Модель экстренной психологической помощи[\*](https://psyjournals.ru/nonserialpublications/cepp/contents/45300#sponsoredby)

[Миллер Л.В.](https://psyjournals.ru/authors/2131)

Общая информация

\* В данной статье представлена часть работы Миллер Л.В., Вихристюк О.В. «Создание модели службы психологической помощи в экстремальных и чрезвычайных ситуациях», выполненной при поддержке Департамента образования г. Москвы (в рамках Инновационной образовательной программы "Формирование системы психологического образования в университете как базовом ресурсном центре практической психологии". Проект 2.3.4.8. «Экстремальная психология».). МГППУ, 2008.

**Тип материала:** научная статья

**Для цитаты:** *Миллер Л.В.* Модель экстренной психологической помощи // Теоретические и прикладные аспекты деятельности Центра экстренной психологической помощи МГППУ.

 Копировать для цитаты

Фрагмент статьи

Модели относятся к числу основных и наиболее эффективных инструментов науки и практики, так как дают возможность целостного отображения изучаемого явления. В зависимости от задач исследования модель понимается как: 1) описание, схема, изображение некоего процесса, явления или объекта (в данном случае вида профессиональной деятельности); 2) целостная система взаимосвязанных элементов;  3) мини-теория; 4) четкая пошаговая схема действий. Любая потенциально полезная модель включает в себя множество взаимосвязанных элементов [2; 7; 23].  Требования к модели: оптимальность: в модели можно представить только те свойства и отношения, значение которых определяет ход деятельности; наглядность; зависимость от задач; учет закономерностей, социо-культурной специфики, психофизиологических  и других характеристик. Модели подразделяются на статические, динамические, функциональные и другие.

<...>

Полный текст

Модели относятся к числу основных и наиболее эффективных инструментов науки и практики, так как дают возможность целостного отображения изучаемого явления. В зависимости от задач исследования модель понимается как: 1) описание, схема, изображение некоего процесса, явления или объекта (в данном случае вида профессиональной деятельности); 2) целостная система взаимосвязанных элементов;  3) мини-теория; 4) четкая пошаговая схема действий. Любая потенциально полезная модель включает в себя множество взаимосвязанных элементов [2; 7; 23].  Требования к модели: оптимальность: в модели можно представить только те свойства и отношения, значение которых определяет ход деятельности; наглядность; зависимость от задач; учет закономерностей, социо-культурной специфики, психофизиологических  и других характеристик. Модели подразделяются на статические, динамические, функциональные и другие.

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

Модель экстренной психологической помощи, предлагаемая в данной статье, на первый взгляд, имеет статический вид. Эта модель начинает работать (становится динамической, когда все компоненты системы начинают взаимодействовать) в конкретном случае, т.е. когда известна ситуация, состояние и другие характеристики клиента, задачи и многое другое, определяющее методы диагностики и оказания помощи. Методы  психологической помощи  зависят от множества факторов как субъективного, так и объективного характера: индивидуально-психологических особенностей, жизненного опыта, состояния личности (или группы), принадлежности к той или иной социальной группе (возрастной, этнокультурной и др.), характера и тяжести события,  времени, прошедшего с момента травматического события и многого другого. Это находит свое отражение в том, что раз и навсегда заданного пути организации экстренной психологической помощи нет. С другой стороны, следует отметить, что в экстремальных ситуациях следует придерживаться четких алгоритмов работы (в данной статье не приводится описание особенностей алгоритма действий в конкретных случаях). Работы, в которых дается описание  специфики психологической помощи в конкретном случае (например, в случае определенного вида насилия, потери близкого человека и других  психотравмирующих ситуаций), алгоритмов действий  с учетом многих характеристик, которые помогают не только оказать действенную помощь, но и сохранить здоровье психолога, описание конкретных методов и результатов оказания этой помощи, представляют большую ценность для науки и практики (хотя нельзя сказать, что их достаточно). Ценность же предлагаемой модели заключается в том, она включает значимый набор компонентов (в статье используется дальше термин «критерии»), что, с одной стороны, усложняет эту модель, с другой, -  создает более целостное представление об экстренной психологической помощи[[1]](https://psyjournals.ru/nonserialpublications/cepp/contents/45300%22%20%5Cl%20%22_ftn1%22%20%5Co%20%22).

**Критерии модели деятельности специалистов, оказывающих экстренную психологическую помощь**

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

* Понимание, цели экстренной психологической помощи (ЭПП).
* Межведомственное взаимодействие.
* Функции и внутригрупповое взаимодействие специалистов службы ЭПП.
* Контингент (лица, которым оказывается ЭПП).
* Место деятельности специалистов, оказывающих экстренную психологическую помощь.
* Сферы воздействия, проблемы, с которыми работают психологи, оказывающие ЭПП.
* Длительность и частота контакта психолога с клиентом.
* Методы, используемые специалистом.
* Этапы  оказания ЭПП.

**Описание критериев модели экстренной психологической помощи**

***Понимание, цели  экстренной психологической помощи (ЭПП)***

Серьезный вклад в исследование проблемы экстренной психологической помощи внесли специалисты, чья профессиональная деятельность связана с оказанием  помощи в условиях ЧС, пострадавшим в ЧС, лицам в кризисных ситуациях и, в более широком контексте, лицам, пережившим психотравмирующие события.

Экстренная психологическая помощь оказывается в случае, когда в результате   кризисной ситуации или психотравмирующих событий возникли такие изменения в психической деятельности, которые, вызывая дезадаптацию личности, нарушают функциональное состояние личности, процессы целеполагания и контроля, возможность принятия решений, регуляции эмоционального состояния.

Под ***экстренной психологической помощью*** понимается система краткосрочных мероприятий, направленных на регуляцию актуального психологического, психофизиологического состояния и негативных эмоциональных переживаний человека или группы  людей, пострадавших в результате кризисного или чрезвычайного события при помощи профессиональных методов, соответствующих требованиям ситуации [ЦЭПП МЧС РФ, 25]. Основными целями кризисного вмешательства являются стабилизация состояния пострадавших, снятие или уменьшение острых симптомов дистресса и восстановление независимого функционирования [Федунина Н.Ю., 31].

К необходимости привлечения психологов в ЧС с целью оказания экстренной психологической помощи приходили постепенно. Процессу становления и развития служб экстренной психологической помощи посвящена статья Н.Ю. Федуниной, в которой приводится результат обзора и анализа зарубежной литературы по данной проблеме [31]. Трагические события массового масштаба привели к осознанию позитивной роли психологов в предотвращении и снижении негативных последствий ЧС для психического здоровья людей, переживших такие катастрофы. Так, Л. Крок, указывая на необходимость организации службы ранней психологической помощи, отмечает, что пострадавшие, получившие психологическую помощь на ранних этапах непосредственно на месте события, значительно меньше страдают от психических осложнений [10].

Принципы оказания специализированной помощи при ЧС отражены в документе,  определяющем порядок межведомственного взаимодействия при оказании специализированной психотерапевтической, психологической и психиатрической помощи при ЧС [22]. Это принципы: 1) неотложности; 2) предвидения дальнейшего развития расстройств (патогенетический принцип); 3) пролонгированности специализированной помощи; 4) этапности и преемственности; 5) ведомственной компетенции и межведомственной координации; 6) целесообразности; 7) территориальности; 8) очередности оповещения; 9) предупреждения негативных последствий для качества специализированной помощи из-за стрессовых расстройств и заболеваний среди специалистов, оказывающих помощь.

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

***Межведомственное взаимодействие***

Если говорить об оказании ЭПП в ЧС, то с учетом характера и степени тяжести поражения пострадавших определена очередность подключения различных специалистов к оказанию помощи в г. Москве [22]. В первую очередь начинают работать *специалисты органов внутренних дел,  ГО и ЧС.*Их действия направлены на установление правопорядка, спасение людей, предупреждение развития факторов ЧС и их дальнейшего воздействия на пострадавших. К оказанию  медицинской помощи подключаются врачи (*Департамент здравоохранения г. Москвы)*.  *Департамент социальной защиты населения г. Москвы* решает вопросы социального плана.  В случае угрозы психическому и психологическому здоровью пострадавшего подключаются психотерапевты и психологи *МЧС*,  *Департамента здравоохранения, Департамента семейной и молодежной политики,  Департамента образования г. Москвы.*

*В системе Департамента образования г. Москвы Служба ЭПП* включает в себя: Школьные бригады специалистов экстренной помощи (антикризисные бригады); Антикризисные и реабилитационные подразделения на базе окружных и районных Центров психолого-медико-социальной помощи; Центр экстренной психологической помощи МГППУ; Научно-практический центр «Психология экстремальных ситуаций» (ныне лаборатория «Психологическая безопасность образовательной среды и психологическое обеспечение деятельности в экстремальных ситуациях») Психологического института  Российской Академии образования [5].

***Функции и внутригрупповое взаимодействие специалистов службы ЭПП***

Бригада специалистов, оказывающих экстренную психологическую помощь в сложной ситуации, должна представлять относительно устойчивый коллектив взаимодополняющих друг друга единомышленников, прошедших соответствующую профессиональную подготовку. В состав бригады должны входить психологи и врачи. Она должна быть представлена мужчинами и женщинами. Число бригад и количество специалистов должно определяться с учетом ситуации и возможных реакций, требующих неотложного одновременного психологического вмешательства. Число бригад должно быть достаточным для обеспечения сменного графика работы [Бойко Ю.П., 4; Довженко Т.В., 9; Храмелашвили В.В., 36].

Специалисты служб ЭПП       выделили, систематизировали и описали направления деятельности бригад экстренной психологической помощи  [Никитина Т.Н., 19;  Ляшенко А.И., Тиунов С.В.,  Шатило В.Н., 13]. Направления работы и согласование функций: 1) Организация работ: принятие решения (совместно с руководством) о выезде, о составе группы, графике работы, координации деятельности специалистов, организации работы Телефона доверия в ситуации ЧС; 2) Оказание экстренной психологической помощи людям, пострадавшим в результате события: консультации родственников, а также лиц, на которых событие оказало косвенное воздействие психотравмирующего характера; 3) Диагностика состояний специалистов, рекомендации, оказание необходимой  психологической и психотерапевтической помощи; 4) Обобщение и анализ информации, полученной в ходе работ по оказанию экстренной психологической помощи,  прогнозирование возникновения у населения отсроченных стрессовых реакций, а также информирование местных специалистов    относительно стратегий и способов дальнейшей работы с пострадавшими [13, 19].

Следует отметить, что направления деятельности и, соответственно, функции будут отличаться в зависимости от специфики, обусловленной ведомственной принадлежностью службы, ее целей, задач.

***Контингент (лица, которым оказывается ЭПП)***

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

 *В ситуации ЧС экстренная психологическая помощь оказывается* [22]:

* лицам, непосредственно пострадавшим при нештатных и чрезвычайных ситуациях, в том числе раненым и больным;
* родным и близким пострадавших и  населению, находящемуся непосредственно в зоне нештатных и чрезвычайных ситуаций или вне нее;
* очевидцам события, которые также могут получить психологическую травму;
* сотрудникам служб, осуществляющим в зоне нештатных и чрезвычайных ситуаций спасательные и иные работы; медицинским работникам, оказывающим помощь пострадавшим как в зоне нештатных и чрезвычайных ситуаций, так и в лечебных учреждениях; сотрудникам социальных и психологических служб, участвующим в устранении последствий чрезвычайных ситуаций;
* лицам, не находившимся в зоне нештатных и чрезвычайных ситуаций и не занятым в оказании помощи пострадавшим, у которых развились те или иные отклонения в состоянии психического здоровья и поведении в связи с воздействием стрессовых факторов, обусловленных информацией о ситуации (получена так называемая «вторичная травматизация»), или обострились ранее существовавшие психические расстройства, актуализировались травмы, полученные ранее.

Необходимо выявить *группу риска,* к которой  М.А. Крюкова [11] отнесла: людей, находящихся в состоянии шока, ступора; людей, у которых нет родственников, которые могли бы оказывать им поддержку; родителей, потерявших детей; людей, которые ищут своих родственников, при этом есть веские основания полагать, что они могут быть в числе погибших, людей, потерявших близкого и при этом страдающих серьезными заболеваниями, которые в сложившихся обстоятельствах могут вызвать приступ (сердечные и психосоматические заболевания).

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

Особое внимание следует уделять внимание детям, чья жизнедеятельность, вследствие трудных, кризисных ситуаций, нарушена. В соответствии с Федеральным Законом «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» комплексная помощь, в том числе психологическая,  должна быть оказана ребенку (до 18 лет), оказавшемуся  в трудной жизненной ситуации (детям, оставшимся без попечения родителей; детям - жертвам вооруженных и межнациональных конфликтов, экологических и техногенных катастроф, стихийных бедствий; детям из семей беженцев и вынужденных переселенцев; детям, оказавшимся в экстремальных условиях; детям - жертвам насилия; детям, жизнедеятельность которых объективно нарушена в результате сложившихся обстоятельств и которые не могут преодолеть данные обстоятельства самостоятельно или с помощью семьи и др.) [30].

***Место деятельности специалистов, оказывающих экстренную психологическую помощь***

В документе «Порядок межведомственного взаимодействия при оказании специализированной психотерапевтической, психологической и психиатрической помощи при ЧС в городе Москве»  дается перечисление мест деятельности специалистов, оказывающих экстренную психологическую помощь при ЧС: в зоне ЧС (внутри кольца оцепления, здесь работают сотрудники МЧС); в местах, непосредственно прилегающих к территории ЧС (в т.ч. временные и мобильные пункты помощи, места сбора родных и близких пострадавших), места траурных и следственных мероприятий;  в помещениях учреждений социальной защиты и других, выделенных для обслуживания пострадавших и членов их семей после ликвидации ЧС; в штабах по ликвидации ЧС и их оперативных отделах; в учреждениях и подразделениях участников специализированной помощи (по месту постоянной деятельности); телефон доверия, горячая линия [22].  В этом же документе указываются более конкретно зоны, в которых работают психологи и психотерапевты тех или иных ведомств. Позже должна проводиться  работа по оказанию пролонгированной психологической помощи и реабилитации.

Специалисты службы ЭПП образовательной системы также организуют и оказывают экстренную психологическую помощь в случае возникновения кризисных ситуаций в образовательных учреждениях.

***Сферы воздействия (мишень воздействия), проблемы, с которыми работают психологи, оказывающие ЭПП***

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

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

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

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

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

В случаях объединения пострадавших людей в малые или большие группы, при  определенном стечении обстоятельств, могут возникнуть массовые психические явления – заражение, паника, слухи. Для того чтобы управлять этими явлениями, специалист, оказывающий помощь в экстремальных условиях, должен владеть хорошими знаниями во всех областях психологии, в том числе, в области социальной, возрастной, экстремальной психологии, психологии труда, психиатрии и др.

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

***Время, прошедшее с момента события, длительность и частота контакта психолога с клиентом***

* Первичный  период (во время события и ближайший период после него) - работа с первичными дезадаптивными реакциями. ЭПП оказывается по мере необходимости в период работы бригады психологов с пострадавшим. По частоте помощь может варьироваться от разовой и кратковременной до систематической или даже, в случае необходимости, непрерывной (например, до снятия неопределенности ситуации, связанной с вероятностью гибели близкого человека, и после, если она подтверждается).
* Пролонгированный период (спустя некоторое время, например, спустя месяцы, годы)  -  работа с травмой, с отсроченными дезадаптивными реакциями. Психологическая помощь в данном случае осуществляется пошагово, имеет более длительный, пролонгированный характер.

***Методы, используемые специалистом***

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

Возьмем за основу время, прошедшее с момента травматического события и рассмотрим методы оказания психологической помощи. По фактору времени, прошедшего с момента трагического события **методы**, используемые для оказания психологической помощи лицам, пережившим психотравмирующие события, условно можно разделить на группы: 1)  во время события и в ближайшее время после него (работа с первичными дезадаптивными реакциями на событие); 2) на отдаленных этапах (работа с травмой).

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



1) Виды экстренной психологической помощи ***во время события и в ближайшее время после него****:* экстренная «допсихологическая» помощь, психологическое сопровождение, эмоциональная поддержка; направление (ведение), управление; информирование; психологическое вмешательство (интервенция); выявление негативных социально-психологических механизмов (психическое заражение, паника, слухи) и управление ими (нейтрализация).

В первые часы и дни после события люди остро нуждаются в социальной, информационной помощи. Основные рекомендации по оказанию помощи в этот период времени заключаются в обеспечении возможности удовлетворения физических нужд, безопасности, восстановлении контакта с близкими, в обеспечении необходимой и достаточной  информацией о значимой ситуации и дальнейших действиях, а также о реакциях, возникающих в ответ на тяжелые события, «нормализации» реакций, рекомендациях не смотреть телевизионные передачи, в излишних подробностях освещающих события, в оказании помощи в принятии решений [Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., 34].

Раскроем виды помощи, способствующие нормализации реакций:

***Приемы экстренной «допсихологической» помощи***  (в том числе и самопомощи) при состояниях страха, тревоги, плаче, чувстве вины, гневе, неконтролируемой дрожи, двигательного возбуждения описаны в работах специалистов МЧС России [см. 25].

*Психологическое сопровождение; направление (ведение), управление; информирование; поддержка.*

Зачастую ЭПП предполагает такой вид профессиональной деятельности, как ***психологическое сопровождение,*** *эмоциональная поддержка* (описано в работах Битяновой М.Р.,  Деркача А.А., Никитиной Т.Н., Осуховой Н.Г., Слюсарева Ю.В. и др.).  Психологическое сопровождение, эмоциональная поддержка человека, пережившего психотравмирующее событие, представляет один из основных видов психологической помощи в сложный для человека период, когда боль от пережитого становится непереносимой. Сопровождающий временно находится рядом с пострадавшим, обеспечивает безопасность, необходимую и достаточную поддержку личности в трудных жизненных ситуациях [20]. Такое понимание психологического сопровождения говорит о воздействии в большей степени на эмоциональную сферу, благодаря чему восстанавливаются когнитивные процессы и происходит регуляция поведения. Однако в более широком контексте психологическое сопровождение включает также ведение и информирование. Разведем эти понятия для того, чтобы учесть различные, взаимосвязанные между собой, сферы воздействия (когнитивная, эмоциональная, поведенческая).

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

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

***Кризисное вмешательство.*** С одной стороны, в случае психологической помощи, психологическое вмешательство более широкий термин, чем кризисное, с другой, - уже.  Кризисное вмешательство определяется  как  экстренная и неотложная психологическая помощь, направленная на возвращение пострадавшего к адаптивному уровню функционирования, снижение негативного воздействия травматического события, предотвращение психопатологии (Everly & Mitchell,  1999). Кризисная интервенция направлена на то, чтобы сделать возможным работу над проблемой, нахождение клиентом желательного и адекватного для себя варианта исхода кризисной ситуации. Решение многих проблем невозможно решить быстро, поэтому важно выбрать направление действий и начать их осуществлять.

Термины «психологическая интервенция» и «кризисное вмешательство» (кризисная интервенция) в случае наличия события психотравмирующего характера, объединяет общая задача, заключающаяся в коррекции состояния, вызванного травматическим событием (или кризисной ситуацией). Следует стремиться к тому, чтобы клиент смог обрести контроль над ситуацией, обратиться к своим ресурсам (внутренним и внешним).

В случае чрезвычайной ситуации, внезапно возникшей трагедии, невозможна работа в рамках только одного психологического направления. В кризисной ситуации, в случае кризисного состояния, специалист, который практикует только традиционную психотерапию, не отвечает требованиям, предъявляемым к специалистам по кризисному вмешательству (одного подхода бывает недостаточно) [Хоф Л., 35]. Специалист, работающий в определенном подходе, используя техники из других направлений, увеличивает возможности в работе с клиентом.

В случае психологической интервенции, кризисного вмешательства используются не только техники разных психотерапевтических направлений, но и совсем иные отношения в системе «психолог-клиент». Зачастую люди, нуждающиеся в экстренной психологической помощи, за ней не обращаются. Установление контакта, доверия возможно тем больше, чем больше теплоты, неформальности в отношениях, исходящих от психолога. Однако даже здесь позиция психолога может варьировать от недирективной до директивной, с учетом ситуации, состояния и установок клиента.

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

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

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

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

ПСР представляет собой процесс самоуправления, самовоздействия субъекта на свое функциональное состояние  и поведение [3]. Теоретическое обоснование различных аспектов проблемы психической саморегуляции, описание различных методических приемов ее проведения можно найти в работах  В.М. Бехтерева,  Х.М. Алиева, В.А. Бодрова, Г.С. Беляева, Л.П. Гримак,  Л.Г. Дикой, Э. Джекобсона, А.Б. Леоновой, И.А. Копыловой,  А.С. Кузнецовой, Х. Линдеманна, В.С. Лобзина, В.И. Медведева, И.Г. Шульца и др. В.А. Бодров пишет, что ПСР является эффективным методом: а) снижения чрезмерно выраженной нервно-психической напряженности и эмоциональных переживаний в связи с развитием стресса; б) ускорения процесса восстановления функционального состояния при выраженной психоневротической симптоматике (нарушение сна, высокий уровень тревожности и эмоционального возбуждения, депрессивное состояние и др.); в) повышения эмоциональной и психофизиологической устойчивости организма и психики к воздействию стресс-факторов; г) развития физиологических, личностных, поведенческих ресурсов человека; д) формирования функциональной готовности к адекватному реагированию на экстремальные условия среды и чувства уверенности в успешном преодолении стресса [3].

В.А. Бодров выделяет следующие приемы ПСР: 1) формирование начальных навыков самоконтроля, управление мышечным тонусом и ритмом дыхания, самоконтроль, регуляция внимания и т.д.; 2) аутогенная тренировка (приемы самовнушения для достижения глубоких степеней аутогенного погружения и реализации самоуправляющих воздействий); 3) медитация 4) десенсибилизация (снижение крайней степени тревоги и специфических страхов (фобий); 5) когнитивное реструктурирование (изменение способов мышления для повышения самооценки, самоутверждения); 6) метод биологической обратной связи (регуляции функционального состояния путем контроля и самоуправления его физиологическими и психофизиологическими параметрами [3]. Эти приемы используются не только после травматических событий при развитии стресса, но и до событий. В особенности ими необходимо овладевать лицам, чья профессиональная деятельность осуществляется в экстремальных условиях.

Для коррекции стресса также используются внешние воздействия с использованием рефлексотерапии, музыки, библио-, аромато-, ланшафтотерапии, электрофизиологической, фармакологической, физиолого-гигиенической, физиологической регуляции (массаж, баня, душ) [3]. Впрочем, каждый человек интуитивно прибегает к «своим» способам, позволяющим ему расслабиться (прослушивание музыки, душ, активный или пассивный отдых с переключением внимания и др.)

***2) Цели и методы психологической помощи на отдаленных этапах (работа с травмой)***

 Как отмечает Л.В. Трубицина, целями психологической помощи на отдаленных этапах являются: 1) при осложнениях – возвращение к нормальному процессу переживания травмы и горя; 2) психологическая коррекция возникших в процессе переживания травмы посттравматических расстройств (ПТСР, фобий, реактивной депрессии, психосоматических нарушений, потери смысла жизни и т.д.) [30].

В данном случае психологическая помощь осуществляется с использованием различных подходов. Среди них выделяются такие классические методы, как: бихевиоральная (поведенческая) терапия, рациональная (когнитивная) психотерапия, гештальт-терапия, психодинамическая терапия, терапия внушением (гипноз и его варианты).

Синтез методов порождает новые подходы и техники: когнитивно-бихевиоральный подход, гуманистически-экзистенциальная психотерапия, интегративная (мультимодальная) психотерапия, телесно-ориентированная терапия,  нейро-лингвистический подход, арттерапия, игровая терапия. Выявлены случаи распространения травмы между поколениями, в связи с чем эффективным является системный подход. Известен также метод (скорее, техника) Десенсибилизации и переработки (травм) движениями глаз (ДПДГ), а также многие другие методы и техники.

Рассмотрим некоторые из них в связи с работой с хронической травмой.

***Когнитивно-бихевиоральная психотерапия.***  А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян выделяют три блока когнитивно-бихевиоральных подходов, существующих в настоящее время: *1) Методы, более близкие классическому бихевиоризму и основанные преимущественно на теории научения* (Павлов И.П., Бандура А., Уотсон Дж., Вольпе Д. и др.). В данном случае используются техники систематической десенситизации (десенсибилизации), конфронтации, парадоксальная интенция, техники положительного и отрицательного подкрепления, моделирования поведения, эмоционально-стрессовая психотерапия Рожнова; *2)Методы, основанные преимущественно на теории информации,* использующие принципы поэтапного построения внутренних моделей для переработки информации и регуляции поведения на их основе. Сюда относятся различные техники решения проблем (Zurilla, 1988) и техники формирования навыков совладания  (Rerun, Rokke, 1988); 3*) Методы, основанные на интеграции принципов теории научения и теории информации*, а также принципов реконструкции дисфункциональных когнитивных процессов и некоторых принципов динамической психотерапии (рационально-эмотивная психотерапия А. Эллиса и когнитивная психотерапия А. Бека), подходы В. Гвидано (Guidano, 1988) и Г. Лиотти (Liotti, 1988), а также М. Махони (Machoney, 1993).  Эти интегративные когнитивно-бихевиоральные подходы,  используя техники первых двух блоков, ставят в качестве главной задачи изменение дисфункциональных способов мышления, которые, по мнению авторов, являются источником неадекватного поведения. При этом внимание уделяется прошлому опыту, в котором сформировались представления, верования и установки, обусловливающие поток дисфункциональных (например, тревожных или депрессивных) мыслей [Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., 33 стр. 226]. А. Лазарус, разработчик краткосрочной мультимодальной психотерапии, заимствуя в работе техники из различных направлений, остается, все же, в рамках социальной и когнитивной теории научения. Он отмечает, что можно использовать техники различных школ, оставаясь в рамках одной теории [12]. По прошествии времени, при дальнейшей работе с травмой, когнитивно-бихевиральный подход является одним из ведущих.

***Психодинамическая терапия*.**  Психодинамическая терапия опирается большей частью на психоанализ, главной особенностью которого является выявление взаимосвязи невротических симптомов  с наличием травматического социального опыта в прошлом, в основном, в детском возрасте во взаимоотношениях с родителями, при взаимодействии с социумом (З. Фрейд, К. Юнг,  А. Адлер, К. Хорни, Д.В. Винникотт и др.). Понимание травмы в психоанализе можно найти у классиков, а также, например, в работе Д. Калшеда [9] и др.  Особое внимание в работе  с клиентом уделяется сопротивлению, механизмам психологической защиты, переносу, контрпереносу, возникновение и постепенное преодоление которых и дает толчок к динамическому развитию (как в системе «терапевт-клиент», так и для самого клиента). Большое значение в осознавании имеет анализ сновидений, ошибок, ситуаций, связанных с забыванием и др.

При столкновении с тяжелыми переживаниями психика мобилизует свои защиты, которые могут быть как адаптивными, так и патологическими (также защищающие психику от невыносимых переживаний, связанных с травмой, но уводящие от реальности). С психодинамической точки зрения посттравматический симптом представляет собой не просто изъян, а адаптивную попытку справиться с травмой.

О некоторых событиях человек может начать говорить, пересматривать их только по прошествии времени, спустя десятилетия после их окончания. К ним относятся, например, Первая и затем, Вторая Мировая войны, которые отразились не только на тех, кто их пережил (участников и их родственников, близких), но и на последующих поколениях. Психоанализ используется также в случае трансгенерационной передачи травмы.

В работе с травмой применяется не только длительная, но и краткосрочная (Краткосрочная психодинамическая терапия стрессового синдрома, М. Хоровитц), а также экспрессивная и поддерживающая  психодинамическая психотерапия. Среди специалистов, работающих в русле психодинамического подхода с людьми, пережившими военные и другие травматические события, можно выделить таких как Д. Боулби,  Дж. Линди, Дж. Гермэн, Л. Шенголд, А. Шутценберrер, Х.С. Кадлер, А.С. Блэнк, Дж.Л. Крапник и многих других

Рассмотрим теперь другие методы работы с людьми, пережившими психотравмирующие события. Хорошо работают *игры,  арттерапия,  метафоры* (при работе с детьми они являются основными).

***Игры*.** Игра является эффективным инструментом для работы с детьми, пережившими психотравмирующие события, такие, как:  сепарация, потеря (развод или смерть) родителей, ревность к младшим братьям сестрам, насилие, испуг и др., последствиями которых явились эмоциональные нарушения в форме тревоги, страха, агрессии, потери интереса к жизни и др. Описание использования игры с целью диагностики и психокоррекции при работе с травмой можно найти в работах  М. Кляйн, Дж. Тафт, Ф. Аллена, Г. Лэндрета, Л.Е. Хоумаер, П. Вебб,  Д.М. Леви, А.И. Захарова, И.В. Добрякова и др.

Самым лучшим учителем в том, каким образом организовывать игру, является сам ребенок. Психолог создает безопасные условия для актуализации и отреагирования травматических переживаний в ходе игры. Ребенок, управляя разыгрываемым им драматическим сценарием, обнаруживает в себе силы, ресурсы, позволяющие ему уже в процессе игры выйти на уровень совладания с проблемной ситуацией, обретает чувство контроля, которое он переносит в реальный мир. Игра является экологичной как для ребенка, так и для психолога. Игра с целью психокоррекции используется не только при работе с детьми, но и со взрослыми (в групповой психотерапии, социально-психологическом тренинге). Кроме того, участие в игре способствует снижению напряженности, тревоги, способствует преодолению барьеров в общении.

***Арттерапия.***  Арттерапия – это направление в психотерапии, психокоррекции и реабилитации, основанное на занятиях клиентов (пациентов) изобразительным творчеством, форма психологического воздействия при помощи художественного творчества.  Рассматривается как одно из ответвлений психотерапии искусством, наряду с музыкальной терапией, драматерапией, танцедвигательной терапией. Арттерапевтическое направление как средство работы с травмой описано в работах  S.L. Brooke, P.M. Carozza,  C.L. Heirsteiner,  M.M. Hagood, G. Hurlbut, **Дж. Мерфи,** А.И. Копытина и др. Изобразительную работу, также как использование игры,  можно рассматривать как безопасный и естественный для ребенка вид деятельности. Доверие ребенка к психотерапевту может возникнуть при наличии границ и структуры психотерапевтических отношений, а также при принятии его переживаний и изобразительной продукции. Свободный выбор изобразительных материалов усиливает веру ребенка в свои силы, ощущение контроля ситуации, что является важным психотерапевтическим фактором [**Мерфи Дж., 16**]. Физические качества различных материалов обеспечивают разнообразные формы манипуляций с ними.  В процессе арттерапии возникает повторное переживание ребенком нанесенной ему непроработанной травмы, дает возможность отреагирования,  совладания с устрашающими образами, помогает восстановить чувство собственного достоинства. В отдельных  случаях предлагаются несколько цветов – светло-голубой, зеленый и желтый, как более спокойные и действующие благоприятно на эмоциональное состояние.

***Использование метафор, историй, сказок*** является достаточно эффективным методом при работе с травмой как с взрослыми, так и с детьми. Они могут быть представлены клиенту как в готовом варианте, так  и сочиняться и проговариваться самим клиентом. В допустимых формах помогает юмор. Такая форма работы позволяет выразить проблему в косвенной форме, напрямую не соприкасаясь с травмой, и в то же время все же дает возможность повторного переживания,  отреагирования, наделения травматического опыта новым смыслом,  в результате чего формируется новый взгляд на волнующую его проблему, происходит осознание вариантов ее благоприятного решения (Гордон Д., Миллс Дж., Кроули Р., Трубицина Л.В.).

***Кататимно-имагинативный подход****, или кататимное переживание образов, символдрама* относится к современным направлениям глубинной психологии и активно применяется при коррекции личностных нарушений, в работе с неврозами, психосоматическими расстройствами Данный подход имеет давнюю историю и восходит еще к чувственному познанию Аристотеля и Платона. Научный период  связан с именами З. Фрейда и Й. Брейера, К. Юнга, затем Х. Лейнера, Х. Хенинга и др.  [Решетников М., 27]. На сегодняшний день многие психотерапевтические школы используют имагинации для своих интервенций [Хеннинг Х., Фикенчер Э., Барке У., Розендаль В., 33]. Работа с ресурсными символическими и позитивными образами позволяет вернуть ощущения жизни, гармонии, баланса, устойчивости, утраченные при травме.

***Психодрама*.** Появление психодрамы в начале ХХ века связано с именем Я.Л. Морено, Г. Лейтс и позже получило, наряду с социометрией, широкое распространение, благодаря, в том числе, З. Морено, Й. Хёгберг и др. В нашей стране психодрама активно используется, развивается и транслируется  В.В. Семеновым, Е.В. Лопухиной, Е.Л. Михайловой и др. Психодрама позволяет  исследовать жизненную ситуацию с помощью ее воспроизведения и отыгрывания (в групповой и индивидуальной форме). Протагонист (клиент) является одновременно драматургом, режиссером и актером в одном лице. Для работы с травмой может быть использована (в зависимости от целей и задач) любая психодраматическая техника. Так,  с целью осознания наличия, поиска и активации ресурсов (социальных, материальных, творческих) в личном пространстве в разных сферах жизнедеятельности человека, эффективной и показательной является работа с использованием техники  «Социальный атом». Техника «Географическое пространство» дает возможность осознания позитивной социальной и личностной идентичности (помимо других позитивных эффектов). Создание психодраматической сцены, построение геносоциограмы, использование техник Дублирования, Зеркала, Обмена ролями, Пустого стула, Письма, Генограммы  (позволяющей ощутить мощный ресурс личности в кризисной ситуации со стороны рода) и других техник, дают возможность осознания, принятия и отреагирования своих чувств, формирования нового взгляда на ситуацию, завершения незавершенных действий, осознания своих ресурсов (как внутренних, так и внешних) в сложной жизненной ситуации и оптимального ее разрешения.

***Телесно-ориентированный подход.*** Вклад в развитие данного подхода внесли В. Райх, Ф. Александер, А. Лоуэн, Г. Гроддек, А. Минделл, Дж. Ингл, Э. Джозеф, П. Левин, Л. Зеттл, В.Ю. Баскаков  и др. Сдерживание реакций,  чувств в значимой психотравмирующей ситуации, обусловленное, в основном, ролью общественных запретов, норм, табу, другими причинами невозможности отреагирования,  приводит к диссоциации разума и чувств, к формированию мышечных блоков, психосоматическим расстройствам. Техники  титрования, усиления симптомов, распространения симптома на все тело позволяют лучше осознать ощущения и связанные с ними эмоции. Обращение к «памяти» тела, акцентирование внимание на телесных  ощущениях клиента,  возникающих образах и чувствах, их вызывающих, а также движениях тела, поиск ресурсов, отреагирование дает возможность прорабатывать психологическую травму экологично для клиента, помогает восстановить утраченные и построить отсутствующие взаимосвязи между  чувствами, разумом и телесными ощущениями.

***Гуманистически-экзистенциальная психотерапия***. Данный подход основан на научно-идеологическом мировоззрении таких представителей философии, медицины, психологии, как С. Кьеркегор, М. Хайдегер, Л. Бинсвангер, М. Босс, В. Франкл, Р. Мэй, К. Роджерс, Дж. Бьюдженталь, И. Ялом. Идеи экзистенциальной психотерапии базируются на обращении к глубинным, человеческим основам жизни, идеях о рефлексивном сознании человека, его стремлении к осмыслению своего бытия, отношений с миром. Основными категориями в этом подходе являются "ответственность", "свобода", "выбор," "экзистенциальная изоляция", "смертность", "жизненная цель" и др. Катализатором процесса рефлексии часто служит экстремальный опыт, связанный с психотравмирующими ситуациями, такими, как угроза жизни (или ее благополучию), чести, достоинству как в отношении себя, так и близких,  а также других (незнакомых) людей и даже врагов, ситуации преднамеренного обмана, мошенничества. Эти ситуации вызывают эмоциональный отклик практически  у всех людей, так как связаны с посягательством на общечеловеческие ценности (право на жизнь, безопасность, свободу, неприкосновенность), в результате может произойти крах базовой смыслообразующей системы, потеря доверия в целом к людям, к миру. Защитные механизмы, снижающие тревогу, запускают процесс формирования травмы. Однако, переживания, вызванные кризисными и экстремальными ситуациями, также могут привести и к личностному росту. О.Н. Рыбников и Л.В. Смекалкина отмечают, что человек в ситуации кризиса выполняет  громадную внутреннюю работу, которая направлена на переоценку самого себя, своего прошлого, перестройку привычных ранее стереотипов поведения, взглядов относительно будущего [27].

Выше были перечислены направления в работе с людьми, пережившими психотравмирующее событие. Однако эти направления не являются исчерпывающими. Основная идея их описания заключалась в том, чтобы показать многообразие подходов при работе с данной проблемой.

Как отмечает М.М. Решетников, подготовка специалистов по конкретному направлению предполагает теоретический курс от 3 до 5 лет, «познание границ собственной личности» (апробацию метода на себе и проработку собственных проблем), начало практики и супервизовскую подготовку с последующей аккредитацией [26].

***Этапы  оказания ЭПП***

*Э*тапы работы связаны с функциями, закрепленными за членами бригады. Описание данного вопроса можно найти в работах Ю.С. Шойгу [25],  Т.Н. Никитиной [19] , а также  А.И. Ляшенко, С.В. Тиунова,  В.Н. Шатило [13]. С учетом наработок в данной области, а также отражения своего опыта, можно выделить следующие этапы оказания  ЭПП:

*I. Подготовительный этап.* На этом этапе необходимо собрать необходимую для психологов информацию о ситуации, сложившейся в результате чрезвычайной и других форм экстремальной, кризисной ситуации  (о пострадавших и их месте  расположения, о наличии специалистов и их графике работы, дальнейших действиях социальной и других служб, которые организовывают комплексную помощь пострадавшим);  установить необходимые связи  с организациями и ведомствами, оказывающими комплексную помощь населению. Большое значение на этом этапе уделяется анализу положения дел, прогнозу (по возможности) и планированию действий, распределению функций между членами бригады, определению графика работы.

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

Человек, находящийся в кризисной ситуации, может нуждаться в медицинской, социальной и других видах помощи. Прежде чем оказывать ЭПП, необходимо установить взаимодействие со специалистами других ведомств. Необходимо представиться руководителю штаба (или отдела), либо другим руководителям, уполномоченным  давать разрешение на работу в данном месте, предъявить соответствующие документы, получить необходимую информацию о ситуации, состоянии людей, количестве пострадавших, о принимаемых ими мерах по оказанию разного вида помощи пострадавшим.

Вопрос выявления людей группы риска описан в разделе «Контингент». Оказание психологической помощи в подавляющем числе случаев предваряет установление контакта. В случае острого стрессового расстройства пострадавшие, в основном, если идут на контакт, то сами говорят о событии, своих чувствах. Однако это в большей мере справедливо для ситуаций завершенных. Играют роль также своеобразное сочетание индивидуально-психологических, социально-психологических, в том числе этнокультурных характеристик, характера и значимости события и много другого. Следует отметить, что не все люди (а особенно дети и подростки) настолько открытые и уверенные, что могут выступить в установлении контакта инициирующей стороной, высказать свои  насущные потребности, свои переживания.  Это может быть связано с неуверенностью, чувством вины, тревогой, и др. Неуверенность и страх (например, страх наказания) или чувство вины могут быть настолько велики, что блокируют осознание своих потребностей, прав. Возможность удовлетворения базовых потребностей (потребности в еде, безопасности, значимой информации и др.) снимает излишнюю напряженность и дает возможность создания более безопасной среды, атмосферы доверия. Об установлении контакта могут говорить не только слова, но и невербальное поведение, например, взгляд (пострадавший может поддерживать контакт глазами), открытая поза, характеристики голоса, участие в совместной деятельности и др. После установления контакта, в случае необходимости, можно уже работать с основной проблемой человека, вызванной экстремальной ситуацией.

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

Как уже говорилось ранее, следует выделить группу ресурсных людей, на которых можно опираться в дальнейшей работе (см. раздел «Контингент»).

*III. Непосредственное оказание экстренной психологической помощи пострадавшим.* Экстренная психологическая помощь оказывается в период, максимально приближенный к травматическому событию. В связи с этим, специалисты, оказывающие психологическую и психотерапевтическую помощь, имеют дело с первыми этапами реакции на него (шок, который может выражаться либо в гиперкинетической форме, – «двигательной буре», либо в ступоре;  дезорганизация поведения, истерика и др.). Когнитивная переработка информации (внимание, память, мышление) вследствие нарушения состояний у пострадавших чаще затруднена, поведение дезадаптивно. В это время такой человек нуждается в информации, социальной помощи. Получение помощи такого характера, наряду с эмоциональной поддержкой,  дает им возможность начать действовать, пусть даже пока на автоматическом уровне. Если эти действия являются адекватными ситуации, то постепенно приходит осознание возможности контроля ситуации, регуляции эмоционального состояния.

Большое значение в работе психолога экстренной психологической службы имеет совместный поиск ресурсов для совладания с проблемной, кризисной ситуацией. Ресурсы могут быть как внешние, так и внутренние. Если в качестве внешних ресурсов для человека могут выступить люди, другие нематериальные и материальные ресурсы, то в качестве внутренних, - осознание своих умений, успеха в прошлом, воспоминания о дорогих людях, природе, играх, увлечениях и др., либо же овладение новыми необходимыми навыками. При приятных воспоминаниях лицо человека разглаживается, появляется улыбка, речь становится спокойнее. Взаимодействие, которое включает не только концентрацию на проблеме, но и на приятных воспоминаниях, или хотя бы нейтральных, дает возможность черпать силы в сложной для него ситуации.

Как уже говорилось, при оказании ЭПП, может использоваться кризисная интервенция (вмешательство) с использованием техник из разных психотерапевтических направлений, в соответствии с ситуацией, правилами этического кодекса, других нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность психолога.

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

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

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

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

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

*VI.* *Восстановительный этап.* Заключается в необходимости полноценного отдыха после работы, в обсуждении и подведении итогов работы,  супервизии сложных случаев.

**Вывод:**

1)  Специфика экстренной психологической помощи становится более очевидна с помощью описания модели экстренной психологической помощи. В предложенной модели учтены:

* вклад специалистов различных ведомств, чья профессиональная деятельность связана с оказанием психологической, психотерапевтической помощи в условиях ЧС, в кризисных ситуациях;
* нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность психологических служб, оказывающих помощь в трудных, кризисных, чрезвычайных ситуациях;
* собственный опыт оказания экстренной психологической помощи лицам, пережившим психотравмирующие события;

2)  Разработанная модель экстренной психологической помощи дает возможность получить более целостное представление  о специфике ЭПП благодаря выделенным, собранным вместе и содержательно описанным критериям модели экстренной психологической помощи (кому оказывается помощь, где, в каком случае, когда, каким образом и др.).

3)  Модель начинает работать (становится динамической, когда все компоненты системы начинают взаимодействовать) в конкретном случае, т.е. когда известна ситуация, состояние и другие характеристики клиента, задачи и многое другое, определяющее методы диагностики и оказания помощи.

4)  Необходимо продолжать работу, заключающуюся в более детальном описании методов экстренной психологической помощи (теоретико-методологической основы, техник). Большую ценность представляет разработка алгоритмов по оказанию экстренной психологической помощи, публикация таких работ и их доступность для специалистов. Особенно актуальны работы, в которых находят отражение опыт оказания экстренной психологической помощи детям.

[[1]](https://psyjournals.ru/nonserialpublications/cepp/contents/45300%22%20%5Cl%20%22_ftnref1%22%20%5Co%20%22) Для описания модели мы воспользовались по аналогии другой моделью,  разработанной О.В. Галустовой на примере психологического консультирования [6],  наполнив ее дополнительными критериями и содержанием, соответствующим нашим задачам, которые заключаются в том, чтобы показать особенности экстренной психологической помощи.

Литература

1. Алиев Х.М., Захаров В.В., Степанова Н.В., Виржанская Е.А. Купирование острого стресса и антистрессовая подготовка к экстремальным ситуациям // Московский терапевтический журнал. Специальный выпуск: экстренная психологическая помощь. 2006, № 4. С. 131-142.
2. Большой энциклопедический словарь / Гл. ред. А.М. Прохоров. М., СПб.: Большая Российская энциклопедия; Норинт, 1997.
3. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление. М.: ПЕР СЭ, 2006.
4. Бойко Ю.П., Каминский Г.Д., Сельцовский П.П., Аппенянский А.И., Кыров Н.Е., Гончарова Э.Л., Петухов В.А., Каминская Э.В. Научное обоснование стратегии развития психотерапевтической и медико-психологической помощи в чрезвычайных ситуациях и при их последствиях: Методические рекомендации (№32). М.: Комитет здравоохранения. Правительство Москвы. 2001.
5. Бурмистрова Е.В. Психологическая помощь в кризисных ситуациях (предупреждение кризисных ситуаций в образовательной среде): Методические рекомендации для специалистов системы образования. М.: МГППУ, 2006.
6. Галустова О.В. Психологическое консультирование: Конспект лекций. М.: А-Приор, 2007.
7. Головин С.Ю. Словарь практического психолога. Мн.: Харвест, 1998.
8. Довженко Т.В. Помощь родственникам погибших при чрезвычайных ситуациях // Психология экстремальных ситуаций / Под ред. В.В.Рубцова, С.Б. Малых. М.: Психологический институт РАО, 2007.  С. 250-253.
9. Калшед Д. Внутренний мир травмы: архетипические защиты личностного духа. Пер. с англ. М.: Академический Проект, 2007.
10. Крок Л.  Психологическое воздействие терроризма // Человек в экстремальных и трудных ситуациях. Руководство для психологов. Сборник методических статей / Под ред. О.В. Красновой / Пер с фр. М.М.Федотовой. М., Обнинск: НПЦ «Технограф», 2004. С.139-157.
11. Крюкова М.А. Профессиограмма спасателя поисково-спасательной службы МЧС России. М.: Изд-во МЧС России, 2000.
12. Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия. СПб.: Речь, 2001.
13. Ляшенко А.И., Тиунов С.В., Шатило В.Н. Практика участия психологов МСПП в работе по оказанию экстренной психологической помощи // Психология экстремальных ситуаций / Под ред. В.В.Рубцова, С.Б.Малых. М.: Психологический институт РАО, 2007. С. 199-205.
14. Мазур Е. С. Экзистенциальный смысл работы с психологической травмой // Экзистенциальная традиция: философия, психология, психотерапия. № 10. Апрель, 2007.
15. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем.  Десятый пересмотр: В 3 т. Пер. с англ.  М.: Медицина (на тит.л. в вых. дан.: Женева: Всемир. орг. Здравоохранения), 1998.
16. Мерфи Дж.  Арт-терапия в работе с детьми и подростками, перенесшими сексуальное насилие // URL: http://webcommunity.ru/939/
17. Миллер Л.В., Вихристюк О.В. Создание модели службы психологической помощи в экстремальных и чрезвычайных ситуациях (в рамках Инновационной образовательной программы **"**Формирование системы психологического образования в университете как базовом ресурсном центре практической психологии**".** Проект 2.3.4.8. «Экстремальная психология». Закупка №  3.1.15.3)., МГППУ. Рукопись. 2008.
18. Миллс Дж., Кроули Р. Терапевтические метафоры для детей и внутреннего ребенка. Пер. с англ. М.: Класс, 1996.
19. Никитина Т.Н. К вопросу о задачах экстренной психологической помощи // Антология тяжелых переживаний: социально-психологическая помощь: Сборник статей / Под ред. О.В. Красновой. М: МПГУ; Обнинск: Принтер, 2002. С.190-204.
20. Осухова Н.Г. Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях: Учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений. 2-е изд., испр. М.: Академия, 2007.
21. Паркинсон Ф. Посттравматический стресс: спасательные команды и добровольцы // Антология острых переживаний: социально-психологическая помощь. М., 2002.
22. Порядок межведомственного взаимодействия при оказании специализированной психотерапевтической, психологической и психиатрической помощи при ЧС в городе Москве. М, 2006.
23. Психологическая энциклопедия / Под ред. Р. Корсини, А.  Ауэрбаха. 2-е изд. СПб.: Питер, 2006.
24. Психология экстремальных ситуаций / Под ред. В.В. Рубцова, С.Б. Малых. М.: Психологический институт РАО, 2007.  С. 250-253.
25. Психология экстремальных ситуаций: учебное пособие для студентов высш. учеб. заведений / [Т.Н. Гуренкова, И.Н.Елисеева, Т.Ю.Кузнецова, О.Л. и др.]: Под общ. ред. Ю.С. Шойгу. М.: Смысл; Академия, 2009.
26. Решетников М.М. Психическая травма. СПб: Восточно-Европейский Институт психоанализа, 2006.
27. Рыбников О.Н., Смекалкина Л.В. Механизмы социально-психологической адаптации лиц опасных профессий в отдаленный период после воздействия чрезвычайной ситуации // Механизмы стресса в экстремальных условиях: Сборник научных трудов / Под ред. И.Б. Ушакова. М.: Истоки, 2004. С. 29-33.
28. Тиунов С.В., Крылов М.Ю. Работа психологов с пострадавшими и родственниками погибших при пожаре в общежитии университета //  Психология экстремальных ситуаций / Под ред. В.В.Рубцова, С.Б.Малых. М.: Психологический институт РАО, 2007.  С. 290-294.
29. Трубицина Л.В. Процесс травмы. М.: Смысл, ЧеРо, 2005.
30. Федеральный закон №124-ФЗ от 24.08.1998 «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» (с изменениями от 20 июля 2000 г., 22 августа, 21 декабря 2004 г).
31. Федунина Н.Ю. Экстренная психологическая помощь: законы жанра // Московский психотерапевтический журнал (теоретико-аналитическое издание). Специальный выпуск: экстренная психологическая помощь. М., 2006, №4 (51). С.6-25.
32. Хеннинг Х., Фикенчер Э., Барке У., Розендаль В. Отношения и терапевтические имагинации. Кататимно-имагинативная психотерапия как психодинамический процесс. Таллин, 2008.
33. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия // Основные направления современной психотерапии. М: Когито-Центр, 2000. С. 224-267.
34. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Психологическая помощь людям, пережившим травматический стресс. М.: ООО «АЛВИАНТ», 2007.
35. Хоф Л. Диагностика кризиса в интервью // Журнал практической психологии и психоанализа. Ежеквартальный научно-практический журнал электронных публикаций. № 4, декабрь, 2006.
36. Храмелашвили В.В. Психотерапевтическая помощь при опознании погибших при взрыве в Московском метро // Психология экстремальных ситуаций / Под ред. В.В. Рубцова, С.Б.Малых. М.: Психологический институт РАО, 2007.  С. 295-297.
37. Шех О.И., Сергеев С.С. Технологии психологической помощи в кризисных и экстремальных ситуациях. СПб.: ПГУПС, 2007.

Информация об авторах

[***Миллер Людмила Владимировна,***](https://psyjournals.ru/authors/2131) кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник лаборатории, «Научно-методическое обеспечение экстренной психологической помощи» Центра экстренной психологической помощи ИЭП МГППУ, доцент кафедры научных основ экстремальной психологии факультета экстремальной психологии, ГБОУ ВПО города Москвы «Московский городской психолого-педагогический университет», старший научный сотрудник отдела суицидологи, Московский НИИ психиатрии Минздрава РФ, Москва, Россия, e-mail: lmill@rambler.ru

Портал психологических изданий PsyJournals.ru — <https://psyjournals.ru/nonserialpublications/cepp/contents/45300> [Модель экстренной психологической помощи // Теоретические и прикладные аспекты деятельности Центра экстренной психологической помощи МГППУ]