоуэна. Этот вид психотерапии очень важен при экстренной психологической помощи, так как любая стрессовая ситуация воздействует на тело человека, сказывается на движении, дыхании, мышечном напряжении, общем тонусе. Стресс часто вызывает про­блемы со здоровьем психосоматической природы (язва желудка, гипертония и др.). Таким образом, обеспечение нормального психологического самочувствия напрямую зависит от комфорта телесного, физического. Часто люди, попавшие в кризисную ситуацию, не могут спать, забы­вают есть, у них начинается обострение хронических за­болеваний или, напротив, может усилиться аппетит, наступить улучшение состояния здоровья. Такие проявле­ния являются результатом действия процесса адаптации.

Крайне важным в подобной ситуации является забота о телесном, физическом комфорте. Расслабление мышеч­ного каркаса позволяет получить полноценный отдых и восстановление сил, что крайне желательно в кризисной ситуации, физическая поддержка позволяет человеку по­чувствовать, что он не одинок перед лицом постигшего его несчастья. Набор техник телесноориентированной психо­терапии достаточно велик и используется специалистами-психологами в широком диапазоне ситуаций для оказания помощи пострадавшим.

Арттерапия

Термин «арттерапия» появился в 1938 г., благодаря ра­боте Адриана Хилла с больными туберкулезом. Позднее этот термин стал употребляться по отношению ко всем видам занятий искусством, которые проводятся в целях психологической помощи. Арттерапия — мощный инст­румент, позволяющий выразить чувства и эмоции, в том числе и негативные, в символической форме, проработать подавляемые чувства и мысли, диагностировать внутрен­нее состояние клиента. Это делает возможным достаточ­но широкое использование приемов арттерапии для оказания психологической помощи в чрезвычайных ситу­ациях. Особенно значимой является возможность приме­нения приемов арттерапии для помощи детям, начиная с дошкольного возраста. Ведущая деятельность дошкольни­ка — продуктивная (рисование, лепка, конструирование, ролевая игра), что позволяет легко вовлечь ребенка в про­цесс рисования, и сделать помощь максимально эффек­тивной. Большое количество техник арттерапии, удобство сочетания этих техник с техниками, относящимися к дру­гим направлениям, наличие компактных техник, возмож­ность применять различные методики при минимальном наборе инструментария позволяют успешно применять приемы арттерапии в целях оказания экстренной психо­логической помощи.

краткосрочная позитивная терапия

Название «позитивная психотерапия» впервые было введено в 1972 г. Н. Пезешкианом для обозначения соб­ственной психотерапевтической концепции и стратегии. Само слово «позитивная» предполагает противопоставле­ние направлениям психотерапии, которые центрируются на негативных аспектах жизни клиента: психоанализ, гу­манистическая и поведенческая психотерапия. Термин «позитивная психотерапия» может использоваться также и в широком контексте. Техники краткосрочной позитив­ной психотерапии в большей степени направлены на со­здание ресурса, на возможность посмотреть на проблему с другой стороны, увидеть позитивные моменты в жизни. Порой крайне важно найти для клиента ресурс, который мог бы помочь ему в переживании кризисной ситуации. Компактные краткосрочные техники, позволяющие, с од­ной стороны, проделать завершенный 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.

Суееестивные техники

На современном этапе существует множество психо­терапевтических концепций, использующих внушение, суггестивное воздействие, к их числу можно отнести эрик-соновский гипноз, аутогенную тренировку и многое дру­гое. Суггестивное воздействие, техники погружения клиента в особые состояния сознания известны человеку с древних времен. Применяя суггестивные техники, спе­циалист может апеллировать к неосознаваемым пере­живаниям клиента, 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, обеспечи­вающих социальную помощь и поддержку пострадавших; весьма важно применение этих методов для обеспечения высокой работоспособности самих психологов.

Рациональная психотерапия

Сущность метода рациональной психотерапии заключа­ется в том, что специалист, апеллируя к сознанию клиента, убеждает его и формирует верное отношение к окружающей действительности, ситуации, событиям. В экстремальной ситуации, в ситуации, когда произошло событие, резко изменившее жизнь человека, нарушаются когнитивные процессы и человек под воздействием эмоций может де­лать неверные выводы о том, что произошло, грозит ли ему опасность и в каком объеме она грозит, кто виноват в том, что случилось. При помощи рациональной психотерапии возможно восстановить верный причинно-следственный порядок. Применение этого метода позволяет снизить пси­хологическое напряжение у пострадавшего. В условиях ликвидации последствий чрезвычайной ситуации этот ме­тод может применяться индивидуально и в мини-группах. Применение рациональной психотерапии экономично по времени и не требует особых условий.

В каждой конкретной ситуации специалист-психолог применяет не один конкретный метод, а скорее набор тех­ник, методик, которые сочетаются друг с другом и подхо­дят конкретному клиенту. Поэтому подход к оказанию экстренной психологической помощи можно считать эк­лектическим. В зависимости от ситуации, ее условий, ин­дивидуальных особенностей клиента выбирается или разрабатывается индивидуальная тактика работы с по­страдавшим. В этой работе могут быть использованы не только описанные методы, но и другие методы, техноло­гии оказания психологической помощи, которые по сво­им возможностям соответствуют поставленным целям, задачам и техническим возможностям.

Методы психологической диагностики, используемые при оказании экстренной психологической помощи

Экстренная психологическая помощь может быть ока­зана только в том случае, если реакции человека можно описать как нормальные реакции на ненормальную ситу­ацию. То есть экстренная психологическая помощь не мо­жет быть оказана тем людям, чьи реакции выходят за пределы психической нормы. В случае, когда реакции че­ловека выходят за пределы нормы, необходима помощь врача-психиатра. В связи с этим возможно и необходимо применение методов психологической диагностики. Од­нако понятно, что 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.

Выводы

В заключение целесообразно определить, что такое эк­стренная психологическая помощь. Обобщив информа­цию о целях, задачах, методах оказания экстренной психологической помощи, об этапах работ по оказанию экстренной психологической помощи, о принципах ока­зания помощи, можно определить экстренную психоло­гическую помощь следующим образом.

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

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

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

Что касается методов, используемых при оказании экст­ренной психологической помощи, то они должны соответ­ствовать требованиям ситуации, которые рассматривались выше.

Вопросы и задания к главе 7:

1. Назовите основные этапы организации экстренной психологической помощи при чрезвычайной ситуации.
2. Дайте определение экстренной психологической помощи.
3. Расскажите об основных этических принципах ра­боты психолога в чрезвычайной ситуации.
4. Перечислите основные задачи, решаемые психоло­гами при оказании экстренной психологической помощи в целом и на каждом этапе работы.
5. Охарактеризуйте своеобразие условий оказания эк­стренной психологической помощи.

Глава 8.

ОТСРОЧЕННЫЕ РЕАКЦИИ НА ТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС

Кто знает, ради чего жить, выдержит любое как...

Ф. Ницше

Вопросы, рассматриваемые в главе:

Психическая травма Травматический опыт

Посттравматическое стрессовое расстройство Суицидальное поведение Реакции горя

Психосоматические реакции

В этой главе мы переходим к рассмотрению отсрочен­ных последствий травматического стресса. То есть тех его проявлений, которые могут возникнуть не сразу после сильной стрессовой ситуации и беспокоить человека в те­чение многих лет.

Существует множество факторов, от которых зависит возникновение отсроченных реакций на стрессовую, трав­матическую ситуацию. Это факторы, связанные с самой ситуацией, а также факторы, связанные с индивидуальны­ми психическими и физиологическими характеристиками человека, пережившего ее.

Отсроченными реакциями на сильную стрессовую ситуацию мы будем называть комплексы изменений в эмо­циональной, психической сфере, изменениях в поведении, воз­никающих после получения человеком психической травмы.

Психическая травма — следствие травматического стрессогенного воздействия; она предполагает крайнюю (экстремальную) степень стрессогенности фактора, разру­шающего систему индивидуальных личностных защит, приводящее к глубинным нарушениям (от психологичес­ких до биологических) целостной системы функциониро­вания практически любого человека (Лазебная, 2003).

Травматический опыт невозможно уложить в повсед­невные алгоритмы поведения человека. Речь идет о ситу­ациях, в которых была угроза жизни, безопасности (физической, психологической) человека, были затрону­ты базовые инстинкты человека: инстинкт самосохране­ния, инстинкт сохранения рода.

Описаны случаи, когда во время землетрясения люди вы­прыгивали из окон верхних этажей зданий, случаи, когда отцы в первую очередь спасали себя и забывали о своих детях. Од­нако эти действия не являлись преднамеренными, а обуслов­ливались инстинктом самосохранения (Кекелидзе, 2004).

Принятие всей ситуации сразу в этих случаях для пси­хики разрушительно. Механизм вытеснения, как одна из мощных психологических защит, дозированно дает пси­хике симптом за симптомом, напоминая о случившемся.

Отсроченные реакции — реакции, которые происходят не в момент сильного стресса, а когда ситуация сама по себе уже завершена (произошло ограбление, изнасилова­ние, ветеран вернулся из зоны боевых действий и т.д.), но психологически для человека она не закончена. Такие ре­акции возникают на фоне общего благополучия спустя продолжительное время после события.

Психологическая травма — «душевная рана», которая «болит», беспокоит, приносит дискомфорт, ухудшает каче­ство жизни, приносит страдание человеку и окружающим его близким людям. Как и любая рана, психологическая травма может быть различной степени выраженности, и, соответственно, «лечение» будет разным.

Иногда рана постепенно затягивается сама по себе и «больное место» «заживает» естественным путем. Суще­ствует определенная последовательность этапов пережи­вания, приводящая психику к восстановлению. В этих случаях происходит отреагирование, осмысление, приня­тие человеком случившегося, не как травматического, но как жизненного опыта, как части своей биографии.

Этиология (причины). Общими условиями развития травматического стресса являются следующие:

1. человек воспринимал ситуацию как невозможную;
2. человек не мог эффективно противодействовать си­туации (бороться или бежать);
3. человек не мог эмоционально разряжать энергию (был в состоянии оцепенения);
4. присутствие в жизни человека ранее неразрешенных травматических ситуаций.

Девушка, находившаяся в аквапарке «Трансвааль-парк» в момент его обрушения (Москва, февраль 2004 г.), физичес­ки не пострадала, из обрушившегося здания выбралась само­стоятельно, остался жив и брат, находившийся с ней в момент происшествия. Однако, увидев репортажи о событиях в Бес-лане (сентябрь 2004 г.), она резко почувствовала себя хуже.

Предрасполагающим фактором к получению психи­ческой травмы может стать физиологическое состояние в момент получения травмы, особенно физическое пере­утомление на фоне нарушения режима сна и приема пищи.

К условиям возникновения эмоциональных нарушений относится также отсутствие социальной поддержки, тес­ных эмоциональных связей с окружающими людьми (дру­зьями, членами семьи, сослуживцами) (см. табл. 1).

Факторы, влияющие на степень воздействия на человека сильной стрессовой ситуации

Имеет значение также и предварительная оценка лично­стью ситуации. Более интенсивной и длительной оказыва­ется реакция на антропогенные (социальные) катастрофы, где имеет место человеческий фактор (террористический

|  |  |
| --- | --- |
| Факторы, усиливающие травматический стресс | Факторы, ослабляющие травматический стресс |
| Восприятие случившегося как крайней несправедли­вости | Восприятие случившегося как «вероятного» |
| Неспособность и/или не­возможность хоть как-то противостоять ситуации | Частичное принятие ответ­ственности за ситуацию |
| Пассивность в поведении. Наличие незавершенных ранее травм | Поведенческая активность. Наличие положительного опыта самостоятельного разрешения сложных жиз­ненных ситуаций |
| Физическое переутомление | Благоприятное физическое самочувствие |
| Отсутствие социальной поддержки | Психологическая поддержка со стороны членов семьи, друзей, сослуживцев |

Таблица 1

акт, военные действия, изнасилование), чем на природные катастрофы.

Катастрофические последствия природных ЧС постра­давшими расцениваются как «воля всевышнего», и если возникает чувство собственной вины в связи с происшед­шим, то она чаще всего связывается с тем, что не были приняты меры по обеспечению безопасности. При антро­погенных катастрофах у пострадавших появляется чувство ярости и агрессивность, которые могут быть направлены на лиц, которых считают виновниками происшествия (Ке-келидзе, 2004).

Условно можно выделить два пути развития ситуации после очень сильного стресса.

1. Человек приобрел травматический опыт, признался себе в этом (!) и постепенно проживает его, вырабатывая более или менее конструктивные способы совладания с ним.
2. Человек приобрел травматический опыт, но лично­стное отношение к происшествию отсутствует (случай­ность, закономерность, знак свыше), постарался «забыть» его, вытеснил его из сознания, запустив неконструктивные способы совладания с проявлением симптомов отсрочен­ных стрессовых реакций.

Любая отсроченная реакция на травму — нормальная. В одном случае, человек постепенно проживает ситуацию самостоятельно; в другом самостоятельно он сделать это­го не может. В любом из этих случаев страдания и сильных душевных переживаний не избежать.

Стратегии поведения. Специалисты различают несколь­ко стратегий поведения людей, переживших психическую травму.

Пострадавшие, преследуемые навязчивыми воспоми­наниями и мыслями о травме, по прошествии времени, начинают организовывать свою жизнь таким образом, что­бы вытеснить, избежать воспоминаний и эмоций, которые ими провоцируются. Избегание может принимать разные формы — например, уход от напоминаний о событии, зло­употребление наркотиками или алкоголем, чтобы заглу­шить осознание сильного внутреннего дискомфорта.

Исследование, проведенное учеными из Нью-Йоркской ме­дицинской академии и опубликованное в Американском журна­ле эпидемиологии

Исследователи задавали вопросы о привычках, касающих­ся потребления психоактивных веществ до и после 11 сентяб­ря 2001 г.

Среди тех, кто курил, примерно 10% ответили, что стали курить больше.

Среди тех, кто принимал алкоголь, более 20% ответили, что стали пить больше.

В результатах исследования не обнаружено каких-либо расовых или этнических различий, но большей склонностью к увеличению потребления психоактивных веществ отлича­лись те люди, которые были старше 65 лет, имели низкий уро­вень доходов, были разведены или одиноки.

В поведении людей, перенесших психическую травму, часто наблюдается неосознанное стремление к повторно­му переживанию травматических событий. Этот поведен­ческий механизм проявляется в том, что неосознанно человек стремится к участию в ситуациях, сходных с на­чальным травматическим событием в целом или каким-то его аспектом. Этот феномен называется компулъсивным поведением и наблюдается практически при всех видах травматизации.

Ветераны боевых действий становятся наемниками. Жен­щины, подвергшиеся насилию, вступают в болезненные для них отношения с мужчинами, которые с ними плохо обраща­ются. Люди, перенесшие в детстве ситуацию сексуального домогательства, повзрослев, занимаются проституцией.

Многие пострадавшие, особенно дети, перенесшие трав­му, склонны обвинять в случившемся самих себя. Взятие частичной ответственности на себя в этом случае позволяет компенсировать чувства беспомощности и уязвимости.

Жертвы сексуального насилия, обвиняющие в случившем­ся себя, имеют лучший прогноз восстановления, чем те, кто не принимает на себя ответственности.

Более конструктивные стратегии борьбы с пережитой травмой следующие:

• Попытка избавить от несчастья других.

Среди американских полицейских довольно много людей, пострадавших в детстве от насилия.

• Поиск защитника.

Чаще это женщины, с которыми плохо обращались в дет­стве. Они склонны к очень сильной привязанности и зависи­мости от своих мужей (не могут ни на день с ними расстаться, не могут заснуть одни и пр.).

• Кооперация.

Вступление в общественную организацию, объединение с людьми, пережившими похожую ситуацию (общества ветера­нов, общества обманутых вкладчиков, жертв насилия в семье, выздоравливающих наркоманов и т.п.).

Вышеописанные стратегии поведения не отменяют об­щей динамики переживания травматической ситуации.

Динамика переживания травматической ситуации. Дина­мика переживания травматической ситуации включает четыре этапа.

Первый этап — фаза отрицания, или шока. На этой фазе, наступающей сразу после действия травмирующего фак­тора, человек не может принять произошедшее на эмоцио­нальном уровне. Психика защищается от разрушительно­го действия травматической ситуации. Этот этап, как пра­вило, относительно непродолжителен.

Второй этап носит название фазы агрессии и вины. По­степенно начиная переживать случившееся, человек пыта­ется обвинять в произошедшем тех, кто прямо или косвенно имел отношение к событию. После человек обращает аг­рессию на самого себя и испытывает интенсивное чувство вины («Если бы я поступил иначе, этого бы не случилось»).

Третий этап — фаза депрессии. После того, как человек осознает, что обстоятельства сильнее его, наступает деп­рессия. Она сопровождается чувствами беспомощности, брошенности, одиночества, собственной бесполезности. Человек не видит выхода из создавшегося положения, те­ряет ощущение цели. Жизнь становится бессмысленной: «Что бы я ни делал, ничего не изменишь».

На этой стадии очень важна ненавязчивая поддержка близких. Однако человек, переживающий травму, редко ее получает, поскольку окружающие бессознательно боятся «заразиться» его состоянием. Кроме того, человек в деп­рессивном настроении неуклонно теряет интерес к обще­нию («Никто меня не понимает»), собеседник начинает его утомлять, общение прерывается, чувство одиночества уси­ливается.

Четвертый этап — это фаза исцеления. Для нее характер­но полное (сознательное и эмоциональное) принятие сво­его прошлого и обретение нового смысла жизни: «То, что случилось, действительно было, я не могу этого изменить; я могу измениться сам и продолжать жизнь, несмотря на травму». Человек оказывается способен извлечь из произо­шедшего полезный жизненный опыт.

Эта последовательность является конструктивным раз­витием ситуации. Если пострадавший не проходит фазы проживания травматической ситуации, этапы слишком затягиваются, не приходят к логическому завершению, появляются симптомокомплексы, справиться с которыми самостоятельно он уже не может.

Посттравматическое стрессовое расстройство (птср)2

Посттравматическое стрессовое расстройство — нару­шение, связанное с переживанием травматического стрес­са. Симптомы включают яркие навязчивые воспоминания о травматической ситуации, ночные кошмары, трудности засыпания и эмоциональную неустойчивость, опустошен­ность, повышенную бдительность.

Начало изучения этого феномена было положено в США и во многом связано с так называемым «вьетнамским син­дромом», который испытали на себе военнослужащие, вер­нувшиеся после войны во Вьетнаме. В нашей стране часто говорят о «чеченском» или «афганском синдроме».

У ветеранов боевых действий наблюдаются и другие симптомы: взрывная реакция, приступы ярости, немоти­вированная бдительность, злоупотребление алкогольны­ми, наркотическими и лекарственными средствами, мысли о самоубийстве.

2 Подробнее см. главу 9.

Именно с изучения последствий военных конфликтов началось плановое исследование посттравматического стрессового синдрома. Так, было установлено, что у 25 % воевавших и не получивших увечий опыт боевых дей­ствий послужил причиной развития неблагоприятных психических последствий. Среди раненых и покалечен­ных количество страдающих ПТСР доходит до 42%.

Страх смерти, по мнению Е.О. Александрова (1998), является спусковым крючком для развития посттравма­тического стрессового расстройства у ветеранов боевых действий.

Из дневника ветерана афганской войны: «Мне страшно, когда я, вспоминая, пишу. Одна только мысль, что в тот или иной описываемый мной момент я просто мог легко исчез­нуть навсегда и стереть свою страничку, длиною в двадцать лет, приводит в ужас. Что такое смерть? Это хлопок ладошка­ми. Раз — и все.

Именно столько времени необходимо, чтобы наша жизнь перешла в другое измерение. Любое соприкосновение со смер­тью — случайное собственное "везение", просто свидетель­ство чужой смерти — не проходит бесследно. Это жестокая, жесткая перемена в будущем... ЭТО застревает в подкорке, в глубине души, в каждой клеточке вашего тела. Мне кажется, ЭТО называется СТРАХ...»

Один из факторов, поддерживающих симптоматику посттравматического стрессового расстройства у участ­ников боевых действий — контрастность переживаний внешнего мира. Диссонанс мирной жизни, где «нет дела до переживаемых кем-то ужасов» и боевой обстановки, подкрепляет и поддерживает посттравматический стресс, ощущение несправедливости, безысходности и беспо­мощности и препятствует социальной интеграции.

К 1980 г. накопленная информация позволила сделать вывод о том, что подобные нарушения характерны не толь­ко для ветеранов боевых действий, но и для лиц, пережив­ших катастрофы, аварии и стихийные бедствия, а также принимавших участие в ликвидации последствий подоб­ных катастроф.

Обследование личного состава Буденновского РОВД (Ко-тенев, Богданова, 1996), проведенное спустя 10 месяцев после того, как город подвергся нападению террористов Басаева, показало наличие симптомов постстрессовых нарушений у 21,5% сотрудников.

По результатам исследований у профессиональных спа­сателей уровень посттравматического стресса выражен умеренно. Это связывается с тем, что специальная профес­сиональная подготовка и профессиональный отбор вкупе с постоянным участием в ликвидации последствий чрез­вычайных ситуаций, приводит к формированию у спаса­телей особых механизмов совладания с негативными переживаниями.

Однако в связи с наличием специфических стрессогенных факторов профессиональной деятельности (работа в атмосфере горя и страдания других людей, контакт с тела­ми погибших, работа в условиях риска для жизни и др.), отдельные симптомы данного нарушения встречаются сре­ди спасателей и пожарных достаточно часто. Ввиду важ­ности этой темы, в настоящем учебном пособии этому расстройству посвящена отдельная глава.

К группам риска развития ПТСР относятся также лица, вынужденно изменившие место проживания, так называемые беженцы из зон локальных военных конф­ликтов, межнациональной напряженности и дискрими­нации со стороны властей. Это люди, которые мигрируют в другие страны, так как опасаются преследования, арес­та, пыток или физического уничтожения в собственной стране. Значительное их число подвергалось пыткам, по­литической или расовой дискриминации. Многие из них жили в бедности в ситуации хронической безработицы, многие имеют низкий образовательный уровень. Процесс эмиграции представляет собой дополнительную травму для большинства из них — особенно для тех, кто въезжа­ет в страну нелегально. В этот период многие подверга­ются ограблениям, насилию, некоторые умирают во вре­мя пути. Беженцам трудно найти стабильный заработок, многие из них остаются безработными или нанимаются за очень низкую плату и расцениваются в странах пребыва­ния как нежелательные элементы (Семенова, 2004).

Для ПТСР в первую очередь характерно обострение инстинкта самосохранения. При этом происходит увели­чение внутреннего психоэмоционального напряжения (возбуждения). Это напряжение постоянно поддержива­ется на недопустимо высоком уровне, поддерживая в свою очередь постоянно функционирующий механизм сличе­ния (фильтрации) поступающих извне стимулов со стиму­лами, уже запечатленными в сознании как признаки чрезвычайной ситуации (Кекелидзе, 2004). У жертв чрез­вычайных ситуаций это выражается в повышенной тре­вожности и страхах.

Тревожное расстройство. Любой человек время от вре­мени испытывает чувство тревоги. Это чувство нас охва­тывает тогда, когда, например, задерживаются по дороге с работы близкие, когда непонятен исход важной ситуа­ции и т.д.

С другой стороны, тревога, или, на медицинском язы­ке, «тревожное расстройство», — одно из частых послед­ствий переживания травмирующей ситуации. Человек, попавший в экстремальную ситуацию, теряет уверенность в завтрашнем дне, тревога становится его постоянной спут­ницей. Можно говорить о тревожном расстройстве в том случае, если в течение нескольких недель наблюдаются следующие симптомы:

• собственно тревога, опасения по поводу будущего, волнение, ожидание неудач и неприятностей, затруднения при попытке отвлечься от беспокоящих мыслей;

1. моторное напряжение — невозможность рассла­биться, суетливость, нервная дрожь, трудности с засыпа­нием и т.д.;
2. физические проявления: потливость, учащенное сердцебиение, головокружение, сухость во рту и т.д.

Тревога всегда стремится перейти в страх.

Тревожноi-фобическое расстройство. Страх — обычная эмоция, встречающаяся в эмоциональном спектре каждо­го человека. Любой человек чего-нибудь боится — пауков, высоты, темноты, одиночества, бедности, смерти, болез­ни и т.д. Страх перед опасностью полезен, он оберегает человека от необдуманных рискованных поступков, на­пример, страшно бывает прыгать с большой высоты или переходить оживленную трассу.

После переживания травматической ситуации появля­ется страх перед обычными, достаточно безопасными объектами и ситуациями: страх летать на самолетах, бо­язнь находиться в замкнутых помещениях (например, после пережитого человеком землетрясения). Такого рода страхи не несут приспособительной, охранительной функ­ции и становятся вредны для человека, мешают ему жить. На языке специалистов такое состояние называется тре-вожно-фобическим расстройством.

Страх может быть различной степени интенсивности — от легкого дискомфорта до ужаса, охватывающего чело­века. Зачастую страх сопровождается неприятными телес­ными ощущениями: головокружением, учащенным сердцебиением, повышенной потливостью и т.д.

Существует множество способов справиться со страхом (некоторые из них описаны в главе 6). Ярко выраженные случаи требуют обращения к специалистам: психиатрам, психотерапевтам, психологам.

Депрессивные состояния. Одним из синдромов, состав­ляющих основу посттравматического стрессового рас­стройства, является депрессия.

Мы часто произносим слово «депрессия», подразуме­вая грусть, плохое настроение, состояние тоски и печали. Плохое настроение и грусть время от времени встречаются у каждого человека и могут быть связаны с вполне понят­ными причинами — усталостью, переработкой неприятных впечатлений и т.п.

Такая тоска бывает полезна для человека. Именно в состоянии печали человек решает важные для себя про­блемы или создает красивейшие произведения искусст­ва. Однако эти состояния не являются состоянием депрессии.

О депрессии можно говорить, когда в течение длитель­ного времени (не менее нескольких недель) наблюдается стойкое снижение настроения, человек перестает испыты­вать удовольствие от того, что раньше приносило радость, уходит энергия, повышается утомляемость. Также наблю­дается не менее двух симптомов из ниже перечисленных:

1. сниженная способность к сосредоточению, пробле­мы с концентрацией внимания;
2. сниженная самооценка и неуверенность в себе;
3. идеи виновности и уничижения;
4. мрачное и пессимистичное видение будущего;
5. идеи и действия, направленные на самоповрежде­ние или самоубийство;
6. нарушенный сон;
7. нарушенный аппетит;
8. снижение сексуального влечения.

Депрессия часто сопровождается потерей интересов, слезливостью, чувством безнадежности. Многие остают­ся в таком состоянии столь долго, что привыкают к нему, входя в состояние хронической депрессии. Серьезная деп­рессия может привести к попыткам самоубийства.

Суицидальное поведение. Основной причиной само­убийства всегда является социально-психологическая дезадаптация личности при неблагоприятном стечении жизненных обстоятельств или при субъективной интерпре­тации данных обстоятельств как неразрешимых.

Независимо от причин, условий и форм дезадаптации, принятие суицидального решения предполагает необхо­димый этап личностной переработки конфликтной ситуа­ции, которая преломляется через систему личностных ценностей, установок, что и определяет выбор того или иного варианта поведения: пассивного, активного, агрес­сивного, суицидального и др. (Тихоненко, Сафуанов, 2004).

Различают внутренние и внешние формы суицидальной активности.

Внутренние формы суицидальной активности включа­ют суицидальные мысли, представления, переживания, а также суицидальные тенденции, состоящие из замыслов и намерений.

Внешние формы суицидальной активности — суици­дальные действия — включают суицидальные попытки и завершенные суициды.

К внешним факторам, формирующим суицидальные намерения, относятся:

1. несправедливое отношение (оскорбления, обвине­ния, унижения) со стороны родственников и окру­жающих;
2. ревность, супружеская измена, развод;
3. потеря значимого другого, болезнь, смерть близких;
4. одиночество, социальная изоляция;
5. недостаток внимания, заботы со стороны окружа­ющих;
6. половая несостоятельность;
7. соматические заболевания;
8. физические страдания;

— социальная неустроенность, материально-бытовые трудности.

К внутренним факторам можно отнести: комплексы вины, тяжелые болезни, реальные или мнимые неудачи, резкое изменение социального статуса (потеря работы в связи с инвалидностью).

Ведущий американский суицидолог, основатель и ру­ководитель ряда Центров исследований и профилактики самоубийств, Э. Шнейдман (2001) феноменологию суи­цида описывает следующими характеристиками:

1. Общей целью суицида является поиск решения. Само­убийство всегда представляется выходом из создавшегося положения, способом решения проблемы, кризиса, кон­фликта, невыносимой ситуации.
2. Общей задачей суицида является прекращение созна­ния. Самоубийство легче всего понять как стремление к полному выключению сознания и прекращению невыно­симой психической боли.
3. Общим стимулом к совершению суицида является невыносимая душевная боль. Суицид — это не только дви­жение по направлению к прекращению сознания, но и бегство от нестерпимых чувств, невыносимой боли, не­приемлемых страданий.
4. Общим стрессором при суициде являются фрустрированные психологические потребности (нереализованные психологические потребности в заботе, понимании, люб­ви, прощении).

Из дневника суицидентки: «...Прошел год, как я не загля­дывала в дневник, пришлось долго вылезать из мыслей о сво­ей смерти. Так удобно было спрятаться от себя и проблем в эти мысли. Под покрывалом их я могла не думать о том, что меня волнует, могла не вспоминать, как он бросил меня в тот мо­мент, когда был нужен больше всего на свете, потому что он трус, а у меня серьезное заболевание и вылезли все волосы. В воронку мыслей о смерти погрузилась за месяц, а выполза­ла год миллиметр за миллиметром, пришлось впустить в себя все то, что со мной произошло. Сегодня первый день, когда мне не хочется думать о смерти».

1. Общей суицидальной эмоцией является беспомощ­ность—безнадежность.
2. Общим внутренним отношением к суициду является амбивалентность.

Люди, совершающее самоубийство, испытывают двой­ственное отношение к жизни и смерти, даже в тот момент, когда они кончают с собой. Они желают умереть, но одно­временно хотят, чтобы их спасли.

1. Общим состоянием психики при суициде является сужение сознания — резкое ограничение выбора вариантов поведения, обычно доступных сознанию данного челове­ка в конкретной ситуации, — «все или ничего».
2. Общим коммуникативным действием при суициде является сообщение о своем намерении. Многие люди, на­меревающиеся совершить самоубийство, несмотря на амбивалентное отношение к планируемому поступку, ис­подволь, сознательно или безотчетно подают сигналы бед­ствия в виде прямых или косвенных словесных сообщений или поведенческих проявлений.

Выделяют несколько видов суицида, основные из них:

• Демонстративный, который своей целью предпола­гает не лишение себя жизни, а лишь демонстрацию этого намерения, хотя не всегда осознанную.

• Истинный, который имеет целью лишение себя жизни. В качестве конечного результата выступает смерть, однако степень желания смерти может быть различна, что отражается на условиях и степени реализации суицидаль­ных тенденций.

Вторая форма встречается достаточно часто у людей с ПТСР. Такие люди ищут облегчения от интенсивного стра­дания. Возникает ощущение, что не существует никого, кто бы мог помочь с этим страданием.

10% самоубийств в Вооруженных Силах Российской Фе­дерации среди офицерского состава со времен первой чечен­ской компании произошло на почве посттравматического стрессового расстройства (Войцех, Кучер, Костюкевич, Биркин, 2004).

В отдельных случаях, когда человек принимает реше­ние о суициде, он внешне успокаивается и старается вести себя «ярко» по отношению к семье и друзьям.

Офицер, ветеран нескольких локальных войн, застрелил­ся, сводив перед этим свою семью в «пафосный» ресторан.

Часто суицид происходит импульсивно, когда какое-либо событие является «последней каплей» в «чаше нега­тивных эмоциональных переживаний» человека.

После известных событий в Беслане в сентябре 2004 г. в Москве перед попыткой суицида одна женщина написала в своем дневнике: «...Нет ощущения безопасности... нет воз­можности защитить своих детей... есть ощущение безысход­ности и обреченности...»

В современной литературе широко распространены понятия «аутодеструктивного», или «саморазрушительно­го», поведения. Считается, что существует ряд взаимо­переходящих форм саморазрушительного поведения, крайней точкой которого является суицид.

К саморазрушительному поведению, наряду с суици­дальным, относят злоупотребление алкоголем, наркотика­ми, сильнодействующими медикаментозными средствами, а также курение, намеренную рабочую перегрузку, упор­ное нежелание лечиться, рискованную езду на автотранс­портных средствах (особенно управление автомобилем и мотоциклом в нетрезвом состоянии), увлечение экстре­мальными видами спорта.

Реакции горя

Любое психотравматическое событие сопровождается какой-либо потерей (прежнего образа жизни, имущества) и реакцией горя, когда имеет место гибель друзей, родных и близких. С потерей близкого неизбежно сталкивается каж­дый человек. Спасатели и пожарные по роду своей деятель­ности сталкиваются с людьми, потерявшими близких.

Реакции горя включают в себя широкий спектр кли­нических, эмоциональных и поведенческих проявлений. В силу сложности подобных переживаний и необходи­мости взаимодействия с людьми, оказавшимися в по­добных ситуациях, знание спасателями и пожарными динамики реакций горюющего представляется важным для авторов. Этой конкретной теме будет посвящена спе­циальная глава.

Для горюющего человека характерны периодически воз­никающие приступы физического дискомфорта (спазмы в горле, удушье, учащенное дыхание, снижение мышечного тонуса и т.д.) и субъективного страдания (душевная боль). В этой ситуации человек может быть поглощен мыслями об умершем или о своей собственной смерти (Линдеман, 2002). Возможны легкие изменения сознания — чувство нереаль­ности, отгороженности от окружающих.

Процесс преодоления горя проходит стадии, которые являются универсальными для всех людей: Острое горе {около 3—4 месяцев)

Фаза шока.

Фаза реакций:

а) фаза отрицания (поиска);

б) фаза агрессии (вины);

в) фаза депрессии (страдания и дезорганизации).  
Стадия восстановления {около 1 года)

а) фаза «остаточных толчков» и реорганизации;

б) фаза завершения.

Тяжесть переживаний при горевании может усугублять­ся некоторыми факторами:

1. «виной выжившего»;
2. дополнительной острой психотравмой, связанной с невозможностью опознания (тело сильно повреждено либо не найдено) — незавершенность отношений с умершим, невозможность отдать «последний долг» умершему;
3. невозможность проститься с умирающим в после­дние минуты его жизни, на похоронах (физическая отда­ленность, неприятие ситуации, внутреннее нежелание расставаться с человеком).

При затяжных реакциях горя возможно появление пси­хосоматических реакций.

психосоматические расстройства

В медицине и психологии давно изучается феномен взаимовлияния души (psyhe — лат.) и тела {soma — лат). «В здоровом теле — здоровый дух» — гласит древнегречес­кое изречение. Обратный смысл этого утверждения состо­ит в том, что если душа изранена, то в теле это находит свое отражение. Существует много гипотез и объяснений пси­хосоматических связей, находящих свое подтверждение в исследованиях.

В рамках психоанализа при изучении соматических болезней делался акцент на исследовании психологи­ческого смысла болезни. Врач-психотерапевт Франц Александер выделил группу из семи «психосоматических» заболеваний: язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, эссенциальную гипертонию, ревматоидный артрит, гипертиреоз, нейродермит и брон­хиальную астму.

Далее психосоматические заболевания были разбиты на нозологические подгруппы: нервно-психические, сердеч­но-сосудистые, желудочно-кишечные, болезни печени и почек, позвоночника, органов дыхания и прочие.

Были выделены особенности реагирования людей в разных жизненных ситуациях и соотнесены с имеющи­мися у них психосоматическими заболеваниями.

Так, считается, что «язвенному» типу людей свойствен­но «самоедство», то есть подавление в себе потребностей, не согласующихся с социальными требованиями. Такие люди отвергают потребности в зависимости, поддержке, сопереживании; не уверены в себе, прямолинейны, ка­тегоричны.

Гипертония встречается у людей, которым присуще выраженное стремление к успеху, одобрению, достиже­нию, повышенная ответственность\*. Такая мотивация до­стижения часто сопровождается агрессивностью (зачастую подавляемой, так как ее не выгодно выражать открыто, важно одобрение других людей).

Бронхиальная астма встречается у людей с депрессив­ным фоном настроения, эмоционально чувствительных,

См. гл. 2.

сенситивных, зависимых. Их самооценка занижена или неустойчива. До обнаружения многочисленных аллерги­ческих компонентов астмы это заболевание считалось «нервным».

Эти заболевания, а также ряд других (онкологические заболевания, туберкулез), в возникновении и динамике которых выявляется роль психологического фактора, от­носят к психосоматическим расстройствам.

Психосоматические реакции могут быть вызваны слож­ными (кризисными) ситуациями в жизни человека:

1. Стресс (интенсивный, продолжительного воздействия)  
Исследования «невидимого» стресса радиационной уг-  
розы (Тарабрина, 1996) показали, что переживание такого  
стресса ведет не только к возникновению ПТСР, но и кор-  
релирует с более высоким уровнем психосоматизации.

Анализ историй болезни 82 ликвидаторов последствий ава­рии на Чернобыльской АЭС выявил высокие уровни астено-невротических нарушений, вегетососудистой дистонии, гипертонической болезни, желудочно-кишечных заболева­ний, что соответствует общепринятому регистру психосома­тических расстройств.

2. Фрустрация (невозможность удовлетворения потребности)

Одним из психологических аспектов психосоматичес­ких расстройств является получение человеком «вторич­ной выгоды».

Это может быть «бегство в болезнь», когда человеку выгоднее быть больным. В нашей культуре к больному принято относится с уважением и заботой, он освобожда­ется от выполнения обязанностей, за ним ухаживают и ему оказывают внимание. Даже если сознательно человек не прибегает к таким способам привлечения внимания, то бес­сознательно, через болезнь, он может искать тепла и ласки.

Ребенок, одинаково любящий обоих родителей, кото­рые, однако, относятся друг к другу враждебно, не может найти иного выхода из дискомфортной ситуации, кроме как «уйти в болезнь», этим «сплотить родителей» и пере­ключить на себя их внимание и активность.

3. Конфликт интересов с неконструктивной стратегией выхода

В медицинской психологии рассматривают феномен враждебности в его связи с соматической заболеваемос­тью. Выявлена прямая корреляция враждебности и смер­тности в случаях тяжелых форм заболеваний. В этих случаях больший процент оставшихся в живых составля­ют люди, «картина мира» которых не враждебна.

4. Собственно кризисный период, связанный с тем, что человек не может разрешить проблему, не может уйти от нее, как это бывает в ситуации смерти близкого или тяжелой болезни.

Психологические аспекты кризисного периода отчет­ливо прослеживаются в ситуации онкологического забо­левания.

Ситуация опасного для жизни заболевания сходна с так называемым «информационным» стрессом. Травматична не столько сама ситуация заболевания, сколько субъектив­ные представления о том, что может произойти в будущем (ухудшение состояния, смертельный исход). Человека может разрушить само известие о диагнозе.

Людям свойственна «иллюзия бессмертия». Когда при­ходит болезнь, возникает острое ощущение непрожитос-ти жизни. Тяжелая болезнь срывает жизненные планы и замыслы (человек собирался защитить диссертацию, по­ехать отдохнуть, купить новую машину), человек злится на самого себя за то, что заболел. Рак воспринимается, как «предательство» со стороны тела (Семенова, 1997).

Тяжелое соматическое заболевание сопровождается физическими страданиями и затрудняет привычную жиз­недеятельность человека. Вследствие этого резко меняет­ся качество жизни.

Болезнь можно расценивать как кризисную ситуацию. В одних случаях болезнь может быть серьезным потря­сением, сохраняющим, однако, шанс вернуться к прежне­му образу жизни. В других случаях болезнь может стать кризисной ситуацией, перечеркивающей все жизненные замыслы: «выхода нет». Когда обстоятельства жизни из­менить невозможно (запущенные стадии заболевания), остается менять себя, делаться другим, менять жизнен­ный смысл.

Динамика эмоциональных реакций онкологического больного описана психотерапевтом, много лет проработав­шим в этой области, — Э. Кюблер-Росс (2001):

1. Шок от известия о болезни, который сопровожда­ется невозможностью двигаться, либо хаотичностью дви­жений.
2. Отрицание нового, невыносимого знания о себе. Слу­жит охранной функцией для психики, блокирует подклю­чение личностного ресурса.
3. Агрессия. Ощущение несправедливости: «Почему именно я?». Человек ищет и пытается найти причины бо­лезни. Обвиняет других. В основе этой реакции лежит страх.
4. Депрессия. Человек не верит в лечение, не видит в нем смысла, высказывает суицидальные мысли.
5. Принятие или «попытка сговора с судьбой». Приня­тие реальности болезни, сотрудничество с окружающи­ми, психологическое чувство облегчения, равновесия. Возникают новые смыслы, приходит чувство освобожде­ния. В некоторых случаях происходит обогащение, гармо­низация личности в процессе болезни.

Известны случаи, когда люди, узнав о том, что у них неизлечимое заболевание и дни их сочтены, решали до­жить остаток жизни так, как они мечтали, но в силу об­стоятельств не могли себе позволить, не растрачиваться на обиды и суету. Позволив себе ощутить вкус и радость жизни, люди избавлялись от симптомов заболевания и выздоравливали.

Преодоление кризисного состояния включает пережи­вание, позволяющее человеку разумно снизить ожидания от жизни и адаптироваться к новой жизненной ситуации. Преодоление становится возможным, если человек про­являет поисковую активность с подключением волевой саморегуляции. Особенно труден поиск выхода из ситуа­ции, в которой трудно прогнозировать, приведут ли потра­ченные усилия к какому-либо результату.

Вспомним сказку про двух лягушек, попавших в кувшин с молоком. Где одна сдалась сразу и, не попытавшись пред­принять усилий, пошла на дно и утонула, другая же реши­ла барахтаться, пока хватит сил. В результате сбила лапками молоко в масло и смогла выбраться.

Обобщая вышеизложенное о психосоматических реак­циях, можно сказать следующее.

Есть периоды в жизни человека и истории человече­ства, которые сопровождаются кризисными ситуациями, катастрофами, большим количеством сильных или про­должительных эмоций. Однако в эти моменты число пси­хосоматических заболеваний падает за счет активности, объединяющей всех людей.

Во время Второй мировой войны отмечалась снижение проявлений ряда заболеваний — уменьшилось число присту­пов шизофрении, язвы желудка и других заболеваний.

После периода активности следует период спада, во вре­мя которого и может возникнуть эффект капитуляции, отка­за от поиска, и в этот момент болезнь выходит на первый план.

Исследователи, изучавшие частоту психических нару­шений при землетрясениях, пришли к выводу, что после прекращения катастроф или стихийных бедствий у значи­тельной части пострадавших отмечается стойкое наруше­ние здоровья.

Так, в течение года после землетрясения в Манагуа количе­ство госпитализированных в психиатрической клинике увели­чилось в два раза, а невротические и психосоматические нарушения у пострадавших отмечались на протяжении ряда лет.

Известен «феномен Мартина Идена» (героя книги Дже­ка Лондона), который умирает на вершине успеха, достиг­нув того, чего хотел и кчему долго стремился. Пока человек находится в поиске, он не болеет. Остановка означает бо­лезнь и смерть.

Пока человек активен, положительно эмоционально настроен — болезни отступают. Это положение указывает на основной принцип профилактики психосоматических заболеваний.

Выводы

Если стрессовое воздействие было умеренным и не­продолжительным, то повышенная тревожность и другие симптомы стресса постепенно проходят в течение не­скольких часов, дней или недель.

Если же стрессовое воздействие было сильным или травмирующие события происходили многократно, болез­ненная реакция может сохраняться на годы.

Травматический характер события зависит оттого смыс­ла, который оно имеет для личности. Важную роль здесь играет субъективная значимость события, формирующая­ся через отношение личности к угрожающей ситуации, мировосприятие, религиозные чувства, нравственные цен­ности, принятие на себя частичной ответственности за слу­чившееся.

Трагическое происшествие может нанести тяжелую травму одному и почти не затронуть психики другого.

Даже испытав схожие переживания, люди по-разному реагируют на ситуацию после ее завершения.

Если человек справляется с психологической травмой и извлекает из своего переживания важный опыт, он ста­новится гораздо более зрелой личностью. Вне зависимос­ти от своего возраста он будет психологически взрослее того, кто никогда не сталкивался с человеческой трагеди­ей, — будет больше понимать жизнь и лучше чувствовать других людей.

Вопросы и задания к главе 8:

1. Что такое «отсроченные реакции на стрессовую си­туацию»?
2. Что включается в понятие психическая травма?
3. Характеристика травматической стрессовой си­туации.
4. Условия восприятия человеком сильного стресса как травматического.
5. Факторы, влияющие на степень воздействия на че­ловека сильной стрессовой ситуации.
6. Стратегии поведения людей, получивших психичес­кую травму.
7. Феномен компульсивного поведения.
8. Динамика переживания травматической ситуации.
9. Условия возникновения ПТСР.
10. Группы риска развития ПТСР.
11. Симптомы депрессивного состояния.
12. Феноменология суицида.
13. Виды суицидов.
14. Факторы, формирующие суицидальные намерения.
15. Факторы, усугубляющие тяжесть горевания.
16. Ситуации, вызывающие психосоматические реакции.
17. Общие механизмы преодоления ситуации тяжело­го психосоматического заболевания.

Глава 9. ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО

Вопросы, рассматриваемые в главе:

Диагностические критерии ПТСР Формы ПТСР Сотравматизация Направления реабилитации ПТСР Этапы профессиональной помощи Методы самопомощи

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) —

это специфическая клиническая форма нарушения про­цесса посттравматической стрессовой адаптации. Крите­рии диагностики ПТСР содержатся в международном диагностическом стандарте МКБ-10 — Международном классификаторе болезней, принятом в странах Европы и в России. ПТСР отнесено к группе расстройств, связанных с нарушением адаптации и реакции на сильный стресс.

ПТСР возникает в результате воздействия на человека травматических событий, связанных с гибелью, серьез­ными ранениями людей, возможной угрозой гибели или ранений. При этом человек, переживший подобную трав­матическую ситуацию, может быть как жертвой происхо­дящего, так и свидетелем страданий других лиц. В любом случае, в момент пребывания в травматической ситуации он должен испытать интенсивный страх, ужас или чувство беспомощности.

Особенностью этого расстройства является тенденция не только не исчезать со временем, но становиться более выраженным, а также проявляться внезапно на фоне об­щего благополучия.

Распространенность. Изучение ПТСР началось с кли­нических наблюдений и анализа последствий влияния на человека экстремальных факторов, в основном военного стресса, а также последствий стихийных и антропогенных катастроф. Было выявлено, что последствия войн и катас­троф не исчерпываются видимыми жертвами, есть также и скрытые последствия — психическая травма, которая может принять форму патологического синдрома, назы­ваемого посттравматическим стрессовым расстройством.

Показатели распространенности ПТСР у лиц, пережив­ших экстремальные ситуации, согласно данным литера­туры, колеблются от 10% (у свидетелей события) до 95% среди тяжело пострадавших (в том числе с соматически­ми повреждениями). Эти цифры зависят от многих обсто­ятельств, в частности, от конкретной характеристики стрессогенного события, группы обследованных (свидете­ли, участники, пострадавшие или ликвидаторы), диагнос­тической позиции исследователя и метода исследования.

Рассмотрим обобщенные данные, имеющиеся в ли­тературе.

По данным исследований, проведенных в США, среди ветеранов вьетнамской войны, распространенность ПТСР составила 30%. У лиц, переживших нацистские концент­рационные лагеря, состояния, которые сейчас рассматри­ваются как ПТСР, наблюдались в 85—100% случаев.

В отечественной литературе показатель распростра­ненности ПТСР среди перенесших тяжелый стресс соста­вил 50 — 80%. В популяции расстройства у женщин встречаются более чем в два раза чаще (1,2%), чем у муж­чин (0,5%).

Посттравматическое расстройство может появиться в любом возрасте, однако, учитывая природу ситуаций, вызывающих это расстройство, оно чаще встречается у лиц молодого возраста.

Распространенность ПТСР в популяции зависит от ча­стоты травматических событий. Так, можно говорить о травмах, типичных для определенных политических режи­мов или географических регионов, в которых особенно часто происходят природные или иные катастрофы.

Результаты эпидемиологических исследований показы­вают, что подверженность ПТСР коррелирует с определен­ными физиологическими и психическими нарушениями, которые либо возникают как следствие травмы, либо при­сутствуют изначально. К числу таких нарушений относят­ся: невроз тревоги, депрессия, склонность к суицидальным мыслям или попыткам, медикаментозная, алкогольная или наркозависимость, психосоматические расстройства, заболевания сердечно-сосудистой системы. У 50—100% па­циентов с ПТСР имеется какое-либо из перечисленных сопутствующих заболеваний, а чаще всего два или более. Кроме того, у страдающих ПТСР особую проблему пред­ставляет высокий показатель самоубийств или попыток самоубийств.

Интенсивность психотравмирующей ситуации являет­ся фактором риска возникновения ПТСР. Другими фак­торами риска являются: низкий уровень образования, социальное положение; предшествующие травматичес­кому событию психиатрические проблемы; наличие близких родственников, страдающих психиатрическими расстройствами, хронический стресс.

Большое значение придается личностной уязвимости, способности индивидуума к совладанию с событием, ко­торое расценивается как жизненная катастрофа.

Краткий исторический очерк. Расстройства, развиваю­щиеся в результате пережитой катастрофы, описывались и диагностировались уже давно. В 1888 г. X. Оппенгейм ввел в практику широко известный диагноз «травма­тический невроз», в рамках которого описал многие симптомы современного ПТСР. Э. Крепелин (1916), ха­рактеризуя травматический невроз, впервые показал, что после тяжелых психических травм могут оставаться по­стоянные, усиливающиеся с течением времени рас­стройства.

Много работ, посвященных этой проблеме, появляется после значительных военных конфликтов (Краснянский, 1993). Так, важные исследования появились в связи с Пер­вой мировой войной (1914—1918).

После Первой мировой войны американские исследо­ватели выделили две основные гипотезы психических расстройств. Первую из них можно назвать «снарядным шоком». Так, предполагалось, что нарушения у солдат вызваны действием повышенного давления во время «длительных артиллерийских дуэлей». Вторая гипотеза базировалась на представлениях о возникновении «воен­ного» и «травматического» невроза. Здесь фигурировали две точки зрения. Сторонники первой их них считали, что психопатологические синдромы возникают только у тех, кто к этому предрасположен, имеет личностные дефек­ты. Война рассматривалась как фактор, провоцирующий развитие психического заболевания у исходно «неполно­ценной» личности (Фиглей, 1978; Гудвин, 1987). Вторая точка зрения в качестве главного фактора развития пос­левоенных неврозов ставила не органическую неполноцен­ность головного мозга, а непосредственную психическую травматизацию во время войны («Психоанализ и военный невроз»). Причина травмы усматривалась в моментах не­ожиданности и страха, присутствующих на войне.

По итогам Второй мировой войны можно выделить не­сколько обобщающих концепций и сложившихся на дан­ную проблематику взглядов.

«Модель болезни» основана на наличии довоенного внутриличностного конфликта, который активизируется переживаниями войны и приводит к «травматическому неврозу» (Кардинер А.).

Согласно «модели выносливости» считается, что у че­ловека, участвующего в военных действиях, есть некий предел способности переносить эти военные действия. После этого следует психологическая декомпенсация, то есть невроз становится нормой и имеет название «боевого истощения» (Камерон, 1963).

«Модели окружающей среды» выделяли различные внешние факторы, влияющие на возникновение ПТСР: физическое истощение, оторванность от семьи и близких, недостаток сна, тяжелый климат и т.д. Считалось, что их комбинация и вызывает психологические нарушения (Уенстейн, 1947; Хансон, 1949; Эппел, 1966).

«Модель экспериментального невроза» аналогична те­ории И.П. Павлова по созданию искусственного внутрен­него конфликта, приводящего к «сбивке» («сшибке») нервных процессов. В этой модели желание выжить всту­пает в противоречие с желанием выполнить свой долг {Вильсон, 1960).

После Второй мировой войны (1939—1945 гг.) над проблемой активно работали советские психиатры — В.Е. Галенко (1946 г.), Э.М. Залкинд (1946-47 гг.), М.В. Со­ловьева (1946 г.) и др. Интерес к проблеме возник в отече­ственной психиатрии в связи с военными конфликтами, природными и техногенными катастрофами, постигшими нашу страну в последние десятилетия. Особенно тяжелы­ми по последствиям были авария на Чернобыльской АЭС (1986) и землетрясение в Армении (1988).

Война во Вьетнаме послужила мощным стимулом для исследований американских психиатров и психологов. К концу 1970-х годов был накоплен значительный мате­риал о психопатологических и личностных расстройствах у участников войны. Сходная симптоматика обнаружива­лась у лиц, пострадавших в других ситуациях, близких по тяжести психогенного воздействия. В связи с тем, что дан­ный симптомокомплекс не соответствовал ни одной из об­щепринятых нозологических форм, в 1980 г. М. Горовиц предложил выделить его в качестве самостоятельной еди­ницы, назвав данный синдром «посттравматическим стрессовым расстройством» (post-traumatic stress disorder, PTSD). В дальнейшем группа авторов во главе с М. Горо-вицем разработала диагностические критерии ПТСР, принятые сначала для американских классификаций пси­хических заболеваний (DSM-III и DSM-III-R), а затем — для МКБ-10.

Рассмотрим далее клинический спектр диагностичес­ких критериев, при наличии которых у человека делается заключение о диагнозе ПТСР.

Диагностические критерии посттравматического стрессового расстройства (птср)

Критерий А. Человек когда-либо пережил травматичес­кое событие, причем в отношении этого события обязатель­но должны выполняться оба приведенных ниже пункта:

1. Человек был участником, свидетелем, либо еще ка­ким-либо образом оказался причастен к событию (собы­тиям), которые включают смерть или угрозу смерти, или угрозу серьезных повреждений и/или угрозу физической целостности других людей (либо своей собственной).
2. В травматической ситуации человек испытал интен­сивный страх, беспомощность или ужас.

Критерий В. Травматическое событие постоянно пере­живается одним (или более) из следующих способов, при­чем для постановки диагноза ПТСР достаточно наличия одного из этих симптомов:

1. Непроизвольные навязчивые воспоминания — вы­зывающее тяжелые эмоциональные переживания повто­ряющееся и навязчивое воспроизведение в памяти как самого события, так и связанных с ним образов, мыслей и ощущений.
2. Постоянно повторяющиеся кошмары и сны о собы­тии, при пробуждении вызывающие интенсивные негатив­ные переживания.
3. Признаки диссоциативных состояний, проявляю­щиеся в том, что после травмы человек периодически со­вершает такие действия или испытывает такие ощущения, как если бы травматическое событие происходило вновь. К ним относятся следующие (включая те, которые появ­ляются в состоянии алкогольной или наркотической ин­токсикации или в просоночном состоянии):
4. ощущения «оживания» прошлого в виде иллюзий и галлюцинаций;
5. «флэшбэк-эффекты», появляющиеся в полной по­тере связи с реальностью и возникновении полно­го ощущения «перенесения» в травматическую ситуацию. «Флэшбэк-эффекты» проявляются в по­ведении, неадекватном текущей ситуации, но соот­ветствующем ситуации травматизации.
6. Драматические навязчивые воспоминания и интен­сивные тяжелые переживания, которые были спрово­цированы какой-либо ситуацией, напоминающей о травматических событиях или символизирующей их (го­довщины, фильмы, песни, разговоры и т.п.).
7. Непроизвольное повышение психофизиологичес­кой реактивности в ситуациях, которые символизируют различные аспекты травматического события или связа­ны с ним ассоциативно (похожая местность, звуки, запа­хи, тип лица человека и т.п.).

Критерий С. Не наблюдавшееся до травмы постоян­ное стремление к избеганию и избегание любых факто­ров, связанных с травмой (для постановки диагноза ПТСР необходимо наличие минимум трех из этих симп­томов):

1. Наличие усилий по избеганию любых мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой.
2. Наличие усилий по избеганию действий, мест или людей, которые пробуждают воспоминания о травме.
3. Неспособность вспомнить о важных аспектах трав­матической ситуации.
4. Сниженный интерес к жизни, потеря интереса к зна­чимым до травмы занятиям.
5. Чувство отстраненности или отделейности от ос­тальных людей.
6. Сниженная выраженность положительного аффек­та («numbing» — блокада положительных эмоциональных реакций, эмоциональное оцепенение, «бесчувственность», например, неспособность испытывать эмоционально на­сыщенное чувство любви, проявляющаяся по отношению к самым близким людям).
7. Чувство отсутствия перспективы в будущем (напри­мер, отсутствие ожиданий по поводу карьеры, женитьбы, детей, долгой жизни, ожидание скорой смерти, конца све­та, глобальной катастрофы).

Критерий D. Постоянные симптомы повышенной пси­хофизиологической возбудимости, не наблюдавшиеся до травмы (для постановки диагноза ПТСР необходимо на­личие минимум двух симптомов).

1. Трудности с засыпанием или плохой сон (ранние пробуждения) — связаны с возможными кошмарами (из­бегание сна, «страшно заснуть») и/или с повышенной тревожностью и эмоциональным дистрессом, сопровож­дающими навязчивые размышления и воспоминания о травме.
2. Повышенная, с трудом контролируемая раздражи­тельность или вспышки гнева.
3. Затруднения с сосредоточением внимания — в не­которые моменты человек может сконцентрироваться, но малейшее внешнее воздействие или изменение внутрен­него состояния резко выбивают его из колеи.
4. Повышенный уровень настороженности, состояние «гипербдительности», то есть постоянного ожидания чего-либо плохого.
5. Гипертрофированная, преувеличенная реакция ис­пуга на внезапные раздражители — например, на любой резкий внезапный звук (выхлоп, выстрел, стук и т.п.) или на ощущение внезапного движения на периферии поля зрения, или на неожиданное прикосновение.

Критерий Е. Длительность протекания расстройства (одновременное проявление необходимого по критериям В, С и D количества симптомов) — более чем 1 месяц.

Критерий F. Расстройство вызывает клинически значи­мое тяжелое эмоциональное состояние или выраженные на­рушения в социальной, профессиональной или других важных сферах жизнедеятельности.

В зависимости от времени возникновения, длительно­сти течения выделяются следующие диагностические фор­мы посттравматического стрессового расстройства:

1. Острое расстройство: первичная манифестация симп­томов в течение первых 6-ти месяцев после травмы (но не ранее 1 месяца после события). При этом длительность сочетанного проявления всех симптомов ПТСР — менее 6 месяцев.
2. Хроническое расстройство: продолжительность про­явления симптомов — свыше 6 месяцев.
3. Отсроченное расстройство: комплекс симптомов впервые появляется не ранее, чем через 6 месяцев после стрессовой ситуации.

Рассмотрим теперь первичные симптомы посттравма­тического стрессового расстройства более подробно.

Первичные симптомы посттравматического стрессового расстройства. В классификации психических и поведенчес­ких расстройств, составленной Всемирной организацией здравоохранения, в симптоматическом комплексе пост­травматического стрессового расстройства выделяют три группы симптомов:

1. Группа симптомов повторного переживания (или симптомы «вторжения»).

2. Группа симптомов избегания.

3. Группа симптомов физиологической гиперактивации (повышенной возбудимости).

Группа симптомов повторного переживания. Флэшбэки. Прошлое «не отпускает» человека: навязчиво и неотступ­но напоминает о том, «что было».

В памяти внезапно всплывают ужасные, неприятные сцены, связанные с пережитым. Каждый намек, все, что может напомнить о том событии: какое-то зрелище, за­пах, звук — как будто извлекают из глубин памяти карти­ны и образы травматических событий. Сознание — как бы раздваивается: человек одновременно и в мирной об­становке, и там, где происходили события. Происходит ощущение эмоциональной зависимости, сужение созна­ния, ощущение «там и здесь». Эти неожиданные, «непро­шеные» воспоминания могут длиться от нескольких секунд или минут до нескольких часов. И, как следствие, человек снова испытывает сильнейший стресс. Пережив­шие военные действия рассказывают, что бывает доста­точно услышать, например, звук пролетающего вертолета, услышать скрежет, похожий на скрежет танка, почувство­вать определенный запах, увидеть похожий силуэт, что­бы травмировавшие образы и представления вновь охватили сознание, чтобы человек вновь «вернулся» и вновь пережил «как наяву» наиболее травмировавшую его ситуацию. Возникает реакция повышенного испуга на неожиданный или громкий звук. При малейшей неожи­данности человек делает стремительные движения, он может броситься на землю, если услышит звук низко про­летающего вертолета, он резко оборачивается и прини­мает боевую позу, если почувствует со спины чье-то приближение. Такого рода явления называются «флэш-бэками», они вызывают выраженный дистресс, физиоло­гические реакции на какие-либо стимулы, ассоциирую­щиеся с травмой.

«Непрошеные» воспоминания приходят и во сне в виде ночных кошмаров, которые иногда, как видеозапись, вос­производят травматическую ситуацию, и с такой же пуга­ющей точностью человек во сне переживает собственные реакции на эту ситуацию. Он просыпается в холодном поту, задыхаясь, с сильно бьющимся сердцем, с напряженны­ми мышцами, чувствуя себя совершенно разбитым. У че­ловека возникают проблемы со сном, ему бывает трудно заснуть из-за неосознаваемого страха, иногда нарушения сна выглядят как постоянное раннее пробуждение, вслед­ствие чего возникают усталость и апатия.

Повторяющиеся и насильно прорывающиеся, внедряю­щиеся в сознание воспоминания о событии, включая обра­зы, мысли, представления. Впечатления, полученные во время чрезвычайного события, могут быть столь силь­ными, что их переживание будет продолжаться очень долго: часто бывают вспышки воспоминаний, когда по­вторяются чувства, которые человек испытывал во вре­мя или после события. Человек внезапно может начать чувствовать себя так, как если бы событие вновь проис­ходило с ним. Повторяющиеся переживания могут быть очень тяжелыми и пугающими, но они в этой ситуации совершенно нормальны.

Человеку трудно приказать себе не думать о чем-либо, даже если это никаким образом для него не значимо. А уж если в ситуацию вовлечены близкие и родные и, тем бо­лее, ситуация травматическая, человек не в состоянии пе­рестать думать о произошедшем.

Можно вспомнить те дни, когда произошло землетрясение в Армении. Как долго пережитое не «отпускало» выживших! Дети в своих играх снова и снова проигрывали случившуюся с ними и их родными трагедию: разбирали завалы, откапыва­ли друг друга, хоронили и прощались.

Повторяющиеся кошмарные сны о событии. Сны разви­ваются по двум сценариям.

1. Пострадавшему снятся кошмарные сновидения, в которых он вновь и вновь переживает произошедшее, но во сне он может видеть некий волшебный выход из ситуации.

Например, девочка, выжившая при землетрясении в Бол­гарии, но при этом потерявшая всех своих близких, видела каждую ночь один и тот же сон: сотрясается земля, поднима­ется пол и оттуда выходит дева Мария, которая затем выво­дит на крышу родного дома всю их многочисленную семью, тем самым спасая их от гибели.

2. Человек, переживший психотравмирующее событие, каждый день видит все новые и новые «фильмы ужасов», в которых его преследуют маньяки, он попадает в  
транспортные аварии, падает с высотных зданий, не может выбраться из подземелья и т.д.

Действия или чувства, соответствующие переживани­ям во время травмы (иллюзии, галлюцинации, «вспышки вос­поминаний»).

В один из приездов в Москву зарубежная делегация обеда­ла в ресторане. Над городом проходил грозовой фронт. Ог­ромные окна ресторана были раскрыты. От удара молнии они мелко задребезжали. У части обедавших людей возникло пе­реживание, соответствующее тому, которое было в момент настоящего землетрясения, и они, вскочив с мест, бросились к окнам, выпрыгивая через подоконники на улицу, благо, что ресторан находился на первом этаже здания. Остальные чле­ны делегации, глядя на действия первых и поддаваясь меха­низму эмоционального заражения, повторили их действия: они так же прыгали в окна, передавали детей из рук в руки — «спасали» себя и своих детей. Позже они объясняли, что ярко и глубоко пережили эмоции, соответствующие тем, что были у них при землетрясении.

Спазмы в желудке, головные боли. Головные боли, спаз­мы в желудке — частые попутчики людей, переживших психотравмирующее событие. Работая с пострадавшими и родственниками пострадавших при ликвидации чрезвы­чайных ситуаций, психологи часто слышат жалобы на эти симптомы. Спазмы в желудке часто возникают при появ­ляющихся у пострадавших страхах.

Группа симптомов избегания. Еще одна группа симпто­мов проявляется в том, что травматический опыт вытесня­ется. Человек старается избегать мыслей и воспоминаний о пережитом, стремится не попадать в ситуации, которые могли бы напомнить, вызвать эти воспоминания, пытает­ся делать все так, чтобы не вызвать их снова. Он упорно избегает всего, что может быть связано с травмой: мыслей или разговоров, действий, мест или людей, напоминаю­щих о травме, становится неспособен вспомнить важные эпизоды травмы, то, что с ним происходило.

Выражено снижение интереса к тому, что раньше зани­мало, человек становится равнодушным ко всему, его ничто не увлекает. Проявляется чувство отстраненности и отчуж­денности от других, ощущение одиночества.

Становится трудно устанавливать близкие и дружеские отношения с окружающими людьми. Многие перенесшие сильный стресс жалуются, что после пережитого им стало намного труднее испытывать чувства любви и радости (эмоциональная притупленность). Реже возникают или вообще исчезают периоды творческого подъема. Возника­ет депрессия, человек начинает чувствовать себя никчем­ным и отвергнутым, у него развивается неуверенность в себе, появляется реальное отчуждение от близких — «им меня не понять». В состоянии посттравматического стресса депрессия достигает самых беспросветных глубин отчая­ния, человек утрачивает смысл существования. Возника­ет сильнейшая апатия, появляется чувство вины.

Человек престает планировать свое будущее. Очень час­то появляется чувство вины: «Я виноват в том, что я что-то не сделал: не спас, не помог, не предугадал...», возникают самоуничижительные мысли и поведение, вплоть до суи­цидальных. Часто возрастает агрессивность. Возникает стремление решать все жизненные коллизии с помощью силового давления. При этом не обязательно применяет­ся грубая физическая сила, это может быть и речевая и эмоциональная агрессивность. Вспышки гнева, возни­кающие под влиянием алкогольного опьянения, маломо-тивированы и чаще всего превращаются в приступы яростного гнева.

Избегание мыслей, воспоминаний о пережитом, стремле­ние не попадать в те ситуации, которые бы могли напомнить, вызвать эти воспоминания. Человек боится повторения чрезвычайно сильных, разрушительных эмоций. Нередко возникает агрессия, если кто-то пытается каким-либо спо­собом проникнуть в воспоминания пострадавшего.

В обычной жизни пострадавший может казаться впол­не благополучным человеком, но любой стимул (соот­ветствующий звук, запах, похожая ситуация, тень, мелькнувшая за плечом — может быть что угодно), воз­вращающий человека в критическую ситуацию, вызыва­ет мгновенное оживление переживаний у пострадавшего. На защиту от этих переживаний пострадавшему требует­ся все больше и больше усилий. Вся психическая энер­гия человека уходит на это.

Нарушение памяти, концентрации внимания. Неспособ­ность вспомнить важные эпизоды травмы, мест, людей.

Женщина, пережившая много лет назад гибель мужа, не могла припомнить, что несколько дней назад она была на встрече выпускников школы и с радостью увидела однокласс­ников, была, несомненно, счастлива в те минуты, но спустя всего три дня забыла про это. Ей уже снова казалось, что она окружена только одиночеством и серыми буднями, в которых нет ни радости, ни счастливых минут, ни друзей, ни любимого.

Из психотерапевтической практики известны случаи, ког­да человек «не может» вспомнить, как потом выясняется, наи­более травматичные моменты ситуации, которые всплывают в сознании лишь после направленного психотерапевтическо­го вторжения.

Отстраненность, отдаленность от окружающего мира, отчуждение от других людей, ощущение одиночества («им меня не понять», «они этого не пережили»). Утрата способ­ности устанавливать близкие отношения с окружающими людьми.

Павел принимал участие в боевых действиях в Чечне. Вер­нувшись домой, он никак не мог определиться с работой — школу окончил слабо, а сразу после школы ушел служить. К моменту его возвращения дома все изменилось: не хватало денег, отец пил, мать сильно сдала. Павел говорил: «Мне ка­жется, я зря спешил вернуться домой. Я понимаю, что нико­му не нужен. Но и мне никто из близких не интересен. Мне не о чем с ним говорить. Меня не тянет к друзьям. Их интере­сы перестали быть моими. Мне все кажется ненастоящим. Меня все меньше и меньше тянет выходить из дома, пустота вокруг меня приобретает живые очертания, наполненные зву­ками, голосами. Я никому не хочу рассказывать о моей служ­бе, даже домашним. Меня все равно никому не понять!»

Труднее испытывать чувства любви, радости (эмоцио­нальная притупленность), исчезают чувства творческого подъема.

От военнослужащих, прошедших горячие точки, мож­но услышать фразу: «Я стал другим, я это чувствую. Но ничего не могу с собой поделать. Я не знаю, как сказать жене, что я ее люблю. Мне иногда кажется, что я и лю­бить-то разучился. Я разучился жалеть. Мне трудно как выражать самому, так и принимать любые проявления неж­ности, даже если это связано с моими детьми».

Стрессы и напряжения, возникающие в обычной жиз­ни, могут становиться непереносимыми для тех, кто про­шел травматический инцидент. Они стараются избегать близких контактов с родными, друзьями и коллегами, что зачастую ведет к добавлению личных проблем. Трудности во взаимоотношениях со временем усиливаются наряду с нарастанием ощущения, что «никто не может понять, че­рез что я прошел».

Такое ложное представление является главным пре­пятствием для просьбы о помощи и поддержке. А между тем, часто именно окружающие могут стать главным ис­точником восстановления комфортного состояния во вре­мя кризиса.

Изменение представлений о мире, чувство укороченности будущего.

Результаты, полученные на материале изучения (Тарабрина, 2001) ветеранов войны в Афганистане и ликвидато­ров аварии на ЧАЭС, показали, что ветераны с ПТСР испытывают острое чувство неопределенности, диском­форта, разочарования, однако сохраняют надежды и спо­собность представлять и планировать свое будущее.

При исследовании ПТСР ликвидаторов аварии на ЧАЭС, были отмечены некоторые особенности: независи­мо от степени травматизации, травматическая ситуация пролонгирована в будущее, так как связана с угрозой здо­ровью или жизни, что вызывает сильную эмоциональную реакцию: чувства безнадежности, одиночества, непрохо­дящее ощущение несчастья.

Травматическое событие меняет взгляд на важные мо­менты в жизни человека. Надежды на лучшее будущее могут быть утрачены или изменены вследствие глубокого разочарования.

Под воздействием травматической ситуации человек испытывает ужас, порожденный окружающим миром и собственной беспомощностью в нем — существовавшие ранее убеждения разрушаются, приводя личность в состо­яние дезинтеграции.

Американский психолог Дж. Ялом предложил рассмат­ривать все психологические проблемы травматического стресса с точки зрения смерти, свободы, изоляции, бес­смысленности. В травматической ситуации эти темы выс­тупают не абстрактно, не как метафоры, а являются абсолютно реальными объектами переживания. Так, ста­новясь свидетелем смерти других людей, человек оказы­вается перед лицом своей возможной смерти. Об этом феномене мы подробнее будем говорить в главе 10.

В обычной жизни у нас есть психологические защи­ты, позволяющие существовать бок о бок с мыслью, что в один прекрасный момент для нас все будет кончено, которые, по мнению Дж. Ял ома могут выступать в виде базовых иллюзий.

• Иллюзия собственного бессмертия заключается в следующем: «Я знаю, что все люди рано или поздно дол­жны умереть, но когда дело дойдет до меня — я уж как-нибудь выкручусь. К тому времени, может быть, изобретут эликсир бессмертия». Иными словами: «Все, только не я».

Первое же столкновение с травматической ситуацией ставит человека лицом к лицу с реальностью. Впервые че­ловек вынужден признать, что может умереть. Для большинства такое откровение способно кардинально по­менять образ мира, который из уютного и защищенного превращается в мир роковых случайностей, продуваемый всеми ветрами.

1. Иллюзия справедливости гласит: «каждый получа­ет по заслугам». Один из ее вариантов: «Если я буду де­лать добро людям, то оно вернется ко мне». Попадание в травматическую ситуацию сразу же показывает со всей очевидностью неправильность, нереальность иллюзии о справедливости устройства мира. Герой романа Льва Тол­стого во время боя думал: «Как же меня могут убить, ведь меня так все любят?!»
2. Иллюзия простоты устройства мира гласит: мир очень прост, в нем есть только белое и черное, добро и зло, наши и не наши, жертвы и агрессоры. Полутона и диалек­тика восприятия здесь отсутствуют. Весь мир как бы поде­лен на две противоположные части. Чем более зрелой становится личность, тем больше она начинает соглашать­ся с фразой, которую часто можно услышать от много по­видавших людей: «В жизни все очень сложно, чем больше живу, тем меньше понимаю».

Разрушение базовых иллюзий — момент, болезненный для любого человека. И очень важно, что последует за этим. Если человек сможет выйти из мира, хотя удобных, но все же иллюзий, в мир опасный, но все же реальный, значит, он повзрослел, как личность. Если же он не смог преодо­леть этот барьер, то, как правило, или делает вывод, что мир ужасен (а он не хорош и не плох, а такой, каков есть), или же строит другие иллюзии.

Преодоление базовой иллюзии могло бы выступить в таком варианте: «Все, что мы делаем, мы делаем, преж­де всего, для себя. И даже если это может показаться бес­смысленным, мы должны делать это, просто чтобы оставаться людьми».

Человек становится старше, иным, не таким как «до...». Может появляться чувство опустошенности будущего: в чем смысл дальнейшей жизни? Жизни, в которой все уже было, а сегодня только пустота и разочарование. Представ­ления прошлого часто идеализируются. Появляются мыс­ли: «Как-то раньше все было по-другому — и люди другие, и вся моя жизнь была гораздо содержательнее, ярче, а сей­час все плохие и все не так».

Чувство вины. У человека, пережившего травматичес­кое событие, вместо чувства облегчения оттого, что он спасся, часто возникает чувство вины. У него могут воз­никнуть сомнения, мог ли он сделать больше, чтобы по­мочь близким. Он может постоянно спрашивать себя, чем он заслужил то, что выжил, почему другие люди не были столь удачливы.

На очередной встрече офицеров, воевавших в Афганиста­не, один из них рассказал про сослуживца, покончившего жизнь самоубийством. Тот оставил прощальное письмо, в ко­тором писал, что все эти годы он винил себя в гибели друга, которого не смог уберечь во время одной из проводившихся операций. Именно ему пришлось сопровождать гроб на ро­дину к матери друга, и жить впоследствии на одной улице с ней. Он предлагал свою помощь семье погибшего, но ее не приняли. Жить с этим грузом он не смог. Офицеры, обсуж­давшие это скорбное известие, говорили, что вины Андрея в смерти друга не было, просто он честно выполнял поставлен­ную командованием задачу.

Группа симптомов физиологической гиперактивации. Проявляется в трудностях засыпания (бессоннице), повы­шенной раздражительности, трудностях концентрации внимания, вспышках гнева и взрывных реакциях, немо­тивированной сверхбдительности и повышенной готовно­сти к «реакции бегства».

Сверхбдительность выражается в том, что человек при­стально смотрит вокруг, словно ему угрожает опасность. Однако опасность здесь не столько внешняя, сколько внут­ренняя, она не позволяет расслабиться, отдохнуть.

Молодой человек, принимавший участие в боевых дей­ствиях в Чечне, так описывал свой сон: «Мне снятся кошма­ры, я мечусь во сне, скриплю зубами, кричу — все еще воюю. Моя мать говорит мне, что моя поза во сне тоже воинствен­ная: я сплю лежа на животе, правая рука у меня лежит под подушкой, левая — поверх нее (во время боевых действий под подушку на ночь я убирал пистолет). Ноги мои напря­жены, часто правая нога касается пола. Я просыпаюсь не отдохнувшим за ночь».

Преувеличенное реагирование: при малейшем раздраже­нии, стуке, шуме человек громко кричит, бросается бежать и т.д. Были случаи, когда при остаточных, более слабых толчках землетрясения люди бросались из окон, разбива­лись насмерть, хотя эти толчки не были опасны.

Повышается раздражительность, нетерпимость в обычных бытовых вопросах, часто возникает неистовая враждебность, направленная против конкретных людей, со­провождаемая угрозами, иногда не только на словах. Совсем незначительное событие может вызвать интенсивное чув­ство злости. Возникает ощущение, что человек не похож на самого себя. Родные, друзья и коллеги могут замечать некоторые перемены в характере человека. Более посто­янный гнев человек может переживать по поводу не­справедливости и бессмысленности происшедшего или против тех, кто, как ему кажется, был причиной того, что случилось.

Возрастает агрессивность. Возрастает стремление ре­шать все жизненные проблемы с помощью силового давления. Применяется и грубая физическая сила, и речевая агрессив­ность. Возникают вспышки гнева.

Один из участников боевых действий в Афганистане рас­сказывал психологу следующее: «Я боюсь за себя и за свою семью. Вспышки агрессии, случающиеся со мной, пугают уже и меня самого... Я стал более непримиримым, категоричным в суждениях, мне трудно что-то кому-то объяснять. В семье меня все должны понимать с первого слова. Хотя, конечно, я не по­дарок. В дневное время со мной все нормально, но на ночь я прошу закрываться жену с детьми в отдельной комнате — я перестаю себя контролировать».

Повышается употребление алкоголя. Чем больше про­исходит обесценивание идей, за которые воевали участ­ники боевых действий, принижение значимости событий тех боев, обвинение в грехах, которые они не соверша­ли, возложение ответственности за действия правитель­ства, тем чаще у них возникают проблемы с алкоголем, наркотиками.

Отношения в семье. Очевидно, что состояние человека с симптомами ПТСР не может не сказываться на окружа­ющих его близких людях. Наличие симптомов ПТСР у одного из членов семьи оказывает влияние на межлично­стное взаимодействие, функционирование семьи в целом. Выше мы рассмотрели, что у страдающего ПТСР наблю­дается избегание ситуаций или действий, которые имеют сходство с основной травмой или символизируют ее. Та­кая стратегия поведения, по мнению Е.О. Лазебной (2003), искажает информационную и эмоциональную картину мира, приводит к ограничению доступа новой информа­ции, способной спровоцировать интенсивные эмоции, в том числе и положительные.

Сниженный уровень положительных эмоций, их «вы­горание», «блокада» становится для тех, кто страдает ПТСР, неотъемлемой частью повседневного бытия (там же, 2003). В результате резко снижается уровень активно­сти и пропадает желание вообще заниматься какими-либо делами, даже такими, которые раньше, до травмы, достав­ляли большое удовольствие. Как следствие этих процес­сов сужается круг общения в целом, возникает ощущение собственной отделенности, отстраненности от окружаю­щих близких людей, что влияет на взаимоотношения и ча­сто приводит к супружеским конфликтам, разводам.

У членов семьи появляется необходимость адаптации к ситуации, в которой они находятся и не знают, что де­лать. Адаптация членов семьи может выражаться в фено­мене сотравматизации.

Сотравматизация — это перенос на себя симптомов пси­хотравмы, полученной пострадавшим, с аналогичными дан­ной психотравме переживаниями и дестабилизацией в результате этого, психологического и соматического здоро­вья сотравмированного члена семьи (Кучер, 2004).

Перенапряжение нервной системы в результате посто­янной близости травмированного человека у членов семьи проявляется через ощущения внутреннего утомления, мо­ральной усталости, а при появлении нервно-психической неустойчивости повышается нервозность, становится из­менчивым настроение, возможно появление психосома­тических реакций.

Симптомы сотравматизации могут повторять симпто­матику ПТСР в менее выраженной степени, их можно раз­делить на три группы:

1. симптомы повторного переживания, включающие негативные сновидения, повторяющиеся игры (у детей), сильный дистресс, воспоминания об услышанных эпизо­дах и навязчивые мысли о них;
2. симптомы избегания, включающие чувство отчуж­дения, обеднение эмоций;
3. симптомы повышенной возбудимости, проявляю­щиеся в нарушениях сна, раздражительности, затрудне­нии концентрации внимания, тревожности, вспышках гнева.

Безусловно, психическая травма способна оставить не­изгладимый отпечаток в душе человека и привести к пато­логической трансформации всей его личности. Однако существуют методы профессиональной помощи и само­помощи в подобных ситуациях.

Основные направления реабилитации птср

Существует много направлений и методов, которые эффективно использовались и используются для коррек­ции ПТСР. а.л. Пушкарев, ва. Доморацкий, Е.Р Гордее-ва (2000) выделяют четыре направления методов:

1. Образовательное направление. Данное направление включает в себя информационную поддержку, обсуждение книг и статей, знакомство с основными концепциями фи­зиологии и психологии. Например, только простое знаком­ство с диагностической симптоматикой ПТСР помогает больным осознать то, что их переживания и трудности не уникальны, «нормальны» в сложившейся ситуации, и это дает им возможность осуществлять контроль за своим со­стоянием, выбирать средства и методы, которыми можно добиться выздоровления.

1. Холистическое направление. Вторая группа методов располагается в области целостного отношения к здоро­вью. Специалисты по формированию здорового образа жизни справедливо отмечают, 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 активирует 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 (Пушкарев, Доморацкий, Гордеева, 2000).
2. 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.
3. Терапевтическое направление (фармакотерапия, пси­хотерапия) включает в себя собственно психотерапию, направленную на проработку травматического опыта, ра­боту с горем, разумное использование фармакотерапии для устранения отдельных симптомов.

Из методов самопомощи опишем несколько общих приемов, ведущих к ослаблению нежелательных реакций.

1. Стресс влияет на весь организм в целом, поэтому можно существенно снизить его отрицательные послед­ствия, если уделять здоровью больше времени, чем прежде.
2. Необходимо соблюдать режим труда и отдыха, пра­вильно питаться, заниматься спортом.
3. Необходимо заботиться об эмоциональном комфор­те и отводить больше времени на те дела, которые особен­но приятны. Неприятности могут усилить симптомы ПТСР.
4. Не следует избегать общения. Нужно чаще находить­ся среди людей, быть полезным другим. Активная соци­альная жизнь поможет ощутить душевный комфорт.
5. Не следует ожидать, что воспоминания уйдут сами по себе. Чувства останутся и будут беспокоить в течение длительного времени. Вот почему крайне важно иметь воз­можность поговорить по душам.

Если проявления посттравматического стрессового рас­стройства вы видите у близкого человека, коллеги, друга, то в этой ситуации можно помочь ему, соблюдая следую­щие правила:

• 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.

1. 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.
2. «Не отталкивайте» человека, даже если он «оттал­кивает» вас. Продолжайте оказывать ему поддержку и вы­ражать свою любовь. Принимайте человека таким, какой он есть.
3. Важно создать вокруг человека спокойную, прини­мающую атмосферу, не создавая при этом особых условий из-за того, что он перенес травму, поскольку многих лю­дей это заставляет чувствовать себя неполноценными, оби­жает их, иначе человек не научится жить в новых условиях, а навсегда останется «жертвой обстоятельств».

Эти меры могут ослабить проявление проблемы, но вряд ли помогут преодолеть посттравматическое стрессовое расстройство, поэтому обращение к специалисту необхо­димо, чтобы преодолеть его целиком.

Этапы профессиональной помощи. Дадим краткую ха­рактеристику этапов профессиональной помощи при ра­боте с симптомами посттравматического стрессового расстройства, то есть расскажем о тех действиях, которые специалист совместно с обратившимся к нему человеком предпринимают при психологической коррекции этой проблемы.

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.

Второй этап — это заключение так называемого «пси­хотерапевтического договора». Как правило, этот дого­вор не принимает форму официального юридического документа, это просто некая договоренность между спе­циалистом и клиентом о порядке их совместной работы (с какой проблемой идет работа, как долго она может про­длиться, из каких этапов будет состоять, на какой резуль­тат рассчитана).

Третий этап — начало работы над проблемой. На этом этапе самым важным совместным достижением специа­листа и клиента является создание, расширение и укреп­ление тех психологических ресурсов, которые помогут справиться с травматическим опытом. Для того чтобы справиться с психологической травмой, нужны психоло­гические, душевные силы; подготовка, «выращивание» этих сил определяет успешность дальнейших коррекцион-ных мероприятий.

Четвертый этап — проработка травматического опыта. Эта стадия работы начинается тогда, когда накоплены силы и человек уже готов встретиться с воспоминаниями, переживаниями того события, которое вызвало психоло­гическую проблему. Человек на этом этапе переживает и принимает травмирующую ситуацию. Когда мы употреб­ляем слово «пережить», мы предполагаем, что это событие становится частью личного опыта человека, в то время как посттравматическое стрессовое расстройство предполага­ет, что психологически для человека эта ситуация являет­ся настоящим. Поэтому переживание травматического опыта является неотъемлемым этапом выздоровления.

Психологическая травма, полученная человеком, ста­новится частью личного прошлого. Люди осознают, что дала им эта ситуация, чему она научила — «благодаря этой ситуации я стал сильным», «эта ситуация показала, что у меня есть настоящие друзья» и т.д.

Последним в психологической коррекции посттравма­тического расстройства является этап, который специа­листы называют «экологической проверкой». На этом этапе человек пробует жить с новым опытом. Эта стадия необходима для того, чтобы травматические пережива­ния не вернулись вновь. Ведь зачастую человек привы­кает жить в своей проблеме, привыкают к этому и люди, окружающие его.

в качестве примера можно привести случай из профессио­нальной практики. Женщина обратилась к специалисту с тем, что она никак не может оправиться после аварии, в которую попала. Она боялась вновь садиться за руль, боялась, когда зна­ла, что кто-то из ее близких сейчас находится в дороге, ей по­стоянно снилась эта авария. Семья этой женщины так привыкла к такому ее состоянию, что члены ее семьи постоянно сами го­ворили ей, что не стоит садиться за руль, напоминали о том, что с ней произошло. Это сильно подрывало ее веру в возмож­ность справиться с ситуацией. Лишь после того, как женщина совместно с психологом поговорила с членами семьи, расска­зала о своих переживаниях и объяснила, что ей очень нужна их поддержка, она смогла справиться со своей проблемой.

В этот период человек обсуждает со специалистом из­менения, которые происходят в его жизни в связи с рабо­той над травмой. Таким образом происходит проверка того, насколько человек справился с посттравматическим стрессовым расстройством, проверкой, которую устраи­вает сама жизнь.

Вопросы и задания к главе 9:

Дайте определение травматического стресса. Психическая травма может возникнуть, когда:

а) человек пережил или стал очевидцем события, связанного со смертью или ранением другого человека;

б) событие сопровождалось интенсивными переживаниями страха, ужаса и беспомощности;

в) событие не сопровождалось сильными переживаниями ужаса и страха.

3. К факторам риска возникновения посттравматического стрессового расстройства относятся:

а) сила и длительность травмирующего фактора;

б) недостаточная поддержка близких;

в) злоупотребление алкоголем;

г) наличие в биографии ситуаций, связанных с угрозой  
здоровью и жизни, как своей, так и близких людей;

д) все ответы правильные.

4. Посттравматическое стрессовое расстройство может проявиться:

а) в течение 1 часа после события;

б) через 7 дней — первые проявления;

в) через несколько месяцев;

г) через несколько лет.

5. К какой группе симптомов посттравматического стрессового расстройства относятся следующие характеристики: повторные, навязчивые, негативные воспоминания о событии; связанные с событием сны; переживание нового стресса при событиях, напоминающих или символизирующих пережитую травму; внезапные поступки  
и чувства, как если бы пережитое событие происходило сейчас:

а) к группе симптомов избегания;

б) к группе симптомов повторного переживания;

в) к группе симптомов повышенной возбудимости.

6. К какой группе симптомов посттравматического стрессового расстройства относятся следующие характеристики: невозможность вспомнить детали происшедше­го события; чувство отстраненности, отчужденности от других людей; избегание мыслей, чувств и деятельности, связанных с происшедшим событием; потеря доступа к ресурсам прошлого; обеднение чувств; отсутствие ориен­тации на дальнейшее будущее:

а) к группе симптомов избегания;

б) к группе симптомов повторного переживания;

в) к группе симптомов повышенной возбудимости.

7. К какой группе симптомов посттравматического стрессового расстройства относятся следующие характеристики: повышенная раздражительность, наличие взрывных реакций; любые нарушения сна; трудности концентрации внимания; депрессивные состояния; сверхбдительность, связанная с отсутствием чувства безопасности:

а) к группе симптомов избегания;

б) к группе симптомов повторного переживания;

в) к группе симптомов повышенной возбудимости.

1. Назовите этапы переживания травматической ситу­ации. Приведите примеры, в которых бы говорилось о каж­дой из фаз переживания.
2. Как вы понимаете термин «сотравматизация»? Ка­ковы причины сотравматизации? В чем она выражается у членов семьи травмированного?
3. Профилактика ПТСР. Оказание психологической помощи пострадавшим при чрезвычайных ситуациях.

Глава 10. ПЕРЕЖИВАНИЕ УТРАТЫ

...Жизнь — это череда не только приобретений, но и потерь.

Г. Уайтед

Вопросы, рассматриваемые в главе:

Переживания

Категории жизни и смерти Этапы «нормального» горевания Патологическое горевание Психологическая помощь горюющему Переживания детей

Потери. Как часто мы что-то утрачиваем в жизни? Рас­стаемся с друзьями, теряем вещи, отказываемся от воз­можностей, делаем выбор в пользу одной возможности, при этом теряя другие? Каков удельный вес приобретений и потерь в нашей жизни?

Парадокс жизни заключается в том, что каждый раз, приобретая что-то, мы одновременно, осознавая это или нет, что-то теряем. Развитие — единый процесс созидания и разрушения. Каждый год природа являет нам естествен­ность этого процесса и его постоянную цикличность (от осени к весне, от умирания к возрождению и наобо­рот). С момента рождения мы развиваемся, расставаясь (Баканова, 2001).

Новорожденный физически отделяется от матери, что­бы начать жить и развиваться самостоятельно. На протя­жении развития ребенка мать ощущает постепенную утрату полной его зависимости от себя. Молодой человек покидает родительскую семью, чтобы создать свою.

Приобретениями и потерями заполнены все стороны нашей жизни. Порой такие «замены» кажутся неравно­ценными.

Мы теряем работу, приобретая возможность реализо­вать свои возможности в другой области. Мы расстаемся с друзьями, приобретая новый опыт идти по жизни без их помощи и поддержки.

Можно потерять записную книжку, близкого человека, семью, деньги, время, доверие, веру в справедливость, в светлое будущее.

Потери могут быть большими и маленькими, личными и глобальными, изменяющими жизнь и почти незаметны­ми. Единственное, что их объединяет, — это то, как мы их переживаем.

Переживания. Порядок естественного проживания чувств, тот эмоциональный путь, по которому проходит человек от момента потери до полного восстановления, един для разных ситуаций. Обычно при его описании ис­пользуется замечательное русское слово — «пережить».

Переживание — великий дар, данный человеку. Мы переживаем или прживаем все события в нашей жиз­ни. Радостные, грустные, счастливые и трагические. Пе­реживаем, чувствуем — значит живем. Пережить — значит пройти, преодолеть сложный участок жизни и... снова жить. Приставка пере- отражает конечность этого участка, связывает периоды жизни «до» и «после» собы­тия, подразумевая сложность периода, который заклю­чен «между» ними.

Защиты от переживаний. Инстинктивно люди избегают боли, как физической, так и душевной. Каждая потеря несет свою маленькую или большую боль расставания, и на протяжении жизни человек вырабатывает защиты, что­бы с ней справляться.

Можно сказать: «Он был вовсе и не друг, раз мог так поступить», «Все люди злые и неблагодарные, не хотят понимать меня», тем самым защитить себя от естествен­ного процесса переживания утраты, например, теплых от­ношений, своеобразной прививки от более глубоких переживаний.

Когда мы оказываемся лицом к лицу перед смертью близкого человека, все наши защиты, обманные конст­рукции складываются как карточный домик, не оставляя малейшего шанса зацепиться за них и спастись от пере­живаний утраты.

Проблема переживания смерти близкого человека свя­зана с категориями жизни и смерти и отношения к ним.

Категории жизни и смерти. Жизнь и смерть — вечные вопросы и категории, которые всегда интересовали людей, которым люди пытаются найти объяснение и по сей день.

Двое близнецов перед рождением в утробе матери. «А что там будет, не знаешь?» — спрашивает один другого. — «Не знаю, еще никто не возвращался».

Отношение людей к смерти менялось на протяжении хода всей истории человечества. Эти отношения строились от понимания смерти как естественного продолжения и завершения жизни до полного их разрыва в сознании че­ловека, разведения их как двух различных сущностей, их взаимоотрицания.

Смерть завораживает своей неизбежностью и в то же время своей бесконечной непознаваемостью. Естествен­ной реакцией на незнакомое является страх. Люди боятся не только говорить о смерти, но и думать о ней. Отрицание смерти создает иллюзию ее отдаления, отсрочки. Однако, пытаясь обмануть себя, человек затрачивает огромное ко­личество жизненной энергии на защиту от этой мысли.

Осознание собственной смертности способно карди­нально перевернуть привычную жизнь. Способно вызвать ужас, тоску, депрессию от осознания конечности или на­полнить жизнь смыслом, новыми яркими красками, ощу­щением полноты и радости бытия.

Таким образом, страх смерти через страх изменений напрямую связан с отношением человека к собственной жизни.

Если жизнь и смерть рассматривать не как противопо­ложные понятия, а как разные стороны (или, скорее все­го, состояния) одного и того же процесса, то страх смерти в действительности — это все тот же страх изменений, ко­торый сопровождает человека на протяжении всего жиз­ненного пути. Просто в данном случае человека пугает самое большое и самое важное изменение в его жизни — смерть.

По мнению С. Грофа, одним из наиболее распространен­ных способов защиты себя от болезненных переживаний является «механистический» подход к существованию. Проживающие жизнь подобным образом испытывают непреходящее глубокое чувство недовольства собой и си­туацией, в которой находятся, в результате чего основная часть их размышлений направлена на прошлое и будущее и отсутствует в «здесь и сейчас». Вне зависимости от успе­хов и достижений, испытываемая ими горечь и ощущение неисполнения желаемого остаются и требуют разработки новых честолюбивых планов и целей. Подобный цикл ни­когда не завершается и лишь закрепляет неудовлетворе­ние, ибо люди, попадающие в эту категорию, неверно понимают природу своих потребностей и концентрируют­ся на внешних заменителях.

А. Ксендзюк считает, что страх смерти есть один из важ­нейших детерминантов человеческого поведения. Он рас­сматривает трансформацию страха смерти в социальные формы деятельности: влечение к чувственным удоволь­ствиям и впечатлениям; страх потери времени; страсть к деятельности (трудоголизм); волю к славе и борьбу за ли­дерство и власть; влечение к сексуальному пресыщению.

Основатель экзистенциальной психотерапии В. Франкл в своих произведениях достаточно подробно освещал воп­росы значения осознания смертности для поиска смысла человеческой жизни: «...Конечность должна являться тем, что придает человеческому существованию смысл, а не тем, что лишает его этого смысла. Перед лицом смерти, как абсолютного и неизбежного конца, ожидающего нас в будущем, и как предела наших возможностей, мы обяза­ны максимально использовать отведенное нам время жиз­ни, мы не имеем права упускать ни одной из возможностей, сумма которых в результате сделает нашу жизнь действи­тельно полной смысла».

Психотерапевт, много лет проработавшая с онкологи­ческими больными, Дж. Рейнуотер пишет: «Я пришла к убеждению, что для каждого из нас чрезвычайно важно осознать факт неизбежности собственной смерти, ибо наше отношение к смерти определяет наше отношение к жиз­ни... Мы должны быть благодарны тому, что существует смерть. Именно она заставляет нас искать смысл жизни».

Независимо от идеологических, религиозных воззре­ний, сформированного или несформированного отноше­ния к этой теме, столкновения с «маленькими и большими смертями» происходят на протяжении всей нашей жиз­ни, если понимать смерть как окончание одних и наступ­ление других этапов жизненного пути (детства, юности, молодости, зрелости), отмирание старых способов реаги­рования и приобретение других, разочарование в старых отношениях, появление новых значимых людей в жизни.

Из-за потребности человека в структуре и постоянстве, из-за нежелания принимать мир таким, каков он есть, из-за стремления видеть его лишь привычным, понятным и предсказуемым, прямое столкновение со смертью (например, в ситуации угрозы гибели, неизлечимой бо­лезни, участия в боевых действиях, смерти близкого че­ловека) способно совершить переворот в сознании человека.

Вероятно, на каком-то высоком духовном уровне раз­вития личности возможна ситуация принятия известия о смерти с глубоким смирением, спокойно, без внутренних душевных метаний и терзаний, с полной уверенностью в правильности и справедливости происходящего (здесь может идти речь о предельной свернутости нижеописан­ных этапов горевания).

На практике, как бы человек ни готовил себя к этой ситуации, это всегда большое испытание. Оно становит­ся еще большим, когда ситуация внезапна (скоропо­стижная смерть), противоречит законам природы (преждевременная смерть, гибель детей). В этих случаях путь переживания проходит через страдание и душевную боль, которая буквально «выжигает» человека изнутри («горе» — от слова «горит»). Но это единственный путь к исцелению.

И несмотря на то, что выделяются общие закономерно­сти переживания, каждый человек — это особый случай, беспрерывный процесс изменений, наполненных жизнью, страданием и поиском. Ясно одно — человек, прошедший все приведенные ниже стадии, выходит на новый уровень осмысления жизни, мироощущения и миропонимания.

Психология горя. Реакции горя — это нормальная ре­акция человека на любую значимую потерю. Самыми большими потерями объективно и субъективно для лич­ности являются те, которые связаны с осознанием соб­ственной смертности и смертью близкого человека.

Процесс горевания в литературных источниках (Василюк, 2002) часто называют работой горя. Это и есть, по сути, большая внутренняя работа, огромный душевный труд по переработке трагических событий. Итак, горевание — это естественный процесс, необходимый для того, чтобы отпустить потерю или оплакать смерть. Условно вы­деляют «нормальное» горевание и «патологическое».

Этапы «нормального» горевания. Для «нормального» го­ревания характерно развитие переживаний по нескольким стадиям с комплексом симптомов и реакций, характерных для каждой. В главе 8 мы схематично обозначили этапы го­ревания. Остановимся в этом разделе на них подробнее.

Картина острого горя схожа у разных людей. При нор­мальном течении горевания характерны периодические приступы физического страдания, спазмы в горле, при­падки удушья с учащенным дыханием, постоянная по­требность вздохнуть, чувство пустоты в животе, потеря мышечной силы и интенсивное субъективное страдание, описываемое как напряжение или душевная боль, погло­щение образом умершего. Длится стадия острого горя око­ло 4-х месяцев, условно включая в себя 4 из описанных ниже стадии.

Продолжительность каждой стадии описать довольно сложно, в связи с их возможной взаимообратимостью на протяжении всей работы горя.

1. Стадия шока. Трагическое известие вызывает ужас,  
эмоциональный ступор, отстраненность от всего происходящего или, наоборот, внутренний взрыв. Мир может казаться нереальным: время в восприятии горюющего может ускоряться или останавливаться, пространство — сужаться.

В сознании человека появляется ощущение нереально­сти происходящего, душевное онемение, бесчувствен­ность, оглушенность. Притупляется восприятие внешней реальности, и тогда в последующем нередко возникают пробелы в воспоминаниях об этом периоде.

Наиболее выражены следующие черты: постоянные вздохи, жалобы на потерю силы и истощение, отсутствие аппетита; могут наблюдаться некоторые изменения созна­ния — легкое чувство нереальности, ощущение увеличе­ния эмоциональной дистанции с другими («как они могут улыбаться, разговаривать, ходить в магазины, когда суще­ствует смерть и она так близко»).

Обычно комплекс шоковых реакций истолковывается как защитное отрицание факта или значения смерти, пре­дохраняющее горюющего от столкновения с утратой сра­зу во всем объеме.

2. Стадия отрицания (поиска) характеризуется неверием в реальность потери. Человек убеждает себя и других в том, что «все еще изменится к лучшему», что «врачи ошиблись», что «он скоро вернется» и т.д. Здесь характерно не отрицание самого факта потери, но отрицание факта постоянства потери (Василюк, 2002).

В это время человеку бывает трудно удержать свое вни­мание во внешнем мире, реальность воспринимается как бы через прозрачную пелену, сквозь которую сплошь и ря­дом пробиваются ощущения присутствия умершего: лицо в толпе, похожее на родного человека, звонок в дверь — мелькнет мысль: это он. Такие видения вполне естествен­ны, но пугают, принимаются за признаки надвигающего­ся безумия.

Сознание не допускает мысли о чьей-то смерти, оно сто­ронится боли, которая грозит разрушением, и не хочет ве­рить в то, что собственная жизнь теперь тоже должна измениться. В этот период жизнь напоминает дурной сон, и человек отчаянно пытается «проснуться», чтобы убедить­ся в том, что все осталось как прежде.

Отрицание — это естественный защитный механизм, поддерживающий иллюзию о том, что мир будет менять­ся, следуя за нашими «да» и «нет», а еще лучше — оста­ваться неизменным. Но постепенно сознание начинает принимать реальность потери и ее боль — как будто до того пустое внутреннее пространство начинает заполняться эмоциями.

3. Стадия агрессии, которая выражается в форме него­дования, агрессивности и враждебности по отношению к окружающим, обвинении в смерти близкого человека себя, родных или знакомых, лечившего врача, и др.

Находясь на этой стадии столкновения со смертью, че­ловек может угрожать «виновным» или, наоборот, занимать­ся самобичеванием, чувствуя свою вину в произошедшем.

Человек, которого постигла утрата, пытается отыскать в событиях, предшествовавших смерти, доказательства, что он не сделал для умершего всего, что мог (не вовре­мя дал лекарство, отпустил одного, не был рядом и т.д.). Он обвиняет себя в невнимательности и преувеличива­ет значение своих малейших оплошностей. Чувство вины может отягощаться ситуацией конфликта перед гибелью.

Картину переживаний существенно дополняют реак­ции клинического спектра. Вот некоторые из возможных переживаний данного периода:

1. Изменения сна.
2. Панический страх.
3. Изменения аппетита, сопровождающиеся значи­тельной потерей или приобретением веса.
4. Периоды необъяснимого плача.
5. Усталость и общая слабость.
6. Мышечный тремор.
7. Резкие смены настроения.
8. Неспособность сосредоточиться и/или вспомнить.
9. Изменения сексуальной потребности/активности.
10. Недостаточная мотивация.
11. Физические симптомы страдания.
12. Повышенная необходимость говорить об умершем.
13. Сильное желание уединиться.

Спектр переживаемых в это время эмоций также дос­таточно широк; человек остро переживает утрату и плохо контролирует себя. Однако какими непереносимыми ни были бы чувства вины, ощущения несправедливости и не­возможности дальнейшего существования, все это — ес­тественный процесс переживания утраты. Когда злость находит свой выход и интенсивность эмоций снижается, наступает следующая стадия.

4. Стадия депрессии (страдания, дезорганизации) — тос­ки, одиночества, ухода в себя и глубокого погружения в правду потери.

Именно на эту стадию приходится большая часть рабо­ты горя, потому что человек, столкнувшийся со смертью, имеет возможность сквозь депрессию и боль искать смысл произошедшего, переосмысливать ценность собственной жизни, постепенно отпускать отношения с умершим, про­щать его и себя.

Это период наибольших страданий, острой душевной боли. Появляется множество тяжелых, иногда странных и пугающих чувств и мыслей. Это ощущения пустоты и бес­смысленности, отчаяние, чувство брошенности, одиноче­ства, злость, вина, страх и тревога, беспомощность. Типичны необыкновенная поглощенность образом умершего и его идеализация — подчеркивание необычайных достоинств, избегание воспоминаний о плохих чертах и поступках.

Память как нарочно прячет все неприятные моменты отношений, воспроизводя лишь самые замечательные, иде­ализируя ушедшего, усиливая этим болезненные пережи­вания. Часто люди вдруг начинают понимать, как на самом деле они были счастливы и насколько не ценили этого.

Горе накладывает отпечаток и на отношения с окружа­ющими. Здесь может наблюдаться утрата теплоты, раздра­жительность, желание уединиться.

Изменяется повседневная деятельность. Человеку труд­но бывает сконцентрироваться на том, что он делает, труд­но довести дело до конца, а сложно организованная деятельность может на какое-то время стать и вовсе недо­ступной. Порой возникает бессознательное отождествле­ние с умершим, проявляющееся в невольном подражании его походке, жестам, мимике.

В фазе острого горя скорбящий обнаруживает, что ты­сячи и тысячи мелочей связаны в его жизни с умершим («он купил эту книгу», «ему нравился этот вид из окна», «мы вместе смотрели этот фильм») и каждая из них увле­кает его сознание в «там-и-тогда», в глубину потока ми­нувшего, и ему приходится пройти через боль, чтобы вернуться на поверхность (Василюк, 2002).

Это чрезвычайно важный момент в продуктивном пе­реживании горя. Наше восприятие другого человека, в осо­бенности близкого, с которым нас соединяли многие жизненные связи, его образ, пропитано незавершенными совместными делами, нереализованными замыслами, не­прощенными обидами, невыполненными обещаниями. В работе с этими связующими ниточками и заложен смысл работы горя по перестройке отношения к умершему.

Как это ни парадоксально, боль вызывается самим го­рюющим: феноменологически в приступе острого горя не умерший уходит от нас, а мы сами уходим от него, отрыва­емся от него или отталкиваем его от себя. И вот этот, свои­ми руками производимый отрыв, этот собственный уход, это изгнание любимого: «Уходи, я хочу избавиться от тебя...» и наблюдение за тем, как его образ действительно отдаляется, претворяется и исчезает, и вызывают, собствен­но, душевную боль. Боль острого горя — это боль не толь­ко распада, разрушения и отмирания, но и боль рождения нового. Бывшее раздвоенным бытие соединяется здесь памятью, восстанавливается связь времен, и постепенно исчезает боль (Василюк, 2002).

Предыдущие стадии были связаны с сопротивлением смерти, а сопутствующие им эмоции носили, в основном, разрушительный характер.

5. Стадия принятия произошедшего. В литературных ис­точниках (см. Дж. Тейтельбаум, Ф. Василюк) эту стадию подразделяют на две:

5.1. Стадия остаточных толчков и реорганизации.

На этой фазе жизнь входит в свою колею, восстанавли­ваются сон, аппетит, профессиональная деятельность, умерший перестает быть главным средоточением жизни.

Переживание горя теперь протекает в виде сначала ча­стых, а потом все более редких отдельных толчков, какие бывают после основного землетрясения. Такие остаточные приступы горя могут быть столь же острыми, как и в пре­дыдущей фазе, а на фоне нормального существования субъективно восприниматься как еще более острые. По­водом для них чаще всего служат какие-то даты, традици­онные события («Новый год впервые без него», «весна впервые без него», «день рождения») или события повсед­невной жизни («обидели, некому пожаловаться», «на его имя пришло письмо»).

Эта стадия, как правило, длится в течение года: за это время происходят практически все обычные жизненные события и в дальнейшем начинают повторяться. Годовщи­на смерти является последней датой в этом ряду. Может быть, именно поэтому большинство культур и религий от­водят на траур один год.

За этот период утрата постепенно входит в жизнь. Че­ловеку приходится решать множество новых задач, связан­ных с материальными и социальными изменениями, и эти практические задачи переплетаются с самим переживани­ем. Он очень часто сверяет свои поступки с нравственны­ми нормами умершего, с его ожиданиями, с тем, «что бы он сказал». Но постепенно появляется все больше воспо­минаний, освобожденных от боли, чувства вины, обиды, оставленности.

5.2. Стадия «завершения». Описываемое нами нормаль­ное переживание горя приблизительно через год вступает в свою последнюю фазу. Здесь горюющему приходится порой преодолевать некоторые культурные барьеры, за­трудняющие акт завершения (например, представление о том, что длительность скорби является мерой любви к умершему).

Смысл и задача работы горя в этой фазе состоит в том, чтобы образ умершего занял свое постоянное место в се­мейной истории, семейной и личной памяти горюющего, как светлый образ, вызывающий лишь светлую грусть.

Продолжительность реакции горя, очевидно, опреде­ляется тем, насколько успешно человек осуществляет работу горя, то есть выходит из состояния крайней зави­симости от умершего, вновь приспосабливается к окружа­ющему, в котором потерянного лица больше нет, и формирует новые отношения.

Большое значение для протекания реакции горя имеет интенсивность общения с умершим перед смертью.

Причем такое общение не обязательно должно основы­ваться на привязанности. Смерть человека, который вы­зывал сильную враждебность, особенно враждебность, не находившую себе выхода вследствие его положения или требований лояльности, может вызывать сильную реакцию горя, в которой враждебные импульсы наиболее заметны.

Нередко, если умирает человек, игравший ключевую роль в некоторой социальной системе (в семье мужчина выполнял роли отца, кормильца, мужа, друга, защитника и др.), его смерть ведет к дезинтеграции этой системы и к резким изменениям в жизни и социальном положении ее членов. В этих случаях приспособление представляет со­бой очень трудную задачу.

Одним из самых больших препятствий при нормальной работе горя является часто неосознанное стремление го­рюющих избежать сильного страдания, связанного с пе­реживанием горя, и уклониться от выражения эмоций, с ним связанных. В этих случаях происходит «застревание» на каком-либо из этапов и возможно появление болезнен­ных реакций горя.

Болезненные реакции горя. Болезненные реакции горя являются искажениями процесса «нормального» горевания.

Отсрочка реакции. Если тяжелая утрата застает челове­ка во время решения каких-то очень важных проблем или если это необходимо для моральной поддержки других, он может почти или совсем не обнаружить своего горя в тече­ние недели и даже значительно дольше.

В крайних случаях эта отсрочка может длиться годы, о чем свидетельствуют случаи, когда людей, недавно пе­ренесших тяжелую утрату, охватывает горе о людях, умер­ших много лет назад.

Искаженные реакции. Могут проявляться как поверхно­стные проявления неразрешившейся реакции горя. Выде­ляются следующие виды таких реакций:

1. Повышенная активность без чувства утраты, а ско­рее с ощущением хорошего самочувствия и вкуса к жизни (человек себя ведет так, как будто ничего не произошло), может проявляться в склонности к занятиям, близким к тому, чем в свое время занимался умерший.
2. Появление у горюющего симптомов последнего за­болевания умершего.
3. Психосоматические состояния, к которым относят­ся в первую очередь язвенные колиты, ревматические ар­триты и астма.
4. Социальная изоляция, патологическое избегание общения с друзьями и родственниками.
5. Яростная враждебность против определенных лиц (врача); при резком выражении своих чувств, почти ни­когда не предпринимается никаких действий против об­виняемых.
6. Скрытая враждебность. Чувства становятся как бы «одеревеневшими», а поведение — формальным.

Из дневника: «...Я выполняю все мои социальные функ­ции, но это похоже

на игру: реально это меня не затрагивает.

Я не способна испытать никакого теплого чувства. Если бы у меня и были какие-нибудь чувства, то это была бы злость на всех».

1. Утрата форм социальной активности. Человек не может решиться на какую-нибудь деятельность. Отсут­ствуют решительность и инициатива. Делаются только обычные повседневные дела, причем выполняются шаб­лонно и буквально по шагам, каждый из которых требует от человека больших усилий и лишен для него какого бы то ни было интереса.
2. Социальная активность в ущерб собственному эко­номическому и социальному положению. Такие люди с неуместной щедростью раздаривают свое имущество, лег­ко пускаются в финансовые авантюры и оказываются в результате без семьи, друзей, социального статуса или де­нег. Это растянутое самонаказание не связано с осознан­ным чувством вины.
3. Ажитированная депрессия с напряжением, возбуж­дением, бессонницей, с чувством малоценности, жестки­ми самообвинениями и явной потребностью в наказании. Люди в этом состоянии могут совершать попытки само­убийства.

Вышеописанные болезненные реакции являются край­ним выражением или искажением нормальных реакций.

Перетекая друг в друга по нарастающей, эти искажен­ные реакции существенно затягивают и отягощают горевание и последующее «выздоровление» горюющего. При адекватном и своевременном вмешательстве они поддают­ся коррекции и могут трансформироваться в нормальные реакции, а затем найти свое разрешение.

Один из видов патологического горевания —реакции горя на разлуку, которые могут наблюдаться у людей, перенес­ших не смерть близкого, а лишь разлуку с ним, связанную, например, с призывом сына, брата или мужа в армию.

Общая картина, возникающая при этом, рассматрива­ется как синдром предвосхищающего горя (Э. Линдеманн). Известны случаи, когда люди так боялись известия о смер­ти родного человека, что в своих переживаниях проходили все стадии горевания, вплоть до полного восстановления и внутреннего освобождения от близкого. Такого рода ре­акции могут хорошо предохранить человека от удара не­ожиданного известия о смерти, однако они также являются помехой восстановлению отношений с вернувшимся че­ловеком. Эти ситуации нельзя расценивать как предатель­ство со стороны ожидающих, но по возвращении требуется большая работа обеих сторон по построению новых отно­шений или отношений на новом уровне.

Задачи работы горя. Проходя по определенным ста­диям переживания, горевание выполняет ряд задач (по Г. Уайтеду):

1. Принять реальность потери. Причем не только ра­зумом, но и чувствами.
2. Пережить боль потери. Боль высвобождается толь­ко через боль, а это значит, что непережитая боль потери рано или поздно все равно проявится в каких-либо симп­томах, в частности в психосоматических.
3. Создать новую идентичность, то есть найти свое ме­сто в мире, в котором уже есть потери. Это значит, что че­ловек должен пересмотреть свои взаимоотношения с умершим, найти для них новую форму и новое место внутри себя.
4. Перенести энергию с потери на другие аспекты жиз­ни. Во время горевания человек поглощен умершим; ему кажется, что забыть о нем или перестать скорбеть равно­сильно предательству. На самом деле возможность отпус­тить свое горе дарует человеку чувство обновления, ду­ховного преображения, переживание связи с собственной жизнью.

Человек должен принять боль утраты. Он должен пере­смотреть свои взаимоотношения с умершим и признать изменения своих собственных эмоциональных реакций.

Его боязнь сойти с ума, его страх перед неожиданными изменениями своих чувств, особенно появление резко воз­росшего чувства враждебности, — все это должно быть переработано. Он должен найти приемлемую форму сво­его дальнейшего отношения к умершему. Он должен вы­разить свое чувство вины и найти вокруг себя людей, с которых он мог бы брать пример в своем поведении.

«Лечение» горя. У разных народов, в разных религиях выработаны отношения к смерти, существуют свои ри­туалы прощания с ушедшим. Ритуалы, поминальные даты: 9 дней, 40 дней, годовщина — эти события психо­логически очень точно помогают проходить процессу горевания.

Ритуал оплакивания. В деревнях еще сохраняется по­мощь «плакальщиц» — женщин, которые пронзительны­ми голосами плачут вместе с близкими покойного. Таким образом они нагнетают эмоциональную обстановку, помогая лучше отреагировать близким их утрату, совер­шать горюющему работу горя, продвигая его с фазы шока на фазу реакций.

Кроме этого, тривиальное «На кого ты нас оставил», зву­чащее хором, на бессознательном уровне может являться информацией, что рядом люди, понимающие и разделя­ющие боль, способные помочь. К сожалению, в крупных городах этот обычай почти исчез. Все чаще практикуется накачивание страдающего человека транквилизаторами до полубессознательного состояния, что препятствует нор­мальному отреагированию.

На первых фазах плач является и реакцией и лечением. Не нужно останавливать, успокаивать человека, именно через плач происходит высвобождение. Желательно под­толкнуть человека к посильному участию в организации похорон и всех необходимых мероприятий, например: схо­дить в церковь и поставить свечу, заказать отпевание и т.д. Часто родные из лучших побуждений ограждают горюю­щего от любой деятельности, оставляя его тем самым на­едине с невыносимыми страданиями. Включение в деятельность позволит ему частично отвлекаться от внут­ренних болезненных переживаний.

На первых фазах лучше не оставлять горюющего одно­го, оказывая больше безмолвную поддержку, касаясь ру­кой, обнимая его, тем самым давая поддержку на телесном уровне.

На фазе реакций желательно подтолкнуть человека на конструктивную деятельность: можно сделать мелкий ре­монт в доме или хотя бы переставить мебель, иногда уехать на время или сменить квартиру, выйти на работу и посте­пенно начать заниматься повседневными делами, пусть сначала это будет происходить автоматически.

Часто близкие из уважения к чувствам человека стара­ются не допустить в присутствии горюющего разговоров и обсуждений повседневных дел, забот, прячут нечаянную улыбку, боясь оскорбить человека. Начиная с третьей фазы, это делать можно и даже нужно — аккуратно, постепенно возвращая горюющего к жизни, подводя к моменту ответ­ственности живого перед ушедшим и оставшимися близ­кими людьми. Если, например, у матери погиб взрослый сын, она может взять на себя ответственность воспитывать его детей так, как если бы это делал он.

В случаях, когда горюющий «застрял» на стадии не­приятия случившегося, иногда полезно спровоцировать гнев и затем это чувство направить в русло какой-либо деятельности.

Достаточно часто у людей, находящихся в состоянии горя, развивается заученная беспомощность. Родные и близкие, переполненные любовью и заботой к горююще­му, своим поведением закрепляют эту реакцию. В этих слу­чаях необходимо объяснять родственникам, что человека, переживающего горе, необходимо загружать делами, те­ребить любыми способами, не обращая внимания на вна­чале негативную реакцию со стороны горюющего.

Переживания детей. У детей другие представления о жизни и смерти, не такие, как у взрослых. Как пишет С. Левин, «возможно, многие не боятся небытия потому, что совсем недавно пришли оттуда». Считается, что у де­тей до 2-х лет вообще нет никакого представления о смер­ти. Между двумя и шестью годами у них развивается представление о том, что умирают не навсегда (смерть как отъезд, сон, временное явление). В ранние школьные годы дети относятся к смерти как к чему-то внешнему: они пер­сонифицируют ее либо с определенным лицом (например, приведением), либо идентифицируют с покойником. Ча­сто дети в этом возрасте (5—7 лет) считают собственную смерть маловероятной; эта мысль приходит к ним позже, примерно к 8 годам.

Дети, узнав о смерти родителя или близкого родствен­ника, проходят через те же стадии — шок, отрицание, гнев, депрессия и отчаяние, чувство вины и постепенное при­нятие. Однако период острого горя у них обычно короче, чем у взрослых.

Среди особенностей поведения детей, переживших ут­рату родителя, можно выделить следующие: ребенок пла­чет, надеется на возвращение родителя, иногда начинает его искать, иногда описывает яркое ощущение его присут­ствия, иногда злится из-за утраты и винит окружающих, иногда обвиняет умершего родителя или боится потерять выжившего.

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

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

Ребенку нужно быть включенным в переживания всей семьи, и его эмоции ни в коем случае не должны игнори­роваться. Это самое основное правило, так как ребенок тоже должен отгоревать свою потерю. В процессе пережи­вания ребенок приобретает опыт совладания с ситуация­ми потери в дальнейшей жизни.

В период горевания, особенно острого горя, ребенок должен чувствовать, «что его по-прежнему любят и что он не будет отвергнут». В это время ему нужна поддержка и забота со стороны взрослых (родителя или психолога), их понимание, доверие, а также доступность контакта, что­бы в любое время ребенок мог поговорить о том, что его волнует или просто посидеть рядом и помолчать.

В любом случае, как пишет А.Д. Андреева, «невозмож­но дать рецепт по каждому отдельному случаю. Главное — исходить из потребности ребенка в любви и внимании к нему». Наверное, самый лучший способ помочь ребенку справиться с горем — это доверять естественному ходу са­мого горя, чувствовать состояние и потребности ребенка, находящегося в этом процессе (Кораблина, Акиндинова, Баканова, Родина, 2001). Для ребенка важно выразить свои переживания — будь то желание поплакать или отреаги­ровать свой гнев, рассказать грустную или смешную исто­рию об умершем, посмотреть вместе фотоальбом с его фотографиями, сделать ему подарок, нарисовать свои чув­ства или подержаться в тишине за руки (Баканова, 1998).

При создании соответствующих условий работа горя у де­тей проходит так же, как и у взрослых. Благоприятными для детей условиями проживания горя являются следующие:

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

Жизнь после потери. Эмоциональный опыт человека изменяется и обогащается в ходе развития личности в ре­зультате переживания кризисных жизненных периодов, сопереживания душевным состояниям других людей. Особо в этом ряду стоят переживания смерти близкого человека.

Переживания такого характера могут нести в себе объяснение собственной жизни, переосмысление ценно­сти бытия и, в конечном итоге, признание мудрости и глу­бокого смысла во всем происходящем. С этой точки зрения смерть может дать нам не только страдание, но и более полное ощущение собственной жизни; подарить пережи­вание единства и связи с миром, обратить человека к себе.

Человек приходит к пониманию, что со смертью близ­кого собственная жизнь не полностью потеряла смысл, — она продолжает иметь свою ценность и остается такой же значимой и важной, несмотря на потерю. Человек может простить себя, отпустить обиду, принять ответственность за свою жизнь, мужество за ее продолжение — происхо­дит возвращение себе себя самого.

Даже самая тяжелая потеря содержит в себе возмож­ность обретения (Баканова, 1998). Принимая существо­вание потери, страдания, горя в своей жизни, люди становятся способными более полно ощутить себя как неотъемлемую часть вселенной, более полно прожить свою собственную жизнь.

Вопросы и задания к главе 10:

1. Назовите этапы «нормального» горевания.
2. Опишите картину острого горя.
3. Расскажите о фазе реакций.
4. Что происходит на стадии восстановления?
5. Что составляет процесс горевания?
6. В чем появляются болезненные реакции горя?
7. Что такое синдром предвосхищающего горя?
8. В чем состоит смысл и каковы задачи работы горя?

9. Ритуалы прощания с ушедшим как психологическая помощь горюющему.

10. Каковы принципы помощи горюющему?

11. Особенности поведения детей, переживших утрату родителя.

12. Патологические реакции детей, переживших утрату.

13. Расскажите об условиях, способствующих проживанию горя у детей.

14. Какова роль приобретений и потерь в нашей жизни?

15. Как происходит переживание приобретений и потерь?

Литература

Александров Е.О. Взорванный мозг. Посттравматическое стрес­совое расстройство. Клиника и лечение. Новосибирск: Сибвузиздат, 1998.

Александровский Ю.А. Состояния психической адаптации и их компенсация. М.: Наука, 1976.

Андреева А.Д. Как помочь ребенку пережить горе // Вопросы пси­хологии. 1991. № 2. С. 87-96.

Баканова А.А. Экзистенциальные аспекты переживаний при по­тере ребенка / Кораблина Е.П., Акиндинова И.А., Баканова А.А., Родина A.M. Культура на защите детства. СПб.: Изд-во РГПУ им. АИ. Герцена, 1998. С. 36-38.

Гроф С, Хэлифакс Дж. Человек перед лицом смерти. М.: Изд-во Трансперсонального института, 1996.

Гримак Л.П. Общение с собой: начала психологии активности. М.: Политиздат, 1991.

Бъюдженталъ Дж. Наука быть живым: Диалоги между терапев­том и пациентом в гуманистической психотерапии. М.: НФ Класс, 1998.

Василюк Ф.Е. Пережить горе // Психология мотивации и эмо­ций. Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, М.В. Фаликман. М.: ЧеРо, 2002. С. 581-590.

Василюк Ф.Е. Психология переживания. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984.

Военная психиатрия / Под ред. Ф.И. Иванова. Л.: Изд-во ВМА МО им. СМ. Кирова, 1974.

Гнездилов А. В. Психологические аспекты онкологии в условиях хосписа. СПб.: Клинт, 1996.

Дейте Б. Жизнь после потери. М.: ГРАНД, 1999.

Грановская P.M. Психология веры. СПб.: Речь, 2004.

Грэхэм Д. Как стать родителем самому себе. Счастливый невро­тик. М.: Класс, 1993.

Кекелидзе З.И. Психические расстройства, возникающие при ЧС // Психиатрия чрезвычайных ситуаций. Руководство: в 2 т. / Под ред. Т.Е. Дмитриевой. Т. 1. М., 2004. С. 182-222.

Кораблина Е.П., Акиндинова И.А., Баканова А.А., Родина A.M. Искусство исцеления души. СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Гер­цена, 2001.

Крюкова М.А., Никитина Т.Н., Сергеева Ю.С. Экстренная пси­хологическая помощь: Практическое пособие. М.: НЦ ЭНАС, 2001.

Колодзин Б. Как жить после психологической травмы. М.: Шанс, 1992.

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.

Кучер А.А. Посттравматическое стрессовое расстройство: исто­рия возникновения представлений, суть явления, способы психодиагностики. Новосибирск, 1992.

Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. Киев: София, 2001.

Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследова­ния // Эмоциональный стресс. Л.: Медицина, 1970.

Лазебная E.O. Реадаптация личности при посттравматическом стрессе. Методическое пособие. Программа курса. М.: Ин-т психоанализа, 2003.

Леонова А.Б., Кузнецова А.С. Психопрофилактика стрессов. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1993.

Линдеманн Э. Клиника острого горя // Психология мотиваций и эмоций / Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, М.В. Фаликман. М.: ЧеРо, 2002. С. 591-598.

Марищук В., Евдокимов В. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса. СПб.: Сентябрь, 2001.

Методические рекомендации по оценке психологической готов­ности спасателей к действиям в экстремальных условиях. М.: ФЦ ВНИИ ГОЧС, 2003.

О посттравматическом стрессе: Памятка. М.: Академия управ­ления МВД России, 1994.

Посттравматическое стрессовое расстройство. Диагностика и реабилитация: Методическое руководство. Ч. 1. Состави­тели: Матафонова Т.Ю., Павлова М.В., Засыпкина К.В. МЧС России. 2006.

Психология травматического стресса сегодня: Тезисы докладов международной конференции. Киев, 1992.

Психология смерти и умирания. Хрестоматия / Сост. К.В. Сель-ченок. Минск: Харвест, 1998.

Психосоциальная помощь жертвам войны: беженкам и членам их семей / Под ред. Л.Т. Арсел, В. Фолнегович-Шмалц, Д. Козарич-Ковавич, А. Марушич. Киев, 1998.

Психология экстремальных ситуаций: Хрестоматия / Сост. АЕ. Тарас, К.В. Сельченок. Минск: Харвест, 2000.

Психология эмоций. Тексты / Под ред. В.К. Вилюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984.

Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Р. Посттравматичес­кое стрессовое расстройство. М., 2000.

Решетников М.М., Баранов Ю.А., Мухин А.П., ЧермянинС.В. Пси­хофизиологические аспекты состояния, поведения и деятель­ности пострадавших в очаге стихийного бедствия // Психол. журн. 1989. № 4. Т. 10. С. 125-128.

Ромек ВЛ., Конторович В.А., Крукович Е.И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. СПб.: Речь, 2004.

Руководство по психиатрии / Под ред. Г.В. Морозова. Т. 1. М.: Медицина, 1983.

Семенова ИД. Проблемы психосоциальной реабилитации бежен­цев // Психосоциальная терапия и психосоциальная реабили­тация в психиатрии. М.: Медпрактика-М, 2004. С. 312—358.

Семенова Н.Д. Групповая психосоциальная терапия больных с онкологическими заболеваниями // Сборник материалов 1-й Всероссийской конференции с международным участием «Социальные и психологические проблемы детской онколо­гии». Москва, июнь 1997 г. С. 94—99.

Тренинговый курс психологической подготовки специалистов поисково-спасательных формирований. М.: ВЦЭРМ-ЦЭПП МЧС России, 2002.

Тарабрина Н.В., Лазебная E.O. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние проблемы // Психол. журн. № 2. 1992. Т. 13. С. 14-29.

Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О., Зеленова M.E. и соавт. Психофи­зиологическая реактивность у ликвидаторов аварии на Чер­нобыльской АЭС // Психол. журн. № 2. 1996. Т. 17. С. 30-45.

Тарабрина R.B. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001.

Тихоненко В.А., Сафуанов Ф.С. Введение в суицидологию // Ме­дицинская и судебная психология. Курс лекций: Учебное по­собие / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Ф.С. Сафуанова. М.: Генезис, 2004. С. 266-283.

Трубицина Л.В. Процесс травмы. М.: Смысл, 2005.

Фрейд 3. Печаль и меланхолия // Психология мотиваций и эмо­ций / Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, М.В. Фаликман. М.: ЧеРо, 2002. С. 313-318.

Франкл В. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990.

Фромм Э. Искусство любить. М.: Педагогика, 1990.

Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больны­ми. Будапешт, 1981.

Черепанова E.M. Саморегуляция и самопомощь при работе в эк­стремальных условиях. М., 1995.

Черепанова E.M. Психологический стресс. М.: Академия, 1997.

Шнейдман Э. Душа самоубийцы. М.: Смысл, 2001.

Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. М.: Класс, 1999.

Alexander Н. Le vagabondage/ maladie sociale // Alienist et Neurol.

St. Louise, 1907. № 27. Allen J.G. Coping with trauma: a guide to self-understanding.

Washington: American Psychiatric Press, Inc., 1995.

Fisher P.J., Shapiro S., Breakey W.R. et al. Mental health and social characteristics of the homeless: a survey of mission users // Am. J. Public Health. 1986.

Fisher P.J., Shapiro S., Breakey W.R. et al. Mental health problems among homeless persons: a review of epidemiological research from 1980 to 1990 // Treating the homeless mentally ill, 1991.

Fisher P.J., Shapiro S., Breakey W.R. et al. Baltimore mission users: social networks, morbidity, and employment // Psychosoc. Rehab. J., 1986.

Semenova N.D. The somatic fasade of the post-traumatic stress disorder // Paper given at the 4th European Conference on Traumatic Stress of the Europen Society for Traumatic Stress Studies. Psychotraumatology 1945—1995, May 9th, Paris, France, 1995.

**Раздел IV.**

Хронический стресс

и профессиональное здоровье

специалиста

В предыдущем разделе рассматривались различные ас­пекты влияния на человека травматического стресса. Еще одной опасной для здоровья ситуацией является хроничес­кий стресс — стресс, длящийся продолжительное время, истощающий ресурсы, незаметно, но неотвратимо подры­вающий здоровье человека.

Ситуаций, в которых люди испытывают постоянное воздействие стресса, множество: конфликтная ситуация в семье, безработица, долги, проблемы на работе, бытовая неустроенность. Для данного пособия представляется важным подробно остановиться на ситуации профессио­нальной деятельности, характерной для специалистов эк­стремальных видов деятельности, в том числе спасателей и пожарных.

Постоянная стрессовая нагрузка в таких профессиях обусловлена действием двух факторов:

1. работой в условиях действия стрессогенных факторов,
2. необходимостью постоянно поддерживать высокий уровень готовности к немедленным действиям.

Таким образом, специалист всегда находится в чуть бо­лее напряженном состоянии, чем обычный человек.

Без соответствующей подготовки эта ситуация ведет к тому, что человек, работающий в такой профессии, теряет психологическое и физическое здоровье. В этом разделе рассмотрены вопросы, касающиеся сохранения здоровья у специалистов экстремального профиля.

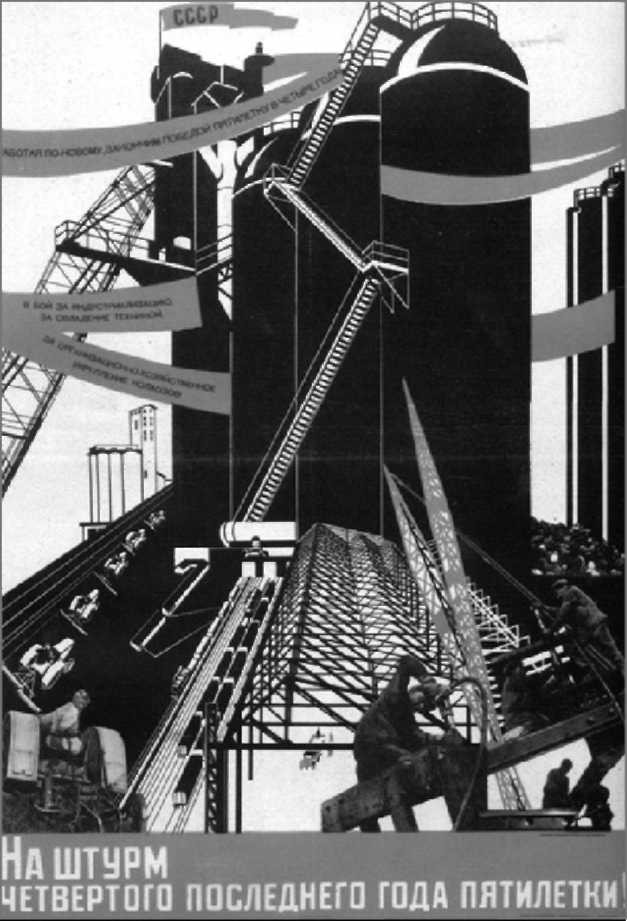
Глава 11

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ СПЕЦИАЛИСТОВ

Вопросы, рассматриваемые в главе:

Профессиональное здоровье Профессиональное становление Профессионально важные качества Профессиональные деформации и деструкции Синдром эмоционального выгорания

Роль профессии в жизни человека, влияние профессии на характер человека отражены во множестве поговорок, пословиц, фразеологических оборотов. Именно таким об­разом в обыденном сознании, в житейской психологии представлены наблюдения и опыт многих людей относи­тельно закономерностей становления человека в профес­сии, влияния профессии на человека, о «здоровом» профессионале. Необходимо отметить, что на разных ис­торических этапах менялось доминирующее в обществе представление о «здоровом» или «идеальном» професси­онале. Так, еще в XVIII веке европейский врач ввел пред­ставление о служении врача, как о горящей свече: «Светя другим, сгораю сам». Метафора, безусловно, красивая, и верная на первый взгляд. Схожее представление о «здо­ровом» профессионале можно встретить в советских лите­ратурных произведениях довоенного и послевоенного вре­мени. Характерной особенностью этого этапа является использование военных метафор по отношению к трудо­вой деятельности: штурм последнего года пятилетки, бит­ва за урожай, отряд передовиков производства и т.д. А войн, как известно, без людских потерь не бывает.



В культуре этого этапа закрепилось представление о про­фессионале как о человеке, целиком и полностью посвятив­шем себя своей работе. Достижения в работе, выполнение профессиональных задач оправдывали черствость и не­внимательность к близким, которым отводилась роль об­служивающего персонала, непримиримость к менее фанатичным коллегам, несущественными считались по­тери собственного здоровья, а подчас и смерть. Девизом та­кого профессионала может быть хорошо известная фраза: «Цель (в данном случае — профессиональные достижения) оправдывает любые средства». В качестве иллюстрации можно вспомнить замечательный художественный фильм «Девять дней одного года» о последнем годе жизни талант­ливого молодого ученого-ядерщика.

Получив сильную дозу облучения при проведении экс­перимента, герой фильма оказался перед выбором: при­нять определенные ограничения в условиях работы и сохранить жизнь либо, продолжая работу в прежних усло­виях и в том же режиме, завершить работу в установлен­ные сроки. В фильме разворачивается и лирическая линия отношений ученого с любимой женщиной. Конечно, сле­дуя героическому духу того времени, герой выбирает дос­тижение результата ценой здоровья. Интонация фильма предполагает безусловные симпатии к герою и его выбо­ру, а другие возможные варианты развития событий рас­сматриваются как конформистские, или, в терминологии того времени, мещанские. На афише этого фильма (рис. 5) очень точно отражено соотношение между людьми и про­фессиональными задачами, которые подавляют, погло­щают человека.

Хочется обратить внимание на то, что за рамками это­го сюжета остался еще один важный аспект. С развитием технологии, углублении специализации ценность хоро-



шего специалиста значительно повышается, на его под­готовку требуется значительно больше времени и средств. Героическое решение одной, даже очень важной задачи, с потерей в результате этого специалиста приводит к необ­ходимости дополнительных затрат времени и средств на подготовку другого специалиста. В этом случае утрачива­ется возможность передачи профессионального опыта и установлении преемственности между поколениями про­фессионалов.

На определенном этапе развития общества отношение к человеку как к производственной единице стало менять­ся, появилась задача сохранения профессионального здо­ровья. В психологии возникло понимание, что можно выделить некий универсальный конструкт, определяющий успешность профессионала в любой профессии. Рассмат­ривая человека в качестве субъекта профессиональной де­ятельности, Е.А. Климов сформулировал следующее оп­ределение: профессиональное здоровье — это способность организма сохранять компенсаторные и защитные свой­ства, обеспечивающие профессиональную надежность и работоспособность в трудовой деятельности (Климов, 1998).

Обратите внимание, что в рамках этого определения влияние профессиональной деятельности на человека ог­раничивается исключительно сферой труда. То есть, сле­дуя этому определению, профессионала, сохраняющего профессиональную надежность и работоспособность, но сбрасывающего накопившееся на работе нервное напря­жение через конфликты с близкими или с помощью алко­голя, можно считать профессионально здоровым. Изучение влияния профессиональной деятельности на человека позволило сформулировать другое определение про­фессионального здоровья. Профессиональное здоровье понимается как «процесс сохранения и развития регуля-торных свойств организма, его физического, психическо­го и эмоционального благополучия, обеспечивающих высокую надежность профессиональной деятельности, профессиональное долголетие и максимальную длитель­ность жизни» (Пономаренко, 1992).

Приведенное определение предполагает комплексное рассмотрение человека как субъекта собственной деятель­ности, не ограничиваясь только сферой трудовой деятель­ности. В рамках комплексного подхода предполагается, что качество жизни человека, включая состояние физичес­кого здоровья, уровень образования, удовлетворенность взаимоотношениями с другими людьми, длительность жизни, находятся в диалектическом взаимодействии с на­дежностью профессиональной деятельности, профессио­нальным долголетием.

Схематически взаимосвязь структурных элементов про­фессионального здоровья и профессионального долголе­тия можно представить следующим образом (рис. 6):





Профессиональное долголетие

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Надежность профессиональной деятельности | | | |
|  | |  | |
|  | Функциональные состояния | |  |
| А | |  | |
|  | Функциональные резервы | |  |
| А | |  | |
|  | Профессионально важные качества | |  |

Индивидуально-типологические особенности

Уровень профессиональной подготовки

Рис. 6. Взаимосвязь структурных элементов профессиональ­ного здоровья и профессионального долголетия

Надежность профессиональной деятельности, понима­емая как вероятность выполнения профессиональных за­дач с требуемым качеством и в заданных условиях, обус­ловлена функциональным состоянием специалиста. Функ­циональное состояние человека определяется с точки зрения эффективности выполняемой им деятельности по критериям надежности и внутренней цены деятельнос­ти; оно обусловлено функциональными резервами — комплексом личностных качеств, необходимых для осу­ществления профессиональной деятельности с заданной надежностью, так называемых профессионально важных качеств. В свою очередь уровень их сформированности за­висит в том числе и от состояния физического и психоло­гического здоровья, а также от особенностей прохождения профессиональной подготовки. Основой, определяющей во многом дальнейшее развитие профессионала и профес­сиональное здоровье, является уровень профессиональной подготовки и индивидуально-типологические особенно­сти (тип высшей нервной деятельности, наследственная предрасположенность к заболеваниям и т.д.).

Профессиональное развитие

Конечно, такие компоненты, как профессионально важные качества, уровень профессиональной подготовки, формируются у человека постепенно в процессе профес­сионального обучения и осуществления профессиональ­ной деятельности. Становление и развитие профессионала подчинено общей закономерности и носит название «про­фессиональное становление личности». Путь становления в профессии, который проходит каждый специалист, яв­ляется динамичным и многоуровневым процессом, кото­рый состоит из четырех основных этапов (Климов, 1998).

Первый этап правомерно обозначить как этап форми­рования профессиональных намерений. Развитие в период выбора профессии, проектирования профессионального «старта» и жизненного пути определяется как осознанная подготовка к «жизни», к труду, планирование, проектиро­вание профессионального жизненного пути.

Этот этап завершается формированием представления о некоторой профессиональной общности, в которую бу­дущий специалист хотел бы быть включенным и на кото­рую он будет ориентироваться в своем развитии. Таким образом, формируется образ профессионала, принимают­ся соответствующие сознательные, самостоятельные, кон­кретные и достаточно твердые решения, определяющие переход на следующий этап профессионального обучения.

Не всегда молодой человек делает выбор самостоятель­но: часто решение принимается родителями, либо опре­деляется случайными факторами (удобнее добираться транспортом, друзья там учатся и т.д.). Это означает, что осознанный выбор самому будущему специалисту придет­ся делать позже, когда уже будут затрачены значительные ресурсы (временные, эмоциональные, материальные). Безусловно, наиболее благоприятным вариантом являет­ся осознанный выбор профессии самим молодым челове­ком, еще в старших классах школы, когда осуществляется целенаправленная предпрофессиональная подготовка.

Этап профессионального обучения в разных случаях при­ходится на различный возрастной период. Как правило, это возраст 17—24 года, когда осуществляется базовая профес­сиональная подготовка в учебном заведении. В то же время в современном мире стремительно развиваются техноло­гии и меняются требования к квалификации специалиста. Поэтому на этапе первоначального освоения профессии профессиональное обучение не заканчивается.

В течение этапа профессионального обучения проис­ходят очень существенные изменения самосознания, на­правленности личности, информированности, умелости и других сторон индивидуальности; есть свои специфичес­кие кризисы развития и потребность в психологической поддержке становления профессионала.

В целом, в период профессионального обучения про­исходит освоение системы основных ценностных пред­ставлений, характеризующих данную профессиональную общность и культивируемых в ней, овладение специаль­ными знаниями, умениями, навыками, необходимыми для успешного профессионального старта, для будущей профессиональной деятельности и в повседневной жизни. Развиваются профессионально важные качества, струк­турируются системы этих качеств. Формируется профес­сиональная пригодность, выражающаяся в сочетании успешности учебно-профессиональной, трудовой дея­тельности с удовлетворенностью избранным полем дея­тельности. Окончание этапа профессионального обучения завершается переходом к следующему этапу, этапу профес­сиональной адаптации.

Этот этап характеризуется двумя стадиями.

Первая — стадия адаптации молодого специалиста в профессиональной среде, «привыкания» молодого специа­листа к работе. Профессионал непосредственно сталкива­ется с необходимостью вхождения во многие тонкости профессиональной деятельности, о которых молодой спе­циалист, возможно, знал только со слов своих преподава­телей. Не одно поколение молодых специалистов слышало от опытных коллег: «Забудь все, чему тебя учили в инсти­туте». На этом этапе происходит формирование копинг-стратегий, позволяющих профессионалу справиться с неизбежными сложностями и психотравмирующими об­стоятельствами профессиональной деятельности. Как пра­вило, стадия адаптации длится от года до трех лет. Этап вхождения в профессию является чрезвычайно опасным для профессионала с точки зрения формирования нару­шений профессионального здоровья.

На этом этапе для молодого специалиста важным яв­ляется наличие наставника. Это может быть руководитель или опытный коллега в коллективе. Именно наставник помогает молодому специалисту самоопределиться в про­фессии, найти специфическое ощущения готовности к работе и успешно выполненной работы, избежать форми­рования деструктивных установок в труде. Наверно, каж­дый зрелый специалист помнит первую позитивную оценку со стороны наставника. Для многих именно этот момент является ключевым в формировании профессио­нального самосознания, когда молодой специалист начи­нает воспринимать себя как профессионала.

Вторая стадия — «вхождение в профессию». На этой стадии профессионал стал уже опытным специалистом, который уверен в правильности выбранного им профес­сионального пути, любит свою работу. Он обладает дос­таточным опытом для того, чтобы самостоятельно и с достаточной эффективностью решать основные профес­сиональные задачи. Коллеги специалиста оценивают его как профессионала, имеющего собственные наработки и нашедшего свое место в профессии. На первый взгляд может показаться, что профессиональное становление за­вершено и дальше стремиться незачем и некуда. Однако практика показывает, что остановка профессионального развития на этой стадии оборачивается либо разочарова­нием в профессии, либо «закостенелостью», стереотип­ностью, а следовательно, и снижением надежности в профессиональной деятельности. Профессионал оста­навливается на этапе «ремесленника», со временем фор­мируются деструктивные установки, позволяющие оправдывать такое положение. Например, педагог через три года после начала работы в школе теряет всякий ин­терес к дальнейшему развитию, оправдывая это тем, что ученикам это не нужно, что они не стоят того, чтобы ради них совершенствоваться. Такой педагог использует жест­кие стереотипные и однообразные приемы в препода­вании, испытывая скуку и безразличие к предмету и уче­никам. Естественно, работу такого педагога нельзя счи­тать эффективной.

Дальнейшее профессиональное развитие переходит на этап частичной или полной реализации личности в профес­сиональном труде и представлено следующими стадиями:

Стадия мастера, мастерства, которая будет продол­жаться и далее, а характеристики остальных стадий как бы суммируются с ее характеристиками. Профессионал на этой стадии уже может решать любые профессиональные задачи. Он обрел свой определенный индивидуальный, неповторимый стиль профессиональной деятельности, его результаты стабильны. У него уже есть опыт уникального решения ряда задач. На том этапе профессионал, как пра­вило, имеет формальные показатели высокой квалифика­ции и значительный авторитет у коллег.

Достижение стадии мастерства характеризует период рас­цвета. Период расцвета отличает физическая форма и про­фессиональный пик. Различным профессиям свойственны различные возрастные периоды, соответствующие перио­ду профессионального расцвета и различная длительность этого периода. Так, балетные артисты достигают периода расцвета примерно в 25 лет. В научной деятельности пери­од расцвета может быть достигнут около 40 лет. Спасатели получают квалификацию международного класса пример­но в 35—40 лет со стажем работы от 10 лет и выше.

Итак, на этой стадии специалист смог достичь профес­сионального мастерства в высших его проявлениях. Прак­тика показывает, что высот профессионализма можно достичь, обладая различными, порой противоположны­ми личностными качествами, компенсируя недостаточ­но развитые качества личности более развитыми. Нередко оптимальный уровень развития личностных качеств и мотивационные особенности компенсируют недостаточно развитые психомоторные качества и недостатки профес­сиональных знаний. Так, человек общительный, обаятель­ный, умеющий налаживать эффективные контакты в коллективе может достичь большего, чем одиночка-уни­версал. Однако сами специалисты нередко переоценива­ют психомоторные качества и недооценивают личностные и мотивационные особенности.

Необходимо отметить, что достижение расцвета харак­теризует не только высокое профессиональное мастерство, но обязательно и личностная зрелость. Характеристики личности, достигшей расцвета, даваемые рядом зарубеж­ных авторов, показывают нам некую «нормальную», здо­ровую личность. В рамках российского менталитета понятие «расцвет» обретает несколько иные черты. Лич­ности, достигшей расцвета, свойственны прочно и орга­нично усвоенные общечеловеческие ценности. Такого человека отличает самообладание, стратегия построения жизни, предполагающая постоянное движение к осуще­ствлению все новых, более трудных, чем прежде, замыс­лов, результаты которых нужны не только самому человеку, но и всем людям. Подобный человек активно влияет на среду своего развития, события его жизни находятся под его контролем. Человек отличается предельной самоотда­чей, умением мобилизовать себя на преодоление трудно­стей, прогнозированием последствий своих поступков, стремлением к объективности и способностью к принятию решений — хорошо рассчитанных или интуитивных — вне зависимости от мнения окружающих. Можно смело утвер­ждать, что деятельность такого человека носит преобразу­ющий, а не приспособительный характер.

Многие специалисты на этапе мастерства перестают ви­деть дальнейшую перспективу профессионального разви­тия, часто можно услышать фразу: «Дальше ничего хорошего не будет». Правы ли они, останавливается ли на этом этапе профессиональное становление? Это дест­руктивная установка, способная привести к остановке и другим нарушениям профессионального развития. В даль­нейшем профессиональное становление продолжается стадией авторитета, которая, как и стадия мастерства, суммируется с последующей.

Профессионала на этой стадии смело можно назвать мастером своего дела. Это хорошо известный в профессио­нальном кругу специалист, возможно, его известность вы­ходит за рамки профессиональной деятельности. Он имеет высокие формальные показатели, возможно, является ру­ководителем, имеет награды, знаки отличия. Существует круг коллег, которые обращаются к нему за консультаци­ей, поддержкой или советом. Как правило, эта стадия на­ступает в возрасте, когда уже проявляется снижение работоспособности, связанное с возрастными изме­нениями, различными соматическими заболеваниями, однако, профессиональный опыт, выработанные эффек­тивные стратегии решения профессиональных задач, на­личие помощников позволяют успешно компенсировать эти неблагоприятные изменения.

Необходимо отметить, что и на этой стадии может на­ступить период расцвета. Но это период расцвета не испол­нителя, как было на предыдущей стадии, а расцвет орга­низатора, управленца, руководителя. И на последующей стадии тоже возможно достижение расцвета, но уже в качестве Учителя.

Стадия наставника, наставничества в широком смысле наступает, когда вокруг авторитетного мастера собирается круг единомышленников, осознанно разделяющих подход мастера к решению профессиональных задач. Это могут быть специалисты других специализаций, представляю­щие другие ведомства или другие, смежные специальнос­ти. Авторитетному мастеру начинают, порой неосознанно, подражать, возникают «легенды», анекдоты о мастере, свидетельствующие о том, что этот профессионал в созна­нии большинства коллег неотделим от представлений о профессиональной общности и порой определяет эти представления. Коллеги стремятся ознакомиться с опы­том мастера, перенять этот опыт, у него есть ученики. Мо­жет быть, мастер возглавляет научное направление и организацию. Обучение молодых специалистов, наставни­чество в широком смысле этого слова способствует ком­пенсации усиливающихся неблагоприятных изменений, связанных с возрастом. Это то, что позволяет профессио­налу, несмотря на приближающийся или наступивший пенсионный возраст, ощущать полноту профессиональной жизни и простраивать ее временную перспективу. Это пе­риод, когда профессионал, выходя за рамки своей профес­сии, приходит к философским обобщениям, что позволяет ему расширять контекст профессиональной деятельности, находить инновационные решения для труднейших про­фессиональных задач.

На этом этапе наиболее ярко проявляется такое явле­ние, как профессиональная интуиция, когда специалист по известному ему одному признаку или «особому чувству» определяет качественные характеристики рабочей ситуа­ции и мгновенно принимает единственное верное реше­ние. Это относится и к чувству опасности у водолазов, работающих при минимальной видимости, и к легендар­ному народному персонажу Петровичу, который по звуку двигателя определяет неполадки в машине.

На всех этапах и стадиях профессионального становле­ния мы можем выделить сквозные линии, по которым про­исходит становление специалиста (Маркова, 1996). В первую очередь это линия овладения технологией или опе­рациональной основой профессиональной деятельности. Этой линии становления традиционно уделяют большое внимание как сами профессионалы, так и преподаватели. Это важно и нужно, благодаря этому специалист поддер­живает статус при развитии технологий. Однако даже ве­ликолепно технически подготовленный профессионал без сформированных мотивов к профессиональной деятель­ности не сможет быть профессионально надежным и эффективным. Поэтому одна из важнейших линий про­фессионального становления напрямую связана с ответом на вопрос: «Для чего, для кого я работаю?» На разных эта­пах профессионального становления ответ на этот вопрос у специалиста будет разным. Можно сказать, что успеш­ное проживание профессионального кризиса знаменует­ся нахождением нового смысла в деятельности, новым, более зрелым ответом на этот вопрос.

Так, для молодых спасателей характерно стремление к высоким профессиональным результатам, стремление занять достойное место в профессиональном сообществе. У более опытных спасателей акцент смещается в сторону «сберегающего» отношения к коллегам, пострадавшим, к самому себе.

Профессиональное развитие — это не только совершен­ствование, но и разрушение, деструкции, деформации. Это означает, что профессиональное развитие — это и приобре­тения, и потери. Развитие специалиста проходит через ряд кризисов развития, возникающих при переходе с одного этапа на другой. Успешное разрешение кризисов сопровож­дается нахождением новых смыслов профессиональной деятельности. Даже при осознании необходимости кризи­сов в развитии такие периоды сопровождаются пережива­нием напряженности, тревожности, неудовлетворенности и другими негативными состояниями. Безусловно, эти пе­риоды описываются профессионалами как тяжелые, труд­ные; может снижаться эффективность профессиональной деятельности, повышаться конфликтность (Бойко, 1996).

Например, при кризисе перехода к мастерству, специа­лист начинает замечать неточности в работе более стар­ших коллег, которые раньше казались безупречными профессионалами, их смешные или неприятные черты, вызывающие раздражение. Раздражение и недовольство ситуацией постепенно нарастает, возникают конфликты, у специалиста возникают сомнения в правильности выб­ранного им пути. Нервозность сказывается и на работе, и в семье, появляется неудовлетворенность собой, профес­сией, качеством жизни. Нарастает субъективная трудность ситуации, которая становится стрессовой; иногда она мо­жет казаться безысходной.

С ростом субъективной трудности ситуации эффектив­ность профессиональной деятельности в большей степени зависит от психологической устойчивости, а не от профес­сионального мастерства. Поэтому такая характеристика личности, как психологическая устойчивость, которая опи­сана в главах 2 и 4, наряду с профессиональным мастер­ством определяет эффективность деятельности специали­ста в трудных ситуациях.

Психологическая устойчивость — это характеристика личности, обеспечивающая сохранение оптимального функционирования психики. Она не является врожден­ным свойством личности, а формируется одновременно с ее развитием и зависит от многих факторов, в первую оче­редь таких, как тип нервной деятельности, опыт специа­листа, уровень профессиональной подготовки, уровень развития основных познавательных структур личности. Среди компонентов психологической устойчивости выделяют следующие: эмоциональный, волевой, познава­тельный (интеллектуальный), мотивационный и психомо­торный компоненты. Психологическая устойчивость — не просто сумма компонентов, а интегральное образование. Необходимо подчеркнуть, что показателем устойчивости является не стабильность (невозможно быть устойчивым ко всему), а вариативность. Вариативность рассматрива­ется как гибкость, быстрота приспособляемости к посто­янно меняющимся условиям жизнедеятельности, высокая мобильность психики при переходе от задачи к задаче.

У специалистов нет единого мнения относительно ве­дущего компонента психологической устойчивости. Одни исследователи считают ведущим познавательный компонент, другие — эмоциональный и волевой компонен­ты (эмоционально-волевую устойчивость). В некоторых исследованиях в качестве ведущего рассматривается моти­вационный компонент. Представляется, что применитель­но к кризисам профессионального становления правомерно считать ведущим компонентом психологической устойчи­вости именно мотивационный. Ведь основной вопрос, ко­торый задает специалист в период кризиса: «Для чего работаю? В чем смысл моей работы? Что моя работа дает людям, что меняет в окружающем мире?» Не находя отве­та на эти вопросы, специалист либо идет по пути, на кото­ром нарушения профессионального, а затем психического здоровья неизбежны, либо уходит из профессии.

Условия профессиональной деятельности спасателей и пожарных предъявляют повышенные требования к эмо­циональной сфере и личностным характеристикам специ­алистов. В работах отечественных психологов были выявлены психофизиологические и характерологические особенности личности, сочетание и выраженность кото­рых образуют так называемый «профессиональный харак­тер», способствующий эффективности профессионала в экстремальных условиях. Именно наличие определенных профессионально важных качеств определяет надежность и эффективность профессиональной деятельности про­фессионала в нестандартных ситуациях.

Профессиональная пригодность человека является необхо­димым условием для нормального профессионального раз­вития и понимается как совокупность психологических и психофизиологических особенностей человека, необходи­мая для достижения при наличии специальных знаний умений и навыков, общественно приемлемой эффектив­ности труда. В процессе обучения и овладения профессией формируются профессионально важные качества и системы профессионально важных качеств.

В качестве профессионально важных качеств могут вы­ступать индивидуально-психологические свойства лично­сти (особенности восприятия и переработки информации, особенности внимания и памяти, мышления, психомотор­ные, эмоциональные, волевые особенности), отношения личности (к себе, другим людям, труду, своей профессии, профессиональным задачам, материальным и нравствен­ным ценностям и др.).

Система требований профессии к психологическим, пси­хофизиологическим качествам человека и мере их выра­женности в научных психологических понятиях называется психограммой. Психограмма составляется в результате ана­лиза психологической структуры деятельности и является частью профессиограммы, которая включает в себя основ­ные требования, предъявляемые профессией к психоло­гическим и физиологическим качествам человека.

Несмотря на некоторые различия в психограммах спа­сателей и пожарных, можно выделить ряд элементов, их объединяющих. К ним можно отнести следующие свой­ства и качества личности:

1. Свойства восприятия: устойчивость функций анали­заторов и качества восприятия (зрительного, слухового,



тактильного, восприятия формы, размеров, удаленности, скорости и т.п.) (Крюкова, 2000).

1. Особенности высших психических функций: хорошо развитое пространственное мышление; значительный объем внимания, способность быстрого переключения и распределения внимания в условиях отвлекающих воздей­ствий и дефицита времени; способность быстро ориенти­роваться в новой и незнакомой обстановке, оценивать степень важности поступающей информации.
2. Психомоторные свойства и физические качества: физическая выносливость, устойчивость к физической ус­талости; хорошая координация движений, устойчивость к тремору; способность использовать мускульную силу как взрывного, так и статического характера.
3. Личностные особенности: высокий уровень субъек­тивного контроля; эмоциональная стабильность; толе-



рантность к стрессу и фрустрации; средний уровень лич­ностной и ситуативной тревожности; стеничность реакций на сложности и опасность; умеренная склонность к риску; уверенность в себе; формирование основных задач и индивидуальных планов профессионального развития.

5. Социально-психологические качества: умение рабо­тать в команде.

Противопоказаниями к профессиональной деятельно­сти являются следующие особенности: нервно-психичес­кая и эмоциональная неустойчивость; выраженные акцентуации, психические отклонения; высокая склон­ность к риску; обостренная реакция на неудачи; алкоголь­ная, лекарственная или наркотическая зависимость; медицинские противопоказания; плохая физическая под­готовка.

Психологические характеристики обобщенного «пор­трета» спасателя и пожарного по многим показателям весь­ма близки к средним в населении. Однако наличие ряда профессионально важных качеств у этих специалистов выделяют их. Так, они отличаются повышенной активно­стью, достаточно высокой самооценкой. Принимая ре­шения, они стараются тщательно проанализировать возможные варианты развития событий. Им присущи упорство, настойчивость, целеустремленность, внутрен­нее ощущение полезности своей деятельности (Бодров, Бессонова, 2005).

Как правило, спасатели и пожарные придерживаются традиционно мужского стиля поведения с чертами агрес­сивности. Агрессивность, реакции протеста тщательно контролируются, недовольство проявляется только при наличии формального повода. Они считают себя способ­ными управлять обстоятельствами своей жизни (внешний локус контроля). В мышлении спасателей, их интересах, оценках (особенно у профессионалов с большим стажем и опытом аварийно-спасательных работ) отражается нестан­дартность подходов к решению стоящих перед ними задач. Специалистов, особенно зрелых, отличает повышенная чувствительность к опасности, осторожность, умение све­сти возможные риски при выполнении профессиональных задач к минимуму при быстром и четком выполнении по­ставленной задачи.

Высокоуспешным спасателям свойственен положитель­ный фон настроения, эмоциональная стабильность, высо­кая активность и общительность. Они ориентированы на оценку окружающих, стремятся произвести благоприятное впечатление. Их отличает гибкость, способность менять точку зрения под влиянием обстоятельств. Успешные про­фессионалы отличаются высокой обучаемостью, умением ориентироваться в новых условиях и принимать правильные решения в условиях дефицита времени. Они обладают су­щественно более развитыми способностями к абстрактно-логическому мышлению, анализу и обобщению.

Мотивационная сфера успешных спасателей также име­ет свои особенности. У наиболее успешных спасателей выше уровень мотивации стремления к успеху, мотив стремления к взаимодействию, установки на результат тру­да. Менее успешным специалистам свойственен высокий уровень мотивации избегания неудач, мотива стремления к общению, достижения карьерного роста и социального статуса.

Возможность кризисов, сбоев в развитии профессиональ­ной деятельности, занимающей важное или ведущее место в жизни человека, является психологической закономерно­стью. В зависимости от обстоятельств эти периоды могут проходить по-разному — сглаженно или резко, краткосроч­но или долговременно, они могут вести к профессиональ­ному развитию или профессиональной деструкции.

Успешное разрешение профессиональных трудностей приводит к дальнейшему совершенствованию деятельно­сти и профессиональному развитию личности.

Неблагоприятное протекание профессионального раз­вития проявляется внешне в снижении эффективности и надежности профессиональной деятельности, в негатив­ных изменениях личностных качеств человека, в утрате смысла профессиональной деятельности. Нарушения мо­гут затрагивать не только сферу профессиональной дея­тельности — личность профессионала, профессиональное общение, но и вторгаться в сферу личной жизни и здоро­вья. При неблагоприятном развитии профессиональных деструкции специалист может уйти из профессии, пере­став видеть смысл в профессиональной деятельности или вследствие заболеваний, делающих невозможным даль­нейшее осуществление профессиональной деятельности.

Профессиональные деструкции в самом общем случае — это нарушение уже усвоенных способов деятельности, раз­рушение сформированных профессиональных качеств, появление стереотипов профессионального поведения и психологических барьеров при освоении новых професси­ональных технологий, новой профессии или специальнос­ти. Профессиональные деструкции негативно сказываются на продуктивности труда и взаимодействии с другими участ­никами этого процесса (Маркова, 1996).

Профессиональные деструкции возникают и при воз­растных изменениях, физическом и нервном истощении, болезнях. Переживание профессиональных деструкции сопровождается психической напряженностью, психоло­гическим дискомфортом, а в отдельных случаях конфлик­тами и кризисными явлениями.

Профессиональные деструкции необходимо отличать от профессиональных деформаций, которые являются необ­ходимым условием профессионализации личности. Стро­го говоря, профессиональные деформации возникают уже на этапе профессионального обучения, когда целенаправ­ленно формируются профессионально важные качества и системы этих качеств, позволяющих в дальнейшем стать эффективным профессионалом.

Выделяют несколько уровней профессиональных де­формаций. В качестве примера общепрофессиональных деформаций можно привести специфические особеннос­ти личности и поведения профессиональных военных, ко­торые без труда узнаются в группе людей. То же происходит и с профессиональной группой педагогов, врачей и с пред­ставителями многих других профессий. То есть професси­ональная деформация — это особенности личности и поведения, которые прослеживаются у большей части спе­циалистов с большим опытом работы.

Специальные профессиональные деформации возни­кают в процессе специализации по профессии. Так, опыт­ному человеку нетрудно определить род войск, в котором служит военный, или специализацию спасателя, посколь­ку каждую специальность отличает специфический состав деформаций.

Нельзя однозначно определить знак влияния деформа­ций наличность. С одной стороны, деформации личности являются необходимым условием усвоения системы цен­ностей и освоения операционально-технической стороны профессиональной деятельности, вхождения и развития в профессии. К профессиональным деформациям можно отнести и изменения структуры личности при переходе от одной стадии профессионального становления к другой. С другой стороны, чрезмерное, гипертрофированное де­формирование может привести к нарушению профессио­нального здоровья. И в этом случае можно говорить о профессиональных деструкциях, которые возникают в процессе многолетнего выполнения одной и той же про­фессиональной деятельности. В этом случае чрезмерное, искаженное профессиональное развитие отдельных про­фессионально важных качеств в ущерб другим порождает профессионально нежелательные качества.

Так, у части спасателей старшего возраста с большим стажем работы иногда проявляется снижение самокритич­ности, требовательности к себе, появляется ощущение «правомерности» таких послаблений в отношении к служ­бе и дисциплине, которые недопустимы для менее опыт­ных коллег.

Исследователями отмечено, что в наибольшей степе­ни профессиональные деструкции развиваются у пред­ставителей профессий, в которых ряд специфических особенностей профессиональной деятельности является неустранимым (Водопьянова, Старченкова, 2005). К таким особенностям, свойственным профессиям спасателя или пожарного, можно отнести следующие:

1. постоянное ощущение новизны, неповторимости ситуации при осуществлении профессиональной де­ятельности;
2. необходимость постоянного саморазвития, поддер­жания физической формы, которая, с одной сторо­ны, является обязательным условием сохранения профессионализма, с другой стороны, в моменты усталости, астении вызывает ощущения насилия над собой, чувства раздражения и гнева;
3. межличностные контакты эмоционально насыщены в силу специфики профессиональной деятельности;
4. постоянное включение в профессиональную дея­тельность волевых процессов;

— высокая ответственность за жизнь и здоровье людей. Одной из наиболее распространенных форм нарушений

профессионального здоровья является «профессиональное выгорание» — выработанный личностью защитный меха­низм в ответ на психотравмирующие воздействия в сфере профессиональной деятельности.

Первоначально эмоциональное выгорание считалось деструкцией, свойственной профессиям, связанным с ин­тенсивным общением с людьми: врачам, педагогам, соци­альным работникам и т.д. Исследования последних лет позволили сделать вывод о том, что сфера распростране­ния выгорания существенно шире. В некоторых зарубеж­ных исследованиях отмечается наличие выгорания в профессиях инженерного труда, среди работников теле­сервиса и некоторых других (Орел, 1999).

Например, явление «излетанности» у летчиков опреде­ляется как потеря направленности пилота на выполнение своей профессиональной деятельности. Летчик теряет интерес к своему делу, у него появляется боязнь полетов, неуверенность в своих силах, потеря ответственности за исход полета. В конечном итоге у пилотов возникает же­лание поменять профессию, списаться на нелетную ра­боту (Пономаренко, 1992). Симптомы выгорания в этом случае проявляются в отсутствии у пилота удовлетворения профессиональной деятельностью, в снижении мотивации в профессиональной сфере, в эмоциональном, психичес­ком и физическом истощении.

Каковы же симптомы выгорания, как их определить? Чтобы ответить на эти вопросы, необходимо подчерк­нуть очевидную связь эмоционального выгорания со стрессом.

Первая стадия, фаза напряжения, начинается приглуше­нием эмоций, сглаживанием остроты чувств и свежести переживаний. Любимая еда становится невкусной и пре­сной, нет удовольствия от любимых занятий, книг. Чело­век замечает, что самые простые занятия, которые раньше давали заряд радости, воспринимаются как нечто обреме­нительное. Затем человек перестает получать положитель­ные ощущения от общения с людьми, с животными, с природой (Бойко, 1996).

Вторая стадия «выгорания» характеризуется возник­новением недоразумений с теми, для кого работает профес­сионал. Вначале они скрытые — профессионал начинает с пренебрежением и издевкой рассказывать о тех людях, которым он оказывал помощь. В дальнейшем возросшая неприязнь к пострадавшему проявляется при общении с ним. Вначале это бывает с трудом сдерживаемая анти­патия, но наступает момент, когда сдержаться уже не уда­ется и раздражение выплескивается непосредственно на голову человека, который ждет поддержки и надеется на помощь. Эти же симптомы могут проявится и в отно­шениях с членами семьи.

Третья стадия «выгорания» считается наиболее серьез­ной, так как в этом случае искажаются представления о ценностях труда, об общечеловеческих ценностях. В отно­шениях с коллегами, близкими чувствуется холод и без­различие. Эмоциональное отношение человека к миру упрощается, и он становится опасно равнодушным ко все­му, даже к собственной жизни. Так, работая в связке, про­фессионал остается невнимательным к собственной безопасности и к безопасности коллег, которых надо стра­ховать, что может привести к трагическим последствиям.

Каждому работающему человеку необходимо время от времени задаваться вопросом: «Какое влияние оказывает на меня моя работа, может быть, у меня появляются из­держки профессиональной деятельности?» Очень важно внимательно относиться к появлению недомогания, пло­хого настроения. Ведь первые признаки негативных про­фессиональных изменений появляются незаметно. Только сам профессионал может своевременно распознать первые признаки деструкции и принять необходимые меры.

Синдром выгорания складывается под воздействием ряда факторов, имеющих субъективный, социально-пси­хологический и объективный характер.

К объективным факторам риска развития выгорания можно отнести следующие:

• Условия труда спасателей и пожарных, характеризу­ющиеся такими специфическими особенностями, как кри­тические температуры окружающей среды, вибрация, шумовой и световой фон, внезапные световые и звуковые сигналы, работа в средствах индивидуальной защиты, по­вышенная физическая нагрузка, неблагоприятное воздей­ствие режимов труда и отдыха.

1. Ответственность за жизнь и здоровье людей: нрав­ственная и юридическая ответственность за благополучие пострадавших и коллег. Особенно высока ответственность за здоровье и жизнь человека.
2. Эмоционально насыщенные межличностные контак­ты, возникающие в процессе профессиональной деятельно­сти. Пострадавшие в результате ЧС, как правило, находятся в состоянии, характеризующемся снижением критично­сти к своему поведению и к изменениям окружающей среды, снижением способности к целенаправленной дея­тельности, снижением способности вступать в контакт с окружающими. Часто спасатели и пожарные — это те спе­циалисты, которые первыми приходят на помощь постра­давшему и принимают на себя всю тяжесть общения с ним;
3. Хроническая напряженная психоэмоциональная дея­тельность: необходимость поддерживать состояние готов­ности во время дежурства, эмоциональная насыщенность переживаний от контактов с телами погибших, информа­ционная неопределенность, дефицит времени на анализ ситуации и принятие решения.

К социально-психологическим факторам риска разви­тия выгорания можно отнести следующие:

1. Социально-экономическая ситуация в регионе. Воз­можность обеспечивать семью, достойное материальное вознаграждение за труд, обеспеченные социальные га­рантии дают возможность профессионалу чувствовать уверенность и восстанавливать ресурсы. Ситуация, когда специалист использует время отдыха на дополнительный заработок, лишает его возможности полноценно восста­навливать силы и повышает риск развития выгорания.
2. Имидж профессии и социальная значимость профес­сии, которые определяются, в том числе, отношением ру­ководства города, региона, страны к профессиональной группе и образом типичного представителя этой профес­сии у населения.

Позитивный образ профессионала вызывает доверие у населения, что во многих ситуациях облегчает ведение работ в ЧС. Адекватное понимание представителями ад­министрации любого уровня целей, задач и возможнос­тей профессиональной группы позволяют выстраивать конструктивные отношения, способствующие наиболее эффективному решению поставленных задач. При фор­мировании имиджа профессии высока роль каждого от­дельного специалиста: люди формируют представления на основе собственного опыта. Поэтому неприглядный поступок одного профессионала бросает тень на всех представителей этой профессии. Важна также роль средств массовой информации в формировании имиджа профессии. Нетрудно представить себе состояние про­фессионалов, сделавших все возможное и невозможное для спасения людей, прочитавших статью в газете, ста­вящую под сомнение их профессионализм.

1. Дестабилизирующая организация деятельности. Ос­новные ее признаки хорошо известны: нечеткая организа­ция и планирование труда, нехватка оборудования. Плохо структурированная, расплывчатая и противоречивая ин­формация в режиме повседневной деятельности, наличие в ней «бюрократического шума» также является органи­зационным фактором, дестабилизирующим деятельность.
2. Неблагополучная психологическая атмосфера про­фессиональной деятельности. Таковая определяется двумя основными обстоятельствами: конфликтностью по верти­кали, в системе «руководитель—подчиненный», и по го­ризонтали, в системе «коллега—коллега».

Среди факторов рабочей среды наиболее важными яв­ляются степень самостоятельности и независимости со­трудника в выполнении своей работы, наличие социальной поддержки от коллег и руководства, а также возможность участвовать в принятии решений, важных для организации.

Безусловно, помимо внешних факторов, способствую­щих развитию синдрома выгорания, существуют и внут­ренние. Именно это группа факторов помогает понять, почему в одной организации один специалист успешно развивается в профессии, а другой не выдерживает и со временем у него формируется профессиональное выгора­ние. К субъективным факторам, обусловливающим эмо­циональное выгорание, относят следующее:

1. Склонность к эмоциональной сдержанности. Есте­ственно, эмоциональное выгорание как средство психоло­гической защиты возникает быстрее у тех, кто более эмоционально сдержан. У такого человека эмоциональное напряжение постепенно накапливается, не находя выхо­да. Напротив, формирование симптомов «выгорания» бу­дет проходить медленнее у людей, умеющих отреагировать эмоции безопасным способом.
2. Интенсивное восприятие и переживание обстоя­тельств профессиональной деятельности. Данное психоло­гическое явление возникает у людей с повышенной ответственностью за порученное дело, исполняемую роль. Особенно опасным этот фактор является на этапе вхожде­ния в профессию, на этапе адаптации. Довольно часто встречаются случаи, когда по молодости, неопытности и, может быть, наивности, специалист, работающий с людь­ми, воспринимает все слишком эмоционально, отдается делу без остатка. Размышления над случаями, с которыми пришлось столкнуться, уточнение необходимой информа­ции может занять все свободное время специалиста. При этом оставляются «на потом» важные личные дела, отда­ляются близкие и друзья, забывается хобби. Каждый стрессогенный случай из практики оставляет глубокий след в душе. Судьба, здоровье, благополучие пострадав­шего вызывают интенсивное соучастие и сопереживание, мучительные раздумья и бессонницу. Постепенно эмоци­ональные ресурсы истощаются, и возникает необходи­мость восстанавливать их или беречь, прибегая к тем или иным приемам психологической защиты. Так, некоторые специалисты через какое-то время меняют профиль рабо­ты и даже профессию.

Или наблюдается отождествление себя с профессио­нальной ролью. Такие спасатели ощущают себя спасате­лями везде и всегда: не только на работе, но и в общении с семьей, друзьями, выбирая себе в качестве хобби занятия, теснейшим образом связанные с помощью.

1. Иррациональные убеждения. Например, убежден­ность в том, что все окружающие должны ценить и уважать труд спасателя и пожарного. Или что главная задача госу­дарственных служащих — заниматься решением служеб­ных и бытовых проблем специалистов экстремального профиля.
2. Слабая мотивация эмоциональной отдачи в профес­сиональной деятельности. Часто специалист считает, что проявлять соучастие и сопереживание коллегам и постра­давшим не является необходимым. И тогда профессионал не чувствует разницы между спасением человека и спасе­нием имущества. В конце концов, подобная установка при­водит не только к развитию синдрома выгорания, но к личностным изменениям: человек становится равнодуш­ным, черствым, а иногда безжалостным.

Подчас, считая необходимым эмоционально откли­каться, сопереживать, специалист не умеет получать «воз­награждение», поощрять себя за проявленную чуткость, получать удовлетворение от этой части своей работы. Си­стему самооценок он поддерживает иными средствами — материальными или формальными показателями дости­жений. И со временем эмоциональная отдача перестает казаться необходимой в профессиональной деятельности.

1. Нравственные дефекты и дезориентация личности. Нравственные дефекты обусловлены неспособностью включать во взаимодействие с коллегами и пострадавши­ми такие моральные категории, как совесть, добродетель, порядочность, честность, уважение прав и достоинства другой личности. Нравственная дезориентация вызывается неумением отличать добро от зла, благо от вреда, наноси­мого личности.
2. Трудоголизм. Одним из факторов риска развития синдрома выгорания является трудоголизм. Однако при­чины, порождающие это явление, могут быть разными. В группу риска развития выгорания попадают трудоголи­ки, ориентированные на процесс, а не на результат, зацик­ленные на работе. Такие трудоголики не умеют поощрять себя за успешно решенные профессиональные задачи. У них отмечается низкое качество жизни, выражены забо­левания и расстройства, связанные с работой. Часто тру­доголизм — форма защиты от неблагополучия в другой сфере жизни, например, в семейной жизни.
3. Количество изменений в жизни за текущий период. Много перемен в жизни, даже позитивных, происходящих одновременно, сужают «зону стабильности». Например, рождение ребенка, получение новой квартиры, повыше­ние в должности за короткий период времени значитель­но повышают риск развития синдрома выгорания.

Синдром выгорания подробно описан в концепции эмоционального выгорания В.В. Бойко (1996). С точки зрения автора, эмоциональное выгорание — динамичес­кий процесс, возникающий поэтапно, в полном соответ­ствии с механизмом развития стресса и состоящий из трех фаз: фазы напряжения, резистенции и истощения.

Каждой фазе соответствуют отдельные признаки или симптомы развивающегося синдрома эмоционального выгорания. Нервное напряжение служит предвестником и «запускающим» механизмом в формировании эмоцио­нального выгорания. Нарастание напряжения обусловли­вается изматывающим постоянством или усилением психотравмирующих факторов.

Фаза напряжения включает следующие симптомы:

1. Симптом «переживания психотравмирующих обсто­ятельств». Проявляется усиливающимся осознанием психотравмирующих факторов профессиональной дея­тельности, которые трудно или вовсе неустранимы. Если человек активно реагирует на обстоятельства професси­ональной деятельности, то раздражение ими постепенно растет, накапливается отчаяние и негодование. Неразре­шимость ситуации приводит к развитию прочих явлений «выгорания».

Важно подчеркнуть, что все профессионалы сталкива­ются со схожими психотравмирующими обстоятельства­ми. Однако часть специалистов умеют переработать ситуацию, найти то позитивное, что заключено в этих об­стоятельствах, определить возможности, которые заклю­чены в них. В этом случае специалист находит ресурс, дающий силы развиваться в профессии дальше. Необхо­димо отметить, что ресурс, подходящий для одного чело­века, может не являться ресурсом для другого. Поэтому работа по нахождению ресурса — внутренняя, индивидуальная. Один из приемов нахождения ресурса — это рас­ширение контекста ситуации (рис. 7).

1. Симптом «неудовлетворенности собой». В результате неудач или неспособности повлиять на психотравмирующие обстоятельства, человек обычно испытывает недо­вольство собой, избранной профессией, занимаемой должностью, конкретными обязанностями. Возникает замкнутый контур «Я и обстоятельства». Впечатления от внешних факторов деятельности постоянно травмируют личность и побуждают ее вновь и вновь переживать психотравмирующие элементы профессиональной деятельно­сти. В развитии этого симптома особое значение имеют субъективные факторы, способствующие появлению про­фессиональных деструкции.
2. Симптом «загнанности в клетку». Возникает не во всех случаях, хотя выступает логическим продолжением разви­вающегося стресса. В таких случаях часто можно услы­шать: «Неужели это не имеет пределов», «Нет сил с этим бороться», «Я чувствую безысходность ситуации».
3. Симптом «тревоги и депрессии». Обнаруживается в связи с профессиональной деятельностью в особо ослож­ненных обстоятельствах, побуждающих к эмоционально­му выгоранию как средству психологической защиты. Чувство неудовлетворенности работой и собой порожда­ют мощные переживания ситуативной или личностной тревоги, разочарования в себе, профессии, в конкретной должности или месте работы.

Вычленение фазы резистенции в самостоятельную весь­ма условно. Фактически сопротивление нарастающему стрессу начинается с момента появления тревожного на­пряжения. Формирование фазы резистенции происходит на фоне следующих явлений:

1. Симптом «неадекватного избирательного реагирования». Этот симптом — несомненный признак «выгорания», когда профессионал перестает улавливать разницу между двумя принципиально отличающимися явлениями: экономичное проявление эмоций и неадекватное эмоциональное избирательное реагирование. В первом случае речь идет о выработанном со временем полезном навыке взаимодействия с партнерами, с использованием ограниченного спектра эмоций невысокой интенсивности — сдержанных реакций на сильные раздражители, лаконичных форм выражения несогласия, отсутствия категоричности, грубости.

Совсем иное дело, когда профессионал неадекватно «экономит» на эмоциях, ограничивает эмоциональную отдачу за счет выборочного реагирования в ходе рабочих контактов. Действует принцип «хочу или не хочу»: сочту нужным — уделю внимание данному партнеру, будет на­строение — откликнусь на его состояния и потребности.

1. Симптом «эмоционально-нравственной дезориента­ции». Не проявляя должного эмоционального отношения к субъекту, профессионал защищает свою стратегию. При этом звучат суждения: «Это не тот случай, чтобы пережи­вать», «Такие люди не заслуживают доброго отношения», «Таким нельзя сочувствовать», «Почему я должен за всех волноваться?». Подобные мысли и оценки, бесспорно, свидетельствуют о развивающейся профессиональной де­формации.
2. Симптом «расширения сферы экономии эмоций». Такое проявление эмоционального выгорания имеет место тогда, когда данная форма защиты осуществляется вне профес­сиональной области — в общении с родными, приятелями и знакомыми. Часто именно семья и близкие люди стано­вятся первой «жертвой» эмоционального выгорания.

4. Симптом «редукции профессиональных обязанностей».

Термин редукция означает упрощение. В профессиональ­ной деятельности, предполагающей широкое общение с людьми, редукция проявляется в попытках облегчить или сократить обязанности, которые требуют эмоциональных затрат. Появление этого симптома сопровождается более частыми опозданиями на работу, более частыми заболева­ниями, длительными перерывами и т.д.

Фаза истощения характеризуется более или менее вы­раженным падением общего энергетического тонуса и ос­лаблением нервной системы. Эмоциональная защита в форме «выгорания» становится неотъемлемым атрибу­том личности.

1. Симптом «эмоционального дефицита». К професси­оналу приходит ощущение, что эмоционально он уже не может помогать субъектам своей деятельности. Не в состо­янии войти в их положение, соучаствовать и сопереживать, отзываться на ситуации, которые должны трогать, побуж­дать усиливать интеллектуальную, волевую и нравствен­ную отдачу.
2. Симптом «эмоциональной отстраненности». Лич­ность почти полностью исключает эмоции из сферы про­фессиональной деятельности. Реагирование без чувств и эмоций — наиболее яркий симптом «выгорания». Он сви­детельствует о профессиональной деформации личности и наносит ущерб партнерам. Особенно опасна демонстра­тивная форма эмоциональной отстраненности, когда про­фессионал всем своим видом демонстрирует безразличие и неприязнь к людям.
3. Симптом «личностной отстраненности, или деперсона­лизации». Проявляется в широком диапазоне умонастрое­ний и поступков профессионала в процессе общения.

Человек, которому помогает специалист, воспринимается как неодушевленный предмет, как объект для манипуля­ций — с ним приходится что-то делать. Наиболее выражен­ная форма этого симптома: «ненавижу...», «презираю...», «взять бы автомат и всех...». В таких случаях «выгорание» смыкается с психопатологическими проявлениями лич­ности, с неврозоподобными или психопатическими со­стояниями. Выраженная симптоматика является противо­показанием к профессиональной деятельности в помога­ющих профессиях.

4. Симптом «психосоматических и психовегетативных нарушений». Симптом проявляется на уровне физическо­го и психического самочувствия. Многое из того, что касается субъектов профессиональной деятельности, про­воцирует отклонения в соматических или психических со­стояниях. Порой даже мысль о работе вызывает плохое настроение, дурные ассоциации, бессонницу, чувство стра­ха, неприятные ощущения в области сердца, сосудистые реакции, обострения хронических заболеваний. Наличие этого симптома свидетельствует о том, что психологичес­кая защита — «выгорание» — самостоятельно уже не справляется с нагрузками.

Выводы

Таким образом, эмоциональное выгорание приобрета­ется в процессе профессиональной деятельности специа­листа и является выработанным личностью механизмом психологической защиты в форме полного или частич­ного исключения эмоций. «Выгорание» отчасти функ­циональный стереотип, поскольку позволяет человеку дозировать и экономно расходовать ресурсы. В то же вре­мя, синдром выгорания негативно сказывается в сфере профессиональной деятельности, в сфере межличностных отношений, в сфере соматического здоровья.

Эмоциональное выгорание представляет собой само­стоятельное явление, отличное от психических состояний, возникающих в профессиональной деятельности (стресс, утомление, депрессия) (Орел, 1999). Стресс и выгорание — это хотя и родственные, но относительно самостоятельные явления. Различие между стрессом и выгоранием состоит, прежде всего, в длительности процесса. Выгорание пред­ставляет собой длительный, «растянутый», «накопленный» во времени стресс. Другим различием между стрессом и выгоранием является степень их распространенности. В отличие от стресса, возникающего в бесчисленном мно­жестве ситуаций (например, война, стихийные бедствия, болезнь, безработица, различные ситуации на работе), выгорание проявляется в связи с профессиональной дея­тельностью. Стресс не обязательно приводит к выгоранию. Подавляющее число профессионалов способны прекрас­но работать в стрессовых условиях, если считают, что их работа важна и значима.

Некоторые исследователи связывают выгорание с деп­рессией и разочарованием в работе. Действительно, эти понятия могут быть тесно связаны друг с другом. Однако депрессия более универсальна, а выгорание проявляется только в связи с профессиональной деятельностью. Ис­следования связи депрессии и составляющих выгорания показывают наличие тесной корреляции депрессии и эмо­ционального истощения (там же).

Существенное различие между выгоранием и утомлени­ем заключается в том, что при утомлении специалист мо­жет достаточно быстро восстановиться, а при выгорании — нет. Специалисты так же отмечают существенную разницу в субъективных ощущениях эмоционального истощения при эмоциональном выгорании и обычного состояния утом­ления. Кроме того, эмоциональное выгорание, как прави­ло, сопровождается ощущением безысходности, отсутствия перспективы, в отличие от состояния утомления.

Часто говорят, что «выгорание — плата за сочувствие». Более глубокое изучение этой проблемы свидетельствует о том, что выгорание — плата не за сочувствие людям, а за свои нереализованные жизненные ожидания. Действи­тельно, лица с высокой степенью выгорания имеют нега­тивные переживания, связанные с утратой ощущения смысла своей профессиональной деятельности. Напри­мер, «отчаяние из-за отсутствия результата», «работа впу­стую», «недооценка руководством» приводят к утрате смысла профессиональной деятельности.

В тесной связи с понятием профессионального выго­рания находятся и меры по профилактике нарушений про­фессионального развития и эмоционального выгорания. Конечно, в любой профессии можно встретить специали­стов, которые полноценно приспосабливаются к любым условиям профессиональной деятельности без каких-либо признаков эмоционального выгорания. Однако в профес­сиях экстремального профиля, к которым относятся спа­сатели и пожарные, сохранение профессионального здоровья предполагает обязательное обращение к систе­ме профилактики профессиональных деструкции.

Вопросы и задания к главе 11:

1. Приведите пример нарушения профессионального развития.
2. Приведите пример биографии профессионала, дос­тигшего этапа наставничества.
3. Перечислите этапы профессионального становле­ния личности.
4. Перечислите ряд профессионально важных качеств спасателей и пожарных.
5. Приведите пример профессионала (из литературных источников или из собственного опыта), у которого сфор­мировался синдром выгорания.
6. В чем отличия симптома эмоционального выгора­ния «неадекватное эмоциональное реагирование» от раз­дражения?
7. Перечислите, на какие сферы может оказывать не­гативное влияние сформировавшийся синдром эмоцио­нального выгорания у специалиста.

Глава 12. ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СПЕЦИАЛИСТОВ ЭКСТРЕМАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ

Вопросы, рассматриваемые в главе:

Профилактика синдрома профессионального выгорания Система профилактики профессиональных деструкции Методы и приемы саморегуляции Концепция «заботы о себе»

При чтении литературы, посвященной проблеме синд­рома выгорания, может возникнуть впечатление, что это неизбежный итог профессиональной деятельности. Одна­ко это далеко не так.

В меньшей степени подвержены выгоранию те специ­алисты, которые оценивают свою работу как стабильную и привлекательную, предполагающую возможность про­фессионального и личностного роста; имеют высокую удовлетворенность качеством жизни в различных ее аспек­тах, разнообразные интересы, перспективные жизненные планы. По типу жизненной установки такие люди оптими­стичны и жизнерадостны; успешно преодолевают жизнен­ные невзгоды и возрастные кризисы; сохраняют актив­ность жизненной позиции; обладают высоким творческим потенциалом и достаточно общительны.

Меньший риск выгорания у тех, кто получает сильную и надежную социальную, профессиональную поддержку, располагает кругом надежных друзей и содействием со сто­роны семьи и использует нестандартные способы решения жизненных и профессиональных вопросов (Гримак, 1991).

Реже выгорание встречается у тех, кто работает в орга­низациях с сильным корпоративным духом, с преоблада­нием «клановой» организационной культуры.

Риск выгорания снижается при высокой профессиональ­ной компетентности и высоком социальном интеллекте. Чем они выше, тем меньше риск неэффективных коммуника­ций, значительнее вариативность в ситуациях межличност­ного взаимодействия и, как следствие, меньше пресыщение и утомление в ситуациях межличностных контактов. Раз­витие творческого потенциала — один из эффективных спо­собов противостоять развитию синдрома выгорания.

Риск развития профессионального выгорания опреде­ляется «зоной стабильности». Помимо факторов риска раз­вития синдрома выгорания, перечисленных в предыдущей главе, исходную область зоны стабильности определяют следующие факторы (Дикая, 2003):

1. Тип высшей нервной деятельности (темперамент)\*. Сангвиник (сильный, уравновешенный, подвижный тип) обладает оптимально сбалансированным сочетанием эмо­ционально-волевых и коммуникативных качеств, хорошо развитой адаптивностью. Человек с этим типом высшей нервной деятельности отличается высокой работоспособ­ностью и выносливостью (Грановская, 1988).

Подробнее см. гл. 4.

У холерика (сильный, подвижный, неуравновешенный тип) нервная система отличается тем, что процессы воз­буждения преобладают над процессами торможения. Как правило, такой человек легко поддается эмоциям, отли­чается несдержанностью. В период увлечения холерик все­цело отдает свои силы делу, однако это заканчивается упадком сил. Холерику трудно осуществлять деятельность, связанную с монотонным трудом и медленным темпом.

Флегматик (сильный, уравновешенный, инертный тип) на изменения реагирует спокойно и медленно, внешне малоэмоционален. Отличается устойчивостью к сильным и продолжительным нагрузкам. Однако при длительном неблагоприятном воздействии негативные эмоции накап­ливаются и при достижении критической величины флег­матик способен к неожиданным, сильным и ярким проявлениям эмоций.

Меланхолик (слабый тип) отличается быстрой истоща-емостью, невыносливостью к длительным или сильным воздействиям. Как правило, обладает повышенной чув­ствительностью при выраженной инертности. Эмоциона­лен, склонен отдаваться переживаниям. Любые изменения вызывают тревогу и страх.

Безусловно, приведенные описания не могут являться портретами конкретных людей и в «чистом виде», как пра­вило, не встречаются. Однако особенности темперамента следует учитывать как самому человеку, так и тем, кто с ним взаимодействует. Учет этих особенностей чрезвычайно ва­жен при принятии решения о выборе профессии. Так, сре­ди специалистов экстремального профиля не может быть меланхоликов. При организации мероприятий по профи­лактике синдрома выгорания, при саморегуляции или воз­действии на актуальное психическое состояние также важно учитывать особенности темперамента.

2. Отсутствие врожденной предрасположенности к заболеваниям, физической слабости и болезней родителей,  
приводящих к инвалидизации, психических заболеваний родителей.

1. Отсутствие психологических и физических травм в детском возрасте — частые болезни в детстве, лишение дома, насилие в семье являются факторами, уменьшаю­щими зону стабильности;
2. Наличие семейных традиций является еще одним фактором, определяющим исходную область зоны стабильности. Так, традиции воспитания молодого поколения в семьях потомственных военных формировали профес­сионально важные качества и систему ценностей, приня­тую лучшей частью российского офицерства.

Именно перечисленные факторы определяют исходную зону стабильности. Чем больше негативных факторов отме­чается, тем меньше исходная зона стабильности и тем боль­ше специалист подвержен воздействию факторов риска, способствующих развитию синдрома выгорания (рис. 8).

Таким образом, можно выделить основные направле­ния профилактики синдрома профессионального выгора­ния. Они связаны либо со снижением последствий воздействия фактора, либо со снижением индивидуальной чувствительности к фактору риска, либо с непосредствен­ным воздействием на этот фактор (таблица 2).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фактор риска развития синдрома выгорания | Мероприятия по профилактике | Кто  осуществляет |
| Группа объективных факторов риска | | |
| Условия труда Ответственность за жизнь и здоровье людей Постоянное включение в профессиональную деятель­ность волевых процессов Эмоционально насыщенные межличностные контакты Хроническая напряженная психоэмоциональная дея­тельность | Профессиональ­ная подготовка | Учебные заведения МЧС России |
| Психологическая подготовка | Психолог |
| Психологическая саморегуляция | Самостоя­тельно |
| Дибрифинг | Психолог |

Таблица 2

Система профилактики синдрома выгорания

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Группа социально-психологических факторов | | |
| Социально-экономическая ситуация в регионе | Социальная  защищенность  специалистов | Подразделе­ния МЧС |
| Корпоратив­ная культура |
| Имидж профессии и социальная значимость профессии | Формирование позитивного образа специалис­та у населения | Подразделе­ния МЧС |
| Корпоратив­ная культура |
| Дестабилизирующая организация деятельности | Четкая организа­ция и планирова­ние труда | Руководитель |
| Неблагополучная психоло­гическая атмосфера профес­сиональной деятельности | Организационное консультиро­вание | Психолог |
| Группа субъективных факторов риска | | |
| Состояние здоровья специалиста | Диспансеризация | Мед. учрежд. |
| Здоровый образ жизни | Самостоя­тельно |
| Склонность к эмоциональ­ной сдержанности | Дибрифинг | Психолог |
| Нравственные дефекты и дезориентация личности | Проф. психологи­ческий отбор | Психолог |
| Иррациональные убеждения Слабая мотивация эмоцио­нальной отдачи в профес­сиональной деятельности Трудоголизм Личность типа А | Психологическое консультирование | Психолог |
| Психологическая подготовка | Психолог |
| Количество изменений в жизни за текущий период | Психологическая саморегуляция | Самостоя­тельно |

Таким образом, профилактика профессионального вы­горания специалиста — это многоуровневый процесс, в который включены не только медики, психологи, руково­дители подразделений, но и коллективы, подразделения МЧС, профессиональное сообщество. Необходимо под­черкнуть, что без активного и сознательного включения в систему профилактики самого специалиста невозможно добиться успеха в этом направлении. Прежде всего пото­му, что сам специалист должен стать субъектом собствен­ной деятельности. Другими словами, специалист является не пассивным потребителем, а активным участником сис­темы профилактики профессионального выгорания.

Забота о собственном физическом и психологическом благополучии является профессиональной обязанностью специалиста. Среди мероприятий, направленных на пре­дупреждение возникновения синдрома выгорания, есть такие, которые специалист может осуществлять самосто­ятельно или же самостоятельно, но после предваритель­ной подготовки с психологом или другим специалистом. Есть и такие мероприятия, которые осуществляются толь­ко вместе с психологом или другим специалистом (таб­лица 3).

Естественным биологическим средством, регулирую­щим функциональное состояние, является питание. Нередко отмечается, что различные отклонения от нор­мального режима питания сами по себе могут служить фактором возникновения

неблагоприятных состояний, способствовать повышению напряженности, ускорять раз­витие утомления. Качественный состав пищи и режим питания непосредственно влияют на степень восстановле­ния сил, уровень сопротивляемости организма стрессоген-ным воздействиям. В самом общем виде рекомендации по организации оптимального режима питания сводятся

к следующему: главным является сбалансированный со­став пищи, который обеспечивает включение в рацион всех необходимых компонентов для полноценного физиоло­гического функционирования и психологического ком­форта. Особое внимание должно уделяться включению в дневной рацион тех элементов, которые обеспечивают нор­мальное протекание обменных реакций в стрессовых си­туациях, — витаминов А, С, Е, комплекса витаминов В, кальция.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Самостоятельно | Приемы саморегуляции функционального состояния: элементы аромотерапии, музы-котерапии, самомассаж, управление вни­манием, самовнушение и т.д. Здоровый образ жизни | |
| Совместно с другими специалистами | | |
|  | Самостоятельно, после подготовки со специалистом | Только при участии другого специалиста |
| Руководитель, коллектив | Корпоративная культура  Формирование среды | Организационное консультирование |
| Психолог | Нервно-мышечная релаксация Аутогенная трени­ровка (различные модификации) Идеомоторная тренировка Медитация Дибрифинг | Психологическая и  психофизиологичес -  кая диагностика  Психологическая  подготовка  Психологическое  консультирование |
| Медицинский работник |  | Диспансеризация Медико-психологи­ческая реабилитация |

Таблица 3

Использование методов и приемов саморегуляции

С большей осторожностью следует относиться к чрез­мерному употреблению продуктов, содержащих кофеин. Оказывая возбуждающее воздействие на нервную систе­му, они могут вызвать неблагоприятные отсроченные по­следствия — потерю сна, головные боли, нервозность, повышенную раздражительность, повышение давления.

Важным вопросом является организация оптимально­го режима питания. При игнорировании этого вопроса, у специалистов, работающих в чрезвычайной ситуации, может наблюдаться сужение объема внимания и сниже­ние эффективности работы. В условиях аварийно-спа­сательных работ требования к соблюдению режима питания могут показаться невыполнимыми, однако опытные руководители подразделений находят возмож­ность выделять ресурсы для организации наиболее опти­мального режима.

Использование различных лекарственных препаратов естественного и искусственного происхождения в целях устранения неприятных состояний (усталости, болевых ощущений) или повышения уровня работоспособности весьма распространено. Однако, пользуясь различными препаратами, специалисты редко задаются вопросом о возможности побочных эффектов. Применение лекар­ственных препаратов для регуляции функционального со­стояния должно быть строго ограничено ситуациями особой необходимости и только по согласованию с врачом {Марищук, Евдокимов, 2001).

Использование элементов музыкотерапии практичес­ки не имеет противопоказаний и находит широкое распро­странение среди специалистов экстремального профиля (Прокофьев, 2003). Многие спасатели и пожарные интуи­тивно приходят к включению элементов музыкотерапии в профессиональную деятельность. Хорошо известно, что прослушивание умиротворяющей музыки успокаивает, ритмичная музыка мобилизует. Классическая музыка (И.-С. Бах, А. Вивальди) гармонизирует состояние. Музы­ка, ассоциирующаяся с определенным значимым событи­ем, вызывает психическое состояние, схожее с тем, которое было в момент события. Можно использовать прием ком­поновки музыкальных фрагментов, когда требуется перей­ти из одного состояния в другое. Например, если требуется из состояния расслабленности перейти в состояние готов­ности к действию, то сначала подбирается музыкальный фрагмент, отражающий актуальное состояние, затем пе­реходный фрагмент и последним подбирается фрагмент, ассоциирующийся с состоянием готовности к действию.

Противопоказано использование элементов музыкоте­рапии непосредственно во время работы, требующей зна­чительной концентрации внимания.

Использование элементов аромотерапии, то есть влия­ние на функциональное состояние с помощью запахов, имеет длительную историю. Особенно примечательно то, что ассоциативные связи запахов и психических состоя­ний являются одними из самых устойчивых. Возможны различные способы применения ароматических веществ: это могут быть широко распространенные аромолампы, могут быть ингаляции, компрессы, ванны. Принцип под­бора запахов общий: для стимуляции и тонизации исполь­зуются пряные, теплые, яркие, терпкие запахи. Например, гвоздика, кофе, ирис. Для расслабления используются за­пахи прохладные, легкие, светлые, например: валериана, роза. Повышению адаптационных возможностей способ­ствует запах мяты. Подбор запахов должен быть сугубо индивидуальным. Вполне вероятна ситуация, когда для большинства людей запах является успокаивающим, а для кого-то ассоциируется с тревожной, напряженной ситуа­цией и вызывает именно это состояние. Можно составлять композиции, однако в этом случае лучше не использовать более трех запахов.

Элементы аромотерапии, музыкотерапии, цветотерапии, фитотерапии являются важными составляющими среды, которая оказывает воздействие на функциональное состояние специалиста. Во многих подразделениях суще­ствует традиция заботиться об уюте и комфорте в рабочих помещениях. Специалисты интуитивно чувствуют необхо­димость создания среды, способствующей быстрому вос­становлению. Для повышения эффективности таких мероприятий следуют учитывать закономерности воздей­ствия звуков, запахов, цветов на психическое состояние человека.

Воздействие на биологически активные точки являет­ся эффективным способом воздействия на функциональ­ное состояние, основанное на взаимосвязи определенных точек с функционированием органов. Пальцевым надав­ливанием на строго определенные точки можно дозиро-ванно, избирательно и направленно воздействовать на функции различных органов и систем, регулировать веге­тативные функции, обменные и восстановительные про­цессы. При надавливании на биологически активные точки, как правило, возникают своеобразные ощущения ломоты, некоторого «распирания», онемения, боли, отсут­ствующие при надавливании вне этих точек. Возникнове­ние этих ощущений настолько постоянно и обязательно, что служит критерием правильности нахождения точки. Точки следует находить с наибольшей точностью, это обес­печит лучший и более длительный эффект.

Среди приемов психологической саморегуляции мож­но выделить две группы. Первая связана с изменением эмоционального реагирования на стрессовую ситуацию. К этому подходу относятся приемы, направленные на:

а) изменение тонуса скелетных мышц и управление  
дыханием;

б) управление вниманием;

в) активное включение представлений и чувственных  
образов.

Ко второй группе относятся приемы, изменяющие субъективную значимость ситуации или особенности вос­приятии ситуации, а именно: использование программи­рующей и регулирующей функции слова и образов.

Дыхание — не только важнейшая функция организма, но и эффективное средство влияния на тонус мышц и воздей­ствия на центры мозга. Медленное и глубокое дыхание по­нижает возбудимость нервных центров и способствует мышечному расслаблению. Частое дыхание, наоборот, обеспечивает высокий уровень активности организма.

Большинство людей в повседневной жизни использу­ют только поверхностное дыхание, когда заполняются лишь верхушки легких. Полное же дыхание включает за­полнение нижней, средней и верхней части легких. Изме­няя вид, ритм дыхания, продолжительность вдоха и выдоха, человек может влиять на многие, в том числе и психические функции.

Умение управлять тонусом скелетных мышц позволяет более эффективно восстанавливать силы в любых услови­ях, снимать мышечные зажимы, возникшие в процессе профессиональной деятельности.

Скелетная мускулатура является одним из самых силь­ных источников стимуляции мозга. Произвольное напря­жение мышц способствует повышению и поддержанию психической активности, торможению нежелательных реакций на действующий или ожидаемый стимул. Для сня­тия неактуальной или чрезмерной психической активнос­ти необходимо мышечное расслабление (релаксация). Испытывая негативные влияния, организм максимально мобилизуется для интенсивной мышечной работы.

Многим хорошо известны ситуации, когда накопивше­еся психическое напряжение в теле снимается на спортив­ных занятиях, танцах, после которых в теле ощущается приятная усталость и расслабленность, нормализуется сон, улучшается настроение. Именно по принципу контраста «напряжение—расслабление» строятся многие упражне­ние на релаксацию.

Добиться полноценного расслабления сразу всех мышц тела, как правило, не удается. Поэтому рекомендуется пос­ледовательное расслабление различных групп мышц с со­блюдением ряда правил.

Управление тонусом скелетных мышц возможно и в процессе повседневной деятельности, не требующей высокой концентрации внимания. Необходимо макси­мально расслабить те мышцы, работа которых в данный момент не требуется. Так, если при ходьбе напрягаются преимущественно мышцы ног, то нужно расслабить мыш­цы лица, плеч, рук. В положении сидя следует расслабить мышцы лица, рук, плеч, ног.

Особенно важно формирование навыков расслабления мышц лица и рук. Именно эти части тела имеют самое большое представительство в коре головного мозга, и именно в этих частях наиболее часто возникают мышеч­ные зажимы, то есть группы мышц хронически находятся в повышенном тонусе даже тогда, когда человек расслаб­лен. Поэтому важно научиться расслаблять все мышцы лица и рук хотя бы на непродолжительное время.

Если напряженность мышц сохраняется, то напряжен­ный участок можно разгладить круговыми движениями кончиков пальцев.

Хорошо расслабляют мышцы упражнения, направлен­ные на развитие гибкости. Развитая подвижность и гибкость суставов и связок значительно снижает риск получения травм. Комплексы упражнений на развитие гибкости спо­собствует более быстрому и полному восстановлению пос­ле физических и эмоциональных нагрузок. Выполняя упражнения на растяжку, следует очень внимательно сле­дить за своими ощущениями. При правильно выполняемых упражнениях возникает ощущение приятного растяжения, как будто с усилием растягивается тугая резинка; появля­ются ощущения покалывания, ощущения тепла или про­хлады. В любом случае ощущения должны быть если не приятными, то терпимыми. Острая, резкая боль при рас­тяжке недопустима. Важно обращать внимание на дыхание. При выполнении трудных упражнений, как правило, изме­няется дыхание, становится прерывистым, поверхностным. Поэтому важно возвращаться к глубокому, ровному дыха­нию еще выполняя упражнение. Количество повторений упражнений может быть произвольным. Правую и левую сторону следует нагружать равномерно. Если наблюдается сильная асимметрия при растяжке, рекомендуется начинать и заканчивать хуже растянутой стороной. Это позволит со временем уменьшить асимметрию. Выполнение упражне­ний на растяжку способствует и развитию умения концент­рировать внимание на телесных ощущениях.

Упражнения на концентрацию внимания необходимо практиковать, потому что внимание обычного человека обладает непроизвольной переключаемостью с объекта на объект. Но если во время занятий по саморегуляции ваше внимание будет постоянно переключаться то на внутрен­ние ощущения, то на посторонние звуки, шумы, отвлечен­ные мысли, успех занятий станет сомнительным. Поэтому необходимо тренировать способность удерживать внима­ние на каком-либо предмете или ощущении, постепенно доводя его до 4—5 минут. Это может быть любая точка, собственный палец, ощущение своего дыхания, звуковой фон и т.д.

Посмотрите на рисунок. Если не прилагать усилий, вы видите то изображение старухи, то изображение молодой девушки. Так проявляется непроизвольная переключае-мость внимания. Определите, на какое изображение вам приятно смотреть. Попробуйте как можно дольше удержи­вать более приятное изображение. Без достаточной прак­тики это вызывает напряжение (рис. 9).



Рис. 9.

Произвольное переключение и концентрация внима­ния на определенных объектах, явлениях или процессах служит эффективным средством преодоления негативных психических состояний. Даже в самых сложных условиях работы, в моменты отдыха, когда позволяет ситуация, можно переключить внимание с того, что вызывает недо­вольство, страх, напряженность, на то, что более приятно, доставляет облегчение, удовольствие. Сталкиваясь с поте­рями и горем людей, испытывая усталость или беспокой­ство за результат работы, можно в моменты перерыва переключить и сконцентрировать внимание на приятных вкусовых ощущениях, зрительных образах (например, звездное небо или облако), телесных ощущениях расслаб­ления и покоя. Это позволит быстрее восстановить силы и дольше работать без ощущения чрезмерной усталости. Или, например, мысли о возможном неблагоприятном исходе ответственного дела заменяются и внимание концен­трируется на размышлениях о планировании и программи­ровании необходимых шагов по его реализации (то есть строится программа действий для достижения результата).

Умение произвольно создавать яркий мысленный образ (образ зрительный, в ощущениях, звуках) также является важной составляющей психологической саморегуляции и называется визуализацией. Прочувствовать эффект влия­ния образов на состояние достаточно просто. Как можно ярче представьте себе, что у вас в руках свежесрезанный ломтик лимона: вы ясно ощущаете его запах, видите ка­пельку янтарного сока, кладете ломтик на язык и ощуща­ете его пронзительно кислый вкус. Чем ярче и точнее образ, тем больше будет эффект. Скорее всего, уже пред­ставляя образ лимона, вы почувствовали, что усилилось слюноотделение. Если образ лимона ассоциативно свя­зан с каким-либо определенным состоянием, например, с бодростью после выпитой утром чашки чая с лимоном, то, скорее всего, изменится и психическое состояние.

Не у всех получается с первого раза отчетливо предста­вить даже простой образ лимона. Поэтому упражнения на развитие воображения, умение представить четко и быст­ро образ, связанный с определенным состоянием, явля­ются одной из основ, на которой формируются сложные и более эффективные навыки саморегуляции.

Переходя к приемам, изменяющим субъективную зна­чимость ситуации или особенности восприятии ситуации, хочется подчеркнуть, что они связаны с активным вклю­чением сознания в переработку ситуации. Для повышения эффективности этих приемов их лучше комбинировать с приемами первой группы.

Самовнушение — прием, который не требует усилий по анализу и разрешению трудной ситуации, чаще всего вну­шается уверенность в своих возможностях: «Я сделаю это! Это ситуация мне по силам. Я полон сил. Я готов к этому!» {Марищук, Евдокимов, 2001).

Десенсибилизация является более сложным вариантом самовнушения, при котором сначала необходимо предста­вить возможное неприятное течение событий с последую­щим самовнушением: «Я сделаю все как надо», «Я могу сделать значительно больше» и т.д.

Самовнушение эффективнее, если его проводить на фоне мышечного расслабления. Существует ряд требова­ний, которым должны отвечать формулы самовнушения:

1. необходимо четко определить цель, которую вы хо­тите достичь во время самовнушения;
2. формула должна быть четкой, короткой, отражать самую суть;
3. формула должна носить позитивный характер, без частицы «не»;
4. формула должна произноситься в ритм дыхания, при этом решающая ее часть на выдохе;
5. хорошо, если формула носит несколько иронично-веселый характер или зарифмована.

Самоубеждение — это процесс сознательного воздей­ствия, заключающийся в логическом обосновании прак­тической пользы того или иного действия.

Одним из вариантов самоубеждения является мыслен­ное моделирование предстоящей ситуации и вариантов собственных действий, необходимых для позитивного за­вершения ситуации. Такой вариант самовнушения не толь­ко переключает внимание с негативных вариантов развития событий, но и подготавливает к различным ва­риантам разворачивания ситуации, что создает готов­ность к активной деятельности, формирует направленность на успех.

Деактуализация заключается в намеренном снижении значимости события. Может быть использован прием рас­ширения контекста ситуации по принципу: «На фоне про­блем глобализации все остальное мелочи». Например, излишнюю тревогу перед экзаменом можно снизить, под­робно ответив на вопрос: «Может ли сдача экзамена на тройку или четверку повлиять на мое желание работать в этой области?»

Крайне полезным приемом является самоподкрепление. Часто накоплению усталости, а затем и развитию синдро­ма выгорания способствует неумение человека позитивно относиться к самому себе, к своим целям, к своим успехам и неудачам. В этом случае функция поощрения или пори­цания делегируется внешним субъектам: руководителю, наставнику, организации, отцу и т.д. Необходимо учиться самоподкреплению, включающему самостоятельную оценку собственных достижений, внутреннее проговари­вание похвалы или порицания, умение подкрепить себя тем, что приносит удовольствие и т.д.

Вспомните, пожалуйста, что приносит вам удоволь­ствие. Постарайтесь написать как можно больше пунктов. Это могут быть вещи, занятия, все что угодно. Просмот­рите весь список. Выберите те пункты, которыми вы наи­более часто пользуетесь для самоподкрепления. А теперь выделите те, которыми вы пользуетесь редко, хотя их реа­лизация не составляет затруднений в нынешний период. Найдите в выделенных пунктах наиболее привлекатель­ный для вас в настоящий момент. Похвалите себя за про­деланную работу — определите, когда в ближайшее время вы выполните выделенный пункт.

Еще одним примером самоподкрепления может быть следующее упражнение: перечислите не менее пяти на­пряженных ситуаций, когда с вашей точки зрения, удалось достичь результатов. Ответьте, какие ваши качества спо­собствовали достижению результатов в этих ситуациях. Вы­делите те качества, которые проявились во всех ситуациях. Назовите их. Проговорите с максимально возможной ис­кренностью и чувством похвалу себе (про себя или вслух) за эти качества. Возможно, названные вами качества скла­дываются в целостный образ. Если образ вам нравится, за­помните его. Возможно, в определенных ситуациях вам захочется вспомнить этот образ, чтобы подкрепить себя или образ будет возникать как бы без вашего участия.

С чего же начать практику заботы о себе? Поскольку спектр приемов достаточно широк, то целесообразно сле­довать принципу «от простого к сложному».

Обратите внимание на среду, в которой вы проводите много времени. Как правило, это дом и работа. Попро­буйте внести изменения эту среду так, чтобы в ней было более комфортно, уютно, безопасно. Возможно, это будут незначительные изменения: вы перемените положение мелких вещей или появятся новые. Возможно, вы внесете изменения в режим питания или в вашей среде появятся запахи или звуки, которые вы хотите чувствовать или слы­шать чаще, чем другие. Возможно, вы чаще будете полу­чать удовольствие от самых простых движений, дающих возможность почувствовать гибкость и эластичность мышц. Может быть, изменений не будет. Самое главное, время от времени обращать внимание на окружающее вас и вносить те изменения, которые позволят вам чувствовать себя более комфортно, уютно и безопасно.

Каждый взрослый человек в той или иной степени, под­час неосознанно, пользуется приемами саморегуляции. Можно последовательно пройти по перечисленным при­емам, определить, какие приемы преобладают, а какие используются значительно реже. Выделить те приемы, которые являются наиболее эффективными для вас и со­вершенствоваться в них.

И самое важное — до начала занятий четко поставить себе цель, которую планируется достичь: снизить напря­жение, тревогу или волнение или, наоборот, мобилизовать­ся, активизировать деятельность организма. Следует ставить цели реально достижимые, в позитивной форму­лировке (без частицы «не»), достижение этой цели долж­но зависеть только от вас, должны быть поставлены временные рамки по достижению этой цели и критерии до­стижения цели.

Эффективное овладение приемами саморегуляции воз­можно при активной и регулярной тренировке, так, чтобы со временем эти приемы стали такими же естественными и необходимыми, как ежедневное умывание.

Все описанные выше приемы органично вписываются в концепцию заботы о себе, определяющей принципы, на которых строится здоровый образ жизни — первый и сис­темообразующий этап профилактики профессионально­го выгорания. Однако сложное понятие «здоровый образ жизни» часто упрощают, редуцируют до диетических ре­комендаций, ежедневных пробежек и рекомендаций по проведению досуга. Понятие здорового образа жизни тес­но смыкается с представлением о «культуре себя», кото­рое является мотивом античной греческой культуры. Первоначально понятие «культура» в греческом языке от­носилось к области сельского хозяйства и имело значение «возделывать». Таким образом, говоря о здоровом образе жизни, мы имеем в виду самостроительство, саморазви­тие, самосовершенствование.

Основываясь на приведенных ниже базовых принципах «заботы о себе» можно выстроить индивидуальную систе­му профилактики профессиональных деструкции.

1. Принцип ответственности подразумевает активную позицию по отношению к собственному здоровью — и физическому, и психическому. Это означает, что человек должен принять на себя ответственность за то, что с ним происходит. В психологических терминах это качество обо­значается как внешний локус контроля. Невозможно за­ботиться о себе в какие-то определенные периоды и забывать об этом в другие. Ответственное отношение пред­полагает постоянную направленную заботу о себе.
2. Принцип практической оснащенности предполагает наличие методов познания себя: процедуры «испытания» и «самонаблюдения».

Так называемые «процедуры испытания» решают двой­ную задачу: помогают совершенствоваться в умении обхо­диться минимумом и позволяют оценить уровень, которого удалось достичь. Необходимое условие практик испыта­ния — постепенность их проведения. К практикам испы­тания можно отнести и разнообразные диеты, и курсы «вы­живания». Однако смысл этих практик не в ряде последо­вательных стадий самоограничения, а способ измерить и утвердить меру доступной независимости от всего, что нельзя счесть незаменимым и необходимым. Хотя бы и временно, оно выводит нас на некий исходный уровень простейших потребностей, по сути, выявляя все лишнее и предоставляя возможность обойтись без него. Обязатель­ным условием такой практики является умение остаться в границах, безопасных для здоровья, следуя правилу «труд­но, но не вредно».

Естественно, что для соблюдения этого условия не­обходимо развивать навык самонаблюдения и «рассуж­дения о делах». Предметом утренних «рассуждений» служит надлежащая подготовка к делам наступающего дня, вечерний анализ посвящен припоминанию обсто­ятельств дня прошедшего. Очень важна интонация «рас­суждений»: человек остается недоволен собой в той мере, в какой примененные средства оказались непри­годны для достижения цели. Безусловно, осуществление практики самонаблюдения требует формирования при­вычки выделять ежедневно определенное время на эти занятия.

3. Принцип баланса обращает внимание на то, что для достижения результата недостаточно заниматься только телом, например, ходить в сауну, заниматься спортом, со­блюдать диету и т.д., или только самонаблюдением. Ре­зультат может быть достигнут только при развитии в обоих направлениях. Закономерно, что одним из критериев ус­пешности заботы о себе является отсутствие или уменьше­ние симптоматики психосоматических расстройств.

Этот принцип так же предполагает соблюдение балан­са между внешними оценками собственного благополу­чия (например, оценка другими психического состояния) и внутренними (собственное ощущение состояния).

4. Несмотря на то, что процесс «заботы о себе» не пред­полагает достижение конечного результата, наличие кри­териев оценки позволяет оценить успешность работы над собой. Обращение к себе предполагает усиление ощуще­ния владения собой: человек «принадлежит себе», зависит только от себя, распоряжается самим собой. Кроме того, человек становится сам для себя источником радости, не зависящим от внешних обстоятельств.

Следовательно, критерием успеха «заботы о себе» выс­тупает умение человека властвовать собой и ощущение полноты и радости жизни. А забота о других есть следствие и результат заботы о себе.

Концепция здорового образа жизни не предполагает механическое копирование приемов заботы о себе. Она предполагает выработку индивидуального подхода, учи­тывающего изложенные принципы.

Переходя к описанию методов саморегуляции, исполь­зование которых желательно после предварительной ра­боты с психологом, хочется отметить, что эти методы включают в той или иной степени приемы управления дыханием, вниманием, воображением, мышечным тону­сом скелетных мышц. Эффективность этих методов гораз­до выше, чем простых приемов, которые направлены прежде всего на ситуативное снятие последствий стресса. Хорошо известно, что глубина последствий стресса зави­сит не только от самого стрессового воздействия, но от смысла, который мы придаем этому событию и от функ­циональных резервов. Сложные методы саморегуляции решают не только ситуативную задачу по коррекции акту­ального психического состояния, но и изменяют систему отношений в гораздо более широком контексте, служат восстановлению функциональных резервов.

Существует огромный пласт литературы, предполагаю­щей самостоятельное изучение этих методов. Однако толь­ко под руководством психолога можно благополучно обойти «подводные» камни в обучении этим методам, из­бежать лишней траты времени, разочарований и макси­мально эффективно использовать их возможности.

Нервно-мышечная релаксация подразумевает расслаб­ление мышц тела. Именно этот метод является базовым для последующих — без овладения навыками расслабле­ния мышц невозможно овладеть другими методами. Боль­шую роль в релаксации играет внимание к дыханию. Занятия этим методом постепенно формируют привычку отслеживать состояние тонуса мышц в повседневной дея­тельности, что способствует нормализации психического состояния. Кроме того, осознание напряжения в мышцах может стать первым и самым надежным сигналом о воз­растании психоэмоциональной напряженности ситуации (Леонова, Кузнецова, 1987).

Аутогенная тренировка была разработана немецким пси­хиатром И. Шульцем в 1932 году. Слово «аутогенная» со­стоит из двух греческих слов: «ауто» — сам и «генос» — рождающийся, самосоздающийся. Освоив аутогенную тренировку, человек становится значительно спокойней, улучшаются общее самочувствие и сон, изменяется отно­шение к конфликтным ситуациям. В аутогенной трениров­ке И. Шульц выделил две ступени: низшую и высшую. Низшая ступень — овладение методами регуляции мы­шечного тонуса, достижения релаксации путем представ­ления состояния тяжести и тепла; высшая — обучение умению концентрировать внимание на определенных объектах и состояниях (Караяни, 1992).

На сегодняшний день известно множество модифика­ций аутогенной тренировки при сохранении структуры комплекса упражнений. Нельзя точно сказать, сколько конкретному человеку понадобится занятий, для того что­бы овладеть этим методом. Длительность обучения сокра­щается, если предварительно изучены теоретические основы метода и освоены приемы управления внимани­ем, воображением, дыханием, мышечным тонусом. Ауто­генная тренировка является мощным методом регуляции состояния, однако подходит не всем.

Идеомоторная тренировка представляет собой мыслен­ное проигрывание предстоящей деятельности. Мысленное представление движений вызывает в ослабленном виде все те реакции, которые происходят и в реальной ситуации. Использование идеомоторной тренировки получило ши­рокое распространение при подготовке спортсменов. Су­ществуют модификации идеомоторной тренировки с использованием технических средств: воспроизводящей видеоаппаратуры и т.д. Идеомоторная тренировка успеш­но используется при выработке сложных двигательных навыков у специалистов экстремального профиля. В то же время, овладение этим чрезвычайно эффективным и про­стым на первый взгляд методом сопряжено со значитель­ными трудностями, преодолеть которые возможно в сотрудничестве с психологом. Прежде всего, это связано с тем, что достижение эффекта возможно только при уме­нии представлять зрительно-чувственные образы.

Медитативные техники являются в той или иной сте­пени неотъемлемой частью всех духовных и религиозных практик. Например, в христианстве — это молитва, в во­сточных религиях — мантры, созерцание. В контексте со­временных представлений медитацию можно определить как метод саморегуляции, основанный на управлении вниманием. В ходе занятий медитацией приобретается навык в определенное время концентрировать внимание на одном предмете, образе или процессе. Развитие спо­собности к концентрации внимания в первую очередь служит для улучшения самоорганизации, повышения внутренней собранности. По мере того, как навык кон­центрации внимания в медитативных техниках укрепля­ется, человек становится способным распознавать неконструктивные стереотипы восприятия, мышления, поведения, которые ограничивали его возможности. Осознавая ограничения, человек получает возможность влиять на них, выстраивая новые, более адаптивные стра­тегии. Таким образом, практикующий медитацию человек получает возможность более осознанно и целенаправлен­но влиять на свою жизнь, он становится более «интуитив­ным», благодаря чему возможен инсайт — например, мгновенное понимание трудной ситуации и путей выхо­да из нее.

Процесс медитации включает четыре стадии: расслабле­ние, сосредоточение, собственно медитативное состояние и выход из медитации. Темы для медитаций первоначаль­но подбираются совместно с психологом. В дальнейшем, совершенствуясь в этом методе, можно перейти к самосто­ятельному подбору образов и тем.

Существует достаточно много методик, построенных на комплексном использовании методов саморегуляции и специализированных методик, разработанных для опре­деленных категорий специалистов. Овладение этими ме­тодиками возможно в сотрудничестве с психологом.

Дибрифинг является одной из распространенных форм групповой профилактики профессионального стресса спе­циалистов экстремального профиля. Хочется отметить, что во многих подразделениях МЧС России существуют ин­туитивно найденные формы, напоминающие дибрифинг. Это практика «разбора полетов». Для наиболее эффектив­ной минимизации нежелательных психологических по­следствий профессионального стресса необходимо строгое соблюдение процедуры проведения дибрифинга. Процесс дибрифинга обычно состоит из трех основных частей: «вентиляции» чувств в группе и оценивания стресса веду­щим; подробного обсуждения изменений восприятия, по­ведения, самочувствия в процессе работы, затем — психологической поддержки; предоставления информа­ции и мобилизации ресурсов, и планирования дальнейшей работы. Традиционно дибрифинг проводит психолог, в ряде случаев ведущим может стать авторитетный и подго­товленный психологом специалист.

Корпоративная культура выполняет несколько важней­ших функций, которые формируют как внутреннюю сре­ду профессионального сообщества, так и представление профессиональной группы в обыденном сознании людей. Корпоративная культура закрепляет накопленные в опы­те профессионального сообщества наиболее приемлемые и сберегающие формы поведения. Корпоративная куль­тура позволяет сформировать взаимоответственность раз­личных групп сотрудников МЧС России. Например: спасатели и пожарные, работающие на ЧС; руководители и рядовые сотрудники и т.д. Корпоративная культура дает возможность социальной самоидентификации каждого члена профессионального сообщества. Необходимо под­черкнуть, что приобщение к корпоративной культуре дает возможность овладеть конструктивными стратегиями про­филактики и совладания с профессиональным стрессом (в обобщенном виде) каждому сотруднику. А поддержание и развитие корпоративной культуры каждым сотрудником

(от рядового сотрудника до специалиста самого высокого ранга) является важным условием группой профилактики профессиональных деструкции.

Все перечисленные методы и приемы направлены на профилактику профессиональных деструкции, однако в ряде случаев самостоятельная профилактика может быть недостаточна.

Как определить ту границу, когда необходимо обращать­ся к специалисту?

Очень важно внимательно относиться к появлению не­домогания, плохого настроения. Ведь первые признаки негативных профессиональных изменений появляются незаметно. Только сам профессионал может своевремен­но распознать первые признаки деструкции и принять не­обходимые меры.

Неоднократно подчеркивалось, что пусковым момен­том в развитии выгорания является искажение мотивации профессиональной деятельности. Когда профессионал начинает чувствовать бессмысленность своей работы, не может ответить, зачем его работа нужна людям, коллекти­ву, ему самому, необходимо обращаться к специалисту.

Можно предложить и следующую простую методику: найдите не менее пяти ответов на вопрос: «Зачем я рабо­таю?» Традиционным ответом является, что за работу пла­тят. Это действительно так. Но существует достаточно мест, где платят столько же или больше. Значит, этот ответ яв­ляется недостаточным. А зачем еще вы работаете? Найди­те не менее пяти различных ответов. Ответы не должны содержать негативные формулировки. Например: потому что больше ничего не умею делать. Попробуйте перефор­мулировать, например: потому, что свою работу делаю луч­ше, чем что-либо другое. Запишите их.

А теперь нарисуйте шкалу от 0 до 10. «0» баллов пред­полагает отсутствие параметра, а «10» — максимальная выраженность параметра.

|  |  |
| --- | --- |
| Зачем я работаю? | Оценка |
| 1. Платят деньги | 0 10 |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |

Оцените по 10-балльной шкале, насколько вы на дан­ный момент удовлетворены тем, сколько вам платят денег. Отметьте на шкале. Или отметьте по 10-балльной шкале, насколько вы удовлетворены профессионализмом вашей работы. И так по каждому ответу. Например, если есть от­вет «общаться с друзьями», отметьте на шкале, насколько сейчас вы удовлетворены общением с друзьями. Посчи­тайте общую сумму баллов.

Если сумма баллов больше 30 — искажения в мотива-ционной сфере практически отсутствуют, ваша задача — профилактика профессионального выгорания.

Если сумма баллов 25—30, обратите внимание на на­строение и самочувствие в последнее время; видимо, необходимо предпринять дополнительные меры по про­филактике выгорания, выделить больше времени для себя, семьи, хобби, может быть, взять отпуск. Желательно про­консультироваться с психологом.

Если сумма баллов меньше 25 — искажения в мотива­ции профессиональной деятельности, вероятнее всего уже сформировались. Возможно, есть и другие симптомы вы­горания: антипатия к пострадавшим и коллегам, отстра­ненность от близких, безразличие, психосоматические симптомы. В этом случае вам необходимо обратиться к специалисту-психологу пройти медико-психологическую реабилитацию. В противном случае, возможен неблаго­приятный сценарий развития синдрома выгорания.

Выводы

Профессии пожарного и спасателя сопряжены с дей­ствием сильнейших стрессогенных факторов. Неопреде­ленность складывающейся обстановки, постоянное ожидание опасности, необходимость непрерывного логи­ческого и психологического анализа быстро меняющейся обстановки, напряженная работа внимания, столкновение с человеческим горем оказывают мощное и неоднознач­ное влияние на психику человека, требуют мобилизации всех его физических и психических возможностей для эф­фективного решения стоящих задач. Поэтому владение приемами профилактики профессионального выгорания и встраивание системы профилактики в структуру про­фессиональной деятельности является важным фактором сохранения профессионального здоровья и профессио­нального долголетия.

Вопросы и задания к главе 12:

1. Приведите примеры факторов, определяющих «зону стабильности» профессионального здоровья.

1. Приведите примеры приемов саморегуляции, кото­рыми вы пользуетесь.
2. Приведите примеры приемов саморегуляции первой и второй групп.
3. Перечислите методы саморегуляции, применяемые для профилактики профессионального выгорания.
4. Приведите примеры реализации здорового образа жизни (в рамках концепции заботы о себе) конкретным человеком.
5. Обозначьте направления профилактики професси­онального выгорания, которые, по вашему мнению, явля­ются проблемными для применения в профессиональной среде спасателей и пожарных. Обоснуйте свой вывод.
6. Постройте индивидуальную программу профилак­тики профессионального выгорания для себя.

Литература

Абульханова-Славская К.А. Стратегия жизни. М.: Мысль, 1991.

Антипов В. В. Психологическая адаптация к экстремальным си­туациям. М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2004.

Бодров В.А., Бессонова Ю.В. Развитие профессиональной моти­вации спасателей // Психологический журнал. № 2. 2005. т. 26. С. 45-56.

Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на дру­гих. М., 1996.

Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диаг­ностика и профилактика. СПб., 2005.

Грановская P.M. Элементы практической психологии. 2-е изд. Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1988.

Гримак Л.П. Общение с собой: Начала психологии активности. М.: Политиздат, 1991.

Дикая Л.Г. Психическая саморегуляция функционального состо­яния человека (системно-деятельностный подход). М.: ИП РАН, 2003.

Елисеева И.Н. Профессиональное здоровье. Синдром выгорания и его профилактика: методические рекомендации. М., 2006.

Зеер З.Ф. Психология профессий. 4-е изд.М.: Академический проект, 2006.

Кабаченко Т.С. Методы психологического воздействия: Учебное

пособие. М.: Педобщество России, 2000. Караяни АЛ. Приемы психической саморегуляции. Москва,

1992.

Климов Е.А. Введение в психологию труда: Учебник для вузов. М.: Культура и спорт, ЮНИТИ, 1998.

Крюкова М.А. Профессиограмма спасателя поисково-спасатель­ной службы МЧС России: Руководство. ГУ ЦЭПП МЧС Рос­сии (филиал ВЦЭРМ МЧС России г. Санкт-Петербург). М., 2000.

Леонова А.Б., Кузнецова А.С. Психопрофилактика неблагопри­ятных функциональных состояний человека. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987.

Леонова А.Б. Психопрофилактика стрессов. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1993.

Марищук В., Евдокимов В. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса. СПб.: Сентябрь, 2001.

Маркова А.К. Психология профессионализма. М.: Знание, 1996.

Орел В.Е. Исследование феномена психического выгорания в отечественной и зарубежной психологии // Проблемы общей и организационной психологии. Ярославль, 1999. С. 76—97.

Орел В.Е. Психологическое изучение влияния профессии на лич­ность // Реферативный сборник избранных работ по грантам в области гуманитарных паук. Екатеринбург, 1996. С. 113—115.

Приемы психологической саморегуляции для спасателей и пожарных. Методич. рекомендации / Под общей ред. Ю.С. Шойгу. М., 2006.

Пономаренко В.А. Психология жизни и труда летчика. М.: Вое-низдат, 1992.

Прокофьев Л.Е. Основы психологической саморегуляции. СПб.: Лань, 2003.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение хочется сказать, что данная книга явля­ется лишь теоретическим приложением к тем занятиям по психологической подготовке, которые проводятся со спе­циалистами пожарных и спасательных формирований. Понятно, что никакая теория не заменит практического опыта работы.

Перед началом работы над этой книгой у нас были со­мнения в необходимости раскрытия для непрофессиона­лов таких тем, как «Психология горя», «Суицидальное поведение» и ряда других. Гораздо проще было бы для нас (и на первый взгляд, «экологичнее» для читателя) оставить все это профессионалам, которые с этим работают, огра­ничиться описанием этапов профессионального развития, стрессовой реакции и техниками саморегуляции. Такой подход мы посчитали нечестным по отношению к специ­алистам реагирующих подразделений. Все темы, описан­ные в этой книге, — это то, с чем постоянно встречаются специалисты в своей профессиональной деятельности, то, с чем приходится справляться как профессионально, так и личностно. Пока случаются чрезвычайные ситуа­ции, нужны специалисты, которые будут работать в этих условиях.

С другой стороны это не значит, что все вышеизложен­ное нужно сразу «примеривать на себя». У специалистов реагирующих подразделений, пожалуй, как ни у одних других возникает особое профессиональное единение, ко­торое выражается с одной стороны в уверенности в своих профессиональных умениях и возможностях, с другой сто­роны — в уверенности в товарищах и сослуживцах, кото­рые рядом, в их профессиональных умениях и безусловной надежности. Возникает, можно сказать, братство со своей субкультурой, скрепленное общей идеей помощи людям, индивидуальной и коллективной ответственностью в ра­боте, «профессиональным» языком, юмором и взаимовы­ручкой в работе и в повседневной жизни.

Мы постарались провести через все разделы книги жизнеутверждающую идею о том, что возможности орга­низма, ресурсы психики огромны. Нужно лишь знать о них и уметь рационально их использовать. И если человек по­падает в объективно сложную жизненную ситуацию, мож­но и нужно проходить через нее, переживать.

Знание большого спектра вариантов развития ситуаций позволяет находить и большой спектр путей выхода из них. Мы думаем, что темы данной книги, затронутые в них про­блемы встречаются в жизни и вне чрезвычайных ситуаций, становясь большим испытанием как для человека, кото­рый с ними столкнулся, так и для его близких.

Надеемся, что эта книга может стать поддержкой в по­добных ситуациях.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 3

РАЗДЕЛ I. ВВЕДЕНИЕ В ПСИХОЛОГИЮ

ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ 7

ГЛАВА 1. Катастрофа, экстремальная ситуация,

чрезвычайная ситуация, кризис: определение,

классификация, соотношение понятий 7

Понятия чрезвычайной, экстремальной

и кризисной ситуации 14

Чрезвычайная ситуация 15

Экстремальная ситуация 20

Кризисная ситуация. Кризис 21

Влияние экстремальных ситуаций на человека 24

Субъекты экстремальной ситуации 26

Выводы 29

Вопросы и задания к главе 1 30

Литература 30

РАЗДЕЛ П. НОРМАЛЬНЫЙ СТРЕСС 32

ГЛАВА 2. Стресс: история изучения, определение,

кривая развития стрессовой ситуации 32

Стресс: история изучения

и современные представления 32

Кривая развития стрессовой ситуации 37

Понятие о стрессоустойчивости 42

Выводы 49

Вопросы к главе 2 50

ГЛАВА 3. Психофизиология стресса,

или как работает организм при возникновении

стрессовой ситуации 51

Природа возникновения стресса.

Физиологические и психологические проявления.. 52

Нервная система: анатомическое строение

и функциональное деление 54

Механизмы стресса 59

Выводы 66

Вопросы к главе 3 66

ГЛАВА 4. Психология стресса 68

Факторы, оказывающие влияние

на развитие психологического стресса 76

Виды (уровни) реакций человека

на стресс 81

Влияние индивидуальных

и личностных особенностей человека

на возникновение и развитие стресса 87

Выводы 97

Вопросы и задания к главе 4 98

ГЛАВА 5. Влияние стресса на жизнь человека 99

Позитивное влияние стресса на человека 100

Негативное влияние стресса 101

Влияние стресса на организм человека 104

Выводы 113

Вопросы и задания к главе 5 113

Литература 114

РАЗДЕЛ III. ЭКСТРЕННАЯ

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ.  
ТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС 116

ГЛАВА 6. Экстренная психологическая помощь 116

Экстренная психологическая помощь

при острой реакции на стресс 118

Помощь при страхе 120

Помощь при тревоге 121

Помощь при плаче 121

Помощь при истерике 122

Помощь при апатии 123

Помощь при чувстве вины или стыда 123

Помощь при двигательном возбуждении 124

Помощь при нервной дрожи 125

Помощь при гневе, злости, агрессии 126

Самопомощь при острых реакциях на стресс 127

Выводы 134

Вопросы и задания к главе 6 134

ГЛАВА 7. Организационные аспекты оказания  
экстренной психологической помощи  
в чрезвычайных ситуациях 135

Организационная схема деятельности специалистов психологической службы

на месте ЧС 138

Общие принципы и основные профессиональные психологические методы оказания экстренной

психологической помощи 140

Принципы и этические нормы специалиста-  
психолога при работе в чрезвычайной ситуации 140

Методы оказания экстренной

психологической помощи 143

Методы психологической диагностики, используемые при оказании экстренной

психологической помощи 149

Выводы 149

Вопросы и задания к главе 7 151

ГЛАВА 8. Отсроченные реакции

на травматический стресс 152

Посттравматическое стрессовое

расстройство (ПТСР) 160

Реакции горя 170

Психосоматические расстройства 171

Выводы 177

Вопросы и задания к главе 8 178

ГЛАВА 9. Посттравматическое

стрессовое расстройство 180

Диагностические критерии посттравматического

стрессового расстройства (ПТСР) 186

Основные направления

реабилитации ПТСР 203

Вопросы и задания к главе 9 208

ГЛАВА 10. Переживание утраты 211

Вопросы и задания к главе 10 233

Литература 234

РАЗДЕЛ IV. ХРОНИЧЕСКИЙ СТРЕСС  
И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ  
СПЕЦИАЛИСТА 239

ГЛАВА 11. Профессиональное здоровье

специалистов 240

Профессиональное развитие 246

Выводы 278

Вопросы и задания к главе 11 280

ГЛАВА 12. Профилактика синдрома профессионального выгорания

у специалистов экстремального профиля 282

Выводы 311

Вопросы и задания к главе 12 311

Литература 312

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 314

Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных

Под общей ред. к. психол. н. Ю.С. Шойгу

Учебное издание

Редактор О.В. Квасова Корректор НА. Степина Компьютерная верстка Е.Г. Егоровой

Обложка В.Н. Кокорев Директор издательства ДА. Леонтьев

Издательство «Смысл» (ООО НПФ «Смысл») 125009, Москва, а/я 158 тел./факс: (495) 189-95-88 e-mail: smysl@smysl.ru http: //www.smysl.ru

Подписано в печать 20.11.2007. Формат 84x108/32. Бумага офсетная. Гарнитура NewtonC. Печать офсетная. Тираж 1000. Усл.печ.л. 16,80