

КРИЗИСНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Курс лекций



2004

Содержание

Введение	4
I. Предмет и задачи кризисной психологии	5
II. Система основных понятий кризисной психологии	8
2.1. Кризисное событие	8
2.2. Психобиографический подход к изучению жизненного пути личности	12
2.3. Психическая травма	15
2.4. Психологическое содержание переживания	17
2.5. Скорбь как процесс переживания	18
2.6. Стратегии преодоления психологической травмы	19
III. Антропологическая катастрофа	23
3.1. Антропологическая катастрофа как потеря личности и целостности	24
3.2. Принцип Декарта	25
3.3. Принцип Канта - принцип второго “К”	26
3.4. Принцип Кафки – принцип третьего “К”	27
IV. Экзистенциальное направление в психологии и философии как теоретическое основание кризисной психологии	28
4.1. Основные положения экзистенциальной психологии	29
4.2. Экзистенциальный анализ	33
V. Характеристика экзистенциальных тревог	39
5.1. Тревога судьбы и смерти	40
5.2. Тревога вины и осуждения	41
5.3. Тревога пустоты и отсутствия смысла	44
5.4. Взаимосвязь страха и тревоги	46
5.5. Психотерапевтическая теория невротической тревоги	47
VI. Основы логотерапии	50
6.1. Характеристика смысла	50
6.2. Система ценностей осмысленной жизни	51
6.3. Учение о свободе воли	52
6.4. Экзистенциальный вакуум	53
6.5. Логотерапевтическая теория неврозов	54
6.6. Методы помощи человеку в ситуации ноогенного невроза	55
VII. Теория посттравматического стрессового расстройства	58
7.1. История создания теории	58
7.2. Этимология	60
7.3. Симптоматика	61
7.4. Эпидемиология	63
7.5. Анализ методов диагностики	63
7.6. Травматический стресс и крушение базовых иллюзий	64
7.7. Психологические последствия продолжительных издевательств	66
7.8. Психологические последствия терроризма	71
VIII. Переживание детьми горя	75
8.1. Общая характеристика переживания детьми горя	75
8.2. Фазы детского горя	77

8.3. Возрастные особенности переживания горя.....	79
8.4. Самосознание и проблемы, возникающие в горе	82
IX. Стратегия и методология психотерапевтической помощи	84
9.1. Фундаментальные принципы психологической помощи.....	84
9.2. Подходы к коррекции Травматического стресса	85
9.3. Сущность стратегического (превентивного) подхода	86
X. Программы кризисной интервенции, психологической помощи и поддержки.....	88
10.1. Психологический дебрифинг	89
10.2. Аутодебрифинг. Индивидуально-групповой вариант дебрифинга.....	96
10.3. Психобиографический дебрифинг.....	97
10.4. Программа преодоления психических травм детства	102
10.5. Общая характеристика метода «группа поддержки».....	107
10.6. Группы поддержки ребенку в горе	112
10.7. Группа поддержки взрослым в горе	116
XI. Психологическое просвещение	124
11.1. Основные направления и принципы психологического просвещения	124
11.2. Общие принципы разработки буклета «Помощь жертвам катастрофы....»	126
Глоссарий.....	126
Темы контрольных работ	133
по курсу «Введение в кризисную психологию»	133
Использованная литература.....	135
ПРИЛОЖЕНИЯ	142
Приложение 1. К программе психологической помощи и поддержки взрослым в горе	142
Приложение 2. Дети в горе.....	146
Приложение 3. Буклет в помощь пострадавшим в трагедии 30 мая 1999 года	154
Приложение 4. Архаичные формы психологической помощи в кризисных ситуациях	157
Приложение 5. Литературные иллюстрации к изучаемым темам	162
5.1. Обретение смысла через травматическое событие (Л.Н. Толстой)...	162
5.2. Иллюстрированный анализ человеческого страдания.....	170
5.3. Психотерапевтический процесс в “Процессе”	182
Ф. Кафки.....	182
(анализ одной неудачной психотерапевтической процедуры)	182
5.4. Психотехнология прощения	194

обуславливающих тревогу. Невроз порождается не только первичными условиями (внешняя и внутренняя ситуация, ведущая к первому появлению симптома), но и вторичными (закреплением страха ожидания).

Задача парадоксальной интенции — взломать, разорвать круговые механизмы первого и второго паттерна реагирования фобий и навязчивых состояний. Сделать это можно, лишив подкрепления опасения фобий и навязчивых состояний. От человека требуется, чтобы он захотел осуществления того (при фобии) или соответственно сам осуществил то (при неврозе навязчивых состояний), чего он так опасается.

В данном случае следует обратиться к столь характерной для человека способности к самоотстранению, которая особенно ярко отражается в юморе.

Парадоксальное намерение должно быть сформулировано в насколько возможно юмористической форме. Юмор относится к существенным человеческим проявлениям. Он дает человеку возможность занять дистанцию по отношению к чему угодно, в том числе и к самому себе, и обрести тем самым полный контроль над собой. Мобилизация этой существенной человеческой способности к дистанцированию является целью в тех случаях, когда применяется парадоксальная интенция.

Вовлеченность.

Вовлеченность И. Ялом определил как галактический взгляд на жизнь. “Все хорошее - суета” (Шопенгауэр). Сомнения в смысле жизни не уничтожают реальность прошлых значимостей. Вовлеченность выступает здесь как противоядие бессмысленности. Гедонистический парадокс: чем больше намеренно мы ищем удовольствие, тем больше оно ускользает от нас. Удовольствие как побочный продукт смысла (В. Франкл). Ощущение осмысленности как побочный продукт вовлеченности.

VII. Теория посттравматического стрессового расстройства

7.1. История создания теории

Современное представление о посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР) сложилось окончательно к 1980-м годам, однако информация о воздействии травматических переживаний фиксировалась на протяжении столетий.

Первое систематическое описание психических расстройств, вызванных тяжелой психической травмой, было сделано в 1867 г. английским хирургом Д.Е. Эриксоном в работе “Железнодорожная травма и другие травмы нервной системы”, где он описал ряд симптомов психического расстройства, которые наблюдал у лиц, пострадавших в результате железнодорожной катастрофы. В течение многих недель после события эти больные испытывали постоянное ощущение “душевного дискомфорта”,

страдали расстройством сна с тяжелыми сновидениями, связанными с несчастными случаями. Объективно у них отмечались нарушения памяти и ослабление концентрации внимания. Перечисленные расстройства Эриксон пытался объяснить результатом “молекулярного поражения спинного мозга”. Однако такой вывод не нашел в дальнейшем поддержки в ученых и практиков.

В 1889 г. немецкий невролог Н. Опенгейм, ввел термин “травматический невроз” для диагностики психических расстройств у участников боевых действий, причины которых он рассматривал в органических нарушениях головного мозга, вызванных как физическими, так и психологическими факторами.

Последствия Первой мировой войны дали дополнительные материалы для развития представлений о психологических последствиях военной травмы. Так, Майерс в работе «Артиллерийский шок во Франции 1914—1919» ввел понятие «снарядный шок» - психическое состояние, вызванное сильным стрессом. Реакции на участие в боевых действиях у разных авторов назывались по-разному: «военная усталость», «боевое истощение», «военный невроз», «посттравматический невроз».

Кардинер, в 1941 году провел одно из первых систематизированных исследований явления, которое он назвал «хронический военный невроз». Он впервые дал комплексное описание симптоматики: 1) возбудимость и раздражительность; 2) безудержный тип реагирования на внезапные раздражители; 3) фиксация на обстоятельствах травмировавшего события; 4) уход от реальности; 5) предрасположенность к неуправляемым агрессивным реакциям.

Крепелин Э. и использовал термин «невроз пожара» для того, чтобы обозначить отдельное клиническое состояние, включающее многочисленные нервные и физические феномены, возникающие как результат различных, эмоциональных потрясений или внезапного испуга, которые перерастают в тревожность. Он же впервые обратил внимание на то, что в его психопатологической картине существенную роль играют истерическое реагирование и **рентные установки** больных. Ученый считал обязательным, при излечении – ограничение пенсий и пособий и скорейшее возвращение к привычной работе.

Благодаря работам З. Фрейда в 20—30-е годы в Европе произошло психоаналитическое осознание травматических неврозов. З. Фрейд писал: “Ужасная война, которая только что закончилась, вызвала большое количество “травматических неврозов” и, по крайней мере, положила конец искушению относить эти случаи к органическому повреждению нервной системы, вызванному механической силой”. Фрейд считал, что основная причина заболевания — неожиданность и страх.

Начиная с 40-х годов, центр изучения данной проблемы переместился в США. Так, Е. Линдемэн предложил для определения расстройств, вызванных

тяжелой психической травмой, использовать понятие “патологическое горе”. Данный синдром, по мнению автора, может развиваться непосредственно после несчастья или спустя некоторое время, может быть преувеличенно выражен или, наоборот, мало заметен. Линдемман дал первую классификацию расстройств, наблюдаемых у пострадавших от несчастного случая. Сюда вошли соматические расстройства, чувство тоски, раздражение, утрата стереотипов поведения, гнев, аутодеструктивное поведение, изменение отношений с родственниками или друзьями.

В дальнейшем, исследования таких ученых как Р.С. Леопольд, Н. Диллоон, В.Г. Нидерланда, Р.И. Лифтона обнаружили следующие психологические расстройства: навязчивые и угнетающие воспоминания, приступы тревоги, которые были определены как “синдром выживших”. Ученые вводят понятие “синдром изнасилованных”, определяя его как специфический психосоматический синдром развивающийся в определенные сроки примерно у трети из числа подвергшихся изнасилованию.

Вьетнамская война и ее ветераны заставили ученых пересмотреть некоторые существующих взглядов на проблему травматического стресса. Так, примерно у 25% воевавших во Вьетнаме солдат развились неблагоприятные изменения личности под влиянием психической травмы. Около 100 тысяч вьетнамских ветеранов совершили самоубийство (на начало 90-х годов). Около 40 тысяч ведут замкнутый образ жизни и почти не общаются с внешним миром. Отмечен также высокий уровень актов насилия, неблагополучия в семье и социальных контактов.

Была принята этиология симптоматика психических расстройств, разработаны методы диагностики и психотерапии.

Таким образом к концу 70-х годов был накоплен значительный материал, который показывал, что у пострадавших, несмотря на различный характер события вызвавший психическую травму, наблюдается целый ряд общих и повторяющихся симптомов психических расстройств. Так как ни одной из известных форм в целом эти расстройства не соответствовали, М. Горвитц предложил выделить их в качестве самостоятельного синдрома под названием “посттравматическое стрессовое расстройство”. С 1980 г. посттравматическое стрессовое расстройство включено Американской психиатрической ассоциацией в диагностическую номенклатуру.

7.2. Этиология

В основе этиологии ПТС, по мнению большинства исследователей этого вопроса, лежит психическая травма, событие, способное вызвать психический стресс. Во всех случаях событие, ставшее причиной психической травмы, — экстраординарно для личности и сопровождается страхом, ужасом, ощущением беспомощности. Посттравматический стресс — это реакция организма на событие (события), которые выходят за границы

нормального человеческого опыта. Более кратко это определение звучит следующим образом: **Посттравматический стресс есть нормальная реакция на ненормальную ситуацию (ненормальные обстоятельства).**

Существует список ситуаций, приводящих в ПТС.

А. Природные

- а) климатические (ураганы, смерчи, наводнения);
- б) сейсмические (землетрясения, извержения вулканов)

Б. Вызванные человеком

несчастные случаи:

- а) на транспорте (дорожном, железнодорожном, водном, авиа);
- б) в промышленности;
- в) взрывы (химические, на шахтах, военных складах);
- г) пожары (ожоги, удушение дымом);
- д) биологические (вирусные, бактериологические, токсемии);
- е) химические (токсические газы, жидкости, твердые вещества);
- ж) ядерные (радиация, радиоактивное загрязнение).

умышленные:

- а) терроризм;
- б) бунты, мятежи, социальные волнения;
- в) войны.

Травматическая ситуация становится событием, травмой в зависимости от *диспозиционных* факторов и в первую очередь от характера восприятия и оценки события самим человеком. Опасность совершенно необязательно должна быть реальной, она может существовать в воображении человека. Например, радиация как реальная опасность и радиофобия. Характер их воздействия на психику человека может быть практически одинаково болезненно и психологическая помощь необходима как в одном, так и в другом случае. Усиливает травмирующее воздействие ситуации психическая и физическая слабость жертвы.

В развитии посттравматических стрессовых расстройств важную роль играют следующие *ситуационные* факторы: внезапность и неожиданность стрессора (взрывы, катастрофы, стихийные бедствия); жестокость происходящего, как при военных действиях или нападениях террористов; недостаточная социальная поддержка.

Число людей с психическим расстройством может быть значительно больше, чем число непосредственно пострадавших, так как в подобные переживания вовлекаются члены семей, свидетели, спасатели и т.д.

7.3.Симптоматика

Диагностические критерии посттравматического стрессового расстройства наиболее полно представлены в классификации болезней DSM-III-R и DSM-IV.

А. Событие. Посттравматическое стрессовое расстройство возникает в результате психической травмы. В основе психической травмы лежит ситуация, выходящая за рамки жизненного опыта, а потому не имеющая индивидуальных аналогов переработки. Таким образом, данная ситуация становится кризисным событием, из которой личность не видит выхода и попадает в состояние тяжелого стресса. Кризисная ситуация связана с угрозой жизни, здоровью, психическому равновесию как самого субъекта, так и его родственникам, близким.

Б. Группа “повторного переживания”. Психическая травма, вызывавшая ПТС, повторно переживается пострадавшим в следующих формах (не менее одной):

- 1) повторные угнетающие мысли, связанные с “событием”;
- 2) постоянные или эпизодические угнетающие воспоминания о психической травме; у детей это могут быть повторяющиеся игры, в которых присутствует “событие”;
- 3) внезапное ощущение того, что “событие” и то, что ему предшествовало, повторяется вновь (включая ощущения, иллюзии, галлюцинации, диссоциативные эпизоды “flashback”);
- 4) психологическое угнетение в случаях, когда текущие события напоминают или символически связаны с психической травмой, включая предметы, даты (годовщины) и т.д.

С. Группа “избегания”. Постоянное избегание того, что может ассоциироваться с “событием” или напоминать о нем. А также общая психическая заторможенность (не менее трех пунктов):

- 1) стремление уйти от мыслей или чувств, ассоциирующихся с психической травмой;
- 2) стремление избегать ситуаций или действий, которые могут вызвать воспоминание о психической травме;
- 3) невозможность восстановить важные подробности, связанные с психической травмой;
- 4) значительная потеря интереса к ранее важным аспектам деятельности (у детей утрата навыков речи и самообслуживания)
- 5) чувство отчуждения и безразличия к другим;
- 6) заметное снижение уровня положительных аффективных переживаний (невозможность испытывать чувство любви, радости);
- 7) неуверенность в будущем (невозможность сделать карьеру, вступить в брак, иметь детей или долго жить) — эффект укороченного будущего

Д. Группа “общая психическая возбудимость/ заторможенность”. Симптомы повышенной возбудимости, отсутствующие до психической травмы (не менее 2 из следующих):

- 1) трудности с засыпанием или сном;
- 2) раздражительность или вспышки гнева;
- 3) снижение концентрации внимания, рассеянность;
- 4) повышенная осторожность, гипертрофированная бдительность;

5) повышенная пугливость (повышенная стартовая реакция на внезапный стук и т.п.).

7.4. Эпидемиология

Распространенность травматического стресса зависит от ряда факторов: частоты травматических событий, от географических регионов, в которых особенно часто происходят природные катастрофы, от политических режимов. Кessler в 1995 году опубликовал статистические данные о связи развития ПТСР с характером травмы (Таблица)

Таблица

Частота различных травм и последующего развития ПТСР в репрезентативной американской выборке

Характер травмы	Частота травмы, %	Частота развития ПТСР, %
Изнасилование	5,5	55,5
Сексуальное домогательство	7,5	19,3
Война	3,2	38,8
Угроза применения оружия	12,9	17,2
Телесное насилие	9,5	11,5
Несчастные случаи	13,4	7,6
Свидетель насилия, несчастного случая	25,0	7,0
Пожар, стихийное бедствие	17,1	4,5
Плохое обращение в детстве	4,0	35,4
Пренебрежение в детстве	2,7	21,8
Другие угрожающие жизни ситуации	11,9	7,4
Другие травмы	2,5	23,5
Наличие какой-либо травмы	60,0	14,2

Американские исследователи отмечают следующие особенности распространения ПТСР. Во-первых, выросла частота возникновения ПТСР с 1-2 % в 80-х годах до 7-8% в 90-х годах. Во-вторых, имеются выраженные половые различия (10,4% для женщин и 5,0% для мужчин).

7.5. Анализ методов диагностики

Основным инструментом дифференциальной диагностики всего комплекса расстройств по критериям DSM-III-R, в том числе ПТС, является метод структурированного клинического интервью – SKID (SCID-Structured Clinical Interview for DSM-III-R). SKID был опубликован в 1987 году и с тех пор широко применяется врачами и психологами как в клинической практике, так и в исследовательских целях.

СКИД включает ряд диагностических модулей (блоки вопросов), обеспечивающих постановку диагноза по критериям, содержащимся в DSM-III-R. Конструкция интервью позволяет работать отдельно с любыми необходимыми для каждого конкретного случая модулем, который выбирается на основании данных общего (обзорного) опроса пациента на первом этапе исследования. Окончательный диагноз определяется по суммарным суммарной итоговой шкалы, в которую заносятся результаты, полученные при применении каждого модуля.

Кроме основного инструмента (SKID) при диагностике ПТС, применяются следующие методики:

(1) Миссисипская шкала (Mississippi Scale). Позволяет определить наличие PTSD-синдрома в 93% случаев и в 89% случаев - отсутствие этого синдрома.

(2) Субшкала PTSD-синдрома, разработанная на базе MMPI. Применение субшкалы MMPI выявляет до 82% случаев PTSD.

(3) Опросник депрессии Бека.

(4) Тест Спилбергера для определения личностной и ситуативной тревожности.

(5) Шкала оценки тяжести воздействия травматического события (Impact of Event Scale - IOES) Горовитца позволяющая определить наличие у пациента PTSD-синдрома по выраженности одной из двух тенденций: стремления к навязчивым переживаниям по поводу травмы или к избеганию всего связанного с ней.

Шотландский психолог Д. Юл представил свой опыт применения шкалы Горовитца для 8-летних детей (1993).

(6) Локус контроля. Шкала Дж. Роттера.

(7) Для определения уровня развития способности к воображению обычно используется опросник OMI (Questionnaire Upon Mental imagery). Кроме способности к воображению он фиксирует выраженность стремления к поиску "острых" впечатлений ("sensation seeking").

7.6. Травматический стресс и крушение базовых иллюзий

Психологическое состояние людей после катастрофы имеет общие характеристики, выходящие за рамки психологических состояний

Так, у пострадавших формируются установки жертвы. Это связано с тем, что человеку выгодно как можно дольше оставаться жертвой. Происходит виктимизирование ситуации - люди получают наклейку жертвы. Об этом предупреждал еще в начале 20 века Е. Крепилин

Формируется рентная ориентация у пострадавших, которая близка по значению и по механизмам возникновения с установкой жертвы. Человек с рентной ориентацией противится психологической помощи, он "доволен" своим психологическим состоянием, так его социальный статус

“пострадавший” позволяет получать или надеяться получить материальную и моральную выгоду.

Иллюзия справедливости устройства мира. Некоторые люди считают, что все зло обязательно должно быть наказано. Они считают, что раз они ведут праведный образ жизни, то их не должно коснуться страдание. Это, как правило, честные благородные, принципиальные и справедливые люди. Правда, их честность и благородство относится только к членам своего сообщества. Ради принципа они готовы пожертвовать и своей жизнью, и жизнью близких, и чужой жизнью.

Иллюзия простоты устройства мира. Согласно этой иллюзии, мир поделен на две части: «наши» и «не наши». По отношению к «нашим» применима и честность и благородство. «Не наши» должны быть уничтожены, так как (еще один признак травмированной личности) кто не с нами, тот против нас.

Проблема формирования ответственности в посттравматической ситуации.

Проблема психологической помощи — достаточно известная и вместе с тем мало разработанная область в отечественной психологии.

Сущность психологической помощи человеку заключается в том, чтобы он сам смог запустить механизм ответственности за себя, за свое поведение, за свое здоровье. Чтобы использовать механизм ответственности за себя в психотерапевтическом процессе, необходимо помочь пострадавшему точно осознать природу его проблемы.

С методической точки зрения процесс психотерапевтического обучения может состоять из следующих компонентов.

1. Коррекция наиболее часто встречающихся ошибочных "мифических" представлений относительно стрессовых реакций в процессе адаптации к новым условиям жизни и деятельности. Мифотворчество — это особенность сообществ, переживших массовую психическую травму и не получивших необходимой психологической помощи. Нередко отсутствие психологической помощи сопровождается недоверием к официальным источникам информации.

Наиболее часто встречаются такие ошибочные мифологизированные представления, как:

- а) "Связанные со стрессом симптомы и психосоматические заболевания не могут причинить мне реального вреда, поскольку все они существуют в моем воображении";
- б) "Только «слабые» люди страдают от стресса";
- в) "Я не могу нести ответственность за стресс в моей жизни - стресс в наше время неизбежен - мы все его жертвы";
- г) "Все люди реагируют на стресс одинаково";
- д) "Осознать источники чрезмерного стресса легко";

е) "Когда я начинаю испытывать чрезмерный стресс, все, что я должен сделать - это сесть и расслабиться".

2. Представление информации об общей природе стрессовой реакции. Человек должен иметь представление о том, каким образом мысли и эмоции могут воздействовать на сам организм человека и каким образом стресс может играть позитивную (эустресс) и негативную (дистресс) роли.

3. Развитие у клиента сознания того, как у него проявляется стрессовая реакция, какие имеются характерные симптомы чрезмерного стресса. В итоге человек должен отличать эустресс от дистресса.

4. Формирование у клиента способности самоанализа, для того чтобы ему самому идентифицировать характерные для себя стрессоры. Важно помнить, что стрессоры у каждого человека носят только ему присущий характер. Если клиент может идентифицировать источники стресса, то становятся возможными конструктивные шаги к избеганию стрессов или, по крайней мере, для лучшей подготовки к столкновению с ними.

5. Сообщение пострадавшему о той активной роли, которую сам он играет в развитии и лечении чрезмерного стресса.

В процессе адаптации к стрессогенным факторам названные компоненты психотерапевтического обучения лучше всего могут формироваться через библиотерапию, упражнения на самоосознание, участие в психотерапевтических группах и даже через традиционную форму обучения.

7.7. Психологические последствия продолжительных издевательств.

Симптоматика последствий продолжительных издевательств.

История жестокого обращения, особенно в детстве, по-видимому, является одним из основных факторов, способствующих тому, что человек становится психиатрическим пациентом. Большая доля (40-70%) взрослых психиатрических пациентов – это те, кто пережил жестокое обращение в детстве. Брайер (1983), изучавших психиатрических пациентов, сообщает, что у людей переживших жестокое обращение в детстве, значительно чаще наблюдаются бессонница, сексуальные дисфункции, рассеянность, гнев, склонность к суициду, самоистязанию, употреблению наркотиков и алкоголизму, чем у других пациентов.

Нами получены экспериментальные данные о том, как травматические события детства сохраняются в детской памяти. Такое событие как физическое наказание совершенно не фиксируется ни в младшем, ни в среднем, ни в старшем школьном возрасте. Однако в двадцатилетнем возрасте, среди негативных событий жизненного пути всплывают в памяти наказания, которыми подвергался человек в детстве. Причина такой отсрочки в воспоминаниях нам еще предстоит разовраться. Таким образом, можно утверждать, что ни одно наказания, совершенное в детстве, не проходит бесследно.

Физиологические симптомы (соматизация). Повторная травма усиливает и способствует распространению физиологических симптомов **PTSD**. Хронически травмированные люди находятся в тревожном и возбужденном состоянии без каких-либо признаков базисного состояния спокойствия и комфорта. Время от времени они начинают жаловаться не только на бессонницу, реакции испуга и возбуждения, но у них также появляются многочисленные соматические симптомы. Чаще всего это головная боль, желудочно-кишечные нарушения, боли в брюшной полости, спине и почках. Пережившие жестокое обращение также часто жалуются на дрожь, ощущение тошноты и рвоты. В клинических исследованиях, переживших Холокост, было найдено, что психосоматические реакции встречаются практически во всех случаях.

В клинической литературе также прослеживается связь между нарушениями соматизации и травмами, полученными в детстве. При исследовании 87 детей в возрасте до 12 лет с диагнозом истерии Briequet отмечает, что одна треть из них “постоянно испытывали жестокое или грубое обращение родителей или держались в постоянной страхе”. Контрольные исследования 60 женщин с соматическими расстройствами (Morrison, 1989) выявили, что 55% из них в детстве испытывали сексуальные домогательства, как правило, со стороны родителей.

Диссоциация.

Во время длительного заключения и изоляции, некоторые узники развивают у себя способность к вхождению в состояние транса, которое обычно бывает только у очень талантливых людей, включая способность вызвать у себя положительные и отрицательные галлюцинации и диссоциировать часть личности: нарушение ощущения времени, памяти и концентрации внимания. Изменения в ощущении времени начинаются с облитерации будущего, но затем постепенно прогрессируют в облитерацию прошлого. Газры в непрерывности между прошлым и будущим часто сохраняется даже после освобождения узника из заключения. Внешне у него выглядит все нормально и кажется, что он вернулся в обычное время, но психологически он продолжает оставаться связанным с тем безвременьем, которое он ощущал во время пребывания в заключении.

Операции фрагментарного разума.

У людей переживших жестокое обращение в детстве, такие диссоциативные способности развиваются в самом экстремальном виде. Шенголд (1989) описывает “операции фрагментарного разума”, тщательно разработанные детьми, которые подвергались истязаниям, для того, чтобы сохранить “иллюзию хороших родителей”. Он отмечает “установление изолированного разделенного разума, в котором находящиеся в противоречии изображения самого ребенка и его родителей никогда не соединяются”.

Триада выжившего.

Есть люди с сильной и безопасной системой веры, которые могут выдержать все тяготы длительного, жесткого обращения и выйти из них целыми и невредимыми с непоколебимыми убеждениями. Однако таких людей очень мало. В большинстве случаев у человека остается горькое ощущение, что, он забыт и Богом, и людьми. Такие разрушительные психологические потери чаще всего приводят к состоянию устойчивой депрессии. Опыт продолжительной травмы образует то, что Нидерланд называет “**триадой выжившего**” – бессонница, ночные кошмары и психосоматические жалобы. Диссоционные симптомы PTSD сливаются с трудностями концентрации, вызванными депрессией. Паралич инициативы, вызванный повторной травмой, соединяется с апатией и беспомощностью депрессии. Разрывы в межличностных контактах, связанные с травмой, усиливают ощущения изоляции и удаленности (одиночества), ощущение вины и безнадежностью.

Характерологические последствия продолжительного жестокого обращения.

Патологические изменения во взаимоотношениях.

Методы установления контроля над другими людьми базируются на систематическом, повторяющемся нанесении психологической травмы. Эти методы спланированы так, чтобы использовать постепенно внушать человеку чувство страха и беспомощности, разрушать его самосознание и связи с другими людьми, а также воспитывать патологическую преданность преступнику. Хотя насилие является универсальным методом внушения страха, угроза смерти или серьезной травмы либо для самой жертвы, либо для кого-то из близких ей людей используется гораздо чаще, чем фактическое применение насилия. Страх усиливается из-за непредсказуемости спешек насилия и из-за непоследовательного принуждения к исполнению многочисленных тривиальных требований и мелких правил.

Кроме того, преступник ищет способ разрушить у жертвы ощущения автономии. Это достигается за счет контроля тела жертвы и его функций. Обычно в этих случаях человек лишается пищи, сна приюта, у него нет возможности заняться личной гигиеной или найти себе уединение. После того, как преступник устанавливает такую степень контроля, он становится потенциальным источником утешения и в равной степени унижения. В такой ситуации выдача “мелких индulgенций” может разрушить психологическое сопротивление жертвы значительно более эффективно, чем это сделают принуждение и страх.

До тех пор пока жертва поддерживает связь с другими людьми, власть преступника ограничена и поэтому он неизбежно ищет способ изолировать свою жертву. Преступник будет искать возможности прекратить, разрушить эмоциональные связи с другими людьми (“Сотников” В. Быков). Последний шаг в “сломе” жертвы не будет сделан до тех пор, пока преступнику не

удастся разрушить самые прочные привязанности жертвы, заставляя ее выступать в качестве свидетеля или участника преступлений против других людей.

Если жертва находится в изоляции, то ее зависимость от преступника постоянно возрастает. Это связано не только с выживанием и удовлетворением основных потребностей через преступника, но также с информацией и даже с эмоциональной поддержкой. Длительное пребывание в страхе смерти и в изоляции создает надежную связь идентификации между преступником и жертвой. Это “травматическая связь”, которая наблюдается у заложников, которые приходят к тому, что смотрят на своих захватчиков как на своих спасителей и боятся и ненавидят своих освободителей. Симандс (1982) описывает этот процесс как усиленную регрессию к “психологическому инфантилизму”, которая “заставляет жертву цепляться за каждого человека, который подвергает опасности их жизнь”. Такая травматическая связь может наблюдаться между изнасилованной женщиной и ее обидчиком или между детьми, которые подвергаются жестокому обращению, и их родителями. Аналогичные сведения сообщаются о людях, которые вовлекаются в различные, религиозные секты.

С увеличением зависимости от преступника приходит ограничение инициативы и возможности планировать свое будущее. Узники, которые не были полностью сломлены, не отказывались от возможности активного взаимодействия со своим окружением, наоборот они часто выполняли маленькие ежедневные задачи на выживание с необычайной изобретательностью и настойчивостью. Однако поле их инициативы постоянно суживалось до пределов, диктуемых преступником. Узники больше думали не о том, как им убежать, а скорее о том, как им выжить или как сделать условия их заключения более сносными. Это сужение диапазона инициативы становится все более привычным по мере того, как более продолжительным становится плен и о нем не нужно забывать после освобождения узника.

Ограничение возможностей активного взаимодействия с внешним миром приводит к росту пассивности и беспомощности. К истязаемым женщинам и другим, хронически травмированным людям фактически можно применить концепцию привитой беспомощности”. Продолжительный плен разрушает привычное ощущение сравнительно безопасной области инициативы, в которой есть место для проб и ошибок. Для хронически травмированного человека любое независимое действие является нарушением субординации, которое влечет за собой риск сурового наказания.

Вынужденная взаимосвязь (жертва - преступник) монополизирует внимание жертвы, становится частью ее внутреннего мира и продолжает поглощать ее внимание и после освобождения. После освобождения трудно восстановить контакты с внешним миром такими, какие они были до освобождения. Все взаимоотношения рассматриваются сквозь призму крайней нужды. Так как исчезают ограничения на вовлечение во

взаимоотношения или риска такого вовлечения, то выживший относится ко всем взаимоотношениям так, как будто на карту поставлены вопросы жизни и смерти. Он постоянно колеблется между крепкими контактами и ужасным удалением от окружающих. У людей, которые пережили в детстве жестокое обращение, нарушения во взаимоотношениях с окружающими усиливается. Наблюдаются колебания в контактах, формируются неустойчивые, напряженные взаимоотношения.

Изучение пациентов с пограничными расстройствами личности, которые в детстве испытывали жестокое обращение, позволило описать специфическую картину трудностей во взаимоотношениях. Такие пациенты тяжело переносят одиночество, но и очень настороженно относятся к людям. Они колеблются между двумя крайностями: жалким подчинением и яростным бунтом. Такие пациенты стремятся сформировать взаимоотношения “особой” зависимости с идеализированными людьми, которые проявляли бы о них заботу, но так, чтобы в них не наблюдались обычные связи.

Патологические изменения в индивидуальности

Взаимоотношения принудительного контроля порождают ярко выраженные изменения в индивидуальности жертвы. Все структуры этой личности — отношение к собственному телу, внутреннее восприятие других людей, ценности и идеалы, которые и придают смысл существованию — все это систематически разрушается. В некоторых тоталитарных системах (политических, религиозных, сексуальных/бытовых) жертву лишают имени. Так, Нидерланд (1968) в своих клинических наблюдениях людей, переживших заключение в концентрационных лагерях, отмечает, что такие изменения в идентификации личности является характерной чертой синдрома выживших. В то время как большинство его пациентов жаловались “Я сейчас другой человек”, то большинство из тех, кому были нанесены серьезные травмы, говорили просто “Я не человек”.

У людей, которые пережили жестокое обращение в детстве, развиваются еще более сложные деформации индивидуальности. Чаще всего человек ощущает себя загрязненным, виноватым, ему кажется, что в нем есть что-то дьявольское. Кроме того, часто наблюдается фрагментация в ощущении самого себя, которая достигается крайней степени при множественном расстройстве личности. С. Ференци (1933) описывает “автоматизацию” личности ребенка, который подвергся жестокому обращению.

Повторные повреждения, которые следуют за продолжительным жестоким обращением

В случае продолжительной и повторной травмы выжившие подвергаются риску повторного повреждения, либо путем самоистязания, саморазрушения, либо от рук других людей.

Было установлено, что нанесение увечий самому себе и другие пароксизмальные формы воздействия на тело чаще наблюдаются у тех жертв, которые испытывали жестокое обращение в раннем детстве.

Крупномасштабные эпидемиологические исследования позволили получить строгие доказательства того, что люди, пережившие жестокое обращение в детстве, подвергаются повышенному риску повторно испытать это во взрослой жизни. Например, риск изнасилования, сексуальных неурядиц и истязаний, хотя он очень высок для всех женщин, приблизительно вдвое выше он для тех, кто претерпевал сексуальное жестокое обращение в детстве (Russell, 1986). Один из клиницистов назвал это явление “синдром сидящей утки” (Kluft, 1990).

В крайнем случае, человек, переживший жестокое обращение в детстве, может выступать в роли обидчика других или в роли пассивного наблюдателя, или, что случается гораздо реже, в роли преступника. Жестокое обращение в детстве, по видимому является фактором риска и способствует тому, что человек становится жестоким по отношению к другим, особенно это касается мужчин. Женщины, которые в детстве были свидетелями грубого обращения в быту или сексуального насилия, по-видимому, имеют повышенный риск впоследствии выйти замуж за человека, который будет жестоким в обращении с ней. Однако следует отметить, что в противоположность популярному замечанию о “возобновляющемся цикле жестокого обращения” большинство людей, переживших жестокое обращение в детстве, не испытывают желания издеваться над другими людьми. Как правило, эти люди мобилизуют все свои возможности, чтобы обеспечить своим детям заботу и защиту, которых они не имели в детстве.

7.8. Психологические последствия терроризма

Явление терроризма

Основные характеристики терроризма.

1. Отсутствие предупреждения. Предупреждение позволяет человеку предпринять защитные психологические или физические действия
2. Серьезная угроза личной безопасности. Известно, когда, личное здоровье подвергается риску, возможно появление психологических симптомов в будущем.
3. Возможность оказаться в опасной ситуации. Риск психологического недомогания подвержены не только люди-участники, он и те кто реагировал на него.
4. Психологическая уязвимость, которая ухудшает общее состояние здоровья. Люди, чье здоровье ухудшилось во время террористического акта, находятся в зоне повышенной психологической опасности.
5. Вероятность повторения. Террористические акты вызывают чувство незащищенности от повторения подобных событий. Это может случиться еще раз, это может случиться повсюду.
6. Неизвестные вероятные последствия для здоровья. Беспокойство, вызванное вероятностью длительного неизвестного воздействия на здоровье людей

Символичность выбора цели террористами. Террористы не выбирают жертвы случайно – основной критерий символическая значимость цели. Общественные здания символизируют власть, стабильность, величие.

Психологические последствия терроризма.

Установлено, что у 40 % жертв террористов ухудшается психическое здоровье. Психологическая помощь требуется 20% спасателей.

Последствия терроризма отличаются тем, что может пройти несколько лет, прежде чем жертва осознает наличие у себя психической травмы, как последствие террористического акта и обратится за помощью.

Факторы воздействия:

Степень воздействия. Связано с близостью индивида к месту опасности или чем более прямым является действие этого фактора – это определяет вероятность развития клинических симптомов

Значимость утраты и ее последствия

Утрата может пониматься по-разному. Обычно считается, что люди потерявшие самое дорогое и чье горе, очевидно, это те, кто потерял членов семьи, близких друзей и др. Виды потерь: физическая работоспособность в результате травмы, потерю работы из-за разрушения предприятий, потерю экономического и социального положения.

Вмешательство:

раннее и умелое вмешательство и помощь
незыблемость того, что составляет основу жизни индивида (школа, семья, церковь, работа),
способность индивида анализировать событие, осознать и осмыслить потери

Специфика переживания жертв терроризма

уникальность переживания: существует мало ситуаций в жизни, в которых человек переживает то же самое;

ужасная мысль, что ты играешь роль пешки в игре, находящийся вне их контроля, вне их понимания;

жертва ощущает себя униженной и не имеющей никакой ценности;

между жертвой и террористом иногда устанавливаются зависимость и жертва видит в террористе своего защитника. «Стокгольмский синдром».

Для жертвы такая связь выполняет защитную функцию, облегчая чувство страха и беспомощности. Тем не менее, после инцидента эта зависимость может превратиться в источник вины, что может свести на нет все попытки лечения;

Ситуация, включает в себя элемент полной неожиданности, что не может не вызывать сильное чувство беспомощности и беспокойства;

Двойная травма возникает из-за полного замешательства от политики разглагольствований и непомерных требований террористов, для которых жертва не имеет никакой ценности, кроме того, что она является залогом достижения их цели. Жертва чувствует свою ненужность, как террористам, так и властям. Вероятность того, что власти прекратят переговоры и перейдут к вооруженному насильственному вмешательству, создает ощущение двойной травмы от опасности, надвигающейся со стороны террористов и со стороны властей. В то же время, жизнь жертвы в данный момент зависит от террористов, а окончательное спасение от властей. Ситуация двойной зависимости жертвы часто и есть тот редкий патологический фактор, который ставится во главу угла при дальнейшем лечении.

Социальные последствия терроризма

Социальные последствия - это различные виды убытков, нанесенных собственности индивида. Человек сталкивается с проблемой отсутствия лица или организации, которые бы выплатили компенсацию. Признание терроризма и его жертв общественной проблемой препятствует тот факт, что с точки зрения закона терроризм отождествляется с преступностью. Тем не менее, терроризм и преступность два различных действия направленные против общественного порядка. Преступность боится реакции общества, терроризм именно ее и добивается. Терроризм нацелен на общество в целом.

В странах, которая сталкивается с политическим терроризмом, эта проблема была бы признана социальной лишь в том случае, если бы существовало практическое, эффективное и удобное ее решение. Отсутствие такого решения ведет к фаталистическому подходу к терроризму. Этот фатализм может усиливаться средствами массовой информации. Пропагандируемое ими двойственное отношение к терроризму играет свою роль в формировании общественного мнения. Показывая терроризм как распространённое явление, которое невозможно ни подавить, ни проконтролировать, средства массовой информации уменьшают готовность бороться с ним и препятствуют усилиям по его искоренению.

Итак, признать жертв террора людьми, олицетворяющими опустошительную социальную проблему, не позволяют следующие политические, финансовые соображения, а также соображения, вытекающие из системы ценностей в обществе.

Соображения, отражающие систему ценностей в обществе. Терроризм ценностное суждение. У каждого свое понятие о терроризме. Оно скорее относительное, чем абсолютное и временное, чем постоянное. Люди, которых раньше считали террористами, стали государственными лидерами. Людей, которых считают террористами в одном месте, почитают как героических борцов за свободу в другом месте или другие люди. Понятие “жертва террора” - не нейтральное, оно отражает невинность и жертвенность тех, кто пострадал от подобных актов, представляя общество в целом. Жертвы терроризма подобны солдатам, принимающим на себя огонь неприятельской

армии. Если общество в долгу перед военными, то оно в долгу и перед жертвами террора, ибо и те, и другие служат всему обществу. Общество должно относиться должным образом к жертвам террора, отдавая дань их личным потерям.

Политические соображения. Государство, принимая на себя ответственность за исход терактов и судьбу жертв, тем самым показывает, что терроризм не только существует, но и достиг опасных размеров и поэтому заслуживает законодательного и институционального реагирования. Подобное признание могло бы привести к нежелательным политическим последствиям. В этом кроется основная причина того, что законодатели не хотят признавать терроризм социальной проблемой.

Финансовые соображения. Преступление несет за себя прямые и косвенные социально-экономические издержки. Издержки, понесенные в результате террористических действий, являются более высокими и менее предсказуемыми. Издержки высоки, так как терроризм нацелен на дорогостоящие объекты; непредсказуемы из-за своей неожиданности - это оружие террористов и одновременно помеха для государства, вынуждая находиться в состоянии повсеместной дорогостоящей, постоянной готовности.

Вопросы:

- История создания теории посттравматического стресса
- Этиология и симптоматика посттравматического стресса
- Анализ методов диагностики
- Симптоматика последствий продолжительных издевательств
- Патологические изменения во взаимоотношениях и в индивидуальности
- Повторные повреждения, которые следуют за продолжительными издевательствами
- Психологические последствия терроризма

Литература:

1. Квинтин Льюк. Состояние после психотравмы: терапия или превентивный подход //Кризисные события и психологические проблемы человека /Под ред. Пергаменщика Л.А. Мн.: НИО, 1997. С. 183-188.
2. Колодзин Б. Как жить после психической травмы. М., 1992.
3. Ольшанский Д.В. Психология терроризма. СПб.: Питер, 2002, 288 с.
4. Пергаменщик Л.А. Психология травматического стресса //Адукацыя і выхаванне.1993, № 2, с.62 - 71.
5. Пергаменщик Л.А., Казанович О.Ф. Психосоциальные последствия катастроф //Кризисные события и психологические проблемы человека /Под ред. Пергаменщика Л.А. Минск: НИО, 1997. С. 28 -48.
6. Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармокология, психотерапия.- М.: Изд-во Института психотерапии, 2000.128 с.

7. Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О. Синдром посттравматических стрессовых нарушений // Психол. журнал. Т.13., № 12.1992

8. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001, 272с.

9. Черепанова Е.М. Психологический стресс. Книга для школьных психологов, родителей и учителей. М.: Издательский центр "Академия", 1996, 96 с.

VIII. Переживание детьми горя

8.1. Общая характеристика переживания детьми горя

"Ребенок может пройти через все, если только ему говорят правду и позволяют поделиться с любящими его близкими естественными чувствами, которые люди испытывают, страдая. Мы часто лишаем детей шанса начать схватку с их потерей и их представлениями о смерти из-за наших собственных внутренних запретов. Поскольку нам трудно понимать и принимать смерть, мы часто убеждаем себя в том, что смерть недоступна детскому пониманию. С одной стороны, мы по-видимому, отрицаем то, что дети - это чувствующие и потенциально страдающие человеческие существа, и мы вместо этого воображаем себе, что они не достаточно развиты, чтобы переживать настоящую горе. С другой стороны, мы боимся той глубины, с которой дети могут страдать от потери, и мы хотим пощадить или защитить их от страданий.

Лучше начать готовить ребенка к встрече со смертью задолго до того, как он реально с ней встретится. Большинство детей уже сталкиваются со смертью, будь то мертвое насекомое, птица, белка или их домашнее животное. Эти смерти обычно не столь тяжелые для детей дают возможность детям и их родителям вместе обсудить вопросы, касающиеся смерти, которые встают перед всеми детьми, даже если ребенок и не говорит о них вслух. Вопросы ребенка могут быть такими: "Что такое смерть? Почему мы умираем? Умрешь ли я? Умрешь ли ты? Что случается после смерти?" Если не объяснить детям и не обсуждать, с ними эти вопросы открыто, то они начинают пугать себя и воображать худшее.

Дети не должны быть заслонены от процесса умирания близкого человека. Удаление детей от умирающего близкого человека отрицает их возможность продолжать быть близким к нему и увеличивает шок, когда приходит смерть. Разделение процесса умирания с близким человеком может быть волнующим и вознаграждающим опытом для обоих. Любимый ребенок может принести огромную поддержку умирающему человеку. Возможность разделить смерть с близким также помогает детям узнать смерть естественным образом.

Когда приходит смерть, детям нужно сказать правду сразу же в любящей и естественной манере, лучше всего родителем, или кем-то