

## ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ПОСЛЕ ТЕРРОРИСТИЧЕСКОГО АКТА В г. БЕСЛАНЕ

Я. А. Кочетков

*Московский НИИ психиатрии*

Проблема оказания психологической помощи в экстремальных ситуациях становится всё более актуальной. Существует большое количество различных подходов к терапии посттравматического стрессового расстройства и оказанию психологической помощи при острой стрессовой реакции. Наиболее распространёнными являются методы когнитивно-бихевиоральной (2, 5), гуманистической (4) и психодинамической (4, 8) психотерапии.

Психологическая помощь пострадавшим вследствие террористического акта в Беслане оказывалась с 9 по 15 сентября 2005 года. За помощью обращались различные группы населения: лица, бывшие в заложниках во время захвата школы; люди, потерявшие родных и близких; люди, находившиеся в состоянии ожидания. Кроме того, большое количество обращавшихся непосредственно не пострадало и не принимало участия в событиях, тем не менее, эти люди испытывали состояния острой тревоги. Особой группой были медицинские работники (врачи и медсёстры), с первых дней принимавшие участие в оказании медицинской помощи.

Состояние большинства пациентов оценивалось врачами-психиатрами как острая стрессовая реакция различной степени тяжести. Основными жалобами пациентов были такие симптомы как острая тревога, бессонница, ночные кошмары, страхи, в частности страх ожидания повторного террористического акта, состояние общей напряжённости. У некоторых обращавшихся тревожная симптоматика достигала выраженности панических приступов, с постепенно формирующейся агорафобией. Также широко встречались такие симптомы, как апатия, чувство тоски, переживание бессмысленности и безысходности существования. В отдельных случаях встречались «флэшбэки» – повторные переживания травматических сцен.

В большинстве случаев работа проводилась в сотрудничестве с психиатрами, назначавшими психотерапию. В некоторых случаях психологическая помощь оказывалась в виде однократных консультаций, но наиболее эффективной формой

работы было проведение коротких циклов, состоявших из трёх-четырёх встреч. Общее количество обратившихся было 23 человека, из них с 10 работ велась в течение 3–4 сеансов. Таким образом, общее количество приёмов составило 53 приёма. В данной работе речь идёт только о взрослых пострадавших.

Психологическую помощь можно разделить на несколько весьма условных этапов.

На первом этапе главной задачей являлось установление эмоционального контакта с пациентами. Эта задача облегчалась высокой мотивацией людей, приходивших в психологическую консультацию, и их доверием к «специалистам из Москвы». На этом этапе работа сводилась в основном к «контейнированию» чувств и переживаний пациентов. Большинство пациентов стремилось рассказать о своих чувствах и переживаниях. Обсуждение чувств является менее болезненным, чем обсуждение происшедших событий. Задача «контейнирования» переживаний была непростой из-за высокой интенсивности переживаний, большая роль принадлежала использованию молчания терапевта (4). Особую задачу представляло выявление суицидальных мыслей и намерений у пациентов.

Кроме того, проводилась психообразовательная работа с пациентами. В части случаев пациенты считали происходящее с ними признаками тяжёлого психического расстройства. Было важным обратить их внимание на нормальность переживаемых ими эмоций, объяснить разницу между психотическими расстройствами и реакцией на стресс. У многих пациентов существовал культурально обусловленный страх выражения сильных эмоций, особенно у мужчин, и здесь важную роль играла работа по «нормализации» внешнего выражения эмоций.

К первому этапу относится и заключение так называемого психотерапевтического контракта, в рамках которого оговаривалось количество сеансов, цели и задачи работы с психологом.

На втором этапе прояснялись наиболее беспокоящие эмоции и симптомы – тревога, вина, навязчи-

вые воспоминания и образы. Исследование эмоций позволяет пациенту понять и вербализовать своё эмоциональное состояние, иногда открыть для себя эмоции, которые не были осознаны. Особое внимание уделялось чувству вины, которое присутствовало у большинства пациентов. Чувство вины у пациентов было неоднородным и представляло собой сложный комплекс из таких чувств, как вина перед погибшими («вина выживших»), вина перед пострадавшими, вина за недостаточные усилия в травматической ситуации.

Работа с чувством вины проводилась в основном с использованием приёмов когнитивной психотерапии (1, 2). Вначале проводилось обсуждение и оценка чувства вины и связанных с ним мыслей и эмоций, уже на этом этапе пациенты нередко убеждались в нерациональности этого чувства. Совместно с пациентом проводился поиск причин и источников чувства вины, которые чаще всего лежали в прошлых отношениях пациента. Особенно остро пациентами переживались прошлые конфликты с родственниками и знакомыми, которых они потеряли. Важным было обнаружить иррациональное убеждение, присутствовавшее у многих пациентов, которое можно было бы выразить следующим образом: «Если я плохо относился к человеку и с ним что-либо случилось, значит, я виноват в этом». Следует оговориться, что в силу краткосрочности работа с чувством вины была относительно неглубокой и не включала работу с базовыми убеждениями пациента. Тем не менее, использовались отдельные когнитивные вмешательства, направленные на коррекцию ошибок мышления, например, такие как техника реатрибуции, направленная на то, чтобы путём объективного анализа ситуации высветить все факторы, которые могли повлиять на ход событий (1).

Третьим этапом работы можно считать использование работы с телом, в основном методики прогрессирующей мышечной релаксации по Джекобсону, в которой чередуется напряжение и расслабление определённых групп мышц для коррекции эмоционального состояния (3, 7).

Использование методики прогрессирующей мышечной релаксации позволяло значительно снизить выраженность тревоги. Значительную роль также играет то обстоятельство, что, овладев упражнениями по мышечной релаксации, пациенты получают возможность самостоятельно контролировать своё эмоциональное состояние. Это позволяет пациенту чувствовать, что он вновь обрёл контроль над собой, и быть относительно независимым от помощи врача, что особенно важно применительно к местным социокультуральным условиям.

На заключительном этапе психологической помощи проводилась работа с переживаниями бессмысленности и нарушениями самооценки. Упор делался на обнаружение оставшихся смысловых звеньев или задач или, возможно, поиск новых (6, 8). Многие пациенты спонтанно говорили о том,

как изменилось их отношение к своим родным, к семейным ценностям. В ходе работы нередко находились новые стороны в профессиональной сфере.

В качестве примера можно привести работу с женщиной, потерявшей во время террористического акта сына. Пациентка до трагедии работала в другой школе учительницей. На заключительном этапе работы пациентка решила, что одной из задач на будущее для неё является возвращение к своей работе, потому что иначе это будет ещё одна потеря для её учеников.

Кроме того, на этом этапе работы подчёркивалась роль опыта происшедшей трагедии. Обсуждалось то обстоятельство, что этот опыт нельзя отбрасывать, хотя нельзя и постоянно жить в нём. Из литературных данных известно, что в случае успешного совладания с травмой базисные убеждения человека качественно отличаются от «дотравматических». Их восстановление происходит не полностью, а только до определенного уровня, на котором человек свободен от иллюзии неуязвимости (2). Работа с изменением убеждений является долгосрочной и не может быть осуществлена за несколько встреч, тем более на данном этапе, когда горе ещё свежо и идёт нормальная переработка травматических переживаний. Но, несмотря на это, обсуждение с пациентами того, как психическая травма влияет на восприятие себя и окружающего мира, выявление изменений в установках и определённая коррекция иррациональных убеждений играли свою положительную роль.

Другой возможный аспект работы со смыслом — это поиск смысла в сознательном отношении человека к происходящему и в его действиях во время и после трагедии (8). Важно конечно то, что пациенту не предлагался готовый рецепт дальнейшего отношения к жизни, а осуществлялся активный совместный поиск этого решения.

На всех этапах очень эффективным было использование различных метафор, отражающих те или иные психологические изменения, происходящие с человеком после травмы и пути их преодоления.

Конечно, эти этапы весьма условны и не во всех случаях были уместны. Иногда какой-то один этап мог занимать несколько занятий.

Описанная выше психологическая помощь как в сочетании с психофармакотерапией, так и без неё приводила к заметному ослаблению симптоматики. Наиболее заметными были результаты работы с пациентами, которые не были среди заложников и не потеряли своих близких, но страдали от различных проявлений острой тревоги. В целом, очень сложно говорить о долгосрочном эффекте этой работы. Представляется, что психологическая помощь в период острой стрессовой реакции может служить определённым профилактическим средством для предотвращения посттравматического стрессового расстройства. Важным является то обстоятельство, что в ходе работы с психологом пациенты получили определённые навы-

ки для самостоятельной коррекции эмоционального состояния. Тем не менее, является совершенно необходимым создание долгосрочных психотерапевтических программ по лечению посттравматического стрессового расстройства, которые проводились бы местными специалистами, прошедшими специализированное обучение.

В заключение необходимо отметить, что особой группой, нуждающейся в психологической помощи, являются медицинские работники и психологи, принимавшие участие в работе с пострадавшими. Врачи неохотно обращались за помощью, в то время как их психологическое состояние было достаточно тяжёлым. Было бы полезным обратить особое внимание на работу с этим контингентом.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессий. – М.: «Питер», 2003.
2. Падун М.А., Тарабрина Н.В. Психическая травма и базисные когнитивные схемы личности // Московский психотерапевтический журнал. – 2003. – № 1. – С. 121–142.
3. Ромек В. Поведенческая психотерапия. – М.: «Академия», 2002.
4. Соколова Е.Т. Модель психологической помощи вынужденным мигрантам в контексте проблематики насилия и расстройств самодостаточности // Психологи о мигрантах и миграции в России. – М., 2001. – С. 16–32.
5. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: «Питер», 2001.
6. Франкл В. Теория и терапия неврозов. – СПб.: «Речь», 2001.
7. Цзен Н., Пахомов Ю. Психотренинг: игры и упражнения. – М.: «Класс», 1999.
8. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. – М.: «Класс», 1999.

## PSYCHOLOGICAL CARE TO THE POPULATION EXPOSED TO THE EFFECTS OF THE TERRORIST ACT IN BESLAN: PERSONAL EXPERIENCES

Ya. A. Kochetkov

This paper presents the analysis of the experience of psychological care for 23 patients with acute stress reactions caused by the terrorist act in Beslan. In majority of cases, the psychologist worked together with psychiatrists, who prescribed pharmacotherapy. Care consisted in both

single consultations and brief series of 3 to 4 appointments. The author delineates certain stages in care provision and defines the psychologist's tasks in every stage, and also provides concrete recommendations for patients' consultations.