

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ТЕРРОРИСТА

Юрьев В.А.

*МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный  
медицинский институт высшего  
сестринского образования»  
Краснодар, Россия*

В большинстве случаев террористы — это молодые люди в возрасте около 20-25 лет, получившие воспитание в патриархальной и весьма религиозной культуре. Типичные социальные чувства — скорбь и горе, в сочетании с ущемленной национальной гордостью. Чаще всего для террористов характерны искаженные представления об «историческом обидчике» и потребность в мести. Эти представления, скорее всего, дополняются актуальной психической травмой, связанной с фактами гибели родных и близких, нередко — на глазах у будущего террориста [1].

В индивидуальной истории, как правило, присутствует раннее лишение родителей, а также тяжелая юность, и сопровождавшаяся многочисленными утратами (дома, близких, имущества, социального и материального статуса) [3].

Отсутствие эмоциональных связей в детстве обычно компенсируется в их идеологическом или религиозном варианте, в частности, в фанатической преданности лидерам или идеям, утопическим мечтам о совершенном мире [1].

Характерные мировоззренческие составляющие и предпосылки, свойственные людям, совершающим теракты:

- стирание границ между реальностью и мечтой;
- наивность и размытость моральных ограничений;
- смешанность границ добра и зла;
- ненависть к реальному или мифологическому противнику и готовностью к самопожертвованию;
- наличие идей типа: «уничтожь, или уничтожат тебя»;
- ограниченная способность понимать и принимать доводы тех, кто думает иначе;
- утрата рациональности в сфере представлений о доступных и недоступных целях и идеалах; при этом, если цель недоступна, ей может стать тотальная ориентация на разрушение всего, что препятствует достижению цели [1].

Террорист выступает как бездушная «разрушительная машина», лишенная сложных моральных и этических проблем. В литературе имеются психологические описания трех наиболее ярких вариантов такой «машины» — террористов с так называемыми синдромами: «Зомби», «Рембо» и «Камикадзе».

1. «Синдром Зомби» проявляется в постоянной естественной сверхбоеготовности, активной враждебности по отношению к реальному или виртуальному врагу, устремленности на сложные боевые действия. Это «синдром бойца». Такие люди постоянно живут в условиях войны, они всячески избегают ситуаций мира и покоя, блестяще владеют оружием.

2. «Синдром Рембо» выражается в невротической структуре личности, раздираемой конфликтом между стремлением к острым ощущениям и переживаниями тревоги, вины, стыда, отвращения за свое участие в них. Для подобных людей характерно осознание добровольно возложенной на себя «миссии» спасения мира, мысль о благородных альтруистических обязанностях, позволяющих реализовать агрессивные стремления. Это «синдром миссионера».

3. «Синдром камикадзе-шахэда» свойствен террористам-смертникам, уничтожающим себя вместе со своими жертвами в ходе террористического акта. К основным психологическим характеристикам таких людей относится экстремальная готовность к самопожертвованию. Террорист — «камикадзе» счастлив возможности отдать свою жизнь и унести на тот свет с собой как можно больше врагов. Для этого он должен как минимум преодолеть страх собственной смерти.

Многочисленные свидетельства говорят, что террористы боятся не самой смерти, а связанных с нею обстоятельств: ранений, беспомощности, вероятности попадания в руки милиции, пыток, издевательств. Вот почему террористы скорее готовы к самоубийству, чем к самосохранению. Поскольку реально они присваивают себе право распоряжаться чужими жизнями (жизнями своих жертв), то право распоряжаться собственной жизнью подразумевается автоматически [2].

В культуре общества, откуда пополняются ряды террористов, их смерть считается героической и благородной жертвой,

подвигом, и практически всегда вызывает одобрение и поддержку, которые проецируются на семью и весь род террориста. Это не значит, что семьи поощряют или не испытывают чувства горя, но и семьи, и сами террористы знают, что, вместе со скорбью и болью утраты, будут присутствовать принятие жертвы, понимание, одобрение и даже гордость. Такая смерть считается не самоубийством, а мученичеством, при котором конкретный человек навсегда сливается с историей общества или нации, с его прошлым, настоящим и будущим [1].

Страны, наиболее пострадавшие от терроризма в 1994—2004 годах Место в рейтинге Страна Число погибших в терактах на территории страны в 1994—2004 годах Число погибших в терактах (на 1 млн. жителей страны):

США	3238
Россия	2111
Индия	1928
Израиль	1274
Колумбия	1135
Ирак	1122
Алжир	869
Пакистан	783
Уганда	471
Шри-Ланка	409

За последние 10 лет количество террористических атак выросло на 25%.

В силу выше изложенного, террорист практически не поддается рациональному разубеждению. Ему неведом страх и раскаяние в содеянном. Попытка изобразить террориста как психически больного не верна по сути и никуда не ведет. Столь же неверны представления о террористе, как примитивном малообразованном человеке. В заключение нужно добавить, что к каждому террористу нужен индивидуальный подход.

#### Литература

1. Решетников М.М. Психологический портрет террориста// Доклад на форуме «Психология и психопатология терроризма. Гуманитарные стратегии антитеррора». Санкт-Петербург, 23–25 мая 2004 г.
2. Ольшанский Д.В. Психология терроризма. - Питер, 2002г.

### КАЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В УХОДЕ ЗА БОЛЬНЫМИ НЕФРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Ямпольская Г.П., Мельник Е.Г.

*МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»  
Краснодар, Россия*

В последние годы всё более актуальным становится вопрос повышения качества жизни больных с хронической почечной недостаточности (ХПН), которое зависит не только от соблюдения пациентом общепринятых правил жизни, но и от успешности проводимых процедур гемодиализа, а также от квалификации медицинского персонала и наличия современной аппаратуры.

В основе деятельности медицинских сестер НЦ «Нефрос» лежат разделы, которые должны подлежать контролю и оценке в виду их приоритетной значимости и влияния на качество лечебно-диагностического процесса: подготовка больного к постановке диализного доступа, уходе за доступом, обучению пациента правилам жизни с ним, осуществление процедуры гемодиализа, а также обеспечение санитарно-эпидемиологического режима [1].

Цель: оценить качество работы среднего медицинского персонала отделения гемодиализа в уходе за нефрологическими больными.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе отделения гемодиализа НЦ «Нефрос» и его филиалов, находящихся в Краснодарском крае, в течение 2015 года методом анкетирования и ретроспективного анализа архивного материала (стационарных карт больных). В анкете для медицинских сестер содержался перечень вопросов, адаптированных к условиям отделения гемодиализа НЦ «Нефрос» в том числе, было выяснено, что может повлиять на качество их работы, а также что они делают для повышения своего профессионализма. В анкете для пациентов по балльной системе: от 0 (крайне негативная оценка) до 5 (позитивная оценка) выяснялось их мнение по различным аспектам работы сестринского персонала [2].

Результат исследования показал, что в НЦ «Нефрос» трудились медицинские