

ЭКСТРЕННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ: ЗАКОНЫ ЖАНРА

Н.Ю.ФЕДУНИНА*

Как появилась и развивалась экстренная психологическая помощь? Какой путь прошла столь важная и актуальная для нашего времени практика? Является ли она разновидностью психотерапии, формой социально-психологической интервенции или новым способом взаимодействия с человеком, находящимся в состоянии кризиса? Одновременно со стремительным ростом распространения и внедрения программ экстренной психологической помощи все более обостряется полемика вокруг вопросов эффективности и необходимости раннего вмешательства. Что стоит за этим спором? Автор прослеживает историю формирования экстренной помощи и задается вопросом о законах этого вида психологической работы.

*...Какой смельчак
Стопой скитальческой измерит бездну
Неизмеримую, отыщет путь
В пространстве без начала и конца,
В тьме осязаемой?*

Дж.Мильтон, «Потерянный рай»

Экстренная психологическая помощь (ЭПП) – особый, относительно недавно появившийся жанр психологической работы. Как он возник и, главное, каковы его основания? Попытка ответить на эти вопросы очень важна сегодня, когда «ситуация мира и человечества несет кризисные и катастрофальные черты» (Хоружий, 1994) и когда на наших глазах разворачивается целая сеть кризисной индустрии (Deahl, 2000; Wessely et al., 2003), а желание помочь, при отсутствии адекватной концепции помощи, приводит подчас к действиям, которые, увы, оборачиваются лишь осложнением симптоматики у пострадавших, а также к внедрению моделей

* *Федунина Наталья Юрьевна* – Центр экстренной психологической помощи, Московский городской психолого-педагогический университет.

помощи без какой бы то ни было проверки их эффективности (*Gray et al., 2004; Mollica et al., 2004*).

Уже исходя из названия данного вида помощи, понятно, что одной из главных его координат является время. Целительность долгого времени («время лечит») ставится здесь под вопрос: лонгитюдные исследования показывают, что душевная рана может не заживать, что пострадавшие продолжают испытывать душевные страдания и терпеть тяжкие расстройства, спустя годы после травмы (*Bell, 1995; van der Kolk & McFarlane, 1996; Litz et al., 2002*). По аналогии с экстренной медицинской помощью, на первый план выходит *быстрое время*, нашедшее отражение в метафоре «*окна возможности*», подчеркивающей сензитивность критического периода травмы (*Shalev, 2000; Tuval-Mashiach, 2004*).

О такой акцентированной значимости фактора времени при травме может свидетельствовать и введенная в DSM-IV (1994) категория *острого стрессового расстройства (ОСР)*, описывающая стрессовые реакции в первый месяц после травматического события. Основной мотивацией ее включения служила как раз возможность выявления острых реакций в ранний период после травмы, но сверх того – предсказание долговременных расстройств (*Harvey & Bryant, 1999*), а также различение нормальных и патологических реакций на стресс (*Marshall et al., 1999*)¹. ОСР имплицитно определяет ПТСР как следствие неразрешенной острой реакции (*McFarlane & Yehuda, 2000*) в этот критический период.

Дискурс экстренной психологической помощи заявляется как превентивный, направленный на предотвращение посттравматических расстройств. В современных условиях он представляет собой довольно пестрое полотно, в котором сосуществуют разные подходы, где представлены специфические представления о том, как и когда необходимо оказывать ЭПП, кому она должна быть адресована и пр. Рассмотрению этих вопросов и посвящен наш обзор зарубежной литературы по проблеме экстренной психологической помощи.

Начало пути: пробы и сомнения

О необходимости разработки особых форм помощи, экстренной, кратковременной, незамедлительной, заговорили еще в годы Первой мировой войны. Основная задача психиатров, работавших в прифронтовых

¹ Сегодня ставится вопрос о предсказательной силе ОСР (*Fuglsang, 2004*), а также о целесообразности выделения ОСР как отдельной категории (*Harver & Bryant, 2002; Brewin et al., 2003*): нужен ли диагноз, основная функция которого заключается в предсказании другого диагноза – посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), стоит ли облекать фактор риска развития ПТСР – в диагноз?

госпиталях, заключалась в возвращении солдат и офицеров в строй, а основной акцент в лечении чаще всего делался на восстановительных мерах – питании, сне, отдыхе, изоляции, силе убеждения, постепенном наращивании времени боевой подготовки (*Smith et al.*, 1917; *Chermol*, 1985; *Shephard*, 2000). Томас Салмон, командированный во Францию для описания лечения психических расстройств в условиях военных действий, вернулся в США с подробным отчетом, в котором описывались принципы организации работы, разработанные Ч. Майерсом, У.Брауном и другими английскими и французскими специалистами. Общая стратегия была принята американскими экспедиционными войсками, а много позже, уже в 1963, К.Артисс (*K.L.Artiss*) предложил для нее акроним *PIE* (*proximity, immediacy and expectancy*) (близость к линии фронта; безотлагательность; установка на выздоровление и возвращение в часть) (*Jones & Wessely*, 2003).

В большинстве случаев сомнение, недоверие и отрицание сопровождали эти первые шаги работы с острой травмой. Часто страдающих от снарядного шока воспринимали либо как душевнобольных (и тогда их стремились изолировать), либо как симулянтов и дезертиров (и тогда их ждал расстрел). Психологическая и функциональная симптоматика считалась свидетельством слабости, болезни воли, попытки избежать исполнения патриотического долга – то есть рассматривалась сугубо под углом зрения моральных аспектов. А задача разоблачения, выявления случаев симуляции (*Brunner*, 2002) стояла перед психиатрами чуть ли не более остро, чем задача лечения травматической симптоматики.

Рождение формы

Одна из наиболее распространенных сегодня форм экстренной психологической помощи – *дебрифинг* – своим появлением обязана не психологической или медицинской науке, но истории. Во Вторую мировую войну историк американской армии С.Маршалл (*S.L.A.Marshall*) разработал метод исторического дебрифинга для прояснения картины боя. Он заметил, что, помимо достижения этой основной цели, интервью способствовало снижению напряжения, повышению сплоченности воевавших, готовности снова идти в бой. Исторические дебрифинги проводились сразу же после боя, и участвовали в них все, невзирая на звания и роли. До проведения дебрифинга его организатор должен был собрать всю необходимую информацию, касающуюся особой роли подразделения в боевых действиях, хода сражения, технического оснащения, условий прохождения боя, вплоть до погодных. В начале дебрифинга группу информировали о процедуре и задаче – по возможности более точно и детальном описании боя, с тем, чтобы запечатлеть историческую правду,

а также иметь возможность учиться на опыте. Основная часть дебрифинга проводилась командиром, поскольку считалось, что тот, кто ведет в бой, должен уметь вести солдат, поддерживать их и после боя. Реконструкция хода боя должна была следовать хронологии с акцентом на фактах, а не на интерпретации. Причем, «фактическая реальность» включала и мысли, чувства, предположения во время боя, поскольку они влияли на принимавшиеся решения и действия. Имена и звания основных участников исторического дебрифинга-реконструкции указывались в итоговом отчете в знак признания их вклада в реконструкцию исторического события (*Historical ...*).

Со времени Второй мировой войны именно группа все больше становилась основной единицей исследовательского интереса и терапии травмы (*van der Kolk et al., 1996a; Terr, 1992*). Майкл Фаулкс (*Michael Foulkes*) полагал, что важна уже сама ситуация, в которой люди выведены из изоляции в социальную ситуацию общения, где они находятся в равном положении с другими членами группы, испытывающими порой не меньшие страдания; «легче видеть проблемы другого, чем свои собственные, так что возможность видеть в другом отражение собственных реакций может приносить облегчение» (*Smith, 2001*). Активно разрабатывалось представление о том, что сообщество само может быть как объектом, так и инструментом терапии (*Jones, 2004*).

Одним из наиболее влиятельных описаний экстренного психологического вмешательства времени Второй мировой войны была работа Э.Линдемманна и его коллег, где были описаны стадии переживания горя и возможные патологические реакции. Линдемманн видел сущность задачи психиатра в разделении с пациентом работы горя (*Линдемманн, 1984*), активации работы горя (*Lindy et al., 1983*). Исследования Линдемманна и его коллег способствовали развитию понятия эмоционального кризиса в рамках превентивной психиатрии (*Mackey, 1968*), внесли свой вклад в разработку того, что Г.Селье называл «разумной профилактической и терапевтической наукой о поведении человека» (*Селье, 2002*). Психологические процессы, описанные при восстановлении в ситуации «травматической потери», были признаны основополагающими и для восстановления от «травматического стресса» (*Shalev, 2000*).

Кризисная интервенция и идеи социальной психиатрии

«Разумная профилактическая и терапевтическая наука о поведении человека», столь отчетливо воплощенная в современных принципах и методах кризисной интервенции, во многом основана на идеях соци-

альной медицины начала века, исходившей из того, что здравоохранение должно начинаться с социальных мероприятий и осуществлять лечебные, профилактические и просветительские функции (Сироткина, 2000). Интерес к социальной психиатрии в 60-е гг. определялся не столько медицинскими соображениями, сколько моральными и политическими представлениями, идеями гуманизма и социальными реформами (Schmiedebach & Priebe, 2004; Magaro et al., 1978). Именно в это время Дж.Каплан ввел понятие *кризисной интервенции* и описал ее принципы. Разработанная им концепция кризиса опиралась на понятие гомеостаза (Roberts, 2005), уже сыгравшее свою роль в формировании понятия стресса.

Каплан говорил о кризисе как о временном периоде, в котором содержатся как возможность личностного роста, так и опасность повышенной уязвимости для психического здоровья (Caplan, 1964). Важнейшим фактором, обуславливающим кризис, выступает разрыв между сложностью и важностью проблемы и ресурсами, имеющимися для его разрешения.

Были выделены четыре *стадии* кризисной реакции:

- 1) первичное возрастание напряжения, вызванное стимулом, приводит в действие привычные механизмы решения проблем;
- 2) безуспешность этих действий и продолжающееся воздействие травматического стимула обуславливает возрастание напряжения, появление чувства беспомощности и неэффективности;
- 3) дальнейшее возрастание напряжения сначала становится мощнейшим внутренним стимулом для мобилизации внутренних и внешних ресурсов, поиска новых методов решения проблемы. Человек может по-новому определить проблему, благодаря чему она станет разрешимой, пожертвовав при этом некоторыми целями;
- 4) если проблема по-прежнему сохраняет свою актуальность, и при этом остается невозможным ни разрешить ее, ни избежать, напряжение возрастает, что может привести к срыву (Caplan, 1964).

Кризисное вмешательство определяется как экстренная и неотложная психологическая помощь, направленная на возвращение пострадавшего к адаптивному уровню функционирования, предотвращение психопатологии и на снижение негативного воздействия травматического события (Everly & Mitchell, 1999). Основные *принципы* кризисного вмешательства, в качестве которых признаны незамедлительность, близость к месту события, установка на восстановление, фокус на разрешении проблем, кратковременность и простота, воспроизводят, по сути, основания психологической помощи, которые были установлены в пери-

од Первой мировой. Основными *целями* были признаны стабилизация состояния пострадавших (купирование нарастания дистресса), снятие или уменьшение острых симптомов дистресса и восстановление независимого функционирования.

Ключевым понятием в моделях экстренной помощи, как и во времена Каплана, остается понятие *кризиса*. Под кризисом понимается состояние, при котором 1) нарушено психологическое равновесие; 2) привычные средства бессильны его восстановить; 3) вызванный кризисом дистресс приводит к нарушениям жизнедеятельности (Everly & Mitchell, 2000)². Интервенция исходит из предположения, что проявляющиеся во время кризиса дисфункциональные реакции не являются патологическими и необратимыми, поэтому помощь нацелена на действие в ситуации «здесь и теперь» (Stein, 1996). Одним из ключевых принципов остается уже знакомое нам ожидание нормального восстановления у большинства потерпевших (Kaul & Welzant, 2005). Предполагается, что в состоянии кризиса люди проходят через фазу нарушения психологического равновесия на пути к новому равновесию (Viney et al., 1985; Huxley & Kerfoot, 1995; Reyes & Elhai, 2004).

Дебрифинг: панацея или паллиатив?

Раннее экстренное вмешательство шло в основном по линии удовлетворения витальных потребностей (сон, отдых, питание), во многом основываясь на предложенной С.Митчеллом еще в XIX в. схеме лечения неврастении. В наши дни другой Митчелл (J.T.Mitchell, 1983) сформулировал иной подход – модель дебрифинга стресса, вызванного травматическим событием (CISD – Critical Incident Stress Debriefing)³ для персо-

² Слово «кризис» происходит от греческого *krisis* – решение. Это понятие использовалось древнегреческими историками применительно к сражениям, которые «привели к кризису» в войне между персами и греками. Важная его трактовка связана с врачебной практикой. По Гиппократу, кризис наступает, когда болезнь возрастает, отступает или переходит в другую. И историческое, и медицинское толкование описывают кризис как кардинальный момент, непредсказуемый, динамичный, напряженный (Starn, 1971). Сегодняшние концепции кризиса центрированы в основном на последней характеристике – напряженности (Billings et al., 1980).

³ В Оксфордском словаре «дебрифинг» определяется как расспрашивание или обследование, например, человека, только что вернувшегося с задания, в целях сбора информации (Kaplan et al., 2001). Брифинг (briefing) – процесс инструктажа и информирования (например, брифинг летчиков перед полетом). Дебрифинг – процесс разбора события, действие в котором было подготовлено брифингом. Естественно, что катастрофа чаще всего неожиданна, она не предполагает предшествование брифинга, а следовательно «дебрифинг» принимает иное значение (Wilson, Sigman, 2000).

нала ЧС служб (полиция, пожарные и т.д.), чья работа связана с повышенным уровнем стрессогенности (частота посттравматических стрессовых реакций в этих профессиональных сообществах существенно превышает обычные 8-9% /*Deahl, 2000; Everly, 1995*/). Относительно недорогой и простой в проведении, дебрифинг стал стандартной процедурой во многих организациях, члены которых подвергаются стрессовым событиям (*Shalev, 2000*), а также наиболее распространенным методом раннего вмешательства и для непосредственно пострадавших (так, после теракта 11 сентября дебрифинг использовался как общая интервенция (*Bonanno, 2004*), более 9000 (!) консультантов работали в Нью-Йорке /*Deville & Cotton, 2004*/). И если в начале века посттравматические реакции вызывали сомнение, вплоть до уличения пострадавших в симуляции, то теперь маятник качнулся в противоположную сторону: многие специалисты полагают, что раннее кратковременное вмешательство непосредственно после травматического события необходимо практически всем (*Bonanno, 2004*).

О дебрифинге часто говорят как об одной из разновидностей кризисной интервенции. Однако необходимо отметить некоторые особенности этой формы помощи. По Каплану, кризис возникает, когда обычные механизмы совладания обнаруживают свою недостаточность перед сложностью проблемы, с которой столкнулся человек. Дебрифинг обычно проводится сразу после ЧС, когда часто еще нет оснований полагать, приведет ли пережитое событие к кризису. Кризисное вмешательство подразумевает, что большинство людей могут справиться со стрессом самостоятельно и лишь немногим (в силу их особой вовлеченности, недостатка ресурсов и других факторов риска) понадобится основательная помощь; – что касается дебрифинга, то он распространяется на всех переживших стрессовое событие. Кризис, по Каплану, может стать источником как личностного роста, так и опасности; – для дебрифинга характерна «патогенная» позиция, предполагающая, что каждый пострадавший или ставший свидетелем травматического события нуждается в лечении (*Stuhlmiller & Dunning, 2000*). Далее, кризисное вмешательство тяготеет к индивидуальному формату, мобилизуя при этом социальные системы поддержки; – дебрифинг отдает предпочтение групповому формату, не уделяя при этом особого внимания работе с отдельными участниками группы (*Raphael & Wilson, 2000*). Можно предположить, что дебрифинг – типичное воплощение современной массовой культуры с ее ориентацией на потребности «среднего человека», способностью трансформировать артефакты, созданные в рамках других культур, и превращать их в предметы массового потребления (*Костина, 2006*).

Дебрифинг включает семь фаз:

1) вводная (знакомство, прояснение целей и процедуры дебрифинга, а также правил группы);

2) фаза фактов (каждый участник группы описывает, что с ним происходило, передает свое восприятие события; реконструирует картину происшедшего);

3) фаза мыслей (исследуются мысли, связанные с ЧС: «Какова была первая мысль, когда вы осознали, что произошло?»);

4) фаза эмоций и чувств («Что для вас было самым ужасным во всей этой ситуации?», «Что было самым болезненным?», «Что вы испытывали?»);

5) когнитивные, поведенческие, эмоциональные симптомы во время и после ЧС («Что с вами происходило после ЧС?», «Какие изменения, реакции вы в себе заметили?»);

6) этап обучения, информирования, нормализации (обобщаются реакции участников, предоставляется информация о типичных реакциях на травматическое событие, о том, как с ними справляться; куда можно обратиться за помощью);

7) завершение (ответы на вопросы и обобщение).

Вся процедура занимает около двух часов. Через три-восемь часов после ЧС, в идеальном варианте, Митчелл и Эверли предлагают проведение дефьюзинга – процедуры, сходной с дебрифингом, но более кратковременной и менее структурированной.

В 1989г. А.Дырегров (A.Dyregrov) разработал метод *процессуального дебрифинга*, в котором акцент переносится на групповые процессы и группа активно используется в качестве ресурса (Dyregrov, 1997). Он также включил в процедуру проведения дебрифинга такие моменты, как прояснение обстановки до чрезвычайного события («Как вы узнали о ЧС?»), анализ процесса принятия решения («Что вы сделали?», «Почему вы решили так поступить?»), вопросы, касающиеся сенсорных впечатлений («Что вы слышали, видели, ощущали?»). Б.Рафаэль (Raphael, Wilson, 2000) добавила фокусировку на приобретенном личностном опыте, на знании, умениях человека (Tehrani et al, 1994; Armstrong et al., 1995).

В 90-е гг. модель дебрифинга была существенно расширена и дополнена, и в этом новом виде получила название «управление стрессом, вызванным травматическим событием» (CISM – Crisis Incident Stress Management) (Everly, Mitchell, 1999). Новая модель представляет собой общую интегративную систему кризисного вмешательства, состоящую из множества компонентов, которые функционально распределены по всему временному спектру кризиса. Ключевыми компонентами являются:

- 1) докризисная подготовка, призванная снизить уязвимость, повысить психологическую устойчивость людей, относящихся к группе риска психической травматизации; информирование, обучение; психологическая подготовка перед работой, связанной с опасностью;
- 2) разработка плана действия в кризисных ситуациях;
- 3) индивидуальная экстренная психологическая помощь;
- 4) краткие обсуждения в малых группах;
- 5) дебрифинг;
- 6) работа с семьей;
- 7) работа с организациями;
- 8) направление за дополнительной психологической помощью и лечением в случае необходимости.

Широкое распространение дебрифинга обострило вопросы об эффективности кризисного вмешательства, данные о которой оказались крайне противоречивы – от представлений об исключительной эффективности процедуры (Robinson, 2004) до данных о том, что он может привести к повышению уровня посттравматической симптоматики (Mayou et al., 2000; Campfield, 2001; van Emmerik et al., 2002; McNally, 2004). Участники группы обычно говорили о своей удовлетворенности дебрифингом, отмечали его эффективность (Classen et al., 1998; Wessely et al., 2003; Devilly in press), однако может ли субъективная удовлетворенность служить надежным критерием эффективности, способствует ли дебрифинг предотвращению развития ПТСР и других расстройств? Ряд исследований показывают, что эта цель не достигается (Rose et al., 2002; Aulagnier et al., 2004). Все чаще под вопрос ставятся сами основания дебрифинга.

– Сторонники дебрифинга отстаивают необходимость незамедлительного вмешательства, делают ставку на быстроту реагирования в ситуации кризиса (Tschacher, Jacobshagen, 2002). Оппоненты утверждают, что естественный процесс адаптации к травме может занять несколько дней или недель, поэтому не стоит мешать работе переживания (Kardener). Впрочем, сегодня и те и другие признают важность фактора готовности к принятию помощи, а также естественных процессов восстановления (Everly, 2000; Brewin, 2001).

– Критики дебрифинга высказывают предположение, что образование, расширяющее представления пострадавших о возможных реакциях на травму, может иметь парадоксальный эффект, приводя к развитию тех проблем, которые предполагалось избежать (Devilly & Cotton, 2003; Wessely et al., 2003), к ожиданию патологических реакций (Kenardy, 2000).

– Традиционно считается, что выражение чувств в большей мере способствует естественному процессу исцеления, чем их сдерживание. Но насколько полезным и насколько опасным может оказаться запуск эмоциональной переработки травматического опыта в единичной сессии без последующего контроля? К другим пунктам критики относятся сомнения в отношении фокусировки сугубо на травматическом событии (*Litz et al.*, 2002), игнорирования факторов риска, достаточности единичной сессии (*Gamble et al.*, 2002); остро ставится вопрос о профессионализме и подготовке специалистов, проводящих дебрифинг (*Phippis & Byrne*, 2003; *Dyregrov*, 1999, 2001).

Как же оценивать эффективность дебрифинга? Что считать критериями эффективности – успешность в предотвращении посттравматических расстройств, оптимизацию групповой поддержки, снижение возможных будущих финансовых затрат (*Arendt*, 2001)? Сторонники дебрифинга отмечают, что предотвращение стрессовых расстройств – не единственный критерий эффективности (*Deahl et al.*, 2001). Особая важность дебрифинга обусловлена тем, что естественные социальные ситуации редко дают человеку возможность выразить чувства, мысли, переживания в отношении эмоциогенного события, оставляя все это на стадии незавершенных попыток переработки травматического переживания. Снижение эмоционального напряжения (*Reyes & Elhai*, 2004), достижение организационных целей, – таких как улучшение коммуникации между членами группы, повышение групповой сплоченности, осознание происшедшего, структурирование кризисного опыта, – перечисляются среди ведущих целей дебрифинга.

Дебрифинг – не психотерапия. Это форма психологической скорой помощи (*Mitchell, Robinson*, 2004; *Devilly & Cotton*, 2003). Уточняется, что «кризисная интервенция так относится к психотерапии, как первая медицинская помощь – к хирургии» (*Everly et al.*, 2005, с.233). Дебрифинг никогда не мыслился как клиническая интервенция, но главным образом и прежде всего – как возможность поделиться переживаниями, что не исключает некоторой формализации естественных процессов поддержки в группе (*Noy*, 2004а), и направлен он, скорее, на работу со стрессом, нежели с травмой (*Stuhlmiller & Dunning*, 2000).

Три кита превентивного жанра и экстренная психологическая помощь

Наряду с дебрифингом и более общей моделью управления стрессом, предложенной Дж.Эверли и Дж.Митчеллом, были разработаны и другие интегративные, многокомпонентные антикризисные модели раннего вме-

шательства, направленные на предупреждение чрезвычайных ситуаций, помощь в ситуациях кризиса, смягчение их воздействия, обеспечение скорейшего восстановления, то есть модели, вбирающие все три стороны превентивного жанра – первичную, вторичную и третичную профилактику.

Кризис, по А.Шалеву, оказывается своего рода эмоциональной и когнитивной ловушкой. Однако, даже несмотря на симптомы посттравматического стрессового расстройства, люди пытаются поддержать, утешить родных, достать для них все самое необходимое, сохранить себя как личность (Shalev, 2003). Основные цели раннего вмешательства принципиально не отличаются от общих целей кризисной интервенции и включают: 1) уменьшение психобиологического дистресса, снижение симптомов повышенного возбуждения; 2) работу со специфической симптоматикой, когда она мешает нормальному функционированию человека, 3) содействии нормальному восстановлению, поддержку клиента и его непосредственного окружения, 4) выявление группы риска.

А.Шалев описывает специфику экстренной помощи в зависимости от фазы кризиса, представляя тем самым важное направление типологизации помощи в кризисной ситуации (Jacobson, 1986; Huxley & Kerfoot, 1995; Shalev, 2003; Noy, 2004a,b; Kaul, 2005).

Ситуация кризиса. На этой стадии возникают первичные реакции на стресс (страх, оцепенение и др.), часто очень сильные и внезапные, выходящие из-под контроля. Человек может вести себя самым неожиданным для самого себя образом. Чем больше данное рассогласование, тем сильнее в дальнейшем, на стадии переоценки, эти реакции будут «пережевываться» с чувством стыда и вины. Главным на этой стадии является выход из зоны бедствия, а роль помогающего сводится к роли другого, чье стабильное присутствие снижает шаткость и хаотичность внешнего и внутреннего мира пострадавших.

Терапевт в ситуации экстренной помощи может сталкиваться с необходимостью действия в рамках самой травматической ситуации. Базисным психологическим принципом здесь является контакт, поддержка и подключение родственников, значимых других; информирование; выявление группы риска среди пострадавших и тех, кто им оказывает помощь. Фигура помогающего должна быть ясно представлена и разделена по функциям, роли и действиям.

На этой и следующей стадии симптомы дистресса, боли, тревоги пока еще не должны патологизироваться, поскольку направлены на выживание. Важная функция ранних реакций – коммуникативная. Это крик о помощи, адресованный соплеменникам. Длительное проявление дистресса может, таким образом, отражать либо неспособность добиться ответной

реакции и понимания призыва со стороны других, либо неудачное его использование⁴.

Непосредственно пост-травматический период. Вступив в этот этап, человек уже находится в относительной безопасности. Однако он сталкивается, как фактически, так и психологически, с новой реальностью. Основной психологической задачей здесь становится так называемая аккомодация – использование и расширение имеющихся ресурсов при совладании с новой ситуацией. Доминирующее чувство пострадавшего – ощущение, что мир никогда уже не будет прежним. Роль консультанта на этой стадии – смягчить новизну ситуации, чувства чуждости и одиночества. Травматические события связаны с реальной или символической утратой, переживание которой может быть одним из самых тяжелых моментов этого периода. Лишь немногие нуждаются в терапевтическом вмешательстве непосредственно сразу после чрезвычайного события. Однако по прошествии некоторого времени после трагедии практическая помощь может оказаться более актуальной (Wilson et al., 2000). Точная информация (Winje, 1998; Meichenbaum, 1997), общение с друзьями и семьей (Wilson et al., 2000), помощь в оценке ситуации и выработке стратегий решения возникших в связи с трагедией задач (Flannery & Everly, 2000; Greene et al., 2005), организация пространства как психологического, так и реального, физического и социального, – таковы первоочередные задачи, необходимые для восстановления психического состояния пострадавших.

Фаза восстановления предполагает два противоположных психических процесса: дистанцирование от травматического события и переоценку травматического опыта. На данной фазе человек психологически ассимилирует свой опыт, исследует, осмысляет его. Это посттравматический период в собственном смысле слова, когда фактическое событие переходит на ментальный уровень. Вербализация в этот период становится ключевым процессом, а основная позиция терапевта – позиция собеседника, помогающего облечь в слова пережитое, создать рассказ, ко-

⁴ Центральный вопрос – какие симптомы являются фактором риска последующего развития ПТСР, индикатором возникших затруднений в работе переживания. Диссоциация? Повышенный уровень возбуждения? Избегание? (Bryant et al., 2000; Mellman et al., 2001; Litz et al., 2002). Где заканчивается нормальная реакция на травму и появляется симптом. Нейробиологические теории и недавние психофизиологические исследования поддерживают гипотезу о высокой важности периода, наступившего непосредственно после травмы, о чрезвычайном значении снижения психического дистресса и физиологического возбуждения в предотвращении возможной психопатологии (Shalev, 2000).

торый может быть спутанным, неполным или наоборот избыточным, отражая субъективную оценку, психологическую реальность события.

Ряд факторов делают терапевтическое вмешательство в условиях травматического события трудным для описания и обсуждения. В их число входят неотложные нужды пострадавших, вторичные стрессоры (сепарация, госпитализация, вынужденная миграция и пр.), значительный стресс самих помогающих, сменивших кресло терапевта на работу в эпицентре событий. Все это заставляет задуматься о формах и функциях кризисного вмешательства, о позиции психолога и образе клиента. Для модели А.Шалева характерно восприятие действий терапевта как активного следования за клиентом, выявления типичных паттернов наравне с учетом индивидуальных особенностей продвижения клиента и как присоединения к естественным ритмам психологического восстановления.

Заключение

Исследователи предполагают, что ЭПП – не некая новая форма терапии, но, скорее, новый способ взаимодействия с человеком, находящимся в состоянии кризиса (*De Clercq, 2001*). Несмотря на то, что человечество издревле сталкивалось с бедствиями и трагедиями, а стремление помочь попавшим в беду – одна из наших базисных мотиваций (*McFarlane, 2000*), эта новая форма взаимодействия в условиях кризиса оформилась совсем недавно. Она предполагает развитое чувство коллективной ответственности, ценности жизни всех членов группы (*McFarlane, 2000*), моральную чувствительность к боли и страданию другого человека (*Shalev, 2000*).

Интересно, что практика ЭПП начала складываться во время Первой и Второй мировых войн, что по времени совпадает с возникновением в западной философии и психологии такого направления, как экзистенциализм, который в центр рассмотрения поставил человека отчаявшегося, страдающего, оказавшегося в пограничной, экстремальной ситуации (*Мотрошилова*). Но не эти идеи оформили первые представления об ЭПП. Сердцевину теории кризисного вмешательства и сегодня составляет гомеостатическая модель – по своему внутреннему строю, скорее, био-психологическая, чем философско-психологическая. Между тем, понятие «кризиса» включает и опасность и возможность, и напряжение и решение, а задачу ЭПП, вероятно, можно было бы представить как перевод кризиса-опасности в кризис-возможность, кризиса-напряжения в кризис-решение (что предполагает уже иной язык описания: если «напряжение» – био-логично, то «решение» апеллирует к экзистенции).

Краткий исторический обзор позволяет сформулировать следующие особенности ЭПП:

– ЭПП во многом базируется на принципах социальной медицины с ее акцентом на превентивных мерах, факторах готовности сообщества (Steury et al., 2004), устойчивости и успешной адаптации (Bonanno, 2004), мобилизации индивидуальных и социальных ресурсов.

– ЭПП работает на социальную идеологию, впитавшую в себя идеи участия и компетентности реагирования общества в отношении пострадавших (Raphael et al., 1995), устойчивости социальной, общественной структуры к непредсказуемости, кризису (Kaplan et al., 2001).

– Сегодня ЭПП связана с работой в эпицентре чрезвычайного события. ЭПП чаще всего осуществляется в соответствии с иерархией человеческих потребностей (Meichenbaum, 1997). В условиях кризиса перво-степенным является удовлетворение базовых потребностей.

– ЭПП предполагает работу как с отдельным человеком, так и с группой (Berhman, 2002; Dyregrov, 1989, 2001; Terr, 1992; Reyes & Elhai, 2004), а также целым сообществом. Она характеризуется широким социальным охватом, требованием учета социальных процессов, возникающих вокруг травматического события (Raphael et al., 1996; Dyregrov, 1999).

– ЭПП требует координированного взаимодействия разных служб и форм деятельности. Опасность заключается в несогласованном проведении различных программ вне адекватного отслеживания их эффективности.

Итак, мы кратко рассмотрели исторические предпосылки, а также несколько моделей кризисной интервенции. За кадром остались собственно терапевтические подходы к работе с острыми состояниями. Но это – отдельная тема.

Псалом выжившего

Я стал жертвой
В борьбе, которая не была честной,
В борьбе, на которую я не давал согласия,
В борьбе, которую я проиграл,
В борьбе, в которой постыдно не поражение, но победа.
Я спасся, и я больше не раб, скованный приговором: «жертва».
Я оглядываюсь назад, скорее, с грустью, чем с ненавистью.
Я смотрю вперед с надеждой, а не отчаянием.
Я, возможно, никогда не забуду, но я не обязан все время помнить.
Я был жертвой.
Я выжил.

Ф.М.Охберг

* * *

Я хотела бы поблагодарить И.Е.Сироткину за помощь в постановке вопросов и поиске ответов на них.

ЛИТЕРАТУРА

- Костина А.В.* Массовая культура как феномен постиндустриального общества. М.: КомКнига, 2006.
- Линдемани Э.* Клиника острого горя // Психология эмоций. Тексты / Под ред. В.К.Вилюнаса, Ю.Б.Гиппенрейтер. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. С.212-219.
- Селье Г.* Стресс жизни // Психология экстремальных ситуаций: Хрестоматия / Сост. А.Е.Тарас, К.В.Сельченко. М.: АСТ; Мн.: Харвест, 2002. С.6-39.
- Сироткина И.Е.* Психопатология и политика: становление идей и практики психогигиены в России // Вопросы истории естествознания и техники. 2000, № 1. С.154-177.
- Хоружий С.С.* Человек и его три дальних удела. Новая антропология на базе древнего опыта.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Ed.). American Psychological Association, Washington, DC: Author.
- Arendt M., Elklit A.* Effectiveness of psychological debriefing // Acta Psychiatrica Scandinavica 2001: 104: 423-437.
- Armstrong K.R., Lund P.E., McWright, Tichenor V.* Multiple stressor debriefing and the American Red Cross: the east bay hills fire experience // Social Work, Vol.40, №1, January 1995. p.83-90.
- Aulagnier M., Verger P., Rouillon F.* Efficacite du «debriefing psychologique» dans la prevention des troubles psychologiques post-traumatiques // Rev. Epidemiol Sante Publique, 2004, 52: 67-79.
- Bell J.L.* Traumatic event debriefing: service delivery designs and the role of social work // Social work, January 1, 1995, Vol. 40, Issue 1.
- Billings R.S., Milburn T.W., Schaalman M.L.* A model of crisis perception: a theoretical and empirical analysis // Administrative science quarterly, Vol.25, № 2 (Jun., 1980), 300-316.
- Bonanno G.A.* Loss, trauma, and human resilience. Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? // American psychologist, January 2004, Vol.59, № 1, 20-28.
- Brewin C.R.* Cognitive and emotional reactions to traumatic events: implications for short-term intervention // Advances in mind-body medicine, Summer 2001, Vol.17, Issue 3.
- Brunner J.* Identifications, suspicions, and the history of traumatic disorders // Harvard review of psychiatry, May, 2002; Issue 3; 10: 179-184.
- Campfield K.M., Hills A.M.* Effect of timing of critical incident stress debriefing (CISD) on posttraumatic symptoms // Journal of traumatic stress, Vol.14, № 2, 2001.
- Caplan G.* Principles of preventive psychiatry. 1964. Basic books, Inc., New York, London.
- Chermol B.H.* Wounds without scars: treatment of battle fatigue in the U.S. armed forces in the Second World War // Military Affairs, Vol.49, № 1 (Jan., 1985), 9-12.

- Classen C., Koopman C., Hales R., Spiegel D.* Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress symptoms // American journal of psychiatry 155: 620-624, May 1998.
- Deahl M.P.* Psychological debriefing: controversy and challenge // Australian and New Zealand journal of psychiatry 2000; 34: 929-939.
- Deahl M.P., Srinivasan M., Jones N., Neblett C., Jolly A.* Evaluating psychological debriefing: are we measuring the right outcomes? // Journal of traumatic stress, Vol.14, № 3, 2001.
- Devilly G.J.* Clinical intervention, supportive counselling and therapeutic methods: a clarification and direction for restorative treatment // International review of victimology (in press).
- Devilly G.J., Cotton P.* Psychological debriefing and the workplace: defining a concept, controversies and guidelines for intervention // Australian psychologist, July 2003, Vol.38, № 2, p.144-150.
- Devilly G.J., Cotton P.* Caveat emptor, caveat venditor, and critical incident stress debriefing/management (CISD/M) // Australian psychologist, March 2004; 39 (1): 35-40.
- Dyregrov A.* The process in psychological debriefings // Journal of traumatic stress, Vol.10, № 4, 1997. P.589-605.
- Dyregrov A.* Early intervention – a family perspective // Advances in mind-body medicine, July 1, 2001, Vol.17, Issue 3.
- Dyregrov A.* Helpful and hurtful aspects of debrief-groups // International journal of emergency mental health, 1999, Summer, 1(3): 175-81.
- Everly G.S.* The role of the critical incident stress debriefing (CISD) process in disaster counseling // Journal of mental counseling, July 1, 1995, Vol.17, Issue 3.
- Everly G.S.* Five principles of crisis intervention: reducing the risk of premature crisis intervention // International journal of emergency mental health, 2000, 2 (1), p.14.
- Everly G.S., Flannery R.B., Eyer R.B., Mitchell J.T.* Sufficiency analysis of an integrated multicomponent approach to crisis intervention: critical... // Advances in mind-body medicine, Summer 2001, Vol.17, Issue 3.
- Everly G.S., Mitchell J.T.* The debriefing «controversy» and crisis intervention: a review of lexical and substantive issues // International journal of emergency mental health, 2000, 2(4), 211-225.
- Fuglsang A.K., Moergeli H., Schnyder U.* Does acute stress disorder predict post-traumatic stress disorder in traffic accident victims?: analysis of a self-report inventory // Nordic journal of psychiatry, 58 (3): p.223-229, April 2004.
- Gamble J.A., Creedy D.K., Webster J., Moyle W.* A review of the literature on debriefing or non-directive counseling to prevent postpartum emotional distress // Midwifery, 2002, 18: 72-79.
- Greene G.L., Lee M.-Y., Trask R. Rheinscheld* How to work with clients' strengths in crisis intervention: a solution-focused approach // Crisis Intervention / Handbook. Ed. A.R.Roberts, Oxford University Press, 2005, 64-89.

- Gist R., Woodall S.J.* Social science versus social movements: the origins and natural history of debriefing // *The Australasian journal of disaster and traumatic studies*. Vol: 1998-1.
- Gray M.J., Litz B.T., Maguen S.* Acute psychological impact of disaster and large-scale trauma: limitations of traditional interventions and future practice recommendations // *Prehospital and disaster medicine*, January-March, 2004, Vol.19, №1.
- Harvey A.G., Bryant R.A.* Acute stress disorder: a synthesis and critique // *Psychological bulletin*. 2002, Vol.128, № 6, 886-902.
- Historical event reconstruction debriefing // *Virtual Naval Hospital* <http://www.vnh.org>
- Huxley P., Kerfoot M.* A typology of crisis services for mental health // *Journal of mental health*, October 1, 1995, Vol.4, Issue 4.
- Jacobson D.E.* Types and timing of social support // *Journal of health and social behavior*, Vol.27, № 3 (Sep., 1986), 250-264.
- Jones E.* War and practice of psychotherapy: the UK experience 1939-1960 // *Medical history*, 2004, October 1; 48 (4): 493-510.
- Jones E., Wessely S.* «Forward psychiatry» in the military: its origins and effectiveness. // *Journal of traumatic stress*, Vol.16, № 4, August 2003, p.411-419.
- Kaul R.E., Welzant V.* Disaster mental health: a discussion of best practices as applied after the Pentagon attack // *Crisis Intervention. Handbook*. Ed. A.R.Roberts, Oxford University Press, 2005, 200-220.
- Kenardy J.* The current status of psychological debriefing // *BMJ*, 2000; 321: 1032-1033.
- Lindy J.D., Green B.L., Grace M., Titchener J.* Psychotherapy with survivors of the Beverly Hills supper club fire // *American journal of psychotherapy*, Vol. XXXVII, № 4, October 1983. p.593-610.
- Litz B., Gray M., Bryant R., Adler A.* Early intervention for trauma: current status and future directions // *Clinical psychology: science and practice*. May 1, 2002; 9(2): 112-134.
- Mackey R.A.* Crisis theory: its development and relevance to social casework practice // *The family coordinator*, Vol.17, №3, July, 1968, p.165-173.
- Magaro P.A., Grippio R., McDowell D.J., Miller III I.W.* The mental health industry: a cultural phenomenon., 1978, Willey & Sons, Inc.
- Marshall R.D., Spitzer R., Liebowitz M.R.* Review and critique of the new DSM-IV diagnosis of acute stress disorder // *American journal of psychiatry* 156: 1677-1685, November 1999.
- Mayou R.A., Ehlers A., Hobbs M.* Psychological debriefing for road traffic accident victims. Three year follow-up of a controlled trial // *The British journal of psychiatry* (2000), 176: 589-593.
- McFarlane A.C.* Can debriefing work & Critical appraisal of interventions and outcomes with directions for future research // *Psychological debriefing. Theory, practice and evidence*. Edited by Raphael B. & Wilson J.P. Cambridge University Press, 2000, 327-336.

- McFarlane A.C., Yehuda R.* Clinical treatment of posttraumatic stress disorder: conceptual challenges raised by recent research // Australian and New Zealand journal of psychiatry 2000; 34: 940-953.
- McNally R.J.* Psychological debriefing does not prevent posttraumatic stress disorder / *Psychiatric Times*, April 2004, Vol.XXI, Issue 4.
- Mitchell J.T.* Crisis intervention and critical incident stress management: a defense of the field www.icisf.org
- Mollica R.F., Lopes Cardozo B., Osofsky H.J., Raphael B., Ager A., Salama P.* Mental health in complex emergencies // *Lancet* 2004; 364: 2058-67.
- Noy S.* The traumatic process: conceptualization and treatment // *Prehospital and disaster medicine*, January-March; 19 (1), 2004a.
- Noy S.* Minimizing casualties in biological and chemical threats (war and terrorism): the importance of information to the public in a prevention program // *Prehospital and disaster medicine*, January-March; 19 (1), 2004b.
- Phipps A.B., Byrne M.K.* Brief intervention for secondary trauma: review and recommendations // *Stress and health* 19: 139-147 (2003).
- Raphael B., Wilson J.P.* Introduction and overview: Key issues in the conceptualization of debriefing // *Psychological debriefing. Theory, practice and evidence*. Edited by Raphael B. & Wilson J.P. Cambridge University Press, 2000, 1-14.
- Reyes G., Elhai J.D.* Psychosocial intervention in the early phases of disasters // *Psychotherapy: theory, research, practice, training*. 2004, Vol.41, № 4, p.399-411.
- Roberts A.R.* Bridging the past and present to the future of crisis intervention and crisis management // *Crisis Intervention/ Handbook*. Ed. A.R.Roberts, Oxford University Press, 2005.
- Robinson R.* Counterbalancing misrepresentations of Critical Incident Stress Debriefing and Critical Incident Stress Management // *Australian psychologist*, March, 2004; 39(1): 29-34.
- Rose S., Bisson J., Churchill R., Wessely S.* Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD) // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2002; (2): CD000560.
- Schmiedebach H.-P., Priebe S.* Social psychiatry in the twentieth century: ideas and models // *Medical history*, 2004, October 1; 48 (4): 449-472.
- Shalev A.Y.* Stress management and debriefing: historical concepts and present patterns // *Psychological debriefing. Theory, practice and evidence*. Edited by Raphael B. & Wilson J.P. Cambridge University Press, 2000, 17-31.
- Shalev A.Y.* Treating survivors in the acute aftermath of traumatic events // R.Yehuda (Ed.), *Treating trauma survivors with PTSD: bridging the gap between intervention research and practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 2003.
- Shalev A.Y.* Further lessons from 9/11: does stress equals trauma? // *Commentary on "A National longitudinal study on the psychological consequences of the September 11, 2001 terrorist attacks: reactions, impairment, and help-seeking"*. *Psychiatry* 67 (2) Summer 2004. p.174-177.

- Shephard B.* A war of nerves. – London: Jonathan Cape, 2000. – 487 p.
- Smith G.E., Pear T.H.* Shell shock and its lessons. // Manchester University Press, England, 1917. <http://www.gwpda.org/medical/shshock/index.htm>.
- Smith M.* Critical incident debriefing in groups: a group analytic perspective // Psychodynamic counselling 7.3 August 2001, p.329-346.
- Snelgrove T.* Psychological-educational debriefing and outcome assessment: a point of view // <http://www.ctsn-rcst.ca/PsychoEd.html>
- Starn R.* Historians and “crisis” // Past and present, № 52 (Aug., 1971), 3-22.
- Stein B.* Community reactions to disaster: an emerging role for the school psychologist / XIXth International School Psychology Colloquium in Eger, Hungary, August 1996.
- Steury S., Spencer S., Parkinson G.W.* The social context of recovery // Commentary on “A National longitudinal study of the psychological consequences of the September 11, 2001 terrorist attacks: reactions, impairment, and help-seeking”, Psychiatry 67 (2), Summer 2004, p.158-163.
- Stuhlmiller C., Dunning C.* Concerns about debriefing: challenging the mainstream // Psychological debriefing. Theory, practice and evidence. Edited by Raphael B. & Wilson J.P. Cambridge University Press, 2000, 305-320.
- Tehrani N., Westlake R.* Debriefing individuals affected by violence // Counseling psychology quarterly, 1994, Vol.7, Issue 3.
- Terr L.C.* Mini-marathon groups: psychological “first aid” following disasters // Bulletin of the Minninger Clinic, January 1, 1992, Vol. 56, Issue 1.
- Tschacher W., Jacobshagen N.* Analysis of crisis intervention processes // Crisis: the journal of crisis intervention and suicide prevention, June 1, 2002, Vol.23, Issue 2.
- Tuval-Mashiach R., Freedman S., Bargai N., Boker R., Hadar H., Shalev A.Y.* Coping with trauma: narrative and cognitive perspectives // Psychiatry 67 (3), Fall 2004, p.280-293.
- Van der Kolk B., McFarlane A.C.* The black hole of trauma // Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body, and society. Edited by Van der Kolk B., McFarlane A.C., Weisaeth L. The Guilford press. 1996. P.3-23.
- Van der Kolk B., Weisaeth L., Van der Hart O.* History of trauma in psychiatry // Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body, and society. Edited by Van der Kolk B., McFarlane A.C., Weisaeth L. The Guilford press. 1996a. P.47-74.
- Van der Kolk B.* Beyond the talking cure: somatic experience, subcortical imprints and the treatment of trauma // <http://www.coamp.org>.
- Van Emmerik A.A.P., Kamphuis J.H., Hulsbosch A.M., Emmelkamp P.M.G.* Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis // Lancet, September 7, 2002, Vol.360, Issue 9335.
- Viney L.L., Clarke A.M., Bunn T.A., Benjamin Y.N.* Crisis-intervention counseling: an evaluation of long-and short-term effects // Journal of counseling psychology, 1985, Vol.32, № 1, p.29-39.

Wessely S., Deahl M. Psychological debriefing is a waste of time // The British journal of psychiatry, 2003, 183: 12-14.

Wilson J.P., Raphael B., Meldrum L., Bedosky C., Sigman M. Preventing PTSD in trauma survivors // Bulletin of the Menninger Clinic, 64 (2), 2000, P.181-196.

Wilson J.P., Sigman M.R. Theoretical perspective of traumatic stress and debriefings / / Psychological debriefing. Theory, practice and evidence. Edited by Raphael B. & Wilson J.P. Cambridge University Press, 2000, 58-68.

Winje D. Cognitive coping: the psychological significance of knowing what happened in the traumatic event // Journal of traumatic stress, Vol.11, № 4, 1998.