

СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК ФОРМА ПРЕОДОЛЕНИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ

В статье рассматриваются актуальные проблемы исследования совладающего поведения как формы преодоления последствий экстремальных воздействий, основное внимание уделено проблеме изучения и активизации совладающего поведения лиц, переживших экстремальное воздействие в процессе организации и оказания психологической помощи.

Ключевые слова: *копинг, копинг-стратегия, совладающее поведение, психологическая помощь, психологическая реабилитация, ветераны, психотравмирующий стресс, экстремальные условия.*

R.A. Abdurakhmanov,
T.V. Gabova

COPING AS A FORM OF OVERCOMING THE EFFECTS OF EXTREME IMPACTS

The article deals with topical problems of the study of coping behavior as a form of overcoming the consequences of extreme impacts, focused on the problem of studying and activation coping survivors extreme influence in the process of organizing and providing psychological support.

Keywords: *coping, coping strategies, coping behavior, psychological counseling, psychological rehabilitation, veterans, traumatic stress, extreme conditions.*

Одним из условий надежности деятельности современного специалиста в экстремальных условиях является его опыт совладающего поведения. Понятие “coping” происходит от английского “to cope with something” (справляться, совладать с чем-либо, прежде всего с трудностями). В отечественной психологии его переводили иногда как «купирование» (Л.С. Китаев-Смык, 1984), «психологическое преодоление» (В.А. Ташлыков, 1990; В.А. Бодров, 1995; С.К. Нартова-Бочавер, 1997) «адаптивное поведение» и, наконец, «совладающее поведение» (Л.И. Анцыферова, 1994). Многие исследователи разделяют предложение Л.И. Анцыферовой (1994) переводить “coping” как «совладание» и “coping behavior” как «совладающее поведение» [8].

В течение некоторого времени понятие «копинг» использовалось вместе и вместо понятий «защита», «овладение умениями» и «адаптация». Так, в психоанализе механизмы совладания объединялись с механизмами психологической защиты личности; бихевиоризм привлек к понима-

нию копинга идею модификации поведения, опирающуюся на умения человека решать проблемы, повышая этим собственную самооценку, самоэффективность и внутренний контроль; культурно-социологическое направление восприняло копинг как адаптацию к социальной и физической окружающей среде. Наконец, интегративное направление рассматривает совладающее поведение как одно из проявлений способности к адаптации, которая наряду с другими ресурсами личности увеличивает или уменьшает (облегчает) требования ситуации [5, с. 82–92].

Большой вклад в понимание природы совладающего поведения внесли исследования форм реагирования человека на экстремальный, в том числе боевой, стресс. Так, многочисленные случаи социальной и психологической дезадаптации ветеранов вьетнамской войны потребовали их активного изучения и организации своевременной помощи. С целью оказания социальной, психологической и медицинской помощи ветеранам за период с 1979 по 1989 годы было создано 196 специализированных центров. Кроме того, ветераны обслуживались в 172 медицинских центрах и 153 клиниках медицины. За это время ветеранами было совершено около 4 млн визитов в центры, а более 600 тысяч из них получили всестороннюю медико-психологическую помощь [13].

¹ Кандидат психологических наук, доцент, профессор АВН, профессор кафедры практической психологии НОУ ВПО «Российский новый университет».

² Выпускница 2010 года факультета психологии и педагогики НОУ ВПО «Российский новый университет».

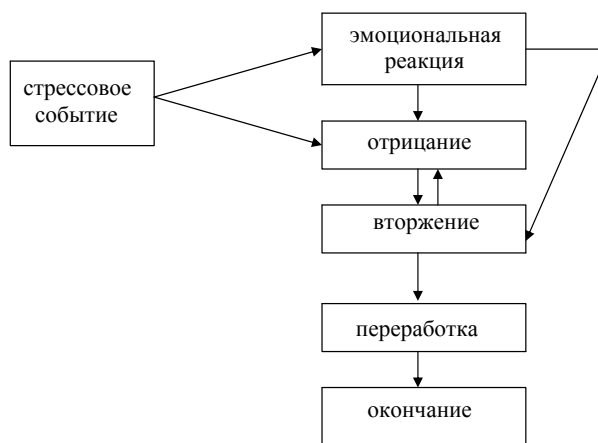
Большое значение для понимания природы отсроченных психических реакций у ветеранов войны имели исследования М. Горовица (1972, 1975, 1976, 1980). Им была разработана концепция синдромов стрессовой реакции (stress response syndromes). Под стресс-фактором в концепции М. Горовица понималось стрессовое событие, ставшее причиной психической травмы. В своей модели ответной реакции на стрессовое событие М. Горовиц соединил идею З. Фрейда о двух формах проявления реакции на психотравмирующее событие (вытеснение и фиксация на травме) и идею о комплиментарной тенденции когнитивных процессов, согласно которой «мозг до тех пор продолжает процесс переработки новой информации, пока не изменится ситуация или ее модель, и пока реальности не будут соответствовать друг другу» [13, с. 16]. Как отмечает М. Горовиц, на формирование его концепции оказали влияние взгляды Ж. Пиаже о когнитивных процессах ассимиляции познаваемого опыта или аккомодации к нему, концепции процесса когнитивной переработки стрессогенной информации Р. Лазаруса и И. Джениса, идеи Т. Френч о процессе осуществления интегрирующей роли мышления в поведении человека, положения когнитивной теории эмоций Р. Лазаруса и соавторов, а также положения когнитивно-нейрофизиологического подхода к изучению эмоций К. Прибрама.

Человек, по мнению М. Горовица, находится в состоянии стресса или периодически возвращается в это состояние до тех пор, пока информация о стрессовом (психотравмирующем) событии перерабатывается. При этом эмоции рассматриваются как ответ на понятийные несоответствия (ideational incongruities) и как «мотивы к защитному, контролирующему и совладающему поведению».

В процессе ответной реакции на стрессовые события (см. схему 1) М. Горовиц выделяет:

- фазу первичной эмоциональной реакции;
- фазу «отрицания», выражающуюся в эмоциональном оцепенении, подавлении и избегании мыслей о случившемся, избегании ситуаций, напоминающих о психотравмирующем событии;
- фазу чередования «отрицания» и «вторжения». «Вторжение» проявляется в «прорывающихся» воспоминаниях и психотравмирующем событии, снах о событии, повышенном уровне реагирования на все, что напоминает психотравмирующее событие;
- фазу дальнейшей интеллектуальной и эмоциональной переработки травматического опыта, которая заканчивается ассимиляцией или аккомодацией к нему [13, с. 17].

Схема 1



Модель ответной реакции на стрессовое событие, по М. Горовицу

Длительность процесса ответного реагирования на стрессовое событие обуславливается, по наблюдениям М. Горовица, значимостью для индивида связанной с этим событием информации. При благоприятном осуществлении данного процесса он может длиться от нескольких недель до нескольких месяцев после случившегося (прекращение психотравмирующего воздействия). В этом случае М. Горовиц говорит о нормальной реакции на стрессовое событие. При обострении ответных реакций и сохранении их проявлений в течение длительного времени говорится о патологизации процесса ответного реагирования.

М. Горовиц выделил также три стиля отсроченного реагирования на психотравмирующее стрессовое событие: истерический, обсессивный и нарцисстический, а также разработал тактику психотерапевтической помощи применительно к каждому стилю (см. ниже). Им была создана специальная шкала для изучения особенностей реагирования на психотравмирующее событие (Impact of Event Scale), которая активно используется в настоящее время в процессе работы с ветеранами.

Концепция М. Горовица послужила импульсом в изучении отсроченных реакций на психотравмирующее воздействие стресс-факторов боевой обстановки, которые впоследствии получили название посттравматических стрессовых реакций.

Идеи М. Горовица получили дальнейшую разработку в исследованиях Б. Грин, Д. Вильсон и Д. Линди. По их мнению, преодоление индивидом психотравмирующего воздействия стресс-факторов экстремальной обстановки зависит не только от успешности когнитивной переработки травматического опыта, но и от взаимодействия таких факторов, как: характер психотравмирующих событий, индивидуальные характеристики

ветерана и особенности условий, в которые ветеран попадает после возвращения с войны (13, с. 19–20). Свою модель авторы назвали интеракционистской (см. схему 2).

Схема 2



Интеракционистская модель процесса отсроченного реагирования на психотравмирующее воздействие стресс-факторов экстремальной обстановки, по Б. Грин, Д. Вильсон и Д. Линди

К характеристикам психотравмирующего события были отнесены: степень угрозы жизни; тяжесть потерь; внезапность события; изолированность в момент события от других людей; степень воздействия окружающей обстановки; наличие защиты от возможного повторения психотравмирующего события; моральные конфликты, связанные с событием; пассивная или активная роль ветерана в зависимости от того, был ли он жертвой или активно действующим лицом во время травматического события; непосредственные последствия воздействия данного события.

Среди индивидуальных характеристик были выделены: уровень развития совладающего поведения; эффективность психологической защиты; имевшиеся до призыва в армию трудности адаптации, психические отклонения, а также демографические данные.

Послевоенное окружение ветерана характеризуется уровнем взаимной поддержки, культурными особенностями, отношением к войне, социальной помощью.

Взаимодействие этих факторов с процессом когнитивной переработки психотравмирующего опыта (сочетание избегания воспоминаний с периодическим их повторением) приводит либо к психическому напряжению, либо к постепенной ассимиляции психотравмирующего опыта. Это, в конечном счете, обеспечивает психическую «рестабилитацию» или способствует возникновению посттравматических стрессовых расстройств.

Дальнейшие исследования отсроченных последствий психотравмирующего стресса показали значимость индивидуально-психологических особенностей совладающего поведения человека в их преодолении.

Содержанием психологии совладающего поведения как самостоятельного нового научного направления выступают характеристики поведения субъекта в трудной (стрессовой) ситуации, закономерности и механизмы функционирования и развития стилей и стратегий совладания, а также их сложная детерминация важнейшими факторами активности субъекта. К ним относятся: диспозиционный, динамический (процессуальный), регулятивный, социокультурный факторы [7, с. 93–112].

Большинством современных авторов копинг понимается как индивидуальный способ взаимодействия личности с трудной, кризисной, стрессовой ситуацией. Можно говорить, что совладающее поведение определяется как поведение, позволяющее субъекту с помощью осознанных действий, адекватных личностным особенностям и ситуации, справиться со стрессом или трудной жизненной ситуацией. Это сознательное поведение, направленное на активное взаимодействие с ситуацией – на изменение ситуации (поддающейся контролю) или приспособление к ней (если ситуация не поддается контролю). Если субъект не владеет этим видом поведения, возможны неблагоприятные последствия для его здоровья и благополучия [2].

Главным отличительным признаком совладающего поведения являются его субъектные характеристики, а оно само рассматривается как поведение субъекта.

К критериям совладания как поведения субъекта относятся: осознанность (отличие данного вида поведения от реактивного и защитного поведения); целенаправленность; контролируемость (способствующие устранению, преобразованию или приспособлению к трудной ситуации); регуляция уровня стресса; значимость последствий выбора данного поведения для психологического благополучия субъекта; социально-психологическая обусловленность совладания (принадлежность как индивидуальному, так и групповому субъекту); возможность обучения этому виду поведения, подготовка, «закаливание» перед жизненными трудностями [6].

Совладающее поведение детерминируется системой факторов, обуславливающих выбор субъектом копинг-стилей (диспозиционный, динамический, регулятивный и социокультурный факторы) и имеет ряд закономерных тенденций. В част-

ности, к ним относятся возрастные изменения совладающего поведения в разные периоды жизни. Взросление, развитие самопознания и владения собой изменяет само совладание в сторону увеличения его субъектности. Положительная субъектная динамика заключается в увеличении с возрастом продуктивных (ориентированных на действия по разрешению трудной ситуации) и снижении непродуктивных стилей и стратегий совладания (деструктивные формы разрядки). Снижение уровня субъектности и адекватности поведения человека или группы приводит к росту непродуктивного или самодеструктивного совладания/несовладания. Активное развитие и формирование стиля совладающего поведения происходит в подростковом и юношеском возрасте в условиях активного взаимодействия с родителями и сверстниками [6].

Характеристики совладания изменяются в процессе развития трудной (стрессовой) ситуации. Совладающее поведение имеет собственную динамику и может трансформироваться по мере изменения требований ситуации к человеку, либо собственных изменений субъекта в ситуации. Фасилитация и регуляция совладающего поведения возможны на основе способности субъекта к обучению навыкам совладания [6].

В трудной жизненной ситуации человек одновременно использует несколько разноуровневых осознанных видов поведения: простые единичные *копинг-действия*, детерминированные спецификой ситуации; *копинг-стратегии* (конкретные образы действий, например дистанцирование или поиск социальной поддержки), *копинг-стили* (группы стратегий, близких по смыслу, например приближение-удаление от стрессовой ситуации). Субъект может предпочитать один из способов совладания, наиболее продуктивный в конкретном контексте на какое-то время, одновременно допуская применение других. Это означает, что процесс совладания с трудной ситуацией непрерывен до момента ее разрешения или приспособления к ней [6].

Продуктивные (например, проблемно ориентированный или инструментальный) и менее продуктивные (например, избегание или паллиативный) стили совладающего поведения обусловлены различным уровнем сложности и обобщенности личностных качеств. Более сложные и обобщенные переменные (самоотношение, жизненные смыслы, ответственность) предопределяют выбор и сильнее соотносятся с проблемно ориентированным стилем совладания. Выбор менее продуктивных копинг-стилей обусловлен и менее обобщенными качествами (уровень субъективного контроля, депрессивность, тревожность) [6].

Существует достаточно большое количество различных классификаций стратегий копинг-поведения (Fineman, 1987, 1983; Lazarus, 1966). Обобщая, И.Г. Малкина-Пых (2010) выделяет три основных критерия, по которым строятся эти классификации.

1. Эмоциональный/проблемный:

1.1. Эмоционально фокусированный копинг – направлен на урегулирование эмоциональной реакции.

1.2. Проблемно фокусированный – направлен на то, чтобы справиться с проблемой или изменить ситуацию, которая вызвала стресс.

2. Когнитивный/поведенческий:

2.1. «Скрытый» внутренний копинг – когнитивное решение проблемы, целью которой является изменение неприятной ситуации, вызывающей стресс.

2.2. «Открытый» поведенческий копинг – ориентирован на поведенческие действия, используются копинг-стратегии, наблюдаемые в поведении.

3. Успешный/неуспешный:

3.1. Успешный копинг – используются конструктивные стратегии, приводящие в конечном итоге к преодолению трудной ситуации, вызвавшей стресс.

3.2. Неуспешный копинг – используются неконструктивные стратегии, препятствующие преодолению трудной ситуации.

Представляется, что каждая используемая человеком стратегия копинга может быть оценена по всем вышеперечисленным критериям хотя бы потому, что человек, оказавшийся в трудной ситуации, может использовать как одну, так и несколько стратегий совладания [9].

Таким образом, можно предположить, что существует взаимосвязь между теми личностными конструктами, с помощью которых человек формирует свое отношение к жизненным трудностям, и тем, какую стратегию совладания с трудными ситуациями деятельности он выбирает.

Современный подход к изучению механизмов формирования совладающего поведения учитывает следующие положения [9]:

- человеку присущ инстинкт преодоления (Э. Фромм, 1992), одной из форм проявления которого является поисковая активность (В.В. Аршавский, В.С. Ротенберг, 1976), обеспечивающая участие эволюционно-программных стратегий во взаимодействии субъекта с различными ситуациями;

- на предпочтение способов совладания влияют индивидуально-психологические особенности: темперамент, уровень тревожности, тип мышления, особенности локуса контроля, на-

правленность характера, возраст. Выраженность тех или иных способов реагирования на сложные жизненные ситуации ставится в зависимость от степени самоактуализации личности – чем выше уровень развития личности человека, тем успешнее он справляется с возникшими трудностями.

Согласно этому положению, встречающиеся в жизни человека препятствия имеют своим источником не только внешние (специфику среды), но и внутренние (индивидуальные предпосылки) условия. Как защитные, так и совладающие стили реагирования связаны с установками и переживаниями, отношением к себе и другим, со структурой жизненного опыта, то есть с когнитивными, эмоциональными и поведенческими уровнями иерархической структуры психики [9].

Многие авторы отмечают существенный вклад социально-когнитивной теории А. Бандуры (1977, 1984, 1991), которая помогла понять эффективность и последствия копинг-поведения для личности через понятие ее самоэффективности. Вслед за А. Бандурой, Р. Лазарус (1980) предложил когнитивную трансактную модель, рассматривающую стресс как опосредованное отношение человека к обстоятельствам, совокупность внешних факторов и внутренних проявлений. Сила стрессовой реакции, по Р. Лазарусу, определяется не столько качеством стрессора, сколько значимостью ситуации для человека [4].

Р. Лазарус установил, что недостаточно обладать навыками успешного совладания, человек должен верить в то, что они у него есть. В связи с этим, Р. Лазарус вводит центральное для своей теории стресса понятие *копинга* (совладания), определяемое им как «когнитивные и поведенческие усилия по управлению специфическими внешними или внутренними требованиями (и конфликтами между ними), которые оцениваются как напрягающие или превышающие ресурсы личности». Таким образом, при рассмотрении стресса в виде трансактного процесса (процесса столкновения индивида с окружающим миром) структура стрессового микроэпизода представлена следующими элементами: *осознание стрессора и его оценка; нарушение гомеостаза, связанные со стрессом эмоции и когнитивные процессы; копинговая реакция; результат копинга и новая оценка ситуации*.

В литературе также известна позиция, понимающая совладающее поведение исключительно как устойчивую характеристику личности: например, исследование стойкости и стойких людей (Kobasa, 1977–1982) [5, с. 82–92].

Методология исследования совладающего поведения строится на различных предположениях по поводу источников и природы этого явления.

Как и любое другое поведение, Т. Beehr & McGrath предлагают анализировать совладание по трем параметрам: *локус контроля* (зависимость от личности или ситуации); *спонтанность или намеренность*; *изменчивость или устойчивость* [5, с. 82–92]. Именно представления исследователя о природе совладания напрямую влияют на выбор им методов диагностики этого феномена.

Известны четыре основные стратегии диагностики копинг-поведения. К ним относятся:

- 1) субъективный отчет испытуемого о своем поведении, выраженный через ответы на вопросы опросников и интервью;
- 2) наблюдения за действиями в ситуации;
- 3) фиксация очевидных признаков;
- 4) изучение документов и продуктов деятельности индивида [5, с. 82–92].

Субъективный отчет является как самой распространенной, так и наименее трудоемкой стратегией диагностики, но еще Я. Морено отмечался «разрыв между вербализованным поведением и поведением в жизненных ситуациях (модели действия), в которых вербализованное поведение является лишь незначительным компонентом» [11, с. 178].

Диагностике (измерению) совладающего поведения в последние два десятилетия за рубежом посвящено большое количество публикаций. В отечественной же литературе этой проблеме уделено несколько меньше внимания [12].

Большинство западных исследователей разделяет один из двух подходов к пониманию совладания: интер- или интраиндивидуальный, однако и те и другие используют самоотчет испытуемых о своем поведении как основной методологический прием измерения копинг-реакций и конкретных действий [5, с. 82–92].

К самым известным методам первого, или интраиндивидуального, подхода относится опросник способов совладания (WCQ – Ways of Coping Questionnaire; Folkman & Lazarus, 1988). На его основе позднее появились и другие методики. Последний и наиболее часто используемый исследователями вариант WCQ содержит 50 вопросов, составляющих восемь шкал, и диагностирует две базовые стратегии совладания – проблемно фокусированный и эмоционально фокусированный копинг в ситуациях специфического стресса (например, болезнь, потеря работы и т.п.) [5, с. 82–92].

Исследователей другого, интраиндивидуального, подхода, интересуют стили совладающего поведения, в основе которых лежат личностные переменные как устойчивые диспозиционные структуры. К этому направлению относится методика «Шкала совладания» (Cope Scale), предложенная Carver et al [7, с. 93–113].

Третьей из самых известных методик является методика многомерного измерения копинга (CISS – Coping Inventory for Stressful Situations – GRI-VI), разработанная канадским специалистом Н.С. Эндлером в соавторстве с Д.А. Паркером в 1990 г. Она состоит из сорока восьми утверждений, которые группируются в три фактора, каждый из которых представлен шкалой из шестнадцати вопросов, третий фактор – имеет две субъективные шкалы. Данная методика направлена на измерение трех основных стилей совладания: стиль, ориентированный на решение задачи, эмоционально ориентированный стиль и стиль, ориентированный на избегание [5, с. 82–92].

«Следует особо отметить, что совладание – это процесс, в котором на разных его этапах субъект использует различные стратегии, иногда даже совмещая их. При этом ... не существует таких стратегий, которые были бы эффективными во всех трудных ситуациях», – говорит Л.И. Анцыферова [1, с. 3–18].

Действительно, одна и та же ситуация может требовать различных стратегий, а совершенно разные ситуации – одинаковых [5, с. 82–92].

Формой активизации совладающего поведения человека, пережившего воздействие экстремального стресса, рассматривается психологическая помощь людям, пережившим психотравмирующий стресс, в том числе в боевой обстановке. Специальный опросник для изучения отсроченных реакций человека на воздействие стресс-факторов боевой обстановки был разработан А. Кардинером еще в 20-е годы XX столетия. В нем имелись разделы, посвященные изучению биографических данных, истории службы в армии, обстоятельств психотравмирующего события, психосоматических симптомов [13].

Во время Второй мировой войны Р. Гринкер и Д. Шпигель, исследуя психологические последствия боевого стресса, использовали также тест толерантности к стрессу Nagower – Erickson, тест Роршаха и Тематической апперцепции тест Мюррея [13].

В настоящее время первым шагом в исследовании психологических последствий участия в боевых действиях признается изучение опыта ветерана, послужившего причиной психических травм. С этой целью используется развернутое клиническое интервью. Одно из самых подробных интервью разработано Р. Скёрфилд и А. Бланк [13].

Оно включает следующие разделы.

1. Обстоятельства жизни до армии.
2. Обстоятельства призыва в армию.
3. Военная подготовка до службы в зоне боевых действий (ЗБД).

4. Служба в ЗБД: а) получение известия о направлении в ЗБД; б) убытие из страны; в) прибытие в ЗБД; г) военная специальность и служебно-боевые задачи, выполнявшиеся в ЗБД; д) основные места службы и хронология; е) изменения в звании и должности; ж) отношения с начальниками; з) боевые действия; и) особенности службы тех, кто не участвовал в боевых действиях; к) участие в главных операциях; л) служба вне боевых действий; м) отношения с местным населением; н) изменения в отношении к службе и поведению в армии; о) отношение к имеющим место уникальным особенностям войны; п) стрессы и конфликты на национальной почве; р) специфические психотравмирующие события; с) положительные переживания, связанные со службой в ЗБД; т) употребление алкоголя и наркотиков; у) возможность отдыха и восстановления сил; ф) имевшие место случаи командировки домой; х) моральные и ценностные конфликты, обусловленные специфическими особенностями войны; ц) особенности службы в период, близкий к возвращению на родину; ч) подготовка к возвращению; ш) возвращение на родину.

5. Обстоятельства увольнения в запас, награды, льготы, знаки отличия и т.д.

6. Особенности послевоенной адаптации.

Вторым шагом в исследовании психологических проблем ветеранов является изучение актуальных психических реакций на имевшееся в прошлом психотравмирующее воздействие.

Для этого разработаны различные диагностические инструменты (очевидно, что в данном случае речь идет о ветеранах, не имеющих психических заболеваний).

Наиболее популярными из них являются:

- структурированное клиническое интервью для психически здоровых пациентов (SCID – DSM – III – R, Non-patient Version–Vietnam), которое предназначено для оценки 17 различных видов ПТС-реакций на травматический боевой стресс, а также для оценки боевой активности;

- Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций, обусловленных участием в боевых действиях (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD), используемая для оценки у ветеранов степени выраженности ПТС-реакций, объединенных в 6 групп (навязчивые воспоминания и депрессия, трудности общения, аффективная лабильность, проблемы памяти, нарушение сна и различные личностные проблемы), а также степени воздействия боевого стресса;

- Шкала для оценки степени воздействия травматического события (Impact of Event Scale). Используется для оценки двух видов реакций ветерана на травматический стресс (периодические

повторные переживания того, что произошло, или избегание, уход от воспоминаний, как о самом психотравмирующем событии, так и обо всем, что может о нем напомнить). Результаты, полученные с помощью Шкалы, позволяют также судить о фазе развития посттравматического процесса (согласно концепции М. Горовица);

- Субшкала Миннесотского многофакторного личностного опросника (ММПИ) для оценки выраженности ПТС-реакций (См.: Kean, T.M., Malloy, P.F., Fairbank, J.A. Empirical development of an MMPI subscale for the assessment of combat-related posttraumatic stress disorder.// Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1984).

Отмечается также эффективность использования теста Роршаха для диагностики ПТСР (van der Koik, B.A., et al, 1984, 1989, 1991, 1992).

В качестве вспомогательных инструментов нередко используется Шкала депрессии Бэка (Beck Depression Inventory), Шкала тревожности Спилбергера, а также новая версия Миннесотского опросника (ММПИ-2) [13, с. 40–42].

Для выявления возможных психических отклонений у ветеранов и с целью оказания медицинской помощи нередко используется симптоматический опросник SCL – 90 (Derogatis, L.R., et al, 1973) [14, с. 146–157].

В последнее время для повышения валидности и надежности диагностики посттравматических стрессовых расстройств все чаще используются различные физиологические показатели (частота сердечных сокращений, кожно-гальваническая реакция, электромиограмма и др.) в сочетании с раздражителями, напоминающими о психотравмирующих событиях (фильмы о войне, военная музыка, описание боевых сюжетов и т.д.) (Pitman, R.K., et al (1987, 1990), Orr, S.P., et al (1990) и др.). С применением психофизиологического подхода связывается также возможность более точного предвидения появления ПТСР у различных категорий военнослужащих после выполнения ими служебно-боевых задач в экстремальных условиях.

Переходя к рассмотрению различных методов психологической помощи людям, пережившим психотравмирующий стресс, можно сказать несколько слов о некоторых психотерапевтических методах, применявшихся после Первой мировой войны. Так, С.В. Гольман отмечал эффективность метода воздействия электрическим током, разработанного, как известно, в 1916 году немецким врачом Ф. Кауфманом. Аствацатуров М.И. называл этот метод «суггестивной электризацией», подчеркивая тем самым психологический механизм воздействия в данном случае. Отмечалась также эффективность гипноза [7, с. 93–112],

«внушения в бодрственном состоянии, особенно в сочетании с упражнениями» [13], трудовой терапии. Неоднозначным было отношение к применению метода ложных операций, предложенного Ротманном (Rothmann, 1916) для преодоления истерических симптомов.

Во время Великой Отечественной войны эффективными способами психотерапии истерических симптомов, вызванных боевым стрессом, признавались методы, сочетающие прямое и косвенное внушение с эфирной маской Свядоша, кальциевым ударом, судорожной психотерапией.

Как известно, в годы войны отечественными психологами проводилась большая работа по восстановлению функций конечностей у раненых солдат (П.Я. Гальперин, А.Н. Леонтьев, А.В. Запорожец и др.), по восстановлению памяти, речи и письма после боевых травм и ранений (Б.Г. Ананьев, Э. Бейн, А.В. Занков, А.Р. Лурия и др.). Разработанные в тот период принципы деятельностного подхода, позволившие эффективно решать вопросы функциональной терапии, имеют значение и для оказания психологической помощи людям, пережившим психотравмирующий стресс.

В процессе оказания психотерапевтической помощи американским солдатам в годы Второй мировой войны Р. Гринкер и Д. Шпигель разработали систему комплексного психотерапевтического воздействия. Составными элементами данной системы были: наркосинтетический метод (использование снотворных для облегчения достижения катарсиса); психотерапия с ограниченным количеством сессий (brief psychotherapy); судорожная шоковая психотерапия; терапия длительным сном; трудотерапия; групповая психотерапия и общая атмосфера психологического комфорта для пациентов [13, с. 44–54].

Задачами бриф-психотерапии Р. Гринкер и Д. Шпигель считали снижение неосознаваемого напряжения, укрепление эго и модификацию супер-эго у ветеранов. Они выделяли семь главных принципов данного вида психотерапии: установление положительного отношения пациента к психотерапевту; предупреждение желания пациента использовать вторичную выгоду от своего расстройства; десенситизация к ситуациям, вызывающим страх; преодоление негативной реакции супер-эго (негативной самооценки); преодоление тенденции к пассивной зависимости от других; освобождение от возможных истерических симптомов, уменьшение неосознаваемой ненависти к окружающим.

В настоящее время психологическая помощь ветеранам в преодолении отсроченных реакций на воздействие стресс-факторов боевой обстановки основывается на концепции посттравматиче-

ских стрессовых реакций. Центральной задачей психотерапевта, в данном случае, является создание условий для постепенной ассимиляции психотравмирующего опыта.

Это может достигаться при помощи различных видов психотерапии (психодинамической, когнитивной, поведенческой, гештальттерапии, терапии искусством, наркосинтетической, трансмедитативной и т.д.) и форм психотерапии (индивидуальной, групповой, семейной). Психологическая помощь ветеранам может носить срочный характер (crisis intervention), иметь ограниченный срок (brief psychotherapy) или быть рассчитанной на длительный период (long term PTSD intervention).

По мнению Р. Скёрфилда, при организации помощи ветеранам необходимо учитывать четыре ключевых момента:

1) психотравмирующее событие и непосредственную реакцию на него, сопровождающуюся, как правило, его отрицанием;

2) последующее осознание и повторное переживание негативных аспектов, имеющих отношение к психической травме;

3) попытки контролировать, снизить или устранить навязчивые воспоминания путем использования взаимодействия психологических механизмов отрицания психотравмы и повторения психотравмирующих переживаний;

4) интеграцию травматического опыта и его позитивное или негативное влияние на личность, отношение со значимыми другими и окружающими в целом [13, с. 45].

Срочная психотерапия проводится в ближайший срок после получения психической травмы (как правило, в непосредственной близости к району боевых действий) с целью установления внутреннего психического равновесия пациента и недопущения дезадаптивной реорганизации личности.

Задачей психотерапии, рассчитанной на короткий срок, по мнению М. Горовица, является помощь ветерану в возвращении к нормальному процессу восстановления после травматического события. Она рассчитана на пациентов, у которых отсроченные реакции на травматический стресс не приняли хронической формы.

При этом М. Горовиц исходит из выделения нормальной и патологической фазы в развитии отсроченных реакций на травматический стресс. Согласно его модели «короткой» психотерапии, предполагается 12 сессий (встреч с пациентом). Психологическое воздействие в данном случае подразумевает подведение ветерана к воспоминанию о психотравмирующем событии, эмоциональную поддержку при воспоминании, создание условий для более ясного осознания проис-

шедшего и его переосмысления. Одним из важнейших условий этого признается все более углубляющийся по ходу психотерапии контакт между пациентом и психотерапевтом. Более глубокому осмыслению происшедшего помогает размышление ветерана о взаимосвязи психотравмирующего события с прошлым жизненным опытом, о влиянии его на жизнь в настоящий период, а также размышление о будущем. Основное внимание при этом уделяется разрешению «центрального» конфликта, лежащего в основе ПТС-реакций.

М. Горовиц рекомендует также учитывать в процессе психотерапии стиль реагирования ветерана на стрессовые воздействия. Он выделяет три стиля: 1) истерический, 2) обсессивный и 3) нарцисстический. Особенностью первого является представление ветераном его переживаний в глобальных, ярких и неопределенных терминах. Задача психотерапевта в данном случае заключается в детальной реконструкции травматического опыта и психологической поддержки пациента в случае интенсивных эмоциональных переживаний.

При втором стиле реагирования описание травматического опыта изолируется от эмоций, а центр тяжести переносится с целостного восприятия события к деталям. В этом случае рекомендуется помочь пациенту соединить события с эмоциональными переживаниями, делая основной упор на его воображение.

Третьему стилю реагирования присуща паническая дезориентация и фрагментарность в восприятии травматического опыта. Данная категория пациентов, по мнению М. Горовица, очень чувствительна ко всему, что может относиться к их самооценке. В этом случае предлагается помочь пациенту повысить внутреннюю интегрированность его личности и через это способствовать более реалистическому восприятию действительности [13, с. 66].

К основным принципам психологической помощи в преодолении отсроченных реакций на травматический стресс, рассчитанной на более длительный период, Р. Скёрфильд относит: установление доверительных отношений между пациентом и психотерапевтом; ознакомление пациента с необходимой информацией о процессе преодоления посттравматического стресса; контроль за состоянием пациента и редукция повышенного напряжения; возвращение к повторным переживаниям, имеющим отношение к психической травме; интеграция травматического опыта.

Д. Смит рассматривает процесс индивидуальной психотерапии с ветеранами, рассчитанной на длительный период, с точки зрения когнитивно-эмоционального подхода. Он определяет его как

процесс, в ходе которого пациент интегрирует сознательные и подсознательные эффекты травматического опыта и овладевает им. Целью психотерапии в данном случае считается преодоление ПТС-реакций, повышение самооценки и самоконтроля, а также восстановление личностной интегрированности, возрождение чувства собственного достоинства и чувства ответственности за свою жизнь. Он выделяет 9 основных этапов в психотерапевтическом процессе. Первые три предполагают обсуждение проблем, связанных с доверием другим людям, умением контролировать себя, преодолением раздражительности, гнева и обвинительного поведения по отношению к другим людям. Четвертый этап предусматривает подведение ветерана к открытию своих проблем; пятый – преобразование сложившейся системы установок, отношений и создания условий для интеграции травматического опыта в новую систему; шестой этап – обсуждение отношения травматического опыта к другим событиям в жизни ветерана; седьмой этап – возвращение к тому, о чем уже говорилось, и внесение уточнений; восьмой этап – создание условий для эмоционального раскрепощения; девятый этап – пробуждение у ветерана желания помогать другим людям.

Д. Смит также отмечает, что в процессе психотерапии необходимо учитывать то, что агрессивность ветеранов может проявляться в трех формах: 1) сверхконтроле и избегании ее проявления, 2) активной ее демонстрации и 3) смешанном поведении.

Применение метода поведенческой психотерапии – имплозии (погружение пациента в воображении в травматическую ситуацию) – Т. Кин и соавторами позволило снизить у ветеранов уровень тревожности, депрессивности, уменьшить повторяемость навязчивых переживаний. В то же время, не удалось повысить эмоциональную чувствительность и преодолеть отчужденность. На основании полученных результатов Т. Кин и соавторы делают вывод о необходимости соединения данного подхода с другими видами психотерапии и повышения у пациентов компетентности в межличностных отношениях.

Исследователи отмечают также эффективность применения других методов поведенческой психотерапии – десенсибилизации (А. Celucci, R. Lawrence, 1978), остановки размышлений, когнитивной реконструкции, поведенческой библиотерапии (R. Marafiotte, 1980; E. Parson, 1984), десенсибилизации путем воздействия на движение глаз (F. Shapiro, 1989), а также о результативности применения таких видов психотерапии, как: арт-терапия (D. Johnson, A. Morgan, M. James), гипноз (J. Brendi, B. Benedist, 1980; D. Spigel, 1981),

гештальттерапия (E. Parson, 1984), наркосинтез (L. Kolb, 1985), трансцендентальная медитация (B. Brooks, T. Scarano, 1982) и других.

Все большее распространение получают также различные формы групповой психотерапии. Подчеркивая в 1944 году роль группового подхода в повышении эффективности реабилитации ветеранов, Г. Роум выделил несколько факторов, способствующих эффективности его использования: подобие психологических проблем у членов группы; снижение внутренней психической напряженности; преодоление чувства неполноценности; доверительные отношения между психотерапевтом и пациентом; контролируемое эмоциональное раскрепощение; контролируемый глубинный анализ проблем; дополнение групповой работы (при необходимости) индивидуальной.

В свою очередь, Р. Гринкер и Д. Шпигель (1945) отмечали, что эффективность групповой психотерапии с ветеранами обеспечивается тремя факторами: 1) развитием положительных отношений между психотерапевтом и пациентами, 2) свободным выражением чувств, 3) возможностью более детального анализа психологических проблем.

В 1970 году группой американских психотерапевтов – R. Lifton, C. Shatan, F. Pincus и др. – были организованы так называемые “rap” группы ветеранов из организации «Вьетнамские ветераны против войны» с целью оказания помощи в преодолении психологических последствий войны и осмыслении своего военного опыта. Доверительная атмосфера, взаимная эмоциональная поддержка, неформальный характер групп способствовали эффективности психологической помощи.

“Rap” группы продолжали традиции групп с ограниченной ролью ведущего (центрированные на клиенте группы «горячего» стула, свободно «плавающие» группы в стиле «Ялома» и т.д.) или вообще не имевших ведущего (группы дважды рожденных, организованные в Сан-Фринциско).

“Rap” группы, как правило, объединяют людей, переживших психотравмирующие события, с целью оказания им психотерапевтической помощи.

По мнению Д. Смита, “rap” группы – это группы разных уровней. К первому уровню относятся информационные, или вводные, группы. Целью данных групп является постепенное подведение ветеранов к дискуссии об их психологических проблемах, информирование ветеранов о возможных психологических последствиях участия в боевых действиях. Целью «побуждающих, работающих» групп второго уровня является создание условий для анализа прошлого военного опыта и соотнесение его с актуальной жизнедеятельностью. Ор-

ганизатор таких групп должен определить, может ли ветеран участвовать в них, и постараться уменьшить различие между участниками групп, прежде всего в боевом опыте. При подборе в такие группы учитывается готовность ветерана участвовать в групповых дискуссиях, оказывать психологическую помощь и поддержку другим членам группы и желание получить такую помощь со стороны других ветеранов. Группы третьего уровня – это “гар” группы, рассчитанные на длительный период. Особенностью этих групп является то, что ветераны становятся как бы психотерапевтами друг для друга. В этих группах обсуждаются актуальные психологические проблемы и допускаются участие лиц, не являющихся ветеранами.

Э. Парсон была предложена модель многократной “гар” группы, которая подразумевает группы, рассчитанные на три фазы психотерапевтического процесса. В группу первой фазы включаются только ветераны, участвовавшие в боевых действиях. Задачами первой фазы являются:

- помощь в преодолении навязчивых воспоминаний о войне, чувства вины, ощущения на себе «печати смерти», состояния горя и депрессии;
- помощь в преодолении фобических реакций, состояния эмоционального оцепенения, социальной отчужденности, повышении самоконтроля и открытости в общении;
- помощь в осмыслении травматического опыта, восстановлении самоидентичности, чувства принадлежности к миру людей, пробуждения желания восстановить прерванные отношения с другими людьми и к проявлению активности во всех сферах жизнедеятельности.

Вторая фаза групповой психотерапии подразумевает включение в “гар” группы ветеранов данной войны, не принимавших участия в боевых действиях. Включение дополнительных членов позволяет расширить диапазон обсуждаемых психологических проблем. Задачами данной фазы является углубление у ветеранов доверия к другим людям и открытости во взаимоотношениях, помощь в осознании своего «фальшивого Я» и его проявления в общении, стимулирование перехода от «зеркально-рефлекторных» форм общения к его более зрелым формам.

После решения задач первых двух фаз считается возможной организация психоаналитически ориентированной фазы, во время которой в группу включаются лица, не являющиеся ветеранами, в том числе женщины. Такое постепенное расширение круга участников группового процесса позволяет приближать условия группы к реальному окружению ветерана в жизни и имеет больший психотерапевтический эффект.

В процессе третьей фазы ставится задача достижения более глубоких личностных изменений через осмысление подсознательных явлений психической жизни, а также дальнейшая «проработка» личностных проблем, обусловленных участием в боевых действиях.

Не менее важное место в системе психологической помощи ветеранам войн зарубежные психологи отводят семейной психотерапии (С.Р. Figley, 1978, 1989; Т. Williams, 1980; Т. Scarano, 1982; Р. Mason, 1988 и др.).

По мнению Ч. Фигли, любая психологическая помощь семьям ветеранов должна основываться на четырех главных принципах:

- 1) уважение к интимным сторонам жизни семьи, ее самоотверженности во время войны и опыту семьи, имеющему отношение к пережитым стрессовым обстоятельствам;
- 2) информирование семьи о возможных психологических последствиях войны;
- 3) сочетание психологической помощи с социальной поддержкой семьи, в том числе со стороны семей других ветеранов;
- 4) психотерапевтическое вмешательство в жизнь семьи должно подразумевать: осторожное изучение источников стресса в семье; определение того, какие из способов совладающего поведения с возникшими психологическими трудностями используются в семье, а какие – нет; информирование семьи о различных способах преодоления последствий травматического стресса; помощь в создании в семье системы взаимной поддержки; помощь в мобилизации тех сторон семейных отношений, которые способны ее укрепить и обеспечить разрешение психологических проблем.

По мнению С. Вильямс и Т. Вильямс, задачами психотерапии в работе с семьями ветеранов являются:

- преодоление у ветеранов идентификации с образом «пациента» в семье, состояния депрессии, эмоциональной и социальной отчужденности, неадекватных реакций ветерана на болезнь и горе других членов семьи (отстраненность);
- преодоление случаев насилия в семье (из 600 обследованных ветеранов каждый третий совершал акты насилия по отношению к другим членам семьи), злоупотребления алкоголем и наркотиками, стремления к длительному отсутствию в семье;
- преодоление нежелания ветерана рассказывать о своем военном опыте, преодоление психологической дистанции между ветераном и детьми; улучшение отношений между супругами;
- психологическая помощь женам ветеранов, формирование в семье системы взаимной под-

держки, совершенствование навыков общения в семье.

Наиболее эффективной, по мнению С. Вильямс и Т. Вильямс, является мультимодальная форма семейной психотерапии, которая включает: индивидуальное и семейное консультирование; групповую психотерапию отдельно с ветеранами и их женами; занятия в группах, включающих несколько семейных пар с целью совершенствования коммуникативной компетентности, создание системы взаимной социальной поддержки.

М. Стэнтон и Ч. Фигли, рассматривая межличностные отношения в боевой обстановке как один из источников посттравматического стресса, считают, что семейная психотерапия может иметь ключевую роль в психологической помощи ветеранам.

В случае кризисной ситуации в семье ветерана Ч. Гаррис предлагает использовать пятишаговую модель психотерапевтической помощи, основанную на концепции К. Slaikey (1984). Она включает следующие этапы: установление психологического контакта с семьей; изучение психологических проблем в семье; совместный поиск с членами семьи возможных способов решения возникших проблем; помощь членам семьи в поисках возможных способов решения возникших трудностей; помощь членам семьи в осуществлении конкретных шагов, направленных на решение психологических проблем; сопровождение семьи после выхода из кризисной ситуации.

К сказанному можно добавить, что составной частью подготовки операции в Персидском заливе армией США была разработка программы по снижению психотравмирующих стресс-факторов боевой обстановки. Она предусматривала мероприятия, направленные на своевременную психологическую и социальную помощь ветеранам (их семьям) во время и после окончания войны [13, с. 53]. Очевидно, что данный подход способствовал повышению эффективности совладающего поведения как у непосредственных участников боевых действий, так и людей, связанных с этими событиями.

Таким образом, от эффективности совладающего поведения человека, пережившего экстремальные события, зависит скорость преодоления им психологических последствий экстремальных воздействий. В настоящее время представления исследователя о природе и механизмах совладающего поведения напрямую влияют на выбор им способов и методов диагностики этого фено-

мена. Представляется, что активное исследование рассматриваемого феномена позволит более точно предсказывать наиболее эффективные копинг-стратегии человека в экстремальной ситуации деятельности, обеспечивая ее большую надежность.

Литература

1. Анцыферова, Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование жизненных ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал. – 1994. – Т. 15. – № 1.
2. Белорукова, Н.О. Семейные трудности и совладающее поведение на разных этапах жизненного цикла семьи : дисс. ... канд. психол. наук. – Кострома, 2005.
3. Бодров, В.А. Информационный стресс : уч. пособие для вузов. – М. : ПЕР-СЭ, 2000.
4. Иванов, П.А. Стратегии совладания у лиц, совершивших правонарушение на фоне длительного стресса // Электронный журнал МГППУ: психологическая наука и образование. – 2008. – № 5.
5. Крюкова, Т.Л. Методология исследования и адаптация опросника диагностики совладающего (копинг) поведения // Журнал практического психолога. – 2007. – № 3.
6. Крюкова, Т.Л. Психология совладающего поведения в разные периоды жизни : дисс. ... докт. психол. наук. – Кострома, 2005.
7. Крюкова, Т.Л., Куфтяк, Е.В. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) // Журнал практического психолога. – 2007. – № 3.
8. Крюкова, Т.Л., Сапоровская, М.В. Семья: стресс, копинг, адаптация // Проблемы психологии совладающего поведения в семейном контексте. Научное издание. – Кострома : КГУ, 2003.
9. Малкина-Пых, И.Г. Стратегии поведения при стрессе // Московский психологический журнал. – 2010. – № 12.
10. Малкина-Пых, И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – М. : Эксмо, 2005.
11. Морено, Я.Л. Социометрия: экспериментальный метод и наука об обществе. – М. : Академический проект, 2001.
12. Никольская, И.М., Грановская, Р.М. Психологическая защита у детей. – СПб. : Речь, 2000.
13. Съедин, С.И., Абдурахманов, Р.А. Психологические последствия боевой обстановки : учебное пособие МО РФ. – М., 1992.
14. Тарабрина, Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб. : Питер, 2001.