



МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ
ПРИДНЕСТРОВСКОЙ МОЛДАВСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

П Р И К А З

25.05.2021

№ 410

г. Тирасполь
Об утверждении

Методических рекомендаций

«Психологическая помощь субъектам образовательного процесса в кризисных и экстремальных ситуациях в организациях образования Приднестровской Молдавской Республики»

В соответствии с Законом Приднестровской Молдавской Республики от 27 июня 2003 года № 294-3-Ш «Об образовании» (САЗ 03-26) в действующей редакции, Постановлением Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 26 мая 2017 года № 113 «Об утверждении Положения, структуры и предельной штатной численности Министерства просвещения Приднестровской Молдавской Республики» (САЗ 17-23) с изменениями и дополнениями, внесенными постановлениями Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 9 ноября 2017 года № 307 (САЗ 17-46), от 25 января 2018 года № 22 (САЗ 18-5), от 10 сентября 2018 года № 306 (САЗ 18-37), от 23 октября 2019 года № 380 (САЗ 19-41), от 6 апреля 2020 года № 102 (САЗ 20-15), Приказом Министерства просвещения Приднестровской Молдавской Республики от 11 июня 2019 года № 540 «Об утверждении Концепции развития психолого-педагогической службы в системе образования Приднестровской Молдавской Республики» (САЗ 19-34), в целях обеспечения реализации организациями образования системы мероприятий, направленных на оказание помощи обучающимся, оказавшимся в кризисных и экстремальных ситуациях,

п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить Методические рекомендации «Психологическая помощь субъектам образовательного процесса в кризисных и экстремальных ситуациях в организациях образования Приднестровской Молдавской Республики» согласно Приложению к настоящему Приказу.
2. Начальникам управлений народного образования городов и районов республики, директорам государственных организаций образования руководствоваться данным Приказом.
3. Контроль за исполнением настоящего Приказа возложить на заместителя министра просвещения Приднестровской Молдавской Республики Н.В. Солдатову.

Министр

А.Н. Николук

Методические рекомендации
«Психологическая помощь субъектам образовательного процесса в
кризисных и экстремальных ситуациях в организациях образования
Приднестровской Молдавской Республики»

Составители:

И.В. Клименко, доцент, кандидат психологических наук, начальник
Управления молодежной политики и социально-психологической поддержки
ГОУ «Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»,
психолог высшей квалификационной категории, руководитель
Республиканского научно-методического совета по психологии;

О.Г. Сидорова, педагог-психолог высшей квалификационной
категории Отдела психологического сопровождения и профориентационной
работы ГОУ «Приднестровский государственный университет
им. Т.Г. Шевченко»;

А.В. Горина, педагог-психолог первой квалификационной категории
Отдела психологического сопровождения и профориентационной работы
ГОУ «Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»;

Н.А. Николаева, педагог-психолог первой квалификационной
категории Отдела психологического сопровождения и профориентационной
работы ГОУ «Приднестровский государственный университет
им. Т.Г. Шевченко»;

И.С. Дроздова, педагог-психолог Отдела психологического
сопровождения и профориентационной работы ГОУ «Приднестровский
государственный университет им. Т.Г. Шевченко»;

А.С. Мороз, педагог-психолог Отдела психологического
сопровождения и профориентационной работы ГОУ «Приднестровский
государственный университет им. Т.Г. Шевченко».

Пособие адресовано администрации организаций образования,
педагогам, кураторам студенческих групп, врачам и другим специалистам,
сталкивающимся с проблемами организации помощи людям, оказавшимся в
экстремальных психологических ситуациях. Представлены материалы,
посвященные теоретическим и практическим проблемам оказания помощи
субъектам образования.

Рекомендовано Советом по воспитательной работе
ГОУ «Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»;

Рекомендованы Республиканским научно-методическим советом по
психологии

Содержание

Предисловие	3
1. Основные теоретико-методологические аспекты психологии кризисных состояний и кризисной психологической помощи	4
1.1. Понятие и сущность кризиса, виды. Критическая ситуация	4
1.2. Психология горя и утраты	11
1.3. Проблемы суицидологии	16
2. Экстремальные ситуации и психические состояния человека	21
2.1. Экстремальная ситуация, понятие, виды, субъекты. Классификация экстремальных ситуаций	21
2.2. Экстремальные состояния	26
2.3. Психогении в экстремальных ситуациях	35
3. Психологическая помощь субъектам образования в организациях образования в кризисных и экстремальных ситуациях	44
3.1. Границы профессиональных компетенций сотрудников организаций образования в кризисной ситуации	45
3.2. Модель экстренной психологической помощи (ЭПП) в кризисных ситуациях в организациях образования	45
3.3. Экстренная психологическая помощь	53
3.3.1. Экстренная психологическая помощь обучающимся в ситуации гибели (смерти) близкого (в результате несчастного случая и т.п.)	60
3.3.2. Психологическая помощь обучающимся, склонным к суицидальному поведению. Суицидологическая диагностика	66
3.4. Техники работы с пострадавшими в экстремальных ситуациях	81
Приложение	103
Литература	111

Предисловие

В последние годы Служба психолого-педагогического сопровождения в организациях образования все чаще сталкивается с проблемами кризисного вмешательства (действия в экстремальных и чрезвычайных ситуациях), что требует от педагогов-психологов (психологов) дополнительных профессиональных навыков. Организация образования вынуждено оперативно реагировать на различные кризисные ситуации. Одни из них локальны и касаются только обучающихся (воспитанников) и персонала (такие, как переживание утраты в связи со смертью ученика, преподавателя), другие носят более глобальный, региональный характер (стихийные бедствия, эпидемия и т.д.). Кризисная ситуация может представлять угрозу физической безопасности обучающихся – захват заложников, обнаружение бомбы и т.д.

К некоторым типам кризисных ситуаций можно подготовиться, другие практически не оставляют времени для предварительного планирования. Одни экстремальные ситуации случаются в стенах школы, другие – за ее пределами. Эти факторы влияют на реакцию человека в кризисных ситуациях, однако вне зависимости от типа кризисной ситуации педагог-психолог сталкивается с необходимостью планировать действия в соответствии с происшествием, а также владеть навыками первичной диагностики, позволяющей оценить и понять поведение обучающихся.

Многолетний опыт работы специалистов в России, Израиле и других странах, привел к осознанию необходимости участия школьных педагогов-психологов в ликвидации последствий экстремальных ситуаций. По мнению Б. Штейна, необходимость обучения психологов работе в условиях чрезвычайных событий возникает в связи с тем, что часть сообщества (включая и руководство организации образования) не знают, что предпринять в этой ситуации. Это в свою очередь приводит к углублению стрессового состояния как у детей, так и у самих педагогов. Так, например, осознание этого факта привело к созданию в системе образования Израиля программ кризисного вмешательства. В рамках этих программ были разработаны методы подготовки учащихся и школьного персонала к эффективному совладанию с эмоциональными и поведенческими аспектами реакции на потенциально травматическое событие. С развитием подобных программ они распространялись с уровня отдельной школы на более широкий уровень социума. Кризисная ситуация, по мнению израильских специалистов, должна разрешаться в более широком контексте и в координации разных общественных служб, при четком руководстве и распространении точной информации. Такая организационная схема отражает все большее смещение акцентов в должностных обязанностях школьного психолога от традиционных проблем к выполнению роли районного психолога, обслуживающего общину. Во время кризиса к нему могут обращаться за помощью персонал школы, администрация района и т.д. (B.Stein, 1996) [38].

События 1999 г. (взрывы жилых домов в г. Москве) поставили перед психологической службой новую очень важную задачу – создание системы экстренной психологической помощи лицам, оказавшимся в кризисной ситуации. Для решения этой задачи в рамках научно-образовательного комплекса «Психология» Психологическим институтом РАО и Московским городским психолого-педагогическим университетом была проведена работа по созданию действующей системы экстренной психологической помощи. Так, уже в сентябре 2000 г. решением Президиума Российской академии образования был открыт Научно-практический центр «Психология экстремальных ситуаций» ПИ РАО, а в 2001 г. по решению Департамента образования г. Москвы был создан Центр экстренной психологической помощи Московского городского психолого-педагогического университета. Задачей этих структур стало создание практической системы экстренной психологической помощи и научный анализ всего комплекса проблем, связанных с особенностями поведения человека в экстремальных ситуациях.

Не случайно именно Служба практической психологии образования г. Москвы стала базой, на которой формируется служба экстренной помощи населению. Активно развиваясь, служба экстренной психологической помощи выстраивается как полипрофессиональный комплекс и внедряет в практику средства и методы, позволяющие повысить культуру безопасности жизнедеятельности населения.

Перед психолого-педагогической службой в системе образования Приднестровской Молдавской Республики стоит основная цель – обеспечение решения стратегических задач развития образования Приднестровской Молдавской Республики, направленное на сохранение и укрепление психологического здоровья обучающихся (воспитанников), снижение рисков их дезадаптации. Умение качественно и своевременно оказать психологическую помощь всем субъектам образования в критических и экстренных ситуациях значимая профессиональная компетенция современного педагога-психолога.

Далее представлены материалы, посвященные теоретическим и практическим проблемам оказания помощи субъектам образования. Рассмотрены общие вопросы организации психологической работы психолого-педагогической службы в кризисных и экстремальных ситуациях.

1. Основные теоретико-методологические аспекты психологии кризисных состояний и кризисной психологической помощи

1.1. Понятие и сущность кризиса, виды. Критическая ситуация

Особое место в системе психологической безопасности образовательного процесса занимает профилактика кризисных состояний и оказание экстренной психологической помощи в кризисных ситуациях.

Кризис, от греческого *krineo*, буквально означает «разделение дорог».

В китайском языке слово «кризис» состоит из двух иероглифов, один из которых означает «опасность», а другой – «возможность», как «полный опасности шанс», как возможность роста человеческой личности, которые индивид обретает, проходя через состояние психического кризиса и испытывая различные сопротивления.

Таким образом, слово «кризис» несёт в себе оттенок чрезвычайности, угрозы и необходимости в действии. Само понятие «кризис» реально означает острую ситуацию для принятия какого-то решения, поворотный пункт, важнейший момент. Зачастую подобный пересмотр представлений влечет за собой изменения в структуре личности. Эти изменения могут носить как позитивный, так и негативный характер. По определению, личность, находящаяся в кризисе, не может оставаться прежней; иными словами, ей не удастся осмыслить свой актуальный психотравмирующий опыт, оперируя знакомыми, шаблонными категориями или использовать простые привычные модели приспособления. Слово «кризис» мы воспринимаем как своего рода предупреждение: следует что-то предпринять, пока не произошло нечто худшее. Не всегда представляет опасность сам кризис, а скорее то, что мы упустили шанс. Кризис может повлечь за собой рост и созревание. В психическом кризисе можно выделить две стороны: опасность для личностного роста и потенциал личностного роста.

И теоретики, и практики считают, что в ситуации кризиса при попытке овладения стрессовым состоянием человек переживает определенный вид физической и психологической перегрузки. Эмоциональные напряжения и стрессы могут приводить либо к овладению новой ситуацией, либо к срыву и ухудшению выполнения жизненных функций. Хотя некоторые ситуации могут быть стрессовыми для всех людей, они оказываются кризисами для тех, кто особенно раним в силу личностных особенностей.

Кризисной называют ситуацию, когда человек сталкивается с препятствием в реализации важных жизненных целей и не может справиться с этой ситуацией с помощью привычных средств. Выделяются два типа кризисных ситуаций: обусловленные изменениями в естественном жизненном цикле или травмирующими событиями жизни.

Необходимым условием возникновения кризиса являются значительные эмоциональные нагрузки, блокирование важнейших потребностей индивида и его специфическая личностная реакция на это.

Виды кризисов

В психологической литературе определены основные виды кризисов, которые может испытывать человек:

- а) кризисы развития (возрастные кризисы);
- б) кризисы утраты и разлуки;
- в) травматические кризисы

Возрастной кризис – это переходный период между возрастными этапами, который неизбежно переживается ребёнком при переходе от одного возрастного этапа к другому по завершении определенных стадий развития.

В первую очередь этот вид кризиса обусловлен физиологическими сдвигами в организме ребёнка, морфофункциональными перестройками. Особенность протекания возрастного кризиса зависит от врождённых свойств нервной системы (темперамент), характера, индивидуальных, биологических и социальных отношений. Во время кризиса личность ребёнка, как открытая система, становится неустойчивой, даже на слабые раздражители отвечает неоправданно интенсивными откликами.

Возрастные кризисы – это кризисы естественные, нормативные. Например, подростковый кризис (13-17 лет). Центральным фактором физического развития в подростковом возрасте является половое созревание, которое оказывает существенное влияние на работу внутренних органов. Проявляется половое влечение и связанные с ним новые переживания, потребности и мысли. Возникшее в результате чувство взрослости интерпретируется им как готовность стать полноправным членом взрослого общества, быть самостоятельным, добиваться уважения со стороны старших. При этом социально подросток остаётся ещё школьником, его стремление быть взрослым вызывает сопротивление со стороны взрослого окружения. Это противоречие и лежит в основе подросткового кризиса.

В пубертатный период проблемы и конфликты подростка могут перейти в затяжные кризисы. Именно в этом возрасте – как регрессивная декомпенсация кризиса – появляется первый пик суицидальной активности (суицидальные попытки и суициды), возникает риск негативных зависимостей (алкоголь, наркотики, токсические вещества и т. д.), депрессии, психогенные приступы с переживанием отчуждённости (дереализации и деперсонализации).

Педагогу-психологу, работающему с ребёнком или подростком, оказавшемся в кризисном периоде развития, важно знать особенности и типичные конфликты, характерные для того или иного возрастного кризиса. Непреодолённые кризисы в сочетании с травматизацией могут превратиться в запущенные или выливаться в невротические, непоследовательные или агрессивные действия: побег, убегания, вандализм, убийство, или суицид.

Утрата – переживание, человеческий опыт, связанный со смертью близкого человека. Смерть предстаёт перед ребёнком с двух сторон. С одной стороны, ребёнок теряет близкого человека, и для многих детей это само по себе является очень сильной травмой, особенно если они были свидетелями насилия: убийства, самоубийства и так далее. Такие ситуации являются для детей кризисными, эту травму ребёнок может перенести через всю жизнь. С другой стороны, переживая смерть близкого, ребёнок сам начинает осознавать, что он смертен, и это наряду с переживанием утраты близкого травмирует его. Иногда у ребёнка, который по разным причинам не участвовал в ритуалах прощания с умершим, рождаются фантазии, он пытается домыслить прерванный событийный ряд. Эти фантазии переходят потом в ночные кошмары. Часто ребёнок не в состоянии раскрыть кому-либо свои чувства, свои страхи, чувство вины, возникшие у него после смерти близкого.

Во время кризиса утраты ребёнок переживает смешанные эмоции – от подавленности и печали до гнева и досады. Невозможно определённо предсказать, как именно среагирует на ситуацию утраты конкретный ребёнок: будет ли он изливать свои эмоции или будет переживать их «про себя».

С кризисами разлуки дети сталкиваются в случаях развода родителей и создания родителями новых семей. Это время эмоциональной и физической разлуки одного из супругов с детьми. Субъективный дистресс и эмоциональные нарушения могут проявляться у детей в этой фазе как более или менее выраженное расстройство адаптации. Ухудшается здоровье, появляется агрессивность, апатия, разрушаются социальные контакты. Зачастую поведение ребёнка приводит к нарушению его социального функционирования (манкирование учёбой, ухудшение успеваемости, уходы из школы, побеги из дома, делинквентность, аддиктивное поведение и т.д.). В это время ребёнок нуждается в любви и поддержке, заботе, разумном и честном объяснении происходящего. В случае, если такой поддержки нет, ребёнок остаётся одиноким, испытывает чувство собственной вины за происходящий развод, надежду на возможное возвращение прежнего статуса семьи, может переживать депрессию в связи с невозможностью что-либо изменить своими силами.

При этом, как правило, дети недостаточно времени проводят с одним из родителей (обычно с отцом), а родители не «сотрудничают» между собой. Проблемы, возникающие в этом периоде, могут усугубляться особым нестабильным состоянием самих родителей, которые не могут быть достаточной опорой для ребёнка. Находясь в поиске нового партнёра либо переживая одиночество, родитель зачастую эмоционально отдаляется от ребёнка.

Процесс адаптации детей после развода условно делят на три фазы:

Первая, самая острая фаза, длится примерно около двух лет. Это время эмоциональной и физической разлуки одного из супругов с детьми.

Вторая фаза – переходная. Взрослые налаживают жизнь друг без друга, испытывая подъёмы и спады.

Третья фаза означает создание нового жизненного стиля. Один или оба родителя заводят новые семьи. Если дети не подготовлены к этому, их отношения с приёмными родителями могут складываться очень сложно, вызывать напряжение как у взрослых, так и у детей.

Травматические кризисы возникают в результате внезапного кратковременного или длительного воздействия событий, выходящих за рамки нормального человеческого опыта, к которым человек, как правило, не является готовым.

Выделяют психологические травмы:

- причинённые каким-либо стихийным или природным бедствием;
- причинённые людьми (все виды насилия, жестокое обращение, сексуальное злоупотребление, война, теракты).

По продолжительности травмирующего действия выделяют краткосрочные и длительные или повторяющиеся травмирующие ситуации.

Кризисы насилия – разновидность травматического кризиса, причинённого людьми.

Четыре типа жестокого обращения с ребёнком:

а) физическое жестокое обращение – это любое неслучайное нанесение телесного повреждения ребёнку;

б) сексуальное насилие – использование ребёнка или подростка другим лицом для получения собственного сексуального удовлетворения;

в) пренебрежение нуждами ребёнка – хроническая неспособность родителя или лица, осуществляющего уход, обеспечить основные потребности не достигшего 18-летнего возраста ребёнка в пище, одежде, жилье, медицинском уходе, образовании, защите и присмотре;

г) психологическое насилие, может быть двух видов:

Психологическое пренебрежение – последовательная неспособность родителя или лица, осуществляющего уход, обеспечить ребёнку необходимую поддержку, внимание, психологическую защиту, отсутствие привязанности к ребёнку.

Психологическое жестокое обращение – хронические действия, совершаемые взрослыми с целью издевательства над ребёнком, его унижения, оскорбления, высмеивания.

К этой форме насилия относятся:

- открытое неприятие и постоянная критика ребёнка;
- оскорбление ребёнка и унижение его достоинства;
- угрозы в адрес ребёнка, проявляющиеся в словесной форме без физического насилия;
- преднамеренная физическая или социальная изоляция ребёнка;
- предъявление к нему чрезмерных требований, не соответствующих возрасту или возможностям;
- ложь и невыполнение взрослыми обещаний;
- однократное грубое психическое воздействие, вызвавшее у ребёнка психическую травму.

Последствиями кризисов, связанных с применением психологического насилия, являются нарушения развития детей и их социальной адаптации, также построение такой системы ценностей у развивающейся личности ребёнка, которая формирует особые жизненные сценарии. Часто поведение таких детей характеризуется гиперагрессивностью, вспыльчивостью, мстительностью, повышенным вниманием к мелочам, эмоциональной чёрствостью, даже тупостью, что в последующей жизни часто приводит к риску вовлечения ребёнка в преступную деятельность.

В то же время у детей может сформироваться позиция «жертвы» – ощущение того, что они не такие, как все, что они нуждаются в особом внимании, помощи, поддержке. Причём внимание и поддержку они требуют от любого человека – независимо от того, хочет ли он этого или нет. Став

взрослым, «человек-жертва» не прилагает никаких усилий для достижения сложных целей, решения проблем, обычных для любого другого человека, соответственно он не способен добиться успеха в профессиональной карьере, стать полноценным членом общества.

Процесс проживания ребёнком кризисной ситуации неоднороден, состояние ребёнка постоянно изменяется.

Сначала происходит первичный рост психоэмоционального напряжения, ребёнок ищет способ разрешения ситуации, находясь при этом в границах нормальной адаптации. Начало кризиса у ребёнка сопровождается подъёмом негативных эмоций, которые он «выплёскивает» на окружающих. Чаще всего это вызывает у окружения негативную реакцию, приводит к ссорам, дракам, агрессивному поведению и т.д.

Если поиски выхода из ситуации оказываются безрезультатными, то происходит дальнейший рост напряжения, что усиливает негативные реакции: злость, гнев, агрессию и т.п.

В случае, если степень напряжения такова, что требует от ребёнка мобилизации всех его внешних и внутренних сил, то можно наблюдать первые признаки нарушения адаптации.

Если всё оказывается тщетно, наступает стадия, характеризующаяся чувством беспомощности, безнадёжности, и отчаяния, особым изменением поведения, что в конечном итоге может привести к интеллектуальной и эмоциональной дезорганизации личности ребёнка, нарушению его развития, психосоматическим заболеваниям. Именно на последней фазе наиболее вероятны девиантные формы выхода из кризиса (например, физическая агрессия и аутоагрессия вплоть до суицида), апатия и прекращение сопротивления, психозы, тяжёлые психосоматические заболевания и т.д.

Критическая ситуация

Анализ основных подходов для определения ситуации как критической, несущей угрозу личностному развитию, нарушающей взаимодействие и адаптацию человека в социальной среде, позволяет выделить следующие необходимые условия ее возникновения:

а) эмоциогенный источник, находящийся в окружающей среде, который воздействует на человека, представляет определенную «значимость» для него и таким образом создает конфликтообразующую почву;

б) индивидуально-типологические особенности личности, которые определяют внутриличностный компонент развития критической динамики. Этот элемент может быть представлен направленностью личности и выражаться в активно-или пассивно-приспособительном типе поведения;

в) индивидуальные восприятия-когниции ситуации, которые представляют субъективную картину критической ситуации. Если человек воспринимает ситуацию, интерпретирует и типизирует ее как критическую,

то это предполагает наличие у него представлений о том, что это есть критическая ситуация для него.

Критическая ситуация — это вид социальной ситуации; она складывается в результате одномоментного сильного или слабого, но длительного психологического травматизирования совокупностью событий внешнего или внутреннего мира. Эти воздействия преломляются в психике человека и сопровождаются ситуационными реакциями, имеющими тенденцию перехода в индивидуальные паттерны реагирования (стереотипы поведения) в виде «защитно-компенсаторных» образований.

Критическая ситуация отражается на когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах, а также проецируется на психологическое время личности. Ее проявлениями являются: стресс, фрустрация, психологический кризис, внутриличностный конфликт, ситуационные реакции на эмоциогенные раздражители и т.п.

Для критической ситуации характерно то, что она не всегда осознается человеком. О ее наличии или переживании судят по косвенным признакам. Особенно отчетливо это проявляется в девиантном поведении подростков как форме компенсации и защиты.

Основаниями для выделения критической ситуации могут выступать: концепты потребностей — в зависимости от того, какая потребность, мотив блокированы; внутреннее психическое напряжение; индивидуальные ситуационные реакции; индивидуальные паттерны реагирования — стереотипы поведения. Попадая в критическую ситуацию или воспринимая ее как таковую, человек начинает взаимодействовать с ней. Он и ситуация выступают друг для друга в качестве объекта и субъекта взаимодействия, которое можно представить как переживание-преодоление критической ситуации.

На начальном этапе возникновения критической ситуации человек выступает в качестве объекта ее воздействия. По мере развития ситуации человек становится действенным субъектом взаимодействия. В ходе этого процесса происходит изменение ситуации в сторону ее преодоления или ухудшения, углубления. Поэтому человек либо идет по пути становления-развития, либо деградирует как личность.

Следствием переживания критической ситуации подростком может выступать процесс переосмысления, переоценки своего прошлого, изменения целей и смысла жизни, а также связанная с перестройкой образа «Я», потеря или смена ведущих мотивов.

Травмированный, переживший чрезвычайно сильные и разрушительные эмоции человек очень боится их повторения. Если эмоции прорываются наружу, человек теряет контроль над собой, своим поведением и совершает непоправимые поступки. Дети, пережившие травму, становятся рассеянными, у них ухудшается память, внимание, что сказывается на их низкой успеваемости. Эмоциональное напряжение влияет на физическое здоровье, приводит к возникновению психосоматических нарушений, расстройств, болезней на «нервной почве».

При долговременных стрессах возникает потребность в искусственных успокоительных средствах, поэтому дети начинают довольно рано курить, употреблять наркотики, алкоголь, транквилизаторы, токсические вещества. У ребенка меняется восприятие прошлого, настоящего и будущего под воздействием травмы, в результате чего он остается таким же по возрасту, каким был во время получения травмы. Если травма была в более раннем возрасте, то ребенок не становится психологически зрелой личностью, а остается инфантильным долгое время. По данным статистики, люди, пережившие психологические травмы, более часто совершают самоубийства, увлекаются алкоголем, наркотиками, с ними чаще происходят несчастные случаи.

Столкновение ребенка любого возраста с травматической ситуацией, ее переживание показывают нереальность имеющихся иллюзий. Разрушение иллюзий – очень болезненный процесс для любого взрослого человека, а для ребенка – вдвойне. Открывая для себя переживания, полученные в результате травмы, ребенок обесценивает все свои усилия: зачем хорошо учиться, стараться быть хорошим, ходить в школу, если это не дает чувства защищенности, нужности кому-то. И очень важно, что последует за этим открытием. Если человек выбирает путь выхода из иллюзий в мир опасный, но реальный, верит в себя, то он будет преодолевать трудности, стоящие перед ним, а значит, он повзрослеет и станет выше на уровень своего развития как личность. Если не сможет преодолеть барьер иллюзий, то в человеке укрепитя убеждение в существовании новых иллюзий, и он будет верить в них, жить в придуманном им самим мире иллюзий.

Продолжительность периода от начала возникновения кризиса до выхода из кризисной ситуации зависит от тяжести травмирующего события, индивидуальной реакции ребёнка, сложности задач возрастного периода, которые должны быть решены ребёнком на данном этапе его жизни, имеющихся у ребёнка и его окружения ресурсов. В среднем состояние активного дисбаланса адаптации продолжается до четырёх – шести недель.

1.2. Психология горя и утраты

Психологи определяют горе как реакцию на утрату значимого объекта, утрату части собственной идентичности или ожидаемого будущего. Горе – это также процесс, при помощи которого человек работает с болью утраты, вновь обретая чувство равновесия и полноты жизни [16]. Реакция утраты может быть вызвана не только смертью близкого, но и, например, удалением части тела (руки, молочной железы), разрывом родственных связей (развод), увольнением с работы, уходом из родного дома, коллектива и т.д. [25,6].

Горе утраты характеризуется следующими проявлениями по Моховикову А.Н.:

1. На первый план выступает *физическое страдание* в виде периодических приступов длительностью от нескольких минут до часа со

спазмами в горле, припадками удушья, учащенным дыханием и постоянной потребностью вздохнуть. Ощущается чувство пустоты в животе, потеря аппетита, мышечной силы; малейшее движение становится крайне тягостным и почти невозможным, от незначительной физической нагрузки возникает полнейшее изнеможение. На фоне этих телесных признаков человек испытывает *психическое страдание* в виде эмоционального напряжения или душевной боли. Отмечаются изменения ясности сознания.

2. Поглощенность образом утраченного. На фоне чувства нереальности могут возникать зрительные, слуховые или сочетанные иллюзии. Переживающие горе сообщают, что слышат шаги умершего, встречают его мимолетный образ в толпе, узнают знакомые запахи и т.д. Такие состояния отличаются сильной эмоциональной вовлеченностью, под влиянием которой может утрачиваться грань между переживанием и реальностью.

3. Чувство вины. Горюющий пытается отыскать в предшествующих утрате событиях и поступках то, чего он не сделал для умершего. Малейшие оплошности, невниманье, упущения, ошибки преувеличиваются и способствуют развитию идей самообвинения.

4. Враждебные реакции. В отношениях с людьми снижается или исчезает симпатия, утрачивается обычная теплота и естественность, нередко человек говорит о происходящем с раздражением или злостью, выражает желание, чтобы его не беспокоили. Враждебность иногда возникает спонтанно и необъяснима для горюющих. Некоторые принимают ее за начало безумия. Другие стараются контролировать вспышки гнева, что удается далеко не всегда. Постоянные попытки держать себя в узде приводят к особой манерно-натянутой форме общения.

5. Утрата прежних естественных моделей поведения. В поступках отмечается торопливость, суетливость, человек становится непоседливым или совершает хаотические действия в поисках какого-либо занятия, но оказывается совершенно неспособным к простейшей организованной деятельности. Со временем он как бы вновь осваивает круг повседневных дел. Горюющим очень часто приходится как бы заново «учиться» их делать, преодолевая переживание отсутствия смысла какого-либо действия после случившегося.

6. Идентификация с утратой. В высказываниях и поступках человека появляются черты поведения умершего или признаки его предсмертного заболевания. Как правило, идентификация с утратой становится следствием поглощенности образом умершего.

Во времени состоянию горя свойственна динамика, прохождение ряда этапов, когда человек осуществляет «работу горя» [15]. Цель «работы горя» состоит в том, чтобы *пережить* его, стать независимым от утраты, приспособиться к изменившейся жизни и найти новые отношения с людьми и миром.

Начальная стадия горя – шок и оцепенение. Шок от перенесенной утраты и отказ поверить в реальность происшедшего могут длиться до

нескольких недель. Физическое состояние человека, переживающего горе, ухудшается: обычны утрата аппетита, сексуального влечения, мышечная слабость, замедленность реакций. Происходящее переживается как нереальное. Человек в состоянии шока может делать что-то действительно необходимое, связанное с организацией похорон, или же его активность может быть беспорядочной. Бывает и полная отрешенность от происходящего, бездеятельность. Чувства по поводу происшедшего почти не выражаются; человек в состоянии шока может казаться безразличным ко всему. Оцепенение – наиболее яркая черта этого состояния.

Часто человек в этой фазе чувствует себя вполне хорошо. Он не страдает, снижается чувствительность к боли и даже «проходят» беспокоившие заболевания. Его бесчувственность расценивается окружающими как недостаточность любви и эгоизм. От горюющего требуется бурное выражение эмоций, если же человек не может заплакать, его упрекают и винят. Между тем, именно такое «бесчувствие» свидетельствует о тяжести и глубине переживаний. И чем дольше длится этот «светлый» промежуток, тем дольше и тяжелее будут последствия.

Несмотря на все обманчивое внешнее благополучие, объективно человек находится в довольно тяжелом состоянии. Одна из опасностей состоит в том, что в любую минуту оно может смениться так называемым острым реактивным состоянием, когда человек вдруг начинает биться головой о стену, выбрасываться из окна, т.е. становится «буйным». Окружающие, чья бдительность усыплена, не всегда готовы к этому.

Предполагается, что комплекс шоковых реакций связан с работой механизмов психологической защиты: отрицание факта или значения смерти предохраняет понесшего утрату от резкого столкновения с ужасом произошедшего. Человек сосредоточен на каких-нибудь мелких заботах и событиях, не связанных с утратой, либо он психологически остается в прошлом, отрицая реальность; в таком случае он и производит впечатление оглушенного или сонного: почти не реагирует на внешние, стимулы или повторяет какие-либо действия.

Часто на смену шоковой реакции приходит чувство злости. Злость возникает как эмоциональная специфическая реакция на помеху в удовлетворении потребности, в данном случае – потребности остаться в прошлом вместе с умершим [10]. Любые внешние стимулы, возвращающие человека в настоящее, могут провоцировать это чувство. Злость также свидетельствует о глубине полученной психологической травмы.

Следующая стадия горя – стадия поиска – характеризуется стремлением вернуть умершего и отрицанием безвозвратности утраты. Человеку, понесшему утрату, часто кажется, что он видит умершего в толпе на улице, слышит его шаги в соседней комнате и т. п. Поскольку большинство людей, испытывая очень глубокое горе, сохраняют связь с реальностью, подобные иллюзии могут пугать, вызывать мысли о сумасшествии. С другой стороны, сильна вера в чудо, не исчезает надежда

каким-то образом вернуть умершего, и скорбящий «встречает» его или ведет себя так, как будто бы тот вот-вот появится.

Переход от стадии шока к стадии поиска постепенный; особенности состояния и поведения, характерные для этой стадии, можно заметить на 5 – 12-й день после смерти близкого. Некоторые последствия шока могут проявляться еще довольно долго.

Третья стадия – острого горя – длится до 6 – 7 недель с момента утраты.

Это период наибольших страданий, острой душевной боли. Появляется множество тяжелых, иногда странных и пугающих мыслей и чувств. Это ощущения пустоты и бессмысленности, отчаяние, чувство брошенности, одиночества, злость, вина, страх и тревога, беспомощность. Типичны необыкновенная поглощенность образом умершего и его идеализация, особенно к концу фазы, подчеркивание необычайных достоинств, избегание воспоминаний о его плохих чертах и поступках. Горе накладывает отпечаток и на отношения с окружающими, 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.

Работа по переживанию горя становится ведущей деятельностью. Это самый тяжелый период. Основным переживанием выступает чувство вины. Стадию острого горя считают критической в отношении дальнейшего переживания потери. Человек постепенно «уходит» от умершего и с болью переживает действительное отдаление его образа. Разрыв старой связи с умершим и создание образа памяти, образа прошлого и связи с ним – основное содержание «работы горя» в этот период.

Четвертая стадия синдрома утраты – стадия восстановления. В этот период восстанавливаются физиологические функции, профессиональная деятельность. Человек постепенно примиряется с фактом утраты. Он по-прежнему переживает горе, но эти переживания уже приобретают характер отдельных приступов, вначале частых, потом все более редких. Конечно, приступы горя могут быть очень болезненными. Человек уже живет нормальной жизнью и вдруг вновь возвращается в состояние тоски, скорби, испытывает ощущение бессмысленности своей жизни без ушедшего. Часто такие приступы связаны с праздниками, какими-то памяtnыми событиями и вообще – с любыми ситуациями, которые могут ассоциироваться с умершим. Годовщина смерти символически ограничивает период горя.

За этот период утрата постепенно входит в жизнь. Человеку приходится решать множество новых задач, и эти практические задачи переплетаются с переживанием потери. Он очень часто сверяет свои поступки с нравственными нормами умершего, с тем, «что бы он сказал».

Постепенно появляется все больше воспоминаний, освобожденных от боли, чувства вины, обиды. Некоторые из таких воспоминаний становятся особенно ценными, дорогими, они сплетаются порой в целые рассказы, которыми делятся с близкими, друзьями. На этой фазе человек как бы получает возможность отвлечься от прошлого и обращается к будущему – начинает планировать свою жизнь без умершего.

Приблизительно через год наступает *последняя стадия переживания утраты – завершающая*. Боль становится терпимей, и человек, переживший утрату близкого, понемногу возвращается к прежней жизни. В этот период происходит «эмоциональное прощание» с умершим, осознание того, что нет необходимости наполнять болью утраты всю жизнь. Из словарного запаса исчезают слова «тяжелая утрата» и «горе». Жизнь берет свое. Создать в памяти образ ушедшего из жизни, найти для него смысл и постоянное место в потоке жизни – вот основная цель психологической работы «горя» на данной стадии. И тогда человек, понесший утрату, сможет любить тех, кто живет рядом с ним, создавать новые смыслы, не отвергая тех, что были связаны с умершим: они останутся в прошлом.

Хотя сама последовательность (шок – переживание – принятие) типична и, следовательно, предсказуема, эти этапы не следуют строго один за другим и часто перекрывают друг друга. Переживание горя представляет собой индивидуальный процесс, и характерные признаки этапов могут сосуществовать в различных сочетаниях, создавая уникальные возможности для позитивных изменений.

Горе – это естественный процесс, и человек в большинстве случаев переживает его без профессиональной помощи. Хотя потери и являются неотъемлемой частью жизни, тяжелые утраты нарушают личные границы и разрушают иллюзии контроля и безопасности. Поэтому процесс переживания горя может трансформироваться в развитие болезни: человек как бы «застревает» на определенной стадии синдрома утраты. Чаще всего такие остановки происходят на острой стадии усиливаются и сохраняются в течение длительного [37]. Поэтому различают «нормальное» и патологическое (осложненное) горе.

Необходимо проявлять осторожность, определяя осложненное горе только по его продолжительности. Индивидуальные темпы «работы горя» очень различны, и даже спустя год после утраты она может быть еще не закончена. Но если миновало несколько лет и признаки горя все еще существенно мешают в жизни, тогда следует говорить об осложненном горе. Оно встречается у 10 – 15% горюющих.

Признаком завершения «работы горя» является способность адресовать большую часть чувств не усопшему, а другим людям, быть восприимчивым к новым впечатлениям и событиям жизни, способность говорить об умершем без сильной боли. Печаль остается, она естественна, когда человек говорит или думает о том, кого он любил и потерял, но это уже печаль спокойная, «светлая». «Работа горя» завершена, когда тот, кто пережил утрату, вновь способен вести нормальную жизнь, он чувствует себя

адаптированным, когда есть интерес к жизни, освоены новые роли, создано новое окружение и он может в нем функционировать адекватно своему социальному статусу и складу характера.

1.3. Проблемы суицидологии

Самоубийство (суицид) – это осознанное лишение себя жизни.

Феномен суицида чаще всего связывают с представлением о психологическом кризисе. В данном случае под кризисом понимается эмоциональное состояние, возникающее в ситуации столкновения личности с препятствием на пути удовлетворения ее важнейших жизненных потребностей, то есть таким препятствием, которое не может быть устранено обычными способами решения проблем, известными человеку из прошлого жизненного опыта [16].

Суицид рассматривается как следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемых ею конфликтов. Независимо от характера причин, конфликт для субъекта всегда реален и поэтому сопровождается интенсивными тягостными переживаниями, как правило, с депрессивной окраской. Конфликтная ситуация подвергается личностной переработке, в процессе которой конфликт разрешается. При его субъективной неразрешимости обычными, известными, приемлемыми для личности способами в качестве пути разрешения может использоваться суицид.

Когда во внешнем поведении проявляются побуждения к непосредственному осуществлению суицидального замысла, а в речи появляются высказывания в той или иной форме про суицидальные намерения (иногда в виде намеков или шуток), можно говорить о суицидальных проявлениях. Обычно открытые высказывания суицидальных намерений воспринимаются окружающими в демонстративно-шантажном плане или им вообще не придается должного значения. Однако их не стоит недооценивать. Во всех случаях при наличии таких высказываний требуется консультация специалиста, поскольку переход суицидальных намерений в суицидальные тенденции свидетельствует о присоединении к замыслу суицида волевого компонента, побуждающего к непосредственному осуществлению решения – совершению суицидальной попытки [1].

Различают следующие типы суицидального поведения:

Демонстративное поведение. В основе этого типа суицидального поведения лежит стремление человека обратить внимание на себя и свои проблемы, показать, как ему трудно справляться в жизненными ситуациями. Это своего рода просьба о помощи. Как правило, демонстративные суицидальные действия совершаются не с целью причинить себе реальный вред или лишить себя жизни, а с целью напугать окружающих, заставить их задуматься над проблемами подростка, «осознать» свое несправедливое отношение к нему. При демонстративном поведении способы суицидального

поведения чаще всего проявляются в виде порезов вен, отравления неядовитыми лекарствами, изображения повешения.

Аффективное суицидальное поведение. Суицидальные действия, совершенные под влиянием ярких эмоций, относятся к аффективному типу. В таких случаях подросток действует импульсивно, не имея четкого плана своих действий. Как правило, сильные негативные эмоции – обида, гнев, – затмевают собой реальное восприятие действительности и подросток, руководствуясь ими, совершает суицидальные действия. При аффективном суицидальном поведении чаще прибегают к попыткам повешения, отравлению токсичными и сильнодействующими препаратами.

Истинное суицидальное поведение характеризуется продуманным планом действий. Человек готовится к совершению суицидального действия. При таком типе суицидального поведения люди чаще оставляют записки, адресованные родственникам и друзьям, в которых они прощаются со всеми и объясняют причины своих действий. Поскольку действия являются продуманными, такие суицидальные попытки чаще заканчиваются смертью. При истинном суицидальном поведении чаще прибегают к повешению или к прыгиванию с высоты.

Суицидальное поведение у детей и подростков, имея сходство с действиями взрослых, отличается возрастным своеобразием. Детям характерна повышенная впечатлительность и внушаемость, способность ярко чувствовать и переживать, склонность к колебаниям настроения, слабость критики, эгоцентрическая устремленность, импульсивность в принятии решения. Нередки случаи, когда самоубийство детей и подростков вызывается гневом, протестом, злобой или желанием наказать себя и других. При переходе к подростковому возрасту возникает повышенная склонность к самоанализу, пессимистической оценке окружающего и своей личности. Эмоциональная нестабильность, часто ведущая к суициду, в настоящее время считается вариантом возрастного кризиса почти у четверти здоровых подростков [21].

Основные мотивы суицидального поведения у детей и подростков по Моховикову А.Н:

- а) переживание обиды, одиночества, отчужденности и непонимания;
- б) действительная или мнимая утрата любви родителей, неразделенное чувство и ревность;
- в) переживания, связанные со смертью, разводом или уходом родителей из семьи;
- г) чувства вины, стыда, оскорбленного самолюбия, самообвинения;
- д) боязнь позора, насмешек или унижения;
- е) страх наказания, нежелание извиниться;
- ж) любовные неудачи, сексуальные эксцессы, беременность;
- з) чувство мести, злобы, протеста; угроза или вымогательство;
- и) желание привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие, избежать неприятных последствий, уйти от трудной ситуации;

к) сочувствие или подражание товарищам, героям книг или фильмов («эффект Вертера»).

В детском и подростковом возрасте возникновению суицидального поведения способствуют депрессивные состояния, которые проявляются иначе, чем у взрослых. Их сравнительная характеристика приведена в таблице 1

Таблица 1.

Признаки депрессии у детей и подростков по Моховикову А.Н.

Дети	Подростки
Печальное настроение	Печальное настроение
Потеря свойственной детям энергии	Чувство скуки
Внешние проявления печали	Чувство усталости
Нарушения сна	Нарушения сна
Соматические жалобы	Соматические жалобы
Изменение аппетита или веса	Неусидчивость, беспокойство
Ухудшение успеваемости	Фиксация внимания на мелочах
Снижение интереса к обучению	Чрезмерная эмоциональность
Страх неудачи	Замкнутость
Чувство неполноценности	Рассеянность внимания
Негативная самооценка	Агрессивное поведение
Чувство «заслуженной отвергнутости»	Непослушание
Низкая фрустрационная толерантность	Склонность к бунту
Чрезмерная самокритичность	Злоупотребление алкоголем или наркотиками
Сниженная социализация, замкнутость	Плохая успеваемость
Агрессивное поведение, отреагирование в действиях	Прогулы в школе

Суицидальное поведение является динамическим процессом, состоящим из следующих этапов по Моховикову А.Н:

1. Этап суицидальных тенденций. Они являются прямыми или косвенными признаками, свидетельствующими о снижении ценности собственной жизни, утрате ее смысла или нежелании жить. Суицидальные тенденции проявляются в мыслях, намерениях, чувствах или угрозах. На этом этапе осуществляется **превенция** суицида, то есть его предотвращение на основании распознавания психологических или социальных предвестников. Главный смысл превентивных мер состоит в том, чтобы убедить общество, что суицидальные мысли психологически понятны и сами по себе не являются болезнью, ибо представляют естественную часть человеческого существования; что суицидальное поведение преходяще и доступно разрешению, а потому предотвратимо, если у окружающих будет желание выслушать другого человека и помочь ему.

2. Этап суицидальных действий. Он начинается, когда тенденции переходят в конкретные поступки. Под **суицидальной попыткой** понимается сознательное стремление лишиться себя жизни, которое по не зависящим от

человека обстоятельствам (своевременное оказание помощи, успешная реанимация и т.п.) не было доведено до конца. Самоповреждения, впрямую не направленные на самоуничтожение, имеющие характер демонстративных действий (шантаж, членовредительство или самоповреждение, направленные на оказание психологического или морального давления на окружение для получения определенных выгод), носят название *парасуицида*. Парасуициды обычно не предусматривают смертельного исхода, но есть случаи, когда человек гибнет, потому что «переиграл». Суицидальные тенденции могут также привести к *завершенному суициду*, результатом которого является смерть.

На этом этапе осуществляется процедура *интервенции*. Она представляет собой процесс вмешательства в текущий суицид для предотвращения акта саморазрушения и заключается в контакте с отчаявшимся человеком и оказании ему эмоциональной поддержки и сочувствия в переживаемом кризисе. Главная задача интервенции состоит в том, чтобы удержать человека в живых, а не в том, чтобы переделать структуру личности человека или излечить его нервно-психические расстройства. Это самое важное условие, без которого остальные усилия психотерапии и методы оказания помощи оказываются недейственными.

3. Этап постсуицидального кризиса. Он продолжается от момента совершения суицидальной попытки до полного исчезновения суицидальных тенденций, иногда характеризующихся цикличностью проявления. Этот этап охватывает состояние психического кризиса суицидента (человек, который совершил попытку суицида), признаки которого (соматические, психические или психопатологические) и их выраженность могут быть различными. На этом этапе осуществляются поственция и вторичная превенция суицидального поведения.

Поственция – это усилия по предотвращению повторения акта аутоагрессии, а также предупреждение развития посттравматических стрессовых расстройств у уцелевших и их окружения. Задачи поственции состоят в облегчении процесса приспособления к реальности у переживающих трудности, уменьшении степени заразительности суицидального поведения, а также в оценке и идентификации факторов риска повторного суицида.

Они решаются путем использования таких стратегий, как: (а) психологическое консультирование; (б) кризисная интервенция; (в) поиск систем поддержки личности в обществе; (г) образовательная стратегия для повышения осознания роли и значимости саморазрушающего поведения; (д) поддержание контактов со СМИ для соблюдения этических принципов при информировании об актах аутоагрессии в обществе. Вторичная превенция заключается в предупреждении повторных суицидальных попыток.

Мифы и факты о суициде:

1. *Миф*: говоря о желании покончить с жизнью, человек просто пытается привлечь к себе внимание. Люди, которые говорят о самоубийстве или совершают суицидальную попытку, испытывают сильную душевную

боль. Они стараются поставить других людей в известность об этом. Никогда не игнорируйте угрозу совершения самоубийства и не избегайте возможности обсудить возникшие трудности.

2. *Миф*: человек совершает самоубийство без предупреждения. Исследования показали, что человек дает много предупреждающих знаков и «ключей» к разгадке его плана. Приблизительно 8 из 10 задумавших самоубийство намекают окружающим на это.

3. *Миф*: склонность к самоубийству наследуется. Склонность к самоубийству не передается генетически.

4. *Миф*: самоубийства происходят только на верхних уровнях общества – среди политиков, писателей, артистов и т.п. Известно, что суицид совершают люди всех социальных групп. Количество самоубийств на всех уровнях общества примерно одинаково.

5. *Миф*: все суицидальные личности страдают психическими расстройствами. Не все люди, совершающие суицид, психически больны. Человек, задумавший самоубийство, чувствует безнадежность и беспомощность, не видит выхода из возникших трудностей, из болезненного эмоционального состояния. Это совсем не значит, что он страдает каким-то психическим расстройством.

6. *Миф*: разговор о самоубийстве может усилить желание человека уйти из жизни. Разговор о самоубийстве не может быть причиной его совершения. Если не поговорить на эту тему, то невозможно будет определить, является ли опасность суицида реальной». Часто откровенная, душевная беседа является первым шагом в предупреждении самоубийства.

7. *Миф*: если человек совершил суицидальную попытку, значит, он всегда будет суицидальной личностью, и в дальнейшем это обязательно повторится. Суицидальный кризис обычно носит временный характер, не длится всю жизнь. Если человек получает помощь (психологическую и другую), то он, вероятнее всего, сможет решить возникшие проблемы и избавиться от мыслей о самоубийстве.

8. *Миф*: люди, задумавшие самоубийство, просто не хотят жить. Подавляющее большинство людей с суицидальными намерениями колеблется в выборе между жизнью и смертью. Они скорее стремятся избавиться от непереносимой душевной боли, нежели действительно хотят умереть.

10. *Миф*: все действия во время суицидальной попытки являются импульсивными, непродуманными и свидетельствуют об отсутствии плана. Не всегда так происходит. Большинство пытающихся уйти из жизни предварительно обдумывают свои действия.

11. *Миф*: человек может покончить с собой под воздействием обстоятельств даже в хорошем расположении духа. В хорошем настроении с жизнью не расстаются, зато депрессивное состояние, как правило, рождает мысли о самоубийстве.

12. *Миф*: не существует значимой связи между суицидом и наркоманией, токсикоманией, алкоголизмом. Зависимость от алкоголя,

наркотиков, токсических веществ является фактором риска суицида. Люди, находящиеся в депрессивном состоянии, часто используют алкоголь и другие вещества, чтобы справиться с ситуацией. Это может привести к импульсивному поведению, так как все эти вещества искажают восприятие действительности и значительно снижают способность критически мыслить.

13. *Миф*: суицид – редкое явление. В Северной Америке суицид входит в число десяти основных причин смерти (для детей и юношества это одна из двух основных причин смерти). Мысли о самоубийстве приходят почти половине населения Соединенных Штатов. Суицидальные попытки совершают 1 из 250 человек. Фактически число суицидальных попыток может быть и гораздо больше, так как некоторые самоубийства маскируются под несчастные случаи.

14. *Миф*: Если человек уже решил умереть, его невозможно остановить.

Большинство людей, имеющих суицидальные намерения, колеблются между желанием жить и желанием умереть. Обращение за помощью к специалистам говорит об этой амбивалентности и надежде найти другой выход [21].

Самоубийство – слишком противоестественный и кардинальный шаг, поэтому решение на его совершение вызревает не мгновенно. Ему, как правило, предшествует более или менее продолжительный период переживаний, борьбы мотивов и поиска выхода из создавшейся ситуации. Предотвращение самоубийства подростками и молодыми людьми – важная задача профилактической работы среди обучающихся, классных руководителей и кураторов студенческих групп, педагогов-психологов и социальных педагогов организаций образования.

2. Экстремальные ситуации и психические состояния человека

2.1. Экстремальная ситуация, понятие, виды, субъекты.

Классификация экстремальных ситуаций

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

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.

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.

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 чрезвычайной ситуации (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.

Экстремальные ситуации антропогенного характера, подобные трагедии в Беслане, настолько разрушительно действуют на личность, 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.

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 экстремальной ситуации, оказался ли ее свидетелем или в результате

ситуации 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 чрезвычайной ситуации. 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, возможны отсроченные последствия работы в условиях чрезвычайных ситуациях.

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:

а) первая стадия – «героизм» (начинается непосредственно в момент катастрофы и длится несколько часов, для нее характерны альтруизм, героическое поведение, вызванное желанием помочь людям, спастись и выжить. Ложные предположения о возможности преодолеть случившееся возникают именно в этой стадии);

б) вторая стадия – «медовый месяц» (наступает после катастрофы и длится от недели до 3–6 месяцев. Те, кто выжил, испытывают сильное чувство гордости за то, что преодолели все опасности и остались в живых. В этой фазе пострадавшие надеются и верят, что вскоре все проблемы и трудности будут разрешены);

в) третья стадия – «разочарование» (обычно длится от 2 месяцев до 1–2 лет. Сильные чувства разочарования, гнева, негодования и горечи возникают вследствие крушения различных надежд);

г) четвертая стадия – «восстановление» (начинается, когда выжившие осознают, что им необходимо налаживать быт и решать возникающие проблемы самим, и берут на себя ответственность за выполнение этих задач).

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, их родственники, друзья. 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.

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

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 чрезвычайных ситуациях и следящие за развитием ситуации с помощью средств массовой информации. 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. 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 года 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 [36].

Классификация экстремальных ситуаций

Чрезвычайная (экстремальная) ситуация (ЧС) – это обстановка на определенной территории, сложившаяся в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, стихийного или иного бедствия, которые могут повлечь за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей. Каждая ЧС имеет присущие только ей причины, особенности и характер развития.

ЧС могут классифицироваться по следующим признакам:

а) по степени внезапности: внезапные (непрогнозируемые) и ожидаемые (прогнозируемые). Легче прогнозировать социальную, политическую, экономическую ситуации, сложнее – стихийные бедствия. Своевременное прогнозирование ЧС и правильные действия позволяют избежать значительных потерь и в отдельных случаях предотвратить ЧС;

б) по скорости распространения: ЧС может носить взрывной, стремительный, быстро распространяющийся или умеренный, плавный характер. К стремительным чаще всего относятся большинство военных конфликтов, техногенных аварий, стихийных бедствий. Относительно плавно развиваются ситуации экологического характера;

в) по масштабу распространения: локальные, местные, территориальные, региональные, федеральные, трансграничные. К локальным, местным и территориальным относят ЧС, не выходящие за пределы одного функционального подразделения, производства, населенного пункта. Региональные, федеральные и трансграничные ЧС охватывают целые регионы, государства или несколько государств;

г) по продолжительности действия: могут носить кратковременный характер или иметь затяжное течение. Все ЧС, в результате которых происходит загрязнение окружающей среды, относятся к затяжным;

д) по характеру: преднамеренные (умышленные) и непреднамеренные (неумышленные). К первым следует отнести большинство национальных, социальных и военных конфликтов, террористические акты и другие. Стихийные бедствия по характеру своего происхождения являются непреднамеренными, к этой группе относятся также большинство техногенных аварий и катастроф;

д) по источнику происхождения чрезвычайные (экстремальные) ситуации подразделяются на:

- 1) ЧС техногенного характера;
- 2) ЧС природного происхождения;
- 3) ЧС биолого-социального характера.

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

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

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

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

Что касается специальных психологических классификаций ЧС Семенова И.А. считает, что одним из очевидных существенных оснований является степень эмоциональной вовлеченности человека в ЧС различной природы. В литературе, освещающей специфику психологической реабилитации жертв ЧС различного происхождения, содержатся замечания о том, что легче в плане соматического здоровья и психологического благополучия восстанавливаются участники природных катастроф (наводнений, землетрясений и т.п.). Повышенная вероятность посттравматического стресса, затяжное и болезненное восстановление психических функций в пределах их нормы наблюдается после ЧС социального характера, например, у бывших заложников, жертв терактов [27].

2.2. Экстремальные состояния

Экстремальные состояния – состояния организма, развивающиеся под действием чрезвычайных факторов внешней или внутренней среды, характеризующиеся максимальным напряжением или истощением приспособительных механизмов, приводящие к критическим расстройствам жизнедеятельности человека [23].

Понятие экстремальных состояний обобщает широкий класс функциональных состояний человека, которые протекают по типу динамического рассогласования. Оно может характеризоваться нарушением адекватности физиологических реакций (такая ситуация возникает прежде всего при действии экстремальных факторов физического или химического

характера) или нарушением психологических и поведенческих реакций (это наиболее характерно при действии экстремальных факторов информационно-семантического характера). Наиболее частым является смешанный тип реакции, когда первичное изменение физиологических функций служит поводом к динамике поведенческих реакций или, наоборот, изменение психологических характеристик приводит к появлению физиологических сдвигов.

Реакции организма на экстремальные ситуации могут быть двух типов: адекватные формы реакции и реакции тревоги. Отличительным признаком, позволяющим отнести реакцию к тому или иному типу, является направленность этой реакции [14].

Основным содержанием адекватных форм ответа являются специфические реакции организма, направленные на устранение или преодоление экстремальных факторов и на решение поставленных поведенческих задач. При этом особенностью ответа на поведенческом уровне является осознанный, целенаправленный характер. Это предполагает формирование у человека определенного плана действий, основанного на анализе качественных, а иногда и количественных характеристик экстремальных условий и всей существующей ситуации в целом.

Форма ответа, связанная с реакцией тревоги, характеризуется относительно малой связью со спецификой экстремального фактора. Она направлена, прежде всего, на сохранение функционирования организма и в значительно меньшей степени на сохранность структуры осуществляемой деятельности. Сознательный контроль за поведенческими реакциями ослаблен, в крайних случаях наблюдаются бессознательные поведенческие акты, например, паника. Если при адекватной форме ответа мотивация деятельности, которая существовала до начала воздействия экстремального фактора, остается почти без изменений, то во втором случае наблюдается снижение субъективной важности этих мотивов и смена типа мотивации. Реакция тревоги появляется, как правило, в сверхэкстремальных (субъективно или объективно воспринимаемых) ситуациях [31].

Основные характеристики экстремальных состояний

Обязательным признаком экстремальных психических состояний является напряжение [30].

В экстремальных условиях и в условиях эмоционально окрашенных ситуаций различают три эмоциональных состояния.

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

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

Эмоциональная напряженность характеризуется временным понижением устойчивости психических и психомоторных процессов, а также

падением работоспособности, вызванным негативными или чрезмерными психогенными воздействиями.

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

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

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

Эмоциональная напряженность характеризуется также падением уровня психических познавательных процессов и ухудшением психомоторики. Причинами этого становятся избыточная мотивация, излишне нагнетаемое чувство ответственности за порученное дело, выраженное ощущение серьезной опасности, высокой тревожности и др. Развитию такого негативного психического состояния способствуют низкая эмоционально-волевая устойчивость, выраженная личностная тревожность, неуверенность в своих силах.

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

Кроме внешних проявлений эмоциональной напряженности выделяют проявления эмоциональной напряженности в деятельности.

Эмоционально-сенсорные нарушения включают изменения процессов ощущений и восприятия. *Эмоционально-моторные нарушения* характеризуются падением согласованности и точности движений.

Эмоционально-ассоциативные (эмоционально-мыслительные) *нарушения* предопределяют ошибочные умозаключения, принятие неправильных решений.

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

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

Динамика экстремальных состояний

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

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

Психическая напряженность может возникнуть в деятельности человека, когда имеют место специфические факторы, предъявляющие к человеку и его знаниям возможностям и ресурсам повышенные требования, или когда на пути поставленной перед ним цели возникает преграда. Психическая напряженность проявляется обычно как раздражительность, усталость, повышенная эмоциональная возбужденность, негативные переживания. В физиологическом состоянии наблюдается гиперфункция некоторых процессов: учащенный пульс, повышенное давление, потоотделение и т.п. Вместе с тем может уменьшаться время реакции, растет вариативность временных показателей, увеличивается число ошибок, ложных тревог и др.

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

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

В реакциях на стрессовые ситуации наблюдаются большие индивидуальные различия. Одни люди восприимчивы к стрессам, другие не столь к ним предрасположены. Однако в любом случае постоянное напряжение не может не сказываться на состоянии здоровья, чаще приводит к инфекционным и простудным заболеваниям. Если множество позитивных и негативных стрессов часто сменяют друг друга, напряженность постоянно растет; и вследствие резкого ослабления иммунной системы страдает здоровье. Поэтому при отборе лиц на специальности, связанные со стрессогенными ситуациями, нужна тщательная проверка на стрессоустойчивость [31].

Специфические виды экстремальных состояний

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

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

Физиологический аффект – это не выходящее за пределы нормы эмоциональное состояние, характеризующееся внезапностью возникновения, большой силой и кратковременностью. Такой аффект возникает, как правило, в конкретной для субъекта ситуации, когда он по необходимости продолжает деятельность и встречается с непреодолимыми препятствиями. Состояние аффекта может развиваться, например, в условиях острого дефицита времени, когда человек должен быстро сориентироваться в сложной эмоционально значимой ситуации, принять решение о характере своих дальнейших действий и практически реализовать это решение. Конфликт между объективной необходимостью действовать и субъективной невозможностью найти адекватный выход из сложившейся ситуации и приводит к возникновению аффекта. Такая ситуация является весьма характерной для деятельности человека в экстремальных условиях [35].

Состояние аффекта может возникнуть также в ответ на неожиданный сильный раздражитель при отсутствии у субъекта заранее подготовленной программы поведения. При этом сила воздействия раздражителя определяется в первую очередь личностным смыслом ситуации, в которой действует человек. В результате постепенной аккумуляции аффективных

переживаний в условиях травмирующей обстановки, даже незначительный сам по себе повод, также может вызвать кратковременную дезорганизацию поведения, аффективный «взрыв». Однако психологическая ситуация уже возникающего аффекта не зависит и не определяется механизмом его возникновения и выражается прежде всего в изменении сознания и деятельности человека. В состоянии аффекта происходит сужение сознания: внимание концентрируется на аффективно окрашенных переживаниях и представлениях, связанных с травмирующей ситуацией, уменьшается полнота отражения ситуации, снижается самоконтроль, действия становятся стереотипными и подчиняются эмоциям, а не логическому мышлению. Протекание аффекта сопровождается обычно и внешними проявлениями: напряженной мимикой, жестикуляцией и другими выразительными движениями.

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

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

В экстремальных условиях может возникать также и состояние *фрустрации*. Фрустрацией называется психическое состояние нарастающего внутреннего психического напряжения, психологическая реакция, связанная с разочарованием, неудачей в попытке достичь какой-либо цели. Оно возникает при наличии двух условий [12].

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

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

Сами же препятствия могут быть нескольких видов:

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

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

3) *пассивное внутреннее сопротивление* (осознанные или неосознанные комплексы неполноценности, неспособность осуществить

намеченное, расхождение между высоким уровнем притязаний и возможностями исполнения);

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

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

Обычно выделяют следующие виды фрустрационного поведения:

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

б) апатия;

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

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

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

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

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

Последствия фрустрации могут быть кратковременными и длительными. Ее преодоление предполагает применение приемов аутогенной тренировки для снятия эмоционально-волевого напряжения, ослабление конфликтности ситуации, дружеское общение, отвлечение от причины фрустрации, переключение внимания на что-либо приятное. Подверженность фрустрации в значительной мере зависит от типа нервной системы. У лиц с сильной нервной системой это состояние развивается, как правило, лишь после длительного периода неудач и чаще всего выражается в стенических реакциях, т. е. в желании доказать, что преследующие человека неудачи случайны. У лиц со слабой нервной системой состояние фрустрации возникает и при небольших, не очень частых неудачах и проявляется в форме

астении и желании прекратить работу. Поэтому такие лица нуждаются в подбадривании, в обстоятельном обсуждении причин неудач и способов их устранения, в постановке конкретных и вполне достижимых в данных обстоятельствах целей. [11].

Весьма характерными экстремальными состояниями являются также страх и паника.

Страх – это психическое состояние, появляющееся при получении субъектом информации о возможной угрозе его жизненному благополучию, о реальной или воображаемой опасности.

Страх ощущается и воспринимается людьми как угроза личной безопасности. Эмоция страха сама по себе вызывает страх, а переживание страха еще больше его усиливает, доводя до экстремальной стадии ужаса. Ужас – это максимальная степень переживания страха, усиливающего самого себя за счет повторяющейся циркуляции этого переживания в психике. Страх выполняет функцию мотивации специфических когнитивных и поведенческих актов, способствующих укреплению безопасности и чувству уверенности. Предчувствие страха может стать импульсом для укрепления «Я», может побуждать индивида к самосовершенствованию с целью снижения собственной уязвимости. Страх имеет двойственную природу реагирования (С. Кьеркегор, Н. Балл). Корни двойственной природы лежат во взаимодействии мотива к бегству, обусловленного страхом, и мотива к приближению, исследованию, обусловленного интересом. Поведение индивида в ситуации страха зависит от того, какая из этих двух эмоций выражена сильнее, и от их взаимодействия с другими эмоциями. Страх может быть результатом когнитивной оценки ситуации как потенциально опасной. Мыслительные процессы составляют самый обширный, самый распространенный класс активаторов страха. Его источником становится человек, предмет или ситуация.

П.И. Сидоров [30] с соавторами описывают четыре вида страха:

1) *Биологический страх* вызывается ситуацией, угрожающей непосредственно жизни. Угроза может исходить извне или изнутри организма. Как выражение нарушения внутреннего равновесия, страх возникает, когда нарушается метаболический обмен организма со средой. Главным элементом этого обмена является кислород. Кислородная недостаточность, сильнее всего отражающаяся на нервной системе, возбуждает состояние страха при инфаркте миокарда, острой недостаточности кровообращения, бронхиальной астме, потере крови и т. п., а его усиление зависит от степени уменьшения доступа кислорода. Кроме недостатка кислорода страх вызывает жажда и голод. Нарастание страха зависит от длины периода: чем короче период, тем быстрее нарастает страх.

2) *Социальный страх*. Человек не может жить и развиваться без других людей, а исключение его из социального мира (социальная смерть) равняется биологической смерти.

3) *Моральный страх*. Интеракция с окружением, исполнение определенных ролей и норм поведения, оценка самого себя соответственно

реакции окружения влияют стабилизирующим образом на эмоциональное отношение к самому себе. Внезапное появление чего-либо вызывает страх, который будет возрастать прямо пропорционально исключительности ситуации.

Дезинтеграционный страх. Переживание страха сопровождается чувством неуверенности, незащищенности, невозможности контролировать ситуацию.

Перечень индикаторов страха включает в себя: мгновенное прекращение или постепенное угасание совершаемых действий, продолжительное оцепенение, настороженность, реакция избегания или отстранения от раздражителя, серьезное или испуганное выражение лица и т.п.

Длительные переживания страха вызывает изменения во всем организме: сердцебиение, учащенный пульс, приступы тахикардии. Возникает чувство сдавливания в грудной клетке, удушье, боли в животе, кишечные спазмы, метеоризм, диспепсические расстройства, мышечные подергивания, дрожание и др.

По своим проявлениям, механизму возникновения и протекания близкой к страху является *паника*. С.Л. Соловьева [32] определяет панику как временное переживание гипертрофированного страха, определяющее неуправляемое, нерегулируемое поведение людей (утрата критики и контроля), иногда с полной потерей самообладания, неспособностью к реагированию на призывы и изменения чувства долга и чести.

В основе паники лежит переживание беспомощности перед реальной или воображаемой опасностью, стремление любым путем уйти от нее, вместо того чтобы бороться с ней. Человек мечется, не понимая, что он делает, либо цепенеет, столбенеет, происходит потеря ориентации, нарушение соотношения между основными и второстепенными действиями, распад структуры действий и операций, обострение оборонительной реакции, отказ от деятельности и пр. Паника выражается в поспешности, неадекватности поступков, принятии ошибочных решений с выраженным стремлением избежать мнимой опасности, защитных мер в ситуациях реальной опасности.

Классификация видов паники может осуществляться по нескольким основаниям. В работах С.Л. Соловьевой, П.И. Сидорова [32] описываются следующие виды паники.

а) по масштабности (количеству людей, охваченных данным эмоциональным состоянием): индивидуальная, групповая, массовая;

б) по степени панического сознания:

1) *легкая паника* – испытывается, когда задерживается транспорт, при спешке, внезапном, но не очень сильном сигнале (звук, вспышке и пр.). Человек способен сохранить полное самообладание и критичность. Внешне данная паника выражается легкой озабоченностью и напряжением мышц;

2) *средняя паника* – характеризуется значительной деформацией сознательных оценок происходящего, снижением критичности, увеличением страха и легкой подверженностью внешним воздействиям. Проявляется при

небольших транспортных авариях, различных стихийных бедствиях, пожарах, если чрезвычайное происшествие находится близко, но не угрожает;

3) *полная паника* – выражается отключением сознания и невменяемостью. Наступает при чувстве большой явной или мнимой смертельной опасности. Человек полностью теряет сознательный контроль над своим поведением, бессмысленно мечется, совершает самые разнообразные хаотические действия, поступки, абсолютно исключающие критическую оценку и рациональность;

в) по времени возникновения:

1) паника, возникающая сразу после экстремального воздействия катастрофы, воспринимаемой как смертельная опасность;

2) паника вследствие длительного пребывания в состоянии тревоги, напряжения, приводящего к нервному истощению и фиксации внимания на предмете тревоги.

Основными причинами развития паники являются:

а) состояние людей с гиперболизируемым страхом и ужасом;

б) внезапность появления угрозы для жизни, здоровья, безопасности (при пожаре, взрыве, аварии и т.п.);

в) длительные переживания, опасения, накопление тревоги, неопределенность ситуации, предполагаемые опасности, невзгоды;

г) полная психологическая неготовность к произошедшему событию;

д) отсутствие критичности при оценке ситуаций.

Психофизиологический механизм паники заключается в индукционном торможении больших участков коры головного мозга, предопределяющее понижение сознательной активности. В результате возникают неадекватность мышления, повышенная эмоциональность восприятия, гиперболизация опасности и резкое повышение внушаемости.

2.3. Психогении в экстремальных ситуациях

В условиях катастроф и стихийных бедствий нервно-психические нарушения проявляются в широком диапазоне: от состояния дезадаптации и невротических, невротоподобных реакций до реактивных психозов. Их тяжесть зависит от многих факторов: возраста, пола, уровня исходной социальной адаптации; индивидуальных психологических особенностей; дополнительных отягощающих факторов на момент катастрофы (одиночество, попечение о детях, наличие больных родственников, собственная беспомощность: беременность, болезнь и т.д.).

Психогенное воздействие экстремальных условий складывается не только из прямой, непосредственной угрозы для жизни человека, но и опосредованной, связанной с ее ожиданием. Психические реакции при наводнении, урагане и других экстремальных ситуациях не носят какого-то специфического характера, присущего лишь конкретной экстремальной ситуации. Это скорее универсальные реакции на опасность, а их частота и

глубина определяются внезапностью и интенсивностью экстремальной ситуации [2].

Травмирующее воздействие различных неблагоприятных факторов, возникающих в опасных для жизни условиях, на психическую деятельность человека подразделяется на непатологические психоэмоциональные (в известной мере физиологические) реакции и патологические состояния – психогении (реактивные состояния). Для первых характерна психологическая понятность реакции, ее прямая зависимость от ситуации и, как правило, небольшая продолжительность. При непатологических реакциях обычно сохраняются работоспособность (хотя она и снижена), возможность общения с окружающими и критического анализа своего поведения. Типичными для человека, оказавшегося в катастрофической ситуации, являются чувства тревоги, страха, подавленности, беспокойства за судьбу родных и близких, стремление выяснить истинные размеры катастрофы (стихийного бедствия). Такие реакции также обозначаются как состояние стресса, психической напряженности, аффективные реакции и т.п.

В отличие от непатологических реакций патологические-психогенные расстройства являются болезненными состояниями, выводящими человека из строя, лишаящими его возможности продуктивного общения с другими людьми и способности к целенаправленным действиям. В ряде случаев при этом имеют место расстройства сознания, возникают психопатологические проявления, сопровождающиеся широким кругом психотических расстройств.

Психопатологические расстройства в экстремальных ситуациях имеют много общего с клиникой нарушений, развивающихся в обычных условиях. Однако есть и существенные различия. Во-первых, вследствие множественности внезапно действующих психотравмирующих факторов в экстремальных ситуациях происходит одномоментное возникновение психических расстройств у большого числа людей. Во-вторых, клиническая картина в этих случаях не столь индивидуальна, как при «обычных» психотравмирующих обстоятельствах, и сводится к небольшому числу достаточно типичных проявлений. В-третьих, несмотря на развитие психогенных расстройств и продолжающуюся опасную ситуацию, пострадавший вынужден продолжать активную борьбу с последствиями стихийного бедствия (катастрофы) ради выживания и сохранения жизни близких и всех окружающих.

Наиболее часто наблюдаемые во время и после экстремальных ситуаций психогенные расстройства объединяют в 4 группы – непатологические (физиологические) реакции, патологические реакции, невротические состояния и реактивные психозы. Данные представлены в таблице 2.

Психогенные расстройства, наблюдаемые во время и после экстремальных ситуаций (Александровский, 2001)

Реакции и психогенные расстройства		Клинические особенности
Непатологические (физиологические) реакции		Преобладание эмоциональной напряженности, психомоторных, психовегетативных, гипотимических проявлений, сохранение критической оценки происходящего и способности к целенаправленной деятельности
Психогенные патологические реакции		Невротический уровень расстройств – остро возникшие астенический, депрессивный, истерический и другие синдромы, снижение критической оценки происходящего и возможностей целенаправленной деятельности
Психогенные невротические состояния		Стабилизированные и усложняющиеся невротические расстройства – невращения (невроз истощения, астенический невроз), истерический невроз, невроз навязчивых состояний, депрессивный невроз, в ряде случаев утрата критического понимания происходящего и возможностей целенаправленной деятельности
Реактивные психозы:	Острые	Острые аффективно-шоковые реакции, сумеречные состояния сознания с двигательным возбуждением или двигательной заторможенностью
	Затяжные	Депрессивные, параноидные, псевдодементные синдромы, истерические и другие психозы

Поведение человека во внезапно развившейся экстремальной ситуации во многом определяется эмоцией страха, которая до определенных пределов может считаться физиологически нормальной, поскольку она способствует экстренной мобилизации физического и психического состояния, необходимой для самосохранения. При утрате критического отношения к собственному страху, появлении затруднений в целесообразной деятельности, снижении и исчезновении возможности контролировать действия и принимать логически обоснованные решения формируются различные психотические расстройства (реактивные психозы, аффективно-шоковые реакции), а также состояния паники.

Среди реактивных психозов в ситуации массовых катастроф чаще всего наблюдаются аффективно-шоковые реакции и истерические психозы. Аффективно-шоковые реакции возникают при внезапном потрясении с угрозой для жизни, они всегда непродолжительны, длятся от 15–20 минут до нескольких часов или суток и представлены двумя формами шоковых состояний – гипер- и гипокинетической. Гипокинетический вариант

характеризуется явлениями эмоционально-двигательной заторможенности, общим «оцепенением», иногда вплоть до полной обездвиженности и мутизма (аффектогенный ступор). Люди застывают в одной позе, их мимика выражает либо безучастность, либо страх. Отмечаются вазомоторно-вегетативные нарушения и глубокое помрачение сознания. Гиперкинетический вариант характеризуется острым психомоторным возбуждением (двигательная буря, фуги-формная реакция). Люди куда-то бегут, их движения и высказывания хаотичны, отрывочны; мимика отражает устрашающие переживания. Иногда преобладает острая речевая спутанность в виде бессвязного речевого потока. Люди дезориентированы, их сознание глубоко помрачено.

При истерических расстройствах в переживаниях человека начинают преобладать яркие образные представления, люди становятся крайне внушаемыми и самовнушаемыми. На этом фоне нередко развиваются нарушения сознания. Для истерического сумеречного помрачения сознания характерно не полное его выключение, а сужение с дезориентировкой, обманами восприятия. В поведении людей всегда находит отражение конкретная психотравмирующая ситуация. В клинической картине заметна демонстративность поведения с плачем, нелепым хохотом, истероформными припадками. К числу истерических психозов относят также истерический галлюциноз, псевдодеменцию, пуаризм.

Наиболее типичными проявлениями непсихотических (невротических) расстройств на различных этапах развития ситуации являются острые реакции на стресс, адаптационные (приспособительные) невротические реакции, неврозы (тревоги, истерический, фобический, депрессивный, ипохондрический, неврастения).

Острые реакции на стресс характеризуются быстро проходящими непсихотическими расстройствами любого характера, которые возникают как реакция на экстремальную физическую нагрузку или психогенную ситуацию во время стихийного бедствия и обычно исчезают спустя несколько часов или дней. Эти реакции протекают с преобладанием эмоциональных нарушений (состояния паники, страха, тревоги и депрессии) или психомоторных нарушений (состояния двигательного возбуждения, заторможенности).

Адаптационные (приспособительные) реакции выражаются в легких или преходящих непсихотических расстройствах, длящихся дольше, чем острые реакции на стресс. Они наблюдаются у лиц любого возраста без какого-либо явного предшествовавшего им психического расстройства. Такие расстройства часто в какой-то степени ограничены в клинических проявлениях (парциальны) или выявляются в специфических ситуациях; они, как правило, обратимы. Обычно они тесно связаны по времени и содержанию с психотравмирующими ситуациями, вызванными тяжелыми утратами.

К числу наиболее часто наблюдаемых в экстремальных условиях адаптационных реакций относят:

- а) кратковременную депрессивную реакцию (реакция утраты);
- б) затяжную депрессивную реакцию;

в) реакцию с преобладающим расстройством других эмоций (реакцию беспокойства, страха, тревоги и т. д.).

К основным наблюдаемым формам неврозов относят:

- *невроз тревоги (страха)*, для которого характерно сочетание психических и соматических проявлений тревоги, не соответствующих реальной опасности и проявляющихся либо в виде приступов, либо в виде стабильного состояния. Тревога бывает обычно диффузной и может нарастать до состояния паники. Могут присутствовать другие невротические проявления, такие, как навязчивые или истерические симптомы, но они не доминируют в клинической картине;

- *истерический невроз*, характеризующийся невротическими расстройствами, при которых преобладают нарушения вегетативных, сенсорных и моторных функций («конверсионная форма»), селективная амнезия, возникающая по типу «условной приятности и желательности», внушения и самовнушения на фоне аффективно суженного сознания. Могут иметь место выраженные изменения поведения, принимающие иногда форму истерической фуги. Это поведение может имитировать психоз или, скорее, соответствовать представлению больного о психозе;

- *фобии невротические*, для которых типично невротическое состояние с патологически выраженной боязнью определенных предметов или специфических ситуаций;

- *депрессивный невроз* – он определяется невротическими расстройствами, характеризующимися неадекватной по силе и клиническому содержанию депрессией, которая является следствием психотравмирующих обстоятельств. Он не включает в число своих проявлений витальные компоненты, суточные и сезонные колебания и определяется сосредоточением больного на психотравмирующей ситуации, предшествовавшей болезни. Обычно в переживаниях больных отсутствует проекция тоски на будущее. Нередко имеет место тревога, а также смешанное состояние тревоги и депрессии;

- *неврастению*, выражающуюся вегетативными, сенсомоторными и аффективными дисфункциями и протекающую по типу раздражительной слабости с бессонницей, повышенной утомляемостью, отвлекаемостью, пониженным настроением, постоянным недовольством собой и окружающими. Неврастения может являться следствием продолжительного эмоционального стресса, переутомления, возникать на фоне травматических поражений и соматических заболеваний;

- *ипохондрический невроз* – проявляется главным образом чрезмерной озабоченностью собственным здоровьем, функционированием какого-либо органа или, реже, состоянием своих умственных способностей. Обычно болезненные переживания сочетаются с тревогой и депрессией.

Изучение наблюдавшихся при экстремальных ситуациях психических расстройств, а также анализ комплекса спасательных, социальных и медицинских мероприятий дают возможность схематически выделить три

периода развития ситуации, в которых наблюдаются различные психогенные нарушения.

Первый (острый) период характеризуется внезапно возникшей угрозой собственной жизни и гибели близких. Он продолжается от начала воздействия экстремального фактора до организации спасательных работ (минуты, часы). Мощное экстремальное воздействие затрагивает в этот период в основном витальные инстинкты (например, самосохранения) и приводит к развитию неспецифических, внеличных психогенных реакций, основу которых составляет страх различной интенсивности. В это время преимущественно наблюдаются психогенные реакции психотического и непсихотического уровней. В ряде случаев возможно развитие паники.

Непосредственно после острого воздействия, когда появляются признаки опасности, у людей возникают растерянность, непонимание того, что происходит. За этим коротким периодом при простой реакции страха наблюдается умеренное повышение активности: движения становятся четкими, экономными, увеличивается мышечная сила, что способствует перемещению в безопасное место. Нарушения речи ограничиваются ускорением ее темпа, запинками, голос становится громким, звонким. Отмечается мобилизация воли, анимация идеаторных процессов. Мнестические нарушения в этот период представлены снижением фиксации окружающего, нечеткими воспоминаниями происходящего вокруг, однако в полном объеме запоминаются собственные действия и переживания. Характерным является изменение ощущения времени, течение которого замедляется, так что длительность острого периода в восприятии увеличена в несколько раз. При сложных реакциях страха в первую очередь отмечаются более выраженные двигательные расстройства в гипердинамическом или гиподинамическом вариантах, описанных выше. Речевая продукция отрывочна, ограничивается восклицаниями, в ряде случаев имеет место афония. Воспоминания о событии и своем поведении у пострадавших в этот период недифференцированы, суммарны.

Наряду с психическими расстройствами нередко отмечаются тошнота, головокружение, учащенное мочеиспускание, ознобоподобный - тремор, обмороки, у беременных женщин – выкидыши. Восприятие пространства изменяется, искажаются расстояния между предметами, их размеры и форма. Порой окружающее представляется «нереальным», причем это ощущение сохраняется в течение нескольких часов после воздействия. Длительными могут быть и кинестетические иллюзии (ощущение качающейся земли, полета, плавания и т.д.).

При простой и сложной реакциях страха сознание сужено, хотя в большинстве случаев сохраняются доступность внешним воздействиям, избирательность поведения, возможность самостоятельно находить выход из затруднительного положения.

Во втором периоде, протекающем при развертывании спасательных работ, начинается, по образному выражению, «нормальная жизнь в экстремальных условиях». В это время в формировании состояний

дезадаптации и психических расстройств значительно большую роль играют особенности личности пострадавших, а также осознание ими не только продолжающейся в ряде случаев ситуации, но и новых стрессовых воздействий, таких, как утрата родных, разобщение семей, потеря дома, имущества. Важными элементами пролонгированного стресса в этот период являются ожидание повторных воздействий, несовпадение ожиданий с результатами спасательных работ, необходимость идентификации погибших родственников. Психоэмоциональное напряжение, характерное для начала второго периода, сменяется к его концу, как правило, повышенной утомляемостью и «демобилизацией» с астено-депрессивными или апато-депрессивными проявлениями.

После окончания острого периода у некоторых пострадавших наблюдаются кратковременное облегчение, подъем настроения, стремление активно участвовать в спасательных работах, многоречивость, бесконечное повторение рассказа о своих переживаниях, об отношении к случившемуся, бравада, дискредитация опасности. Эта фаза эйфории длится от нескольких минут до нескольких часов. Как правило, она сменяется вялостью, безразличием, идеаторной заторможенностью, затруднением в осмыслении задаваемых вопросов, трудностями при выполнении даже простых заданий. На этом фоне наблюдаются эпизоды психоэмоционального напряжения с преобладанием тревоги. В ряде случаев развиваются своеобразные состояния, пострадавшие производят впечатление отрешенных, погруженных в себя. Они часто и глубоко вздыхают, отмечается брадикардия, ретроспективный анализ показывает, что в этих случаях внутренние переживания нередко связываются с мистически-религиозными представлениями. Другой вариант развития тревожного состояния в этот период может характеризоваться преобладанием «тревоги с активностью». Характерными являются двигательное беспокойство, суетливость, нетерпеливость, многоречивость, стремление к обилию контактов с окружающими. Экспрессивные движения бывают несколько демонстративны, утрированы. Эпизоды психоэмоционального напряжения быстро сменяются вялостью, апатией.

В третьем периоде, начинающемся для пострадавших после их эвакуации в безопасные районы, у многих происходит сложная эмоциональная и когнитивная переработка ситуации, переоценка собственных переживаний и ощущений, осознание утрат. При этом приобретают актуальность также психогенно травмирующие факторы, связанные с изменением жизненного стереотипа, проживанием в разрушенном районе или в месте эвакуации. Становясь хроническими, эти факторы способствуют формированию относительно стойких психогенных расстройств. Наряду с сохраняющимися неспецифическими невротическими реакциями и состояниями в этот период начинают преобладать затянувшиеся и развивающиеся патохарактерологические расстройства. Соматогенные психические нарушения при этом могут носить подострый характер. В этих случаях наблюдаются как «соматизация» многих невротических расстройств,

так и в известной мере противоположные этому процессу «невротизация» и «психопатизация».

В динамике астенических расстройств, развившихся после экстремальной внезапно возникшей ситуации, часто наблюдаются аутохтонные эпизоды психоэмоционального напряжения с преобладанием аффекта тревоги и усилением вегетосоматических нарушений. По существу, астенические расстройства являются основой, на которой формируются различные пограничные нервно-психические расстройства. В ряде случаев они приобретают затяжной и хронический характер.

При развитии на фоне астении выраженных и относительно стабильных аффективных реакций собственно астенические расстройства как бы оттесняются на второй план. У пострадавших возникают смутное беспокойство, тревожное напряжение, дурные предчувствия, ожидание какого-то несчастья. Появляется «прислушивание к сигналам опасности», которыми могут оказаться сотрясение почвы от движущихся механизмов, неожиданный шум или, наоборот, тишина. Все это вызывает тревогу, сопровождающуюся напряжением мышц, дрожью в руках, ногах. Это способствует формированию стойких и длительных фобических расстройств. Наряду с фобиями, как правило, отмечается неуверенность, трудность в принятии даже простых решений, сомнения в верности и правильности собственных действий. Часто наблюдаются близкое к навязчивости постоянное обсуждение пережитой ситуации, воспоминания о прошлой жизни с ее идеализацией.

Другим видом проявления эмоционального напряжения являются психогенные депрессивные расстройства. Появляется своеобразное осознание «своей виновности» перед погибшими, возникает отвращение к жизни, сожаление, что выжил, а не погиб вместе с родственниками. Феноменология депрессивных состояний дополняется астеническими проявлениями, а в ряде наблюдений – апатией, безразличием, появлением тоскливого аффекта. Невозможность справиться с проблемами приводит к пассивности, разочарованию, снижению самооценки, чувству несостоятельности. Нередко депрессивные проявления бывают менее выраженными, и на передний план выступает соматический дискомфорт (соматические «маски» депрессии): диффузная головная боль, усиливающаяся к вечеру, кардиалгии, нарушения сердечного ритма, анорексия.

В целом депрессивные расстройства не достигают психотического уровня, у пострадавших не бывает идеаторной заторможенности, они хотя и с трудом, но справляются с повседневными заботами.

Наряду с указанными невротическими расстройствами у людей, переживших экстремальную ситуацию, достаточно часто имеет место декомпенсация акцентуаций характера и психопатических личностных черт. При этом большое значение имеют как индивидуально значимая психотравмирующая ситуация, так и предшествовавший жизненный опыт и

личностные установки каждого человека. Особенности личности налагают отпечаток на невротические реакции, играя важную патопластическую роль.

Основную группу состояний личностной декомпенсации обычно представляют реакции с преобладанием радикала возбудимости и сензитивности. Такие лица по ничтожному поводу дают бурные аффективные вспышки, объективно не адекватные поводу. При этом нередко агрессивные действия. Такие эпизоды чаще всего кратковременны, протекают с некоторой демонстративностью, театральностью, быстро сменяются астенодепрессивным состоянием, вялостью и безразличием к окружающему.

В ряде наблюдений отмечается дисфорическая окраска настроения. Люди в подобном состоянии мрачны, угрюмы, постоянно недовольны. Они оспаривают распоряжения и советы, отказываются выполнять задания, ссорятся с окружающими, бросают начатую работу. Нередки и случаи усиления паранойяльных акцентуаций – пережившие острую экстремальную ситуацию становятся завистливыми, следят друг за другом, пишут жалобы в различные инстанции, считают, что их обделили, поступили с ними несправедливо. В этих ситуациях наиболее часто развиваются рентные установки [3].

Наряду с отмеченными невротическими и психопатическими реакциями на всех трех этапах развития ситуации у пострадавших отмечаются вегетативные дисфункции и расстройства сна. Последние не только отражают весь комплекс невротических нарушений, но и в значительной мере способствуют их стабилизации и дальнейшему усугублению. Чаще всего затруднено засыпание, ему мешают чувство эмоционального напряжения, беспокойство, гиперестезии. Ночной сон носит поверхностный характер, сопровождается кошмарными сновидениями, обычно кратковременен. Наиболее интенсивные сдвиги в функциональной активности вегетативной нервной системы проявляются в виде колебаний артериального давления, лабильности пульса, гипергидроза, озноба, головных болей, вестибулярных нарушений, желудочно-кишечных расстройств. В ряде случаев эти состояния приобретают пароксизмальный характер, становясь наиболее выраженными во время приступа. На фоне вегетативных дисфункций нередко наблюдаются обострение психосоматических заболеваний, относительно компенсированных до экстремального события, и появление стойких психосоматических нарушений.

Во все указанные периоды развитие и компенсация психогенных расстройств при чрезвычайных ситуациях зависят от трех групп факторов: особенность ситуации, индивидуальное реагирование на происходящее, социальные и организационные мероприятия. Однако значение этих факторов в различные периоды развития ситуации неодинаково. С течением времени теряют непосредственное значение характер чрезвычайной ситуации и индивидуальные особенности пострадавших, и напротив, возрастает и

обретает основополагающее значение не только собственно медицинская, но и социально-психологическая помощь и организационные факторы.

Основные факторы, влияющие на развитие и компенсацию психических расстройств при чрезвычайных ситуациях, могут быть классифицированы следующим образом.

Непосредственно во время события (катастрофа, стихийное бедствие и др.):

а) особенности ситуации:

- 1) интенсивность ЧС;
- 2) длительность ЧС;
- 3) внезапность ЧС.

б) индивидуальные реакции:

- 1) соматическое состояние;
- 2) возраст;
- 3) подготовленность к ЧС;
- 4) личностные особенности;

в) социальные и организационные факторы:

- 1) информированность;
- 2) организация спасательных работ;
- 3) «коллективное поведение».

При проведении спасательных работ после завершения опасного события:

а) особенности ситуации: «вторичные психогении».

б) индивидуальные реакции:

- 1) личностные особенности;
- 2) индивидуальная оценка и восприятие ситуации;
- 3) возраст;
- 4) соматическое состояние.

в) социальные и организационные факторы:

- 1) информированность;
- 2) организация спасательных работ;
- 3) «коллективное поведение».

На отдаленных этапах чрезвычайной ситуации:

а) социально-психологическая и медицинская помощь:

- 1) реабилитация;
- 2) соматическое состояние.

б) социальные и организационные факторы:

- 1) социальное устройство;
- 2) компенсации.

Таким образом, существуют психогенные расстройства, наблюдаемые во время и после экстремальных ситуаций, каждое из которых имеет свои специфические клинические признаки.

3. Психологическая помощь субъектам в организациях образования в кризисной и экстремальной ситуациях

3.1. Границы профессиональных компетенций сотрудников организаций образования в кризисной ситуации

Образовательная среда является одним из институтов социализации, где человек проводит большую часть жизни, развивается и формируется как личность. Основные общеобразовательные программы направлены на решение задач формирования общей культуры личности, адаптации к жизни в обществе, на создание основы для осознанного выбора и освоения профессиональных образовательных программ.

Следует отметить, что, выполняя столь важные для общества цели и задачи, образовательные учреждения (школы, колледжи, вузы и др.) не могут существовать изолированно от всех остальных элементов общественной системы. Поэтому то, что происходит в обществе (и в мировом сообществе), в отдельно взятой семье, так или иначе, находит свое отражение в образовательной среде.

Обучающийся, переживший кризисную ситуацию, может нуждаться в разных видах помощи, в том числе и психологической.

В связи с этим одним из компонентов целостной системы образования ПМР является психолого-педагогическая служба организаций образования, цель которой - содействие задачам образования и обеспечение психического и психологического здоровья детей дошкольного и школьного возрастов, а также молодежи, получающей профессиональное образование.

Эффективность психологической помощи обусловлена взаимодействием специалистов внутри как своего, так и других ведомств. Особая роль при оказании психологической помощи отводится учителю (преподавателю) как специалисту, находящемуся в этой системе ближе всех к обучающемуся и являющемуся связующим звеном между учащимися (студентами), их родителями и профильными специалистами.

3.2. Модель экстренной психологической помощи (ЭПП) в кризисных ситуациях в организациях образования

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

Критерии модели деятельности специалистов, оказывающих экстренную психологическую помощь

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

- а) понимание, цели экстренной психологической помощи (ЭПП);
- б) межведомственное взаимодействие;
- в) функции и внутригрупповое взаимодействие специалистов службы ЭПП;
- г) контингент (лица, которым оказывается ЭПП);
- д) место деятельности специалистов, оказывающих экстренную психологическую помощь;
- е) сферы воздействия, проблемы, с которыми работают педагоги-психологи, оказывающие ЭПП;
- ж) длительность и частота контакта педагога-психолога с клиентом;
- з) методы, используемые специалистом;
- и) этапы оказания ЭПП.

Понимание, цели ЭПП в образовательной среде (организации общего, среднего, высшего профессионального образования)

Следует учитывать, что в чрезвычайных и кризисных ситуациях пострадавшие и их близкие остро нуждаются в информационной, социальной, медицинской и других видах помощи. Комплексный подход при оказании помощи обеспечивает восстановление докризисного уровня функционального состояния человека, способность к адекватному восприятию реальной действительности и поведению в данных условиях, предотвращение возникновения психосоматических заболеваний и психических расстройств.

Межведомственное взаимодействие

Если говорить об оказании ЭПП в ЧС, то с учетом характера и степени тяжести поражения пострадавших определена очередность подключения различных специалистов к оказанию помощи. В первую очередь начинают работать специалисты органов внутренних дел, ГО и ЧС. Их действия направлены на установление правопорядка, спасение людей, предупреждение развития факторов ЧС и их дальнейшего воздействия на пострадавших. К оказанию медицинской помощи подключаются врачи (школьный медперсонал, врачи студенческих поликлиник). Заместитель директора по воспитательной работе в школе, проректор по молодежной политике в вузе, социальный педагог решают вопросы социального плана. В случае угрозы психическому и психологическому здоровью пострадавшего подключаются педагоги-психологи, врачи-психиатры.

Функции и внутригрупповое взаимодействие специалистов службы ЭПП в организациях общего, среднего, высшего профессионального образования

Бригада специалистов, оказывающих экстренную психологическую помощь в сложной ситуации, должна представлять относительно устойчивый

коллектив взаимодополняющих друг друга единомышленников, прошедших соответствующую профессиональную подготовку. В состав бригады должны входить педагоги-психологи и медицинский персонал конкретной организации образования. Она должна быть представлена мужчинами и женщинами.

**Контингент (лица, которым оказывается ЭПП)
в организациях общего, среднего, высшего профессионального образования**

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

В ситуации ЧС экстренная психологическая помощь в организациях общего, среднего, высшего профессионального образования оказывается:

а) школьникам, студентам, педагогам, сотрудникам организации образования, т.е. лицам, непосредственно пострадавшим при нештатных и чрезвычайных ситуациях;

б) родным и близким обучающихся, находящимся непосредственно в зоне нештатных и чрезвычайных ситуаций или вне нее;

в) лицам, не находившимся в зоне нештатных и чрезвычайных ситуаций и не занятым в оказании помощи пострадавшим, у которых развились те или иные отклонения в состоянии психического здоровья и поведении в связи с воздействием стрессовых факторов, обусловленных информацией о ситуации (получена так называемая «вторичная травматизация»), или обострились ранее существовавшие психические расстройства, актуализировались травмы, полученные ранее.

Необходимо выявить *группу риска*, к которой можно отнести: обучающихся, персонал, педагогов, находящихся в состоянии шока, ступора; студентов-сирот, у которых нет родственников, которые могли бы оказывать им поддержку.

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

Особое внимание следует уделять внимание детям, чья жизнедеятельность, вследствие трудных, кризисных ситуаций, нарушена.

Детям, оказавшимся в экстремальных условиях; детям - жертвам насилия; детям, жизнедеятельность которых объективно нарушена в результате сложившихся обстоятельств и которые не могут преодолеть данные обстоятельства самостоятельно или с помощью семьи и др.

Место деятельности специалистов, оказывающих экстренную психологическую помощь

Специалисты службы ЭПП организации образования также организуют и оказывают экстренную психологическую помощь в случае возникновения кризисных ситуаций в организации образования.

Сферы воздействия (мишень воздействия), проблемы, с которыми работают педагоги-психологи, оказывающие ЭПП в организации образования

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

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

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

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

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

Педагогу-психологу, оказывающему ЭПП в образовательном учреждении, необходимо распознавать проявления и знать динамику острого стрессового расстройства, которое может развиваться в ответ на травматическое событие, посттравматического стрессового расстройства, расстройства адаптации и других симптомокомплексов, выделенных в группу психогений [МКБ-10, 15].

Время, прошедшее с момента события,
длительность и частота контакта педагога-психолога

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

Пролонгированный период (спустя некоторое время, например, спустя месяцы, годы) - работа с травмой, с отсроченными дезадаптивными реакциями. Психологическая помощь в данном случае осуществляется пошагово, имеет более длительный, пролонгированный характер.

Методы, используемые специалистом

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

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

<i>Во время события и в ближайшее время после него</i>	<i>На отдаленных этапах (работа с травмой)</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Экстренная «допсихологическая» помощь; - Психологическое сопровождение; эмоциональная поддержка; - Направление (ведение), управление; - Информирование; - Психологическое вмешательство (интервенция); - Выявление негативных социально-психологических механизмов (психическое заражение, паника, слухи) и управление ими (нейтрализация); - Психологический дебрифинг; - Психическая регуляция и саморегуляция (ПСР) – может 	<p>Классические методы и на основе синтеза классических:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Когнитивно-бихевиоральная терапия; - Психодинамическая терапия; - Игровая терапия; - Арттерапия; - Использование метафор, историй, сказок; - Телесно-ориентированная терапия; - Гештальттерапия; - Психодрама; - Кататимно-имагинативный подход или кататимное переживание образов, символдрама; - Терапия внушением (гипноз и его варианты - используется врачами); - Гуманистически-экзистенциальная

использоваться до и после деятельности в экстремальных условиях.	психотерапия; - Нейро-лингвистический подход и другие
--	--

Виды помощи, способствующие нормализации реакций в организации образования:

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

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

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

Кризисное вмешательство. С одной стороны, в случае психологической помощи, психологическое вмешательство более широкий термин, чем кризисное, с другой, - уже. Кризисное вмешательство

определяется как экстренная и неотложная психологическая помощь, направленная на возвращение пострадавшего к адаптивному уровню функционирования, снижение негативного воздействия травматического события, предотвращение психопатологии (Everly&Mitchell, 1999). Следует стремиться к тому, чтобы учащийся, педагог смог обрести контроль над ситуацией, обратиться к своим ресурсам (внутренним и внешним).

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

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

Психологический дебрифинг – групповая форма работы по отреагированию, переработке и минимизации последствий чрезвычайных и экстремальных ситуаций. Развитие техники дебрифинга связывают с именами Дж. Митчелла (США) и А. Дирегрова (Норвегия). Его желательно проводить через 24 - 72 часа после травматического события (его могут проводить и не психологи). Суть этого метод изложен в работах психологов Ф. Паркинсона, Н.Г. Осуховой, Л.В. Трубициной, Н.Ю. Федуниной, О.И. Шех, Е.М. Черепановой и др. Во время обсуждения происходит осознание, эмоциональное отреагирование, а также переструктурирование происшедших событий в жизненный опыт. Во время совместного обсуждения образуется «общий фонд памяти», из которого каждый черпает недостающую информацию. Чувства, высказанные одним членом группы, находят отражение у других, пробуждают новые. Все это объединяет, сплачивает группу, что и дает возможность лучшего понимания происшедших событий, осознания, отреагирования, принятия своих чувств, совладания с ситуацией.

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

Этапы оказания ЭПП

Можно выделить следующие этапы оказания ЭПП в организации образования:

а) *подготовительный этап*. На этом этапе необходимо собрать необходимую для педагогов-психологов информацию о ситуации, сложившейся в результате чрезвычайной и других форм экстремальной, кризисной;

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

Следует отметить, что не все обучающиеся (а особенно дети и подростки) настолько открытые и уверенные, что могут выступить в установлении контакта иницирующей стороной, высказать свои насущные потребности, свои переживания. Это может быть связано с неуверенностью, чувством вины, тревогой, и др. Неуверенность и страх (например, страх наказания) или чувство вины могут быть настолько велики, что блокируют осознание своих потребностей, прав. Возможность удовлетворения базовых потребностей (потребности в еде, безопасности, значимой информации и др.) снимает излишнюю напряженность и дает возможность создания более безопасной среды, атмосферы доверия. Об установлении контакта могут говорить не только слова, но и невербальное поведение, например, взгляд (пострадавший может поддерживать контакт глазами), открытая поза, характеристики голоса, участие в совместной деятельности и др. После установления контакта, в случае необходимости, можно уже работать с основной проблемой человека, вызванной экстремальной ситуацией.

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

Как уже говорилось ранее, следует выделить группу ресурсных людей, на которых можно опираться в дальнейшей работе.

в) *непосредственное оказание экстренной психологической помощи пострадавшим*. Экстренная психологическая помощь оказывается в период, максимально приближенный к травматическому событию. В связи с этим, специалисты организации образования, оказывающие психологическую и психотерапевтическую помощь, имеют дело с первыми этапами реакции на него (шок, который может выражаться либо в гиперкинетической форме, – «двигательной буре», либо в ступоре; дезорганизация поведения, истерика и др.). Когнитивная переработка информации (внимание, память, мышление)

вследствие нарушения состояний у пострадавших чаще затруднена, поведение дезадаптивно. В это время такой человек нуждается в информации, социальной помощи. Получение помощи такого характера, наряду с эмоциональной поддержкой, дает им возможность начать действовать, пусть даже пока на автоматическом уровне. Если эти действия являются адекватными ситуации, то постепенно приходит осознание возможности контроля ситуации, регуляции эмоционального состояния.

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

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

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

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

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

е) восстановительный этап. Заключается в необходимости полноценного отдыха после работы, в обсуждении и подведении итогов работы, супервизии сложных случаев [19, 39, 40].

3.3. Экстренная психологическая помощь.

Экстренная психологическая помощь при различных реакциях на экстремальную ситуацию

У человека в экстремальной ситуации могут появляться следующие симптомы: бред, галлюцинации, апатия, ступор двигательное возбуждение, агрессия, страх, истерика, нервная дрожь, плач [13].

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

Крюкова М.А., Никитина Т.И. и Сергеева Ю.С. в своем пособии «Экстренная психологическая помощь» выделяют основные реакции человека на экстремальную ситуацию и виды первой психологической помощи:

Бред и галлюцинации. Главными признаками бреда являются ложные представления или умозаключения, полная уверенность пострадавшего в их истинности, невозможности разубедить его путем разъяснений, убеждений. Галлюцинации проявляются в том, что человек переживает присутствия воображаемых объектов, которые в данный момент отсутствуют в действительности, могут возникать спонтанно, без сенсорной стимуляции (слышит голоса, видит людей, чувствует запахи и прочее).

Первая помощь:

1. Вызвать медицинских работников, бригаду скорой психиатрической помощи.

2. Следите, чтобы потерпевший не нанес вреда себе или окружающим. Изолируйте пострадавшего от окружающих и опасных предметов. Не оставляйте его одного.

3. Старайтесь разговаривать с пострадавшим спокойным голосом, не спорьте, во всем соглашайтесь с ним, не пытайтесь переубедить.

Апатия может появиться, если человек испытывает длительное напряжение, но не достигает никаких результатов, или вследствие серьезной неудачи, перестает видеть смысл своей деятельности. В ЧС такое может произойти, если не удалось кого-то спасти или погиб близкий человек. В результате появляется ощущение усталости, человек находящийся в таком состоянии не хочет ни двигаться, ни разговаривать, нет сил даже на проявление чувств. В состоянии апатии человек может пребывать от нескольких часов до нескольких недель. Если не оказать необходимую психологическую помощь человеку в таком состоянии, апатия может перейти в депрессию.

Основные признаки апатии проявляются в безразличном отношении к окружающему, вялостью, заторможенностью, медленной, с длинными паузами, речью.

Первая помощь:

1. Задайте пострадавшему несколько простых вопросов: «Как тебя зовут?»; «Как ты себя чувствуешь?»; «Хочешь есть?».

2. Помогите пострадавшего пройти к месту отдыха и комфортно устроиться (обязательно попросите снять обувь).

3. Постарайтесь наладить телесный контакт: взять пострадавшего за руку или дотронуться до плеча.

4. Помогите пострадавшему устроиться поудобней и заснуть или просто полежать. Если такой возможности нет (происшествие на улице или в общественном транспорте), надо постараться вовлечь пострадавшего в

совместную деятельность (прогуляться, помочь, нуждающимся в помощи), больше разговаривать.

Ступор – является одним из сильнейших защитных реакций организма. Ступор может наступить в результате сильнейших нервных потрясений (нападение, взрыв, жестокое насилие), если человек на выживание затратил большое количество энергии, и в результате этого сил на контакт с окружающими у него уже нет. Длительность ступора может варьироваться от нескольких минут до нескольких часов. Следовательно, помощь пострадавшему необходимо оказать, как можно раньше, в противном случае это приведет его к физическому истощению.

Основными признаками ступора: мгновенное снижение или полное отсутствие движений и речи, нет реакции на раздражители извне (свет, щипки, прикосновения, шум), состояние оцепенения, полная неподвижность, напряжение в отдельных группах мышц.

Первая помощь:

1. Согните пострадавшему пальцы на обеих руках и прижмите их к основанию ладони. Большие пальцы должны быть выставлены наружу.

2. Кончиками большого и указательного пальцев массируйте пострадавшему точки, расположенные на лбу, над глазами ровно посередине между линией роста волос и бровями, четко над зрачками.

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

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

Двигательное возбуждение. В результате воздействия стрессовой ситуации у пострадавшего может появиться двигательное возбуждение, которое может быть опасным как для самого пострадавшего, так и для окружающих. При оказании психологической помощи, в первую очередь убедитесь, что это не опасно для вас, что пострадавший отдает себе отчет в своих поступках. В этом случае найдите возможность остановить физическую активность человека.

Основные признаки двигательного возбуждения: бессмысленные, резкие движения, часто бесцельные, слишком громкая речь либо повышенная речевая активность, человек не реагирует на реакции окружающих (на просьбы, приказы, замечания).

Первая помощь:

1. Постарайтесь отвлечь внимание пострадавшего, вопросами, или делами, которые заставили бы его задуматься. Интеллектуальная активность снижает уровень физической активности.

2. Совместная прогулка с выполнением простых физических упражнений или помощь в какой-либо физической работе поможет потерпевшему почувствовать физическую усталость.

3. Можно предложить выполнить вместе дыхательную гимнастику. Например, такую:

- 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. 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. Некоторое время (примерно 1 - 2 минуты) дышите нормально. 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. Дышите как обычно.

4. Необходимо изолировать пострадавшего от окружающих

5. Нельзя спорить с пострадавшим, не задавать лишних вопросов, желательно избегать фразы с частицей «не», относящихся к нежелательным действиям («Не размахивай руками», «Не кричи», «Не беги»).

6. Следует разговаривать спокойным голосом о чувствах и переживаниях, которые он сейчас испытывает. («Тебе хочется что-то сделать, чтобы это прекратилось? Ты хочешь убежать, спрятаться от происходящего?»)

7. Не забывайте о том, что пострадавший способен бесконтрольно причинить вред себе или другим.

8. Двигательное возбуждение длится непродолжительное время, и может сменяться плачем, нервной дрожью или агрессивным поведением.

Агрессия. Агрессивное поведение – с точки зрения психиатрии рассматривают как способ психологической защиты от психотравмирующей или неблагоприятной ситуации. Таким образом, организм человека стремится снизить создавшееся внутреннее напряжение. Злоба или агрессия может сохраняться долгое время, мешая тем самым самому пострадавшему и окружающим его людям.

Основные признаки агрессии: негативизм, раздражение (даже незначительному поводу), гнев, недовольство, нанесение физического вреда окружающим, брань, вербальная агрессия, повышение кровяного давления, мышечное напряжение.

Психологическая помощь:

1. Изолируйте пострадавшего от окружающих.

2. Дайте ему возможность выразить агрессию («избить» подушку или выговориться).

3. Попросите потерпевшего выполнить работу, связанную с повышенной физической нагрузкой.

4. Проявляйте доброжелательность. Ни в коем случае не обвиняйте пострадавшего, даже если вы не согласны с ним, в противном случае, вы станете объектом агрессивного поведения.

5. Чувство юмора в данной ситуации может разрядить обстановку.

6. Уменьшить агрессию можно страхом наказания: если от агрессии человек не преследует цель получить выгоду или если возможное наказание строго и существует большая возможность его получения.

7. Оказывать помощь таким людям необходимо, в противном случае это может привести к опасным последствиям.

Страх – это сильная отрицательная эмоция, которая появляется в результате воображаемой или реальной опасности и может представлять угрозу для жизни и здоровья человека.

Основные признаки страха: мышечное напряжение, учащенное сердцебиение, частое и не глубокое дыхание, контроль над собственным поведением снижен.

Панический страх и ужас являются крайними проявлениями страха, побуждают бегству или наоборот вызвать оцепенение.

Первая помощь:

1. Нельзя оставлять человека одного, т. к. в одиночестве страх переносить тяжелее.

2. Разговаривайте о том, чего человек боится, поддерживайте его. Не пытайтесь отвлечь пострадавшего фразами: «Это ерунда», «Это глупости», «Не думай об этом» и т. д.

3. Предложите пострадавшему сделать дыхательные упражнения:

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.

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.

4. Если вы оказываете помощь ребенку, поговорите о его страхах, предложите поиграть, полепить, порисовать. Чтобы ребенку было легче выразить свои чувства.

5. Привлеките человека к занятию каким-нибудь делом, это поможет ему отвлечься от переживаний.

Нервная дрожь. Неконтролируемая нервная дрожь может появиться после стрессовой ситуации. Таким образом, организм борется с внутренним напряжением, если эту реакцию приостановить, напряжение вызовет мышечные боли, и даже развитие таких серьезных заболеваний, как язва, гипертония и др.

Основные признаки дрожи: начинается внезапно сразу после стрессовой ситуации или спустя время. Появляется дрожь во всем теле или в отдельных его частях (человек не может держать в руках мелкие предметы). Реакция может, продолжается несколько часов, по окончании дрожи человек испытывает сильную усталость и ему требуется спокойствие и отдых.

Первая помощь:

1. Необходимо усилить дрожь, для этого пострадавшего надо сильно потрясти за плечи около 10-15 секунд.

2. При этом необходимо все время разговаривать с ним, иначе он воспримет ваши действия как попытку нападения.

3. Когда дрожь прошла, дайте пострадавшему возможность отдохнуть, поспать.

4. Нельзя: стараться обнять или прижимать к себе пострадавшего, укрывать его чем-то теплым, успокаивать, просить, чтобы он взял себя в руки.

Плач. При помощи слез человеку легче выплеснуть свои чувства, поэтому не следует сразу успокаивать человека, если он плачет. Выразите человеку свое сочувствие и поддержку. Эмпатический контакт можно наладить как при помощи вербальных способов, так тактильных. Приобнимите человека, сядьте рядом, погладьте по голове и спине, помогите пострадавшему почувствовать, что вы сопереживаете ему. Если пострадавший сдерживает слезы, то не происходит эмоциональная разрядка, облегчение, напряжение может нанести вред физическому и психическому здоровью человека. Основные признаки плача: человек плачет или готов разрыдаться, наблюдается ощущение подавленности, подрагивают губы, нет признаков возбуждения.

Психологическая помощь:

1. Не оставляйте пострадавшего одного.

2. Установите физический контакт с пострадавшим (возьмите за руку, положите свою руку ему на плечо или спину, погладьте его по голове). Дайте ему почувствовать, что вы рядом.

3. Применяйте приемы «активного слушания» (они помогут пострадавшему выплеснуть свое горе): периодически произносите «ага», «да», кивайте головой, то есть подтверждайте, что слушаете и сочувствуете; повторяйте за пострадавшим отрывки фраз, в которых он выражает свои чувства; говорите о своих чувствах и чувствах пострадавшего.

4. Не старайтесь успокоить пострадавшего. Дайте ему возможность выплакаться и выговориться, «выплеснуть» из себя горе, страх, обиду.

5. Не задавайте вопросов, не давайте советов. Ваша задача – выслушать.

Истерика. В отличие от слез, истерика – это состояние, которое необходимо постараться прекратить. В этом состоянии человек теряет много физических и психологических сил. Истерический припадок длится несколько минут или несколько часов.

Основные признаки истерики: сохраняется сознание, чрезмерное возбуждение, множество движений, театральные позы, речь эмоционально насыщенная, быстрая, крики, рыдания.

Психологическая помощь:

1. Удалите зрителей, создайте спокойную обстановку. Оставайтесь с пострадавшим наедине, если это не опасно для вас.

2. Неожиданно совершите действие, которое может сильно удивить (можно дать пощечину, облить водой, с грохотом уронить предмет, резко крикнуть на пострадавшего).

3. Говорите с пострадавшим короткими фразами, уверенным тоном («Выпей воды», «Умойся»).

4. После истерики наступает упадок сил. Уложите пострадавшего спать. До прибытия специалиста наблюдайте за его состоянием.

5. Не потакайте желаниям пострадавшего.

Тревога. Вполне естественно волноваться и чувствовать себя напряженным под давлением стрессовой ситуации. Тревога является естественной реакцией организма на опасность, когда мы чувствуем себя под угрозой, автоматический включается сигнал тревоги.

Основные признаки тревоги: чувство опасности, эмоциональная напряженность, предположение худшего, раздражительность, опустошенность, учащенное сердцебиение, головокружение, одышка, дрожь, мышечное напряжение, головные боли, усталость.

Психологическая помощь:

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.

Чувство вины или стыда. Стыд является формой гнева по отношению к самому себе. В критических случаях он может переполняться и парализоваться стыдом. Стыдящийся человек чувствует себя подвергнутым опасности, часто реагирует ненавистью к себе, осуждением себя вслед за воображаемым осуждением со стороны других.

Психологическая помощь:

1. Если с вами рядом человек, который мучается от стыда или от чувства вины, постарайтесь убедить его в необходимости получения психологической помощи.

2. Поговорите с человеком, выслушайте его. Дайте понять, что вы слушаете и понимаете его (кивайте, поддакивайте, говорите «угу», «ага»).

3. 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.

4. Не пытайтесь переубедить человека («Ты не виноват», «Такое с каждым может случиться»). На этом этапе важно дать человеку выговориться, рассказать о своих чувствах.

5. Не давайте советов, не рассказывайте о своем опыте, не задавайте вопросов – просто слушайте [13].

3.3.1. Экстренная психологическая помощь в ситуации гибели (смерти) близкого (в результате несчастного случая и т.п.)

Профессиональная задача педагога-психолога заключается в том, чтобы помочь обучающемуся по-настоящему пережить утрату, совершить «работу горя», а не в том, чтобы притупить остроту душевных переживаний. Процесс скорби, оплакивания не является какой-то неадекватной реакцией, от которой надо уберечь человека, с гуманистических позиций он приемлем и необходим. Это очень тяжелая психическая нагрузка, заставляющая страдать. Скорбь нельзя приостанавливать, она должна продолжаться столько, сколько необходимо [9].

При консультировании нужно обращать внимание на следующие ключевые моменты:

- слушайте, принимая, а не осуждая;
- сделайте так, чтобы человеку стало ясно, что у вас есть искреннее желание ему помочь выразить свое горе;
- принимайте чувства и страхи человека серьезно;
- будьте готовы, что некоторые люди будут злиться на вас;
- дайте время для того, чтобы появилось доверие: пока его нет, клиент не способен делиться с вами своими переживаниями;
- дайте надежду, подбодрите клиента тем, что, несмотря на болезненность испытания, люди все же оправляются от горя;
- соблюдайте уместную дистанцию, не позволяйте себе запутаться в чужих проблемах настолько, чтобы стало невозможным сохранять позицию помогающего.

Еще одна цель работы педагога-психолога – это позволить пережившему утрату выразить целый ряд чувств, мыслей и действий.

При этом:

- будьте реалистичны: желание устранить боль немедленно – неуместно;
- побуждайте к разговору об умершем и выражению чувств;
- не удивляйтесь, что человек повторяет историю о смерти; повторение и проговаривание – естественный способ справиться с горем;
- дайте человеку информацию о том, что «нормально» в состоянии горя, например соматические симптомы, нарушение сна, плохой аппетит и т. д.;

– позвольте ему найти подходящую «передышку» от горя, не давая в то же время избегать процесса «работы горя».

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

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

Если горе приобретает хронический оттенок, то следует установить:

- почему человек не может отказаться от этой фиксации;
- какой отпечаток смерть отбрасывает на отношение человека к себе на фоне утраты;
- есть ли какая-то вторичная выгода от того, что человек держится за горе, например, он обнаружил, что о нем стали заботиться, его «замечают», а этого ему ранее не хватало.

Важно признать, что консультации являются только частью процесса «работы горя», что большая ее часть совершается в естественных взаимоотношениях с окружающими. Важно не мешать этому процессу.

Не сердитесь, если человек сделает большой шаг вперед в результате вмешательства кого-то другого, не расстраивайтесь, если он готов вернуться в свою естественную среду поддержки и перестанет встречаться с вами. Это одно из главных условий работы с людьми, переживающими тяжелую утрату: эффективно завершить отношения поддержки.

Этапы психологической помощи выстраиваются в соответствии с этапами переживания горя [28].

Помощь на стадии шока. Необходимо присутствовать рядом с человеком, понесшим утрату, не оставлять его одного, заботиться о нем. Выражать свою заботу и внимание лучше через прикосновения. Именно таким образом люди выражают свое участие, когда слова им неподвластны. Даже простое пожатие руки лучше, чем холодная изоляция. Страдающий человек всегда вправе не принять руку, так же, как и другое участие, но предлагать помощь необходимо.

Помощь на стадии острого горя. Следует говорить об умершем, причине смерти и чувствах в связи с происшедшим. Спрашивать об умершем, слушать воспоминания о нем, рассказы о его жизни, даже если они неоднократно повторяются. Вопросы: «На кого он был похож?», «Можно ли увидеть его фотографии?», «Что он любил делать?», «Что вы сейчас

вспоминаете о нем?» вовсе не бестактны, они позволяют скорбящему выговориться.

Если перенесший потерю человек как бы замирает, ничего не говорит, глядя в пространство, не стоит пытаться его разговорить, во что бы то ни стало заполнить тишину словами. Необходимо быть готовыми продолжить разговор, когда тот возвратится к реальности. Не всегда нужно знать, в какие воспоминания погружается человек, о чем он думает. Главное – создать вокруг него атмосферу присутствия и понимания.

В случае внезапной или насильственной смерти необходимо неоднократно обсуждать все мельчайшие детали, до тех пор, пока они не утратят своего устрашающего, травматического характера, – только тогда человек, потерявший близкого, сможет оплакивать его.

Необходимо дать возможность выплакаться, не стараясь непременно утешать. При этом не следует всем своим видом постоянно подчеркивать сочувственное отношение, подчеркивать особый статус страдающего человека.

Постепенно (ближе к концу этого периода) следует приобщать скорбящего к повседневной деятельности.

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

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

При работе с острой реакцией утраты предлагается также трехступенчатая модель помощи [9].

Следует помнить, что, как и в процессе горя, ход в этой модели необязательно цикличен: начальный и конечный пункты будут зависеть от обучающегося, педагога (далее клиента).

Стадия 1. Изучение. На этой стадии клиент говорит так, как он хочет говорить. Педагогу-психологу требуется его выслушать, применяя следующие техники:

- а) отражение;
- б) парафраз;
- в) отзеркаливание;

г) подсказки и поощрения («ну и что дальше?..», «да...», «ну...», «и тогда...», «и что потом...» и т. д.);

д) суммирование («Разрешите подвести итог. Ваш муж умер шесть месяцев назад. Это для вас трагично, и вы думаете о том, как вам жить дальше»);

е) фокусирование (например, одна клиентка пришла на консультацию со следующими проблемами: муж бросил, отца посадили в тюрьму, у ребенка корь, телефон отключили за неуплату и у собаки блохи. В этом случае необходимо вычленив из нескольких проблем одну, на которой необходимо сосредоточиться в дальнейшей работе);

ж) технику постановки вопросов (на этой стадии требуется задавать только общие и открытые вопросы).

Задача консультируемого: рассказать историю, посмотреть на нее со стороны, как бы изучить, «исследовать» ее.

Задача педагога-психолога на первой стадии: участвовать в разговоре и поставить диагноз (не медицинский). Здесь же нужно начать работать над тем, как помочь клиенту и защитить себя. На этой стадии должны возникнуть взаимодействие и контакт друг с другом.

Однако еще до начала работы нужно договориться о «границах» консультации, куда включаются вопросы конфиденциальности, расписания, особых условий и другие.

Три условия работы на этой стадии: *безусловное положительное отношение* без вынесения каких-либо моральных суждений; *эмпатия*, понимание чувств, которые испытывает клиент; *искренность*, открытость и конгруэнтность.

Первая стадия может занимать от пяти минут до четырех часов, что зависит от консультанта, который решает, переходить ли на следующую ступень, потому что сами клиенты не осознают, все ли они рассказали.

На первой стадии исследования становится ясно, что человек находится в состоянии отрицания реальности происшедшего. Этот факт нужно отметить, что приближает вторую стадию.

Навыки, необходимые педагогу-психологу на первой стадии: внимательное отношение; активное слушание; пересказ/парафраз; отражение чувств; выделение основного; фокусирование; обстановка; вопросы «границ».

Стадия 2. Новое понимание. Задача горюющего: понять с помощью педагога-психолога, какую роль играет это событие в его жизни, посмотреть на ситуацию с другой точки зрения, со стороны.

Задача педагога-психолога: помочь горюющему, применяя персонификацию: «я», а не «мы», «мое», а не «наше» (т.е. клиент должен быть сфокусирован на своих собственных чувствах и на истории, которую он признает своей: «я почувствовал», «я подумал», «я сделал»). Дать возможность клиенту проработать горе в его темпе.

Условия работы на этой стадии:

- а) развитая эмпатия, позволяющая консультанту видеть мир глазами клиента;
- б) стимулирование (побуждение клиента оспорить те его утверждения, которые прозвучали раньше);
- в) немедленная реакция на то, что происходит в ситуации консультирования.

Навыки, необходимые на второй стадии: новые умения, предлагаемые как «подарок», а не угроза, в помощь клиенту для продвижения вперед к более глубокому эмпатичному пониманию; помощь в понимании затрагиваемых тем, непоследовательности поведения клиента, в разговоре и пр.; информирование; разговор «я – ты» о том, что происходит между консультантом и клиентом; постановка целей.

Стадия 3. Действия. Это направляющая стадия, нацеленная на позитивные изменения. В некоторых случаях достаточно пройти две предыдущие стадии, однако иногда требуется и завершающая часть, в которой важны ритуалы.

Задача консультируемого: принятие потери и адаптация к новой (без умершего) жизни.

Задача педагога-психолога: поддержать клиента каким-нибудь способом в соответствии с его жизненным планом; осуществить его и оценить произведенные действия.

Навыки, необходимые на третьей стадии: все навыки предыдущих ступеней; согласование плана действий; расстановка приоритетов в решении задач: разрешение проблемы и принятие дальнейших решений; оценивание.

Зарубежные психологические (кризисные) службы выделили некоторые **клише**, которых рекомендуется избегать в работе с людьми, переживающими горе [17]:

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

2. «Мне знакомы ваши чувства». Каждый человек уникален, и каждое взаимоотношение единственное в мире. Мы не можем знать, что чувствует другой человек, столкнувшись со смертью, поскольку никогда не сможем пережить его чувства.

3. «Уже прошло три недели с его смерти. Вы еще не успокоились?» Не существует лимита времени, отпущенного страданию. Принято считать, что переживание горя может длиться от шести месяцев до двух лет, хотя не исключены отклонения и в ту, и в другую сторону.

4. «Благодарите Бога, что у вас есть еще дети». Даже если в семье есть другие дети, родители тяжело переносят смерть ребенка. Это не уменьшает их любовь к оставшимся детям, а просто отражает потерю того уникального взаимоотношения.

5. «Бог выбирает лучших». Это означает, что все живущие на земле, включая и этого конкретного человека, не столь хороши в глазах Бога, кроме того, получается, что Бог не заботится о страданиях, которые причиняет близким умершего.

6. «Он прожил долгую и честную жизнь, и вот пробил его час». Не существует времени, подходящего для того, чтобы умереть. Сколько бы лет ни прожил человек, смерть – это всегда горе. Несмотря на то, что смерть часто несет с собой избавление от страданий, физических или душевных, близкие люди переживают это так же сильно.

7. «Мне очень жаль». Это очень распространенная автоматическая реакция на сообщение о чьей-то смерти. Мы просим прощения за то, что жизнь закончена, что люди переживают горе, за то, что нам напомнили, что все мы смертны. Однако от человека, переживающего утрату близкого, эти слова требуют неадекватного ответа. Что может он сказать в ответ – «благодарю», «все в порядке», «понимаю»? В этой ситуации нет уместного ответа, и когда человек снова и снова слышит подобные соболезнования, эти слова быстро становятся пустыми и бессмысленными.

8. «Позвоните мне, если что-то понадобится». Если мы выбираем этот вариант, то должны быть готовы ответить на телефонный звонок в любое время дня и ночи. Несправедливо сделать такое заявление, а затем посчитать неуместным звонок, прозвучавший в 3 часа утра. Страдания не регулируются ходом часов, и часто самое тяжелое время – между полночью и шестью утра.

9. «Вы должны быть сильными ради своих детей, жены и т.д.». Страдающему человеку нет необходимости быть сильным ради кого бы то ни было, не исключая и самого себя. Убеждая людей быть сильными, мы тем самым уговариваем их отречься от реальных эмоций. Это может привести к другим проблемам (*Руководство по телефонному консультированию, 1996*).

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

а) «Позвольте мне просто поговорить». Эти люди хотят говорить об умершем, причине смерти и о своих чувствах в связи с произошедшим. Им хочется проводить долгие часы в воспоминаниях, смеяться и плакать. Они хотят рассказать о его жизни – все равно кому, только бы слушали. В случае насильственной смерти им необходимо еще раз перебрать все мельчайшие подробности до тех пор, пока те не перестанут пугать их и не оставят в покое, и тогда они смогут оплакивать свою потерю;

б) «Спросите меня о нем (ней)». Мы часто избегаем разговоров об умершем, но близкие интерпретируют такое поведение как забвение или нежелание обсуждать саму смерть. Это демонстрирует уровень нашего дискомфорта, но не нашей заботы о близких умершего. «На кого он (она) был похож?», «Есть ли у вас фотография?», «Что он (она) любил делать?», «Какие самые приятные ваши воспоминания связаны с ним (ней)?». Это только некоторые из вопросов, задав которые, мы можем проявить свой интерес к прожитой жизни;

в) «Поддержите меня и позвольте мне выплакаться». Нет большего подарка, который мы можем сделать убитому горем человеку, чем сила наших рук, обхвативших его за плечи. Прикосновение – это чудо терапии;

так мы выражаем свою заботу и внимание, когда слова нам неподвластны. Даже просто придержать его за локоть лучше, чем холодная изоляция.

Люди плачут, им необходимо плакать, и намного лучше делать это в теплой обстановке понимания, нежели в одиночку;

г) «Не пугайтесь моего молчания». Бывают случаи, когда перенесшие утрату люди как бы замирают, беззвучно глядя в пространство. Нет нужды заполнять тишину словами. Мы должны позволить им погрузиться в свои воспоминания, сколь бы болезненными они ни были, и быть готовы продолжить разговор, когда они возвратятся в состояние «здесь-и-сейчас». Нам не нужно знать, где они были и о чем думали; о чем мы должны беспокоиться, так это чтобы человеку было комфортно. Большую часть времени они вряд ли смогут облечь свои воспоминания в подходящие слова и будут благодарны за то, что вы просто были с ними рядом в этой тишине.

3.3.2. Психологическая помощь обучающимся, склонным к суицидальному поведению. Суицидологическая диагностика

В ситуации суицидального риска основные шаги педагога-психолога организации образования направлены на решение следующих задач: сбор, уточнение информации об обучающемся; оказание кризисной помощи; взаимодействие с социальным окружением с целью нормализации условий его жизнедеятельности (рекомендации педагогу-психологу по консультированию обучающихся, склонных к самоубийству, представлены в приложении № 1). При наличии суицидальных намерений обучающийся должен быть направлен (родителям рекомендуют обратиться) к специалисту-суицидологу (психиатру, врачу-психотерапевту, медицинскому психологу) для более точного определения его состояния и оказания психологической помощи, а в случае необходимости – и фармакологической помощи [20].

Получение информации об обучающемся – первый шаг к его пониманию. Этот шаг необходим для того, чтобы помощь могла быть оказана. Следует собрать как можно более подробную информацию об индивидуально-личностных особенностях обучающегося, ситуации в семье, межличностных отношениях в классе (студенческой группе), с другим социальным окружением, о наличии или отсутствии психотравмирующего опыта, об изменениях в поведении обучающегося, его эмоциональном состоянии, успеваемости, о наличии или отсутствии социальной поддержки, о состоянии психического и физического здоровья.

Информацию можно получить от классного руководителя (куратора), социального и медицинского работника, одноклассников (одногоруппников), самого обучающегося, его родителей.

Субъекты взаимодействия. При оказании психологической помощи несовершеннолетним, склонным к суицидальному поведению, педагогу-психологу организации образования необходимо, помимо непосредственного взаимодействия с обучающимся, в зависимости от ситуации установить взаимодействие с его социальным окружением (родителями, учителями,

сверстниками), с администрацией, персоналом школы (социальным работником, заместителем директора (декана) по воспитательной работе), со специалистами своего и других ведомств (например, руководителем методического объединения педагогов-психологов, представителем управления народного образования).

Первая беседа с обучающимся предполагает:

- установление контакта;
- определение степени суицидального риска (посредством беседы);
- вида суицидального поведения, индивидуальных особенностей, сложившейся ситуации, наличия поддержки, суицидальных и антисуицидальных факторов, состояния;
- составление прогноза с учетом совокупности объективных и субъективных факторов;
- постановку задач оказания кризисной психологической помощи;
- снятие эмоционального напряжения и частичную дезактуализацию суицидальных установок (выслушивая, давая эмоциональную поддержку);
- осуществление психологической поддержки, формирование веры в наличие выхода из сложившейся ситуации, в возможность конструктивного разрешения проблемы;
- при необходимости оказания медицинской или иных видов помощи, мотивирование обучающегося (и родителей) на получение помощи со стороны специалистов.

В ситуации высокого суицидального риска предупреждение несовершеннолетнего о том, что педагог-психолог должен сообщить об этом его родителям.

Основной задачей беседы с родителями является консультирование родителей обучающегося по следующим вопросам:

- состояние обучающегося (в динамике), индивидуальные, возрастные особенности, межличностные отношения, маркеры суицидального поведения (в том числе в прошлом);
- мотивирование родителей на дальнейшее взаимодействие, в том числе с указанными специалистами (при соблюдении этических норм деятельности педагога-психолога);
- информирование о службах, оказывающих специализированную помощь; рекомендации относительно взаимодействия с обучающимся;
- дальнейшее поддержание контакта педагога-психолога с родителями, получение информации от родителей о действиях, предпринятых со стороны родителей в направлении оказания помощи своему ребенку, учете рекомендаций педагога-психолога (рекомендации родителям несовершеннолетних детей, склонных к суицидальному поведению, представлены в приложении № 2).

Основной целью взаимодействия с социальным окружением (родителями, педагогами, сверстниками) является изменение неблагоприятных условий, ситуаций, провоцирующих суицидальное

поведение обучающегося (например, страничка в социальных сетях, содержащая компрометирующую информацию об учениках школы).

Взаимодействие с администрацией, персоналом организации образования (социальным работником, заместителем директора (декана) по воспитательной работе) направлено на сбор объективной информации об обучающемся, подключение дополнительных ресурсов для оказания помощи. Если случай выходит за рамки компетенции педагога-психолога или это сложный случай, он должен обратиться к специалистам служб своего или иных ведомств (например, методическое объединение, управление народного образования, Министерство просвещения Приднестровской Молдавской Республики, Ассоциация практических психологов, и т.п.).

Целью первых встреч с обучающимся, склонным к суицидальному поведению, является снятие эмоционального напряжения и частичная дезактуализация суицидальных установок, поэтому используются техники выслушивания, эмоциональной поддержки [4].

Последующие встречи с обучающимся направлены на решение таких задач:

а) стабилизация состояния, понимание и принятие обучающимся своих чувств, выявление и коррекция неадаптивных установок и паттернов поведения, коррекция межличностных отношений;

б) освоение и закрепление адаптивных способов поведения, повышение уровня адаптации (в том числе посещение тренингов). Повышая уровень адаптации, помогая разрешать конфликты, педагог-психолог предпринимает меры по предупреждению развития суицидального поведения.

Оказание психологической помощи несовершеннолетним в ситуации суицидального риска, помимо взаимодействия с ребенком, предполагает, в зависимости от ситуации, взаимодействие: с социальным окружением (родителями, учителями, сверстниками); с администрацией, персоналом школы (социальным работником, заместителем директора по воспитательной работе). Если случай выходит за рамки компетенции педагога-психолога, а также в сложном случае необходимо, опираясь на организационную структуру системы оказания суицидологической, кризисной помощи, обратиться к специалистам [5] (например, методическое объединение, специалисты управления народного образования, Ассоциация практических психологов, детскому психиатру и т.п.).

Во всех случаях необходимо усиливать рациональные стороны личности и подробно анализировать совместно с обучающимся с суицидальным поведением глубинные механизмы его поступка. Немаловажная роль принадлежит также формированию адекватного отношения к смерти, изменению инфантильного подхода к данной проблеме.

Терапевтические модели и методы подбираются индивидуально. Доказана эффективность при работе с проблемами суицидальных клиентов таких направлений психотерапии, как когнитивно-поведенческая,

гештальттерапия, психодрама, нейролингвистическое программирование, семейная терапия и ряд других.

Педагог-психолог должен понимать, что в ходе работы с такими обучающимися возможны кратковременные обострения суицидальных желаний. Ему следует предупредить их об этом, особо оговорив, что внезапную вспышку суицидальных импульсов не нужно истолковывать как признак неуспешности терапии. Уже на ранних стадиях необходимо представить обучающемуся различные стратегии, с помощью которых он мог бы противостоять внезапному возникновению или усилению суицидальных импульсов.

Особенно велика опасность обострения суицидальных желаний у обучающихся, совершивших попытку самоубийства до начала терапии, в этом случае даже мелкие житейские неурядицы могут привести к обострению аутоагрессивных намерений. Некоторые обучающиеся впадают в уныние, когда отмечают за собой возобновление суицидальных мыслей, и делают вывод о неэффективности терапии. Педагог-психолог должен объяснить, что в этом событии заключено больше позитивного, чем негативного, ибо клиент приобретает возможность «проработать» свои суицидальные желания в терапевтической ситуации [7].

Повышая уровень адаптации, помогая разрешать конфликты, педагог-психолог и специалист психологических служб предпринимают меры по предупреждению развития суицидального поведения.

Суицидологическая диагностика

Барьером понимания возможности диагностики суицидоопасных состояний является расхожее мнение о том, что нет внешних признаков, указывающих, что человек решил покончить с собой. В подобных высказываниях есть рациональный смысл. «Заглянуть в душу», познать внутренний мир человека, действительно, очень сложно. В то же время, как показывает практика, такие возможности имеются.

В настоящее время выделены прогностические критерии суицидального риска, группы индикаторов суицидального риска, разработаны формы тематических бесед, созданы батареи тестовых методик. Знание и применение этих методов, как в рамках профессионального психологического отбора, так и в процессе динамического наблюдения за психологическим состоянием обучающихся, позволит своевременно выявлять лиц с высоким риском суицидальных проявлений и способствовать предупреждению суицидальных попыток.

Основной прогностической категорией, выявляемой в результате диагностики и определяющей разработку системы превентивных мер, является интегральная оценка суицидального риска. При оценке суицидоопасности в каждом конкретном случае необходимо учитывать совокупность личностных и ситуационных факторов. Для более точного прогноза суицидального риска необходимо также систематическое изучение

морально-психологического климата в классах (студенческих группах). При этом для определения степени суицидального риска необходимо выявлять и сопоставлять как про-, так и антисуицидальные факторы.

В качестве антисуицидальных выступают факторы представлений и деятельности личности, препятствующие реализации суицидальных намерений. На индивидуальном уровне антисуицидальные факторы – это устойчивое позитивное отношение к жизни и негативное – к смерти, знание различных и субъективно приемлемых путей разрешения конфликтных ситуаций, наличие эффективных механизмов психологической защиты, высокий уровень социализации личности. Конкретными формами выражения антисуицидальных личностных факторов могут быть, например, эмоциональная привязанность к значимым близким, родительские обязанности, выраженное чувство долга, боязнь причинить себе физическое страдание, представление о греховности суицида, представления о неиспользованных жизненных возможностях и т.д. Чем больше отмечено антисуицидальных факторов в отношении к данному человеку, тем прочнее его антисуицидальный барьер, тем менее вероятны суицидальные действия, и наоборот. Антисуицидальные факторы могут быть выделены как в ходе индивидуальной беседы, так и по результатам психодиагностического тестирования [16].

Каждый случай суицида всегда индивидуален. Однако выделяется ряд прогностических критериев и индикаторов, с помощью которых можно строить вероятностный прогноз в отношении суицидального риска. Основой для оценки риска суицида является интервью с человеком и последующий анализ позиций данного интервью. Ряд маркеров риска возможно выявить (подтвердить) также на этапе социально-биографического изучения личности, по результатам психодиагностического тестирования и данным медицинского осмотра, а также в результате наблюдения.

Ниже представлен психодиагностический инструментарий, использование которого в деятельности педагога-психолога позволит своевременно выявлять лиц с высоким риском суицидальных проявлений.

Внимание!!! Очевидно, что выявленные прогностические оценки не могут сохранять свою значимость на отдаленных этапах жизни человека. Прогнозирование индивидуального суицидального поведения применительно только к ближайшему периоду времени в силу многообразия и изменчивости факторов, играющих сложную и неоднозначную роль в мотивации аутоагрессивного поведения.

Прогностические критерии суицидального риска. Все факторы разделяются на санкционирующие (маркеры риска) и лимитирующие суицидальное поведение (таблица 3)

Санкционирующие и лимитирующие факторы суицидального риска

Признаки	Санкционирующие	Лимитирующие
Возраст	Подростковый, зрелость (40-50 лет), пожилые	Детский, до 40 лет
Пол	Мужской	Женский
Раса	Белая	Остальные
Семейное положение	Разведённые, вдовы, одинокие (после 40 лет)	Семейные
Социально-экономическое положение	Периоды экономического спада, резкое изменение национальной мотивации и социокультурных условий, эмиграция	Периоды высокой занятости, локальных войн и вооруженных конфликтов
Время года	Тёплое (апрель – сентябрь)	Холодное (октябрь – март)
Физическое здоровье	Наличие хронических заболеваний, ведущих к инвалидизации и фатальные болезни (напр. СПИД, онкозаболевания)	Удовлетворительное
Суицидальное поведение в прошлом	Да, особенно суицидоопасны первые 3-6 мес. после совершения суицидальной попытки	Нет
Заявление о суициде	Да (свыше 50 % суицидентов говорили о своём намерении)	Нет
Лечение в психиатрической больнице	Да	Нет
Наследственная отягощенность	Да	Нет
Особенности личности	Эмоциональная лабильность, повышенная напряжённость потребностей, низкая способность к формированию компенсаторных механизмов, низкая самооценка, неумение ослабить фрустрацию, импульсивность, эксплозивность, демонстративность	Психоастеники, шизоиды
Психические состояния	Наличие психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ (алкоголь, наркотики), аффективные расстройства настроения, шизофрении, ПТСР, а также расстройства личности, сопровождающиеся агрессивным поведением, вспышками возбуждения и насилия	Без психических расстройств
Психопатологические синдромы	Депрессивный (особенно с идеями самоуничтожения и самообвинения), депрессивно-параноидный, аффективно-бредовый, тревожно-фобический, галлюцинаторно-параноидный с императивными вербальными галлюцинациями суицидального содержания, метафизической интоксикации	Астенический, ипохондрический, маниакальный, апато-абулический, нейроидный, паранойяльный бред сутяжничества, реформаторства и изобретательства

Медикаментозные средства	Потенцирующие развитие депрессии: кортикостероиды, резерпин, антигипертензивные (пропранолон), аминазин, некоторые противораковые и противозачаточные препараты	Нет
--------------------------	---	-----

Индикаторы суицидального риска. К индикаторам суицидального риска относятся особенности сложившейся ситуации, настроения, когнитивной деятельности и высказываний человека, которые свидетельствуют о повышенной степени суицидального риска.

Ситуационные:

Любая ситуация, воспринимаемая человеком как кризис, может считаться ситуационным индикатором суицидального риска: смерть близкого человека (особенно супруга/супруги), развод, физическое насилие, денежные долги, потеря должности, угроза тюремного заключения, получение инвалидности, неизлечимая болезнь и связанное с ней ожидание смерти, ревность, супружеская измена, публичное унижение, коллективная травля, одиночество и т.д.

Поведенческие:

а) любые внезапные изменения в поведении и настроении, особенно отдаляющие от близких и друзей. Стремление к уединению, несвойственная замкнутость и снижение двигательной активности у подвижных, общительных («зловещее спокойствие» и собранность); возбужденное поведение, повышенная активность и общительность у малоподвижных и молчаливых;

б) склонность к опрометчивым и безрассудным поступкам;

в) чрезвычайно настойчивые просьбы о переводе в другое подразделение, о госпитализации, предоставлении отпуска по семейным обстоятельствам и т.д.;

г) чрезмерное употребление алкоголя и таблеток;

д) посещение врача без очевидной необходимости;

е) несвойственные ранее проявления щедрости (раздаривание личных вещей, расставание с деньгами);

ж) приведение дел в порядок (оформление завещания, урегулирование конфликтов, письма родственникам и друзьям и т.д.);

з) уход из дома;

и) изменение привычек, например, несоблюдение правил личной гигиены, ухода за внешностью;

к) выбор тем разговора и чтения, связанных со смертью и самоубийствами. Фиксация на примерах самоубийства;

л) частое прослушивание траурной или печальной музыки;

м) нарушение дисциплины или снижение качества работы и связанные с этим неприятности в учебе, на работе или службе;

н) приобретение средств для совершения суицида.

Коммуникативные:

а) прямые или косвенные сообщения о суицидальных намерениях («Хочу умереть» – прямое сообщение, «Скоро все это закончится» – косвенное) товарищам по службе (работе), командирам (начальникам), в письмах родственникам, друзьям и знакомым;

б) шутки, иронические высказывания о желании умереть, о бессмысленности жизни;

в) уверения в беспомощности и зависимости от других;

г) медленная, маловыразительная речь;

д) сообщение о конкретном плане суицида;

е) высказывание самообвинения;

ж) многозначительное прощание с другими людьми;

з) двойственная оценка значимых событий.

Когнитивные:

а) разрешающие установки относительно суицидального поведения;

б) негативные оценки своей личности, окружающего мира и будущего;

в) представление о собственной личности как о ничтожной, не имеющей права жить;

г) представление о мире как месте потерь и разочарований;

д) представление о будущем как бесперспективном, безнадежном;

е) «Туннельное видение» - неспособность увидеть иные приемлемые пути решения проблемы, кроме суицида;

ж) наличие суицидальных мыслей, намерений, планов. В ряде случаев могут приобретать «художественное» оформление: в записной книжке, тетради для занятий изображаются рисунки, иллюстрирующие депрессивное состояние (например, гробы, кресты, виселицы и т.п.).

Эмоциональные:

а) амбивалентность по отношению к жизни (люди, совершающие самоубийство, испытывают двойственное отношение к жизни и смерти, даже в момент суицидальной попытки: они желают умереть, но одновременно хотят, чтобы их спасли);

б) безразличие к своей судьбе, подавленность, безнадежность, беспомощность, отчаяние;

в) переживание горя;

г) признаки депрессии: приступы паники, выраженная тревога, сниженная способность к концентрации внимания и воли, бессонница или повышенная сонливость, умеренное употребление алкоголя и утрата способности испытывать удовольствие, чувство неполноценности, потеря самоуважения, пессимистическое отношение к будущему, хроническая усталость, замедленные движения и речь, изменение аппетита с последующим увеличением или потерей веса, снижение полового влечения;

д) несвойственная агрессия или ненависть к себе, гнев, враждебность;

е) вина или ощущение неудачи, поражения;

ж) чрезмерные опасения или страхи;

з) чувство своей малозначимости, никчемности, ненужности;

и) рассеянность или растерянность.

План-схема индивидуальной беседы
по выявлению признаков нервно-психической неустойчивости:

Защитой личности от социально-стрессовых факторов внешней среды является ее нервно-психическая устойчивость. При нормальной адаптации к внешним условиям индивид находится в состоянии баланса (равновесия) с социально-стрессовыми факторами.

При ослаблении психического здоровья или ухудшении средовых условий жизни, уровень нервно-психической устойчивости становится недостаточным для компенсации социально-стрессовых факторов. Возникает нервно-психическая неустойчивость, дисбаланс, социальная дезадаптация. В понимании отклоняющегося поведения это приводит к неадекватным поведенческим реакциям, в том числе межперсональным конфликтам, и к суицидальным действиям. Психическое состояние таких людей варьирует от нормального до психических расстройств, сопровождающихся сверхценными идеями или бредом самоуничтожения.

В ходе индивидуальной беседы рекомендуется обращать внимание на признаки нервно-психической неустойчивости (далее НПН), которые можно зафиксировать в сообщениях собеседника и в особенностях его поведения в ходе разговора (перечень признаков НПН смотри в план-схеме беседы). Выявленные факты необходимо отражать в план-схеме учета признаков НПН сразу после беседы, при обязательном отсутствии собеседника, а также посторонних лиц.

Некоторые требования к проведению индивидуальной беседы:

1. Беседа проводится в отдельной комнате, без посторонних лиц, с соблюдением максимального такта и внимательного отношения к обследуемому, который должен быть уверен, что сообщенные им сведения не будут разглашены и будут использованы только в его интересах.

2. До начала беседы необходимо ознакомиться с документами, характеризующими обследуемого, и выявить те моменты, которые требуют особого внимания или уточнения.

3. Беседа должна носить неформальный характер. Внешний вид проводящего беседу, мимика, жесты, тон задаваемых вопросов – все должно вызывать доверие обследуемого.

4. Вопросы интимного характера должны ставиться в косвенной форме.

5. Не рекомендуется в ходе беседы давать какие-либо оценки обследуемому, сообщать ему свое мнение по поводу ответов на поставленные вопросы.

6. Не рекомендуется настаивать на ответе, если собеседник не желает отвечать на поставленный вопрос.

Регистрационный бланк представлен в таблице 4.

План беседы по выявлению НПН

№	Перечень признаков нервно-психической неустойчивости и условий, способствующих ее развитию	№ обследуемого по списку							
		1	2	3	4	5	6	7	...
1	Воспитывался без родителей								
2	Умер один из родителей								
3	Родители в разводе								
4	Близкие родственники или родители страдают (страдали) психическими заболеваниями								
5	Родители или близкие родственники имели судимость								
6	Неприязненное отношение к родителям								
7	Плохие взаимоотношения в семье								
8	Чрезмерно строгое воспитание								
9	Чересчур мягкое («тепличное») воспитание								
10	Безнадзорность								
11	Побеги из дома								
12	Отец (мать) злоупотреблял(а) спиртными напитками								
13	Отец (мать) лечился(ась) от алкоголизма								
14	Тяжелые жилищно-бытовые условия								
15	Очень низкая успеваемость в школе								
16	Значительные нарушения дисциплины в школе								
17	Замкнутость, боязнь выступлений перед аудиторией								
18	Значительные и частые конфликты с товарищами								
19	Нарушения производственной дисциплины (опоздания, прогулы ...)								
20	Значительные и частые конфликты с товарищами по работе								
21	Низкая работоспособность, быстрое наступление усталости								
22	Систематическое употребление алкоголя								
23	Признаки алкоголизма								
24	Раннее начало употребления алкоголя (в 13-15 лет)								
25	Раннее начало курения (в 13 - 15 лет)								
26	Употребление наркотиков								
27	Многочисленные конфликты в семье, школе, на производстве и в других коллективах								
28	Повышенная раздражительность вспыльчивость								
29	Агрессивность								
30	Чрезмерные депрессивные реакции								

31	Эгоистическая направленность интересов																			
32	Концентрация интересов на сфере отдыха и развлечений																			
33	Антисоциальная направленность личности																			
34	Сверхценные идеи																			
35	Отсутствие определенных целей в жизни, определяемое низким общим развитием																			
36	Отрицательное отношение к военной службе и требованиям воинской дисциплины (для гражданских – к работе и обязанностям)																			
37	Необщительность, замкнутость																			
38	Стеснительность, робость, застенчивость																			
39	Чрезмерная общительность, депрессивные реакции в одиночестве																			
40	Отчуждение от коллектива																			
41	Постоянное желание быть в центре внимания окружающих																			
42	Подозрительность, злобность, мнительность по отношению к товарищам																			
43	Ощущение несправедливого отношения со стороны окружающих, обидчивость, мстительность																			
44	Чрезмерно выраженные явления адаптационного периода																			
45	Многочисленные жалобы на состояние здоровья																			
46	Имелись тяжелые травмы головы с потерей сознания																			
47	Повышенная утомляемость																			
48	Расстройства сна (длительное засыпание, поверхностный сон, частые пробуждения ночью, устрашающие сновидения)																			
49	Ощущение усталости и вялости по утрам																			
50	Сонливость днем																			
51	Нетерпеливость, непоседливость, суетливость																			
52	Раздражительность, вспыльчивость																			
53	Головные боли																			
54	Головокружения																			
55	Обмороки, потеря сознания																			
56	Судорожные припадки																			
57	Перенесенные инфекции нервной системы																			
58	Преобладание беспричинно плохого настроения																			
59	Преобладание беспричинно приподнятого настроения																			
60	Беспричинные периодические перемены настроения																			
61	Плаксивость																			
62	Частые ощущения «комка» в горле																			
63	Трудности сосредоточения внимания																			

64	Плохая память									
65	Навязчивости									
66	Страхи									
67	Частые сомнения в правильности выполненных действий (закрыл ли дверь, выключил ли свет ...)									
68	Снохождение									
69	Энурез (ночное недержание мочи)									
70	Раннее начало половой жизни									
71	Беспорядочные и многочисленные половые связи									
72	Повышенный интерес к сексуальным вопросам									
73	Чрезмерная фиксация внимания на вопросе о верности подруги									
74	Сведения о половых извращениях									
75	Отсутствие элементарных знаний									
76	Непонимание сущности явлений									
77	Малый запас слов									
78	Примитивность суждений									
79	Очень низкая успеваемость в школе									
80	Развязанное поведение									
81	Враждебное отношение к проводящему беседу									
82	Замкнутость									
83	Нерешительность, робость									
84	Усталый, угнетенный вид у испытуемого									
85	Нетерпеливость, суетливость									
86	Заикание									
87	Тик, дрожание, судорожное подергивание мышц									
88	Недостатки артикуляции (косноязычие, шепелявость)									
89	Неловкость, угловатость движений									
	Общее количество фактов фиксации («+»)									

В ходе беседы наличие признака отмечается в соответствующей графе знаком «+».

Ключ. При обработке результатов подсчитывается общее количество «+» в графе номера, соответствующего конкретному человеку.

Интерпретация. Если общая сумма фактов фиксации признаков нервно-психической неустойчивости (знаков «+») превышает 45 ед. – данный обследуемый требует особого контроля и внимания в ходе последующего наблюдения и изучения документов с целью выявления у него признаков нервно-психической неустойчивости.

Если общая сумма фактов фиксации признаков нервно-психической неустойчивости (знаков «+») более 60 ед. – данный обследуемый явно имеет

признаки нервно-психической неустойчивости и заносится в списки для последующего углубленного обследования педагогом-психологом.

Если общая сумма фактов фиксации признаков нервно-психической неустойчивости (знаков «+») превышает 75 ед. – данного обследуемого требуется представить на обследование к невропатологу (психиатру) по причине ярко выраженных признаков нервно-психической неустойчивости.

Примечание: Если у обследуемого в последние 2-3 года были черепно-мозговые травмы с потерей сознания, то он сразу относится к категории лиц с признаками нервно-психической неустойчивости, при этом беседа продолжается для выявления дополнительных признаков, влияющих на особенности проявления НПП у данного обследуемого.

Методика выявления склонности к суицидальным реакциям (СР-45).

Методика предназначена для выявления склонности к суицидальным реакциям. Позволяет выявлять лиц, имеющих склонности к суицидальным реакциям, и формировать из них группу риска. Является авторской разработкой (П.И. Юнацкевич).

Вопросы являются адекватными суицидальным проявлениям. При интерпретации полученных данных следует помнить, что методика констатирует лишь начальный уровень развития склонности личности к суициду в период ее обследования. При наличии конфликтной ситуации, других негативных условий и деформирующейся мотивации витального существования (ослабление мотивации дальнейшей жизни) эта склонность может развиваться.

Опросник. Инструкция: Вам будут предложены утверждения, касающиеся Вашего здоровья и характера. Если Вы согласны с утверждением, поставьте «+» в графе «Да» в регистрационном бланке, если нет – поставьте «-» в графе «Нет». Над ответами старайтесь долго не задумываться, правильных или неправильных ответов нет.

1. Как Вы считаете, может ли жизнь потерять ценность для человека в некоторой ситуации?
2. Жизнь иногда хуже смерти.
3. В прошлом у меня была попытка уйти из жизни.
4. Меня многие любят, понимают и ценят.
5. Можно оправдать безнадежно больных, выбравших добровольную смерть.
6. Я не думаю, что сам могу оказаться в безнадежном положении.
7. Смысл жизни не всегда бывает ясен, его можно иногда потерять или не найти.
8. Как Вы считаете, оказавшись в ситуации, когда Вас предадут близкие и родные, Вы сможете жить дальше?
9. Я иногда думаю о своей добровольной смерти.
10. В любой ситуации я буду бороться за свою жизнь, чего бы мне это не стоило.

11. Всегда и везде стараюсь быть абсолютно честным человеком.
12. У меня, в принципе, нет недостатков.
13. Может быть, дальше я жить не смогу.
14. Удивительно, что некоторые люди, оказавшись в безвыходном положении, не хотят покончить с собой.
15. Чувство обреченности в итоге приводит к добровольному уходу из жизни.
16. Если потребуется, то можно будет оправдать свой уход из жизни.
17. Мне не нравится играть со смертью в одиночку.
18. Часто именно первое впечатление о человеке является определяющим.
19. Я пробовал разные способы ухода из жизни.
20. В критический момент я всегда могу справиться с собой.
21. В школе я всегда отличался (отличалась) только хорошим поведением.
22. Могу обманывать окружающих, чтобы ухудшить свое положение.
23. Вокруг меня достаточно много нечестных людей.
24. Однажды я выбирал несколько способов покончить с собой.
25. Довольно часто меня пытаются обмануть или ввести в заблуждение.
26. Я бы не хотел моментальной смерти после тяжелых переживаний.
27. Я стал бы жить дальше, если бы случилась мировая ядерная война.
28. Человек волен поступать со своей жизнью так, как ему хочется, даже если он выбирает смерть.
29. Если человек не умеет представлять себя в выгодном свете перед руководством, то он многое теряет.
30. Никому никогда не писал предсмертную записку.
31. Однажды пытался покончить с собой.
32. Никогда не бывает безвыходных ситуаций.
33. Пробовал покончить с собой таким образом, чтобы не чувствовать сильной боли.
34. Надо уметь скрывать свои мысли от других, даже если им нет до меня дела.
35. Душа человека, наверное, испытывает облегчение, если сама оставляет этот мир.
36. Могу оправдать любой свой поступок.
37. Если я что-то делаю, а мне начинают мешать, то я все равно буду делать то, что задумал.
38. Чтобы человеку избавиться от неизлечимой болезни и перестать мучиться, он, наверное, должен сам прекратить свои муки и уйти из этой жизни добровольно.

39. Бывает, сомневаюсь в психическом здоровье некоторых моих знакомых.
40. Однажды решался покончить с собой.
41. Меня беспокоит отсутствие чувства счастья.
42. Я никогда не иду на нарушении закона даже в мелочах.
43. Иногда мне хочется заснуть и не проснуться.
44. Однажды мне было стыдно из-за того, что хотелось бы уйти из жизни.
45. Даже в самой тяжелой ситуации я буду бороться за свою жизнь, чего бы мне это не стоило.

Ключ шкалы лжи (L)

«Да» (+)	«Нет» (-)
11, 12, 18, 21, 23, 25, 29, 34, 39	42

Подсчитывается количество совпадений ответов с ключом. Оценочный коэффициент (L) выражается отношением количества совпадающих ответов к максимально возможному числу совпадений (10):

$$L = N/10 \pm 0,16$$

Где N – количество совпадающих с ключом ответов.

Показатели, полученные по шкале лжи, могут варьировать от 0 до 1. Показатели, близкие к 1, свидетельствуют о высоком стремлении приукрасить себя и неадекватности ответов, близкие к 0 – о низком уровне и относительно надежной (при условии $L < 0,6 \pm 0,16$) достоверности результатов обследования.

Ключ шкалы склонности к суицидальным реакциям (Sr)

«Да» (+)	«Нет» (-)
1, 2, 3, 5, 7, 9, 13, 14, 15, 16, 19, 22, 24, 28, 31, 33, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 43, 44	4, 6, 8, 10, 17, 20, 26, 27, 30, 32, 45

Подсчитывается количество совпадений ответов с ключом. Оценочный коэффициент (Sr) выражается отношением количества совпадающих ответов к максимально возможному числу совпадений (35):

$$Sr = N/35 \pm 0,07$$

Где N – количество совпадающих с ключом ответов.

Показатели, полученные по этой методике, могут варьировать от 0 до 1.

Шкала оценок склонности к суицидальным реакциям (Sr)

Уровень оценки Sr	Уровень проявления	Оценка в баллах
0,01 – 0,23	Низкий	5
0,24 – 0,38	Ниже среднего	4
0,39 – 0,59	Средний	3
0,60 – 0,74	Выше среднего	2
0,75 – 1,00	Высокий	1

5 баллов – низкий уровень склонности к суицидальным реакциям.

4 балла – суицидальная реакция может возникнуть только на фоне длительной психической травматизации и при реактивных состояниях психики.

3 балла – «потенциал» склонности к суицидальным реакциям не отличается высокой устойчивостью.

2 балла – группа суицидального риска с высоким уровнем проявления склонности к суицидальным реакциям (при нарушениях адаптации возможна суицидальная попытка или реализация саморазрушающего поведения).

1 балл – группа суицидального риска с очень высоким уровнем проявления склонности к суицидальным реакциям (ситуация внутреннего и внешнего конфликта, нуждаются в медико-психологической помощи).

«Экспресс-опрос обучающихся» (рассмотрен на заседании РМНС по психологии, протокол №4 от 26 марта 2020 года) представлен в приложении № 3. Цель: выявление маркеров кризисных состояний у обучающихся.

3.4. Техники работы с пострадавшими в экстремальных ситуациях

Техники визуализации и мышечного расслабления

Делая вдохи и выдохи, напрягая и расслабляя мышцы, вы призываете на помощь воображение пострадавшего. Чтобы помочь ему освоить визуализацию, вначале попросите посмотреть на свои руки и сжать их в кулаки. Пусть он закроет глаза и мысленно представит свои сжатые кулаки. Не открывая глаз, попросите его разжать руки и пусть он прочувствует, как они разжимаются. Таким образом, психическая часть этого основного упражнения состоит в том, что пострадавший будет «видеть» мысленно различные части своего тела во время вдоха и напряжения, выдоха и расслабления [8].

Техника «Воображение»

«Не открывая глаз, потренируйтесь сжимать кулаки на вдохе, расслаблять руки на выдохе и одновременно рисовать мысленную картину того, как ваши ладони раскрываются и закрываются. Как только вам это будет хорошо удаваться, можете переходить к следующему этапу. Снова закройте глаза и вдохните, напрягая руки. Но на этот раз, выдыхая через рот и расслабляя мышцы, одновременно представьте себе, что вы как бы «выдыхаете через руки». Разумеется, это можно разве что в воображении, но в данном случае это для нас важно. Закрыв глаза, представляйте на выдохе, что выталкиваете из себя воздух через руки. На вдохе нарисуйте картину того, как ваши руки напрягаются. На выдохе медленно наблюдайте, как руки расслабляются, и по мере того, как вы выдыхаете через них, представьте вытекающее из рук напряжение. На что похоже мышечное напряжение, как

оно выглядит? Напряжение может выглядеть как угодно, смотря по тому, какой образ приходит вам на ум при выполнении этого упражнения. У одного это может быть темный дым, исходящий из рук, у другого – пар, у третьего – потоки света. Можете воспользоваться любым из этих образов или придумать свой собственный, лишь бы он помог вам представить, как нечто выходит из той части тела, через которую вы «выдыхаете». Дым, пар, туман, свет – все, что может символизировать накопившееся в мышцах напряжение».

Если вы научите пострадавшего представлять, как внутри него «открывается выпускной клапан», вы тем самым поможете пострадавшему посылать через психику и мозг распоряжение своим мышцам, и это даст возможность ему расслабиться [8].

Экстренное расслабление мышц

1. Слегка согнуть обе руки в локтевом суставе и сильно сжать кулаки.
2. Сфокусировать внимание на напряжении в руках и сосчитать до 5 или 7.
3. Плавно опустить руки.
4. Сконцентрировать внимание на ощущениях в руках (может появиться тепло, холод, тяжесть, легкость и т. п. – у каждого человека спектр ощущений индивидуален). Побывать в таком состоянии не менее 30 сек.

Кроме того, любая физическая активность, если она возможна, также приводит к избавлению от излишнего физического напряжения и, соответственно, уменьшает эмоциональное беспокойство [18].

Техника, направленная на концентрацию дыхания и мышечное расслабление

Перед упражнениями: попросите пострадавшего представить надувной шар или мяч, и вспомнить, как тоненькой струйкой выходит из них воздух, если шар развязать или мяч открыть. Пусть он постарается мысленно увидеть эту струйку воздуха. Каждый свой выдох он будет представлять в виде такой же струйки воздуха, выходящей из точек, которые он будет по Вашей команде «открывать».

1. Сосредоточьтесь на своем дыхании. Дышите как обычно; отмечайте свой вдох и выдох. Можно внутренним голосом проговаривать: «Вдох», «Выдох» (30 сек).

2. Почувствуйте свои колени. Вдох. Очередной свой выдох сделайте через точки, которые вы мысленно «откроете» на своих коленях. (На самом деле, выдох делаем через нос, но представляем, что выдыхаем через колени). Вдох, а выдох - через точки, на своих коленях (30 сек)

3. Ощутите свой позвоночник. Мысленно «пройдите» по нему сверху вниз. Найдите произвольно точку в самом низу позвоночника. Вдох

через нос, а выдох - мысленно через точку, которую вы сами определили на позвоночнике в самом низу. Представляем тонкую струйку воздуха, выходящую при выдохе из этой точки (30 сек).

4. «Поднимитесь» по позвоночнику вверх. Найдите точку на середине позвоночника. Вдох. Выдох - через точку на середине позвоночника (30 сек). Мысленно стараемся мысленно «нарисовать» свой выдох.

5. Поднимитесь мысленно к шейному отделу позвоночника. Вдох. Выдох через точку на шейном отделе позвоночника. Подышать так (30 сек)

6. Ощутите свои руки, кисти рук. Вдох, а очередной выдох через точки на кистях рук (30 сек).

7. Мысленно поднимитесь к локтям. Вдох, а выдох через точки на локтях. Подышать так, мысленно представляя выходящий воздух (30 сек).

8. Поднимитесь мысленно к плечам. И на правом плече, и на левом найдите точки, через которые будем «выдыхать». Вдох, а выдох через точки на плечах. Струйки воздуха уходят вверх. Дышим, представляя эти струйки (30 сек).

9. Находим точку между бровями. Вдох, а выдох через точку между бровями (30 сек).

10. Выдыхаем через точку на макушке (30 сек).

11. Следующий выдох сделайте через все точки, которые мы называли. Подышите так. Почувствуйте, как воздух проходит через все поры, через всю кожу (30 сек). Дышите спокойно. Побудьте в таком состоянии столько, сколько вам нужно. Возвращайтесь отдохнувшими.

Техники-приёмы для снижения эмоционального напряжения и отвлечения от травмирующей ситуации:

Прием 1. Повторение коротких, простых утверждений позволит справиться пострадавшему с эмоциональным напряжением. Вот несколько примеров:

- Сейчас я чувствую себя лучше.
- Я могу полностью расслабиться, а потом быстро собраться.
- Я могу управлять своими внутренними ощущениями.
- Я справлюсь с напряжением в любой момент, когда пожелаю.
- Внутренне я ощущаю, что у меня всё будет в порядке.

Прием 2. Помогите пострадавшему придать ситуации, насколько это возможно, значение и смысл. Например, относитесь к ситуации как к вызову судьбы или проверке стойкости духа.

Пусть пострадавший постарается придумать свои собственные формулировки. Побуждайте его делать их краткими и позитивными. Попробуйте предложить ему использовать различные утверждения и выбрать то, которое лучше всего ему поможет.

Прием 3. «Концентрация на предмете».

В течение нескольких минут сконцентрируйте внимание пострадавшего на каком-нибудь нейтральном предмете, например, ручке.

- вспомните 10 осуществлённых вчера дел;
- подумайте, что будете делать завтра.

Отвлекаясь от травмирующей ситуации, мы разрываем круг отчаяния человека. Через несколько минут позитивного отвлечения он может снова сосредоточиться на том, что следует делать.

Прием 4. «Стоп» (подавление мыслей).

Целью является быстрое отвлечение от состояния тревоги и настрой на расслабление.

Для начала помогите пострадавшему, побудите его «собрать в кулак» всю свою волю и скомандовать себе: «СТОП». Проследите, чтобы он «затормозил» так, как будто, сидя за рулем автомобиля, он неожиданно увидел запрещающий дорожный знак. Затем дайте ему установку: «Прекратите нервничать – подумайте о своем здоровье».

Далее, говорите пострадавшему следующее:

«Расслабьте уголки рта, расслабьте плечи. Оглянитесь вокруг и внимательно осмотрите место, в котором находитесь. Медленно, не торопясь, мысленно «переберите» все предметы один за другим в определенной последовательности. Постарайтесь полностью сосредоточиться на этой «инвентаризации». Говорите мысленно самому себе: «Коричневый письменный стол, белые занавески, желтая ваза для цветов» и т.д.». Сосредоточившись на каждом отдельном предмете, пострадавший отвлекается от стрессового напряжения.

Прием 6. «Стряхните» с себя напряжение.

Упражнение на «встряхивание» поможет пострадавшему стряхнуть с себя тягостные мысли.

Попросите пострадавшего встать, расставив ноги на ширину плеч и слегка согнув их в коленях. Пусть он интенсивно встряхивает руками, ногами, головой и плечами в течение 10 мин. Скажите ему: «Просто стряхните с себя все напряжение прошедших часов, освободитесь от него!». В заключение дайте возможность пострадавшему посидеть в спокойном месте и в течение пяти минут наблюдайте за его дыханием, подышите вместе с ним.

Прием 7. Оценка происходящего по критериям.

Помогите пострадавшему найти ответы на вопросы:

«Что я могу изменить в этой ситуации?»

«Что я не могу изменить в этой ситуации?».

После оценки ситуации продумайте вместе с пострадавшим план действий для преодоления того, что можно изменить (крайне важно не допускать появления состояния полной апатии и безразличия).

Предложите пострадавшему заполнить время возможными действиями. Для этого ему необходимо продумать план действий на:

- ближайшее время (15, 30 минут);
- ближайший час;
- на день.

После продумывания плана пострадавшему следует приступить к реализации намеченного немедленно. Если условия ситуации исключают возможность каких-либо действий, можно, например, предложить ему записать все мысли, которые приходят в голову, какими бы они не были. Главное - помочь человеку занять себя деятельностью, а написание мыслей - хороший психотерапевтический ход, который можно использовать в дальнейшей работе с пострадавшим.

С момента начала ЧС, по прошествии нескольких дней, накопилась физическая и эмоциональная усталость, но, несмотря на это, под воздействием нервных перегрузок, сон может не приходить: невозможно расслабиться или даже подремать. В этом случае Вы можете порекомендовать пострадавшим следующие несложные приёмы для нормализации сна:

Приёмы, которые можно рекомендовать пострадавшим в случае проблем с засыпанием:

1. Сесть, закрыть глаза и поворачивать головой 4 раза по часовой стрелке. Затем 4 раза против часовой стрелки. Выполнять движения очень медленно.
2. Лежа на спине. Глаза закрыты. Поднять ногу на величину длины стопы и напрячь ее от кончиков пальцев до бедра. Максимально увеличить напряжение. Держать от 1 до 3-4 минут. Опустить ногу и сбросить напряжение. Сменить ногу. Внимание постоянно сосредоточено на напрягаемой ноге.
3. Стоя. Поднимаем одну руку перпендикулярно телу, напрягаем ее до самых кончиков пальцев и держим, затем сбрасываем напряжение. Меняем руку.
4. Лечь на спину. Закрыть глаза. Представить себе на потолке круг (1 см в диаметре). Мысленно обвести его взглядом 4 раза по часовой стрелке и против часовой стрелки.
5. (продолжение предыдущего упражнения). Мысленно превращаем его в квадрат со стороной 1 м, также обводим его мысленно 4 раза по часовой и против часовой стрелки.
6. Наметить на противоположной стороне 10 точек и медленно пройти по ним «по маршруту, как трамвайчик», от одной к другой, не сбиваясь. Затем «отпустить трамвайчик» в свободное путешествие по этим же точкам.

7. Лечь на спину, вытянуться, расслабить все тело. Закрывать глаза и под веками закатить зрачки вверх. Это нормальное состояние глаз во время сна. Приняв это положение, человек засыпает быстро, легко и глубоко [18].

Приём «Для отдыха и расслабления»

Это упражнение для расслабления можно делать в любое время, но оно всего полезнее, когда пострадавший не может долгое время расслабиться и уснуть.

Попросите пострадавшего лечь, если есть такая возможность, на кровать, на спину, а руки вытянуть по бокам.

Далее идут следующие слова:

«Закройте глаза и постарайтесь смотреть вверх под закрытыми веками. Начинайте медленный счет одновременно с 1 до 100 и со 100 до 1, вот так: 100-1, 99-2, 98-3, 97-4, 96-5 и т. д. При этом смотрите вверх с закрытыми глазами. Пока вы считаете, глаза устанут. Опустите их, как им удобно. В какой-то момент вам станет трудно удерживать в уме последовательность счета. Это знак, что мозг готов перейти ко сну. Не принуждайте себя продолжать счет.

Представьте, лестницу, ведущую вниз, ступеней двадцать, любой конструкции. На полпути у нее есть площадка. Представьте медленный спуск по ступеням. Считайте их. Раз-два-три... пока не дойдете до десяти. Здесь сделайте остановку на лестничной площадке, затем медленно спускайтесь дальше. Если вы дошли до конца лестницы, то почувствуете, как вам стало легко и хорошо.

Представьте комнату - ваше личное убежище. Никто сюда не придет и не потревожит вас. Она обставлена и украшена по вашему вкусу. Здесь вы свободны от всего, что давит и мучит. Оставайтесь в ней сколько хотите».

Даже если пострадавший не заснёт, то отдохнет. Двадцать минут такого расслабления освежает, как нормальный двухчасовой сон.

Решить проблему с засыпанием также помогут различные медитации.

Примеры коротких медитаций, направленных на снижение уровня стресса, улучшение самочувствия.

На данном этапе возможно применение различного рода медитаций, но они должны быть достаточно короткими и энергетически насыщенными. Вот некоторые из них:

1. Медитация «Метаморфоза»

Представьте себе ваше состояние в виде какого-либо образа, скажем, в виде засохшего и понурого цветка или деревца. Ощутите в себе это состояние безразличия к жизни из-за отсутствия в ней света, тепла, влаги. Представьте себе другой образ, тот, каким вы бы хотели видеть этот цветок или деревце. Теперь мысленно, в воображении, проиграйте сцену

превращения увядающего цветка в здоровое и красивое творение природы. Войдите в образ цветка, станьте этим цветком сами. Затем попросите об этом волшебном превращении природу – землю, небо, солнце, чтобы они дали вам новые силы жить. Вот вы видите, как вам, то есть к цветку, приближается облако и оно дарит вам благодатный дождь, смывая с цветка и вас пыль и усталость жизни. Дождевая влага впитывается в землю и начинает питать корни цветка соками земли. Представьте себе, как эти соки начинают течь по стеблю цветка, то есть, по вашим сосудам. И цветок начинает оживать. Теперь вы видите, как солнце проглядывает из-за тучи и начинает питать листья мягким теплом, от которого на цветке появляются новые листочки. Силы прибывают, и цветок начинает расти, становясь все больше и красивее. И вот вы уже красивый, здоровый, сильный и яркий цветок, которым все любят. Запомните это состояние.

2. Медитация «Счет».

Считайте от одного до десяти, а когда дойдете до десяти, начните сначала. Концентрируйте внимание исключительно на своем дыхании.

Это упражнение очень простое, но при условии, что Вы не будете предъявлять к себе сразу самые высокие требования, потому что, по всей вероятности, Вам не удастся думать только о счете вдохов и выдохов. Не позднее третьего или четвертого вдоха к Вам в голову прокрадутся посторонние будничные мысли. Именно здесь и начинается искусство медитации.

- Пусть эти мысли просто проходят мимо, словно облака, уносимые легким ветром.

- Не уделяйте им внимания, не позволяйте им поймать Вас в свои сети.

- Вы не являетесь этими мыслями. Вы только наблюдаете за ними. Они – та часть Вас, которая в данный момент не имеет значения.

- В этом состоянии сосредоточенности на дыхании Вам важно не быть «лишенным каких-либо мыслей», но постоянно возвращаться к своему дыханию.

Если Вы учтете эти советы, то заметите, что при регулярной практике Вам будет все легче дистанцироваться на некоторое время от своих мыслей.

3. Медитация «Отслеживание мыслей».

Встряхните кистями рук, локтями, плечами, ногами; расслабьте туловище и «встряхнитесь». Затем, устроившись удобно, сядьте прямо – или на обычный стул, или на подушку, скрестив ноги.

Сконцентрируйтесь.

Очень медленно закройте глаза. Взгляд теперь направлен вовнутрь, дыхание спокойно, Вы вдыхаете и выдыхаете свободно примерно сто раз. Это время принадлежит Вам, сконцентрируйтесь на своем дыхании.

Наблюдайте.

Посмотрите, какие мысли приходят к Вам в голову, какие мысли приходят чаще других. Но не цепляйтесь ни за одну из них. Наблюдайте и за теми ощущениями, которые появляются, запоминайте их. Сейчас Вы находитесь в зрительном зале, смотрите спектакль, который разыгрывается у Вас внутри, но смотрите его, так сказать, «снаружи». Вы сохраняете необходимую дистанцию, не реагируете на происходящее в Вашем внутреннем мире.

На протяжении 50 вдохов и выдохов Вы неслышно проговариваете на выдохе слово «сейчас». Теперь Вы концентрируетесь на настоящем настолько сильно, насколько можете.

Завершите медитацию.

После 50 вдохов и выдохов задержите дыхание настолько, насколько сможете, затем громко выдохните и раскройте глаза.

Блок техник НЛП

НЛП является одним из наиболее успешно применяемых направлений в экстремальной области. Точечность воздействия техник, быстрота изменения состояний, краткость временного диапазона психологической помощи делают НЛП незаменимым инструментом в руках экстремального психолога [33].

Одним из базисных положений НЛП является утверждение, что каждый человек несет в себе скрытые, неиспользованные психические ресурсы. Главная задача НЛП-терапии – обеспечение доступа клиента к тому, как ими пользоваться. Вмешательство на уровне стратегий помогает клиенту заменить проблемное поведение на более эффективное поведение, проявляющееся в конкретных контекстах и ситуациях. НЛП-терапия может проводиться как прямо, в открытую, так и косвенно, посредством невербальных техник, а также метафор. Техники НЛП удачно применяются педагогами-психологами и дают хороший результат в работе для коррекции различных стрессовых состояний, а также являются незаменимым инструментом по предупреждению ПТСР. Мы уже описывали выше, как можно «якорить» ресурсные состояния. Теперь, мы приводим те техники, которые Вы можете уже использовать на данном этапе (конечно, используя и те, которые мы описали выше).

1. Наложение якорей.

Цель: Снижение уровня негативного переживания психотравмирующей ситуации с помощью ресурсного состояния.

Попросите пострадавшего подумать о ситуации, в которой чувствовал себя эмоционально плохо. Пройдитесь по всем его субмодальностям, но соблюдая «золотую середину», не давая ему «провалиться» в эту ситуацию.

Закрепите это его состояние якорем (назовём его травматическим), например, прикосновением к руке.

Попросите пострадавшего выйти из этого состояния, и помогите вспомнить ресурсное состояние (например, состояние уверенности,

собственного контроля над ситуацией), сопровождая свою речь эмоционально положительно заряженным тоном, и, меняя позу, заякорите это его ресурсное состояние, прикоснувшись, допустим, к другому месту (например, на плече). Далее, попросите пострадавшего «на несколько секунд вернуться» в нересурсное состояние (воспроизведя при этом, нересурсный якорь). Как только вы увидели (по реакции его тела, выражения лица, напряжения мышц), что он туда «окунулся», сразу восстановите ресурсный якорь (дотроньтесь до его плеча, не отпуская при этом, нересурсный якорь). И, когда ощущение, например, уверенности достигнет максимума, можно отпустить оба якоря.

Можно сделать экологическую проверку, попросив вспомнить нересурсное состояние. Эмоциональный накал должен уйти, а ситуация будет восприниматься более отстранённо.

2. Интенсификация ресурса

Цель: Научить пострадавшего справляться с неудовлетворительными чувствами или подготовить его к переживанию негативного опыта.

1. Договоритесь с пострадавшим, какое предстоящее событие его пугает или сильно тревожит (например, предстоящее опознание тел).

2. Помогите пострадавшему вспомнить ситуацию, где у него было ресурсное состояние (например, состояние спокойствия, невозмутимости), сопровождая свою речь спокойным голосом. Поставьте ресурсный якорь. Постарайтесь, чтобы якорь был достаточно сильным и устойчивым. Поэтому уделите больше времени позитивному переживанию. Затем, попросите представить и запомнить эту ситуацию в виде маленькой картинки. Поблагодарите этот образ и «отложите» его на время.

3. Предложите пострадавшему закрыть глаза и четко представить обстановку в комнате. Если это не получится, предложите открыть глаза, а затем повторите процедуру столько раз, сколько понадобится для воспроизведения красочного образа.

4. Попросите пострадавшего поместить очень маленькую картинку в центре образа. Маленькая картинка должна показывать переживания, наблюдаемые в пункте 2.

5. Затем, активируйте событие, заложенное в пункте 1, и резко раскройте маленькую картинку из середины к краям большого образа, полностью его замещая (возобновляя при этом ресурсный якорь).

6. Предложите пострадавшему шагнуть внутрь нового образа так, чтоб он ощущал себя внутри его.

7. Старый же образ должен открыться в центре нового изображения в виде маленькой картинки.

8. Повторите всю операцию десятков - другой раз очень быстро. Эта техника является основой для другого метода - взмаха.

3. Взмах

Цель: Коррекция состояния пострадавшего и снижение эмоционального «накала» его прошлого негативного образа. Активизация ресурсного состояния пострадавшего.

Возможно, пострадавшего беспокоит травмирующая ситуация, которая сопровождается неприятными чувствами неопределенности, страха и тревоги, а может, и визуальными воспоминаниями (навязчивыми образами, картинками).

1. Попросите пострадавшего вспомнить ситуацию, поведение и переживания в которой хотелось бы изменить. Попросите визуализировать ее, прочувствовать, какие цвета в ней, звуки? Предложите представить эту ситуацию в виде картинку в экране.

2. Затем, оставив ее на время в памяти, попросите представить пострадавшего эту же ситуацию, но уже измененную в лучшую для него сторону (пострадавший в ней более спокоен). Пусть он добьется образа, который был бы оптимальным в данной ситуации. Также, визуализируйте ее в виде картинке на экране, ну уже меньшем, чем предыдущий экран. «Пройдитесь» с ним по субмодальностям, пускай пострадавший ощутит ее. Поместите новую картинку в первый экран в левый нижний угол.

3. Перед пострадавшим уже как бы два экрана (один в другом). Попросите его представить, что маленький экран, как по мановению волшебной палочки разрастается и поглощает собой все пространство большого экрана. Цвета, образы, ощущения распространились по большому экрану, и перед вами уже новая, позитивная картинка.

4. Если пострадавший делал эту технику с закрытыми глазами, попросите его открыть их, сохраняя образ этой картинке перед собой; если открытыми, то сделайте взмах рукой и зафиксируйте у пострадавшего этот визуальный образ.

5. Попросите пострадавшего запомнить этот опыт, это его ресурсное состояние. Дайте ему позитивный настрой, сказав, что теперь, даже если подобная ситуация неопределенности, страха и тревоги повторится, то его состояние будет уже другим (в нашем примере, более спокойным).

4. «Круг Силы», или «Ресурсный круг».

Это так называемый пространственный якорь, используя его, педагог-психолог также поможет дать ресурсное состояние пострадавшему, которое тот может использовать и в дальнейшем.

1. Попросите пострадавшего подумать, какое состояние он хотел бы усилить в себе (например, чувство уверенности в себе).

2. Пусть пострадавший представит это качество (состояние) где-то в пространстве его комнаты в виде круга... Вы при этом, очерчиваете рукой круг на полу перед пострадавшим.

3. Когда задание выполнено, собираем характеристики круга, а именно: местоположение круга, его размер, объем (высотой над полом),

цветом, материалом, температурой и т.п. Чем подробнее будут собраны характеристики, тем лучше.

4. Попросите пострадавшего подумать, во сколько раз ему хотелось бы увеличить в себе эти ресурсы? (В два раза, в три, в десять – решите во сколько раз надо именно вам). Скажите пострадавшему: «Сделайте «заказ» своему бессознательному (скажите внутрь себя) увеличить необходимые ресурсы именно до этого размера».

5. Дайте пострадавшему инструкцию: «Сейчас вы войдете в Круг Силы... И сразу ресурсы начнут наполнять вас... Попросите свое бессознательное дать вам знак, когда то, что нужно, совершится... Не бойтесь брать - это магический круг: чем больше из него берешь, тем больше там остается. Вы наполняетесь ресурсом. Как только знак бессознательного получен, вы выходите и удобным для себя способом заберите круг с собой».

6. Дайте пострадавшему установку: «И теперь, когда Круг Силы с тобой, ты можешь в любой момент воспользоваться его ресурсами. Теперь, когда у вас есть пространственный якорь, или «Ресурсный круг», вы можете также пользоваться им в различных ситуациях тревоги, страха, неуверенности».

5. Ассоциация - диссоциация.

Человек, воспринимающий себя в некоторой ситуации, испытывает иные эмоции, нежели тот, кто рассуждает о ней. Чаще всего ситуация, описываемая пострадавшим, имеет негативный оттенок, и для того, чтобы упорядочить внутренний хаос, Вы можете предложить пострадавшему взглянуть на это происшествие сверху и сзади так, чтобы пострадавший увидел и себя находящимся в процессе развития ситуации. Так, пострадавшему, тревожащемуся по поводу предстоящего процесса опознания, можно предложить представить, что он не опознаёт, а лишь исполняет роль сдающего экзамен, то есть диссоциироваться от ситуации.

Техники, которые применяются в работе с пострадавшими детьми

Дети являются самой незащищенной и уязвимой частью населения, они полностью зависят от взрослых, и, находясь в чрезвычайной ситуации, часто неспособны справиться с ней самостоятельно. Но в то же время, они так же, как и взрослые, оказываются в зоне техногенных и природных катастроф, становятся свидетелями военных действий, жертвами физического, сексуального и эмоционального насилия. Достаточно травматичными для них являются длительные или повторяющиеся госпитализации, т. к. в данном случае, в отсутствие взрослого у ребенка нарушается базовое чувство безопасности, усиливается тревожность.

Все эти ситуации являются глубоко травмирующими психику ребенка, на каждую из которых они могут реагировать по-разному. Подробно общие черты переживания детьми различных травматических ситуаций были изучены Н. В. Тарабриной [34]. Представим некоторые из них.

События, связанные с военными действиями. Основными травмирующими факторами в данном случае являются □ непосредственная угроза жизни и здоровью ребенка и □□о близких, смерть близких, физические травмы ребенка. Для детей дошкольного возраста наиболее типичными последствиями такого рода травматических ситуаций являются регрессивное поведение (энурез, страх разлуки с родителями, страх перед незнакомыми людьми, утрата имевшихся навыков). У детей старшего возраста появляются проблемы в учебе и общении. Им свойственны различные поведенческие нарушения □ от депрессии до агрессии. У подростков могут отмечаться жалобы психосоматического характера, появляться «вина выжившего».

Стихийные бедствия и катастрофы. Основными травмирующими факторами являются те же, что и в ситуации военных действий. Сразу после травмы у детей обычно появляются следующие симптомы: нарушения сна, ночные кошмары, навязчивые мысли о травматической ситуации, уверенность в том, что травматическая ситуация может повториться, повышенная тревожность, сильная реакция на любой стимул или ситуацию, символизирующую травму, психофизиологические нарушения. У младших детей часто проявляются тенденции к регрессивному поведению (энурез, сосание пальца и зависимость от родителей). Иногда эти же симптомы возникают не сразу после травмы, а спустя довольно продолжительное время.

Дети могут не говорить о своих переживаниях, связанных со стихийными бедствиями, поэтому необходимо обращать внимание на невербальные признаки нарушений, такие как:

1. Нарушения сна, которые продолжаются дольше, чем несколько дней после травмы. При этом сны, напрямую связанные с травматической ситуацией, могут отсутствовать.

2. Психосоматические реакции, состояния. Соматические симптомы различных заболеваний могут проявляться как реакция на пережитый ребенком стресс (например, тошнота, рвота, повышение температуры, боль в животе и т.д.).

3. Изменения в эмоциональном фоне и поведении.

У детей можно выделить два типа травмы:

1. Травма, характерная для данной народности, - это травма социального уровня, носящая статичный характер, которая специфическим образом преломляется в подрастающем поколении. Этот тип травмы характерен для пролонгированных военных конфликтов, где дети были участниками не только военных действий, но и относительно мирного времени, периода восстановления и локального возникновения новых очагов конфликта.

2. Травма, полученная на основе непосредственного, личного опыта во время бомбежек, плена, потери близкого человека и т.д., - это травма детей - очевидцев травмирующего события. Этот тип травмы характерен для актуальных событий недавнего времени - военного конфликта Грузии и

Южной Осетии. Именно реакцию на этот тип мы подробнее рассматриваем в данной работе.

Целями психологической помощи после воздействия чрезвычайной ситуации являются:

1. повышение эффективности действий ребенка во время и после травмы;
2. уменьшение неприятных и болезненных проявлений, вызванных травмирующим событием;
3. профилактика развития нежелательных последствий травмирующего события.

При рассмотрении **возрастных особенностей протекания процесса переживания травмы** следует обратиться к возрастной периодизации детского развития. Для рассмотрения этого вопроса наиболее эффективным будет обратиться к периодизации Выготского – Эльконина, с точки зрения рассмотрения социальной ситуации развития ребенка, его ведущего типа деятельности, и психических новообразований данного возраста.

Для детей *младшего школьного возраста* ведущей деятельностью становится деятельность учебная. И не случайно, что после перенесенной травмы часто в первую очередь заметны нарушения именно учебы. Память и восприятие ребенка постепенно становятся все более опосредованными мыслительной деятельностью. Поэтому здесь приобретает интерпретация тех или иных событий уже ребенком. Но, как и у старших подростков, для них характерно «магическое» мышление, как форма психологической защиты. И это может привести после травмирующего события к самым неожиданным для взрослых причинам страхов, чувству вины, появлению ритуалов и т.д.

У детей младшего школьного возраста на наличие проблем после перенесенной травмы указывают следующие признаки: ребенок постоянно плачет, дрожит и выглядит испуганным; погружен в самостимуляцию (постоянно раскачивается взад-вперед или качает головой). У него наблюдаются расстройства сна: кошмарные сновидения, бессонница или чрезмерная сонливость; энурез; отмечаются нарушения аппетита; могут наблюдаться различные расстройства самочувствия без видимых причин (головная боль, головокружения, боль в позвоночнике, расстройства пищеварения). Ребенок проявляет агрессивность или ведет себя очень шумно и грубо во время игры; очень замкнут; слишком спокоен и послушен, ничем не проявляет свои чувства и желания или же подавлен и безразличен; возвращается в определенных чертах поведения к более раннему возрасту; не может концентрировать внимание или запомнить усвоенное в школе; проявляет суетливость, раздражителен по отношению к окружающим, боится и не доверяет им; не может заниматься вместе с другими; все время думает о плохих вещах, которые, он уверен, случатся с ним в будущем.

Младший подростковый возраст. Огромную роль в расширяющемся мире подростков начинают играть сверстники. Ведущая деятельность – интимно-личностное общение, специфика которого в том, что оно осуществляется в группе. Подросток осваивает отношения взрослого мира, и

некоторые экстремальные ситуации заставляют его это делать. Поэтому все нарушения, которые встречаются у взрослых, встречаются и у подростков.

У младших подростков можно отметить следующие реакции на травму: самоизоляция от окружающих; неспособность вступать во взаимоотношения; чрезмерное подражание окружающим; зависимость от чужого мнения; агрессивное поведение, отношения и поступки; возбужденность, суетливость или невозможность сосредоточиться на чем-либо одном; крайняя степень подавленности; отсутствие реакции на окружающее, достигающее до степени неподвижности. А также функциональные расстройства самочувствия, вызванные стрессом; расстройства сна; галлюцинации; ложные зрительные и слуховые образы; идеи угрозы со стороны окружающих; попытки самоубийства. В этом возрасте психические и психосоматические расстройства могут носить устойчивый характер. Отмечаются различные соматические жалобы, которые не подтверждаются результатами медицинских осмотров.

Во время травмирующего события и при оказании психологической помощи, первой реакцией у ребенка является шок. У детей он обычно выражается молчаливым уходом или взрывом слез. Очень маленькие дети могут испытывать весьма болезненное чувство дискомфорта, но не шок. Они не понимают, что происходит, но хорошо чувствуют атмосферу в доме. Развлечение (взять на руки, купить игрушку или сладость, включить телевизор) оказывается не самой лучшей политикой в такой ситуации. Оно действует временно и не помогает справиться с горем, а лишь на время отвлекает внимание. Обнимите ребенка, дайте ему расслабиться, поплакать, посидеть или полежать. Ему нужно время, чтобы погоревать, поговорить о матери, отце, брате или сестре. В зависимости от индивидуальных возможностей каждого ребенка, стадия шока может продолжаться от нескольких часов после травмирующего события до 2 - 3 дней.

Целью психологической помощи во время травмирующего события – облегчение переживаний этой ситуации и профилактика негативных последствий развития психологической травмы.

По возможности надо помочь ребенку в экстремальной ситуации интерпретировать ее не как травмирующую, ужасную, унижительную, когда человек беспомощен, как ситуацию, например, интересную, увлекательную, волнующую, сложную, с которой он, однако в состоянии справиться. То есть способствовать такому субъективному восприятию ситуации, которое снизит ее травматичность. Возможно, это редко применимо со взрослыми, однако вполне реально во многих случаях работы с детьми.

В острый период после воздействия ЧС основными средствами для работы с ребенком должен служить разработанный педагогом-психологом стимульный материал из его практики. Особое место среди стимульного материала занимает игрушка как одно из эффективных средств психологической помощи. В данном случае игрушка выступает:

а) средством, способствующим установлению позитивных отношений и общению;

б) средством диагностики физических, психических и личностных особенностей, средством установления особенности регрессии;

в) средством психологического сопровождения и коррекции.

При подборе соответствующего ситуации стимульного материала должен учитываться контекст самой трагедии. При ЧС техногенного характера актуально использовать различные кубики, конструкторы, а также материалы для продуктивной деятельности. Это пластилин, глина, краски, губки, фломастеры, цветные мелки, конструкции из бумаги, цветные карандаши, и специальные доски для изображения всего того, что эмоционально значимо в данный момент. Рисование и лепка – это значимая для детей деятельность, в которой условными обозначениями или достаточно узнаваемыми иконическими образами дети способны отреагировать свои переживания, связанными с ЧС, так же продукт этой деятельности способен быть отчуждаемым самим исполнителем от мотива и процесса его создания. Созданный продукт начинает осознаваться как самостоятельное авторское творение, с которым ребенок может идентифицировать себя.

При ЧС социального характера специфика материалов меняется на те, которые актуально использовать в ролевых и ситуационных играх для изображения людей и значимых для детей животных и предметов из прежней счастливой и обыденной жизни.

Следующей стадией переживания последствий чрезвычайной ситуации является стадия острого горя. Период острого переживания горя у ребенка обычно короче, чем у взрослого (слезы часто сменяются смехом), но при столкновении с новыми жизненными ситуациями его горе вновь оживает. Эта стадия может длиться от нескольких дней, но чаще в течении первых 7-10 дней после воздействия чрезвычайной ситуации.

Здесь актуальны уже различные игровые и другие эффективные методы работы. Но при реализации данных методов следует:

1. Наблюдать за изменениями поведения ребенка, потерявшего кого-то из близких. В первые недели обычно наблюдается тенденция к уходу, агрессивность, гневливость, нервозность, замкнутость, невнимательность. Относитесь к этому с терпением, никогда не показывайте своего удивления. Не действуйте вопреки ребенку.

2. Если ребенок хочет поговорить, найдите время выслушать его. Это не всегда легко сделать, и все же попытайтесь. Объясните ребенку, что вы хотите поговорить с ним, выберите удобное для этого время. В разговоре слушайте не только ушами, но и глазами и сердцем. Обнимите ребенка, возьмите его за руку. Прикосновение имеет для ребенка огромное значение, ведь он потерял тепло любящего родителя. Это позволяет ребенку почувствовать, что вы заботитесь о нем и в любое время готовы помочь ему. Поддержите его желание говорить о родителе и делайте это сами.

3. Постарайтесь привлечь лучших друзей ребенка. Если вам удастся собрать лучших друзей ребенка, объясните им, что, когда умирает кто-то, кого вы любите, беседы об этом человеке помогут сохранить о нем добрую память.

4. Будьте готовы к вопросам и всегда будьте честными в ответах. Детей часто интересуют вопросы рождения и смерти. Очень важно знать культурный уровень семьи ребенка, ее религиозные установки. Ваши собственные чувства никогда не должны вступать в противоречие с чувствами родителя или смущать ребенка.

5. Покажите ребенку, что плакать не стыдно. Если ваши глаза наполнились слезами, не скрывайте этого («Ты очень любил маму, и я это понимаю. Очень грустно, что она умерла»). В это время ребенку можно рассказывать множество трогательных историй.

6. Никогда не говорите: «Ты ведь так не думаешь, не правда ли?». Не говорите, что вы надеетесь на исчезновение у ребенка страхов, и не пытайтесь сменить тему разговора. Когда ребенок говорит, что считает себя виноватым в смерти отца, он действительно так думает. Дети честны, они говорят то, о чем думают. Их чувства реальны и сильны, и о них надо знать, им надо верить, о них надо говорить. Очень важно признать право ребенка на переживание.

7. Старайтесь быть в контакте с родителем. Ребенок быстро почувствует связь между вами и его семьей, и это создаст у него ощущение безопасности. Обсуждайте с ним изменения в поведении ребенка, в его привычках.

На этой стадии актуально использование детских и взрослых книг релаксирующего содержания. Это, прежде всего, сказки для детей и эскаполитература для младших подростков [22], использование которых возможно только если ребенок готов погрузиться в ее сюжеты и ускользнуть на время от тяжелой и непереносимой реальности. При ЧС социального характера этот метод возможен на любой ситуации травмы.

Среди стимульных материалов, обеспечивающих индивидуальную работу с ребенком, следует использовать материалы и для совместной работы. Помимо уже перечисленных материалов, сюда следует включить настольные игры, мозаику, конструкторы и другое.

Для снятия агрессивного поведения, особенно актуального при переживании травмы маленькими детьми, им можно дать различные коробки, ящики, баллоны, бумагу, которые разрешается мять, ломать и крушить. Детям постарше – поручить физическую работу, требующую значительных усилий, или длительную прогулку пешком или на велосипеде. Для работы со страхами используются устрашающие маски мифологической нечисти и маски агрессивных животных. В тоже время необходима работа с эмпатийными масками и игрушками. Популярностью у детей пользуются эмпатийные мягкие игрушки с твердыми наполнителями в виде шариков в ручках и попке у игрушки. Дети при беседе в ситуации волнения, стеснения, любят теревить их и перебирать эти шарики в руках.

На любой стадии начало работы с ребенком всегда заключается в знакомстве, в установлении контакта, необходимого для продуктивного сотрудничества с целью диагностического обследования и психического восстановления. В момент знакомства и предложения психологической

помощи следует всячески подтверждать чувство личности у ребенка. Даже у самых маленьких следует спрашивать согласия работать с ними: «Привет, я педагог-психолог, меня зовут... А как тебя зовут? Я могу тебе помочь, если ты этого захочешь, если ты готов со мной общаться». Следует отметить, что ребенок активнее идет на контакт, когда располагает информацией о вас, поэтому сначала ответьте на вопрос, а потом задайте его ему, например: «Мне 25 лет, а тебе сколько лет? Я люблю кататься на санках и есть мороженое. А как ты проводишь свое время?» и т.д.

Особое значение приобретает имя. С помощью частого употребления имени в положительных контекстах общения личность жертвы начинает собираться из расколотого, разорванного состояния. Налаживанию взаимодействия содействует и приведен выше стимульный материал. Для маленьких детей, например, при замкнутости или острого шока можно начинать знакомиться не от себя, а от известного положительного персонажа-игрушки, знакомясь от его лица.

Для коррекции личностной идентичности используются маски различных эмоциональных состояний, а также маски отчуждения визуального образа лица человека.

Для релаксации используются игрушки для любования и созерцания, а также модификации популярных традиционных тренингов и упражнений по релаксации.

Для эффективного процесса переживания травмы на этом этапе для ребенка важнее всего восстановление рутинной жизни, чтобы дети могли проходить нормальные этапы своего развития. Повседневная рутина разрушает хаос и придает миру стабильность. Важно дать детям возможность вернуться к той деятельности, которая в этом возрасте является ведущей.

Каждая новая чрезвычайная ситуация имеет свои особенности и, следовательно, требует их учета. При подборе методов работы и стимульного материала должен учитываться контекст самой трагедии, что позволяет наиболее эффективно выстроить работу педагога-психолога при оказании помощи после воздействия чрезвычайных ситуаций.

Работа с детьми в данных условиях могут потребовать от вас величайшей гибкости. В таких условиях может оказаться, что в наличии имеются только те игрушки и материалы (пластилин, карандаши, бумага, краски и пр.), которые педагог-психолог сумел взять с собой, или которые можно было найти на месте. Кроме того, время для оказания помощи может быть резко ограничено. При столь ограниченных возможностях, позиция педагога-психолога требует большой гибкости. Когда приоткрывается окошко возможности, педагог-психолог должен это увидеть и быстро адаптироваться к ситуации, понимая, что «окно» может быть открыто ненадолго.

Очень хороший эффект дает использование игрушек, которые надеваются на руку. Можно просто проиграть травмирующую ситуацию, дать возможность побыть ребёнку в разных ролях. Здесь придёт на помощь ваш опыт и фантазия. Конечно, важно помнить, что вовремя

отреагированное, выплеснутое, отыгранное негативное состояние теряет свою силу и актуальность впоследствии. Но, если возможности использования игрушек нет, то можно использовать какие-нибудь подручные средства, которые имеются в поле зрения. Дети хорошо откликаются на игру, и, даже банальная крышка от бутылки или фантик могут стать «заменителем» игрушки. Главное – это настрой самого педагога-психолога и его вера в то, что с помощью этого фантика он поможет ребенку преодолеть те переживания, которые могут иметь негативные последствия. Конечно, психика ребенка чрезвычайно гибкая и процессы саморегуляции психики достаточно мощные, тем не менее, своевременная помощь ребенку внесет неоценимый вклад в его дальнейшее здоровое развитие. В качестве подручных средств для коррекции психического состояния ребенка, например, в Невельске послужил хлебный мякиш, из которого вылепили и страх, и боль, и родителей, и солнышко.

Проделывайте эти техники вместе с ребенком. Они направлены на снижение уровня страха, расслабление, да и на улучшение эмоционального фона [18].

1. «Рисуем страх».

Цель: Уменьшение интенсивности переживания ребёнком страхов, возникающих при ЧС.

а) попросите ребёнка вспомнить ситуацию, когда он испытывал страх и попросите его продолжить предложение: «Я боюсь, когда...»;

б) пусть ребенок нарисует свой страх, используя цветные карандаши. Поговорите с ним о его рисунке. Попросите его объяснить, почему так выглядит рисунок. Почему он использовал именно эти краски?

в) попытайтесь вместе с ребёнком определить, где же в его теле «живёт» страх;

г) можно поговорить со страхом, а также можно ребёнку самому побыть в роли страха, и даже поугаать других;

д) спросите ребёнка, как теперь он относится к страху. Если всё ещё боится его, то предложите ему изменить страх, дорисовать смешные детали, и т.п.;

е) если страх уже не такой «страшный», то можно придумать ему уменьшительно-ласкательное имя, договориться с ним, что он не будет больше пугать.

2. Техника «Мартышка»

Дыхательная техника. Это техника, которую можно выполнять сидя или стоя. Выпрямите спину, глубоко вдохни через нос, и медленно выдохни через рот, вытянув губы трубочкой, сильно-сильно вытягивая губы вперед.

3. Техника «Выдох в геометрические фигуры»

Дыхательная техника. Можно выполнять сидя или стоя. В исходном положении стоя или сидя сделать полный вдох. Затем, задержав дыхание, вообразить круг и медленно выдохнуть в него. Этот прием повторить четыре

раза. После этого вновь вдохнуть, вообразить треугольник и выдохнуть в него три раза. Затем подобным же образом дважды выдохнуть в квадрат. После выполнения этих процедур обязательно наступит успокоение.

4. Техника «Гармошка». Для уменьшения уровня тревоги и страха.

Помогите ребенку представить, что его страх - гармошка, играющая в груди. Выдохните до предела - гармошка сжата.

Теперь, полно вдыхая, с любым звуком, растягивайте ее до отказа... Теперь снова сжимайте, в любом темпе, с любым звуком, с какой-нибудь задорной мелодией, чем громче, тем лучше...

До отказа сожмите, выдохните, подождите чуть-чуть, снова разожмите... Раз 7-12, с полным сосредоточением. В конце упражнения от страха не останется и следа.

5. Техника «Мыльный пузырь». Для уменьшения уровня тревоги и страха.

Медленно, сильно и глубоко вдохните, можно с небольшими толчками... вдыхайте дальше, до предела, до надувания щек, до «раздувания» всего тела...

Представьте, что воздух уже в кости входит... Задержите воздух на пике вдоха, почувствуй, как он упирается в диафрагму, поиграйте ею, «помассируйте» нижележащие органы... Все! - Выдыхайте, так же полно, под конец выдоха сложите губы трубочкой.

6. Техника «Ихтиандр». Для переключения внимания от стрессовой ситуации и снятия мышечных блоков.

Сильно разогните одни лишь запястья, и растопырите пальцы обеих рук - желательна также и ног (тесная обувь может этому помешать). Можно в виде последовательных сжатий - разжатий.

7. Техника «Янтарного шара». Для уменьшения уровня тревоги и страха.

Представьте над собой янтарный, теплый, светящийся изнутри, шар небольшого размера.

Этот шар начинает вас обертывать как «конфету» сверху донизу. В этой «оболочке» вы надежно спрятаны. На вас не может подействовать ни посторонний взгляд, ни сказанное слово, ни один человек не в состоянии причинить вам вред. Теперь вы надежно защищены янтарной энергией «янтарного шара».

8. Мышечная релаксация (в этом и следующих упражнениях дан алгоритм работы).

а) сядь в удобное кресло или ляг на пол. Спина опирается на спинку кресла или прижата к полу. (Если ты сидишь в кресле, поставь ноги на пол,

но не скрещивай их. Если ноги не достают до пола, подложи под них подушку);

б) начнем с рук. Сожми руки в кулаки. Как можно сильнее напряги мышцы. Представь ощущение этого напряжения - как тугая тетива, которую вот - вот отпустят. Разожми кулаки и пошевели пальцами. Они извиваются, как спагетти. Встряхни их. Испытай чувство освобождения, релаксации;

в) переходим к ногам. Напряги их, включая пальцы в «тугую тетиву». Затем напряги икры, колени, бедра, всю ногу. Потряси ногами и пошевели пальцами (следующий абзац маленькие дети могут пропустить и перейти к упражнениям с лицом);

г) напряги туловище - начни с плеч, затем перейди к груди и животу. Ощути пространство вокруг пояса, в том месте, где обычно носят ремень. Расслабь живот. Потом – грудь. Если ты чувствуешь напряжение в плечах, мягко положи руки на пол или на подлокотники. Несколько раз глубоко вдохни животом, пока напряжение не пропадет. Затем расслабь поясницу. Ты чувствуешь себя спокойно и расслабленно, как отпущенная тетива;

д) наморщи лоб. Плотнo закрой глаза. Затем открой. Наморщи нос ненадолго. Сожми и разожми зубы. Погримасничай, напрягая и расслабляя разные части лица. Расслабься и запомни это чувство;

е) проверь, не чувствуешь ли ты напряжения в какой-нибудь части тела. Избавься от него, напрягая и расслабляя мышцы. Если ты сидишь в кресле, медленно поднимись, если на полу, медленно перекались на бок и встань.

9. Техника «Ловкачи».

Этот приём снимет не только мышечное напряжение, но и эмоциональное.

Возьмитесь правой рукой за нос и одновременно левой – за правое ухо. Потом поменяйте руки: левой возьмитесь за нос, а правой – за левое ухо. При этом рука, держащая ухо, всегда должна лежать перед другой рукой. Повторяйте эту последовательность движений с возрастающей скоростью.

Это маленькое упражнение позволит передохнуть, сбросить ненадолго напряжение, и его расслабляющее действие на организм переоценить невозможно. Просто поэкспериментируйте, и Вы сами увидите, какие из этих приемов принесут Вам желаемый расслабляющий результат.

10. Глубокое дыхание.

Цель: регуляция вегетативной нервной системы. Расслабление. Сосредоточение и осознание своих ощущений.

а) сядь в кресло, спина прямая и расслабленная;

б) положи руки на грудь, так, чтобы средние пальцы касались друг друга в центре груди. Дыши нормально;

в) отметь, в какой момент соединенные средние пальцы рук начнут расходиться. Усиль это движение, вдыхая более глубоко;

г) маленькие дети могут представить это движение как поток воздуха, наполняющего грудь при вдохе и улетающего, при выдохе;

д) повтори это в течение 2 или 3 минут.

Следующий вариант «глубокого дыхания» - «воздушный шарик» - особенно полезен для взволнованного или плачущего ребенка. Попробуйте остановить его и выполнить это упражнение, тогда он более спокойно воспримет то, что его так расстроило.

11. Техника «Воздушный шарик».

Цель: показать, что дыхание является способом релаксации и обретения спокойствия. Научить «вдыхать и выдыхать».

а) представь, что в твоей груди находится воздушный шарик. Вдыхая через нос, до отказа заполни легкие воздухом. Выдыхая ртом, почувствуй, как он выходит из легких;

б) не торопясь, повтори. Дыши и представляй, как шарик наполняется воздухом и становится все больше и больше;

в) медленно выдохни ртом, как будто воздух тихонько выходит из шарика;

г) сделай паузу и сосчитай до 5;

д) снова вдохни и наполни легкие воздухом. Задержи его, считая до 3, представляя, что каждое легкое - надутый шарик;

е) выдохни. Почувствуй, как теплый воздух проходит через легкие, горло, рот;

ж) повтори 3 раза, вдыхая и выдыхая воздух, представляя, что каждое легкое - надутый шарик, из которого выходит воздух, когда ты выдыхаешь;

з) остановись и почувствуй, что ты полон энергии, а все напряжение пропало.

«Воздушный шарик» - замечательное упражнение для маленьких детей. Старшим детям больше подойдет упражнение «лифт».

12. Техника «Лифт».

Цель: совершенствование мастерства, достигнутого в «воздушном шарике». Расслабление и регулирование нервной системы.

а) дети учатся выделять три участка: голову, грудь и живот, задерживая дыхание на 6, 8 или 12 секунд в каждом из них;

б) сделав вдох носом, мы начинаем поездку на лифте. Выдыхая, почувствуй, как воздух начинает свой путь от подвала (живота);

в) снова вдохни - воздух поднимается на один этаж выше (желудок). Выдохни;

г) вдохни еще раз и подними лифт на следующий этаж (грудь). Выдохни;

д) а сейчас можно отправиться на чердак, вверх по горлу, к щекам и лбу. Почувствуй, как воздух наполняет голову;

е) когда выдохнешь, ты ощутишь, что все напряжение и волнение вышли из твоего тела, словно из двери лифта.

13. Техника «Волшебные превращения».

Цель: Расслабление мышечного панциря.

Начнем расслабление с кистей рук. Предложите ребенку представить, что в каждой руке он держит по лимону. Попросите его начать выжимать сок из лимонов, чувствуя сильное напряжение в каждой руке. Выжав весь сок из лимонов, можно их выбросить и взять новые лимоны, ведь сока должно хватить на целый стакан. Второй раз давим лимоны еще сильнее, а бросаем их медленно. Важно при этом почувствовать разницу между напряженной и расслабленной рукой. Взяв лимоны в третий раз, стараемся не оставить в них ни капли сока, и только после этого медленно ослабляем руки и бросаем воображаемые лимоны. Теперь расслабляем руки и плечи. Для этого предложите ребенку представить себя пушистой ленивой кошкой, которая очень любит потягиваться. Руки вытягиваем вперед, затем вверх, чувствуем напряжение в плечах, когда поднимаем руки как можно выше и как можно дальше отводим их назад. Важно проделать это 3 раза, каждый раз чувствуя разницу между напряженными плечами и руками и расслабленными. Расслабление всего тела. Предложите ребенку представить себя черепашкой, которая спокойно отдыхает около воды под теплым солнышком. Полное спокойствие и безопасность. Но когда приближается опасность, черепашка сразу же втягивает голову и конечности в панцирь. Предложите ребенку также, как черепашка, втянуть голову в плечи, а руки и ноги подогнуть как можно ближе к туловищу. Пусть некоторое время он посидит в такой позе. Но вот опасность миновала, и черепашка может снова расслабиться и отдыхать около воды под теплым солнышком. В это время ребенок может расслабиться и принять комфортную для него позу отдыха [29].

Приложение № 1 к Методическим рекомендациям
«Психологическая помощь субъектам
образовательного процесса в кризисных и
экстремальных ситуациях в организациях
образования Приднестровской Молдавской
Республики»

Рекомендации для педагогов-психологов
в консультировании обучающихся, склонных к самоубийству

Если замечена склонность школьника к самоубийству, следующие советы помогут изменить ситуацию:

1. Внимательно выслушайте решившегося на самоубийство подростка. В состоянии душевного кризиса любому из нас прежде всего необходим кто-нибудь, кто готов нас выслушать. Приложите все усилия, чтобы понять проблему, скрытую за словами.

2. Оцените серьезность намерений и чувств ребенка. Если он или она уже имеют конкретный план самоубийства, ситуация более острая, чем если эти планы расплывчаты и неопределенны.

3. Оцените глубину эмоционального кризиса. Подросток может испытывать серьезные трудности, но при этом не помышлять о самоубийстве.

4. Внимательно отнеситесь ко всем, даже самым незначительным обидам и жалобам. Не пренебрегайте ничем из сказанного. Он или она могут и не давать волю чувствам, скрывая свои проблемы, но в то же время находится в состоянии глубокой депрессии.

5. Не бойтесь прямо спросить, не думает он или она о самоубийстве. Опыт показывает, что такой вопрос редко приносит вред. Часто подросток бывает рад возможности открыто высказать свои проблемы. Следующие вопросы и замечания помогут завести разговор о самоубийстве и определить степень риска в данной ситуации:

а) похоже, у тебя что-то стряслось. Что тебя мучает? (Так можно завязать разговор о проблемах подростка);

б) ты думал когда-нибудь о самоубийстве? (Этот вопрос поможет определить степень риска. Чем более разработан план, тем выше вероятность его осуществления).

Утверждение о том, что кризис уже миновал, не должны ввести вас в заблуждение. Часто ребенок может почувствовать облегчение после разговора о самоубийстве, но вскоре опять вернется к тем же мыслям. Поэтому так важно не оставлять его в одиночестве даже после успешного разговора:

а) поддерживайте его и будьте настойчивы. Человеку в состоянии душевного кризиса нужны строже утвердительные указания. Осознание вашей компетентности, заинтересованности в его судьбе и готовности помочь дадут ему эмоциональную опору;

б) убедите его в том, что он сделал верный шаг, приняв вашу помощь;

в) оцените его внутренние резервы. Если человек сохранил способность анализировать и воспринимать советы окружающих, ему будет легче душевные силы и стабильность;

г) следует принять во внимание и другие возможные источники помощи: друзей, семью, врачей.

Приложение № 2 к Методическим
рекомендациям «Психологическая помощь
субъектам образовательного процесса в
кризисных и экстремальных ситуациях в
организациях образования Приднестровской
Молдавской Республики»

Рекомендации родителям несовершеннолетних детей,
склонных к суицидальному поведению

1. Первое, что необходимо сделать, это понаблюдать и проанализировать жизнь и поведение вашего ребенка. Будьте внимательны, благожелательны, не пытайтесь сразу выяснить, что и откуда, и ни в коем случае не «наезжайте», даже если вам стало страшно.

2. Если в жизни ребенка много «виртуала», должно быть столько же или больше реальной жизни: общения, действий. Игры, квесты, головоломки, скалолазание, батуты, бассейн, борьба, действия руками – шитье, лего, сборка моделей, квиллинг, скрапбукинг, вырезание, выпиливание и т.д. Делать то, что дает телесные ощущения, показывает объем пространства, создается собственными руками, дает ощущение значимости.

Все это не ради наград или для вас, а ради собственного удовольствия. А чтобы начать процесс, когда «ничего не хочет», начните делать что-то вместе. Раз в неделю устраивайте активное совместное время без телефона и компьютера (у вас тоже их не должно быть).

3. Реально оцените нагрузки у ребенка по обучению, обязательствам, «нужным» действиям. Если контакт с ребенком потерян, он не хочет с вами разговаривать, чем в большем стрессе находится ребенок, тем больше он желает другой жизни (чаще подсознательно). Снижайте нагрузки, требования, меняйте режим дня и его содержание.

4. Оцените количество правил в жизни вашего подростка - насколько много у него «нужного» и «необходимого». Столько же или больше должно появиться времени на «бесполезное». Устраивайте дни, когда правила отменяются, позволяйте иногда их нарушать, поддержите, когда ребенок хочет что-то изменить, отменить и не делать.

5. Проследите за «звуковым фоном» вокруг ребенка (наушники, телевизор, постоянные разговоры по телефону), выключите работающий телевизор, устраивайте «дни тишины» без музыки и видео, выезжайте в интересные места, где ограничено постороннее общение.

Цель – погрузить в тишину, в собственные мысли, в «здесь и сейчас», притормозить быструю смену «картинок и звуков» вокруг.

6. Научите ребенка техникам переключения, «выхода из транса» виртуальности - умыться, потопать ногами, громко крикнуть.

Сделать что-то необычное, быстрое, с привлечением органов чувств - звук, телесное действие, запах.

7. Научите ребенка методам «сохранения сознания». Когда страшно, паника, тревожность, непонимание, что происходит – выключить компьютер, побыть в тишине, выспаться, принять душ, сделать дыхательные упражнения, поговорить с близким взрослым.

8. Устройте ребенку возможность быть где-то значимым, делать что-то нужное и полезное, лучше в команде. Если отправляете в лагерь, обратите внимание на цель и смысл лагеря. Если снова научить чему-то, если в лагере управляют взрослые и нужно делать, что говорят – ищите другой. Лучше всего найти проектный лагерь, где группа детей создает что-то, где есть выбор делать или не делать, где будет собственная цель и желание ее реализовать.

Можно пойти в театральную студию, там есть «проживание» разных ролей, перевоплощение, совместное творчество, ощущение собственной значимости.

9. Если есть признаки того, что ребенок недосыпает, постарайтесь повлиять на режим сна. В постоянно «недоспавшем» состоянии снижается критичность, ухудшается память, увеличивается тревожность и внушаемость, падает иммунитет.

Здоровый и достаточный сон дает возможность упорядочивания информации, восстановления на всех уровнях и физически, и психологически.

Рекомендую ночью установить запрет на интернет и телефон – это важно.

10. Учите ребенка критическому мышлению – задавать «неудобные» вопросы, протраивать логические цепочки, говорить «нет» или «я подумаю» на непонятные предложения. И в первую очередь давайте возможность ребенку спрашивать в семье и получать ответы: «зачем мне это надо?», «почему я должен это делать?».

11. Есть ли у вашего ребенка ощущение, что его любят «просто так»? Задайте себе вопрос, если бы ваш ребенок не был успешен, не достигал, не делал и т.д. ВЫ бы им гордились? А он знает ваш ответ?

Есть ли у вашего ребенка в семье ощущение общности, командности, что семья, это не «я, сестра, мама, папа», а «МЫ»?

Нужны совместные обсуждения важных семейных вопросов, своя зона ответственности в семье, доверие и открытое обсуждение любых вопросов.

12. И, наверное, самое важное в этой теме. Чтобы у ребенка не возникло желания уйти из жизни, он должен видеть настоящую, живую, яркую жизнь - вашу жизнь. Если вы сами живете безрадостно, серо и уныло откуда у детей возьмется желание становиться взрослыми и Жить Жизнь?

Если вы готовы менять отношения с ребенком на более глубоком уровне - вот четыре действия, ведущие к возвращению близости и понимания в отношения с ребенком:

1. *Сформировать ритуалы семейного приветствия, прощания и общения, направленные на «завладевание» ребенком. Взгляд «глаза в глаза»,*

глубокие прочувствованные объятия, разговоры только с ребенком (не между делом), общее дело, приносящее радость не результатом, а процессом.

При приветствии посмотреть в глаза, назвать по имени, показать радость от встречи, сказать об этой радости, обнять или просто дотронуться, спросить о времени, проведенном врозь (с искренней заинтересованностью).

При прощании посмотреть в глаза, назвать по имени, обнять или просто дотронуться, немного поговорить о совместных планах после расставания.

2. *Семейное общение* – проводить периодические семейные собрания для обсуждения достижений, мыслей, чувств членов семьи, для построения совместных планов и распределения ответственности каждого в семейном быту.

3. *Личное общение* – философские разговоры о смысле жизни и о смерти, о любви, ненависти, о личном – об интересах ребенка, увлечениях, мыслях, мечтах, разочарованиях.

При общении нельзя осуждать, оценивать, советовать без запроса, помогать исправлять ошибки или говорить, что это была ошибка, требовать «правильного» поведения, следить, гордиться достижениями и разочаровываться от неудач ребенка.

4. *Только активно слушать*, поддерживать, помогать, когда просит помощи, наблюдать и быть рядом, когда нужно, уважать ребенка как личность во всем многообразии ее проявлений. Быть не другом, но наставником.

Приложение № 3 к Методическим
рекомендациям «Психологическая помощь
субъектам образовательного процесса в
кризисных и экстремальных ситуациях в
организациях образования Приднестровской
Молдавской Республики»

Экспресс-опрос обучающихся

Цель: выявление маркеров кризисных состояний у обучающихся.

Инструкция: учащиеся отвечают на вопросы, указывая следующие варианты ответа:

- «да» – в том случае, если Вы полностью согласны с утверждением;
- «частично, иногда» – если высказывание не полностью соответствует Вашим переживаниям;
- «нет» – в том случае, если Вы уверены, что данное высказывание не соответствует вашему мнению (состоянию).

Шкала «Социальна тревожность» (из Шкала социального избегания и дистресса SADS (Watson, Friend; адаптация В.В. Красновой)

1. Мне часто приходится изобретать предлоги, чтобы избежать встреч с людьми.
2. Я могу войти в комнату, даже если она наполнена незнакомыми людьми.
3. Когда я нахожусь в группе людей я, как правило, чувствую себя спокойно.

Шкала «Суицид» (из методики «Суицидальная мотивация» (Ю.Р. Вагин, 1998)

4. Жизнь утратила какой-либо интерес.
5. Меня не устраивает та жизнь, которая ждет меня впереди (из методики СР-45 П.И. Юнацкевича).
6. В критический момент я всегда могу справиться с собой.

Шкала «Одиночество» (из Опросника одиночества Рассела (Версия 3. 1996)

7. Я часто чувствую, что нет никого, к кому можно обратиться.
8. Я часто чувствую себя одиноким.
9. Я чувствую себя открытым для общения и дружелюбным.

Шкала « Оптимизм» (из методики «Шкала безнадёжности Бека» (Hopelessness Scale, Beck et al. 1974) для оценки восприятия настоящего прошлого и будущего)

10. Когда я заглядываю в будущее, я надеюсь быть счастливее, чем я есть сейчас.
11. Я никогда не достигаю того, что хочу, поэтому глупо что-либо хотеть.

12. Я жду будущего с надеждой и энтузиазмом.

Шкала «Отношения в классе/группе»

(из <https://nsportal.ru/shkola/psikhologiya/library/2013/02/03/anketa-otnosheniya-v-nashem-klasse>)

13. Наш класс дружный и сплоченный.

14. В нашем классе есть учащиеся, которые часто подвергается насмешкам, унижению, оскорблению.

15. Я не подвергался (не подвергаюсь сейчас) насилию со стороны одноклассников.

Шкала «Отношения со взрослыми» (<https://infourok.ru/anketa-dlya-podrostkov-otnosheniya-v-klasse-515673.html>)

16. Я рассказываю родителям о проблемах в школьной жизни.

17. Родители всегда придут на помощь мне в любой жизненной ситуации.

18. Педагоги школы всегда помогают разрешать конфликтные ситуации в классе.

Ключ

									0	1	2	3	4	5	6	7	8

При совпадении с ключом присваивается 1 балл. При указании ответа «частично, иногда» - 0,5 балла. При несовпадении с ключом – 0 баллов.

Уровни по суммарному результату экспресс-опросника:

0 – 6 баллов – низкий уровень

6,1 – 12 баллов – средний уровень

12,1 – 18 баллов – высокий уровень

Уровни по шкалам:

0 – 1 балл – низкий

1,1 – 2,0 баллов – средний

2,1 – 3 балла – высокий

Данные по результатам анализа опроса вносятся в таблицу

Кол-во классов	Кол-во учащихся	Шкала 1, среднее значение	Шкала 2, среднее значение	Шкала 3, среднее значение	Шкала 4, среднее значение	Шкала 5, среднее значение	Шкала 6, среднее значение	Суммарный балл	Результаты по уровням		
									Выс. %	Ср. %	Низк. %

Таблица оформляется в программе Excell. В таблице указываются средние значения по шкалам (суммируются средние значения по шкалам по классам и делятся на количество классов). Результат математического

анализа экспресс-опросника рассчитывается на основе конечного суммарного балла каждого респондента, присвоив ему определенный уровень (см. уровни по суммарному результату экспресс-опросника), далее высчитывается %-ое отношение по выборке.

Данные показатели заносятся в таблицу в процентах (в сумме должно быть 100%).

Пример

Кол-во классов	Кол-во учащихся	Шкала 1, среднее значение	Шкала 2, среднее значение	Шкала 3, среднее значение	Шкала 4, среднее значение	Шкала 5, среднее значение	Шкала 6, среднее значение	Суммарный балл	Результаты по уровням в %		
									Выс. %	Ср. %	Низк. %
6	210	1,5	3	2,5	2	0,5	3	12,5	68,1	29,2	2,7

Более подробный количественный и качественный анализ педагог-психолог делает по каждому учащемуся и классу. Учащиеся, которые в сумме по результатам анализа набрали более 12 баллов, могут быть отнесены к «группе риска», т.е. выявлен маркер кризисного состояния, который проявляется в социальной тревожности, суицидальных мыслях, одиночестве и отсутствии видения перспектив. Проявляться это также может в нарушении контактов с окружающими (одноклассниками, взрослыми). В данном случае необходима дополнительная работа с обучающимися данной категории (консультирование, диагностика, психологическая поддержка). Учащиеся, набравшие по опроснику 6-12 баллов (средний уровень), также требуют внимания. Необходим более подробный качественный анализ по шкалам, с целью дополнительной профилактической работы.

Анкета (ФИ) _____
для обучающегося (класс) _____

Инструкция: прочтите утверждения и отметьте в таблице (галочкой) подходящий вариант ответа, соответствующий вашему внутреннему состоянию.

Варианты ответов:

«да» – в том случае, если Вы полностью согласны с утверждением (+)

«частично, иногда» – если высказывание не полностью соответствует Вашим переживаниям. (/)

«нет» – в том случае, если Вы уверены, что данное высказывание не соответствует вашему мнению (состоянию) (-)

№	Утверждения	Да +	Частично /	Нет -
1	Мне часто приходится изобретать предлоги, чтобы избежать встреч с людьми			
2	Я могу войти в комнату, даже если она наполнена незнакомыми людьми			
3	Когда я нахожусь в группе людей я, как правило, чувствую себя спокойно			*
4	Жизнь утратила какой-либо интерес			
5	Меня не устраивает та жизнь, которая ждет меня впереди			
6	В критический момент я всегда могу справиться с собой			
7	Я часто чувствую, что нет никого, к кому можно обратиться			
8	Я часто чувствую себя одиноким			#
9	Я чувствую себя открытым для общения и дружелюбным			
10	Когда я заглядываю в будущее, я надеюсь быть счастливее, чем я есть сейчас			
11	Я никогда не достигаю того, что хочу, поэтому глупо что-либо хотеть			
12	Я жду будущего с надеждой и энтузиазмом			
13	Наш класс дружный и сплоченный.			
14	В нашем классе есть учащиеся, которые часто подвергается насмешкам, унижению, оскорблению			
15	Я не подвергался (не подвергаюсь сейчас) насилию со стороны одноклассников			
16	Я рассказываю родителям о проблемах в школьной жизни			
17	Родители всегда придут на помощь мне в любой жизненной ситуации			
18	Педагоги школы всегда помогают разрешать конфликтные ситуации в классе.			

Литература

1. Акопов Г. В.и др. (ред.) Методы профилактики суицидального поведения. – Самара-Ульяновск, 1998.
2. Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И., Щукин Б.П. Психогении в экстремальных ситуациях. М., 1991.
3. Александровский Ю.А. Пограничная психиатрия и современные социальные проблем., Ростов-на-Дону, Феникс, 1996.
4. Амбрумова А.Г., Жезлова Л.Я. Методические рекомендации по профилактике суицидальных действий в детском и подростковом возрасте. М.: МЦ СССР, 1978.
5. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. М.: НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1980. 55 с.
6. Андрющенко А.В. Посттравматическое стрессовое расстройство при ситуациях утраты объекта экстраординарной значимости // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – № 4. – С. 104-109.
7. Бек А. Методы работы с суицидальным пациентом. Журнал практической психологии и психоанализа, 2003, № 1.
8. Бенджамин Колодзин Как жить после психической травмы М: Шанс 1992 стр.94
9. Вайтхед М. Консультирование человека в состоянии горя: модель помощи. Психология зрелости и старения, № 1 (17), весна, 2002
10. Василюк Ф. Пережить горе // О человеческом в человеке. М., 1991.
11. Ильин Е.П. Дифференциальная психофизиология. – СПб.: Питер, 2001. – 464 с.
12. Киршбаум Э.И. Психические состояния / Э.И. Киршбаум, А.И. Еремеева. Владивосток: Изд-во Дальневосточ. ун-та, 1990. 86 с.
13. Крюкова М.А., Никитина Т.И., Сергеева Ю.С. Экстренная психологическая помощь: Практическое пособие. М., Изд-во НЦ ЭНАС, 2001.
14. Леонова А.Б., Медведев В.И. Функциональные состояния человека в трудовой деятельности. – М.: Изд-во МГУ, 1981. – 112 с.
15. Линдемэнн Э. Клиника острого горя // Психология эмоций. Тексты / Под ред. В.К.Вилюнаса, Ю.Б.Гиппенрейтер. М: Изд-во МГУ, 1984
16. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях– М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с.
17. Меновщиков В.Ю. Психологическое консультирование. Работа с кризисными и проблемными ситуациями. М., Смысл, 2002.
18. Методические рекомендации «Приемы психологической саморегуляции» / Сост.: Матафонова Т.Ю., Елисеева И.Н., Лернер Т.В., Жукова Ю.Л., Елокова И.С., М., 2006 .
19. Миллер Л.В. Модель экстренной психологической помощи // Научно-практические и прикладные аспекты деятельности Центра экстренной психологической помощи.
20. Миллер Л.В. Организационные аспекты оказания психологической помощи несовершеннолетним, склонным к суицидальному поведению [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2013. Том 5. № 4. URL: https://psyjournals.ru/psyedu_ru/2013/n4/65723.shtml (дата обращения: 21.04.2020)

21. Моховиков А.Н. Введение к клинико-психологическому разделу // Суицидология: прошлое и настоящее. Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и художественных текстах / Сост. А.Н. Моховиков. М.: Когито-центр, 2016.
22. Мухина В.С. Возрастная психология. Феноменология развития : учебник для студ. высш. учеб. заведений / В.С. Мухина. — 10-е изд., перераб. и доп. — М.: Издательский центр «Академия». - 608 с.. 2006.
23. Патопсихология экстремальных состояний / Е.В. Маркелова, В.Е. Красников, В.Н. Степанюк, О.А. Мисюра, 2010.
24. Пергаменщик Л. А. Кризисная психология. Курс лекций / Л. А. Пергаменщик. – Минск, 2003.
25. Психиатрия // Под ред. Р. Шейдера. Пер. с англ. – М.: Практика, 1998. – 485 с.
26. Психология экстремальных ситуаций: учеб.пособие /под общ. ред. Ю.С. Шойгу
27. Психология экстремальных ситуаций: учеб.пособие / сост. И. А. Семенова. – Ульяновск: УВАУ ГА (И), 2012. – 138 с.
28. Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. СПб., Речь, 2004.
29. Сартан Г.Н. Тренинг самостоятельности у детей. - М.: ТЦ «Сфера», 2000 - (Серия «Практическая психология»)
30. Сидоров П.И., Мосягин И.Г., Маруняк С.В. Психология катастроф. – М.: Аспект Пресс, 2008. – 414 с.
31. Смирнов Б.А., Долгополова Е.В. Психология деятельности в экстремальных ситуациях. – Х.: Изд-во Гуманитарный Центр, 2007. – 276 с.
32. Соловьева С. Л. Психология экстремальных состояний. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2003. – 128 с.
33. Сыропятов О. Г., Дзеружинская Н.А. Техники психотерапии при ПТСР, Укр., 2014. - 320 с.
34. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса, СПб., 2001
35. Тимченко А.В. Психологические аспекты состояния, поведения и деятельности людей в экстремальных условиях и методы их коррекции. – Х.: Изд-во ХВУ, 1997. – 168 с.
36. Учебное пособие «Психология экстремальных ситуаций»/под общ. ред. Ю.С. Шойгу
37. Barlow D. Anxiety and Its Disorders. The Nature and Treatment of Anxiety and Panic. New York: The Guilford Press, 1988.
38. Stein V. In.: Continuity and change: Organisation, groups, individuals in crisis. Eger, 1996.
39. Портал психологических изданий PsyJournals.ru — https://psyjournals.ru/psyedu_ru/2013/n1/59144.shtml [Психологическая помощь в кризисных ситуациях: границы профессиональной компетенции специалистов системы образования - Психолого-педагогические исследования - 2013.Том. 5, № 1]
40. Портал психологических изданий PsyJournals.ru https://psyjournals.ru/cepp/issue/45300_full.shtml [Модель экстренной психологической помощи - Теоретические и прикладные аспекты деятельности Центра экстренной психологической помощи МГППУ]