# 1. Причины возникновения катастроф и кризисных явлений.

# Классификация катастроф

# Кризис представляет собой ситуативную характеристику функционирования любого субъекта как следствие неопределенности в его внешней и внутренней средах. В наиболее общем виде кризисные явления, обусловленные воздействием внешних и внутренних факторов (неопределенности), классифицируются по следующим основным причинам их возникновения: внезапно наступившие непредвиденные события во внешней среде (изменение политической ситуации в государстве, изменение налогового законодательства и цен, колебания валютного курса и т.д.); изменения отношений субъекта управления с его контрагентами; изменения внутри субъекта управления; изменения, происходящие благодаря научно-техническому прогрессу, результатом чего является формирование новых подходов, взглядов и ориентиров. Степень предсказуемости кризисных явлений и ситуаций зависит от факторов, которые условно делятся на две группы: внешние факторы, не зависящие от субъекта управления (сложно поддающаяся оценке политика государства в отношении формирования экономической инфраструктуры, приоритеты в распределении государственных заказов и т.п.); внутренние факторы, зависящие от субъекта управления (недостаток финансовых средств на модернизацию оборудования, низкий уровень квалификации кадров, нехватка источников достоверной информации и др.). Основной причиной возникновения кризисных явлений специалисты считают неопределенность будущего развития экономики и производственных отношений, которая обусловливает сложности в прогнозировании деятельности субъектов хозяйствования. Термин «социальная катастрофа» требует специального пояснения. Например, катастрофа политическая означает, что политическая жизнь общества достигла экстремальной формы. Часто это происходит потому, что наступил политический или экономический кризис, что обычно сопровождается крахом существующих властных структур. Политическая катастрофа может повлечь за собой самые тяжкие последствия не только для развития политической жизни общества, но и для существования всей системы в целом.

# По аналогии с вышесказанным термину «социальная катастрофа» можно дать следующее определение: это социальное бедствие, которое сопровождается ущербом, превосходящим критический уровень. В случае, если хотя бы один из параметров социальной системы достигнет критического значения, это и будет признано ущербом. Очень близко по своему значению к социальной катастрофе находится понятие «чрезвычайная ситуация». Это понятие чаще всего является экстремальной формой конфликтной ситуации, когда противоречие между человеком и природой естественной (биосферой), а также между человеком и природой искусственной (техносферой) достигает пика, угрожающего безопасности обеих сторон. Все социальные катастрофы можно подразделить на несколько групп. К примеру, по времени протекания они бывают скачкообразные, или лавинообразные, эволюционные, или вялотекущие. По масштабам их подразделяют на локальные, (масштабы которых ограничиваются одной промышленной установкой, поточной линией, цехом, небольшим производством или какой-то отдельной системой предприятия) национальные (которые охватывают несколько экономических районов, но не выходят за пределы страны), региональные (ситуации, распространяющиеся на несколько областей, республик, крупный регион) и глобальные (последствия которых настолько велики, что захватывают значительные территории, несколько республик, краев, областей и сопредельные страны)

# 2. Основные направления психологической помощи взрослым,

# оказавшимся в кризисной ситуации

# Экстренная психологическая помощь оказывается людям в остром стрессовом состоянии (ОСР). Это состояние представляет собой переживание эмоциональной и умственной дезорганизации.

# Психодиагностика, психотехники воздействия и процедура оказания психологической помощи в экстремальных ситуациях имеют свою специфику (Сухов, Деркач 1998). В частности, психодиагностика в экстремальных ситуациях имеет свои отличительные особенности. В этих условиях из-за нехватки времени невозможно использовать стандартные диагностические процедуры. Действия, в том числе практического психолога, определяются планом на случай чрезвычайных обстоятельств. Неприменимы во многих экстремальных ситуациях и обычные методы психологического воздействия. Все зависит от целей психологического воздействия в экстремальных ситуациях: в одном случае надо поддержать, помочь; в другом - следует пресечь, например, слухи, панику; в третьем - провести переговоры.

# Главными принципами оказания помощи перенесшим психологическую травму в результате влияния экстремальных ситуаций являются:

#  -безотлагательность;

#  -приближенность к месту событий;

#  -ожидание, что нормальное состояние восстановится;

#  -единство и простота психологического воздействия.

# Безотлагательность означает, что помощь пострадавшему должна быть оказана как можно быстрее: чем больше времени пройдет с момента травмы, тем выше вероятность возникновения хронических расстройств, в том числе и посттравматического стрессового расстройства.

# Смысл принципа приближенности состоит в оказании помощи в привычной обстановке и социальном окружении, а также в минимизации отрицательных последствий "госпитализма".

# Ожидание, что нормальное состояние восстановится: с лицом, перенесшим стрессовую ситуацию, следует обращаться не как с пациентом, а как с нормальным человеком. Необходимо поддержать уверенность в скором возвращении нормального состояния.

# Единство психологического воздействия подразумевает, что либо его источником должно выступать одно лицо, либо процедура оказания психологической помощи должна быть унифицирована. Простота психологического воздействия - необходимо отвести пострадавшего от источника травмы, предоставить пищу, отдых, безопасное окружение и возможность быть выслушанным.

# В целом служба экстренной психологической помощи выполняет следующие базовые функции:

#  - практическую: непосредственное оказание скорой психологической и (при необходимости) доврачебной медицинской помощи населению;

#  - координационную: обеспечение связей и взаимодействия со специализированными психологическими службами. Ситуация работы психолога в экстремальных условиях отличается от обычной терапевтической ситуации, по меньшей мере, следующими моментами. Работа с группами. Часто приходится работать с группами жертв, и эти группы не создаются психологом (психотерапевтом) искусственно, исходя из нужд психотерапевтического процесса, они были созданы самой жизнью в силу драматической ситуации катастрофы. Разнородность психопатологии у жертв. Жертвы насилия часто страдают, помимо травматического стресса, неврозами, психозами, расстройствами характера и, что особенно важно для профессионалов, работающих с жертвами, целым рядом проблем, вызванных самой катастрофой или другой травмирующей ситуацией. Имеется в виду, например, отсутствие средств к существованию, отсутствие работы и пр. Второе направление - психотерапия и психопрофилактика лиц с развившимися нервно-психическими нарушениями. Технические сложности ведения спасательных работ в зонах катастроф, стихийных бедствий могут приводить к тому, что пострадавшие в течение достаточно продолжительного времени окажутся в условиях полной изоляции от внешнего мира. В этом случае рекомендуется психотерапевтическая помощь в виде экстренной "информационной терапии", целью которой является психологическое поддержание жизнеспособности тех, кто жив, но находится в полной изоляции от окружающего мира (землетрясения, разрушение жилищ в результате аварий, взрывов и т.д.). "Информационная терапия" реализуется через систему звукоусилителей. Целью "информационной терапии" является также уменьшение чувства страха у пострадавших, т.к. известно, что в кризисных ситуациях от страха погибает больше людей, чем от воздействия реального разрушительного фактора.

**3. История развития психокоррекционной работы по устранению**

**посттравматического стрессового состояния у жертв**

**экстремальных ситуаций**

Впервые ПТСР было описано в США на основе длительного изучения психического состояния солдат американской армии, вернувшихся после войны во Вьетнаме. В 1980 г. понятие «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР) было принято как отчетливая и обоснованная диагностическая категория. Первые исследовательские работы, в Соединенных Штатах Америки, направленные на изучение особенностей переживания военного стресса восходят к временам гражданской войны в США. В России психологическими проблемами участников Первой мировой и Гражданской войн занимались С. Крайц, П. Ганушкин, Ф. Зарубин, И. Бехтерев. После Второй Мировой войны - В. Гиляровский, Е. Краснушкин. Изучением психологических проблем лиц переживших не военный стресс, занимались Брусиловский Л.Я., Бруханский Н.П., Сегалов Т.Е. У разных авторов военный невроз называется по разному: солдатское сердце, тревожный невроз, синдром Да Коста, тревожное сердце. Так, например, в 1889 г. Х. Опенгейм ввел термин "травматический невроз", для диагностики психических расстройств у участников боевых действий, причины которых он усматривал в органических нарушениях головного мозга, вызванных как физическими, так и психологическими факторами. Вплоть до Первой мировой войны считалось, что этот клинический синдром связан с военным долгом. Считалось, что подобное расстройство просто проявление плохой дисциплины и трусости. В1945 г. Гринкер и Шпигель перечислили совокупность симптомов, которые они обозначили как "военный невроз". К этим симптомам относились: агрессивность, проблемы с памятью, утомляемость, низкая концентрация внимания, депрессия, фобии, ночные кошмары, подозрительность, алкоголизм и гиперактивация симпатический нервной системы. Посттравматическое стрессовое расстройство можно определить как состояние, которое развивается у человека, испытавшего психоэмоциональный стресс достаточной выраженности, способный быть травматическим практически для любого человека.

**4. Классификация методов психокоррекционной работы**

Две группы методов:

1. Методы усиления регулирующих функций психики, развитие эмоционального самоконтроля, улучшение психической саморегуляции;

2. Методы нормативно-ценностной коррекции, объектами которой выступают нормативные [комплексы](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D0%BC%D0%BF%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D1%81_%28%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%B0%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B7%29), обуславливающие отказ от подчинения совместным принципам, целям, задачам деятельности.

Методы психокоррекции направлены на выработку норм личностного поведения, межличностного взаимодействия, развитие способности гибко реагировать на ситуацию, быстро перестраиваться в различных условиях, группах, то есть на методы социального приспособления. Психологическая коррекция - это комплекс целенаправленных мероприятий по воздействию на психику человека, проводимых с целью оптимизации их функциональных состояний и повышения эффективности профессиональной деятельности (работоспособности). Общим принципом и особенностью построения психокоррекции является дифференцированное сочетание при ее проведении методов симптоматической, личностно-ориентированной и социоцентрированной психокоррекции. Выбор психотерапевтических методов в первую очередь определяется их направленностью и эффективностью, возможностями и профессионализмом психолога, а также личностными особенностями пациента. Мероприятиями психологической коррекции являются: психологическое консультирование, методы индивидуальной и групповой психотерапии, психоанализ, психосинтез.

**5. Причины возникновения социальной напряженности**

Социальная напряженность представляет собой эмоциональное состояние в группе или обществе в целом, вызванное давлением со стороны природной или социальной среды, продолжающееся, как правило, в течение более или менее длительного времени. Напряженность может быть вызвана отнюдь не только стремлением достичь какой-либо цели, но и разного рода ошибками или некомпетентностью лидеров. Кроме того, обычное состояние людей может резко измениться из-за воздействия не подконтрольных человеку сил природы: изменения климата, истощения ресурсов, землетрясения и т.д. Наиболее общие предпосылки напряженности – это устойчивая и длительное время неразрешаемая ситуация рассогласования между потребностями, интересами, социальными ожиданиями всей массы или значительной части населения и мерой их фактического удовлетворения, приводящая к накоплению недовольства, усилению агрессивности отдельных групп и категорий людей, нарастанию психической усталости и раздражительности большинства. Можно утверждать, что социальная напряженность возникает в обществе (территориальной общности), как минимум, двояким образом. Во-первых, если большинство людей вначале смутно ощущает, а затем по мере развития событий осознает, что удовлетворение их социальных, экономических, политических, национальных, культурных или каких-либо иных жизненно важных потребностей, интересов и прав находится под угрозой или даже становится невозможным. И во-вторых, когда какая-то, первоначально сравнительно небольшая часть людей не может удовлетворить свои потребности и реализовать свои интересы в существующих в обществе условиях и поэтому, независимо от того, по каким причинам и чем конкретно была вызвана такая ситуация, вступает в борьбу против действительных и мнимых препятствий или надуманного ущемления своих прав, распространяя в обществе настроения неудовлетворенности, страха, пессимизма и т.д. И в том и в другом варианте социальная напряженность возникает, если назревший кризис своевременно не выявляется, а конфликтное противостояние никак не разрешается, если наблюдается, так сказать, «патовая ситуация», тупиковая ветвь логического развития общественных процессов. Таким образом, социальная напряженность – это одновременно сторона и индикатор социального кризиса и сопутствующих ему всевозможных конфликтов.

**6. Дебрифинг как основной метод профилактики ПТСР**

Термин “психологический дебрифинг” означает кризисное вмешательство, предназначенное для того, чтобы ослабить и предупредить вызванную психической травмой стрессовую реакцию у нормальных людей, которые находятся в чрезвычайной стрессовой ситуации. Цель психологического дебрифинга — предупредить развитие стойких последствий эмоциональной травмы путем создания возможности для сознательной оценки на когнитивном уровне и эмоциональной переработки травматического события. Дебрифинг содержит три основных лечебных элемента: вентиляцию эмоций в контексте групповой поддержки, нормализацию реакций и информацию о психологическом реагировании после перенесенного психотравмирующего события. Этот метод предусматривает анализ травматических переживаний, поощрение эмоционального выражения и стимулирование осмысления переживаний на когнитивном уровне. Обычно предусматривается одно расширенное групповое занятие, которое начинается с краткого изложения его целей. Участникам предлагается поделиться своими впечатлениями о травматическом событии, вначале описав то место, где они находились, когда впервые услышали об этом событии, а затем последующие впечатления. Координатор занятия просит участников рассказать о своих впечатлениях на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях. Предлагается также описать наиболее устрашающие моменты пережитых событий. Координатор, соглашаясь с тем, что переживания были очень тяжелыми, в то же время подчеркивает, что реагирование носило универсальный характер и что проявление в условиях катастрофы слабых сторон вполне можно было предвидеть. Могут даваться советы в отношении вероятных эмоциональных реакций. Следует подчеркивать как важную роль вербализации своих впечатлений, так и необходимость срочного возобновления повседневной деятельности для того, чтобы смягчить проявления фобического избегания. После группового занятия участники могут прослушать лекцию о процессе восстановления после перенесенной психической травмы, при этом дается информация о часто встречающихся реакциях на травмирующую ситуацию и о стадиях восстановительного процесса. Психологический дебрифинг использовался и как индивидуальное, и как групповое вмешательство. Предпочтительны групповые занятия не только в связи с экономическими и техническими преимуществами, но и потому, что такая форма работы воссоздает “первоначальную ситуацию”. Группа становится местом для общения и восстановления порядка, доверия и чувства безопасности. Следовательно, дебрифинг должен быть направлен на то, чтобы быстро вызвать повторное переживание нетравматических аспектов пережитого события; кроме того, следует создавать группы поддержки для жертв, у которых зафиксировалось чувство страха.

**7. Зависимость социальной напряженности от социальной**

**безопасности**

В современном российском социуме, переживающем период кризисного развития, повышается социальная напряженность в различных сферах общественной жизни. Социальная напряженность в структуре человеческих ресурсов негативно сказывается на экономическом потенциале регионов, способствует отчуждению человека от труда, подрывает экономические интересы товаропроизводителей, сопровождается увеличением трудовых споров и конфликтов. Новые социальные противоречия, появившиеся на рынке труда в последние годы, остро ставят проблемы совершенствования региональной политики занятости, где преодоление социальной напряженности должно учитываться при разработке конкретных механизмов управления занятостью на рынке труда крупных городов. В связи с тем, что данная проблема относится к числу мало разработанных в экономической социологии, представляется необходимым определить источники и структурные элементы зоны напряженности как одного из видов городской территории. Появление зон напряженности в городах вытекает из самой природы городской жизни. Еще Э. Дюркгейм тонко подметил воздействие уплотненной городской среды на протекание социальных процессов в городе. Чем выше плотность городского населения, чем внушительнее отсутствие благоприятных условий жизни, тем реальнее возможность появления конфликтных ситуаций, факторов напряженности. По мнению Э. Дюркгейма, «главное усилие социолога должно быть направлено к тому, чтобы обнаружить различные свойства среды, способные оказать влияние на развитие социальных явлений». Выдвинутый Э. Дюркгеймом социологический постулат о связи городской среды и развития социальных явлений становится методологически эффективным при исследовании стратификационных процессов и конфликтных ситуаций в крупных российских городах на рубеже XXI века. Еще одна предпосылка для появления зон напряженности выявлена в современных исследованиях по социологии организаций. Появлению зон напряженности способствуют различные ресурсы групп населения, необходимые для существования и самоутверждения на определенной городской территории. Ресурсы имеют пространственную расположенность, борьба за обладание ресурсами превращается в борьбу за городское пространство. Специалисты по менеджменту отмечают, что каждому хотелось бы иметь в распоряжении больше пространства, включая тех, чья незавидная работа – распределять его. Некоторые основания для сражения за территорию являются результатом хорошо продуманной политики. Любая микро- и макропространственная структура крупного города, содержащая определенные ресурсы, капиталовложения, материальные ценности, потенциально содержит возможность превратиться в зону социальной напряженности в отношениях между слоями городского населения. Властные структуры города могут повлиять на уровень напряженности территории: либо обостряя отношения между группами путем открытой поддержки одной из сторон, либо путем сбалансированной политики, создавая стабильность и равновесие сил. Социальная напряженность – психологическое состояние людей (индивидов или групп), причиной которого является неудовлетворенность существующим положением дел или ходом развития событий. Формирование политики, адекватной потребностям безопасности России, является насущной необходимостью в условиях современного общественного развития. Кардинальные изменения, происшедшие в нашей стране в последнее время, требуют новых подходов к определению принципиальных основ политической деятельности в сфере безопасности. Особое значение при этом приобретает социальный аспект проблемы. Как показывает прошлый и новейший исторический опыт, игнорирование социальных параметров политики ведет к серьезным провалам во многих областях общественной жизни, но особенно пагубно сказывается на состоянии национальной безопасности. (см. вопр.№ 11)

**8. Виды и применение индивидуальной психокоррекции ПТСР**

**Применение индивидуальной психокоррекции**

Индивидуальная психокоррекция используется, когда проблемы клиента индивидуального, а не межличностного характера, когда клиент категорически отказывается работать в группе, или по каким-либо причинам его работа в группе невозможна; когда применяются достаточно сильные методы психологического воздействия и клиента необходимо постоянно держать под наблюдением и контролем. Индивидуальная психокоррекция необходима, когда у клиента психолог находит повышенную тревожность, сильную заторможенность, неуверенность в себе, необоснованные страхи, проблемы, вызванные недостаточным знанием самого себя, утрату смысла и цели жизни. Иногда бывает так, что по характеру проблемы клиенту требуется групповая психокоррекция, но он категорически отказывается работать в группе. Тогда в качестве первого шага на пути его реабилитации можно использовать индивидуальную работу и постепенно, по мере его готовности, подводить клиента к осознанию необходимости включения в групповую работу. Противопоказаниями к групповой психокоррекционной работе могут стать сильно выраженная возбудимость и эмоциональная неуравновешенность клиента, его трудный характер, болезнь, недостаточный уровень интеллектуального или морального развития и другие. При сильно действующих групповых психокоррекционных процедурах у таких людей может наступить эмоциональный стресс или срыв. В силу второй из названных причин клиент может сознательно или бессознательно мешать работать остальным участникам группы. По следующей причине у него может резко ухудшиться состояние здоровья. Наконец, он может или не понимать, что от него требуется, или вести себя в группе недостаточно культурно, шокируя остальных своим поведением, выводя их из равновесия. Иногда клиент хочет - и это ему действительно необходимо - работать в группе, но фактически внутренне сопротивляется этому. Тогда психолог должен постараться снять внутреннее сопротивление клиента, убедить его в необходимости включиться в групповую работу и помочь ему это сделать практически. Такие клиенты, которые в обычных психокоррекционных ситуациях ведут себя вполне нормально, но теряют контроль над собой, когда чувствуют сильное психологическое воздействие. В этом случае сильно действующую психологическую процедуру необходимо сначала опробовать на клиенте в индивидуальном порядке, а затем уже включать его в группу. Для того чтобы правильно пользоваться психокоррекцией на практике, необходимо знать следующее. Индивидуальная психокоррекция реально помогает только тем, у кого есть действительные психологические или поведенческие проблемы. Наличие таких проблем может установить только профессиональный психолог или осознавать сам клиент. Иногда человеку кажется, что у него есть проблемы, хотя на самом деле их нет. Иногда, напротив, кажется, что проблемы нет, хотя на самом деле она существует. Для оказания профессиональной психологической помощи необходимо знать причины психологических недостатков, а также то, что происходит в психике и поведении человека, особенно в процессе коррекции. Этот процесс необходимо контролировать и уметь предвидеть его результаты. Для этого нужны разнообразные и глубокие психологические знания, которые, как правило, можно получить только в специальных высших учебных заведениях на факультетах психологии. Если за работу по оказанию индивидуальной психокоррекционной помощи берется некомпетентный человек, он способен нанести клиенту весьма существенный вред. Психокоррекция мало что может дать тем людям, у которых психологические или поведенческие отклонения вызваны серьезными заболеваниями органического характера. Она может, конечно, и на них оказать временное положительное воздействие, облегчающее общее физическое и психологическое состояние, но из-за того, что психокоррекция сама по себе не в состоянии устранить органический дефект, после нее возможны психологические и поведенческие рецидивы, т. е. восстановление соответствующих отклонений. В данном случае рекомендуется параллельно с психокоррекцией заниматься серьезным лечением соответствующей органической болезни под наблюдением врача. Еще одно обстоятельство, которое надо иметь в виду, применяя индивидуальную психокоррекцию, следующее. Полученный эффект психокоррекционного воздействия необходимо закреплять практически. Если клиент вместе с психологом справился со своей проблемой, то это еще не означает, что он сможет самостоятельно полностью избавиться от нее без постоянной помощи психолога. Под наблюдением психолога ему необходимо находиться достаточно длительный период времени даже после того, как появились положительные результаты психокоррекционного воздействия: их надо закрепить, чтобы предупредить возможные рецидивы.

**Виды индивидуальной психокоррекции**

Рассмотрим психологические особенности различных видов индивидуальной психокоррекции: убеждения, внушения, психоанализа и логотерапии. Убеждение в основном применимо к людям, обладающим высоким уровнем интеллектуального развития и способным — если их удастся убедить — самостоятельно справиться со своими психологическими проблемами. Это, как правило, люди с достаточно развитой силой воли, но до начала психокоррекционного воздействия не убежденные в том, что у них действительно есть проблемы, над которыми стоит работать, или просто не верящие в то, что с помощью психолога им удастся эти проблемы решить.Убеждение начинается с выяснения того, что знает клиент о своих проблемах и как он их понимает. Затем психолог обсуждает и согласовывает с клиентом цели и задачи психокоррекции и только после того, как клиент согласится, начинает с ним работать. Психолог подробно разъясняет, что, как и почему он делает, а также — если в этом есть необходимость — объясняет причины возникновения и способ избавления от недостатков. Убеждение как метод психологического воздействия обычно применяется по отношению к маловнушаемым людям. Что же касается сильновнушаемых, то для них наилучший способ воздействия — внушение. Если клиент, кроме того, обладает высоким уровнем интеллектуального развития, то по отношению к нему целесообразно использовать убеждение и внушение в комплексе. Для психолога внушение — это более простой, а для клиента — менее эффективный способ воздействия, чем убеждение, так как при внушении не действует воля клиента, способная усилить психокоррекционный эффект. Но, с другой стороны, пользуясь внушением, можно быстрее добиться нужного результата, так как этот метод не требует длительных разъяснений и долгих дискуссий психолога и клиента. Но зато воздействие, основанное на чистом внушении, и исчезает гораздо быстрее, чем влияние, базирующееся на убеждении. Психологический механизм внушения основан на прямом влиянии психолога на подсознание клиента, на использование не только разума, но также чувств и эмоций. Внушение обычно используют в условиях, когда внимание и сознание клиента чем-то отвлечены. Наилучшие условия для внушения—в такой ситуации, при которой клиента вводят в состояние полного расслабления, в полугипнотическое или полное гипнотическое состояние. Это могут делать только специалисты, имеющие соответствующее медико-психологическое образование и профессионально владеющие техникой гипноза. Полугипнотическое внушение широко применяется, например, для психокоррекции дефектов речи, для избавления людей от дурных привычек: курения, пристрастия к наркотикам, алкоголю и др.

**9. Влияние социальных конфликтов на социальную безопасность**

Понятие «социальный конфликт» в научной литературе употребляется как в узком, так и широком смысле слова. Социальный конфликт - в узком смысле слова - конфликт в социальной сфере жизни общества. Однако чаще понятие «социальный конфликт» употребляется в широком смысле слова. В данном случае под социальным конфликтом понимают любой вид борьбы между элементами социальной структуры общества и, прежде всего, между большими социальными группами людей, если они преследуют какие-либо общественно важные цели. При этом вовсе не обязательно, чтобы участников было неизмеримо много. Главное не в их количестве, а в том, ведут ли они себя как типичные представители большой социальной группы, выражают ли ее ценности, интересы и цели. Разрешение социальных конфликтов представляет собой социальный процесс, который можно определить как вид поступательного преобразования системы конфликтных отношений социальных субъектов, в результате которого осуществляется ее необратимый переход в качественно новое неконфликтное состояние, характеризуемое добровольным осознанным признанием субъектами и основными участниками конфликтного противоборства полного и окончательного его прекращения и созданием условий, предотвращающих его возобновление на той же основе и с тем же самым составом субъектов и участников. Во многих случаях разрешение социальных конфликтов важно рассматривать не только как процесс, но и как результат, характеризующий определенное качественное состояние отношений социальных субъектов, вовлеченных в конфликтное взаимодействие. Как состояние, разрешение социальных конфликтов, представляет собой результат целенаправленного воздействия социальных субъектов, объективно и субъективно заинтересованных в прекращении конфликтных противоборств, на систему конфликтных отношений с целью качественного ее преобразования в устойчивую систему неконфликтных отношений, характеризуемых полным отсутствием конфликтного взаимодействия сторон и преобладанием отношений сотрудничества, а также удовлетворенностью участников конфликта его исходом. совокупность природных условий оказывает определенное влияние на многие явления социальный жизни, в том числе и на процессы разрешения социальных конфликтов. В обыденном сознании конфликты, как правило, представляются чем-то патологическим, ненормальным. И действительно, многие общественные противоборства несут в себе достаточно большой деструктивный потенциал, тем более, если в ходе конфликтного взаимодействия используется оружие. Вместе с тем, далеко не каждый конфликт несет в себе угрозу безопасности общества: некоторые из них напротив, выполняют стабилизирующие, интегративные функции. Так, например, война, развязанная с соседним государством, чаще всего приводит к внутренней консолидации, преодолению смуты в обществе. Не менее показательна позитивная роль борьбы правоохранительных органов с преступными сообществами. Вместе с тем отрицать существование опасных, разрушительных конфликтов нельзя. Именно социальные противоборства, возникшие в период перестройки на территории бывшего СССР, сыграли не последнюю роль в распаде сверхдержавы. Острота любого социального противоборства и степень его опасности зависят преимущественно от параметров конфликта, то есть его изменяющихся во времени характеристик. К числу таковых чаще всего относят: масштабность конфликта; интенсивность конфликтного взаимодействия; степень эмоциональной вовлеченности индивидуумов в противоборство; стоимость (цена) конфликта и многие другие. С учетом того, что параметры конфликтов могут изменяться под воздействием внешних и внутренних условий, в том числе и в результате сознательно-волевой деятельности участников противоборств и третьей стороны, в социальной практике сложилась достаточно обширная методика управления социальными противоборствами. К системе такой деятельности можно также отнести и способы защиты от опасных коллизий. Наша страна в настоящее время фактически не имеет никакого механизма защиты от разрушительных социальных конфликтов. Что заставляет сделать столь печальный вывод? Во-первых, очаги роста социального недовольства у нас теперь не отслеживаются (не знаю, сожалеть об этом или радоваться). Так, например, возникновение нынешних чеченских событий вряд ли стало возможно, если бы в свое время вскрывались и пресекались: протестная энергия чеченских сепаратистов, незаконный оборот оружия, подготовка боевиков и т.д. Во-вторых, механизм институционализации социальных конфликтов в нашей стране тоже не действует. Формально (в законодательном порядке) в Российской Федерации разрешены митинги, демонстрации, забастовки и иные формы социального протеста. Однако, эти по сути своей институциональные конфликты, к сожалению, не являются для структур социального управления "индикаторами неблагополучия общественных отношений". Они, вероятно, вообще мало их интересуют. Например, воркутинские шахтеры, которые в свое время несколько месяцев пикетировали Дом Правительства, так и не получили необходимого логического разрешения всех своих проблем.

**10. Виды и применения грпповой психокоррекци**

Широкое распространение в современном мире получило групповое психокоррекционное движение. Его основное отличие от индивидуальной психокоррекции состоит в том, что в группе психокоррекционный эффект достигается за счет взаимодействия, взаимовлияния людей и активного использования социально-психологических возможностей группы для достижения требуемого психокоррекционного результата. Групповой коррекционный эффект, как правило, сильнее в тех случаях, когда речь идет об исправлении недостатков межличностного поведения клиентов (недоверие скрытость, малообщительность, неумение убеждать, оказывать влияние на людей). Трудно точно назвать дату зарождения группового психокоррекционного движения. Первые шаги в истории его становления связаны, скорее всего, с 30-ми 40-ми гг. текущего столетия. Среди тех, кто одним из первых в истории психотерапии (здесь впервые появилась потребность использовать группу) обратился к групповым методам, был американский психиатр и социальный психолог Я. Морено. Он в 1932 году ввел в оборот термин “групповая психотерапия” и предложил один из наиболее эффективных методов групповой коррекционной работы, получивший название “психодрама”. Преимущество групповой психокоррекционной работы над индивидуальной. Во-первых, в том, что в группе начинают действовать дополнительные, стимулы, заставляющие человека нужным образом изменять свое поведение. Установлено, например, что группа облегчает человеку выражение эмоций и чувств, позволяет ему вести себя более раскованно, способствует разрядке внутренней напряженности, возникающей при индивидуальной работе. Во-вторых, в группе человек чувствует себя психологически более защищенным, так как в ней обычно создается благоприятная атмосфера человеческих отношений. В такой группе ведущий и другие ее участники в любой момент могут прийти на помощь, защитить каждого от психологических травм и переживаний. В-третьих, группа помогает человеку более глубоко раскрыться, что само по себе может принести ему желаемое облегчение. В-четвертых, группа стимулирует появление и закрепление у индивида новых форм адаптивного межличностного поведения, таких, которые трудно вызвать при индивидуальной психокоррекционной работе с клиентом. В-пятых, группа помогает лучше понять самого себя, сравнивая себя с другими. В результате у человека складывается о себе более правильное представление. Виды групповой психокоррекции. Групповая психокоррекция имеет несколько разновидностей, основные из которых — группы тренинга умений, группы встреч, гештальтгруппы, психодрама, группы телесной, танцевальной психокоррекции и группы коррекции искусством. Главное назначение групп тренинга умений (другое их название — Т-группы) заключается в том, чтобы участники лучше осознали себя и правильнее оценили свое поведение среди людей. В этих группах ставятся и решаются психокоррекционные задачи: улучшения межличностных отношений, выработки и закрепления коммуникативных умений и навыков, открытости, искренности и доверия людям; снятие психологических барьеров в сфере общения. Группы встреч создаются для того, чтобы помочь людям самостоятельно справиться со своими социально-психологическими проблемами. В таких группах с помощью специальных приемов порождается и поддерживается атмосфера межличностного доверия, свободы выражения мыслей и чувств, безусловно, добрые отношения к каждому человеку независимо от его индивидуальных особенностей, персональной безопасности каждого. Участники групп встреч вместе проходят ряд этапов мёжличностного взаимодействия, во время которого они психологически раскрываются друг перед другом, выясняют отношения, преодолевает трудности в установлении межличностных контактов, строят доверительные отношения, изучают себя и свои конфликты. Название “гештальтгруппы” происходит от немецкого слова “гештальт”, которое обозначает некоторую целостность, структуру, определяющую восприятие человеком окружающего мира и его взаимоотношения с людьми. Работа в гештальтгруппе позволяет клиенту лучше приспособиться к реальной жизни, глубже понять себя, свои отношения с другими. Психотерапевт или психолог в такой группе обычно работает только с одним из ее членов, который в данный момент находится в центре внимания его и остальных участников группы. Они наблюдают за его работой и за поведением клиента, сопереживают ему, на его примере учатся анализировать и решать собственные проблемы. Психодрама представляет собой драматизированное воспроизведение в виде жизненно правдивых, импровизированных спектаклей, проигрывание ситуаций, волнующих клиентов. В них они и остальные участники группы берут на себя и исполняют естественные жизненные роли, стараясь в ходе драматической импровизации лучше разобраться в сути возникшей проблемы, понять свое поведение и поступки других участников. Работа группы-психодрамы проводится в форме сюжетно-ролевой игры на избираемую самими клиентами тему, которая представляет собой реальную проблему кого-либо из участников. Роли в психодраме задаются и исполняются таким образом, чтобы способствовать глубокому пониманию и решению возникшей проблем. Группы телесной психокоррекции основаны на связи между органическими процессами и психологическими состояниями людей, на предположении о том, что, воздействуя на организм человека, можно повлиять и на его психологию и поведение. Группы танцевальной психокоррекции отличаются от групп телесной психокоррекции тем, что в них в качестве психокоррекционных упражнений используются танцевальные движения. Группы психокоррекции искусством в качестве приемов нормализации психической жизни людей используют различные виды творчества: рисование, лепку, изготовление поделок. Техника различных видов групповой психокоррекции. В Т-группах работа включает в себя три цикла взаимодействия участников друг с другом: представление, получение информации со стороны, экспериментирование. Члены группы рассказывают друг другу о себе, стараясь быть как можно более откровенными, правдивыми и искренними. В группе создается и поддерживается атмосфера межличностного доверия и открытости. Члены группы выслушивают мнение о себе от других участников группы. На этапе экспериментирования каждый ищет новые, более адаптивные формы мёжличностного поведения. В группах встреч работа организуется таким образом. Сначала участники устанавливают личные контакты друг с другом, работая парами и обмениваясь первыми впечатлениями, которые они получили друг от друга. Между ними возникают доверительные отношения, поддерживаемые и регулируемые при помощи специальных упражнений. На следующем этапе члены группы более внимательно изучают и анализируют межличностные отношения, трудности, мешающие им нормально общаться и взаимодействовать друг с другом. Далее в работу группы вводятся упражнения, обеспечивающие взаимную поддержку друг друга.

**11. Сущность и содержание понятия социальной безопасности**

Социальная безопасность представляет собой состояние защищенности личности, социальной группы, общности от угроз нарушения их жизненно важных интересов, прав, свобод. Постоянным объектом социальной безопасности в общем виде является личность, ее жизненно важные права и свободы в социальной сфере жизнедеятельности общества: право на жизнь; на труд, его оплату; на бесплатное лечение и образование; доступный отдых; гарантированную социальную защиту со стороны государства. Однако сами объекты и субъекты социальной безопасности могут меняться по мере изменения условий развития общества. Поэтому можно говорить не только об общем, но и приоритетных объектах социальной безопасности, т.е. таких социальных группах и общностях, которые в конкретных социально-экономических условиях являются наиболее ущемленными и нуждающимися в социальной защите и усилении степени безопасности. Социальная безопасность зависит от уровня социальной напряженности, которая либо снижает уровень безопасности, либо его повышает. В связи с этим выделяется три уровня социальной напряженности: низкий, средний, высокий. При этом к числу основных характеристик социальной безопасности относят продолжительность и качество жизни. Высокая продолжительность жизни и ее качество свидетельствуют об устойчивом уровне социальной безопасности, низкая — об опасном состоянии социальной напряженности. Социальная напряженность проявляется в ряде наиболее значимых симптомов (существенный рост недовольства среди населения, недоверия к властям, конфликтность в обществе, тревожность, стрессогенность отношений) и определяется влиянием техногенных, природных и социальных факторов. Социальная безопасность и качество жизни — категории, неотделимые друг от друга. Например, социальная безопасность рассматривается как такое условие социальной сферы, при котором обеспечивается ее устойчивое состояние, оптимальное удовлетворение потребностей, высокое качество жизни, создание условий для развития личности. Таковой может быть социальная безопасность, ориентированная на обеспечение достойного качества жизни членов общества. Качество жизни — индикатор, показатель уровня социальной безопасности, является выражением удовлетворенности личности своей жизнедеятельностью, что во многом детерминируется состоянием социальной безопасности, условиями, созданными обществом, государством для развития индивида, реализации его потребностей. Чем стабильнее социальная безопасность, чем более материально, духовно, юридически она подкреплена, тем более обеспечено достойное качество жизни личности, которое является инструментом формирования социальной безопасности. Из этого следует, что качество жизни членов общества — основа социальной безопасности, так как само содержание качества жизни шире понятия социальной безопасности. Таким образом, качество жизни как выражение удовлетворенности личности своей жизнедеятельностью во многом детерминируется состоянием социальной безопасности, условиями, созданными обществом, государством для развития личности, реализации ее потребностей. Социальная безопасность в обществе зависит от социальной политики государства. Социальная политика и социальная безопасность - две стороны одной медали. Чем реалистичнее социальная политика государства, тем выше уровень социальной безопасности каждого члена общества, каждой российской семьи. Более того, социальная политика - это своего рода инструмент обеспечения социальной безопасности общества как стратегической цели государства. Социальная политика регулирует отношения между обществом и личностью в целом; между обществом и военнослужащими, в частности. Основой этой регуляции может быть система социальных гарантий, которые обеспечивают реализацию предусмотренных Конституцией социальных прав личности: права на жизнь, на труд, на отдых, на охрану здоровья, на образование. На практике это означает, что государство проводит патерналистскую политику по отношению к разным социальным группам населения, и среди них военнослужащие. Патернализм в переводе с латинского - отцовский, отеческий. "Патерналистская доктрина" означает, что в основе социальной политики лежит забота и ответственное, "отеческое" отношение государства к гражданам, занятым в сфере труда и незанятым в ней, но выполнившим свой трудовой долг перед обществом.

**12. Оказание психологической помощи детям, подвергшимся**

**насилию**

Основная цель работы психолога с жертвами насилия заключается в уменьшении и ликвидации последствий травматических переживаний. В процессе консультирования таких детей чрезвычайно важно для психолога установить контакт с ребенком, причем акцент следует сделать на постоянной демонстрации заботы о ребенке. Скорее всего ребенок будет постоянно проверять, адекватными и неадекватными способами, насколько психолог действительно о нем заботится. Задачи, стоящие перед психологом: способствовать уменьшению у ребенка чувств стыда, вины, бессилия; помочь в укреплении чувства собственной значимости; сформировать новые поведенческие паттерны; способствовать дифференцированному взаимодействию с окружающими людьми; способствовать развитию самоопределения ребенка, восприятия собственного Я, в том числе и физического образа Я. В целом специалисты придерживаются эклектичного подхода в работе с такими детьми. Наиболее эффективными считаются: визуализация, когнитивно-поведенческая терапия, гештальт-терапия, психодрама, арт-терапия, музыкотерапия, танцевальная терапия. Наиболее подходящим вариантом работы с детьми, пережившими насилие, является эклектичная, мультимодальная модель консультирования, в которой сочетаются три основных психотерапевтических направления: работа с мыслями, работа с эмоциями, работа с поведением. Консультирование лучше проводить в игровой или неформально обставленной комнате, нежели в кабинете или классе. Это способствует снятию напряжения, усиливает чувство безопасности и контроля над ситуацией. Считается, что процесс консультирования идет успешнее, если дети могут контролировать дистанцию между собой и взрослым, поскольку взрослые бывают чересчур агрессивными, инициируя разговор с ребенком. Консультант должен служить примером обязательности для ребенка, не опаздывать и, по возможности, не переносить время встреч, поскольку это может быть интерпретировано как отсутствие интереса или рождает беспокойство, раздражение. Консультант должен быть готов отдать ребенку все свое внимание, освободившись от посторонних мыслей и забот. Вполне естественно, что ребенок – жертва насилия испытывает особый страх при встрече с незнакомым взрослым, при посещении нового места. Иногда он даже не знает, куда и зачем ведут его родители или учителя. Это может вылиться в изначальное недоверие к психологу и формирование негативных ожиданий. Выбор подхода к психологическому консультированию жертв насилия зависит от того, какие у детей существуют проблемы в когнитивном, аффективном и поведенческом плане. У жертв насилия чаще всего наблюдаются отклонения во всех вышеуказанных сферах, в частности: 1.когнитивный уровень: низкая самооценка; иррациональные, разрушительные мысли; проблемы с принятием решения; проблемы с поиском выхода из сложных ситуаций; 2.аффективный уровень: гнев, злость; тревожность; чувство вины; страх отвержения; фобии; депрессия; 3поведенческий уровень: драки; слезы; низкая учебная успеваемость; ночные кошмары; изоляция от окружающих; конфликты с окружающими. В процессе консультирования специалисту важно выяснить не столько то, что именно, например, сказал ребенок, сколько – что он при этом чувствовал. Вся история произошедшего может стать совершенно ясной, если, вместо задавания вопросов, применять технику активного слушания и давать ребенку обратную связь в виде предположительных утверждений (гипотез) о том, какие важные мысли и проблемы его занимают. Ребенку необходимо дать поня)ь. что забота о нем психолога не заканчивается вместе с окончанием консультирования, поэтому специалист обсуждает время и возможность последующих встреч с клиентом, чтобы узнать о его жизни. Можно попросить ребенка позвонить или написать либо договориться о кратком визите – обычно подобное отслеживание результатов консультирования происходит через 1 месяц или позже, но не позднее чем через полгода. Помимо этого, психолог при прощании всегда говорит о том, что, если будут возникать какие-то проблемы, дверь всегда открыта; ребенок и его родители всегда могут обратиться за помощью.

**13. Соц. психологические аспекты соц. безопасности**

То есть каждый гражданин должен иметь доступ к легальной информации, может использовать информацию в целях своего всестороннего развития, и защищать информацию, связанную с личной безопасностью гражданина. Таким образом, полностью игнорируется проблема, связанная с разнообразным информационным воздействием на психику человека, и те негативные последствия, которые могут за этим воздействием последовать. В специальной литературе описаны случаи тяжелых форм зависимости связанные с взаимодействием человека глобальными информационными сетями (ИНТЕРНЕТ), разнообразные формы игромании, правонарушения, связанные с воздействием информации на личность подростка. Таким образом, складывается ситуация, когда ни органы власти, ни система образования, ни какие-либо другие социальные институты не в силах контролировать поток информации, обрушивающийся на ребенка. В этих условиях, проблема информационной безопасности личности ребенка приобретает ярко выраженный социально-педагогический смысл. Решение проблемы обеспечения информационной безопасности личности школьников, должно носить комплексный системный характер и осуществляться на разных уровнях. Первый уровень – нормативный. На данном уровне органы государственной власти должны создать непротиворечивую нормативную базу, учитывающую все аспекты проблемы информационной безопасности. Второй уровень – институциональный, включает в себя согласованную деятельность различных социальных институтов, связанных с воспитанием и социализацией, по обеспечению информационной безопасности личности ребенка и подростка. В первую очередь к таким институтам относятся семья, школа, церковь. Третий уровень – личностный. Этот уровень связан, прежде всего, с самовоспитанием, самообразованием, формированием высокого уровня информационной культуры личности как части общей культуры человека. На данном уровне происходит формирование необходимых личностных качеств для обеспечения информационной самозащиты личности.

**14. Оказание психологической помощи женщинам, подвергшимся**

**насилию**

Первая задача психологической помощи - как можно быстрее помочь пострадавшей. При оказании помощи необходимо учитывать, что насилие вторгается во все сферы жизни женщины - физическую, эмоциональную, общественную, половую. Надо исходить из того, что в большинстве случаев потерпевшие - совершенно нормальные женщины, но находящиеся в состоянии тяжелого стресса. В то же время нельзя забывать и о том, что среди потерпевших могут быть и изначально страдающие психическими расстройствами. При аффективных расстройствах, например, компенсаторные возможности психики всегда на пределе, и изнасилование становится пусковым фактором тяжелого психоза и других осложнений. Главное, что надо учитывать при оказании немедленной психологической помощи: 1) обстоятельства изнасилования и реакцию жертвы; 2) отношение жертвы к насильнику; 3) медицинские аспекты; 4) юридические аспекты, в том числе решение обратиться в полицию, часто очень трудное; 5) предполагаемые реакции пострадавшей, ее семьи и друзей; 6) физическую безопасность пострадавшей после возвращения домой. Большинство врачей придерживаются следующих трех принципов психологической помощи изнасилованным: 1) помощь должна облегчить кризис, способствовать скорейшему выходу из него, снизить риск стойких психопатологических последствий; 2) в кризисный период важна эмоциональная поддержка близкого человека; 3) изнасилование - это кризис также для близких родственников и друзей, которым тоже может потребоваться психологическая поддержка. Необходимо выяснить психологические особенности пострадавшей: устойчивость к стрессу, возможности адаптации. Важно узнать, от кого она ожидает поддержку, призвать этого человека на помощь. Необходимо расспросить о предыдущих психических травмах и реакциях на них, о поведении в обычных стрессовых ситуациях. Пострадавшие иногда изливают свой гнев на тех, кто пытается помочь (на друзей, врачей), и к таким реакциям надо относиться с пониманием. У пострадавшей может быть потребность рассказывать о случившемся по нескольку раз. Ей могут потребоваться многократные встречи с психологом, хотя бы в первое время. Более робких приходится подталкивать к разговору; им нужно сказать, что они могут прийти позже, если они не хотят получить помощь сразу после изнасилования. Консультация может быть проведена как в непосредственной беседе, так и по телефону. После психической травмы происходят выраженные изменения личности, которые сказываются на профессиональной деятельности, учебе, семейных отношениях. Одним хочется скрыться, и они уходят из дома; другие - наоборот, боятся выйти на улицу, отказываются от самостоятельности. Сохраняются нарушения сна, мучают ночные кошмары с яркими картинами пережитого насилия. Возможно развитие навязчивых страхов, характер которых зависит от обстоятельств изнасилования (страх толпы, страх находиться дома). На исход кризиса влияют тяжелые заболевания, как предшествовавшие изнасилованию, так и развившиеся в результате него. Нередко приходится сталкиваться с неоднократно изнасилованными, из чего можно предположить, что у некоторых женщин риск изнасилования из-за каких-то особенностей повышен; не исключено также, что выход из кризиса может идти по такому пути, при котором возрастает опасность нового изнасилования. Тяжелый стресс может увеличить вероятность изнасилования еще и потому, что женщина, вся энергия которой сосредоточена на кризисной ситуации, на все остальное обращает меньше внимания. Предыдущее изнасилование и его последствия, безусловно, сильно влияют и на ход данного кризиса. Осложняют его течение и другие стрессовые ситуации - в семье, в социальном окружении, в учебном заведении, на работе. У пострадавших возможны депрессия и даже попытки самоубийства, развитие алкоголизма, наркомании, психозов, соматических заболеваний и конверсионных расстройств, а также посттравматического стрессового расстройства. Большую роль играет страх того, что изнасилование повлияет на отношения с близкими (в отличие от других кризисных ситуаций, когда человек, поделившись переживаниями с близкими, получает поддержку)..Женщины, подвергшиеся насилию, часто оказываются отстраненными от социальной жизни. В частности это может быть временная нетрудоспособность женщины. Многие после испытанного не желают заводить детей, Кроме того, испытав насилие, женщина может не вступить в брак либо расторгнуть уже существующий. Ещё одной важной проблемой явл-ся экономическая зависимость женщины в случае насилия в семье Насилие по отношению к женщине отражает ситуацию в обществе в целом , явл-ся своеобразным социальным индикатором. Основным социальным противоречием явл-ся то, что женщины, как правило, не знают своих законных прав и, соответственно, не могут бороться против насилия.

**15. Психологическая характеристика массового**

**несанкционированного поведения**

**Толпа — бесструктурное скопление людей, лишенных ясно осознаваемой общности целей, но взаимно связанных сходством эмоционального состояния и общим объектом внимания.** Термин «толпа» вошел в социальную психологию в период мощного революционного подъема масс в конце XIX-начале XX в. Под толпой психологи в то время понимали главным образом слабо организованные выступления трудящихся против эксплуататоров. В толпе индивид приобретает ряд специфических психологических особенностей, которые могут быть ему совершенно не свойственны, если он пребывает в изолированном состоянии. Эти особенности оказывают самое непосредственное влияние на его поведение в толпе. Человека в толпе характеризуют следующие черты. **Анонимность**. Немаловажная особенность самовосприятия индивида в толпе — это ощущение собственной анонимности. Затерявшись в «безликой массе», поступая «как все», человек перестает отвечать за собственные поступки. Отсюда и та жестокость, которая обычно сопровождает действия агрессивной толпы. Участник толпы оказывается в ней как бы безымянным. Это создает ложное ощущение независимости от организационных связей, которыми человек, где бы он ни находился, включен в трудовой коллектив, семью и другие социальные общности. **Инстинктивность**. В толпе индивид отдает себя во власть таким инстинктам, которым никогда, будучи в иных ситуациях, не дает волю. Этому способствует анонимность и безответственность индивида в толпе. У него уменьшается способность к рациональной переработке воспринимаемой информации. Способность к наблюдению и критике, существующая у изолированных индивидов, полностью исчезает в толпе. **Бессознательность**. В толпе исчезает, растворяется сознательная личность. Преобладание личности бессознательной, одинаковое направление чувств и идей, определяемое внушением, и стремление превратить немедленно в действие внушенные идеи характерно для индивида в толпе.

**Состояние единения (ассоциации)**. В толпе индивид чувствует силу человеческой ассоциации, которая влияет на него своим присутствием. Воздействие этой силы выражается либо в поддержке и усилении, либо в сдерживании и подавлении индивидуального поведения человека**Паника — это эмоциональное состояние, возникающее как следствие либо дефицита информации о какой-то пугающей или непонятной ситуации, либо ее чрезмерного избытка и проявляющееся в импульсивных действиях.** Факторы, способные вызвать панику, многообразны. Их природа может быть физиологической, психологической и социально-психологической. Известны случаи возникновения паники в повседневной жизни как следствие катастроф и стихийных бедствий. При панике людьми движет безотчетный страх. Они утрачивают самообладание, солидарность, мечутся, не видят выхода из ситуации. Факторы, особо сильно влияющие на поведение толпы, следующие. **Суеверие** — упрочившееся ложное мнение, возникающее под влиянием страха, пережитого человеком. Впрочем, может иметь место суеверный страх, причины которого не осознаются. Многие суеверия связаны с верой во что-либо. Им подвержены самые разные люди, вне зависимости от уровня образования и культуры. По большей своей части суеверие основано на страхе и оно многократно усиливается в толпе. **Иллюзия** — разновидность ложного знания, закрепившегося в общественном мнении. Она может быть результатом обмана органа чувств. В данном же контексте речь идет об иллюзиях, относящихся к восприятию социальной действительности. Социальная иллюзия — своего рода эрзац-подобие реальности, создаваемое в воображении человека взамен подлинного знания, которое он почему-то не приемлет. В конечном счете, основа иллюзии — незнание, которое может дать самые неожиданные и нежелательные эффекты, когда проявляется в толпе. **Предрассудки** — ложное знание, превратившееся в убеждение, точнее, в предубеждение. Предрассудки активны, агрессивны, напористы, отчаянно сопротивляются подлинному знанию. Это сопротивление до такой степени слепо, что толпа не приемлет никаких аргументов, противоречащих предрассудку. Психологическая природа предрассудков состоит в том, что память человека запечатлевает не просто мнение (знание), она сохраняет и сопровождающее это знание чувство, эмоцию, отношение. Вследствие этого память весьма избирательна. Факты и события, противоречащие определенному мнению, не всегда анализируются на уровне сознания. И, конечно, они отбрасываются под влиянием эмоций, которые обычно переполняют, захлестывают толпу. **Мотивация**. Личный интерес очень редко бывает могущественным двигателем в толпе, в то время как у отдельного человека он стоит на первом месте. Хотя все желания толпы бывают очень страстными, они все же продолжаются не долго, и толпа так же мало способна проявить настойчивую волю, как и рассудительность. **Безответственность**. Она порождает нередко невероятную жестокость агрессивной толпы, подстрекаемой демагогами и провокаторами. Безответственность позволяет толпе топтать слабых и преклоняться перед сильными. В темпераменталъной сфере психологические особенности толпы проявляются в физической активности и диффузности. **Физическая активность**. Стремление немедленно превратить в действия внушенные идеи — характерный признак толпы.

**Диффузность**. Возбудители, которые действуют на повинующуюся им толпу, весьма разнообразны — этим объясняется ее чрезвычайная изменчивость. Над прочно установившимися верованиями толпы лежит поверхностный слой мнений, идей и мыслей, постоянно нарождающихся и исчезающих. Мнение толпы непостоянно. Отсутствие ясных целей, отсутствие или диффузность структуры порождают наиболее важное свойство толпы — ее легкую превращаемость из одного вида (или подвида) в другой. Такие превращения часто происходят спонтанно. В **моральной сфере** психологические особенности толпы чаще всего обнаруживаются в моральности и религиозности. **Моральность**. Толпа может иногда демонстрировать очень высокую нравственность, очень возвышенные проявления: самоотверженность, преданность, бескорыстие, самопожертвование, чувство справедливости и др. **Религиозность**. Все убеждения толпы имеют черты слепого подчинения, свирепой нетерпимости, потребности в самой неистовой пропаганде, что присуще религиозному чувству.

**16. Основные направления психологической помощи беженцам и**

**вынужденным переселенцам**

Психологические проблемы и психические расстройства вынужденных мигрантов показывает, что они носят комплексный характер, затрагивая все основные сферы личности: эмоциональную, когнитивную, поведенческую, мотивационно-потребностную, коммуникативную. Основной набор психологических проблем беженцев из стран составляют: 1. Посттравматические стрессовые расстройства у лиц с травматическим опытом, пережитым на Родине или в процессе миграции. 2. Стресс аккультурации, как реакция на новые социо-культурные условия в принимающей стране. 3.Различные невротические расстройства, в том числе, депрессии, суицидальность, тревожные расстройства, страхи. 4. Психосоматические расстройства. 5. Кризис идентичности. **Оказываются следующие виды психологической помощи:** Индивидуальное консультирование детей и взрослых помогает справиться с пережитыми травмами, культурным шоком, стрессом и трудностями адаптации. Семейное консультирование направлено на гармонизацию отношений между супругами, детьми и родителями, подорванными тяжёлыми жизненными испытаниями, а также неопределённостью положения и бытовыми трудностями на новом месте. Групповая работа с детьми и взрослыми направлена на интегрирование беженцев и лиц, ищущих убежище, в российское общество и развитие навыков межкультурного общения. Психокоррекционные программы разрабатываются в зависимости от типа проблемы клиента, личностных особенностей, уровня когнитивного развития, культурных особенностей, а также степени владения русским языком. В зависимости от особенностей клиента акцент делается на вербальных или невербальных методах; работа проводится в рамках индивидуального консультирования, индивидуальной терапии, или клиент включается в тренинговую группу. Разнообразными техниками и приёмами оказания психологической помощи: Арттерапия, Психодрама, Социодрама, Телесно-ориентированные практики, Сказкотерапия, Поддерживающая психотерапия, Индивидуальное консультирование. При работе со взрослыми беженцами и лицами, ищущими убежища, акцент делается на коррекции психического состояния, преодолении трудностей в межличностном общении, межкультурном взаимодействии и адаптации к новым условиям, личностных конфликтах, семейных проблемах - супружеских и детско-родительских. Особое место в индивидуальной работе занимает психодиагностика состояния и проблем мигрантов, что связано с затруднениями в формулировании запроса. В этом случае целесообразно применение как опросных, так и проективных методов, которые не только помогают выявлять наличие проблем, но и способствуют осознанию и пониманию необходимости их решения самим клиентом. В индивидуальной работе важно учитывать культурные аспекты. Например, на начальных этапах взаимодействия с беженцами фокусироваться не на личностных особенностях позволяющих снять психофизическое напряжение. Семейное консультирование Семейная психотерапия с мигрантами приносит успех, когда работа фокусируется на наиболее "аккультурированных" и мотивированных членах семьи, которые больше готовы к взаимодействию с психологом: посредством изменения части системы изменяется и система в целом. С наиболее "подготовленными" членами семьи проводятся также индивидуальные сеансы. Нередко функции психолога расширяются, и он выступает в роли педагога и культурного медиатора: помогает семье формировать открытую систему, использующую все наличные ресурсы общины. Для лучших результатов подключаются естественные системы поддержки - члены расширенной семьи, лидеры общин. Групповая работа Групповая психологическая работа с детьми включает тренинги, направленные на развитие коммуникационных навыков и навыков творческого самовыражения, на снижение уровня страхов и тревоги; занятия по арт-терапии. Ведется также групповая беженцев и вынужденных переселенцев, которая заключается в проведении регулярных тренингов по следующим темам: совершенствование межличностных отношений между членами группы, психологические основы информационного обмена, индивидуальные и культурные особенности организации и осуществления коммуникации, психотехника делового общения (беседы, телефонный разговор, организация и проведение дискуссии, публичного выступления), диагностика лидерских способностей и методы их развития, способы нормализации социально-психологического климата в группе, навыки психосоматической регуляции, развитие межкультурной сензитивности и др.

**17. Сущность и содержание понятия безопасного поведения личности**

Проблемы психологической безопасности личности – сфера психологии безопасности. Эта отрасль психологической науки, изучающая закономерности адекватного отражения опасности и конструктивной регуляции поведения с целью сохранения целостности и стабильности человека или группы людей как психологических систем. В рамках психологии безопасности исследуются: • психические процессы, порождаемые деятельностью человека и влияющие на ее безопасность; • психические состояния человека, сказывающиеся на безопасности жизнедеятельности; • свойства личности, отражающиеся на безопасности деятельности. Ситуацию, в которой создается достаточно большая возможность возникновения несчастного случая, принято называть опасной. Опасные ситуации – это нежелательные события, которые при несколько изменившейся ситуации могли бы явиться причиной дестабилизации личностной системы. Одним из типов опасной ситуации является несчастный случай. Несчастный случай – это внезапное преднамеренное повреждение человека (препятствующее нормальному продолжению его деятельности), произошедшее в результате воздействия опасного фактора или собственного опасного поведения. Необходимым условием того, чтобы возник несчастный случай, является нахождение человека в опасной зоне. Несчастный случай может быть следствием неадекватного поведения человека в опасной ситуации или результатом его неправильных реакций на нее. Опасные ситуации часто возникают неожиданно, а потому их причины и способы выхода из них не всегда полностью осознаются. Степень осознания ситуации и адекватность поведения в случае возникновения неожиданной угрозы для жизни во многом определяются врожденными особенностями личности. Научить человека правильно вести себя в непредвиденных ситуациях, угрожающих жизни, возможно не всегда, поэтому зачастую люди оказываются неподготовленными к действию в них. Опасная ситуация, которая способствует дестабилизации личности, называется эксвизитной. Можно сказать, что отличительным признаком чрезвычайной ситуации является нарушение территориальности, временности, а также степень нарушения всех четырех полей адаптации в целом. Это может быть в том случае, когда вектор разрушения направлен извне – потеря референтной группы (идентичность), разрушение среды обитания (территориальность), травмы, увечья, гибель (временность) – или изнутри, когда вектор направлен вовне, в этом случае речь идет о степени дезадаптации личности. Безопасность личности определяют три фактора: человеческий фактор, фактор среды, фактор защищенности. Первые два считаются основными. Человеческий фактор– это различные реакции человека на опасность. Среда традиционно разделяется на физическую и социальную. В социальной среде, в свою очередь, выделяют макро– и микросоциальный уровень. К макросоциальному уровню относятся демографический, экономический и другие факторы, воздействующие на человека, к микросреде – его непосредственное окружение (семья, референтная и профессиональная группа и т. д.). Фактор защищенности – это средства, которыми люди пользуются для защиты от тревожных и опасных ситуаций. Они могут быть физическими и психологическими (механизмы психологической защиты). Уровень защищенности зависит от степени конструктивности и активности поведения и деятельности человека. При этом важным условием конструктивного поведения выступает адекватная социализация инстинктов, потребностей и мотивов деятельности, т. е. удовлетворение нужд человека социально приемлемым способом.

**18. Оказание психологической помощи военнослужащим и**

**сотрудникам МВД, побывавшим в «горячих точках»**

Главная цель – осуществление социальной интеграции: вернуть человека из аномии пограничной ситуации в социальную норму, стабилизировать социальный статус, направить личностные ресурсы на активное конструирование социальной реальности, среды обитания. Программы психотерапевтической помощи ветеранам часто носят название «содействия социальной адаптации», но одной социальной адаптации недостаточно для того, чтобы человек перестал бояться, тревожится. Принципы терапии и коррекции ПТСР: -Немедленное начало лечения после психотравмы в целях, предотвращения развития хронической формы ПТСР -Комплексное многолетнее лечение, включающее фармакотерапию и психотерапию. -Индивидуальная психотерапия. Основная задача: помочь пациенту осознать истинную природу его проблемы, добиться разрешения внутренних конфликтов и жизненного кризиса. Разработан подход психотерапевтического обучения, который включает в себя шесть компонентов: -коррекция наиболее часто встречающихся ошибочных представлений относительно стрессовой реакции; -предоставление пациенту информации об общей природе стрессовой реакции; -фокусировка на роли чрезмерного стресса в развитии заболевания; -приведение пациента к самостоятельному осознанию проявлений стрессовой реакции и характерных симптомов и ПТСР; -развитие у пациента способности к самоанализу для идентификации характерных для него стрессоров; -сообщение клиницистом пациенту о той активной роли, которую он играет в терапии чрезмерного стресса. Важно обучить пациента методам релаксации, так как чувство тревоги и напряжения очень часто сопровождает его длительное время после травмы. Групповая психотерапия. Основная задача: помочь больному справиться с чувством вины, состоянием беспомощности и бессилия, эмоциональным отчуждением, раздражительностью, гневом и обрести потерянное чувство контроля над окружающими, состоянием беспомощости и бессилия. Очень важны группы поддержки, в которых пациенту помогут глубже разобраться в значении травматического события и его последствий.

**Семейная психотерапия, супружеская психотерапия.** Основная задача: помочь супругам приспособиться к тем изменениям, которые произошли для обоих. При ее проведении необходимо учитывать сексуальные проблемы ветеранов, связанные с их военным прошлым (гомосексуальное поведение в изолированных военных зонах, насилие женщин на оккупированных территориях, перенесенные венерические заболевания, связь с проститутками и т.п.).

**Социально-историческая коррекция**. Основная задача: Купирование переживаний и реакций протеста против общественного пренебрежения. Пути достижения: Обсуждение исторической ситуации и признание заслуг ветеранов в средствах массовой информации, социальное одобрение участников военных действий, стимуляция их социальной активности и востребованности.

**19. Причины возникновения опасного поведения личности**

Под социальными нормами понимаются обусловленные общественным бытием требования, предъявляемые обществом (классом, группой, коллективом) к поведению личности в ее взаимоотношениях с теми или иными общностями и другими людьми, и деятельности социальных групп и общественных институтов. Каждая социальная норма разрешает, запрещает, обязывает или предполагает желательность тех или иных действий и поступков личности. Личность, строящая свой образ жизни и поведение в соответствии с требованиями социальных норм, считается нормотипической, полностью адаптированной (приспособленной) к социальным условиям. Поведение личности подростка и ее развитие, не отвечающее требованиям социальной и психической норм, являются социально отклоняющимся (девиантным) поведением. Каждый человек отличается своеобразием реакций на воздействия окружающей среды. Поведение проявляется в индивидуально-своеобразных формах, не всегда адекватных. Часто образ поведения, приобретенный в определенных условиях, становится привычным. Нервная система обладает способностью формировать и закреплять привычки, в том числе вредные, которые по мере их закрепления, воспринимаются как нормальное явление. Значит, если вовремя заметить появление вредной привычки, устранить ее путем замены на новую, положительную привычку, означает изменить стиль поведения. Эффективность управления поведением зависит от состояния эмоционально-волевой сферы, осознания наличия вредной привычки, стремления освободиться от нее, организации соответствующей повседневной деятельности, направленной на формирование иного типа поведения. Нельзя забывать при этом о мотивации поведения. Л.П. Гримак считает, что содержание мотива поведения складывается из двух элементов: программы и цели деятельности, находящихся в тесной взаимосвязи. Причем программа уточняет средства, направленные на реализацию цели. Природа отклоняющегося поведения неоднородна, различают поведение девиантное, т.е. отклоняющееся от принятых в обществе норм; делинквентное – преступное, криминальное; аддиктивное – характеризующееся стремлением к употреблению одурманивающих (наркотических) веществ; аномальное, характеризующееся наличием мозговой патологии. Нарушения поведения, непродуктивность индивидуального стиля деятельности включает в себя три момента: процесс, действие, деятельность, т.е. непроизвольное целеобразование и различные уровни произвольного образования целей.

**20. Синдром выгорания. Вторичная травма**

Исследователи сходятся во мнении о том, что главный источник выгорания — это взаимодействие с людьми. «Синдром эмоцианального выгорания» (СЭВ) — сложный психофизиологический феномен. Он представляет собой состояние эмоционального, психического, физического истощения, развивающегося как результат хронического неразрешенного стресса на рабочем месте. Развитие данного синдрома характерно для альтруистических профессий, где доминирует забота о людях (социальные работники, врачи, медицинские сестры, учителя и др.). Главной причиной СЭВ считается психологическое, душевное переутомление. Когда требования (внутренние и внешние) длительное время преобладают над ресурсами (внутренними и внешними), у человека нарушается состояние равновесия, которое неизбежно приводит к СЭВ. Симптомы синдрома «сгорания» также вряд ли отличаются строгой специфичностью и могут варьировать от легких поведенческих реакций (раздражительность, утомляемость к концу рабочего дня и т.п.) до психосоматических, невротических и, вероятно, даже психотических расстройств. В настоящее время выделяют около 100 симптомов, так или иначе связанных с «выгоранием». Представленные в работах разных авторов, обладают определенным сходством. Так, по Глену Энтони Робертсу, о выгорании говорят: ухудшение отношений с коллегами и родственниками; нарастающий негативизм по отношению к пациентам (коллегам); злоупотребление алкоголем, никотином, кофеином; утрата чувства юмора, постоянное чувство неудачи и вины; повышенная раздражительность - и на работе, и дома; упорное желание переменить род занятий; рассеянность; нарушение сна; обостренная восприимчивость к инфекционным заболеваниям; повышенная утомляемость, чувство усталости на протяжении всего рабочего дня. Эти симптомы группируются вокруг четырех основ: изменения в поведении, чувствах, мышлении и здоровье. По В.В. Бойко, синдром эмоционального выгорания включает в себя 3 стадии, каждая из которых состоит из 4-х симптомов: 1-я стадия «Напряжение»: неудовлетворенность собой, «загнанность в клетку», переживание психотравмирующих ситуаций, тревожность и депрессия. 2-я стадия «Резистенция»: неадекватное, избирательное эмоциональное реагирование, эмоционально-нравственная дезориентация, расширение сферы экономии эмоций, редукция профессиональных обязанностей. 3-я стадия «Истощение»: эмоциональный дефицит, эмоциональная отстраненность, личностная отстраненность, психосоматические и психовегетативные нарушения. Более всего риску возникновения СЭВ подвержены лица, предъявляющие непомерно высокие требования к себе. В их представлении настоящий специалист - это образец профессиональной неуязвимости и совершенства. Входящие в эту категорию личности, ассоциируют свой труд с предназначением, миссией, поэтому у них стирается грань между работой и личной жизнью. Вторичная травма. Вторичная травма - как следствие эмпатической (способность поставить себя на место другого человека способность к сопереживанию) вовлечённости в отношениях с пациентом, переживающим психологическую травму. Вторичная травма, или вторичный травматический стресс изменения во внутреннем опыте специалиста, которые возникают в результате его эмпатической вовлечённости в отношения с пациентом, переживающим психологическую травму травматический стресс (STS) связан с синдромом эмоционального выгорания, хотя и не является его полным аналогом. Если для STS необходимо наличие сопереживания клиенту (пациенту) с проблемной ситуацией, то эмоциональное выгорание может наступать при работе с любыми клиентами. Кроме того, эмоциональное выгорание развивается постепенно, тогда как вторичная травма, будучи процессом, с определённой динамикой, тем не менее, может проявиться внезапно. Основные симптомы вторичного травматического стресса могут напоминать симптомы ПТСР: повторное переживание травматического события в воспоминаниях или в сновидениях; избегание ситуаций и мыслей, связанных с травматической ситуацией, и как результат - прекращение определённых видов занятий; возбуждение, расстройство сна, трудности концентрации внимания и т.п.

**21. Условия формирования безопасного поведения личности**

Проблемы психологической безопасности личности – сфера психологии безопасности. Эта отрасль психологической науки, изучающая закономерности адекватного отражения опасности и конструктивной регуляции поведения с целью сохранения целостности и стабильности человека или группы людей как психологических систем. Отношение к опасной ситуации складывается из значения опасности, которое приписывается ей обществом, и ее личностного смысла для человека. Степень влияния опасной ситуации определяется: • отношением индивида к ситуации, складывающейся из ее значимости для него, опыта нахождения и взаимодействия в ней, а также результата этого взаимодействия для отдельного человека; • социальным значением ситуации, показателем которого служит общественная оценка опасности ситуации и ее последствий как для отдельного человека, так и для общества в целом. Безопасность личности зависит от ее способности к саморегуляции. Выделяют четыре фактора, или уровня, обусловливающие возможности саморегуляции: • биологические свойства человека, проявляющиеся в бессознательной регуляции; • индивидуальные особенности психического отражения и психических функций человека; • опыт, навыки, знания, а также умение решать различные задачи безопасно; • направленность человека, т. е. его мотивы, интересы, установки и т. п. Последние два фактора формируются в процессе обучения и воспитания. Их действие усиливается по мере роста профессионального и жизненного опыта. Немалую роль играют и креативные способности человека, позволяющие ему использовать новые методы безопасного решения задачи в самых разнообразных и неожиданных ситуациях. Несчастный случай может произойти не только из-за отсутствия опыта, но и по неосторожности – как результат неиспользования имеющихся возможностей вследствие недооценки сложности задач и переоценки своих качеств. Причинами неосторожного поведения могут стать неполнота сведений об опасных факторах, отвлекающие обстоятельства, излишняя самоуверенность, которая способна привести к снижению внимания, осмотрительности, пренебрежению правилами, средствами защиты. Неосторожность увеличивает возможность опасности. Для безопасности индивида большое значение имеет также умение преодолеть опасную ситуацию с минимальными потерями. Этот навык формируется в процессе жизнедеятельности. Биологические и психофизиологические предпосылки формирования поведения в опасных ситуациях Биологический фактор, обеспечивающий способность человека к саморегуляции и тем самым к безопасному поведению, – это безусловные рефлексы, которыми организм неосознанно отвечает на угрожающие ему опасности. Так, при возникновении опасности повреждения глаза, глаз закрывается, а рука отдергивается. К психофизиологическим свойствам личности относятся: чувствительность к обнаружению сигналов опасности, скоростные возможности реагирования на них, эмоциональные реакции на опасность и т. п. Возможности человека обнаруживать опасную ситуацию и адекватно реагировать на нее определяются его индивидуальными особенностями, в частности, свойствами нервной системы.. Возможности человека безопасно и уверенно вести себя в экстремальной ситуации определяются свойствами его темперамента. На поведении человека в опасной ситуации сказывается также его психическое и физическое состояние. Условиями безопасного поведения выступают критичность мышления, внимательность и преобладание волевой сферы над эмоциональной, способность человека к компенсации таких дезорганизующих деятельность факторов, как усталость, сонливость и плохое настроение. Изучение случаев травматизма показало, что при прочих равных условиях женщины, как правило, травмируются по неосторожности гораздо реже, чем мужчины, хотя нарушений и ошибок в их работе бывает больше. Это объясняется их большей старательностью и добросовестностью в выполнении правил. У мужчин несчастные случаи чаще всего происходят из-за переоценки своих возможностей, в то время как женщины обычно попадают в беду из-за неуверенности, недооценки своих сил и способностей, излишней осторожности. Установлено, что женщины работают более надежно и безопасно, чем мужчины, только до тех пор, пока они действуют в нормальных условиях. Если условия работы усложняются, возникают непредвиденные обстоятельства или устанавливается экстремальный режим труда, надежность и безопасность работы женщин существенно снижается по сравнению с мужчинами. То же самое происходит под влиянием утомления. Кроме того, женщины более остро, чем мужчины, реагируют на социальные конфликты, домашние неприятности, что может оказать негативное влияние на поведение в опасной ситуации.

**22. Арт-терапия ПТСР**

При посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР) арт-терапия может быть основным методом работы, что обусловлено несколькими причинами. Исследования последнего времени показали, что травматичный опыт запечатлевается и сохраняется преимущественно в невербальных образах. Это может быть связано с тем, что он не подвергается когнитивной переработке во фронтальных отделах мозга. Важным условием успешной психотерапии с перенесшими психическую травму клиентами является создание у них ощущения безопасности и внутренней силы. Гештальт-ориентированная неинтерпретативная арт-терапия дает клиентам это ощущение и способствует раскрытию их внутренних ресурсов. В ходе занятий арт-терапией клиенты с ПТСР получают возможность дистанцироваться от травматичных переживаний за счет их объективации и удержания в визуальных, пластических образах. Клиенты могут «взглянуть» на свои чувства, отраженные в рисунках или глине, что-либо рассказать о них, переработать и переосмыслить свой опыт. Благодаря сочетанию вербальной и невербальной экспрессии укрепляется «я» клиента и эффективность психотерапии повышается.

**23. Психологическая травма как источник возникновения**

**посттравматического расстройства**

Это необычное событие способное вызвать тяжелый психологический стресс, сопровождающийся чувством страха, ужаса и беспомощности. Нарушения, которые развиваются у чел-ка после пережитой травмы, затрагивают все уровни жизнедеятельности: физиологический, личностный, межличностный, социальный. Всё это приводит к стойким личностным изменениям у чел-ка и окружающих его людей. Особенности травматического события: 1) внезапность, 2) отсутствие похожего опыта, 4) недостаток контроля (мы не можем контролировать травмирующее событие) 5) горе и утрата (сложн. сост.), 6) постоянные изменения, 7) экспозиция смерти (любое столкновение со смертью приводит к переоценке ценностей), 8) моральная неуверенность (выживший принимает решение кого спасать), 9) поведение во время события (картинки могут сопровождать постоянно), 10) масштаб разрушения. (дополнение) Травма - повреждение организма, вызванное прямым воздействием внешней среды (при ранении, ушибе и т.д.). Психическая травма - нарушение психики в результате интенсивного внешнего воздействия. Психическая травма – общий термин, используемый для обозначения любого болезненного психологического опыта. Жертвы травмирующих ситуаций переживают острое состояние травматического стресса в течение некоторого времени (до месяца) по окончании воздействия стресс-факторов, после чего большая часть людей приходит в обычное для них состояние. Однако воздействие травмирующих событий на некоторых лиц продолжается и после этого срока. При этом они переходят в состояние посттравматического стресса, что затрудняет их адаптацию к обычным условиям жизни и ведет к возникновению различных дезадаптивных форм поведения. В результате у этих лиц развивается синдром посттравматических стрессовых расстройств. Самым важным в этой схеме выступает неопределенная отсроченность возникновения ПТСР-синдрома, что чрезвычайно осложняет своевременность оказания медицинской и психологической помощи. Основные симптомы ПТСР-синдрома: 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; 6)нарушение сна или кошмарные сновидения.Время, в течение которого у больного наблюдалось проявление симптомов, должно быть как минимум не меньше месяца. Только в этом случае может идти речь о наличии ПТСР-синдрома. Далеко не каждое травмирующее событие может вызвать ПТСР. Выделяют четыре характеристики психической травмы:1) произошедшее событие осознается, т.е. человек понимает причины своего состояния, помнит само травмирующее событие и видит возможные последствия травмы для себя, своих близких и т.п.; 2) психотравмирующее событие обусловлено внешними обстоятельствами; 3) травмирующая ситуация разрушает привычный для человека уклад жизни; 4) пережитое событие вызывает ужас, ощущение беспомощности, бессилия.

**24. Горе и утрата как процесс, стадии и развитие**

Синдром утраты- сильные эмоции переживаемые в результате утраты значимого близкого или любимого человека, утрата может быть временной или постоянной, реальной или воображаемой, физической или психологической. Горе – это процесс при помощи которого человек работает с болью утраты, вновь обретая чувство равновесия и полноты жизни. В данном состоянии мы наблюдаем: печаль, страх, гнев, вина, стыд. Проявление горя и утраты: 1)физическое страдание, проявл в виде приступов длительностью от нескольких мин до часа со спазмами в горле, признаками удушья и пост. потребности вздохнуть, ощущ чувство пустоты в животе, потеря аппетита и мышечной силы на фоне телесных признаков, чел-к испытывает псих страдания в виде эмоц напряжения и душевной боли. Отличаются изменением ясности сознания, легкое чувство нереальности и ощущение, что эмоциональное состояние отделяющее чел-ка от других людей увеличилось. 2)поглощенность образом утраченного. На фоне чувства нереальности могут возникать зрительные, слуховые или сочетанные иллюзии, переживающие горе сообщают, что слышат шаги умершего, узнают знакомые запахи. Может стереться грань межде переживанием и реальностью. 3)чувство вины. Малейшие оплошности, невнимание, упущения, ошибки – преувеличиваются и способствуют развитию идей самообвинения. 4)враждебные реакции: в отношениях с людьми снижается или исчезает симпатия, утрачивается теплота и естественность, враждебность возникает спонтанно и необъяснима для горюющего, некоторые начинают принимать это за начало безумия. 5)утрата прежних естественных моделей поведения; в поступках отмечается торопливость, суетливость, человек становится непоседливым или совершает хаотические действия. Неспособен организовать простейшую деятельность и со временем вновь пытается освоить круг повседневных дел; 6)идентификация с утратой. В высказывания и поступках чел-ка проявл. черты поведения умершего или признаки его предсмертного заболевания. Стадии горя: 1)шок и оцепенение, шок от перенесенной утраты и отказ поверить в реальность произошедшего (может длиться до нескольких недель, но правильно 7-9 дней); 2)комплекс шоковых реакций – напрямую связан мех-мом псих защиты (отрицание, неверие, битьё об стену, злость и агрессия); 3) стадия острого горя, до 6-7 недель с момента утраты. Усугубление симптомокомплексов на уровне физиологии, нарушение сна, пугающие мысли. Работа по переживанию горя становится ведущей деятельностью по работе с клиентом. Это самый тяжелый период. Основное переживание – чувство вины. Чел-к постепенно уходит от умершего и с очень большой болью переживает действительное отдаление его образа. Через3-4 месяца начинается цикл «хороших и плохих дней». Повышается раздражительность, возможны проявления физич и верб агрессии. Наблюдается рост соматических проблем. С наступление 6-ти месячного срока начинается депрессия; 4) стадия восстановления – начин через 40 дней после события и продолжается до года. Годовщина смерти символически ограничивает период горя. 5)завершающая, в этот период происходит эмоциональное прощание с умершим. Создать в памяти образ ушедшего из жизни, найти для него смысл и постоянное место в потоке жизни – основная цель психологической работы в данной стадии. Комплексы смптомов горя: Эмоциональный – печаль, гнев, тревога, беспомощность,безразличие; 2)когнитивный - навязчивые мысли, неверие, ощущение присутствия умершего; 3) поведенческий – нарушение сна, бессмысленное поведение, избегание мест и вещей связанных с умершим, уход от социальных контактов, потеря интереса.

**25. ПТСР: общая характеристика и основные стадии развития.**

**Посттравматическое стрессовое расстройство**

В результате воздействия на личность травмирующего фактора, опасной, экстремальной ситуации может развиваться посттравматическое стрессовое расстройство. Это вторичная, проявляющаяся через определенное время после окончания самой экстремальной ситуации реакция организма на травмирующее событие. ПТСР может иметь затяжной характер и повлиять на всю дальнейшую жизнь человека. Однако посттравматическое стрессовое расстройство возникает далеко не у всех участников той или иной экстремальной ситуации. Это зависит от ряда факторов:1. особенностей личности, значимости для человека ситуации; 2. биопсихических особенностей индивида (особенностей нервной системы, половозрастных особенностей); 3. опыта нахождения в экстремальной ситуации; 4. наличия у человека психических травм; 5. различных форм зависимого поведения или склонности к ним; 6. отсутствия или наличия поддержки со стороны значимых лиц. Далеко не каждое травмирующее событие может вызвать ПТСР. Выделяют четыре характеристики психической травмы: 1) произошедшее событие осознается, т. е. человек понимает причины своего состояния, помнит само травмирующее событие и видит возможные последствия травмы для себя, своих близких и т. п.; 2) психотравмирующее событие обусловлено внешними обстоятельствами; 3) травмирующая ситуация разрушает привычный для человека уклад жизни; 4) пережитое событие вызывает ужас, ощущение беспомощности, бессилия. Посттравматическое стрессовое расстройство может развиваться вслед за травмирующими событиями, которые выходят за рамки обычного человеческого опыта. К стрессорам, вызывающим ПТСР, относят: стихийные бедствия, техногенные катастрофы, а также события, являющиеся результатом целенаправленной, часто преступной деятельности (диверсии, террористические акты, пытки, массовое насилие, боевые действия, попадание в ситуацию «заложника», разрушение собственного дома и т. п.). ПТСР возникает в том случае, когда стресс превышает психологические, физиологические, адаптационные возможности человека и разрушает защиту. Посттравматическое стрессовое расстройство представляет собой комплекс реакций человека на травму. Под травмой в данном случае понимается переживание, потрясение, которое у большинства людей вызывает страх, ужас, беспомощность. В соответствии с особенностями проявления и течения различают три подвида ПТСР:1) острое, развивающееся в сроки до трех месяцев;2) хроническое, имеющее продолжительность более трех месяцев;3) отсроченное, когда расстройство возникло спустя шесть и более месяцев после травмы. Посттравматическое стрессовое расстройство накладывает отпечаток на всю дальнейшую жизнь человека, поэтому требуется коррекция данного состояния, с тем чтобы сгладить его последствия.

**26. Консультирование клиента, пережившего утрату, работа с**

**травмой и ситуацией «потери»**

Консультирование и терапия при утрате – трудная работа, начиная с утешения и поддержки и заканчивая разрешением тяжелой и болезненной реакции потери, если клиент этого хочет. Профессиональная задача психолога заключается в том, чтобы помочь клиенту 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. Психотерапевт способен доставить облегчение, однако такое вмешательство не всегда уместно. Скорбь нельзя приостанавливать, она должна продолжаться столько, сколько необходимо. 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 консультации и терапии – 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. Этапы психологической помощи выстраиваются в соответствии с этапами переживания горя. 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 всею, необходима человеку, горе которого приобрело патологический характер, либо когда велик риск, что оно может стать таковым. В этом случае используется весь комплекс методов, пригодных для кризисной помощи, терапии психологических травм и посттравматического стресса. Психологическая помощь может потребоваться и через годы, прошедшие после утраты, в тех случаях, когда «работа горя» не была завершена. Проблемы, разрешаемые в процессе консультирования, индивидуальны. Некоторые люди просто не понимают, что с ними происходит; в этом случае даже простые объяснения психологии горя могут помочь уменьшить страх и напряжение. Человек может отрицать переживание горя, поскольку считает, что это показывает его слабость. Клиенты, обратившиеся за помощью в период острой стадии, требуют от психолога спасения, что может стать своего рода западней для профессионала, который в такой ситуации просто обречен испытывать чувство вины. Обычно на острой стадии горя человек жаждет, прежде всего, облегчения страданий, так как боль утраты и другие переживания могут быть невыносимыми. Парадокс состоит в том, что в этот период психолог должен помогать в переживании боли, необходимом для заживления травмы, а не избегать и не отрицать ее, что делает кризисную помощь очень сложной проблемой, в том числе и для консультанта, поскольку он может оказаться мишенью для выражения агрессии со стороны клиента. Количество сессий можно заранее установить только тогда, когда речь идет о решении конкретной проблемы (например, вновь выйти на работу или начать навешать могилу умершего), а в большинстве случаев консультирование продолжается до тех пор, пока клиент нуждается в таком «сопровождении». По различным данным, большинство клиентов, консультирующихся в связи с утратой, проходят от четырех до десяти сессий в течение одного или двух лет после события. Довольно распространены и однократные обращения, в основном за разъяснениями и информацией.

**27. Методы диагностики ПТСР.**

В мировой психологической практике для диагностики ПТСР разработан и используется громадный комплекс специально сконструированных клинико-психологических и психометрических методик. Основным клинико-психологическим методом выступает структурированное клиническое диагностическое интервью – СКИД и клиническая диагностическая шкала (CAPS) СКИД включает ряд диагностических модулей (блоков вопросов), обеспечивающих диагностику психических расстройств по критериям DSM-IV (аффективных, психотических, тревожных, вызванных употреблением психоактивных веществ и т.д.). Конструкция интервью позволяет работать отдельно с любым модулем, в том числе и с модулем ПТСР. В каждом модуле даны четкие инструкции, позволяющие экспериментатору по мере надобности перейти к беседе по другому блоку вопросов. При необходимости для постановки окончательного диагноза могут привлекаться независимые эксперты. Авторами методики предусмотрена возможность ее дальнейших модификаций в зависимости от конкретных задач исследования (Тарабрина, 2001).

К другим наиболее часто используемым в мировой практике методикам диагностики ПТСР относятся: шкала оценки тяжести воздействия травматического события шкала для оценки посттравматических реакций; опросник Бека для оценки депрессии; опросник для оценки выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (шкала Дерогатиса); шкала ПТСР из MMPI; шкала оценки тяжести боевого опыта Т. Кина. Однако необходимо учитывать, что указанная батарея была разработана на основе критериев DSM-III-R и, несмотря на полученные данные о возможности использования их русскоязычных версий, вопрос о дальнейшей работе над созданием или адаптацией специализированных психодиагностических методов, направленных на измерение признаков ПТСР, а также других последствий психической травматизации, остается одной из первоочередных задач в этой области психологии. Надо отметить, что в отечественной психологии разработан первый психодиагностический инструмент для этих целей, успешно зарекомендовавший себя, – Опросник травматического стресса (ОТС) (Котенев, 1996).

Необходимо также учитывать специфику психодиагностики ПТСР: первым этапом при ее проведении является установление в анамнезе испытуемого самого факта переживания им травматического события, т. е. уже на этом этапе происходит актуализация индивидуального травматического опыта и сопутствующей ему постстрессовой симптоматики. Опыт показывает, что процесс обследования травматизированных клиентов предъявляет к психологу-диагносту требования, относящиеся не только непосредственно к его компетенции профессионала, но и к умению оказывать «первую психотерапевтическую помощь». Таким образом, методы стандартизованной психодиагностики в работе с лицами, страдающими травматическими стрессовыми расстройствами – ОСР и ПТСР, представляют интерес не только в плане установления диагноза, но и в плане оптимизации психокоррекпионных и реабилитационно-восстановительных мероприятий, проводимых с пациентами – носителями данной группы психических нарушений.

**28. Групповая кризисная психотерапия ПТСР**

Принципиально, групповая психотерапия не является самостоятельным направлением в психотерапии, а представляет собой лишь специфический метод, при использовании которого основным инструментом психотерапевтического воздействия выступает группа пациентов, в отличии от индивидуальной психотерапии, где таким инструментом является только психотерапевт. Групповую психотерапию отличают от психотерапии в группе и коллективной психотерапии. Психотерапевт воздействует психологическими средствами на большое количество пациентов одновременно, однако не использует систематически в лечебных целях взаимоотношения и взаимодействия, возникающие между пациентами в группе. Групповая терапия является важной частью коррекции ПТСР. Травма часто отрицательно воздействует на способность человека создавать и поддерживать отношения с другими людьми. Групповая терапия помогает людям с ПТСР восстанавливать доверие к людям, а также способность иметь здоровые отношения с другими. Существуют группы различного типа. Различают группы, которые обеспечивают поддержку и закрепление социальных навыков, группы, направленные на облегчение специфических симптомов, и группы, которые главным образом ориентированы на формирование адекватной самооценки. Групповая кризисная терапия (ГКТ) имеет ряд преимуществ по сравнению с индивидуальной. Группа дает возможность пациенту преодолеть иждивенческие ожидания, центрированные на психотерапевте. Высказывания же «товарищей по несчастью», эмоционально окрашенные и подкрепленные отношениями взаимопомощи, оказываются более действенными. Группа отражает неосознаваемые пациентом негативные особенности общения, не всегда проявляемые им в индивидуальном общении с психотерапевтом, обеспечивает конфронтацию неприемлемому поведению. Наконец, группа предоставляет пациенту возможность оказывать помощь другим участникам, пациент при этом переживает чувство компетентности и нужности, крайне полезное для преодоления кризиса. В качестве показаний для проведения ГКТ выделяются следующие:

1) наличие суицидальных тенденций или высокая вероятность их возобновления при ухудшении кризисной ситуации; 2) выраженная потребность в психологической поддержке и практической помощи, установлении высокозначимых отношений взамен утраченных, необходимость создания терапевтической и жизненной оптимистической перспективы, разработки и опробования новых способов адаптации; 3) готовность обсуждать свои проблемы в группе, рассматривать и воспринимать мнение участников группы с целью терапевтической перестройки, необходимой для разрешения кризиса и профилактики его рецидива в будущем. Некоторые пациенты смотрят на свое участие в группе лишь как на возможность на время отвлечься от психотравмирующей ситуации, «восстановить силы», чтобы затем продолжать попытки прежними, уже показавшими свою неэффективность способами. Состав группы разнороден по возрасту и полу, что снимает представление о возрастной и половой уникальности собственных кризисных проблем, расширяет возможность взаимодействий. Старшие по возрасту опекают младших, мужчины и женщины подкрепляют взаимную потребность в признании своей сексуальной привлекательности, при этом выявляются и корригируются неадаптивные полоролевые установки. Основу группы обычно составляют пациенты без выраженного суицидального риска. В кризисную группу включают практически здоровых и больных пограничными состояниями, из которых 3-7 человек имеют суицидальные мысли и замыслы, и двое — суицидальные намерения, а также одного больного психопатией аффективного или истероидного типа с нерезко выраженной ситуационной декомпенсацией и суицидальными мыслями или замыслами.

Роль групповой сплоченности в кризисной группе отличается от ее значения в межличностно-ориентированной группе, где эта группа используется для тренинга эмпатии и возникает в процессе этого тренинга. В кризисной группе сплочение участников развивается в ходе взаимной поддержки и используется для разрешения их кризисных ситуаций. В связи с этим поощряется общение участников группы вне занятий, в отличие от аналитической группы, где оно запрещено.

Группа является открыто-конечной, то есть из нее еженедельно выбывают, в связи с окончанием срока терапии, один-два пациента («конечность») и соответственно она пополняется новыми участниками («открытость»). Открытость группы, создавая определенные трудности для ее сплочения, позволяет в то же время решать ряд важных терапевтических задач. Так, лица, находящиеся на более поздних этапах выхода из кризиса, своим успешным примером ободряют вновь поступивших на лечение, помогают созданию у них оптимистической лечебной перспективы. На этапе кризисной поддержки важное значение придается эмоциональному включению пациента в группу, что обеспечивает ему эмпатическую поддержку членов группы, способствует ликвидации у него чувства безнадежности и отчаяния, а также представления об уникальности и непереносимости собственных страданий.

**29. Принципы организации и содержание комплексной помощи в**

**условиях возникновения экстремальной ситуации**

Рост числа экстремальных ситуаций (техногенных и природных катастроф, межнациональных конфликтов, террористических актов) в нашей стране за последние годы диктует необходимость подготовки специалистов, способных оказывать экстренную психологическую помощь жертвам подобных ситуаций. Экстренная психологическая помощь оказывается людям в остром стрессовом состоянии (или ОСР – острое стрессовое расстройство). Это состояние представляет собой переживание эмоциональной и умственной дезорганизации. Главными принципами оказания помощи перенесшим психологическую травму в результате влияния экстремальных ситуаций являются: • безотлагательность; • приближенность к месту событий; • ожидание, что нормальное состояние восстановится; • единство и простота психологического воздействия.

Безотлагательность означает, что помощь пострадавшему должна быть оказана как можно быстрее: чем больше времени пройдет с момента травмы, тем выше вероятность возникновения хронических расстройств, в том числе и посттравматического стрессового расстройства. Смысл принципа приближенности состоит в оказании помощи в привычной обстановке и социальном окружении, а также в минимизации отрицательных последствий «госпитализма». Ожидание, что нормальное состояние восстановится: с лицом, перенесшим стрессовую ситуацию, следует обращаться не как с пациентом, а как с нормальным человеком. Необходимо поддержать уверенность в скором возвращении нормального состояния. Единство психологического воздействия подразумевает, что либо его источником должно выступать одно лицо, либо процедура оказания психологической помощи должна быть унифицирована. Простота психологического воздействия – необходимо отвести пострадавшего от источника травмы, предоставить пищу, отдых, безопасное окружение и возможность быть выслушанным. В целом служба экстренной психологической помощи выполняет следующие базовые функции: – практическую: непосредственное оказание скорой психологической и (при необходимости) доврачебной медицинской помощи населению; – координационную: обеспечение связей и взаимодействия со специализированными психологическими службами. Ситуация работы психолога в экстремальных условиях отличается от обычной терапевтической ситуации, по меньшей мере, следующими моментами: • Работа с группами. Часто приходится работать с группами жертв, и эти группы не создаются психологом (психотерапевтом) искусственно, исходя из нужд психотерапевтического процесса, они были созданы самой жизнью в силу драматической ситуации катастрофы. • Пациенты часто пребывают в остром аффективном состоянии. Иногда приходится работать, когда жертвы находятся еще под эффектом травмирующей ситуации, что не совсем обычно для нормальной психотерапевтической работы. • Нередко низкий социальный и образовательный статус многих жертв. Среди жертв можно встретить большое количество людей, которые по своему социальному и образовательному статусу никогда в жизни не оказались бы в кабинете психотерапевта. • Разнородность психопатологии у жертв. Жертвы насилия часто страдают, помимо травматического стресса, неврозами, психозами, расстройствами характера и, что особенно важно для профессионалов, работающих с жертвами, целым рядом проблем, вызванных самой катастрофой или другой травмирующей ситуацией. Имеется в виду, например, отсутствие средств к существованию, отсутствие работы и пр. • Наличие почти у всех пациентов чувства потери, ибо поскольку часто жертвы теряют близких людей, друзей, любимые места проживания и работы и пр., что вносит вклад в нозологическую картину травматического стресса, особенно в депрессивную составляющую данного синдрома. • Отличие посттравматической психопатологии от невротической патологии. Цель и задачи экстренной психологической помощи включают профилактику острых панических реакций, психогенных нервно-психических нарушений; повышение адаптационных возможностей индивида; психотерапию возникших пограничных нервно-психических нарушений. Экстренная психологическая помощь населению должна основываться на принципе интервенции в поверхностные слои сознания, то есть на работе с симптоматикой, а не с синдромами. Проведение психотерапии и психопрофилактики осуществляют в двух направлениях. Первое – со здоровой частью населения – в виде профилактики: а) острых панических реакций; б) отсроченных, «отставленных» нервно-психических нарушений. 2 направление – психотерапия и психопрофилактика лиц с развившимися нервно-психическими нарушениями. Технические сложности ведения спасательных работ в зонах катастроф, стихийных бедствий могут приводить к тому, что пострадавшие в течение достаточно продолжительного времени окажутся в условиях полной изоляции от внешнего мира. В этом случае рекомендуется психотерапевтическая помощь в виде экстренной «информационной терапии», целью которой является психологическое поддержание жизнеспособности тех, кто жив, но находится в полной изоляции от окружающего мира (землетрясения, разрушение жилищ в результате аварий, взрывов и т.д.). «Информационная терапия» реализуется через систему звукоусилителей и состоит из трансляции следующих рекомендаций, которые должны услышать пострадавшие:1) информация о том, что окружающий мир идет к ним на помощь и делается все, чтобы помощь пришла к ним как можно быстрее;2) находящиеся в изоляции должны сохранять полное спокойствие, т.к. это одно из главных средств к их спасению;3) необходимо оказывать себе самопомощь;4) в случае завалов пострадавшие не должны принимать каких-либо физических усилий к самоэвакуации, что может привести к опасному для них смещению обломков; 5) следует максимально экономить свои силы и т.д. Целью «информационной терапии» является также уменьшение чувства страха у пострадавших, т.к. известно, что в кризисных ситуациях от страха погибает больше людей, чем от воздействия реального разрушительного фактора. После освобождения пострадавших из-под обломков строений необходимо продолжить психотерапию (и прежде всего – амне-зирующую терапию) в стационарных условиях.

Еще одной группой людей, к которым применяется психотерапия в условиях ЧС, являются родственники людей, находящихся под завалами, живыми и погибшими и спасатели. Родственники - Для них применим весь комплекс психотерапевтических мероприятий: • поведенческие приемы и методы, направленные на снятие психоэмоционального возбуждения, тревоги, панических реакций; • экзистенциальные техники и методы, направленные на принятие ситуации утраты, на устранение душевной боли и поиск ресурсных психологических возможностей. Спасатели- Основной проблемой в подобных ситуациях является психологический стресс. Именно это обстоятельство значительно влияет на требования, предъявляемые к специалистам служб экстренной помощи. Специалисту необходимо владеть умением своевременно определять симптомы психологических проблем у себя и у своих товарищей, владеть эмпатическими способностями, умением организовать и провести занятия по психологической разгрузке, снятию стресса, эмоционального напряжения.

**30. Реориентационный тренинг в кризисных ситуациях**

Одна из главных задач реориентационного тренинга - выявление сильных сторон каждого человека, его "экспертных зон". Усилия тренера направлены на то, чтобы помочь человеку ощутить те зоны опыта, в которых он является экспертом, и затем опираться на них в поиске новых возможностей. Данный реориентационный тренинг разработан на основе индивидуальной психологии Альфреда Адлера, теории оптимизма Мартина Селигмана и социально-когнитивной теории Джулиана Роттера. В основу тренинга положена идея эутимной терапии. Эутимная терапия – вид поведенческой психотерапии, ставящий своей целью развитие когнитивных и поведенческих стратегий получения удовольствия и достижения хорошего самочувствия. Индивидуальная психология Альфреда Адлера Адлерианская психология – теория личности и терапевтическая система, рассматривает личность холистически как наделенную творчеством, ответственностью, стремящуюся к достижению целей в пределах своей области феноменологического опыта. В индивидуальной психологии утверждается, что иногда из-за чувства неполноценности стиль жизни бывает саморазрушительным. Индивид с «психопатологией» скорее утратил уверенность в себе, а не болен, и терапевтическая задача состоит в том, чтобы приободрить такого человека, активизировать его социальные интересы и посредством взаимоотношений, анализа и методов действий развить новый стиль жизни. Основные положения учения Альфреда Адлера включают следующие понятия: Неполноценность и компенсация. Адлер утверждал, что почти каждый человек имеет какие-то физические или психические, чаще всего характерологические недостатки, что формирует у него комплекс неполноценности. Это чувство неполноценности наряду с негативным может оказывать и позитивное влияние на личность, так как нередко является стимулом для достижения цели. Агрессия и борьба за превосходство. В своих ранних работах Адлер утверждал, что борьба за превосходство и агрессивные тенденции человека являются важным фактором в борьбе за выживание, самосовершенствование и самоутверждение. При этом он не отождествлял агрессию с враждебностью, а рассматривал ее как инициативу и способность к преодолению препятствий. Стремление к превосходству Адлер понимал не только как агрессию и «волю к власти», а намного шире – как побуждение улучшить себя, развить свои способности, свои потенциальные возможности. Если цель превосходства включает в себя общественные интересы, то и развитие личности принимает конструктивный характер. Если же цель предполагает борьбу только за личное превосходство, лишена социального интереса, то такая цель, по мнению Адлера, не приносит удовлетворения индивидууму, деформирует его «жизненный стиль» и в конечном итоге приводит к неврозу. Жизненные цели. Жизненные цели определяют направление и конечную цель нашей деятельности, позволяют стороннему наблюдателю объяснить конкретные аспекты нашего мышления и поведения с точки зрения этих целей. Адлер указывал, что черты характера не являются ни врожденными, ни неизменяемыми, они вырабатываются как интегральные части нашей целевой ориентации. Адлер обращал внимание скорее на притяжение будущего, чем на давление прошедшего. Для Адлера гораздо важнее то, куда мы надеемся прийти, чем то, где мы были. Адлер выделил три основные жизненные цели (задачи): работу, дружбу и любовь. Работа приносит удовлетворение и чувство собственной значимости в той степени, в какой она полезна обществу. Дружба – выражение нашей причастности к людям, необходимость и потребность приспосабливаться к окружающим и общаться с ними. Любовь – это тесный союз ума и тела, высшая форма кооперации между двумя индивидуумами противоположного пола. Эти три задачи, по Адлеру, всегда взаимосвязаны. Стиль жизни. Жизненный стиль личности так же уникален, как уникальна и сама личность. Адлер подчеркивал необходимость анализировать личность как единое целое. Жизненный стиль – это уникальный способ достижения своих целей, избираемый личностью. Это комплекс средств, позволяющих приспособиться к окружающей действительности. Таким образом, стиль жизни – это, во-первых, принятая человеком концепция жизни, и, во-вторых, принятый им паттерн поведения. К основным факторам, влияющим на деформацию жизненного стиля. Адлер относил органическую неполноценность, избалованность и отверженность. Схема апперцепции. Собственные представления индивидуума об окружающей среде и о себе Адлер назвал схемой апперцепции. Апперцепция – это свойство психики человека, выражающее зависимость восприятия предметов и явлений от предшествующего опыта и личностных особенностей субъекта. Схема апперцепции, по Адлеру, является частью жизненного стиля и во многом определяет поведение индивидуума. Мосак (амер. псих.) разделил убеждения образа жизни на четыре группы: 1. Я-концепция – те убеждения, которые есть у меня, относительно того, кто я такой. 2. Я-идеал – убеждения о том, каким мне следует быть, или каким я обязан быть, чтобы занять свое место. 3. Образ мира – убеждения о том, что не является мной (мир, люди, природа и тому подобное), и о том, что мир требует от меня. 4. Этические убеждения – личный этический кодекс. Творческая сила личности. Адлер утверждал, что человек не является пассивным объектом воздействия внешней среды, а в борьбе за свое место в жизни сам активно влияет на внешнюю среду. Он подчеркивал, что люди – не беспомощные пешки в руках внешних сил; каждый из них сам формирует свою личность. К основным проявлениям творческой силы личности Адлер относил процессы формирования жизненной силы, жизненного стиля и схемы апперцепции. Социальный интерес. В определенном смысле все поведение человека, по мнению Адлера, социально, поскольку он развивается и функционирует в социальном окружении. Чувство общности Адлер понимает шире, чем взаимоотношения индивидуума и его ближайшего окружения; оно означает для него «заинтересованность в идеальном обществе всего человечества как в конечной цели эволюции». Сотрудничество – одно из проявлений чувства общности и один из важных аспектов социального интереса. С эволюционной точки зрения, способность взаимодействовать в добывании пищи, охоте и защите от хищников была решающим фактором для выживания человеческой расы и наиболее эффективной формой адаптации к окружающей среде. Адлер считал, что только взаимодействуя друг с другом, принося пользу обществу, мы можем преодолеть нашу реальную неполноценность или наше чувство неполноценности. С другой стороны, недостаток взаимодействия и, в результате, чувство собственной несостоятельности и недовольства жизнью есть корень всех невротических или неадаптивных (maladaptive) жизненных стилей. Адлерианская терапия включает три фазы: – исследование жизненного стиля личности; – «инсайт» в постижении этого жизненного стиля; – реориентация, преобразование, изменение принятой личностью концепции жизни и усвоенных способов поведения.

Специфическая цель адлерианской терапии – помочь человеку избавиться от ощущения собственной малоценности, незначительности и почувствовать себя причастным к миру людей. В процессе терапии человек с помощью терапевта находит «ошибку» в формуле своего жизненного стиля, а затем развивает альтернативные цели и способы их достижения. При этом реориентация трактуется не как изменение курса, а скорее как раскрытие целого «веера» возможностей. Реориентация – это не исправление ошибок, а поиск новых ориентиров.

**31. Паника: факторы возникновения, механизмы развития,**

**предотвращение и ликвидация**

Па́ника (безотчётный [ужас](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A3%D0%B6%D0%B0%D1%81),) — психологическое состояние [человека](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A7%D0%B5%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D0%BA) — безотчётный, неудержимый [страх](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%85), вызванный действительной или мнимой опасностью, охватывающий человека или многих людей, неконтролируемое [стремление](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BC%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5) избежать опасной ситуации. Приступ паники можно определить как неожиданную вспышку острого страха, обычно сопровождаемую рядом физических симптомов и мыслями о смерти. Продолжается он от двух минут до получаса, но больному это время кажется вечностью. По прошествии приступа человек ощущает себя оглушающее-слабым и совершенно разбитым. Приступы паники особенно пугают еще и потому, что возникают вроде бы без причин или в таких ситуациях, когда человеку, казалось бы, не из-за чего нервничать или пугаться. Быстрота, с которой они нарастают, их сила и то, что вовлеченным оказывается все тело, лишь обостряют чувство страха и беспомощности. Наблюдается чаще у женщин, чем у мужчин, Разнообразные лечебные подходы, включая медикаментозные, психотерапевтические и релаксирующие техники, а также гипноз помогают полностью восстановить контроль и предотвратить возникновение новых приступов паники. Симптоматика. Приступы паники часто начинаются внезапно, достигая своей вершины в течение 10 минут и прекращаясь через полчаса – час, но они могут продолжаться часами, а иногда, очень редко – более дня. Когда выраженность симптомов начинает ослабляться , человек, перенесший приступ, чувствует себя уставшим, обессиленным. Основные характерные симптомы включают в себя:-Ускоренное сердцебиение (тахикардию). -Повышенное потоотделение (гипергидроз). -Дрожь (тремор). -Удушье или одышка, повышенная частота дыхания (гипервентиляция). -Озноб, сменяющийся приливом жара, и наоборот. -Тошнота. -Спазмы кишечника. -Мышечные спазмы. -Боли в грудной клетке. -Головокружение и головная боль. -Слабость. -Комок в горле, затруднение глотания. -Чувство приближающейся смерти. У людей, которые страдают от приступов паники, часто наблюдаются и другие душевные расстройства, такие как депрессия, страх общественных мест и страхи выступления перед аудиторией или возникающие в присутствии скопления людей (социальная фобия). Причины. До сих пор нет точной научной ясности причин возникновения приступов паники. Возможно имеют значение наследсвенность, стресс и некоторые биохимические факторы. Вероятность возникновения приступа паники выше, если кто-то из родственников страдает от аналогичных приступов. Осложнения. Паническое расстройство может носить истощающий и деструктивный характер. Страх перед повторяющимися приступами может приводить к формированию поведения избегания, когда человек отказывается от участия в обычных для других людей ситуациях, например, посещения торгового центра, и остаётся один в доме. То есть формируется страх возникновения страха. Лечение. Лечение приступов паники и панического расстройства является очень эффективным. При получении помощи большинство людей возвращаются к своей прежней повседневной жизни. Оно включает в себя антидепрессивные препараты. Антидепрессанты обычно улучшают состояние пациентов либо устраняют симптомы приступов паники. наряду с медикаментозным применяются различные психотерапевтические техники, в том числе лечение гипнозом. Очень эффективны когнитивно–поведенческие подходы, которые позволяют пациенту научиться распознавать пусковые механизмы приступов и пути преодоления тревоги с использованием дыхательных и релаксационных техник. Разумеется, лечить эти состояния следует у психиатра, который подберёт адекватное медикаментозное лечение в сочетании с психотерапией и лечением гипнозом. Массовая паника. Паника может возникнуть, если какое-либо лицо или группа лиц полагает, что находится в ситуации, непосредственно угрожающей его жизни, причем это лицо (группа лиц) верит, что спасение возможно лишь в поспешном бегстве, которое нужно осуществить без всякого промедления.

Паника ослепляет дотоле действовавших разумно людей, которые теряют чувство реальной обстановки, что может сделать невозможной еще в действительности вполне возможную помощь, что приводит к еще большему хаосу. Факторами (как порознь, так и в совокупности), потенциально ведущими к панике, являются: 1) ограничение пространства, на котором развиваются (или развивались) события, особенно если подобное ограничение «материализуется» стенами, ямами, плотно закрытыми дверьми и прочими физическими препятствиями, затрудняющими немедленный выход из пространства, в котором развиваются (развивались) катастрофические события; 2) отсутствие узаконенных правил, упорядоченных организационных структур, достойного доверия руководства или признанных авторитетов, что не раз наблюдалось в случаях паники на спортивных площадках и стадионах, а также при пожарах в городских гостиницах; 3) недостаток соответствующей внутренней или внешней (например, со стороны администрации) организаторской подготовки к действиям в чрезвычайных условиях; 4) реальные опасения, причем трудно поддающиеся точной оценке, большого количества людей за собственные здоровье и жизнь; 5) наличие некоторой, располагающей к панике «эмоциональной ориентации» масс, которая выражается во всеобщей возбужденности, беспокойстве (со скрытыми и явными формами проявления) и которая может быть усилена вследствие не только реально существующей угрозы, но и (подчас ложными) слухами; 6) обоюдное влияние (так называемое «психическое заражение»), наблюдаемое среди большого скопления людей за счет имевших место демонстраций отдельными индивидуумами страха, песимизма, иррациональной двигательной активности, а также полной беспомощности в правильной оценке ситуации (указанный эффект «заражения» может исходить и от специально подобранных лиц - так называемых «паникеров»);

7) недостаточное доверие к компетентности сил, призванных по долгу службы поддерживать общественный порядок во время катастроф, что сильно затрудняет проведение спасательных мероприятий.

Паника – особое эмоциональное состояние, возникающее как следствие либо дефицита информации о какой-то путающей или непонятной ситуации, либо ее избытка и проявляющееся в стихийных импульсивных действиях. Паника – сложный, промежуточный поведенческий феномен. На основе паники как эмоционально-поведенческого состояния возникают массовые панические толпы со специфическим поведением. В общепринятом смысле, под паникой понимают массовое паническое поведение, обусловленное страхом (ужасом). Одной из главных опасностей при любой чрезвычайной ситуации является толпа. Различные формы поведения толпы называют «стихийное массовое поведение». Его признаками являются: вовлеченность большого количества людей, одновременность, иррациональность (ослабление сознательного контроля), а также слабая структурированность, то есть размытость позиционно-ролевой структуры, характерной для нормативных форм группового поведения. Толпа – скопление людей, не объединенных общностью целей и единой организационно-ролевой структурой, но связанных между собой общим центром внимания и эмоциональным состоянием. Паническая толпа объята ужасом, стремлением каждого избежать реальной или воображаемой опасности. В практическом плане наиболее важное свойство толпы – превращаемость: если толпа образовалась, она способна сравнительно легко превращаться из одного вида (подвида) в другой. В экстремальных ситуациях наибольшую опасность представляет паническая толпа. Паника – временное переживание гипертрофированного страха, порождающее неуправляемое, нерегулируемое поведение людей (утрата критики и контроля), иногда с полной потерей самоконтроля, неспособностью реагировать на призывы, с утратой чувства долга и чести. В основе паники лежит страх – опредмеченная тревога, возникающая как результат переживания беспомощности перед реальной или воображаемой опасностью, стремление любым путем уйти от нее вместо того, чтобы бороться с ней. В.М. Бехтерев считал, что паника – это «психическая эпидемия кратковременного свойства», которая возникает в виде «подавляющего аффекта» чаще всего при большом стечении народа, которому как бы «прививается идея о неминуемой смертельной опасности», обусловленной складывающимися обстоятельствами. Паника, по его мнению, неразрывно связана с инстинктом самосохранения, который одинаково проявляется у личности независимо от ее интеллектуального уровня. Внушение в толпе распространяется подобно пожару; оно иногда возникает от случайно сказанного слова, отражающего переживания масс, резкого звука, выстрела, внезапного движения. В исступленной толпе каждый индивид влияет на окружающих и сам подвергается постороннему влиянию. Психофизиологический механизм паники заключается в индукционном торможении больших участков коры головного мозга, что предопределяет понижение сознательной активности. В итоге наблюдается неадекватность мышления, неадекватная эмоциональность восприятия, гиперболизация опасности («у страха глаза велики»), резкое повышение внушаемости. Биологическое толкование паники заключается в сравнении ее с гипобулическими реакциями у животных (бессмысленной активностью), как, например, в тех случаях, когда птица бьется о прутья клетки. Психология паники, помимо взаимной индукции «психического заражения», «эмоционального отравления», во многом определяется резким повышением внушаемости из-за перевозбуждения психики. Панику можно классифицировать по масштабам, глубине охвата, длительности и деструктивным последствиям. По масштабам различают индивидуальную, групповую и массовую панику. В случае групповой и массовой паники захватываемое ею количество людей различно: групповая – от 2–3 до нескольких десятков и сотен человек, а массовая – тысячи или гораздо больше людей. К тому же массовой следует считать панику, когда в ограниченном замкнутом пространстве (на корабле, в здании) ею охвачено большинство людей, независимо от их общего числа. Под глубиной охвата имеется в виду степень панического заражения сознания. В этом смысле можно говорить о легкой, средней панике и панике на уровне полной невменяемости. Легкую панику можно, в частности, испытывать тогда, когда задерживается транспорт, при спешке, внезапном, но не очень сильном сигнале (звуке, вспышке). При этом человек сохраняет почти полное самообладание и критичность. Внешне такая паника может выражаться лишь легким удивлением, озабоченностью, напряжением. Средняя паника характеризуется значительной деформацией сознательных оценок происходящего, снижением критичности, возрастанием страха, подверженностью внешним воздействиям. Паника средней глубины часто проявляется при проведении военных операций, при небольших транспортных авариях, пожаре и различных стихийных бедствиях. Полная паника – паника с отключением сознания, аффективная, характеризующаяся полной невменяемостью – наступает при чувстве ужасной, смертельной опасности. В этом состоянии человек полностью теряет сознательный контроль за своим поведением: может бежать куда попало (иногда прямо в очаг опасности), бессмысленно метаться, совершать самые разнообразные хаотические действия, поступки, абсолютно исключающие их критическую оценку, рациональность и этичность. Классические примеры паники – события на кораблях «Титаник», «Адмирал Нахимов», а также во время войны, землетрясений, ураганов, пожаров в универмагах. По длительности паника может быть кратковременной (секунды, несколько минут), достаточно длительной (десятки минут, часы), пролонгированной (несколько дней, недель). Кратковременная паника – это, например, паника в автобусе, потерявшем управление. Достаточно длительной бывает паника при землетрясениях, не развернутых во времени и не очень сильных. Пролонгированная паника – это паника во время длительных боевых операций, например блокада Ленинграда, ситуация после взрыва на ЧАЭС. По механизмам формирования выделяют два вида паники:-После непосредственного экстремального устрашающего воздействия, воспринимаемого как смертельная опасность.-После длительного пребывания в состоянии тревоги в ситуации неопределенности и ожидания, напряжения, ведущего со временем к нервному истощению и фиксации внимания на предмете тревоги. Четыре комплекса факторов превращения более или менее организованной группы в паническую толпу. 1. Социальные факторы – общая напряженность в обществе, вызванная происшедшими или ожидаемыми природными, экономическими, политическими бедствиями. Это могут быть землетрясение, наводнение, резкое изменение валютного курса, государственный переворот, начало или неудачный ход войны и т.д. Иногда напряженность обусловлена памятью о трагедии или предчувствием надвигающейся трагедии, приближение которой ощущается по предварительным признакам. 2. Физиологические факторы: усталость, голод, длительная бессонница, алкогольное и наркотическое опьянение снижают уровень индивидуального самоконтроля, что при массовом скоплении людей чревато особенно опасными последствиями. 3. Общепсихологические факторы – неожиданность, удивление, испуг, вызванные недостатком информации о возможных опасностях и способах противодействия. 4. Социально-психологические и идеологические факторы: отсутствие ясной и достаточно значимой общей цели, эффективных пользующихся общим доверием лидеров и, соответственно, низкий уровень групповой сплоченности. Есть два основных момента, определяющих возникновение паники. Первый связан главным образом с внезапностью появления угрозы для жизни, здоровья, безопасности, например, при взрыве, аварии, пожаре. Второй можно связать с накоплением соответствующего «психологического горючего» и срабатыванием «реле» определенного психического катализатора. Длительные переживания, опасения, накопление тревоги, неопределенность ситуации, предполагаемые опасности, невзгоды – все это создает благоприятный фон для возникновения паники, а катализатором в этом случае может быть все что угодно. Механизм развития бурной динамической паники можно представить как осознаваемую, частично осознаваемую или неосознаваемую цепь: включение «пускового сигнала» (вспышка, громкий звук, обвал помещения, землетрясение), воссоздание образа опасности, активизация защитной системы организма на различных уровнях сознания и инстинктивного реагирования и следующее за этим паническое поведение. Проявление паники колеблется от случаев истерического поведения до подавленного, апатичного, отрешенного; имеются случаи игнорирования, иногда показного, опасностей. Возникновение и развитие паники в большинстве случаев связано с действием шокирующего стимула, сразу отличающегося чем-то заведомо необычным (например, сирена, возвещающая начало воздушной тревоги). Частым поводом для паники являются пугающие слухи. Для того чтобы привести к настоящей панике, действующий на людей стимул должен быть либо достаточно интенсивным, либо длительным, либо повторяющимся (например, взрыв, сирена, автомобильный клаксон, серия гудков и т. п.). Он должен привлекать к себе внимание и вызывать эмоциональное состояние подчас неосознанного, животного страха. Первый этап реакции на такой стимул – как правило, резкий испуг, потрясение, ощущение сильной неожиданности, шока и одновременно восприятие ситуации как кризисной, критической, угрожающей и даже безысходной. Второй этап – обычно замешательство, в которое переходит потрясение, а также связанные с ним хаотичные индивидуальные, часто совершенно беспорядочные попытки как-то понять, проинтерпретировать произошедшее событие в рамках прежнего, обычного личного опыта или же путем лихорадочного припоминания аналогичных ситуаций из известного человеку чужого, как бы заимствованного им, опыта. С этим связано острое чувство реальной угрозы. Когда необходимость быстрой интерпретации ситуации становится особенно актуальной и требует немедленных действий, именно это ощущение остроты мешает логическому осмыслению происходящего и вызывает новый страх. Первоначально этот страх сопровождается криком, плачем, двигательной ажитацией. Если такой страх не будет подавлен, то развивается следующая стадия. Третий этап – усиление интенсивности страха по известным психологическим механизмам циркулярной реакции. Тогда страх одних людей отражается другими, что, в свою очередь, еще больше усиливает страх первых. Усиливающийся страх стремительно снижает уверенность в коллективной способности противостоять критической ситуации и создает у большинства смутное ощущение обреченности. Завершается все это неадекватными действиями, которые обычно представляются людям, охваченным паникой, спасительными. Хотя на деле они могут совсем не вести к спасению: это этап «хватания за соломинку», в итоге все равно оборачивающийся паническим бегством (разумеется, за исключением тех случаев, когда бежать людям просто некуда). Тогда может возникать подчеркнуто агрессивное поведение: известно, насколько опасен бывает зверь, загнанный в угол, даже если он обычно убегает от опасности. Четвертый этап – массовое бегство. Паника именно как особый вариант массового поведения реально становится заметной, проявляясь в наблюдаемых феноменах – прежде всего в массовом бегстве. Раньше или позднее именно бегство становится естественным следствием любой паники. Стремление спрятаться, укрыться от надвигающегося страха (ужаса) – естественная реакция. Безоглядное бегство – как правило, апофеоз паники. Пятый этап – завершение паники. Внешне паника заканчивается по мере прекращения отдельными людьми бегства. Либо они это делают по причине усталости, либо начиная осознавать бессмысленность бегства и возвращаясь в «здравый ум». Обычные следствия паники – либо усталость и оцепенение, либо состояние крайней тревожности, возбудимости и готовности к агрессивным действиям. Реже встречаются вторичные проявления паники.

## 32. Общие подходы к психотерапии ПТСР

В настоящее время не существует устоявшейся точки зрения на результаты лечения ПТСР. Одни исследователи считают, что ПТСР – излечимое расстройство, другие – что его симптомы полностью не устранимы. ПТСР обычно вызывает нарушения в социальной, профессиональной и других важных сферах жизнедеятельности. Очевидно одно: лечение ПТСР – процесс длительный и может продолжаться несколько лет. В целом, психотерапия работает на подкрепление защитных факторов, поскольку она ведет именно к переосмыслению происшедших событий и усилению механизмов адаптации. Целью психотерапевтического лечения клиентов с ПТСР является помощь в освобождении от преследующих воспоминаний о прошлом и от интерпретации последующих эмоциональных переживаний как напоминаний о травме, а также в том, чтобы клиент мог активно и ответственно включиться в настоящее. Для этого ему необходимо вновь обрести контроль над эмоциональными реакциями и найти произошедшему травматическому событию надлежащее место в общей временной перспективе своей жизни и личной истории. Ключевым моментом психотерапии клиента с ПТСР является интеграция того чуждого, неприемлемого, ужасного и непостижимого, что с ним случилось, в его представление о себе (образ Я). В связи с этим существует четыре стратегии терапии, позволяющие достичь этой цели:• поддержка адаптивных навыков Я (одним из наиболее важных аспектов тут является создание позитивного отношения к терапии);• формирование позитивного отношения к симптомам (смысл данной стратегии заключается в том, чтобы научить клиента воспринимать свои расстройства как нормальные для той ситуации, которую он пережил, и тем самым предотвратить его дальнейшую травматизацию самим фактом существования этих расстройств);• снижение избегания (потому что стремление клиента избегать всего, что связано с психической травмой, мешает ему переработать ее опыт); • изменение атрибуции смысла (цель - создать у клиента ощущение «контроля над травмой»). Работа с травмами порождает интенсивные эмоциональные реакции и у психотерапевта, следовательно, предъявляет высокие требования к его профессионализму. Последовательные цели психотерапии:1.Завершить событие или вывести клиента из стрессогенного окружения. Построить временные отношения. Помочь клиенту в принятии решений, планировании действий (например, в устранении его из окружения).2.Снизить амплитуду состояний до уровня переносимых воспоминаний и переживаний.3.Помочь клиенту в повторном переживании травмы и ее последствий, а также в установлении контроля над воспоминаниями и в осуществлении произвольного припоминания. 4.Помочь клиенту установить связь между травмой и переживаниями угрозы, структурированием межличностных отношений, Я-образом и планами на будущее.5.Проработать терапевтические отношения. Завершить психотерапию. Психотерапевту следует стремиться к реализации определенных конкретных целей уже при самом первом контакте с клиентом, страдающим ПТСР: -создание доверительного и надежного контакта; -информирование клиента о характере его расстройства и возможностях терапевтического вмешательства; -подготовка клиента к дальнейшему терапевтическому опыту, в частности – к необходимости вновь вернуться к болезненным травматическим переживаниям. Терапевтическая работа с людьми, страдающими ПТСР, включает три стадии:- установление безопасной атмосферы. - работа с воспоминаниями и переживаниями. – включение в обыденную жизнь. Наиболее распространенными терапевтическими ошибками являются: –избегание травматического материала; –несвоевременная и стремительная проработка травматического опыта, пока еще не создана достаточная атмосфера безопасности и не построены доверительные терапевтические отношения. Избегание травматических воспоминаний ведет к прерыванию терапевтического процесса. В то же время слишком стремительное обращение к ним также приводит к нарушению процесса исцеления. На второй стадии терапии клиент рассказывает историю травмы, полностью, в деталях. Повествование должно включать в себя не только описание события, но также реакции человека на него и реакции значимых других. Повествование, которое не включает образы и ощущения тела, является неполным и нетерапевтичным. Истории записываются клиентом. Записи историй читаются вместе. Описание эмоциональных реакций должно быть столь же подробным, как и описание фактов. Терапевт играет роль свидетеля и союзника, он помогает нормализовать реакции клиента, облегчает процесс повествования, помогает обозначать реакции и разделяет с клиентом эмоциональную ношу. Целью рассказывания травматической истории является интеграция, а не просто выражение чувств. Процесс реконструкции травматической истории направлен на трансформацию, а для этого необходима актуализация элементов травматического опыта «здесь и сейчас». Терапевтические отношения с клиентом, страдающим ПТСР:1. Постепенное завоевание доверия клиента с учетом того, что у него наблюдается выраженная утрата доверия к миру.2. Повышенная чувствительность по отношению к «формальностям» проведения терапии.3. Создание надежного окружения для клиента во время проведения терапии.4. Адекватное исполнение ритуалов, которые способствуют удовлетворению потребности в безопасности клиента.5. До начала терапии уменьшение дозы медикаментозного лечения или его отмена для проявления успеха психотерапевтического воздействия. 6. Обсуждение возможных источников опасности в реальной жизни клиента и их нейтрализация. Фундаментальное правило терапии ПТСР – принимать тот темп работы и самораскрытия клиента, который он сам предлагает. Иногда нужно информировать членов его семьи о том, почему необходима работа по воспоминанию и воспроизведению травматического опыта, поскольку домашние поддерживают у клиента избегающие стратегии поведения. Психотерапевтические методы при ПТСР разнообразны:1. Рациональная психотерапия – когда клиенту разъясняют причины и механизмы ПТСР.2. Методы психической саморегуляции для снятия симптомов напряжения и тревоги – аутотренинг, прогрессивная мышечная релаксация, активная визуализация положительных образов.3. Когнитивная психотерапия – используется для переосмысления дезадаптивных мыслей и изменения негативных установок.4. Личностно-ориентированная терапия – позволяет изменить отношение пострадавшего к психотравмирующей ситуации и принять ответственность если не за нее, то за свое отношение к ней.5. Позитивная терапия, гештальт-подход основаны на представлении, что существуют не только проблемы и болезни, но и способы и возможности их преодоления, присущие каждому человеку. Конкретная форма психотерапии остается предметом выбора для большинства больных, переживших психотравму: выслушивание, консультирование, краткосрочная динамическая психотерапия. Существует и более серьезный подход – «логотерапия», который заключается в том, чтобы найти смысл в случившемся. Оказывается, что как только найден смысл, большинство клиентов быстро выздоравливает. Культуральные и религиозные убеждения, например, доктрины кармы или смысла страдания, свойственные буддистам и индуистам, тут имеют важное значение. Следует пытаться привлекать к сотрудничеству в качестве котерапевтов или союзников традиционные ресурсы, например священнослужителей, монахов, целителей. Групповая терапия – наиболее часто применяемый формат терапии для клиентов, переживших травматический опыт. Направления групповой терапии: когнитивно-бихевиоральные, психолого-образовательные, психоаналитические и психодраматические группы, группы самопомощи, анализа сновидений, арт-терапии и множество других. Цели групповой терапии:1.Повторное эмоциональное переживание травмы в безопасном пространстве поддерживающей группы, разделение этого переживания с терапевтом и группой;2.Общение в группе с людьми, имеющими похожий травматический опыт (уменьшение чувства изоляции, отчужденности, стыда и усиление чувства принадлежности, уместности, общности, несмотря на уникальность травматического переживания каждого участника группы);3. Возможность наблюдать за тем, как другие переживают вспышки интенсивных аффектов на фоне социальной поддержки от терапевта и членов группы;4.Совместное обучение методам совладания с последствиями личной травмы;5.Возможность быть в роли того, кто помогает, что позволяет преодолеть ощущение собственной неценности, смещение фокуса с чувства собственной изолированности и негативных самоуничижительных мыслей; 6.Приобретение опыта новых взаимоотношений, помогающих участникам группы воспринять стрессовое событие иным, более адаптивным образом. Правила работы группы:1. Доверительный стиль общения. 2. Общение по принципу «здесь и сейчас». во время занятий все говорят только о том, что волнует каждого; то, что происходит с участниками в группе, обсуждается здесь и сейчас. И т.д. Каждый раз группа устанавливает свои правила.

**33. Оказание комплексной помощи пострадавшим в Э.С. (на**

**примере одной из катастроф)**

Экстремальная ситуация – это обстановка на определенной территории, сложившаяся в результате аварий( техногенной или природной),которые могут повлечь за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей природной среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей.

Поддержка – это система мер по оказанию помощи некоторым группам граждан, временно оказавшимся в тяжелом положении, путем предоставления медицинской помощи, правовой защите и др. мероприятий.

**34. Психотерапия эмоц. Травм помощьюдвижения глаз (ДПДГ)**

Десенсибилизация психических травм с помощью движений глаз - оригинальный психотерапевтический метод был разработан Френсис Шапиро (США) в 1987 году и с этого времени с успехом применяется для лечения посттравматических стрессовых расстройств у участников боевых действий, жертв насилия, катастроф и стихийных бедствий, а также лиц, страдающих фобиями, паническими и диссоциативными расстройствами. С первых лет своего использования ДПДГ обнаружил высокую эффективность у ветеранов военных конфликтов, которые в ходе терапии смогли освободиться от тягостных навязчивых мыслей и воспоминаний, кошмарных сновидений и других проявлений ПТСР. Метод позволяет разблокировать травматический материал в памяти и добиться достаточно быстрых позитивных изменений. В основе метода лежит представление о существовании у всех людей особого психофизиологического механизма – адаптивной информационно-перерабатывающей системы. При ее активации происходит спонтанная переработка и нейтрализация любой травматической информации, причем этому сопутствуют позитивные изменения в когнитивной сфере, эмоциях и поведении. Тяжелые психические травмы и стрессы могут блокировать деятельность адаптивной информационно-перерабатывающей системы. В этих случаях травматические воспоминания и связанные с ними представления, аффективные, сомато-вегетативные и поведенческие реакции не получают своего адаптивного разрешения, продолжая храниться в ЦНС в форме, обусловленной пережитым состояниям. Негативная информация как бы «замораживается» и длительное время сохраняется в своем первоначальном, непереработанном виде за счет изоляции нейронных сетей мозга, обеспечивающих доступ к этим воспоминаниям, от других ассоциативных сетей памяти. При этом не происходит нового научения, так как соответствующая психотерапевтическая информация не может ассоциативно связываться с изолированной информацией о травматическом событии (Shapiro, 1994). В результате, негативные эмоции, образы, ощущения и представления из прошлого пациента проникают в его настоящее, вызывая сильный душевный и физический дискомфорт. Предполагается, что движения глаз (или другие альтернативные раздражители), используемые при ДПДГ, запускают процессы, активизирующие ускоренную переработку травматического опыта по аналогии с той, что в норме происходит на стадии сна с быстрыми движениями глазных яблок (БДГ-сна). Ряд исследователей считает, что фаза БДГ-сна является тем периодом, когда бессознательный материал, в том числе связанный со стрессами, всплывает для адаптивной переработки. Повторные ночные кошмары с пробуждениями весьма характерные для больных, страдающих ПТСР, прерывают и искажают БДГ-сон, а вызывающий сильное беспокойство дисфункциональный материал остается непереработанным Использование в ходе проведения процедуры ДПДГ повторяющихся серий движений глаз приводит к разблокированию изолированной нейронной сети мозга, где хранится травматический опыт, который, в свою очередь, подвергается десенсибилизации и ускоренной когнитивной переработке. Воспоминания, имеющие высокий отрицательный эмоциональный заряд переходят в более нейтральную форму, а соответствующие им представления и убеждения пациентов приобретают конструктивный характер. ДПДГ может применяться как сам. метод психотерапии при ПТСР, либо, как один из этапов лечебного воздействия.

**35. Психологическая помощь на стадиях развития ПТСР**

Стадии психотерапии при ПТСР - Установление безопасной атмосферы - Работа с воспоминаниями и переживаниями -Включение в обыденную жизнь На второй стадии терапии клиент рассказывает историю травмы: Обзор событий предшествующих травме, Обстоятельства, которые определили травматическую ситуацию, Реакции клиента и значимых других на событие (образы, ощущения тела) Цель: интеграция и трансформация травматического опыта, с помощью актуализирования травматических элементов «здесь и сейчас». 2 техники: 1.«Свободное изложение» включает 4 основных элемента: контекст факты эмоции значение. История записывается и громко произносится клиентом, что поощряется терапевтом. «Формализованная исповедь» создание детального и глубокого описания травматического опыта клиента - запись сессий, которые зачитываются клиентом вслух и подписываются как документ 12-20 сессий. Для интеграции травматического опыта можно использовать гипноз. Фундаментальное правило терапии ПТСР - принимать тот темп работы и самораскрытия клиента, который он сам предлагает. Ошибки психотерапевта: -избегание травматического материала - способность клиента рассказывать о травме прямо пропорциональна способности психотерапевта эмпатически выслушивать этот рассказ; -несвоевременная и стремительная проработка травматического опыта Психотерапевтические методы при ПТСР Рациональная психотерапия - клиенту разъясняют причины и механизмы ПТСР Методы психической саморегуляции для снятия симптомов напряжения и тревоги - аутотренинг, прогрессивная мышечная релаксация, активная визуализация позитивных образов Когнитивная психотерапия - используется для переосмысления дезадаптивных мыслей и изменения негативных установок Личностно-ориентированная психотерапия изменение отношения пострадавшего к психотравмирующей ситуации и принятие ответственности за свое отношение к ней Позитивная психотерапия, гештальт-подход - основаны на представлении, что существуют не только проблемы и болезни, но и способы и возможности их преодоления, присущие каждому человеку Социокультурный подход на Западе работа с чувством вины, утратой контроля, бессилия личная ответственность индивида на Востоке - вера в карму и судьбу Логотерапия - найти смысл в случившемся.

Групповая терапия - наиболее часто применяемая форма в сочетании с индивидуальной терапией. Существует специальные методы и техники хороню себя зарекомендовавшие при терапии ПТСР: Психотерапия эмоциональных травм с помощью движения глаз (ДПДГ) Ослабление травматического инцидента (ОТИ) Франка Джербода Техники НЛП (около 34 штук) нейро-лингвистическое программирование Нейро – определяет связь с нашей неврологической системой: зрения, слуха, учит управлять ею. Лингвистическое – определяет связь между языком, используемым человеком, и его жизненным опытом. Программирование –. Программа – это совокупность действий, предназначенных для достижения опред. результата

**36. Гештальт-терапия**

Гештальт-терапия (в переводе с нем. «образ», «фигура», «фон») – метод психотерапии, способствующий распространению сознания человека, и достижение на основе этого большей внутриличностной целостности, наполненности и осмысленности жизни, улучшение контакта с окружающими людьми и внешним миром.

У истоков развития гештальт-терапии стоял немецкий психиатр и психоаналитик Фредерик С. Перлз. [Задачи гештальт- терапии](http://psy.rin.ru/cgi-bin/article.pl?id=1264) Цель гештальт-терапии – Установить связь между всеми аспектами своей личности. Физич., эмоциальным., Рациональн., социальной и духовной сферой. Гештальттерапевт фокусирует внимание клиента на осознании процессов протекающих в «здесь и теперь», в каждый момент настоящего времени. Посредством этого гештальттерапия развивает осознанность, ответственность и восстанавливает способность к переживанию своих реальных эмоций и чувств. Методы гештальттерапии направлены на развитие целостного образа человека в пяти сферах его жизни: Физическая. Включает в себя все аспекты материальной и физической жизни человека (материальное благополучие, физическое здоровье, сексуальная зрелость) Эмоциональная. Сфера эмоциональных переживаний, чувства (любовь, радость, грусть, восторг…) и способность к их выражению и пониманию. Рациональная. Способности к рациональному мышлению, планированию, анализу, способности к творчеству, умение предвидеть и создавать себя и окружающий мир. Социальная. Отношения с другими людьми, (друзьями, коллегами) культурное окружение, весь комплекс социальных отношений человека. Духовная. Место и знания человека о самом себе и окружающем космосе. Знание законов жизни и духовные ценности и смыслы, на которые опирается человек.

**37. Оказание психологической помощи специалистам,**

**участвующим в ликвидации экстремальной ситуации**

Одной из главных характеристик современного мира является нарастание частоты и масштабов появления экстремальных ситуаций, катастроф, к коим современная наука относит стихийные бедствия, техногенные катастрофы и непосредственные конфликты в виде вооруженных действий отдельных лиц. Все масштабные катастрофы несут в себе далеко идущие последствия материального, социального, медицинского и психологического характера, которые испытывают на себе не только пострадавшие, но и все население. В чрезвычайных ситуациях приходиться работать спасателям. В настоящее время остро стоит вопрос об отборе и подготовке спасателей, а также о профилактике и своевременном выявлении нервно-психических и психосоматических расстройств, возникающих у неподготовленных спасателей в связи со стрессогенным характером их деятельности. Мировая статистика по стихийным бедствиям, боевым действиям, катастрофам говорит о том, что число случаев нервно-психических расстройств, в зависимости от вида экстремальности, может составлять 10-25% от общего количества вовлеченных в ситуацию людей. Эти психогенные потери требуют не только привлечения большого числа специалистов для оказания помощи пострадавшим, но и накладывают ограничения на возможность использования людей для проведения аварийно-спасательных работ. Специалистам, участвующим в ликвидации экстремальной ситуации приходится находить способы взаимодействия в тяжелейшей и ответственной ситуации. Они все работают на износ, напряжение, как правило, чудовищное и психологам приходится помогать не только близким погибших людей, но и спасателям. Сотрудников, переживающих чрезвычайные экстремальные ситуации, принято относить к группе повышенного риска возникновения психических нарушений, получивших наименование «посттравматических стрессовых расстройств». Основной идеей, лежащей в основе психотерапевтической работы в таком случае, является опора на развитие личности, способствующее преодолению негативных последствий профессиональной деятельности и повышению стрессоустойчивости через: а) укрепление ощущения важности своего существования; б) усиление чувства независимости и способности влиять на собственную жизнь; в) привитие открытости и интереса к изменениям собственной личности, отношение к ним не как к угрозе, а как к возможности развития (по Е.М.Черепановой).

**38. Когнитивно-поведенческая психотерапия ПТСР**

Основана на представлениях, в соответствии с которыми чувства и поведение человека определяется не ситуацией, в которой он оказался, а его восприятием этой ситуации. Другими словами, определенным образом реагируя на внешний стресс, человек вырабатывает в себе определенную модель поведения — привычную реакцию, не всегда правильную. И эта выработанная модель поведения уже сама по себе способна вызывать симптомы какого-либо нарушения. Метод когнитивно-поведенческой терапии - это сочетание когнитивного и поведенческого подхода. Эта терапия сосредоточена на настоящем моменте, то есть когнитивно-поведенческий терапевт не будет искать причины психологического дискомфорта в прошлом, а просто поможет понять, что в настоящем способствует его поддержанию и научит, как это изменить в будущем. Посттравматическое стрессовое расстройство. В результате воздействия на личность травмирующего фактора, опасной, экстремальной ситуации может развиваться посттравматическое стрессовое расстройство. Это вторичная, проявляющаяся через определенное время после окончания самой экстремальной ситуации реакция организма на травмирующее событие. ПТСР может иметь затяжной характер и повлиять на всю дальнейшую жизнь человека. Принято считать, что система лечебно-реабилитационных мероприятий для пострадавших должна носит комплексный характер, и включать в себя психотерапию, психологическую коррекцию, медикаментозную и немедикаментозную терапию. Основная же цель психотерапевтической работы заключается в том, чтобы максимально полно восстановить преморбидный (premorbid - период, предшествующий наступлению расстройства) уровень социального и личностного функционирования пострадавших. При этом психотерапия должна быть направлена на: 1) создание новой когнитивной модели жизнедеятельности; 2) аффективную переоценку травматического опыта; 3) восстановление ощущения ценности собственной личности; 4) восстановление способности дальнейшего существования в мире. Наиболее распространенными методами психотерапии при лечении пациентов с ПТСР являются: когнитивно-бихевиоральная и психодинамическая. При проведении когнитивно-поведенческой психотерапии центральное место в работе с пациентом отводится конфронтации последнего с травматическими образами-воспоминаниями в целях постепенного ослабления симптоматики ПТСР. Этот вид терапии особенно эффективен для преодоления избегающего поведения.

**39. Основные направления психологической помощи детям,**

**оказавшимся в кризисной ситуации**

К кризисным ситуациям, в которых могут оказаться дети относятся: 1. лишение родителей прав. Ребенок оказывается в детском доме или интернате.2. Это так же трагические случаи, приведшие к смерти родителей. Ребенок остается сиротой. 3. Беспризорничество. Дети убегают из неблагополучных семей и попадают в криминал. 4. Развод родителей это тоже кризисная ситуация для ребенка. К направлениям психологической помощи относятся: Игровая терапия – метод психотерапевтического воздействия на детей и взрослых с использованием игры. В основе различных методик, описываемых этим понятием, лежит признание того, что игра оказывает сильное влияние на развитие личности. Игра способствует созданию близких отношений между участниками группы, снимает напряженность, тревогу, страх перед окружающими, повышает самооценку, позволяет проверить себя в различных ситуациях общения, снимая опасность социально значимых последствий. В процессе игровой терапии у ребенка появляется возможность продемонстрировать свои негативные установки. Выразить свой страх и гнев по отношению к родителям, братьям , сестрам и другим значимым людям. В каждом из элементов терапии психолог поощряет ребенка обращаться к самому себе, заново постигать и принимать свои чувства. Арттерапия – это словосочетание использовалось по отношению ко всем видам занятия искусством, которые проводились в больницах и центрах психического здоровья. Основная цель арттерапии состоит в гармонизации развития личности через развитие способности самовыражения и самопознания. Важнейшей техникой арттерапевтического воздействия здесь является техника активного воображения, направленная на то, чтобы столкнуть лицом к лицу сознательное и бессознательное и примирить их между собой посредством аффективного взаимодействия. Сказкотерапия – направление практической психологии, которое, используя метафорические ресурсы сказки, позволяет развить самосознание, стать самими собой, и построить особые доверительные, близкие отношения с окружающими. Сказкотерапия наиболее детский метод психотерапии, потому что она обращена к чистому детскому началу каждого человека. Это метод, использующий сказочную форму для интеграции личности, развития творческих способностей, расширение сознания, совершенствования взаимодействий с окружающим миром. К сказкам обращались в своем творчестве известные зарубежные и отечественные психологи: Э.Фромм, Э. Берн, Э. Гарднер, А. Менегетти, М. Осорина, Е. Лисина, Е. Петрова, Р. Азовцева, Т. Зинкевич-Евстигнеева и т.д.

**40. Символ-драма (Метод кататимного переживания образов)**

**ПТСР**

Это одно из направлений психотерапии, базирующееся на принципах глубинной психологии, в котором используется особый метод работы с воображением, для того чтобы сделать наглядными бессознательные желания человека, его фантазии, конфликты и механизмы защиты, а также отношения переноса и сопротивление. Символ-драма способствует их переработке, как на символическом уровне, так и в ходе психотерапевтической беседы. В основе метода символ-драмы лежит теоретическая база психоанализа. В этом отношении метод исходит из анализа бессознательной динамики актуально действующих конфликтов. Символдраму создал выдающийся немецкий психотерапевт Ханскарл Лёйнер (1919-1996). В качестве метафоры можно охарактеризовать символдраму как «психоанализ при помощи образов». Символдрама эффективна при лечении неврозов и психосоматических заболеваний, а также при психотерапии нарушений, связанных с невротическим развитием личности. Основу символдрамы составляет фантазирование в форме образов на свободную или заданную психотерапевтом тему (мотив). Психотерапевт выполняет при этом сопровождающую функцию. Из многих направлений психотерапии, использующих образы в лечебном процессе, символдрама является наиболее глубоко и системно проработанным, технически организованным методом, имеющим фундаментальную теоретическую базу. В основе метода лежат концепции классического психоанализа, а также его современного развития. Понимание символики образов и процессов, происходящих в символдраме, значительно обогащается обращением к теории архетипов и коллективного бессознательного К.-Г. Юнга, а также к разработанному им методу активного воображения. C феноменологической точки зрения, можно проследить параллели с детской игровой психотерапией. Данный метод может оказаться эффективным средством терапии, психокоррекции ПТСР (посттравматическое стрессовое расстройство). В определённых случаях психокоррекции эмоциональной сферы ребёнка (тревожность, страхи, сложные взаимоотношения) такие мотивы как: «Опушка леса», «Представление реальной ситуации в школе или дома», «Воспоминания из прошлого опыта», «Представление определенных предметов, имеющих особое эмоциональное значение» (например игрушки) - позволяют достигать в коррекционной работе эффективных решений проблемы и конструктивных изменений в моделях поведения ребёнка. В случаях ПТСР (при утрате близких, ребенок свидетель или участник автокатастрофы) эффективно в режиме работы школьного психолога работают такие мотивы как «Смена времён года», «Надёжное защищённое место».