

Наталья Осухова

ЧЕЛОВЕК В ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ИНТЕРПРЕТАЦИИ И МОДЕЛИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Введение в проблематику

В последнее десятилетие проблема «человек в экстремальной ситуации» явно не обделена вниманием исследователей: перестав быть вотчиной медиков и клиницистов, она стала предметом не только исследований, но и практической деятельности психологов, психотерапевтов и социальных работников. Как правило, при обсуждении «экстремальной проблематики» используются два основных понятия: «стресс» и «травма». Не вдаваясь в теоретические рассуждения об их соотношении*, отметим, что мы отдаем предпочтение второму из них, и при дальнейшем изложении материала будем оперировать понятием «травма».

Эмпирических данных о влиянии экстремальных ситуаций на психику человека более чем достаточно, а вот с их теоретическим осмыслением дело обстоит гораздо хуже. *Цель нашей статьи* – осмыслить, как основные теоретические интерпретации «последствий экстремальной ситуации» (в дальнейшем для краткости мы будем использовать понятие «дефект») влияют на практику психологической помощи. Предпринять эту работу нас побудило одно обстоятельство: если для научных работников «понятийные разногласия» оборачиваются конфликтом интерпретаций, то для практика последствия более серьезны. Понимание «нормального целого» (в различных концепциях это «организм», «личность», «поведение», «бытие-в-мире») и «дефекта» становится отправной точкой для выбора модели оказания помощи.

Феноменология экстремальной ситуации

Феноменология экстремальной ситуации детально изучена. Исследователи единодушно отмечают: вне зависимости от длительности экстремального события, его последствия разрушительны для личности. При этом клиническая картина не носит строго индивидуального характера, а сводится к небольшому числу до-

* Одно из решений вопроса о соотношении понятий «стресс» и «травма» нашло свое выражение в диагностической категории «посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), в самом названии которой стресс предстает как результат или следствие травмы.

вольно типичных проявлений, весьма напоминающих начальные симптомы соматических, а подчас и психических заболеваний [1]. Среди таких последствий называются: узкое, «канализированное» внимание, аффективные реакции (от глубокой депрессии до ярких проявлений гнева и агрессии), нарушение саморегуляции, возрастная регрессия, диссоциация, деформация образа мира личности, а также отсроченное во времени отчуждение человека от себя, других и мира в целом. В масштабном исследовании, организованном государственной службой помощи ветеранам США*, выявлены отсроченные последствия войны во Вьетнаме: уровень разводов среди ветеранов составлял около 90%; у них были распространены такие формы дезадаптации, как алкоголизм, наркомания, склонность к профессиональным и социальным конфликтам; на момент проведения исследования ветераны вьетнамской войны составляли треть всех заключенных в американских тюрьмах [2].

А теперь зададим основной для нас вопрос: как интерпретируются эти данные в различных научных подходах? И какие последствия имеют те или иные интерпретации для практики оказания помощи?

Первый подход – *медицинский*. Современные работы в области психиатрии (Ю.А. Александровский, Б.П. Шукин, Н.Н. Пуховский) рассматривают последствия экстремальных ситуаций в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), где они выделены в рубрику «Невротические, связанные со стрессом и соматоформными расстройствами» [3]**. В медицинской системе координат состояние человека, психика которого травмирована экстремальным событием, – это «расстройство», которому сопутст-

* Приходится приводить «американскую статистику», поскольку отечественная отсутствует: столь масштабных исследований в России не проводилось ни после афганской войны, ни после таких терактов, как Норд-Ост и Беслан. И хотя с 1999 по 2006 год мы активно участвовали в пролонгированных программах реабилитации пострадавших, мы владеем данными лишь о тех, с кем непосредственно работали.

** Посттравматический стресс (ПТСР) определяется здесь как особое расстройство, если присутствует следующий комплекс симптомов: навязчивые повторные переживания травматического события; избегание всего, что связано с травмой; неспособность вспомнить важные эпизоды травмы; чувство отстраненности и отчужденности от других; притупленность эмоций, проблемы со сном; раздражительность или вспышки гнева, нарушение памяти, сверхбдительность и др.

Медицинские
интерпретации:
мифы и реальность

вуют «неисправимые мозговые нарушения», «болезнь». Соответственно, и помощь направляется на «снятие симптомов»: она сводится к применению фармакологических препаратов, к социальной поддержке и обучению стратегиям совладающего поведения*.

К сожалению, «медицинские интерпретации» широко распространены как в обыденном сознании, так и среди части «профессиональных помощников» (прежде всего, социальных работников). Их тиражируют научно-популярные публикации, утверждающие, что ситуации, связанные с угрозой жизни, настолько интенсивно травмируют психику, что личностные особенности человека уже не имеют значения: дескать, ПТСР развивается у любого человека, попавшего в экстремальную ситуацию. Однако результаты серьезных научных исследований опровергают эти мифы: при отсутствии отягчающих условий (физической травмы, ранения и др.) ПТСР возникает лишь у одного из пяти пострадавших в экстремальной ситуации [4]. Но именно эта «одна пятая» обращается за помощью и становится объектом пристального внимания.

Мы подробно говорим о медицинских интерпретациях и подходе «лечение и обеспечение», так как они имеют свои социально-психологические следствия. Психологи, имеющие большой опыт работы с последствиями экстремальных ситуаций, предупреждают: «...исключительный акцент на медицинских подходах ... может привести к тому, что мы просто проглядим другие факторы, на которые необходимо взглянуть с политических, культурных и онтологических позиций» [5].

Любой практикующий психолог знает: к какому состоянию «Я» он обращается при взаимодействии с человеком, от того и получает ответ. «Патологические интерпретации» обращаются к состоянию жертвы. За ними просвечивает представление о человеке как пассивном объекте разрушительных внешних воздействий [6], беспомощной жертве обстоятельств**. Такое от-

* Этот подход можно раскрыть через понятия «лечение и обеспечение», подчеркивающие приоритет личности «обеспечивающего» и пассивность пострадавшего.

** В отличие от обыденного словоупотребления в практической психологии «жертвой» принято называть человека, который отдает ответственность за себя и контроль над своей жизнью другим людям. Целесообразно разводить понятия «пострадавший» и «жертва». Пострадавший – это человек, с которым случилось несчастье, а жертвой становится пострадавший, который пользуется тем, что испытал несчастье (В.С. Мухина, Н.И. Сарджвеладзе).

«Медицинские интерпретации» обращаются к состоянию жертвы

ношение имеет свои последствия на всех уровнях: уровне личности пострадавшего, уровне микросоциума (семья и социальная сеть), уровне «профессиональных помощников» (сотрудники социальных и психологических служб), уровне общества.

Уровень личности

Уровень личности. Если человек занимает позицию жертвы с типичными для нее пассивностью и чувствами беспомощности и безнадежности, то нарушается естественный процесс восстановления физических и душевных сил. Со временем у человека формируются новые потребности и ожидания: позиция жертвы из пассивной трансформируется в активную и даже агрессивную: человек направляет всю свою активность в одно русло – «отстаивание своих прав в качестве «жертвы» [7]. Вербализация данной позиции звучит примерно так: «Я – жертва. Мои страдания уникальны. Я так слаб и беспомощен, что все должны жалеть меня и помогать мне».

Уровень микросоциума

Уровень микросоциума. Ближайшее окружение (члены семьи) сначала, как правило, обеспечивают жертве гиперопеку, но постепенно либо начинают относиться как к «неполноценному человеку»*, либо испытывают глухое раздражение. Еще сложнее обстоит дело с членами социальной сети (друзья, коллеги): длительное присутствие пострадавшего (особенно, если он привык к позиции жертвы) вызывает у них сложные и противоречивые чувства: оно напоминает о ненадежности мира, а значит, – об их собственной уязвимости и смертности, «наносит удар по вере людей во власть человека над собственной жизнью. Жертвы – это члены общества, чьи проблемы представляют собой постоянное напоминание о страданиях, гневе и боли мира, что все остальные стремятся забыть» [8]. Результат нетрудно предсказать: окружающие «отодвигаются», стараются любой ценой избежать контакта с жертвой, а пострадавший испытывает разрушительные чувства «отверженности», обиды или злости на весь мир. Сгущение этих «ядовитых чувств» приводит к негативному отчуждению человека от мира людей и его маргинализации.

Уровень общества

Уровень общества. Сразу после несчастья многочисленные государственные и негосударственные организации стремятся оказать пострадавшим моральную и материальную поддержку. Однако время идет, в об-

* Нам часто доводилось встречаться с социальными страхами клиентов: «Вдруг узнают, что я бываю у психолога, и посчитают меня ненормальным?»

щество возникают новые проблемы, и поток помощи постепенно иссякает. Пострадавшим, которые успели привыкнуть к исключительности своего положения, отвыкание от повышенного внимания дается чрезвычайно тяжело и болезненно. Возникают дополнительные психологические и социально-психологические проблемы.

Из экстремальных ситуаций, в которых нам довелось работать, весь этот комплекс проблем наиболее ярко проявился в Беслане. Сначала хлынувшая со всего мира помощь привела к напряженному противостоянию в сообществе: город разделился на «пострадавших» и «непострадавших». Затем, когда помощь начала сокращаться, для жертв наступило время болезненного недоумения и обид: успев привыкнуть к вниманию, помощи, материальным благам, они теперь чувствуют себя «брошенными», несправедливо забытыми государством.

Уровень специалиста

Если же говорить об уровне специалиста, исповедующего подходы «лечения» или «социального или психологического обеспечения», то лучше всего воспользоваться блестящей характеристикой Э. Фромма: «Они вовлечены во всеобщий процесс отчуждения. Пациент воспринимается ... как вещь, как нечто, состоящее из частей. Некоторые части сломались и требуют замены, подобно деталям автомобиля. Существуют такие-то и такие-то поломки: их называют симптомами. Терапевт считает своей функцией заменить или отремонтировать эти сломанные «детали». Он не рассматривает своего пациента как целостное уникальное единство, которое можно понять полностью только в акте абсолютной связи с ним, в акте сопереживания и любви» [9].

Посттравматические состояния – нормальная реакция личности на ненормальные условия бытия

Кратко охарактеризовав особенности медицинского подхода и его социально-психологические последствия, перейдем к анализу подходов психологических. В большинстве из них отношение к «болезненным проявлениям травмированной психики» значительно изменилось под влиянием исследования кризисных состояний и предельных, или «пиковых», переживаний*. Сегодня большинство психологов рассматривают *посттравматические состояния как нормальную реакцию личности на ненормальные условия бытия*. Хо-

* Понимая, насколько психологу важно «не перепутать» эти проявления, С. Гроф помещает в своей монографии специальную таблицу, которая помогает отличить психическую болезнь от болезненно протекающего процесса кризиса [10].

тя это не мешает представителям различных терапевтических школ по-разному понимать природу «дефекта» и создавать различные модели помощи.

Так, в *психоаналитических подходах* последствия экстремальных ситуаций рассматриваются через призму концепции травмы*. Согласно этим представлениям, травма разрушает всю адаптационную систему личности (в том числе и «контейнер» бессознательных установок) и как бы «перерезает» сложившиеся в сознании человека в ходе социализации оппозиции «Я – не Я», «Мы – Они». В результате без защитного контейнера остается весь опыт пережитых в течение жизни травм. Они «оживают» вместе с архаическими защитами** и продуцируют то, что медики называют «психопатологическими симптомами»: тревогу отделенности (как бессознательную память о переходе из материнского лоно в мир)***, регрессивное состояние «испуганного ребенка», диссоциацию и расщепление. Заметим, что для аналитика все эти проявления архаических защит – не «болезнь», а адаптивная попытка психики справиться с травмой» [11].

В соответствии с таким пониманием «дефекта» основной психологической помощи становятся отношения «терапевт–пациент»: главное (особенно при травматической регрессии) создать «рабочий альянс» – доверительные, поддерживающие отношения психолога и пациента, напоминающие отношения «достаточно хорошей мамы с ребенком» [12]. Психолог обеспечивает безопасность, заботу, а также выполняет функцию «контейнирования» (термин В. Бийона), то есть становится своеобразным «вместилищем», в которое пациент «сбрасывает» свои невыносимые чувства для того, чтобы специалист «выдержал их», преобразовал и в

* Понятие «травма» позаимствовано из хирургической медицины, где означает «шок со взломом». В психологию введено З. Фрейдом, который рассматривал психическую травму как «результат прорыва в психическом стимульном барьере».

** *Архаический* – древний, старинный. Архаические страхи напоминают образы снов или фильмов ужасов, где действуют «демонические силы»; по своей разрушительности близки к страхам первобытного человека (Дж. Калшед).

*** Напомним, что первой травмой в психоанализе считают «травму рождения» (В. Райх), которую младенец переживает как «изгнание из Рая стабильности, надежности, безопасности и взаимного слияния» и столкновение с «разочаровывающей реальностью», угрожающей самому его выживанию в мире.

Современный
психоанализ:
травма и холдинг

Отношения
«терапевт –
пациент»

Поведенческие подходы: болезненное поведение и его исправление

доступной форме «вернул пациенту». В пространстве таких отношений пострадавший прорабатывает хаос «взорванного травмой внутреннего мира», а значит, — шаг за шагом преодолевает травму и укрепляет свое Я*.

Поведенческие психологи, как известно, не удаляют вниманием внутренний мир личности. «Целое», с которым они работают, — поведение, на нем они и фокусируют внимание. Однако «призрак болезни» присутствует и в этом подходе: последствия экстремальной ситуации трактуются как «болезненное поведение», а основная цель помощи состоит в «устранении болезненного поведения». Поскольку поведенческие психологи считают поведение результатом научения, то и стремятся адаптировать человека к его жизненной ситуации, используя для этого «терапевтическое обучение на основе подкрепления».

В последнее время в поведенческой психологии стали учитывать возможность трансформации травмирующего стимула из внешнего во внутренний. В этом случае пациента обучают контролю над своими чувствами (считается, что это снижает вероятность проявления болезненных реактивных форм поведения). Соответственно техники и методы направлены либо на обучение новым формам поведения, либо на «угашение» непродуктивных: человека побуждают конфронтировать с травматичной для него ситуацией до тех пор, пока реакции не станут «привычными», применяют приемы биологической обратной связи и техники релаксации, помогающие дезактивировать возбуждение, возникшее в результате травмы [14].

Помощь считается успешной, если поведение нормализуется и приближается к заранее определенным целям. Несомненно, в процессе поведенческой терапии у пострадавшего исчезают отдельные симптомы: он осваивает приемы совладания, становится более спокойным и удобным для окружающих, — одним словом, более адаптированным.

Если бы дело обстояло только в «навыках»... Пользуясь категориальным аппаратом поведенческой психологии невозможно объяснить такие феномены посттравматического состояния, как утрата способности устанавливать доверительные отношения с окружаю-

* Принято упрекать психодинамическую терапию в излишней длительности. Однако сегодня на основе психоаналитических идей созданы методы краткосрочной терапии, концентрирующейся на травматической регрессии, и поддерживающая терапия [13].

Поведенческие критерии успешности психологической помощи

щими людьми, чувство отъединенности от людей и от окружающего мира, ощущение себя «не таким» (неуверенным, никчемным и отвергнутым), приступы самоуничижительных мыслей и саморазрушающие поступки. Впрочем, все эти феномены и не входят в сферу интересов поведенческих психологов.

Несколько ближе к пониманию особенностей «травмированной личности» приблизились *когнитивные психологи*. Для интерпретации психологических последствий экстремальной ситуации они обращаются к таким понятиям, как «личностные конструкты» (Дж. Келли), «когнитивные схемы» (А. Эллис и У. Драйден) и даже «личностные концепции мира» (С. Эпштейн, Р. Янофф-Бульман).

Если в «классических вариантах» когнитивной терапии (Дж. Келли, Ф. Франселла, Д. Баннистер, А. Эллис, У. Драйден) психолог ориентировался на рациональный уровень и достаточно прямолинейно работал с «ложными иррациональными убеждениями», то у современных когнитивистов речь идет уже о *когнитивно-аффективных комплексах*, которые формируются в ходе онтогенеза и служат для обработки поступающей извне информации [15].

Основанная метафора концепции С. Эпштейна – «сердце и голова»: он учитывает, что люди постигают реальность двумя основными способами: эмпирическим (живой опыт) и рациональным, и наиболее важным из них считает «живой опыт». Информация, которую человек освоил в живом опыте, «эмоционально заряжена» и фиксируется более прочно, чем полученная в результате интеллектуальных действий. Она становится основой личностной теории реальности*, включающей два основных блока: теорию собственно «Я» и теорию окружающего мира, а также репрезентации отношений между «Я» и миром.

С. Эпштейн выделяет четыре базисных убеждения, которые лежат в основе личностной теории реальности: 1) о доброжелательности (недоброжелательности) окружающего мира; 2) о справедливости (несправедливости) мира; 3) о возможности или невозможности доверять окружающим; 4) о собственной значимости (или наоборот). Если эти убеждения позитивны, они

* По С. Эпштейну, в основе конструируемой человеком теории реальности лежат схемы, сформировавшиеся в результате генерализации эмоционально значимого опыта взаимодействия с миром. Они проявляются в поведении автоматически и предшествуют произвольным рациональным процессам.

Когнитивные подходы: разрушение базисных убеждений и их восстановление

Метафора «сердце и голова»

обеспечивают человека чувством защищенности, доверия к миру, собственной неуязвимости и поддерживают его душевное равновесие*.

Идеи С. Эпштейна получили дальнейшее развитие в практико-ориентированных исследованиях Р. Янофф-Бульман [16]. Она выдвинула предположение, что при столкновении с «недоброжелательным лицом мира» человек ощущает свою уязвимость и беспомощность и теряет иллюзии, что частично или полностью разрушает его базисные убеждения и приводит к дезинтеграции личности. Это теоретическое положение полностью подтвердили как результаты эмпирических исследований самой Р. Янофф-Бульман (она изучила особенности содержательных характеристик каждого из базовых убеждений у людей, переживших и не переживших экстремальную ситуацию), так и данные других психологов: базисные убеждения тех, кто имел в анамнезе сильные психические травмы, и тех, кто их не имел, значительно различаются**.

Таким образом, был сделан вывод о том, что полученная в экстремальной ситуации психологическая травма разрушает «концепцию мира» личности.

Исходя из такого понимания последствий травмы, стратегическая цель психологической помощи понимается как восстановление базисных убеждений личности. Преодолеть последствия травмы, — считает Р. Янофф-Бульман, — значит «построить мост между двумя полюсами: на одном полюсе находятся старые, комфортные для личности конструкты, которые оказались в экстремальной ситуации иллюзией; на другом — страшный опыт виктимизации, содержащий в себе ужас и бессмысленность». Исследовательница не только выдвинула эту идею, но и детально описала три основных этапа восстановительного процесса. В случае их успешного прохождения осуществляется реконструкция базисных убеждений: они качественно изменяются, но восстанавливаются не полностью, а лишь до

* Имплицитная концепция мира большинства взрослых здоровых людей такова: «В этом мире хорошего гораздо больше, чем плохого. Если что-то плохое и случается, то это бывает, в основном, с теми, кто делают что-то не так. Я хороший человек, значит, я могу чувствовать себя защищенным от бед» (Р. Янофф-Бульман).

** По данным Б. Брукс, изучившей последствия сексуальных травм у студенток, более половины из них отмечают чувство пустоты, одиночества, стремление к саморазрушающему поведению, враждебность и неспособность доверять другим, отрицание женственности и сексуальные проблемы [17].

Концепция мира личности под воздействием травмы

определенного уровня, освобождающего человека от иллюзии собственной неуязвимости. Картина мира индивида, пережившего психическую травму и успешно совладавшего с ней, примерно такова: «Мир доброжелателен и справедлив ко мне. Я обладаю правом выбора. Но так бывает не всегда»^{*}.

Представители экзистенциально-гуманистического подхода [18] рассматривают последствия экстремальной ситуации в более широком контексте отношений человека с миром. Они справедливо считают, что в экстремальной ситуации «помимо физических, нервных и эмоциональных травм угрозе подвергается наше право на жизнь, на личное благополучие. Возникает ощущение, что мир (включая людей) не оказывает значительной поддержки человеческой жизни в целом. Разрушается само наше представление о существовании. Существование в этом смысле включает все значимые структуры, которые свидетельствуют о том, что мы являемся ценной и жизнеспособной частью матери жизни» [19].

Исходя из такого представления, «дефект» здесь описывается в терминах «отчуждение от себя и мира» (Т. Грининг), «утрата смысла» (В. Франкл), «экзистенциальный кризис» (Дж. Бьюдженталь, И. Ялом). Важно, что последствия экстремальной ситуации рассматриваются во временной перспективе, — как период жизненного кризиса, «исход» которого зависит от того, как его переживет человек, какую внутреннюю работу он осуществит.

В новом контексте теряют свой устрашающий смысл и «посттравматические феномены». Они предстают как «тяжелые переживания», которые сопутствуют глубинному личностному кризису^{**}: мучительный внутренний разлад человека с самим собой и окружающим его миром, «внутренняя направленность деятельности» (Р. Ассаджиоли), «обращение внутрь себя».

С изменением представления о «дефекте» изменяется отношение к пострадавшему и понимание целей помощи. Стратегической целью психологической по-

^{*} Достаточно подробное изложение концепции Р. Янофф-Бульман русскоязычный читатель может найти в статьях сотрудников лаборатории психологии посттравматического стресса и психотерапии ИП РАН (М. Падун, Н. Тарабрина и др.).

^{**} Они свойственны любому глубинному личностному кризису, будь то «травматический кризис» или «духовное пробуждение» (Р. Ассаджиоли, Ф.Е. Василюк, С. Гроф, Э. Эриксон и др.).

мощи становится *восстановление целостности* (ис-целение) личности. Исцелить, восстановить предполагается не только душу, но и отношения человека с миром, осмысленность его жизненного пути, способы бытия (Дж. Бьюдженталь, В. Франкл). Психологу предписывается сначала стать «восстановителем» внутреннего мира, а затем – посредником между человеком и миром, «спутником в нелегком пути». Не случайно Р. Мэй сравнивает его с Вергилием, спутником Данте в его символическом путешествии, описанном на страницах «Божественной комедии»: «Терапевт сопровождает клиента в ад, проводит его через чистилище, и приводит его к вратам рая. ... Когда Данте боится продолжать свое путешествие, Вергилий, его проводник, подбадривает его: «Я не оставляю тебя блуждать по этой преисподней одного».

В процессе взаимодействия с клиентом экзистенциальные психологи апеллируют к «высшим уровням личности» (смыслы, выборы, воля), поощряют пострадавшего быть равнодушным к собственной жизни, стимулируют его активность и ответственность, помогают пересмотреть свои взаимоотношения с миром и найти более эффективный способ существования. Здесь подразумевается не пассивная жертвенность и беспомощность, а стремление осмыслить свое бытие, пересмотр ценностных ориентиров, поиск новых форм самореализации.

С высот теории к
реалиям практики

Однако придется сделать отступление от теории к реалиям практики. А она показывает, что, несмотря на привлекательность идей экзистенциально-гуманистической терапии, на начальных этапах работы с людьми, пережившими экстремальную ситуацию, эта модель психологической помощи (по крайней мере, в том виде, как она представлена в теоретических работах ее создателей) неприемлема: если речь идет о раке, изнасиловании и бомбежках, вариант «Хочешь быть счастливым – будь им» ... не годится.

Обращение к текстам, представляющим реальную практику экзистенциальных терапевтов [22], позволило обнаружить интересный факт: на начальных этапах практика работы с клиентом отнюдь не соответствует провозглашаемому теоретическим позициям. Она уди-

* Такой вывод нам позволяет сделать анализ как собственной практики, так и публикаций психологов, имеющих опыт работы с людьми, пережившими экстремальную ситуацию [20]. Показательно, что в фундаментальном руководстве, обобщающем мировой опыт терапии ПТСР, отсутствует даже упоминание об экзистенциальной терапии. См.: [21].

вительно напоминает психоаналитическую модель работы с травмой: то же внимание к созданию терапевтического альянса, поддержка, проработка травматических переживаний и т.д. Такое несовпадение теории и практики становится понятным, если вспомнить, что большинство из «столпов» экзистенциальной терапии (В. Франкл, Р. Мэй, И. Ялом) начинали свой профессиональный путь как психоаналитики и лишь позднее приняли экзистенциальные представления о мире и человеке. В снятом виде достижения психоанализа они и перенести в практику своей работы.

Осмыслить соотношение «теоретических манифестов» психологов и реалий их практики – чрезвычайно интересная проблема, но нам пора завершать статью и подводить итоги.

Что для теоретика –
концептуальная
рамка, то для
практика – шаблон

Теоретический анализ основных подходов к проблеме «человек в экстремальной ситуации» позволил выявить широкий спектр интерпретаций феноменологии экстремальной ситуации: от медицинской до экзистенциальной. В зависимости от теоретической рамки изменяется представление о «дефекте» и о необходимой и достаточной помощи человеку, пережившему экстремальную ситуацию.

Если для теоретиков «понятийные разногласия» обобщаются научными спорами и конфликтом интерпретаций, то для практика интерпретационный стереотип (или шаблон), которому он сознательно или неосознанно следует, имеет более кардинальные следствия: он существенно влияет на каждый из компонентов психологической практики – от него зависит занимаемая психологом по отношению к клиенту позиция, определение целей помощи, а значит, и стратегия и тактика ее оказания.

Если практик принимает объектные по своей сути подходы (либо медицинский, либо «социальное и/или психологическое обеспечение»), он будет поддерживать в пострадавшем «позицию жертвы»; если когнитивно-поведенческий – будет адаптировать; если же он осмысленно выберет помощь человеку в его «исцелении и возвращении в мир людей», – то займется медленной, кропотливой работой по ресоциализации личности: от создания доверительных отношений в системе «психолог – клиент» – к реконструкции картины мира личности, а затем к возвращению человека в мир

* Осмысление проблемы «теоретических манифестов» и практической работы – проблема для дальнейшего осмысления.

людей как личности и творца своей жизни. Такую работу сегодня принято называть сопровождением.

1. Александровский Ю.А., Щукин Б.П. Психологические расстройства во время и после стихийных бедствий и катастроф // Журнал невропатологии и психиатрии. 1991. № 5. С. 39–43; Пуховский Н.Н. Психопатологические последствия чрезвычайных ситуаций. М., 2000; Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние и проблемы // Психологический журнал. 1992. № 2. С. 14–25; Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / Под ред. Э. Фoa, Т. Кина, М. Фридмана. М., 2005. С. 28–50.

2. Green B. L, Lindy J., Grace M., Gleser G. Multiple diagnoses in posttraumatic stress disorder: The role of War stressors // J. Nerv. Ment. Dis., 1989. V. 77. P. 329–335; Van der Kolk B. The trauma spectrum: The interaction of biological and social events in the genesis of the trauma response // J. of Traumatic Stress. 1988. № 1. P. 273–290.

3. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. СПб.; Женева, 1995.

4. Green B. L, Lindy J., Grace M., Gleser G. Multiple diagnoses in posttraumatic stress disorder: The role of War stressors // J. Nerv. Ment. Dis., 1989. V. 77. P. 329–335; Van der Kolk B. The trauma spectrum: The interaction of biological and social events in the genesis of the trauma response // J. of Traumatic Stress. 1988. № 1. P. 273–290; Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб., 2001.

5. Грининг Т. Посттравматический стресс с позиций экзистенциально-гуманистической психологии // Вопросы психологии. 1994. № 1. С. 93.

6. Филатов Р. Феномен болезни в различных системах знаний // Московский психотерапевтический журнал. 2002. № 2. С. 5–33.

7. Мухина В.С. Возможность возникновения комплекса «жертвы» у пострадавших от аварии на ЧАЭС // Чернобыльская катастрофа: диагностика и медико-психологическая реабилитация пострадавших. Минск, 1993. С. 34–38.

8. Макфарлейн А., Ван дер Колк Б. Травма и ее вызов обществу // Московский психотерапевтический журнал. 2003. № 1. С. 7–30.

9. Фромм Э. Догмат о Христе. М., 1998. С. 166.
10. Гроф С. Неистовый поиск себя. М., 1997. С. 322–323.
11. Калшед Дж. Внутренний мир травмы: Архетипические защиты личностного духа. М., 2001; Кадлер Х., Блэнк А., Крапник Д. Психодинамическая терапия // Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / Под ред. Э. Фoa, Т. Кина, М. Фридмана. М., 2005. С. 212–238.
12. Винникотт Д. Игра и реальность. М., 2002.
13. Люборски Л. Принципы психоаналитической психотерапии: Руководство по поддерживающему экспрессивному лечению. М., 2003.
14. Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. СПб., 2005. С.206–216.
15. Epstein S. Cognitive experiential self-theory // Handbook of personality: theory and research. / In L.F. Pervin (Ed.) N.-Y., 1990. P. 165–192; Janoff-Bulman R. Shattered assumptions: Toward a new psychology of trauma. N.-Y., 1992; Падун М., Тарабруна Н. Психическая травма и базисные когнитивные схемы личности // Московский психотерапевтический журнал. 2003. № 1. С. 121–141.
16. Janoff-Bulman R. Shattered assumptions: Toward a new psychology of trauma. N.-Y., 1992.
17. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М., 1995. С. 169.
18. Бьюдженталь Дж. Предательство человечности: миссия психотерапии по восстановлению нашей утраченной идентичности // Эволюция психотерапии: В 3 т. М., 1998. Т. 3. С.180–207; Грининг Т. Посттравматический стресс с позиций экзистенциально-гуманистической психологии // Вопросы психологии. 1994. № 1. С. 92–96; Мэй Р. Открытие бытия. М., 2004; Франкл В. Человек в поисках смысла. М., 1990; Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. М., 1998.
19. Грининг Т. Посттравматический стресс с позиций экзистенциально-гуманистической психологии // Вопросы психологии. 1994. № 1. С.94.
20. Приведем лишь небольшую часть этих работ: Василюк Ф.Е. Пережить горе // О человеческом в человеке / Под ред. И.Т. Фролова. М., 1991. С. 230–247; Владиславова Н.В. Психологическая работа с клиентом на войне и в послевоенный период // Антология тяжелых переживаний / Под ред. О.В. Красновой. М., 2002. С. 136–152; Гнездилов А.В. Психология и психо-

терапия потерь. СПб., 2002; *Осухова Н.Г.* Между поддержкой и доращиванием: психологическое сопровождение подростков, переживших насилие // Развитие личности. 2003. № 4. С. 153–166; 2004. № 1. С. 176–189; *Осухова Н.Г.* Частный случай на фоне общей трагедии // Психология зрелости и старения. 2004. № 4. С. 99–109; Травма и психологическая помощь / Под ред. Н.И. Сарджвеладзе. М., 2005.

21. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / Под ред. Э. Фoa, Т. Кина, М. Фридмана. М., 2005. С. 212–238.

22. *Ялом И., Элкин Дж.* Хроники исцеления: Психотерапевтические истории / Пер. с англ. М., 2005.

