



*Психологическая помощь  
при чрезвычайных ситуациях*

Калмыков Ю.А., 2019 г

## ***Критерии определения ситуации как чрезвычайной (катастрофической):***

- 1) внезапность, неожиданность возникновения;
- 2) высокая степень опасности для здоровья и жизни людей;
- 3) нехватка имеющихся сил и средств медицинской помощи;
- 4) событие выходит за рамки обычного житейского опыта и может вызвать стресс практически у каждого человека.

*В соответствии с классификацией ВОЗ,  
по тяжести последствий ЧС делятся на:*

- малые (с 3-10 пораженными)
- средние (с 11-49 пораженными)
- крупные (с 50 и более пораженными).

## ***Виды ЧС по масштабам распространения:***

- локальные

- местные

- территориальные

- федеральные

- трансграничные

# *Трагедия на теплоходе «Булгария» (2011 год)*



*Авиакатастрофа  
в аэропорту  
Казани с  
пассажирским  
самолётом  
Boeing (2013 год)*





*Пожар в торговом центре «...л» (2015 год)*





*ДТП с автобусом  
под Заинском (2017 год)*





## **Подготовительные мероприятия**

*Формирование постоянных групп психолого-психиатрической помощи, непосредственно участвующих в оказании помощи в очаге ЧС*

*Изучение общих закономерностей течения психических расстройств, связанных с ЧС, разработка новых методов их экспресс-диагностики и терапии*

*Использование СМИ для повышения осведомленности населения о последствиях ЧС и действиях, которые необходимо предпринимать*

*Подготовка и проведение учений, имитирующих различные ЧС*

*Сбор информации о ситуации, сложившейся в результате ЧС*

# ***Организация медико-психологической помощи в эпицентре ЧС***

Кольцо оцепления.

Временные пункты помощи.

## ***Три фазы оказания медико-психологической помощи:***

*1. Фаза изоляции.* Оказывается первая медицинская помощь. Решающее значение приобретает умение и возможность оказывать само- и взаимопомощь. Длительность этого периода в среднем составляет минуты, часы.

*2. Фаза спасения.* Оказывается в основном первая врачебная помощь. В это время помощь оказывается врачами службы скорой медицинской помощи и психологами. Длительность – часы, сутки.

*3. Фаза восстановления.* Оказывается в основном специализированная медицинская помощь. Длительность – месяцы.

## ***Основные цели психологической помощи пострадавшим в ЧС:***

- предотвращение нарушений поведения
- профилактика психических и соматических расстройств.

## ***Субъекты чрезвычайной ситуации***

- пострадавшие, которые находились в очаге ЧС;
- родные и близкие погибших и пострадавших;
- население, находящееся непосредственно в зоне ЧС; свидетели (очевидцы);
- специалисты, которые оказывают помощь пострадавшим в зоне ЧС и в лечебных учреждениях: спасатели, пожарные, медицинские работники, психологи и т.д.;
- наблюдатели.

## ***Уровневая классификация постстрессовых расстройств:***

- уровень психического здоровья;*
- расстройства психологического (доклинического) уровня;*
- пограничный (невротический) уровень;*
- психотический уровень.*



## ***Острые психологические реакции:***

- гиперкинетическая форма
- гипокинетическая форма

# *Отклоняющееся (девиантное) поведение в условиях ЧС*

## *Паника*

### *Этапы паники:*

*1 этап развития паники - резкий испуг, потрясение и одновременно восприятие ситуации как безысходной.*

*2 этап – замешательство, а также связанные с ним хаотичные, беспорядочные попытки как-то понять происходящее.*

## **Этапы паники:**

*3 этап – усиление интенсивности страха, когда страх одних людей отражается другими.*

*4 этап – массовое бегство, которое является пиком паники.*

*5 этап – завершение паники по мере прекращения отдельными людьми бегства (либо по причине усталости, либо из-за осознания бессмысленности бегства).*

## Действия специалиста при оказании первой психологической помощи в ситуации ЧС:

### *1. Анализ и оценка происходящей ситуации.*

Не приступайте к действиям сразу. Осмотритесь и решите, какая помощь (помимо психологической) требуется, кто из пострадавших в наибольшей степени нуждается в помощи. Уделите этому секунд 30 при одном пострадавшем, около пяти минут при нескольких пострадавших.

Действия специалиста при оказании первой психологической помощи в ситуации ЧС:

***2. Обеспечение пострадавшему безопасного окружения.***

Постарайтесь оградить пострадавшего от излишнего внимания и расспросов.

***3. Удовлетворение актуальных потребностей пострадавшего (вода, питание, тепло, телефон и др.).***

## Действия специалиста при оказании первой психологической помощи в ситуации ЧС:

**4. Обеспечение информацией** (система звукодинамиков, информационные листы, памятки).

Специалист сам должен для этого владеть информацией: о размещении пострадавших, порядке выплаты компенсаций; месте, где расположен пункт питания, где сосредоточена информация о пострадавших и т.д.

## Действия специалиста при оказании первой психологической помощи в ситуации ЧС:

### ***5. Установление доверительного контакта.***

Точно скажите, кто вы и какие функции выполняете. Узнайте имена нуждающихся в помощи. Скажите пострадавшим, что помощь скоро прибудет, что вы об этом позаботились.

Осторожно установите телесный контакт с пострадавшим. Возьмите пострадавшего за руку или похлопайте по плечу. Займите положение на том же уровне, что и пострадавший.

Никогда не обвиняйте пострадавшего.

**Действия специалиста при оказании первой психологической помощи в ситуации ЧС:**

***6. Эмпатическое выслушивание, принятие.***

Дайте пострадавшему выговориться. Слушайте его активно, будьте внимательны к его чувствам и мыслям.

***7. Оценка актуального состояния пострадавшего.***



## Действия специалиста при оказании первой психологической помощи в ситуации ЧС:

### ***8. Снижение физического и эмоционального напряжения.***

Дыхательные техники - эффективное средство влияния на эмоциональное состояние. Медленное и глубокое дыхание понижает возбудимость нервных центров и способствует мышечному расслаблению. Частое дыхание, наоборот, обеспечивает высокий уровень активности организма.

Разрядка через возбуждение, плач, дрожь.

## Действия специалиста при оказании первой психологической помощи в ситуации ЧС:

**9. Помощь в выражении чувств и принятии своих реакций как «нормальных реакций на ненормальную ситуацию» («нормализация» чувств).**

**10. Эмоциональная поддержка.**

Потерпевший должен ощущать постоянное внимание и заботу. Сопереживающее присутствие. Дайте пострадавшему поверить в его собственную компетентность.

**Действия специалиста при оказании первой психологической помощи в ситуации ЧС:**

***11. Помощь в планировании дальнейших действий, принятии решений***

***12. Ориентирование пострадавшего к продолжению работы с психологом.***

## Действия специалиста при оказании первой психологической помощи в ситуации ЧС:

### **Резюме:**

В первые часы после ЧС важным для пострадавших и их родственников являются не специальные психотерапевтические техники.

Они нуждаются в безопасном пространстве, информации, эмоциональной поддержке, первой психологической помощи.

Самое главное при оказании первой психологической помощи – **эмпатическое выслушивание, помощь в «нормализации чувств» и эмоциональная поддержка.**

**Действия специалиста при оказании первой психологической помощи в ситуации ЧС:**

Возможно применение краткосрочных психотерапевтических техник (НЛП, телесно-ориентированная терапия, арт-терапия, суггестивные техники, техники релаксации, массаж и др.)

## Фармакотерапия:

глицин

корвалол

валериана

пустырник

феназепам

## ***Фазы горя***

*(Е. М. Черепанова, 1996; Ф.Е. Василюк, 2001):*

- 1) начальная фаза горя - шок и оцепенение (от нескольких секунд до нескольких недель, в среднем - 9 дней);
- 2) фаза страдания и дезорганизации (6-7 недель, среднем 40 дней);
- 3) фаза остаточных толчков и реорганизация (наступает дней через 40 после события и продолжается примерно год);
- 4) фаза завершения.

## ***Помощь при реакции утраты (Трунов Д. Г., 2013)***

На первых этапах переживания горя (шок и отрицание утраты) консультант главным образом говорит с клиентом о ситуации утраты: о том, как человек узнал об утрате, как он встретился с ней, что с ним происходило в этот и последующие моменты, о чем он думал и что он чувствовал.



На последующих этапах консультант смещает акцент на вербализацию текущего эмоционального состояния клиента и на понимание значимости потери.

Разговор о значимости потери — это самое экологичное направление работы с людьми, переживающими или уже пережившими утрату близкого человека. Несмотря на то, что эта работа может быть насыщена сильными эмоциями, тем не менее она отражает естественный процесс осознания потери, проходящий в душе переживающего эту потерю человека.

***Технически это достигается с помощью вопросов, направленных на:***

- 1) описание умершего человека;
- 2) понимание его значения для клиента.

При задавании вопросов консультанту лучше придерживаться естественной схемы: «прошлое — настоящее — будущее».

## ПРИМЕРНЫЕ ВОПРОСЫ КОНСУЛЬТАНТА, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ОПИСАНИЕ ЧЕЛОВЕКА

- Расскажите об этом человеке.
- Какой он был, какой у него был характер, чем он занимался и т. д.
- Что вы вспоминаете сейчас, думая об этом человеке?
- Как вы его вспоминаете, какие эпизоды, ситуации, слова, поступки?
- Что в нем нравилось, что не нравилось?

# ПРИМЕРНЫЕ ВОПРОСЫ КОНСУЛЬТАНТА, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ОСОЗНАНИЕ ЗНАЧЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА

## Прошлое

- Насколько для вас был значим этот человек?
- Какие у вас были отношения с этим человеком?
- Какое место занимал этот человек в вашей жизни?
- Какую роль играл этот человек в вашей судьбе?
- Как повлиял этот человек на вас, на ваш характер, на ваше мировоззрение?

## Настоящее

- Что изменилось сейчас, когда его нет?
- Что ушло вместе с этим человеком?
- В какие моменты вы вспоминаете его сейчас?
- Что напоминает вам сейчас об этом человеке?
- Что осталось в вас сейчас благодаря этому человеку?
- Хочется ли вам в чем-то походить на этого человека или, наоборот, быть не похожим на него?
- Можно ли говорить, что сейчас вы продолжаете внутренне общаться с этим человеком?
- Чувствуете ли вы сейчас внутреннюю связь с этим человеком?
- Влияет ли этот человек на вашу жизнь сейчас?
- Если бы этот человек был рядом, что бы он вам сказал, посоветовал и т.д.?

## Будущее

- Какие у вас были планы, связанные с этим человеком?
- Как вы себе представляете будущее без этого человека?
- Что вы будете делать дальше?
- Будете ли вы делать то, что намечали, или что-то другое?
- Что вас ждет впереди?
- С какими трудностями вы можете встретиться?
- Чувствуете ли вы, что сможете справиться с ними самостоятельно?

1. Когда клиент осознает, какое значение в его жизни имел человек, ушедший из жизни, ему становится легче принять свою реакцию на эту потерю.

Теперь его реакция не является для него «негативной», она становится осмысленной и понятной.

Он позволяет себе переживать свое горе, поскольку понимает, что это переживание нормально и естественно.

2. Осознание значимости потери помогает клиенту осознать свои жизненные потребности. Это осознание и принятие того, что является для него важным в его собственной жизни, является началом размышления о смысле своей жизни, о том направлении, в котором он будет двигаться дальше. Примирение клиента с самим собой и обретение смысла приводит к тому, что можно назвать «просветлением чувств».

Человек переживает, но теперь он не борется со своими чувствами, его переживания не кажутся ему «давящими», «мучительными».



# **Синдром эмоционального выгорания у стресс-психологов**

## **А.Отбор специалистов для работы в ЧС.**

- 1) возраст (от 23 до 55 лет)**
- 2) опыт работы по специальности (от 3 лет и выше)**
- 3) наличие навыков психологического консультирования граждан в кризисных ситуациях, работы с ПТСР, с горем, работы на телефоне доверия**
- 4) наличие мотивации на работу с пострадавшими в экстремальных условиях и в сверхурочное время**
- 5) умение работать с группами людей (семинары, тренинги, занятия)**
- 6) высокий уровень стрессоустойчивости**

## **Б.Подготовка.**

**Знание вариантов постстрессовых реакций и методов помощи при них.**

**Тренировка стрессоустойчивости (обучение навыкам психической саморегуляции и релаксации, экзистенциальный подход, видеотренажеры и т.д.)**

**Участие в учениях, имитирующих различные ЧС**

# *Постстрессовые психические расстройства*



## ***F4 Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства***

F40 Фобические тревожные расстройства

F41 Другие тревожные расстройства

F42 Обсессивно-компульсивное расстройство

F43 Реакция на тяжелый стресс и нарушения  
адаптации

F44 Диссоциативные (конверсионные) расстройства

F45 Соматоформные расстройства

F48 Другие невротические расстройства  
(неврастения, синдром деперсонализации-  
дереализации)

## ***F43 Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации***

*F43.0 Острая реакция на стресс*

*F43.1 Посттравматическое  
стрессовое расстройство*

*F43.2 Расстройство  
приспособительных реакций*

*F43.20 Кратковременная депрессивная реакция*

*F43.21 Пролонгированная депрессивная реакция*

*F43.22 Смешанная тревожная и депрессивная реакция*



## ***Варианты постстрессовых психических расстройств по времени появления:***

- острые постстрессовые расстройства (диссоциативные расстройства, острое стрессовое расстройство, депрессивный эпизод и др.)*
- отставленные постстрессовые расстройства (ПТСР, фобии, обсессивно-компульсивное расстройство, тревожно-депрессивные состояния, психосоматические заболевания, пограничное расстройство личности и др.)*

**Диссоциация** (расщепление, разделение) – процесс, посредством которого определенные психические функции, обычно интегрированные с другими функциями, действуют в той или иной степени обособленно или автоматически и находятся вне сферы сознательного контроля индивида.





## **Диссоциативные двигательные расстройства**

- 1) гиперкинезы в форме тиков, тремора, блефароспазма, истерических судорог
- 2) парезы, параличи (астазия-абазия и др.)

## **Диссоциативные сенсорные нарушения**

- 1) расстройства чувствительности (глухонемота, галлюцинации и др.)
- 2) болевые ощущения в различных частях тела

**Псевдодеменция** – состояние, проявляющееся мнимой утратой простейших навыков, элементарных знаний

## **Расстройство множественной личности**

**Диссоциативная амнезия** - избирательная потеря памяти на травмирующие события

## Типы диссоциативной амнезии:

При **ограниченной форме** человек не в состоянии вспомнить события, которые произошли в течение небольшого промежутка времени, обычно в течение первых нескольких часов после травматического события.

При **избирательной амнезии** человек может вспомнить некоторые, но не все события в течение ограниченного промежутка времени.

**Генерализованная амнезия** затрагивает всю жизнь человека, включая невозможность вспомнить собственное имя.

При **непрерывной амнезии** отмечается неспособность вспомнить события, следовавшие за определенным моментом времени, вплоть до настоящего.

**Систематизированная амнезия** – потеря памяти на события определенного рода, например всех воспоминаний, касающихся семьи или специфического человека.



## ***Варианты диагностики диссоциативных расстройств:***

- 1) негативный вариант (исключение органических нарушений)
- 2) позитивная диагностика

## **Характерные особенности диссоциативных расстройств:**



- интенсивность проявлений;
- особая динамичность – изменчивость, подвижность, внезапность появления и исчезновения;
- ослабление симптоматики в связи с разрешением трудной ситуации, усиление – при ухудшении жизненной ситуации;
- истерические черты личности (демонстративность, эмоциональная лабильность, эгоцентричность).

***Практически у каждого человека в ЧС могут возникать следующие диссоциативные феномены:***

- чувство отстраненности от своего психического и/или физического «Я»;
- чувство нереальности;
- притупление эмоций;
- обострение ощущений;
- изменение восприятия окружающего мира;
- замедление переживания времени, чувство остановки времени («время застыло»);
- ускорение мыслей;
- автоматические движения;
- оживание скрытых репрессированных переживаний;
- чувство отсоединения от собственного тела с ощущением полета;
- **чувство, как будто вся жизнь проходит перед глазами;**
- чувство наблюдения за собой «как в кино».

## **Диагностические критерии ОСР:**

**А. Крайне интенсивное чувство страха или беспомощности.**

**В. В момент или непосредственно после завершения травмирующего события у больного отмечались три (или больше) диссоциативных симптома:**

1) чувство оцепенения, отрешенности или отсутствие живого эмоционального отклика;

2) недоосмысление окружающей обстановки или своей личности («состояние изумления»);

3) симптомы дереализации;

4) симптомы деперсонализации;

5) диссоциативная амнезия (т. е. неспособность вспомнить важные аспекты травматической ситуации).

**С. Травмирующее событие постоянно насильственно возникает в сознании с повторным переживанием или субъективный дистресс при напоминании о травмирующем событии.**

**Д. Избегание стимулов, которые способствуют воспоминанию травмы.**

**Е. Отмечаются симптомы тревоги или повышенной напряженности, чрезмерная реактивность (повышенная пугливость, вздрагивания при неожиданных звуках, двигательное беспокойство).**

## ***Критерии диагностики ПТСР :***

**1. Симптомы «вторжения».**Травматическое событие настойчиво повторяется в переживании (воспоминания, сновидения, «возвращение к прошлому, молниеносные картины воспоминания – флэшбэки»).

**2. Симптомы избегания.** Избегание стимулов, связанных с травмой; блокировка эмоциональных реакций, отстраненность от окружающего мира.

**3. Симптомы повышенной возбудимости.**

Сверхбдительность, беспокойство, раздражительность, агрессивность, бессонница, пугливость.

Длительность протекания расстройства более чем 1 мес.

## ***Другими частыми симптомами являются:***

- утрата интереса к прежде любимым видам деятельности
- чувство отчуждения от других людей, не переживших подобную травму
- болезненное чувство вины (если травма пережита вместе с другими и стоила остальным жизни), поведенческий и характерологический типы самообвинения



***Отсроченное начало ПТСР*** (возникает через шесть и более месяцев после травмы)

- встречается крайне редко
- до манифестации отмечаются субклинические проявления или выраженное избегание
- изменение значимости события (например, убийство сексуальным маньяком своей очередной жертвы меняет значимость изнасилования для пережившей его женщины)  
(Ресик П.А., Калхаун К.С., 2008).

## ***Осложненный ПТСР характеризуется:***

- чувством беспомощности в предотвращении травмы;
- изменением «Я»–концепции, снижением самооценки;
- диссоциацией, отрицанием, психической анестезией, отстраненностью, злоупотреблением ПАВ, которые носят характер защиты от непереносимых переживаний;
- нарушения в оценке окружающих (неадекватное восприятие преступника как жертвы, его оправдание, отстраненность от других людей, недоверие к ним);

## ***Осложненный ПТСР характеризуется (продолжение):***

- высокой вероятностью возникновения долгосрочных проблем личностного и интерперсонального характера;
- для воспоминаний о таких событиях характерна их неясность и неоднородность в силу имеющегося диссоциативного процесса;
- изменения в мировоззрении (может включать утрату веры в свою судьбу, чувство безнадежности и отчаяния).

***Стойкое  
изменение  
личности  
после  
переживания  
катастрофы:***



- враждебное или подозрительное отношение к окружающему
- социальная самоизоляция
- чувство пустоты и безысходности.

## ***Особенности проявления ПТСР у детей.***

- повторяющиеся игры, в которых прослеживается тема или аспекты травмы;

- непонятные сны, вызывающие ужас;

- выраженные нарушения в познавательной сфере;

- у младших детей – тенденция к регрессивному поведению (энурез, страх разлуки с родителями, страх перед незнакомыми людьми, утрата имевшихся навыков);

- страх при появлении стимула (места, человека, телевизионной передачи и т.п.), связанного с травматическим переживанием;

- соматические жалобы, неуверенность в собственном здоровье.



## *Специфические особенности боевого ПТСР*

- стойкое восприятие окружающей обстановки как потенциально опасной, враждебной;



- формирование новых поведенческих навыков и стереотипов, необходимых для выживания в условиях боя;

- формирование агрессивного реагирования на угрожающие стимулы;

- снижение ценности человеческой жизни;

- снятие психологического барьера перед лишением другого жизни и ответственности за социальные последствия.

***Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Изд. "Питер", 2001.***

ШКАЛА ОЦЕНКИ ВЛИЯНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СОБЫТИЯ (Impact of Event Scale — R)

МИССИСИПСКАЯ ШКАЛА (военный вариант)

ПОЛУСТРУКТУРИРОВАННОЕ ИНТЕРВЬЮ ДЛЯ ОЦЕНКИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПЕРЕЖИВАНИЙ ДЕТЕЙ

РОДИТЕЛЬСКАЯ АНКЕТА ДЛЯ ОЦЕНКИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПЕРЕЖИВАНИЙ ДЕТЕЙ

ШКАЛА ОЦЕНКИ ИНТЕНСИВНОСТИ БОЕВОГО ОПЫТА (Combat Exposure Scale)

**Simptom Check List-90-Revised – SCL-90-R**

***Пергаменщик Л. А. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. Практикум: учебно-методическое пособие. - Минск : Издательство Гревцова, 2012. - 340 с.***

Опросник «Копинг-механизмы» (Е. Хайм)

Тест жизнестойкости (Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова)

Методика интервью для диагностики насилия  
(Е.Н. Волкова)

Методика «Духовный кризис» (Л.В. Шутова, А.В. Ляшук)

Методика уменьшения повышенной чувствительности  
(ДПДГ) (Ф. Шапиро)



## ***Факторы риска возникновения ПТСР:***

- интенсивность психотравмирующей ситуации;
- продолжительность пребывания в стрессовых условиях;
- внезапность возникновения экстремальной ситуации;
- принадлежность к младшей или старшей возрастной группе;
- наличие сопутствующих заболеваний, особенно травм головы;
- низкий уровень образования;
- отсутствие социальной поддержки и общественного признания.

# ***Распространенность ПТСР***

***Условная вероятность развития ПТСР (Maesker et al., 2004):***

- 50-65% после непосредственного переживания войны в качестве гражданского лица;
- около 50% после насилия и сексуального насилия;
- около 25% после иных насильственных действий;
- около 5% после тяжелых ДТП;
- менее 5% после природных катастроф и пожаров;
- менее 5% у свидетелей несчастных случаев и насильственных действий.

В популяции – 0,5% у мужчин, 1,2% у женщин

## ***Сопутствующие ПТСР расстройства***

***(Kessler et al., 1995):***

- депрессивные расстройства (53%)
- зависимости от ПАВ (53%)
- тревожные расстройства (30%).

**Риск суицида** у индивидов с ПТСР до 8 раз выше, чем у нетравмированных представителей населения в целом (Davidson, Highes, Blazer, George, 1991).

Нелеченные случаи ПТСР дают высокий показатель проблем в семье и партнерстве, повышают число разводов, а также случаев конфликтов на работе и безработицы (Maercker, 1998).

## ***Спонтанные ремиссии***

### **Частота самопроизвольного излечения ПТСР (Kessler et al., 1995):**

- у трети индивидов после первых 12 месяцев нарушений не было
- у половины пациентов примерно через 4 года расстройство отсутствовало
- через 10 лет после травматичных событий симптоматика сохранялась примерно у трети из тех, у кого ранее развилось ПТСР

По мнению большинства экспертов (Foa, Keane, Friedman, 2000), терапия должна проводиться самое раннее через 6 месяцев после травматизации, чтобы не вызывать патологию у тех, кто за это время переживает спонтанное выздоровление.

В клинике начало терапии ПТСР, как правило, происходит через годы и даже десятилетия после травматизации. За это время возможно развитие коморбидных заболеваний, а также расстройств личности.

## *Психотерапевт может воспринимать клиентов либо как жертв, либо как героев.*

Если клиенты видятся **жертвами** — тогда они рассматриваются как хрупкие, беспомощные мученики.

«Переживший травму, выживший», а не «жертва» (подход к клиенту не как к пассивному объекту, а как к человеку, обладающему определенной силой).

Некоторые психотерапевты воспринимают клиентов как **героев**, которые наделены сверхчеловеческой силой и поэтому вызывают благоговейное восхищение. Основная опасность, идущая от переоценки сил переживших, это нечувствительность психотерапевта к страданиям клиента.

Трудности в установлении терапевтического контакта.



*«Сын Саула»  
(реж. Ласло Немеш).  
Премия «Оскар» 2016 года  
за лучший фильм на  
иностранном языке*

*Джозеф С. Что нас не убивает. Новая психология посттравматического роста. — М.: Карьера Пресс, 2015. — 352 с.*

**Доля участников, сообщивших о положительных изменениях:**

Я больше не воспринимаю жизнь как должное - 94%

Теперь я гораздо больше ценю своих друзей и родных - 91%

Я больше не принимаю людей или вещи вокруг меня как должное - 91%

Теперь я больше ценю людей - 88%



Я чувствую себя человеком, познавшим жизнь - 83%

Я отношусь к каждому дню как к подарку - 77%

Я стал лучше понимать других и терпимее к ним отношусь - 71%

Теперь я гораздо больше верю в людей - 54%

Теперь я более решительно добиваюсь успеха в жизни - 50%



## ***Психологический опросник по изменениям в благополучии после травмы***

Задумайтесь о том, как вы воспринимаете себя в настоящее время. Прочтите приведенные ниже утверждения и отметьте, насколько сильно вы изменились в результате травмы.

5 = Теперь гораздо сильнее

4 = Теперь немного сильнее

3 = Так же, как раньше

2 = Теперь слабее

1 = Теперь гораздо слабее

1. Я себе нравлюсь.
2. Я уверен в своей правоте.
3. У меня есть цель в жизни.
4. В моей жизни присутствуют прочные и близкие отношения с другими людьми.
5. Я считаю, что контролирую свою жизнь.
6. Я открыт новому сложному опыту.
7. Я принимаю себя таким, какой я есть, со всеми сильными сторонами и ограничениями.
8. Меня не беспокоит, что думают обо мне окружающие.
9. В моей жизни есть смысл.
10. Я щедр и сочувствую окружающим.
11. Я хорошо справляюсь со своими обязанностями.
12. Я всегда стараюсь побольше узнать о себе.
13. Я уважаю себя.

14. Я знаю, что для меня важно, и буду стоять на своем, даже если другие со мной не согласны.

15. Я чувствую, что живу не зря и выполняю нужную роль в происходящем.

16. Я рад, что в моей жизни есть люди, которые обо мне заботятся.

17. Я способен справляться с тем, что преподносит мне жизнь.

18. Я с надеждой смотрю в будущее и не упускаю новых возможностей.

## ***Результаты***

Сложите свои показатели по всем 18 утверждениям.

Чем выше полученный вами балл, тем более положительные изменения с вами происходят. При показателе выше 54 баллов можно говорить о наличии позитивных перемен. Показатель выше 72 баллов говорит о сильных положительных переменах.

Чтобы узнать, какие изменения произошли в различных составляющих вашего психологического благополучия, посмотрите на свои результаты по каждой из шести групп:

**Самоприятие** (утверждения 1, 7 и 13)

**Автономность** (утверждения 2,8 и 14)

**Цель в жизни** (утверждения 3, 9 и 15)

**Отношения с окружающими** (утверждения 4, 10 и 16)

**Чувство контроля** (утверждения 5,11 и 17)

**Личностный рост** (утверждения 6, 12 и 18)

## **Использование метафор**

Я чувствую себя птицей, которую заперли в клетку.

Я как будто в тумане.

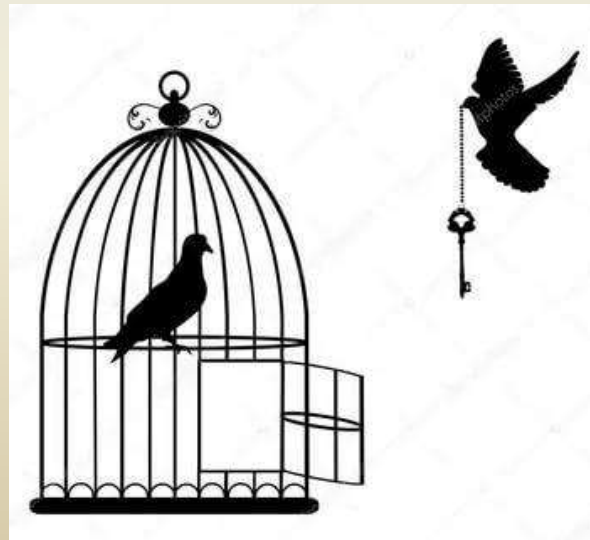
Как будто все двери в моем доме заперли на засов.

Я будто заблудился в темном лесу.

Я словно плыву против течения.

Я чувствую, что стою на краю пропасти.

Я как будто плыву в лодке без весел, и течение несет меня куда пожелает.



Копытин А. И. Методы арт-терапии в преодолении последствий травматического стресса. - М.: Когито-Центр, 2014.-203 с.

Копытин А.И. Теория и практика арт-терапии — СПб.: Питер, 2002. — 368 с.

Баер У. Творческая терапия - Терапия творчеством. - М.: Независимая фирма «Класс», 2013. - 552 с.

***Основные направления методов помощи при ПТСР  
(Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Р., 2000):***

**1. Образовательное направление.** Информационная поддержка, знакомство с симптоматикой ПТСР, с некоторыми концепциями психологии и физиологии.

**2. Социальное направление.** Увеличение социальной поддержки и социальной интеграции, участие в общественных организациях, группах самопомощи.

**3. Терапевтическое направление.** Фармакотерапия и психотерапия.

**4. Холистическое направление** основано на целостном отношении к здоровью. Физическая активность, правильное питание, духовное развитие, отказ от употребления ПАВ.

К проводимым психологами вмешательствам можно отнести **сопровождение траурных мероприятий** после ЧС, а также оформления памятных мест, что позволяет облегчить близким поведение преодоления.

В этой области пока отсутствуют теоретические концепции и оценка психологического действия уже имеющихся памятников.





## ***Эффективность психотерапии и фармакотерапии ПТСР***

Психологические подходы имеют значительно меньшие показатели прерывания, чем фармакотерапия (14 или 32%).

Среди психотерапевтических подходов когнитивно-поведенческая терапия (с продолжительной конфронтацией с травмой) и ДПДГ имеют преимущества относительно контрольных условий (списки ожидания, поддерживающие беседы), использования только методов релаксации и традиционных антидепрессантов.

Современные антидепрессанты дают столь же хорошие показатели улучшения, как и психотерапевтические методы, но можно предположить, что это позитивное действие прекратится после отмены препаратов.

Транквилизаторы, ноотропные и седативные средства (грандаксин, адаптол, атаракс, афобазол, фенибут, глицин др.)

## ***Психологические аспекты терроризма***

**зм** (от лат. *extremus* — крайний, чрезмерный) — приверженность крайним взглядам, методам действий.

**Террористические акты** - акты насилия, совершенные преднамеренно по отношению к гражданским лицам (не членам вооруженных формирований) с целью достижения каких-либо идеологических, религиозных или политических целей (R. Milton, 2006).

Наиболее распространенными видами террористических актов являются взрывы, захваты заложников, захваты самолетов, убийства.

*Психиатрия войн и катастроф / под ред. В.К.Шамрея. - Санкт-Петербург: СпецЛит, 2015. – 431 с.*

***В России согласно статье 1 Федерального Закона № 114-ФЗ «О противодействии экстремистской деятельности» к экстремистской деятельности относятся:***

- насильственное изменение основ конституционного строя и нарушение целостности Российской Федерации;
- публичное оправдание терроризма и иная террористическая деятельность;
- возбуждение социальной, расовой, национальной или религиозной розни;
- пропаганда исключительности, превосходства либо неполноценности человека по признаку его социальной, расовой, национальной, религиозной или языковой принадлежности или отношения к религии;
- нарушение прав, свобод и законных интересов человека и гражданина в зависимости от его социальной, расовой, национальной, религиозной или языковой принадлежности или отношения к религии;

- воспрепятствование осуществлению гражданами их избирательных прав и права на участие в референдуме или нарушение тайны голосования, соединенные с насилием либо угрозой его применения;
- воспрепятствование законной деятельности государственных органов, органов местного самоуправления, избирательных комиссий, общественных и религиозных объединений или иных организаций, соединенное с насилием либо угрозой его применения;
- совершение преступлений по мотивам, указанным в пункте «е» части первой статьи УК Российской Федерации;
- пропаганда и публичное демонстрирование нацистской атрибутики или символики, либо атрибутики или символики, сходных с нацистской атрибутикой или символикой до степени смешения, либо публичное демонстрирование атрибутики или символики экстремистских организаций;

- публичные призывы к осуществлению указанных деяний либо массовое распространение заведомо экстремистских материалов, а равно их изготовление или хранение в целях массового распространения;
- публичное заведомо ложное обвинение лица, занимающего государственную должность РФ или государственную должность субъекта РФ, в совершении им в период исполнения своих должностных обязанностей деяний, указанных в настоящей статье и являющихся преступлением;
- организация и подготовка указанных деяний, а также подстрекательство к их осуществлению;
- финансирование указанных деяний либо иное содействие в их организации, подготовке и осуществлении, в том числе путём предоставления учебной, полиграфической и материально-технической базы, телефонной и иных видов связи или оказания информационных услуг.

## **Идеологи (руководители) террористического движения.**

Как правило, образованные люди, иногда из обеспеченных семей, из этнической и религиозной элиты. Им свойственны большая психическая активность, яркие лидерские качества, неспособность к компромиссам, презрение к материальным ценностям и комфорту, ненависть к существующему порядку, вера в обладание безусловной и окончательной правдой.

## **Классификация террористов-исполнителей (Виноградов М. В., 2005):**

- 1) личности с ярко выраженными садистскими наклонностями, которые проявлялись у них с раннего детства в виде издевательства над животными, стремления причинить боль и страдания окружающим;
- 2) личности с садистскими наклонностями скрытого характера, которые при обычных условиях жизни могут вообще не проявиться;
- 3) люди случайные, пойманные на чем-то вербовщиками, попавшие в идеологические или религиозные ловушки.

## ***Возможные мотивы террористической деятельности:***

- самоутверждение
- самоидентификация
- молодежная романтика
- придание своей деятельности особой значимости
- преодоление отчуждения, конформизма
- корыстные мотивы

***Ведущие мотивы  
серийных убийств:***

- «властолюбцы»
- «сластолюбцы»
- «психотичные»
- «миссионеры»
- «каннибалы»





*Спасибо  
за внимание!*