

антидепрессанты-активаторы.

Мероприятия по оказанию неотложной психиатрической помощи пострадавшим по жизненным показаниям с психическими расстройствами: успокоение, горячее питье. При двигательном возбуждении, неадекватных поступках в качестве крайней меры - фиксация к носилкам с использованием лямок и подручных средств, простыней, попотенец (спедить, чтобы не были пережаты сосуды и нервы рук и ног). Можно давать успокаивающие микстуры (валерины, боярышника, пустырника с бромом и др.). При наличии усовий с целью купирования двигательного возбуждения показаны 2,5% р-р тизерцина -2мл; 2,5% р-р аминазина 2-3мл. вместе с кордиамином 1-2 мг, 0,1% р-р феназепама 2мл; галоперидол -10мг, (суточная доза 20 мг); 0,1% р-р феназепама 2мл; лигитическая смесь: 2,5% р-р аминазина 2-3 мл или 2,5% р-р тизерцина 2 мл, 1% р-р димедрола 3 мл; при отсутствии гиптонии 25% р-р магния сульфата 5 мл. Медикаменты вводят внутримышечно.

Затем специализированная психиатрическая помощь в полном объеме в условиях специализированного стационара в зависимости от особенностей заболевания и ведущего синдрома.

После купирования острого состояния во втором и третьем периодах развития ситуации по завершении чрезвычайного происшествия необходимо использовать комплекс различных психотерапевтических методов, медикаментозных средств и социально-реабилитационных программ. Они являются не только необходимыми лечебными мерами при конкретных психических расстройствах, но и служат профилактической основой посттравматических стрессовых расстройств. Реализация мероприятий требует решения медико-организационных вопросов в зависимости от масштаба ЧС. Разработаны дифференцированные подходы (программы) необходимых мероприятий, которые должны проводиться на федеральном, региональном и местном уровнях (Кекелидзе З.И. и др., 1998).

Организация медико-психологической помощи пострадавшим

при чрезвычайных ситуациях:

- Специализированные психолого-психиатрические бригады
- Отделения (кабинеты) в лечебно-профилактических учреждениях пострадавшего региона
- Реабилитационные центры
- Психиатрические и общесоматические учреждения.

В.Ф. КРИВЕНКО

ЭКСТРЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В ЗОНАХ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ КАТАСТРОФ

учебное пособие-памятка
(книга 4)



получившего название «КЛЮЧ», состоит в использовании естественных механизмов саморегуляции организма за счет ритмических действий. Этапы подготовки по системе «КЛЮЧ»: 1) «Поиск Ключа». Человек делает особые идеомоторные движения. 2) «Согласующийся биоритм». Человек стоит и гармонично покачивается, уже находясь в особом состоянии сознания. 3) «Момент истины». Человек отдыхает, получая результат от своих занятий

Система саморегуляции, пригодная для использования в условиях экстремальной деятельности, должна обладать следующими качествами: быть доступной каждому члену группы, динамичность – возможность использовать навыки саморегуляции без отрыва от деятельности, способность данной системы влиять именно на наружность и утомляемость, независимость от давности последнего использования данной системы, первичным каналом воздействия данной системы не должно быть воображение (образное представление) из-за высокого уровня задействованности воображения в стрессовой ситуации. Всем этим требованиям удовлетворяет только метод «КЛЮЧ» и его аналоги (например, метод А.В.Крохмалева, главного психолога ВВС РФ).

И последнее. Все пострадавшие с психогенными отрицательно реагируют на меры стеснения, к которым следует прибегать в зоне ликвидации последствий катастроф и на этапах медицинской эвакуации только в случаях крайней необходимости (агрессивное поведение, выраженное возбуждение, стремление к самоповреждению). Ограничить меры стеснения можно путем внутримышечного введения медикаментозных средств, снимающих возбуждение: аминазина, галоперидола, тизерцина, феназепама, диазепама. Возбуждение устраняют лекарственная смесь из аминазина, димедрола и сульфата магния в различных комбинациях и дозировках (комплексное использование позволяет снизить некоторые побочные действия препаратов и усилив купирующий эффект). Следует помнить, что аминазин обладая общеупокаивающими свойствами, снижает АД и предрасполагает к ортостатическим реакциям. Димедрол потенцирует нейролептическое действие аминазина и уменьшает его гипотензивные свойства. Сульфат магния наряду с седативными обладает дегидратационными свойствами, что особенно важно при закрытой травме головного мозга. При ступорозном состоянии внутривенно вводят 10% раствор хлорида кальция (10 - 30 мл), внутримышечно - нейролептические средства или транквилизаторы, а в ряде случаев используют и раути-наркоз. При тревожно-депрессивных расстройствах назначают амитриптилин или схожие с ним по действию седативные средства, при заторможенной депрессии - мелипрамин или другие антидепрессанты-активаторы.

II Самовнушение. Развитие метода берет свое начало с произвольного самовнушения Э.Куз. Современными методами самовнушения являются: 1).**аутогенная тренировка (АТ)** («классическая» АТ Шульца, модификации Клейнзорге-Клюмбиенса). Это самовнушение в состоянии релаксации (низшая ступень) или особого состояния сознания (высшая ступень). Создатель И.Шульц, метод создан в 1932 г. Метод по своему характеру синтетический, использующий находки йогов, метод Э.Куз, метод мышечной релаксации Е.Джекобсона, а так же рациональная психотерапия (П.Дюбуа). Заключается в повторении определенных фраз в состоянии мышечной релаксации («Я совершенно спокоен», «Лоб приятно прохладен» и т.д.). 2).**психотоническая тренировка по К.И.Мировскому – А.Н.Шогаму.** Методика рассчитана на стимулирующий эффект. («Мышцы становятся упругими», «Я – стальная пружина» и т.д.). На основе этого метода появилось множество других: «психомышечная тренировка», «психогенная саморегуляция», «психофизическая тренировка» и т.д. Принцип воздействия тот же, что и в аутогенной тренировке. 3).**психомышечная тренировка по А.В.Алексееву.** В основе лежат следующие элементы: а) умение расслабиться; способность максимально ярко представить содержание формул самовнушения; б) умение удерживать внимание на избранном объекте; умение воздействовать на самого себя нужными словесными формулами.

III Медитация. Способ заимствован из восточной мистической традиции, заключается в сосредоточении на определённом предмете или образе. При медитации происходит гармонизация альфа-ритма головного мозга, за счёт чего возникает состояние умиротворения, ощущение отдыха.

III/ Аутогипноз. Аутогипноз – особое состояние сознания, вызываемое субъектом по собственной инициативе.

Все эти методы обладают рядом существенных недостатков:

- длительность срока обучения – от 4 до 6 месяцев. необходимость создания условий для входления в соответствующее состояние (тишина, удобная поза); относительно низкая помехоустойчивость состояний, вызываемых этими методами; высокая степень задействованности воображения в процессе тренировки по данным методам. В отличие от вышеописанных, метод, предложенный Х.М.Алиевым, Данный метод отличается от вышеописанных следующими особенностями: 1) метод основан на идеомоторной тренировке. 2) срок обучения – от 20 минут до 6 дней (полная программа). 3) возможность вызывания данного состояния в процессе деятельности. 4). высокая помехо- и стрессоустойчивость методики. Данный метод был опробован при подготовке десантников для работы в горных районах Ирака, операторов радиолокационных станций и т.д. Суть метода,

**ЭКСТРЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ
В ЗОНАХ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ КАТАСТРОФ**

Учебное пособие-памятка № 4

**МЕТОДЫ УПРАВЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЕМ
ПОСТРАДАВШИХ И СПАСАТЕЛЕЙ ПРИ КАТАСТРОФАХ**

МОСКВА 2012г

**Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов и лиц
экс-педиционных профессий и медиков-спасателей в 24
томах**

**Том 4 Методы управления психическим состоянием пострадавших и
спасателей**



Кривенко В.Ф. доктор медицинских наук, профессор кафедры медицины катастроф факультета постдипломного образования Московского областного научно-исследовательского клинического института имени В.Ф. Владимирского. Руководитель ЦМК РКПС МВД РФ, спасатель международного класса. Приоритетная проблема в его научных изысканиях – оказание первой и экстренной медицинской помощи пострадавшим силами медицинского персонала подразделений экстренного реагирования (по французской системе) непосредственно в зонах ликвидации последствий чрезвычайных событий природного и антропогенного генеза, решение проблем жизнеобеспечения пострадавших и спасателей, выживание в условиях природной среды после техногенной аварии до начала ликвидации последствий техногенных катастроф.

тяжёлым последствиям в виде социальной изоляции, потери трудоспособности и, в конечном итоге, к существенному снижению качества жизни. Наличие внезапных неконтролируемых приступов страха, мыслей о тяжёлой болезни, с которой невозможно справиться, может закономерно привести к развитию депрессии. Страхи и подавленность, обусловленные паническим расстройством, часто пытаются смягчить алкоголем или успокаивающими препаратами, которые при излишнем применении могут привести к злоупотреблению и возникновению зависимости, алкогольной и лекарственной.

Стрессы и психологические травмы стали очень распространёнными явлениями современного мира. Как показывает практика, причинами их в подавляющем большинстве случаев становятся пережитые кризисные ситуации и гуманитарные катастрофы. Предотвращают панику предварительное обучение спасателей действиям в критических ситуациях, специальная подготовка активных лидеров, способных в критический момент возглавить растерявшихся, направить их действия на самоспасение и спасение других пострадавших; правдивая и полная информация во время и на всех этапах развития чрезвычайных событий. Особое значение в экстремальных условиях жизнедеятельности имеют такие явления, как напряженность и утомление. Сидоренков, исследовав группу в условиях экстремальной ситуации по таким характеристикам как утомление и напряженность, пришёл к следующим выводам:

1. Экстремальные условия жизнедеятельности способствуют возрастанию регулирующего влияния утомления и напряженности.
2. Основные тенденции поведения личности в конфликтной ситуации, проявившиеся в условиях эксперимента, проявились в общем снижении стремления к компромиссному поведению и взаимной уступчивости, в отстаивании своих интересов, усилении ориентации на нормативные способы разрешения конфликта.
3. Индивидуальные особенности, связанные с различным соотношением состояний утомления и напряженности, определяют выраженность сотрудничества и избегания в качестве ведущих способов разрешения конфликта. Состояние психофизического утомления способствует стремлению к разрешению конфликта в условиях режима непрерывной деятельности социально-нормативным способом, а состояние напряженности – склонности к избеганию конфликта.

В связи с этим возникает закономерный вопрос: каким образом можно влиять на эти характеристики взаимодействия и взаимоотношений в спасательной группе? Одним из наиболее перспективных способов, на наш взгляд, является саморегуляция.

Существуют различные способы саморегуляции.

приёма лекарств (во многом облегчая последнее). В большинстве случаев лечение панических расстройств в реалиях нашей страны бывает только медикаментозным. Такая ситуация связана с рядом обстоятельств: **а)** недостаточное количество квалифицированных психотерапевтов; **б)** сложность проведения длительной, индивидуальной психотерапии в условиях государственных психиатрических и психотерапевтических служб; **в)** чрезмерно высокая стоимость для большинства пациентов психотерапии в коммерческих психотерапевтических учреждениях.

Наибольшую эффективность при панических расстройствах имеют когнитивная и поведенческая психотерапевтические методики либо их сочетание в когнитивно-бихевиоральной терапии.

Когнитивная модель психотерапии. Когнитивная психотерапия направлена на коррекцию зафиксировавшихся ошибочных представлений пациентов, в соответствии с которыми не угрожающие жизни соматические ощущения воспринимаются ими как потенциально опасные. Когнитивисты пытаются корректировать неверные интерпретации людьми своих телесных ощущений. В ходе терапевтического курса люди могут также обучаться отвлекаться от своих ощущений, например, завязывая разговор. Когнитивные терапевты используют биологические испытательные процедуры для вызова ощущения пациенты, чтобы клиенты могли применить свои новые интерпретации под наблюдением.

Поведенческая модель психотерапии. Ведущим методом поведенческой терапии является систематическое погружение в ситуацию фобии (воображаемое или реальное). Пациент и психотерапевт составляют шкалу сцен, связанных с возникновением приступов паники, располагая их по возрастающей от наименее до наиболее тягостных. Применяя приёмы прогрессивной мышечной релаксации, пациент учится расслабляться, воображая всё более тягостные сцены. После небольшой тренировки многие пациенты чувствуют себя свободно в ранее избегаемых ситуациях. Существует множество методик, общее для которых – столкновение с фобическим стимулом в реальной жизни. Эффект поведенческой терапии значительно повышается при проведении её в группах, когда пациенты после тренинга с воображаемыми ситуациями совершают совместные поездки, оказываясь в реальных фобогенных ситуациях. Недооценка необходимости психотерапии приводит к быстрому рецидивированию приступа паники после прекращения психофармакотерапии и сохранению агорафобического избегания.

Последствия панического расстройства Панические расстройства при своевременном и адекватном врачебном вмешательстве полностью излечимы, однако, без лечения эта болезнь может привести к

МЕТОДЫ УПРАВЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЕМ ПОСТРАДАВШИХ И СПАСАТЕЛЕЙ ПРИ КАТАСТРОФАХ

За последнее время чрезвычайные ситуации, как это ни парадоксально звучит, все в большей мере становятся обыденным фактом нашей повседневной жизни. При стихийных бедствиях, катастрофах и других экстремальных воздействиях зачастую развиваются массовые психогенные расстройства, вносящие дезорганизацию в общий ход спасательных и восстановительных работ. На исходе XX века и начале XXI века произошло громадное количество природных бедствий и антропогенных катастроф, мир захлестнула эпидемия террористических актов. Человек так или иначе психологически вовлён в экстремальную ситуацию: как её инициатор, как жертва, или как очевидец. Понятия экстремальные ситуации ещё недостаточно определены. Мы берём во внимание психологические составляющие, такие как, восприятие экстремальной ситуации человеком, понимание, реагирование и поведение в этих условиях. Стихийные бедствия, техногенные катастрофы и террористические акты, к сожалению, стали реалиями сегодняшнего дня. Остро стоит необходимость помочь людям, потерпевшим в результате кризисных ситуаций и гуманитарных катастроф.

Природные катастрофы, как правило, имеют тяготение к определённым регионам, где они чаще всего происходят и приводят к наибольшему количеству жертв. Для Африки характерны засухи, для Индии – наводнения, для Тихоокеанского побережья Америки – ураганы и тайфуны. Такие зоны выделяются и на территории России: извержения вулканов и цунами происходят чаще всего в Курило-Камчатской зоне, а сели, оползни и обвалы – в горах Кавказа и Урала. Стихийные бедствия, различные природные катаклизмы проходили, происходят и будут происходить независимо от уровня развития человеческой цивилизации, достижений науки и техники. Но если нельзя предотвратить землетрясения или тайфун, то, быть может, наука в состоянии найти эффективный способ хотя бы сделать их последствия менее разрушительными? Именно поэтому возникает необходимость проведения необходимых мероприятий с целью снижения неблагоприятных воздействий природных процессов на человека в зависимости от их интенсивности.

Природные катаклизмы могут возникать как независимо друг от друга, так и во взаимосвязи: одно из них может повлечь за собой другое. Одна из особенностей развития природных катастрофических процессов – каскадность их проявления: землетрясения провоцируют возникновение оползней, обвалов, селей, штормов и цунами. Эти природные явления, кроме непосредственной или опосредованной опасности для жизни людей, имеют и косвенные последствия.

Это изменения параметров окружающей среды, что отрицательно сказывается и на человеке, причём последствия от этих вторичных природных процессов порой не менее значительны, чем от первичного воздействия поражающих факторов природного явления.

Однако, при проявлении опасных и неблагоприятных природных процессов полностью избежать человеческих жертв чаще всего не удается из-за быстроты их воздействия, недостаточной изученности и прогнозируемости. Даже в такой стране, как Япония, одной из наиболее подготовленных к природным катастрофам, с высокой организованностью населения, технической оснащенностью и контрольно-измерительной аппаратурой, среднегодовые потери составляют порядка 1500 человек. Помимо материальной и медицинской помощи, люди, пережившие глубокий стресс в результате бедствия, нуждаются также и в психологической поддержке. В экстремальной ситуации обостряются ранее существовавшие личностные проблемы людей, наблюдается сильное эмоциональное напряжение. Постситуационные расстройства психики имеют, как правило, стабильную динамику развития, поэтому психологическая реабилитация – это наиболее рациональный и экономичный способ помощи населению. Согласно результатам опроса, проведенного телекомпанией CNN, газетой USA Today и службой Gallup, 67% американцев считают, что помочь жертвам стихийных бедствий, техногенных катастроф и террористических актов не должна быть ограничена только предоставлением материальной помощи. Ведь практически все пострадавшие в результате того или иного бедствия имеют симптомы посттравматического стрессового расстройства (нарушение сна, утомляемость, эмоциональные срывы, депрессия, потеря интереса к жизни). По мнению тех же опрошенных жизненно необходимы также специальные службы психологической помощи и психологической реабилитации, поддержка в трудоустройстве и т.д. В Российской Федерации реабилитационное направление психологии находится на этапе становления, и крайне важна любая крупица опыта. Учитывая все эти факты, становится крайне необходимым на сегодняшний день осуществление экстренной психологической помощи людям, пережившим кризисные ситуации, а так же создание на территории каждого муниципального образования центра реабилитации жертв техногенных, природных катастроф и террористических актов. Основная цель такого центра – снятие посттравматического синдрома, оказание психологической помощи и психокоррекции людям, попавшим под воздействие поражающих факторов техногенных и природных катастроф. Главный фактор, который определяет количество жертв среди населения, – это уровень развития общества, отражающий степень разработанности системы прогнозирования, предупреждения и

сяцев до нескольких лет. Результатом преждевременного прекращения лечения может быть возобновление болезни.

Особенностью терапии панических расстройств является высокая эффективность антидепрессантов, недостаточный эффект применения традиционныхベンゾдиазепиновых транквилизаторов, недостаточная эффективность психотерапии.

Основные этапы лечения панических расстройств:

- 1) **купирование приступов паники** – вплоть до установления ремиссии (2-3 мес.),
- 2) **долечивающая терапия** – для закрепления результатов, восстановления уровня социальной адаптации, преодоление агорафобических проявлений и ранних рецидивов (4-6 мес.),
- 3) **профилактическая терапия** – направлена на предотвращение развития рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (до 1 года и более).

Методы лечения панических расстройств

1) медикаментозное лечение.

Основные средства, применяемые для блокады приступов паники: трициклические антидепрессанты, селективные серотонинергические препараты, ингибиторы МАО, высокопотентныеベンゾдиазепины. **Достоинствами психофармакотерапии** являются: простота и удобство применения медикаментов, быстрота действия, возможность длительного амбулаторного применения многих препаратов, относительно широкий выбор психофармакологических средств, адресованных к разным проявлениям невротических расстройств, позитивное влияние на податливость пациента психотерапии и её эффективность, наличие инъекционных форм ряда препаратов. Экономия времени врача и пациента. **К недостаткам психофармакотерапии можно отнести:** а) нечеткость или спорность показаний к применению части препаратов, б) недостаточная эффективность медикаментозной терапии при некоторых формах невротических расстройств, её преимущественно симптоматическое действие, в) сходство побочных действий некоторых препаратов с невротическими проявлениями и, как следствие, возможность усиления последних в ходе лечения, г) несовместимость амбулаторной фармакотерапии с некоторыми видами деятельности, д) негативное отношение части пациентов к психофармакологическим средствам, е) высокая стоимость многих препаратов последних поколений, ж) отрицательное влияние большинства этих препаратов на половые функции.

2) психотерапия. Эффективная терапия панических расстройств требует применения психотерапевтических методик, которые обычно начинают применяться на этапе стабилизирующей психофармакотерапии и продолжаются еще некоторое время после прекращения

– доминирует истеро-конверсионная симптоматика, нередко с сенестопатическими расстройствами, характерна незначительная выраженная или отсутствие страха и тревоги; **сенестопатические** – с высокой представленностью сенестопатий; **аффективные** – с выраженными депрессивными или дисфорическими расстройствами; **деперсонализационно-дереализационные**.

Основными этапами развития панического расстройства являются:
а) симптоматически бедные приступы, б) развернутые приступы паники, в) ограниченное фобическое избегание, г) обширное фобическое избегание, д) депрессия.

На 1-3 стадии пациенты, как правило, обращаются к интернистам и неврологам, не получая адекватной терапии, и попадают в поле зрения психиатра лишь на 4-5 стадии.

Нередко устойчивое чувство страха формируется уже после первого приступа и касается той ситуации, в которой он возник. Это способствует формированию особого режима поведения – так называемого **поведения избегания** или **фобического избегания**, которое распространяется на ситуацию прошлого приступа и способствует возникновению агорафобии. С одной стороны, человек боится оказаться в неловком положении (что может привести к социофобии в дальнейшем) и обнаружить перед людьми свои расстройства, с другой – его пугает невозможность получения срочной медицинской помощи. Именно фобический компонент составляет наибольшие трудности в лечении пациентов с паническими расстройствами, т.к. его появление в течение заболевания свидетельствует о наступлении выраженной социальной дезадаптации. При развитии избегающего поведения пациент может оказаться в итоге под «домашним арестом», боясь даже в сопровождении родных выйти из дома. Основной идеей, которой подчинён весь образ жизни пациента, становится ликвидация условий возникновения приступов паники.

Приступы паники имеют тенденцию к повторению, причём с течением времени возникают всё чаще, при этом реальных причин для их возникновения найти уже не удается. К пугающему ощущению приступов паники прибавляется ещё и страх перед их возникновением. Чаще приступы паники возникают в ситуациях, когда пациент сам боится их возникновения.

Лечение панического расстройства тем эффективнее, чем раньше оно начато. Целью лечения является устранение приступов паники, нормализация настроения и восстановление полноценной жизни. Лучшие результаты даёт комплексное лечение, при котором медикаментозное лечение сочетается с психотерапией. Лечение панического расстройства представляет собой длительный процесс, и, в зависимости от тяжести заболевания, может длиться от нескольких ме-

предотвращения возможных техногенных и природных катастроф. Наше общество, к сожалению, уже подошло к тому барьеру, когда перед лицом возник целый ряд угроз, причем не только природного и техногенного характера. Все чрезвычайные события в своей основе имеют либо природное происхождение, либо носят техногенный характер, но чаще находятся в тесной взаимосвязи.

Чрезвычайные ситуации техногенного характера – это аварии, пожары, взрывы и т.п., спровоцированные хозяйственной деятельностью человека. Число вышеуказанных катастроф резко возрастает по мере насыщения производства и сферы услуг современной техникой и технологией.

Чрезвычайные ситуации природного происхождения – природные явления или процессы, независимые от хозяйственной деятельности человека, вызывающие катастрофические ситуации, характеризуются внезапным нарушением обычного уклада жизни населения, разрушением и уничтожением материальных ценностей, поражением или гибелью людей.

Экологические катастрофы – необратимые изменения природной среды (атмосферы, гидросферы, литосферы и биосферы) под воздействием хозяйственной деятельности человека с теми же последствиями плюс изменениями здоровья вплоть до нарушения генофонда.

Условия формирования чрезвычайных ситуаций. Всякому чрезвычайному событию предшествует те или иные отклонения от нормального хода какого-либо процесса. Характер развития события и его последствия определяются дестабилизирующими факторами различного генеза. Это может быть природное, антропогенное социально-политическое или иное воздействие, нарушающее функционирование экосистемы.

Принято выделять следующие **фазы развития чрезвычайных ситуаций (чрезвычайных событий)** {ЧС}: накопление отклонений, инициирование чрезвычайной ситуации, процесс чрезвычайной ситуации, действие остаточных факторов, ликвидация ЧС.

Человек в экстремальной ситуации проходит в своих психологических состояниях ряд этапов. Начиная с психологического шока, характеризующегося общим психологическим напряжением и дезориентированностью, с преобладанием чувства отчаяния и страха при обострённом восприятии, затем психофизиологическая демобилизация, с существенным ухудшением самочувствия и психоэмоционального состояния с преобладанием чувства растерянности, панических реакций, понижением моральных норм поведения, уменьшением уровня эффективности деятельности и мотивации к ней, депрессивными тенденциями. Степень и характер психогенных нарушений

в большей степени зависит от особенностей личности, от внезапности возникновения ситуации, её интенсивности (силы) и экспозиции её действия. Затем следует стадия (период) разрешения. В этот период стабилизируется самочувствие и настроение, но остаются проблемы с пониженным эмоциональным фоном и контакты с окружающими. Последним нормализуется межличностное общение. В психологическом плане постситуационный период после техногенной или природной катастрофы также принято делить на периоды:

I период (фаза изоляции) изоляции – этот период длится от начала воздействия поражающих психогенных факторов до прибытия спасателей извне и организации направленных спасательных работ (минуты, часы). В это время наблюдаются преимущественно психогенные реакции психотического и непсихотического уровня, среди которых особое место занимают психические расстройства у пострадавших с травмами и ранениями. Врачу приходится проводить квалифицированный дифференциально-диагностический анализ, чтобы выявить причинно-следственную связь психических нарушений как непосредственно с психогениями, так и с полученными повреждениями (черепно-мозговая травма, интоксикация, вследствие ожога и др.). Следует отметить особенности начала развития жизнеопасной ситуации при растянутом во времени первом периоде. Опасность в это время может не иметь признаков, позволяющих воспринимать ее как угрожающую (например, при аварии на Чернобыльской АЭС). Осознание угрозы жизни и здоровью возникает лишь в результате официальной и неофициальной (слухи) информации от различных источников. Психогенные реакции поэтому развиваются постепенно, с вовлечением все новых групп населения. Преобладают невротические проявления, а также реакции невротического уровня, определяемые тревогой, появившейся вслед за осознанием опасности; удельный вес психотических форм обычно незначителен. Лишь в единичных случаях выявляются реактивные психозы с тревожно-депрессивными и депрессивно-параноидными расстройствами и обостряются уже имевшиеся психические заболевания. После завершения острой фазы некоторые пострадавшие испытывают кратковременное облегчение, подъём настроения, активно участвуют в спасательных работах, порой многословно, многократно повторяясь, рассказывают о своих переживаниях. Эта фаза эйфории длится от нескольких минут до нескольких часов. Затем она сменяется вялостью, безразличием, идеаторной заторможенностью, затруднениями при осмыслении задаваемых вопросов, выполнении даже простых заданий. На этом фоне наблюдаются эпизоды психоэмоционального напряжения с преобладанием тревоги. В ряде случаев пострадавшие производят впечатление отрешённых, погруженных в

центрироваться на своих телесных ощущениях, переоценивать их значимость и интерпретировать как опасные. Люди с высоким уровнем тревожности особенно склонны к приступам паники. Таким образом, тревожные состояния вызываются и определяются внешними факторами и связаны с взаимодействием личности и социума.

С точки зрения **психоаналитической теории**, фобии, возникающие при панических расстройствах, трактуются как страх появления приступов паники в специфической, с точки зрения пациента, безвыходной ситуации. Существенная роль придаётся паническим реакциям детей на расставание с родителями. Со времён Фрейда и по настоящее время психоаналитики утверждают, что причина любого невроза в конфликте между запрятанными глубоко в подсознание желаниями и неисполнением их в реальности. Причина панического расстройства кроется в неудовлетворенности. Неудовлетворенность может быть самая разная, но чаще всего сексуальная.

Диагностика панических расстройств При диагностике, прежде всего, необходимо исключить следующие заболевания:

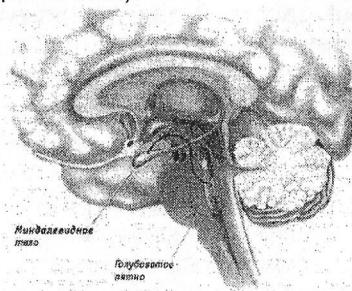
- 1) пониженную (повышенную) функцию щитовидной железы.
- 2) некоторые сердечные заболевания (стенокардия или аритмия).
- 3) заболевания органов дыхания (астма и хронический бронхит), а также обусловленное ими слишком частое и поверхностное дыхание (гипервентиляция).
- 4) низкий уровень сахара в крови у диабетиков (гипогликемия).
- 5) неврологические заболевания.
- 6) абстинентный синдром (злоупотребление алкоголем или наркотическими веществами).
- 7) гормональные нарушения, связанные с надпочечниками.
- 8) приступы гипотонии или другие органические изменения, связанные с инфекцией или травмами.

Панические расстройства классифицируются:

- 1. по представленности симптомов:** большие (развернутые) – 4 симптома и более, малые (симптоматически бедные) – менее 4-х симптомов. Большие приступы возникают реже, чем малые (1 раз в месяц/неделю), а малые могут возникать до нескольких раз в сутки.
- 2. по выраженности тех или иных составляющих:** **вегетативные** (типичные) – с преобладанием вегетативных нарушений и недифференцированностью фобий; **гипервентиляционные** – с ведущими гипервентиляционными нарушениями, усиленным дыханием, рефлекторным апноэ, парестезиями, болями в мышцах, связанных с респираторным алкалозом; **фобические** – фобии преобладают в структуре панических расстройств над вегетативной симптоматикой. Возникают при присоединении страха в ситуациях, потенциально опасных, по мнению пациента, для возникновения приступов; **конверсионные**

стали развиваться в 60-х гг. с момента открытия, что людям с подобной проблемой помогают не столько стандартные бензодиазепины, сколько антидепрессанты – препараты, обычно используемые для снятия симптомов депрессии.

Биология паники. Голубоватое пятно посыпает сигналы миндалине, области мозга, которая, как известно, приводит в действие эмоциональные реакции. Многие нейроны в голубоватом пятне используют норэпинефрин (норадреналин), медиатор, связанный с паническим расстройством и депрессией. Многократные исследования показали, что паническое расстройство имеет вполне конкретную патофизиологическую основу. Панические атаки обусловлены нарушением химических процессов в мозге, вследствие чего он получает и принимает ложные «сигналы бедствия». Повышенная активность определённых областей мозга (синее/ голубое пятно) приводит к выбросу норэпинефрина (норадреналина).



Норэпинефрин – медиатор, аномальная активность которого связана с паническим расстройством и депрессией. Повышение содержания в крови адреналина, серотонина и других нейромедиаторов за счёт выброса этих веществ надпочечниками и синим пятном, является непосредственной причиной, которая вызывает тревогу, страх, учащенное сердцебиение и другие симптомы панических приступов.

Важным фактором возникновения панического расстройства является **наследственная предрасположенность**. Имеются свидетельства прямой передачи заболевания из поколения в поколение.

Сторонники **когнитивно-поведенческой теории** утверждают, что приступы паники характерны для людей, которые неверно интерпретируют свои внутренние физиологические ощущения. Эта неверная интерпретация является центром внимания когнитивной теории и её методов терапии. Сторонники **когнитивной теории** считают, что подверженные приступам паники люди обладают очень высокой чувствительностью к определённым телесным ощущениям и неверно интерпретируют их как признаки серьёзного заболевания.

Тревожная чувствительность – тенденция некоторых людей кон-

себя, часто и глубоко вздыхают, отмечается брадикания. Ретроспективный анализ показывает, что внутренние переживания у этих людей нередко связываются с мистически-религиозными представлениями. Другим вариантом развития тревожного состояния может быть "тревога с активностью", проявляющаяся двигательным беспокойством, суетливостью, нетерпеливостью, многоречивостью, стремлением к обилию контактов с окружающими. Экспрессивные движения несколько демонстративны, утрированы. Эпизоды психоэмоционального напряжения быстро сменяются вялостью, апатией; происходит мысленная "переработка" случившегося, осознание утрат, предпринимаются попытки адаптироваться к новым условиям жизни. На фоне вегетативных дисфункций нередко обостряются психосоматические заболевания, относительно компенсированные до экстремального события, появляются стойкие психосоматические нарушения. Наиболее часто это бывает у пожилых людей, а также при наличии резидуальных явлений органического заболевания ЦНС воспалительного, травматического, сосудистого генеза.

Во втором периоде (**периоде (фазе спасения) развертывания спасательных работ**) начинается "нормальная" жизнь в экстремальных условиях, при условии отсутствия поражающих факторов. В это время для формирования состояний дезадаптации и психических расстройств значительно большее значение приобретают особенности личности пострадавших, а также осознание ими не только сохранения в ряде случаев жизнеопасной ситуации, но и новых стрессовых воздействий (утрата родных, разобщение семей, потеря дома, имущества). Важный элемент пролонгированного стресса – ожидание повторных воздействий, несовпадение с результатами спасательных работ, необходимость идентификации погибших родственников и т.д. Психо-эмоциональное напряжение, характерное для начала второго периода, сменяется к его концу, как правило, повышенной утомляемостью и "демобилизацией" с астено-депрессивными проявлениями.

В третьем периоде, (**периоде восстановления** (фазе восстановления)) начинающимся для пострадавших после их эвакуации в безопасные районы, у многих происходит сложная эмоциональная и когнитивная переработка ситуации, своеобразная "калькуляция" утрат. Приобретают актуальность и психогенно-травмирующие факторы, связанные с изменением жизненного стереотипа, способствующие формированию относительно стойких психогенных расстройств. Наряду с сохраняющимися неспецифическими невротическими реакциями и состояниями начинают преобладать затянувшиеся патохарактерологические изменения, социально-стрессовые и посттравматические расстройства. **Соматогенные психические нарушения**

при этом могут носить разнообразный "подострый" характер, наблюдаются как "соматизация" многих невротических расстройств, так и в известной мере противоположные этому процессу "невротизация" и "психопатизация". Последние связаны с осознанием травматических повреждений и соматических заболеваний, а также с реальными трудностями жизни. Каждое из упомянутых состояний имеет свои особенности, предопределяющие методико-организационную и лечебную тактику. Особого внимания заслуживают **реактивные психозы**, возникающие в первый период жизнеопасной ситуации. Они характеризуются выраженными нарушениями психической деятельности, лишающими человека (или группу людей) возможности адекватно воспринимать происходящее, на продолжительное время нарушающие трудо- и работоспособность. Можно считать разумным положение, если население предупреждено о надвигающем бедствии, то оно примет необходимые меры, чтобы избежать его. Тем не менее, люди не всегда поступают таким образом. Иногда правительство и местные органы власти прибегают к законодательным ограничениям, чтобы заставить людей не игнорировать определённые предостережения. Интересно, что часто эти ограничения встречают протест у тех людей, которые предпочитают встретиться с самой катастрофой, чем ограничить свободу выбора. Развиваются также вегетативные и соматические нарушения - со стороны сердечно-сосудистой, эндокринной и дыхательной систем, желудочно-кишечного тракта и т. д., в ряде случаев выраженные столь резко, что становятся ведущими в болезненных проявлениях. **Реактивные психозы**, как правило, развиваются остро, под воздействием совокупности психогенных поражающих факторов катастрофы. Считается, что им способствуют переутомление, общая астенизация, нарушения режима сна, питания, предварительная физическая и психическая травматизация (например, лёгкие травмы тела и головы, озабоченность судь-бой родных и близких и т. п.). **Фугоформные реакции** кратковременны - до нескольких часов, ступорозные более длительны - до 15-20 суток. Полное выздоровление отмечается практически во всех случаях. Эти состояния, типичные для жизнеопасных ситуаций, по механизмам возникновения трактуются как примитивные реакции на угрозу для жизни. **Психогенные сумеречные расстройства сознания** характеризуются сужением объёма сознания, преимущественно автоматическими формами поведения, двигательным беспокойством (реже - заторможенностью), иногда - отрывочными галлюцинациями и бредовыми переживаниями. Обычно они непродолжительны (у 40% всех пострадавших завершаются в течение суток). Как правило, у всех, перенесших психогенную травму, сумеречные расстройства переходят в полное восстановление здоровья и адап-

тации и морфологического повреждения ткани. Характерно возникновение дисинхронизации биологических ритмов. Это проявляется прежде всего суточными и сезонными колебаниями настроения и самочувствия, чередованием периодов астении и сохранной работоспособности (по типу периодической усталости, «лени», апатии).

Следует также рассматривать:

- а)** нарушения ритма сна и бодрствования (в т.ч. укорочение ночного сна, диссомнию с неодолимой дневной сонливостью, бессонницу);
- б)** психогенные расстройства сердечного ритма (чаще всего в виде экстрасистолии и синусовой тахикардии);
- в)** пароксизмы функциональной дисритмии дыхания (психогенной одышки);
- г)** функциональные невоспалительные нарушения терморегуляции с гипотермией по утрам и стойким субфебрилитом во второй половине дня («лихорадка термометра»);
- д)** функциональные расстройства овуляции, обусловливающие относительное, психосоматическое бесплодие;
- е)** другие патологические сдвиги индивидуальных биологических ритмов.

Психосоматические расстройства формируются на фоне астенического синдрома с жалобами на усталость, вялость, недомогание, снижение физической и умственной работоспособности, раздражительную слабость, сменяющуюся эмоциональным безразличием; бывает мигренеподобная или постоянная тупая головная боль и эпизодические головокружения. Чувство крайней утомленности, разбитости (вплоть до изнеможения) может локализоваться только в конечностях, спине, голове, поясничной или прекардиальной области и не проходить после отдыха и ночного сна. При целенаправленном анализе состояния больных констатируют расстройства настроения по типу дисфории, субдепрессивный или депрессивный синдром, ипохондрические опасения и страхи, достигающие в ряде случаев степени канцерофобии, кардиофобии, сифилофобии и т.д.

Среди **причин возникновения панических расстройств** выделяются:

- 1) психогенез** (кульминация конфликта, острые стрессовые воздействия),
- 2) биологические факторы** (гормональная перестройка, начало половой жизни, abortionы, прием гормональных средств),
- 3) физиогенные факторы** (первый прием наркотиков, алкогольные эксцессы, повышенная физическая нагрузка),
- 4) аутохонное возникновение** (при отсутствии эмоционального и физического напряжения и видимых причин).

Биологическая теория и методы лечения панических расстройств

вегетативными расстройствами, фобиями и оценивался в рамках невротической и неврозоподобной симптоматики. Исследования неврологов касались преимущественно вегетативной составляющей, а психиатров – фобической. В последние 5-6 лет в России под влиянием зарубежной психиатрии и внедрением МКБ-10 паническое расстройство стало выделяться в качестве самостоятельной единицы.

Психосоматические расстройства – (греч. psychē - душа, сознание, sōmatos - тело) – психогенно либо преимущественно психогенно обусловленные нарушения функций внутренних органов или физиологических систем (кровообращения, дыхания, пищеварения, мочеотделения и т.п.).

Среди психосоматических расстройств выделяют следующие виды: 1) не вызывающие даже при длительном существовании необратимых морфологических изменений каких-либо тканей или внутренних органов; 2) протекающие хронически или с периодическими рецидивами, связанные преимущественно с дискоординацией сокращений гладкой мускулатуры (как проявлением вегетативной дисфункции) и приводящие в конечном счете к образованию определенного анатомического дефекта. Эмоциональный стресс, занимает центральное место в клинической концепции психосоматических расстройств. Функции эмоций сводятся в конечном счёте к модификации (обычно повышению) энергетических ресурсов организма формированию тенденции к поддержанию (увеличению) либо, наоборот, устранению (уменьшению) контакта с фактором, оказывающим то или иное влияние на индивид (этим обусловлен положительный или отрицательный знак эмоции), и организации специфических форм поведения, соответствующих количественным особенностям воздействующего фактора. Помимо субъективных переживаний (внутреннее беспокойство, тревога, подавленность, страх и т.д.), всякое эмоциональное возбуждение неизбежно содержит в себе два компонента: 1) неспецифический, клиническим проявлением которого служит вегетативная реакция, 2) специфический – соответствующая интерпретация индивидом своего самочувствия и сложившейся ситуации в целом.

Сочетание конкретного переживания, вегетативной реакции и последующей индивидуальной оценки всех происходящих явлений формирует особенности поведения личности. Такая взаимосвязь выработана в процессе эволюции и направлена на подготовку организма к активному противодействию опасности. По выраженности вегетативной дисфункции можно косвенно судить о степени эмоциональной напряженности. Чем интенсивнее или продолжительнее воздействие отрицательных эмоций, тем более значительны и стойки вегетативные нарушения, тем больше оснований для их хронифи-

тированной деятельности. Затяжные реактивные психозы формируются медленнее острых, обычно в течение нескольких суток. Чаще встречается де-прессивная форма. По симптоматике это – достаточно типичные депрессивные состояния с известной триадой клинических проявлений (снижение настроения, двигательная заторможенность, замедление мышления). Больные поглощены ситуацией, все их переживания определяются ею. Обычно наблюдаются ухудшение аппетита, похудание, плохой сон, запоры, тахикардия, сухость слизистых обо-лочек, у женщин – прекращение менструаций. Выраженные проявления депрессий без активного лечения нередко затягиваются на 2-3 месяца. Окончательный прогноз в большинстве случаев относительно благоприятный. **Психогенный параноид** обычно развивается медленно, в течение нескольких дней, и, как правило, носит затяжной характер. Среди клинических проявлений на первом месте стоят аффективные нарушения: тревога, страх, депрессия. На их фоне обычно формируются стойкие бредовые идеи отношения и преследования. Отмечается тесная связь аффективных расстройств и выраженности бредовых переживаний. **Псевдо-дементная форма**, как и остальные затяжные психозы, формируется в течение нескольких дней, хотя нередко отмечаются и случаи острого развития. Психотические явления сохраняются в течение месяца и более, состояние больных характеризуется нарочито грубыми демонстрациями нарушения интеллекта (невозможность назвать возраст, дату, перечислить факты анамнеза, имена родных, произвести элементарный счёт и др.). Поведение носит характер дуралывости: неадекватная мимика, вытягивание губ "хоботком", сюсюкающая речь и т. д. Особенно отчетливо псевдодеменция проявляется при просьбе совершить простейшие арифметические операции (сложение, вычитание, умножение). Ошибки при этом столь чудовищны, что складывается впечатление, будто больной нарочно дает неверные ответы. Особое значение имеет возможность развития психогений одновременно с другими поражениями – травмами, ранениями, ожогами, которые в таких случаях могут протекать более тяжело. Каждая травма головного мозга чревата возможностями лёгкого развития психогенных, невротических реакций и фиксации болезненных симптомов. Неосложненное течение травм зависит от тактики врача-специалиста, обеспечивающего "психическую асептику". Наибольшие затруднения у нас возникали при организации медицинской помощи по-страдавшим на раннем госпитальном этапе. Первоочередная задача – выявить лиц с острым психомоторным возбуждением, обеспечить безопасность их и окружающих, ликвидировать обстановку растерянности, исключить возможность возникновения массовых панических реакций. Спокойные, уверенные действия

имеют особенно большое "успокаивающее" значение для людей с субшоковыми (субаффективными) психогенными реакциями. Самым лучшим способом ликвидации психогенных последствий – быстрая **эвакуация пострадавших** из очага поражения, резко снижающих психогенное воздействие последствий катастрофы..

Психопатологические расстройства в экстремальных ситуациях имеют много общего с развивающимися в обычных условиях. Однако есть и существенные различия. **Во-первых**, вследствие значительного числа психотравмирующих факторов расстройства одновременно возникают у большого числа людей. **Во-вторых**, их клиническая картина не носит строго индивидуального, как обычно, характера, а сводится к достаточно типичным проявлениям. Особенностью является и то, что пострадавший вынужден продолжать активную борьбу с последствиями стихийного бедствия (катастрофы), чтобы выжить самому и защитить близких. "Новые" диагностические (терминологические) оценки психических расстройств, связанных с чрезвычайными событиями, вошедшие в практику во второй половине XX в.: посттравматические стрессовые расстройства: "вьетнамский", "афганский", "чеченский" синдромы; радиационная фобия, боевое утомление, социально-стрессовые расстройства. Дифференцированное рассмотрение клинических форм и вариантов расстройств, их ограничение от широкого круга неврозоподобных и психопатоподобных состояний требуют квалифицированного наблюдения, анализа, оценки динамики состояния больных, параклинических исследований и т.д. Это возможно только в условиях лечебного учреждения при наличии врача-психиатра, а в случае необходимости - и других специалистов. В условиях чрезвычайного события специалиста-психиатра на месте может и не быть. Необходима экспресс-диагностика, позволяющая решить неотложные вопросы (оставить пострадавшего на месте или эвакуировать, какие сделать медицинские назначения) и оценить прогноз. Чем ближе пострадавший к специализированному лечебному учреждению, тем больше возможностей для уточнения первоначального диагноза и внесения в него дополнительных клинических обоснований. Опыт показывает, что в подавляющем большинстве случаев врач уже на начальном этапе медицинской сортировки лиц с психогенными расстройствами достаточно оперативно и правильно решает принципиальные вопросы эвакуации, прогноза и купирующей терапии, выделяя как физиологические (нейрологические) невротические феномены (реакции на стресс, адаптационные реакции), так и невротические реакции, состояния и реактивные психозы. Психогенные расстройства чаще всего возникают при внезапных жизнеопасных ситуациях. Поведение человека при этом во многом определяется страхом, который до опре-

ческой атаки. Выделенный адреналин быстро вступает в биохимические реакции и разрушается, способность надпочечников вырабатывать адреналин на время снижается, после чего паническая атака прекращается. Панические атаки, при всей своей неприятной симптоматике, успешно поддаются лечению.

Паническое расстройство является заболеванием, имеющим как психическую, так и соматическую основу. Хотя стрессовые ситуации или психологические конфликты и могут усугубить симптоматику панического расстройства, его причиной всё же являются биологические нарушения в ЦНС. Паническое расстройство весьма распространено. Обычно заболевание начинается в конце второго – начале третьего десятилетия жизни (встречаются в возрасте от 25 до 64 лет) и может развиваться как у мужчин, так и у женщин. Женщины составляют большинство (75%) больных с паническим расстройством, возможно в связи с какими-то, ещё не вполне понятными биологическими или физиологическими факторами. Распространенность панических расстройств среди всего населения составляет 2-5%. Недавно проведенные исследования показали, что панические расстройства гораздо более распространены, чем предполагалось ранее. Диагноз «паническое расстройство» ставится тогда, когда дисфункциональные изменения в поведении человека продолжаются месяц или более после первого приступа паники.

Приступами паники называются внезапные эпизоды сильной тревоги. Для приступов паники, особенно в начале заболевания, типично неожиданное начало - без всяких предвестников и без видимой причины. Приступы могут сопровождаться разнообразной симптоматикой, которая включает в себя: головокружение или ощущение дурноты, затруднение дыхания, ощущение удушья или нехватки воздуха, неустойчивость или пошатывание при походке, учащённое сердцебиение (сердце скакает), загрудинная боль или ощущение "стеснения" в груди, покалывание или онемение в различных частях тела, тошнота, диарея, ощущение "странных" или "нереальности" окружающего, страх смерти, страх сойти с ума или потерять самообладание. В России приблизительно 10 млн. людей страдают тревожными расстройствами, и большинство из них оказывается в полном одиночестве и изоляции. Российские психиатры не признают термина «панические атаки», пытаясь изучать отдельные симптомы заболевания или же навешивая ярлык «вегетативный криз». Между тем, термин «паническая атака» предельно точен и помогает пациенту определённо назвать свое состояние, что является необходимым условием для преодоления расстройства. Симтомокомплекс панических расстройств был хорошо изучен отечественными психиатрами, описывался как пароксизмально-подобные расстройства с тревогой,

ной системы организма на различных уровнях осознания и инстинктивного реагирования, 4) **паническое поведение** (или его менее паническая модификация, в том числе и пассивное реагирование, заторможенность).

Возможности возникновения паники труднопредсказуемы, что отмечают военные психологи. Но в ряде случаев можно говорить о повышении вероятности возникновения паники. Главная причина – это **полная психологическая неготовность** к катастрофе. Современный человек относительно подготовлен к таким событиям, как транспортная авария, пожар, нападение бандитов, стихийное бедствие, эпидемия и пр., причём некоторые люди находятся в состоянии повышенной готовности к подобным событиям, например пожарники, полиция, спасатели, врачи и др. Военные готовы к неожиданностям боя, сражений. Очень слабым оказался уровень готовности к возможным атомным военным событиям у ряда специалистов, военных, врачей. Никто во всем мире не был готов к атомной катастрофе в Чернобыле.

Состояние психологической неготовности к адекватному восприятию случившегося можно объяснить следующими причинами: а) уникальность аварии (не было аналогов для сравнения, что создало чрезвычайное когнитивное напряжение при оценке данного события);

б) очень слабая подготовка подавляющего большинства людей к рациональным действиям в случае атомной опасности (органы ГО, как правило, не функционировали);

в) недостаток конкретной и объективной информации, что привело к стихийному и неразумному поведению многих людей, низкому порогу критичности к поступающим сведениям (слухам);

г) эмоциональная неустойчивость, обусловленная директивными формами управления, безынициативностью, нарушением каналов управления.

Паническая атака представляет собой состояние, связанное с внезапным выделением в кровь огромного количества адреналина – биологически активного вещества, которое выделяется надпочечниками и является биохимическим катализатором реакции стресса. Поскольку паническая атака – своего рода состояние "передозировки" адреналина, характерные симптомы панической атаки определяются его действием: учащение сердцебиения, чувство страха, ком в груди, затрудненное дыхание, нарушение терморегуляции (чувство жара или холода), спазм сосудов (бледность или мраморность кожи, пульсация в голове и т.п.), дрожь, возможно, выделение большого количества мочи. Эти симптомы сами по себе являются источником стресса для пациента и могут вызвать вторую и третью волну пани-

деленных пределов может считаться физиологически нормальным и приспособительно полезным. По существу, напряжение и страх возникают при каждой осознаваемой человеком катастрофе. "Бестрашных" психически нормальных людей в общепринятом понимании этих слов не бывает. Всё дело – во времени, необходимом для преодоления растерянности, принятия рационального решения и начала действий. У подготовленного к экстремальной ситуации человека этот временной промежуток значительно меньше; у полностью не подготовленного сохраняющаяся растерянность определяет длительное бездействие, суетливость и является важнейшим показателем риска развития психогенного расстройства.

Стресс: стресс по концепции Ганса Селье представляет собой неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование. Кроме специфического эффекта, все воздействующие на человека агенты вызывают также и неспецифическую потребность осуществить приспособительные функции и тем самым восстановить нормальное состояние. Эти функции независимы от специфического воздействия. Неспецифические требования, предъявляемые воздействием как таковым, – это и есть сущность стресса. С точки зрения стрессовой реакции значения не имеет, приятна или неприятна си-туация, с которой столкнулся человек. Имеет значение лишь интенсивность потребности в перестройке или в адаптации. Специфические результаты двух событий – горе и радость – совершенно различны, даже противоположны, но их стрессорное действие – неспецифическое требование приспособления к новой ситуации – может быть одинаковым. Начало созданию концепции стресса положил обнаруженный в экспериментах Селье в 1936 г. "синдром ответа на повреждение как таковое" получивший название **триада**: увеличение и повышение активности коркового слоя надпочечников, уменьшение (сморщивание) вилочковой железы (тимуса) и лимфатических желёз (тимико-лимфатического аппарата); точечные кровоизлияния и кро-воточащие язвочки в слизистой оболочке желудка и кишечника. Селье сопоставил эти реакции с симптомами, характерными почти для любого заболевания, такими, как чувство недомогания, разлитые болевые ощущения и чувство ломоты в суставах и мышцах, желудочно-кишечные расстройства с потерей аппетита и уменьшением веса тела. Объединение их в единую систему было правомерно только при наличии единого механизма управления этими реакциями и общего совокупного процесса развития. Он же предложил различать "поверхностную" и "глубокую" адаптационную энергию. Первая доступна по первому требованию и восполнима за счёт второй – "глубокой". Последняя мобилизуется путём адаптационной перестройки гомеостатических механизмов организма. Её истоще-

ние необратимо, однако тезис об абсолютной необратимости затрат гипотетической "адаптационной энергии" в настоящее время является скорее символическим, чем экспериментально обоснованным. При непрекращающемся действии стрессогенного фактора проявления "триады стресса" изменяются по интенсивности. Селье выделял три стадии этих изменений.

Первая стадия развития стресса – мобилизация как бы по тревоге адаптационных возможностей организма – "стадия тревоги", сутью которой является ограниченность адаптационных возможностей организма. Она проявляется в следующем: "Ни один организм не может постоянно находиться в состоянии тревоги. Если агент настолько силен, что значительное воздействие его становится несовместимым с жизнью, животное погибает еще в стадии тревоги, в течение первых часов или дней. Если оно выживает, за первоначальной реакцией обязательно следует **"стадия резистентности"**. Эта вторая стадия – **сбалансированное расходование адаптационных резервов**. При этом поддерживается практически не отличающаяся от нормы существование организма в условиях повышенного требования к его адаптационным системам. Ввиду того что "адаптационная энергия не беспредельна", рано или поздно, если стрессор продолжает действовать, наступает третья – **"стадия истощения"**. "Мы до сих пор не знаем, что именно истощается, но ясно, что только не запасы калорий", на этой стадии, так же как на первой, в организме возникают сигналы о несбалансированности стрессогенных требований среды и ответов организма на эти требования. В отличие от первой стадии, когда эти сигналы ведут к раскрытию резервов организма, в третьей стадии эти сигналы – призывы о помощи, которая может прийти только извне – либо в виде поддержки, либо в форме устранения стрессора, изнуряющего организм.

При скоротечных сильных экстремальных воздействиях ярко проявляются разные симптомы стресса. **Кратковременный стресс** – это всестороннее проявление начала длительного стресса. При действии стрессоров, вызывающих дли-тельный стресс (а длительно можно выдержать только сравнительно несильные нагрузки), начало развития стресса бывает стёртым, с ограниченным числом заметных проявлений адаптационных процессов. Поэтому кратковременный стресс надо рассматривать как усиленную модель начала длительного стресса. И хотя по своим бросающимся в глаза проявлениям кратковременный и длительный стресс отличаются друг от друга, тем не менее, в их основе лежат идентичные механизмы, но работающие с разной интенсивностью). Кратковременный стресс – бурное расходование "поверхностных" адаптационных резервов и наряду с этим начало мобилизации "глубоких". Если "по-

вых операций, например, блокада Ленинграда; после взрыва на Чернобыльской АЭС.

Непрерывная паника характеризует последствия Чернобыльской атомной катастрофы: уже в течение многих лет люди в различных и по-разному заражённых радиацией зонах пребывают в состоянии постоянной тревоги и напряжённости, подвергаясь опасности дополнительного заражения нуклидами в пище, воде, воздухе и испытывая чувства неясности, неопределенности, страха за самих себя, своих детей и близких. Но эта непрерывная паника носит в основном скрытый, недостаточно проецируемый вовне характер, проявляясь лишь отдельными вспышками отчаяния, озлобленности, опустошенности, депрессии и т.д.

По деструктивным последствиям выделяют: **а)** панику без материальных последствий и регистрируемых психических деформаций; панику с разрушениями, физическими и выраженнымими психическими травмами, утратой трудоспособности на непродолжительное время; **б)** панику с человеческими жертвами, значительными материальными разрушениями, нервыми заболеваниями, срывами, инвалидностью и длительной утратой трудоспособности.

Основные причины возникновения паники:

- 1) внезапность появления угрозы для жизни, здоровья, безопасности, например, при пожаре, взрыве, аварии и т.п.;
- 2) накопление соответствующего "психологического горючего" и срабатыванием "реле", определенного психического катализатора.

Общепринято считать основными причинами паники страх, ужас, гиперболизируемые нередко конкретным состоянием людей, в частности их неготовностью к неожиданностям, внезапным опасностям, отсутствием соответствующей критичности при оценке конкретных ситуаций. Военные специалисты среди причин паники у военнослужащих называют общее моральное состояние, низкий уровень дисциплины, отсутствие авторитета у командиров. Длительные переживания, опасения, накопление тревоги, неопределенность ситуации, предполагаемые опасности, невзгоды – всё это создаёт благоприятный фон для возникновения паники, а катализатором в этом случае может быть всё, что может замкнуть цепь опасений: не только сильный испуг, страх, но и абсолютно безопасные по сути проявления, звуки, слова, чьё-то поведение, какие-то сигналы, не имеющие никакого отношения к ожидаемым опасностям). Механизм развития бурной динамической паники можно представить как осознаваемую, частично осознаваемую или неосознаваемую цепь:

- 1) **включение "пускового сигнала"** (вспышка, громкие звуки, обвал по-мещения, землетрясение и т.д.), 2) **воссоздание образа опасности** (он может быть самым различным), 3) **активизация защит-**

Паника может быть классифицирована по масштабам: индивидуальная паника, групповая паника, массовая паника. В случае групповой и массовой паники захватываемое ею количество людей различно: групповая – от двух-трёх до нескольких десятков и сотен человек (если они разрознены), а массовая – тысячи или гораздо больше людей. К тому же массовой следует считать панику, когда в ограниченном, замкнутом пространстве (на корабле, в здании и пр.) ею охвачено большинство людей независимо от их общего числа.

По глубине охвата (по степени панического заражения сознания) выделяют: лёгкую панику, среднюю панику, панику на уровне полной невменяемости. **Лёгкую панику** можно, в частности, испытывать тогда, когда задерживается транспорт, при спешке, внезапном, но не очень сильном сигнале (звуке, вспышке и пр.). При этом человек сохраняет почти полное самообладание, критичность. Внешне такая паника может выражаться лишь лёгкой удивленностью, озабоченностью, напряжением мышц и т.п. **Средняя паника** характеризуется значительной деформацией сознательных оценок происходящего, снижением критичности, возрастанием страха, подверженностью внешним воздействиям. Типичный пример средней паники - скопка товаров в магазинах при циркуляции справедливых или фиктивных слухов о повышении цен, исчезновении товаров из продажи и т.д. Паника средней глубины часто проявляется при проведении военных операций, при небольших транспортных авариях, пожаре (если он близко, но непосредственно не угрожает) и различных стихийных бедствиях. **Полная паника** – паника с отключением сознания, аффективная, характеризующаяся полной невменяемостью – наступает при чувстве большой, смертельной опасности (явной или мнимой). В этом состоянии человек теряет сознательный контроль за своим поведением: может бежать куда попало (иногда прямо в очаг опасности), бессмысленно метаться, совершать самые разнообразные хаотические действия, поступки, абсолютно исключающие критическую их оценку, рациональность и этичность. Это классические примеры паники на кораблях "Титаник", "Адмирал Нахимов", а также во время войны, землетрясений, ураганов, пожаров в университетах и т.д.

По длительности паника может быть: кратковременная (секунды и несколько минут), достаточно длительная (десятки минут, часы), пролонгированная (несколько дней, недель), непрерывная.

Кратковременная паника – это, к примеру, паника в автобусе, потерявшем управление, и т.п.

Достаточно длительная паника бывает при не развернутых во времени и не очень сильных землетрясениях.

Пролонгированная паника – это паника во время длительных боев

верхностных" резервов недостаточно для ответа на экстремальные требования среды, а темп мобилизации "глубоких" недостаточен для возмещения расходуемых адаптационных резервов, то особь может погибнуть при совершенно неизрасходованных "глубоких" адаптационных резервах. **Длительный стресс** – постепенная мобилизация и расходование и "поверхностных", и "глубоких" адаптационных резервов. Его течение может быть скрытым, т.е. отражаться, в изменении показателей адаптации, которые удается регистрировать только специальными методами. Максимально переносимые длительные стрессоры вызывают выраженную симптоматику стресса. Адаптация к таким факторам может быть при условии, что организм человека успевает, мобилизуя глубокие адаптационные резервы, "подстраиваться" к уровню длительных экстремальных требований среды. Симптоматика длительного стресса напоминает начальные общие симптомы соматических, а подчас психических болезненных состояний. Такой стресс может переходить в болезнь. Причиной длительного стресса может стать повторяющийся экстремальный фактор. В этой ситуации попеременно "включаются" процессы адаптации и реадаптации. Их проявления могут казаться сплитными. В целях совершенствования диагностики и прогноза течения стрессогенных состояний этот процесс следует рассматривать как самостоятельную группу состояний, вызванных длительными прерывистыми стрессорами. В настоящее время сравнительно хорошо изучена первая стадия развития стресса – стадия мобилизации адаптационных резервов ("тревога"), на протяжении которой чаще всего заканчивается формирование новой функциональной системы организма, адекватной новым экстремальным требованиям среды. При длительном пребывании в экстремальных условиях возникает сложная картина изменений физиологических, психологических и социально-психологических характеристик человека. Многообразие проявлений длительного стресса, а также трудности организации экспериментов с многосугодочным, многомесячным и т.п. пребыванием человека в экстремальных условиях – основные причины недостаточной его изученности. Обращает внимание сходная суммарная продолжительность первых двух периодов стресса в различных экстремальных условиях. Если эти условия приближались к предельно переносимыми для человека, – то суммарная продолжительность этих периодов в совершенно разных стрессогенных условиях в среднем составляла около 11 суток. Авторы исследований жизнедеятельности человека в крайне неблагоприятных для него условиях описывают период неустойчивой адаптации к этим условиям. Этот период может рассматриваться как третий период первой стадии развития стресса. Его продолжительность варьирует в

широких пределах (до 20-60 суток).

Психологические травмы Наиболее популярные современные системы психотерапии, как известно, строятся на ранней травме. Часто всё последующее формирование личности проистекает под влиянием психогенеза, пережитой на ранних этапах развития. В этих терапевтических школах проводится диагностика и лечение ранней психической травмы. Такая травма может быть самой разнообразной. И для психотерапии особенно важна не её объективная тяжесть, а субъективная выраженность переживаний человека. Впрочем, психические травмы нами переживаются на протяжении всей жизни. Проживание горя, «работа скорби» – длительный процесс. Однако, он имеет некоторые, определённые закономерности. Существует пять характерных этапов переживания горя: шок и оцепенение; отрицание и отстранение; признание и боль; принятие и возрождение; жизнь после завершения переживания горя. Это классические стадии проживания горя, которые используются в психотерапевтической работе во многих школах психотерапии.

Первая реакция на стресс – шок, оцепенение. Доминируют чувства удивления («За что?»), смущение («Почему я?»), обеспокоенность («Что же делать?»), далее ранимость и чувство вины («Всё ли я сделал?»). Продолжительность стадии может длиться от нескольких минут до нескольких лет. Первая реакция на горе – рефлекторное действие, закрывающее систему чувств. Это первая передышка перед долгой дорогой страданий к возрождению чувства радости. Первые дни после потери человек испытывает потрясение. Проявление могут быть различными – истерика или спокойствие, «замороженность чувств». Бессознательное человека в это время переполнено интенсивными переживаниями. Позже человек с трудом вспоминает, что он испытывал. Его тяжёлые переживания остаются на уровне его бессознательного. В этот период очень важно, чтобы близкие люди были постоянно рядом, чтобы переживающий ощущал ненавязчивую заботу и внимание. Следует ли человеку в этом состоянии давать успокаивающие средства? На этот вопрос однозначного ответа нет. Если человек раньше принимал успокаивающие лекарства, то ему следует давать их и увеличить дозу. Если у него появляются психические или психосоматические нарушения, то ему следует назначить транквилизаторы и другие седативные препараты. В других же случаях, давать успокаивающее просто вредно. Человек не переживший полностью свою травму не выздоравливает. Впрочем о необходимости назначения психотропных препаратов часто должен решать врач-психотерапевт. Это компетенция профессионала. Любая не разрушающая человека, реакция на утрату спасительна. Однако, восстановление происходит быстро и эффективно,

пр. Возникает она всегда внезапно и постепенно затухает. Длится от нескольких минут до нескольких часов. Считается, что 55% жертв при землетрясениях обусловлено неправильным поведением людей, в том числе и паникой. Существует и другой вид паники, возникающей в очаге поражения, не связанный с природными или техногенными катастрофами – **поведенческая паника** (панические настроения). Это уже не эмоциональная вспышка, а осмысленные и насыщенные переживаниями тревоги, страха, растерянности, поспешные решения и действия, которые не всегда адекватны угрозе или причине, побуждающей их. В отличие от аффективной паники она возникает не только под влиянием угрозы, но и по причине длительных переживаний, опасений, накопления тревоги, ожиданий худшего неопределенности, с «накоплением «психологического горючего» и срабатыванием «реле», определенного «психического» катализатора», а катализатором может быть всё, что угодно». Поведенческая паника, возникнув не сразу, потом, как лавина, развивается по нарастающей и прекращается постепенно. Таковы, например, паники на бирже, продуктовых рынках; паники, порождающие потоки беженцев; переселенцев. Продолжительность поведенческой паники – от нескольких часов до нескольких лет. Интенсивность панического состояния зависит от оценки степени опасности, ее реальности, вероятности и обстановки. Так, падение курса рубля на фоне общей устойчивости может и не вызвать особых тревог, но в обстановке общей нестабильности, кризиса, предвидения его углубления каждое изменение курса будет восприниматься с повышенной тревожностью. Паника негативна как социальными, материальными, так и человеческими потерями. При поведенческой панике бывают группы людей, использующих её в корыстных целях. В обстановке стихийных бедствий и техногенных катастроф нередко усложняется криминальная обстановка, увеличивается число краж, грабежей и случаев мародёрства. Последствия психологических потрясений от перенесенного при панике шока у ряда лиц людей сохраняются несколько лет.

Паника представляет собой естественную реакцию человеческой психики и всего организма на стресс, в момент которой мобилизуются различные защитные и адаптационные функции (выброс в кровь стимулирующих веществ), которые должны помочь справиться с возникшими трудностями. Но в тех ситуациях, когда психическая деятельность хоть в чем-то не соответствует норме (особенно это касается нарушений настроения и наличия в структуре личности повышенной тревожности как черты характера), вместо того, чтобы придать силы для разрешения сложной ситуации, избыток возбуждающих, стимулирующих веществ в крови создаёт ту самую реакцию паники, которая не то что не помогает, но и сама становится опасной.

ред реальной или воображаемой угрозой, состояние периодического испуга, ужаса, нарастающих в процессе взаимного заражения ими. Считается, что паника – одна из форм поведения толпы. Однако она может проявляться и на индивидуальном уровне. О панике чаще говорят как об особом групповом, социально-психологическом феномене, как об одной из форм поведения группы лиц. Групповая паника – состояние охваченной страхом группы, характеризующееся её неуправляемой однонаправленной активностью. Человек, попавший в поток панически действующих людей, находится под властью механизмов заражения и подражания и действует как все. Панику можно классифицировать по особенностям активности, масштабам, глубине охвата, длительности и деструктивным последствиям. Панику бывает аффективной, т.е. групповой эмоцией страха, испуга, ужаса, проявления чувства самосохранения, которая может возникнуть под влиянием поражающих факторов природных и антропогенных катастроф. Причиной тому может стать не только сама опасность, но и боязнь оказаться в безвыходном положении, ощущение того, что пути спасения либо крайне ограничены или могут быстро исчезнуть. Бывает, что паника возникает и при мнимой опасности, если есть предрасполагающая ситуация, и люди находятся в тревожном ожидании. Люди, охваченные аффективной паникой, не контролируют свое поведение, туманно воспринимают окружающее; аффективная паника парализует их целенаправленную деятельность. Характерные действия при панике – неудержимый, устремленный в никуда бег, хаотичные, беспорядочные действия, неадекватные поступки (выпрыгивание из окон горящего дома, гостиницы, спасение какой-нибудь куклы вместо драгоценностей, хватание теплой шапки при выскакивании на мороз при практически отсутствующей одежде на теле и пр.). Не потерявшие способность к оценке обстановки, выбирают путь от опасности, но некоторые могут двигаться и в её сторону, полагая, что так менее опасно, чем в общем потоке. Бывает, что кто-то приходит в себя и пытается остановить людей, организовать их действия. Но такие попытки чаще всего оказываются неудачными, а человек, ставший на пути панической толпы, может оказаться сметённым и раздавленным. В практике имелись случаи, когда люди, сохранившие самообладание, объединялись в группы и совместными усилиями пытались внести организованность в поведение находящихся в панике людей. Наблюдались и факты, когда в такой обстановке лица с криминальными установками, стремились воспользоваться ситуацией в своих корыстных целях. Аффективная паника бывает при пожарах, взрывах, землетрясениях, извержении вулканов, селевых потоках, сходах лавин, крупных авариях на транспорте, на производстве, в боевой обстановке, при террористических актах и

если человек пользуется поддержкой психотерапевта, консультанта или ресурсами психотерапевтической группы. На следующей стадии переживания стресса (отрицание и отстранение) типичными чувствами являются раздражение, осуждение, злость, критика, язвительность, мстительность, неистовство.

Мне знакомо чувство, переживаемое операторами в первый момент аварии. Неоднократно бывал рядом с ними, когда приходилось разбираться с чрезвычайными событиями на атомных станциях. Вот как описывает свое состояние в экстремальных условиях, связанных с аварией на энергоблоке, специалист-атомщик: "В момент нажатия кнопки АЗ-5 (аварийная защита) пугающе вспыхнула яркая подсветка указателей. Даже у самых опытных и хладнокровных операторов в такие секунды сжимается сердце.. в первый миг – онемение в груди, все обрушивается лавиной, обдает холодной волной невольного страха прежде всего оттого, что застигнут врасплох и вначале не знаешь, что делать, пока стрелки самописцев и приборов разбегаются в разные стороны, а твои глаза - вслед за ними, когда неясны еще причина и закономерность аварийного режима, когда одновременно (опять же невольно) думается где-то в глубине, третьим планом, об ответственности и последствиях случившегося. Но уже в следующее мгновение наступают необыкновенная ясность головы и хладнокровие .." У неподготовленных людей, неожиданно попавших в жизненопасную ситуацию, страх порой сопровождается измененным состоянием сознания. Наиболее часто развивается оглушённость, выражаяющаяся в неполном осмыслинии происходящего, затруднении его восприятия, нечеткости (при глубоких степенях - неадекватности) жизнеспасающих действий. Во время Спитакского землетрясения в Армении в 1988г., было выявлено более чем у 90% обследованных психогенные расстройства разной выраженности и длительности - от продолжавшихся несколько минут до длительных и стойких.

Непосредственно после острого воздействия, когда появляются признаки опасности, возникают растерянность, непонимание того, что происходит. За этим коротким периодом при простой реакции страха умеренно повышается активность, движения становятся чёткими, экономичными, увеличивается мышечная сила, что способствует перемещению многих людей в безопасное место. Нарушения речи ограничиваются ускорением ее темпа, запинанием, голос становится громким, звонким, мобилизуются воля, внимание, идеаторные процессы. Мнестические нарушения представлены снижением фиксации окружающего, нечеткими воспоминаниями о происходящем вокруг. Однако в полном объеме запоминаются собственные действия и переживания. Характерно изменение представления о времени: течение его замедляется, длительность острого периода

представляется увеличенной в несколько раз. При сложных реакциях страха в первую очередь отмечаются более выраженные двигательные расстройства. Наряду с психическими расстройствами нередки тошнота, головокружение, учащённое мочеиспускание, ознобоподобный трепет, обмороки, у беременных женщин – выкидыши. Восприятие пространства изменяется: искажаются расстояние между предметами, их размеры и форма. В ряде наблюдений окружающее представляется "нереальным", причем это состояние затягивается на несколько часов после воздействия. Длительно могут сохраняться и кинестетические иллюзии (ощущения колебаний земли, полёта, плавания и т.д.). Обычно подобные переживания развиваются при землетрясениях, ураганах. Например, после смерча многие пострадавшие отмечают действие непонятной силы, которая их "как будто тянет в яму", они "сопротивляются этому", хватаются руками за различные предметы, стараясь удержаться на месте. Один пострадавший рассказал, что у него было ощущение, будто он плывёт по воздуху, совершая при этом такие же движения руками, как при плавании. При простой и сложной реакциях страха сознание сужено, хотя в большинстве случаев сохраняются доступность для внешних воздействий, избирательность поведения, возможность самостоятельно выходить из затруднительного положения. Особое место занимают состояния паники. Индивидуальные панические реакции сводятся к аффективно-шоковым. При развитии их одновременно у нескольких человек возможен эффект взаимовлияния, приводящий к массовым индуцированным эмоциональным расстройствам, которые сопровождаются "животным" страхом. Индукторы паники – паникёры, люди, обладающие выразительными движениями, гипнотизирующими силой криков, ложной уверенностью в своих действиях. Ставясь лидерами толпы в чрезвычайных условиях, они могут создать общий беспорядок, быстро парализующий целый коллектив.

Психология групп в экстремальных ситуациях. Понятие малой группы. Диада, триада. С первых дней своей жизни человек связан с определенными малыми группами, причем не просто испытывает на себе их влияние, но только в них и через них получает первую информацию о внешнем мире и в дальнейшем организует свою деятельность. В самых ранних исследованиях, а они были проведены в США в 20-е гг. XX века, выяснялся вопрос о том, действует ли индивид в одиночку лучше, чем в присутствии других, или, напротив, факт присутствия других стимулирует эффективность деятельности каждого. Акцент делался именно на факте простого присутствия других, а в самой группе изучалось не взаимодействие (интеракция) её членов, а факт их одновременного действия рядом (коакция). Результаты исследования таких "коактных" групп показали, что в присут-

руемого, регулярного, легко воспроизводимого функционирования группы, так (и особенно) в критических ситуациях, не-сущих отчётиливую угрозу нарушения групповой целостности в топологическом, структурном или динамическом аспектах. Данный процесс реализуется посредством ряда механизмов, адаптирующих группу как целостное образование к условиям её существования. Условия являются внешними или внутренними по отношению к границам группы, а также стабильными или динамичными.

Существует две основных стратегии реагирования коллектива на угрозу нарушения групповой целостности: **организационно-деятельностная стратегия**, которая вбирает в себя совокупность мер, приводящих к изменениям в функциональной и операционально-технической составляющих групповой деятельности (перераспределение функционально-ролевых взаимоотношений между членами группы, кооптация при необходимости набора новых членов или, наоборот, неоправданное уменьшение большого численного состава, дисциплинированно и т.п.). В результате меняется тип и характер взаимодействия группы со средой и предметом совместной деятельности, преобразуется внешний контур групповой жизнедеятельности; **стратегия когнитивно-аффективного переструктурирования ситуации**, не затрагивающего объективных ситуационных характеристистик, но производящего трансформации в перцептивных (информационных) и мотивационно-смысловых аспектах совместной деятельности (групповой миф, табуирование отдельных сфер групповой жизни, информационная изоляция, ритуализация внутригруппового поведения и т.п.). Данная стратегия приводит к появлению специфических "фантомов" группового сознания, адекватных позитивному состоянию групповой реальности, но не адекватных объективной ситуации функционирования группы. Поэтому, можно выделить следующие теоретико-прикладные положения групповых защитных механизмов: **1)** защитный механизм выступает как способ действия в ситуации обнаружения угрозы (внешней или внутренней) для целостности группы, что несовместимо с позитивным состоянием групповой реальности; **2)** основная системная функция защитных механизмов – стабилизационная; **3)** стабилизация того или иного аспекта групповой целостности – топологического, структурного или процессуального – достигается за счет аффективно-когнитивного переструктурирования угрожающей ситуации; **4)** в группе такой способ действия выступает как норма поведения ее членов, причём наличие нормы зачастую нельзя обнаружить иным путем, кроме как нарушив её.

ПАНИКА. Виды паники и причины ее возникновения В условиях катастрофического события часто возникают паники. Большинство определений паники связано с проявлением массового страха пе-

лям другой группы.



Модель уровневой организации психологической защиты

В области этнопсихологии группа выступает именно субъектом защитной активности в межгрупповых отношениях. Когда появляется угроза существованию группы как целостного и самостоятельного субъекта межгруппового взаимодействия, на уровне психологического восприятия ситуации происходит социальная идентификация по признаку происхождения, "крови"; включаются механизмы социально-психологической защиты в виде процессов внутригрупповой сплочённости, иногруппового фаворитизма, усиления единства "Мы" и внешнегрупповой дискриминации и обособления от "них", "чужих". Процессы эти ведут к "отдалению" и искажению образов внешних групп, которые с эскалацией конфликта приобретают изученные в социальной психологии особенности и черты. Активизация системы психологической защиты этнической группы - результат взаимодействия осознаваемого и неосознаваемого содержаний этническости при наличии реальной или воображаемой оппозиции в лице другой этнической группы. Возрастающее в критических ситуациях, а также при нарушении целостности, стабильности этнической группы и привычного порядка межэтнических отношений стремление представителей группы сохранить и усилить свою позитивную этническую идентичность нарушает устоявшиеся компенсаторные связи между сознанием и бессознательным. Необходим новый уровень компенсации, и эту функцию выполняет система психологической защиты этнической группы. В данном случае трактовка защитных групповых процессов как особого типа взаимодействия между осознаваемым и неосознаваемым содержанием групповой идентичности "возвращается" к исходной позиции - психоаналитической. Именно целостность группы выступает предметом защиты и на уровне межгруппового взаимодействия. Поддержание (создание, упрочение и восстановление) позитивного состояния групповой реальности, феноменологического отражения целостности группы является неотъемлемым от жизнедеятельности группы динамическим процессом. Этот процесс выполняет стабилизирующую функцию, обеспечивая существование системы (группы) как на этапах "спокойного", т.е. хорошо прогнози-

стии других людей возрастает скорость, но ухудшается качество действий индивида (даже если условиями эксперимента снимался момент соперничества). Эти результаты были интерпретированы как возникновение эффекта возрастающей сенсорной стимуляции, когда на продуктивность деятельности индивида оказывали влияние сам вид и "звучание" других людей, работающих рядом над той же самой задачей. Этот эффект получил название эффекта социальной фасилитации, сущность которого сводится к тому, что присутствие других облегчает действия одного, способствует им. В ряде экспериментов было показано наличие и противоположного эффекта – известного сдерживания, торможения действий индивида под влиянием присутствия других, что получило название эффекта социальной ингибиции. При условии совместной деятельности в группе те же самые проблемы решаются более корректно, чем при их индивидуальном решении: особенно на ранних стадиях решения задач группа совершает меньше ошибок, демонстрирует более высокую скорость их решения. Так средняя скорость решения задач группой была соизмерима со средней скоростью решения тех же задач, выполняемых индивидуально, и результат получился в пользу группы. Важным параметром групповой деятельности является именно взаимодействие, а не просто "соприсутствие" членов группы

Психические расстройства, наблюдающиеся при жизнеопасных ситуациях во время и после стихийных бедствий и техногенных катастроф

Реакции и психогенные расстройства	Клинические особенности
Острые реактивные психозы:	Острые аффективно-шоковые реакции, сумеречные состояния сознания с двигательным возбуждением или двигательной заторможенностью
затяжные	Депрессивные, параноидные, псевдодементные синдромы, истерические и другие психозы
Непатологические (физиологические) реакции	Относительно кратковременное и непосредственно связанное с психогенной ситуацией преобладание эмоциональной напряженности, психомоторных, психовегетативных, гипотимических проявлений, сохранение критической оценки происходящего и способности к целенаправленной деятельности
Психогенные патолого-гигиенические реакции	Невротический уровень расстройств - остро возникшие астенический, депрессивный, истерический синдромы, снижение критической оценки происходящего и возможностей целенаправленной деятельности
Психогенные расстройства (состояния) невротического уровня	Стабилизированные, усложняющиеся невротические расстройства - неврастения (невроз истощения, астенический невроз), истерический невроз, невроз навязчивых состояний, депрессивный невроз, в ряде случаев утрата критического понимания происходящего и возможностей целенаправленной деятельности

Роль малых групп объективно увеличивается в жизни человека, в частности, потому, что умножается необходимость принятия групповых решений на производстве, в общественной жизни и т.д. Спасатели, работающие в зонах ликвидации последствий катастроф в составе малых групп и находящиеся под воздействием стрессовых факторов стоят в одном ряду с пострадавшими.

Малая группа – это немногочисленная по составу группа, члены которой объединены общей социальной деятельностью и находятся в непосредственном личном контакте, что является основой для возникновения эмоциональных отношений, групповых норм и групповых процессов. В большинстве исследований число членов малой группы колеблется между 2 и 7 при модальном числе 2 (упомянуто в 71% случаев). Этот подсчёт совпадает с представлением, имеющим широкое распространение, о том, что наименьшей малой группой является группа из двух человек – так называемая **диада**, либо из трёх – **триада**. В диаде фиксируется лишь самая простейшая, генетически первичная форма общения – чисто эмоциональный контакт. Однако диаду весьма трудно рассмотреть как подлинный субъект деятельности, поскольку в ней практически невозможно вычленить тот тип общения, который опосредован совместной деятельностью: в диаде в принципе неразрешим конфликт, возникший по поводу деятельности, т.к. он неизбежно приобретает характер чисто межличностного конфликта. Присутствие в группе третьего лица создает новую позицию – наблюдателя, что добавляет существенно новый момент к возникающей системе взаимоотношений: этот "третий" может добавить нечто к одной из позиций в конфликте, сам будучи не включён в него и потому представляя именно не межличностное, а деятельное начало. Этим создается основа для разрешения конфликта и снимается его личностная природа, будучи заменена включением в конфликт деятельностных оснований.

Понятие сплочённости группы Отношения, существующие между людьми, либо сплачивают их, побуждают держаться вместе, помогать друг другу, либо напротив – заставляют их быть дальше друг от друга, ставят «по разную сторону баррикад», разделяя неприязнь или враждой. Особенно сильно взаимное притяжение или отталкивание в малых группах, характерных постоянными и тесными контактами между людьми (считается, что их численность не может превышать 50 человек). Прочные контакты в совместной жизни и деятельности способствуют хорошему знанию членами группы друг друга, постоянному обмену мыслями, впечатлениями, отношениями, настроениями, планами, намерениями, а поэтому и взаимной активизации, соревнованию, дружбе и др., в результате чего возникает осенняя социально-психологическая атмосфера, психология группы.

социально порицаемые способы решения проблем. Это подчеркивает важность организованности любых групп для действий в экстремальных ситуациях. Решающее значение в показателях уровня социально-психологического развития и устойчивости групп в экстремальных ситуациях имеет система социальных ценностей, следование которым составляет важнейшую потребность членов данной социальной группы, общности. Важен показатель сплочённости группы, идентифицированности членов группы с групповыми ценностями, нормами, историей и будущим группы. Речь идёт о том, в какой степени групповые цели, интересы, честь, репутация, слава группы приобрели личностный смысл для её членов, внутренне принятые ими, слились с их собственными.

Групповые защитные механизмы Феномен групповой психологической защиты характеризует группу как системное образование, в ходе развития которого обнаруживаются и преодолеваются противоречия между базовыми системными тенденциями – изменением и сохранением, и с другой стороны как целостную социально-психологическую общность, обладающую некоторым "внутренним" планом совместной деятельности, что и позволяет говорить об особой групповой реальности.

Коллектив как субъект психологической защиты. Изучение психологическую защиту как системы средств, направленных на поддержание позитивного образа "Я" субъекта на внутриличностном и межличностном уровнях анализа, учитывается уровень межгруппового взаимодействия, на котором психологическая защита выполняет функцию сохранения положительного группового "Мы-образа". Под "внутренней" защитой понимается актуализация защитных механизмов при угрозе "Я-образу" (личностной идентичности) со стороны собственного опыта. Защита, направленная на сохранение "Я-образа" в межличностном взаимодействии, есть актуализация защитных механизмов при угрозе личностной идентичности субъекта со стороны "другого"; при этом предполагается, что взаимодействие полностью детерминируется индивидуальными отношениями и характеристиками. Под защитой, направленной на сохранение "Мы-образа", т.е. "Я-образа" субъекта как члена определенной социальной группы, понимается актуализация защитных механизмов при угрозе социальной идентичности индивида во взаимодействии его как члена определенной социальной группы с членами других групп. Данный тип взаимодействия детерминируется в значительной мере социальными стереотипами межгруппового восприятия. На всех уровнях анализа субъектом защиты остается индивид. Стратегии защитного поведения группы представляют собой стратегии защитного поведения индивида как члена группы в отношении к представите-

ние в будущем.

Различия поведения групп в экстремальных ситуациях Основной причиной различных изменений – положительных или неблагоприятных – в малых группах, оказавшихся в экстремальных ситуациях, выступает уровень их социально-психологического развития.

Установлено, что сталкиваясь с угрозой нарушений групповой интеграции, основанные на выполнении совместной деятельности, проявляют активность для ее сохранения восстановления, особенно по тем её показателям, в отношении которых существует угроза нарушения; способы сохранения групповой интеграции различаются: в коллективах они имеют адекватный характер, а в группах низкого уровня развития – неадекватный; группы высокого уровня развития (коллективы), связанные с решением производственных задач, преодолевают угрозы разрушающих и дезорганизующих совместную деятельность влияний путем мобилизации деловых качеств своих членов, организованности. Группы, не достигшие уровня развития коллектива, либо в слабой мере проявляют тенденцию к преодолению угроз, либо преодолевают их, используя неадекватные способы: нарушая нравственные и профессиональные нормы, дискриминируя низкостатусных членов группы (усматривая в них виновников неуспехов и проблем) и др.; Неадекватность активности группы характеру угроз проявляется в двух основных формах: **а)** несоответствии способов и средств для сохранения целостности и сплоченности группы целям её существования и деятельности; **б)** сохранении каких-то подвергающихся испытаниям и разрушению показателей совместной деятельности за счёт разрушения других показателей;

В группах обнаруживаются два важнейших социально-психологических механизма, обуславливающих различия активности групп: **а)** резистентность – способность группы оказывать сопротивление возмущающим её факторам; **б)** устойчивость общих для членов группы ценностных ориентаций.

Резистентность чётко проявляется в высокоорганизованных группах, устойчивость – в слабоорганизованных с ярко выраженной про социальной направленностью; в группах со слабо развитой просоциальной направленностью способы преодоления трудностей часто носят социально неприемлемый (аморальный, неделовой характер (ложь, «показуха», дискриминация лиц, вскрывающих недостатки, нарушение общественных норм и сложившихся межличностных отношений), наблюдается рост брака в работе (лица, пытающиеся его устраниить, подвергаются порицанию и осуждению, прежде всего, со стороны высокостатусных членов группы – руководителей разного ранга); в низко организованных группах даже с выраженной положительно развитой социальной направленностью иногда проявляются

Психология групп, как и психология человека, имеет отражательную природу. Единство условий жизни, общая история и перспективы, совместная деятельность и её организация лежат в основе психологии групп. Однако многое в ней порождается контактами между членами группы к которым относятся:

- **взаимоотношения** – социально-психологические взаимосвязи (контакты) между людьми. Объективной их предпосылкой служат позиционные отношения, особенности статуса, положения, которые, в силу разных причин, занимают одни члены группы в системе связей с другими; ролей, выполняемых ими (отношения мужа и жены, взрослого и ребенка, банкира и вкладчика, прокурора и адвоката, болельщиков разных футбольных команд, национальных групп и пр.). Сказываются и отношения, возникающие в результате познания и оценки друг друга в опыте совместной жизни и деятельности. Взаимоотношения бывают межличностными, личностно-групповыми и межгрупповыми;
- **общение** – информационные взаимосвязи (контакты) между членами группы: обмен информацией (коммуникативный аспект общения), воздействия друг на друга при этом (интерактивный аспект), взаимное восприятие, изучение и оценка друг друга (перцептивный аспект);
- **взаимодействие** – поведенческие взаимосвязи между людьми, совместный труд, действия, развлечения, решение общих проблем. Люди вступают во взаимодействие прежде всего ради удовлетворения своих потребностей, интересов, реализации планов, целей, намерений, стремлений. Близость или совпадение их определяет тесноту взаимодействия, а различия – отсутствие его или соперничество, противостояние, конфликты, противоборство. Влияет на взаимодействие и степень единства подходов к решению практических вопросов, понимания обязанностей и прав, способов решения возникающих проблем и др. В процессе контактов, совместной жизни и активности людей начинают действовать и социально-психологические механизмы: социальное восприятие, подражание, убеждение, внушение, заражение, принуждение, групповое давление, «массовая сила» (взаимное усиление), которые укрепляют психологическую силу взаимного сцепления между членами группы и влияние её на своих членов, энергию их взаимных действий. Психология коллектива, включая спасательный, насыщена массовыми («массовидными») социально-психологическими явлениями, присущими группе или большинству её членов. По преобладающим признакам это явления:
- **мотивационно-потребностного характера** – групповые цели, потребности, интересы, чаяния, надежды и ожидания, групповые стремления, мотивы, намерения, установки, ориентации;

- **познавательного характера** – групповые взгляды, групповое мнение, убеждения, представления, восприятия, верованиями, память, суеверия, предрассудки, слухи;

- **эмоционального характера** – групповые настроения, чувства и переживания, ожидания, напряжения, брожения, аффекты, паника;

- **поведенческого характера** – групповая деятельность, решения, действия, поведение, нормы, обычаи, традиции, мода, вкусы;

Названные явления в совокупности образуют психологию группы – особый психологический феномен, обладающий целостностью, системностью и принадлежащий всей группе. Он присущ каждой организованной и стихийно сложившейся группе, но качественно не одинаков. Психология конкретной группы всегда в чем-то своеобразна и отличается господствующим в ней мнением, настроениями, взаимоотношениями, интересами, нормами поведения, морали и др. При этом качественная характеристика во многом определяется уровнем социально-психологического развития группы, целостно характеризующим степень соответствия особенностей её психологии цивилизованным нормам отношений между людьми и взаимодействия при совместной жизнедеятельности. Социально-психологическое развитие группы бывает 3-х уровней и каждому из которых свойственно особое содержание, качество психологии и её компонентов.

Для высокого уровня социально-психологического развития группы характерны деловая активность и острая нацеленность на качественное решение главной задачи, ради которой создана и существует эта группа; высокие результаты совместной деятельности; она сплочена, в ней здоровые (в социальном и психологическом плане) общественное мнение, настроения, нормы поведения традиции и обычай, взаимоотношения, отношения колLECTивизма (понимания членами группы совпадения основных личных и групповых целей, интересов и потребностей – за рубежом это часто называют корпоративностью), долга и ответственности, солидарности, взаимной благожелательной требовательности, сотрудничества, уважения, товарищества, поддержки, постоянной готовности прийти на выручку, оказать поддержку, помочь. Группу людей, занимающуюся общественно и лично значимой деятельностью, отличающуюся высоким уровнем социально-психологического развития, благоприятной для решаемых задач и её членов, социально-психологической атмосферой, принято называть коллективом. Среднему уровню социально-психологического развития группы свойственны промежуточные между высшим и низшим уровнями характеристики. Психология коллектива, уровень её развития определяют главные достоинства и недостатки различных групп, их сплочённость, успехи в совместной деятельности, комфортность и проблемы совместной с другими

другом; **д)** постепенная замена изначально деловой цели конфликтов целью «победы» над инакомыслящим любой ценой, включая использование аморальных, демагогических, недобросовестных средств; провоцирующее поведение некоторой части членов группы, подталкивание ими других к неприемлемым морально и профессионально, а порой и противоправным действиям; ослабление управляемости группы, распространение непослушания руководству, попытки некоторых членов группы дискредитировать его, превратить в «козла отпущения», появление требований заменить его; **е)** ослабление общей целеустремлённости деятельности, ухудшение совместной деятельности, усиление ориентации структурных подразделений и отдельных членов группы на «собственные» цели и интересы; **ж)** снижение организационного порядка, дисциплины, распространение неисполнительности, появление прямых отказов от выполнения обязанностей и распоряжений руководства; **з)** ухудшение качества работы и нарушение технологии спасательных работ, организационные перестройки группы: замена официальной структуры на неофициальную, насаждаемую не в деловых, а в личных интересах её апологетов, выдвижение новых лидеров, борьба их за влияние в группе с использованием аморальных и неправомерных средств; изменение управления группой, его централизация, появление авторитарного стиля управления, прекращение деятельности демократических институтов группы; **и)** самостоятельный выход части членов из группы (увеличение «текущести кадров»); **к)** полный распад группы на несколько самостоятельных мелких групп.

В «синдроме стресса» общения присутствуют и негативные компоненты, возникающие у части членов группы и способствующие её дезорганизации: **а)** возникновение у людей склонности к конфронтации с лидерством и его носителем – лидером, руководителем; **б)** появление неприязни к психологическим нагрузкам, связанным с ответственностью за других людей или перед другими людьми; **в)** отчуждение от интересов группы, субъективное снижение значимости общих целей и дел; **г)** появление мыслей о большей эффективности индивидуальных путей выхода из стрессовой ситуации, а не коллективных; **д)** возникновение агрессивного поведения, насилия в отношении других людей (снижающие уровень стресса у группы и спасающие его членов от психологической травмы).

Возникающие конфликты, противостояния, средства, используемые неразборчиво с целью «победы», действия, даже завершившиеся благополучно, оставляют глубокий «психологический рубец», на долго сохраняются в подсознании людей и продолжают скрытно влиять на взаимоотношения и совместную деятельность членов группы. Важно предупреждать их, а не рассчитывать на успешное разрешение

лидеры, берущие на себя руководство действиями товарищай. Обычно это происходит быстро и без споров на основе общего понимания соответствующей необходимости. Хорошо известен факт взаимозаменяемости членов спасательного коллектива. В организованных группах, специально готовящихся к экстремальным ситуациям, обычно предусматривается распределение обязанностей (кто и что делает). Но сплошь и рядом оказывается так, что, когда такая ситуация внезапно возникает, кого-то не оказывается на месте, либо один или несколько человек сразу получают травмы или гибнут. В таких случаях кто-то из членов коллектива нередко берёт на себя выполнение обязанностей других, совмещая со своими. Особенno важна такая заменяемость, когда не оказывается на месте или выбывает руководитель. Во многих специально предназначенных для действий в экстремальных ситуациях группах профессионалов такая взаимозаменяемость предусматривается и заранее отрабатывается на учебных занятиях: для каждого готовится не менее одного боевого заместителя, а для руководителя – двух. Положительные изменения в психологии групп благотворно отражаются на психическом состоянии, поведении и действиях их членов. Это находит, в частности, выражение в феномене «социально-психологического облегчения», уменьшения силы негативных эмоций или вообще вытеснения их; повышения чувства уверенности; Надо всегда помнить, что у малых плохо организованных спасательных групп, наиболее типичными нарушениями групповой психологии и адаптации деятельности к новым условиям и требованиям **могут быть:** а) обнажённое, более демонстративное и частое, чем в обычных условиях, проявление недостатков, свойственных уровню их социально-психологического развития («всё плохое всплывает на поверхность»); б) общее ухудшение морально-психологического состояния, появление негативных настроений, обостренных недовольств, нездоровых групповых мнений и оценок по вопросам, связанным с возникшей ситуацией; в) ухудшение взаимоотношений между членами группы и его структурными подразделениями, снижение уровня взаимного уважения, товарищества, коллективизма, солидарности, вежливости, культуры общения, возникновение и обострение существующих конфликтов, распространение конфликтных отношений с первоначального предмета конфликта на другие вопросы жизни и деятельности коллектива (генерализация конфликта); г) усиление и умножение противоречий в группе, появление и увеличение числа противостоящих друг другу микрогрупп, преследующих разные цели; генерализация противоречий, проявляющаяся во всём большей поляризации мнений и целей, вовлечении в конфронтацию большинства членов коллектива, объединение всех конфликтующих в две – большие подгруппы, противостоящие друг

жизни и труда, способность противостоять трудностям и преодолевать их. От них во многом зависит состояние и поведение людей в экстремальных ситуациях. Группы людей, как и отдельные индивиды, попадая в экстремальные ситуации, подвергаются серьёзным испытаниям и реагируют на них. Изменения в группе, происходящие в экстремальных ситуациях. В экстремальных условиях происходит групповая адаптация к новым условиям и требованиям, в процессе, которой одни группы повышают единство, сплочённость, организованность, умножают свои силы, другие – утрачивают остатки единства, дезорганизуются, начинают конфликтовать, теряют способность действовать сообща. Группу **низкого уровня** социально-психологического развития отличает разобщенность, отсутствие чувства групповой и личной ответственности, пренебрежение цивилизованными нормами отношений и поведения, уважения к своим товарищам, раздоры, конфликты, нарушения дисциплины, безразличие к результатам общей деятельности, забота о личной выгоде, попытка отдельных членов насаждить в группе отношения выгодные себе, безразличие к испытываемым другими трудностям и т.п. Изменения в психологии личности большинства членов группы, их воспитанности, интеллекте, культурности, моральности, происходящие в социально-психологической атмосфере группы низкого социально-психологического развития, негативны и сулят проблемы в жизни.

Реакция носит групповой, целостный характер и не сводится к отдельным индивидуально-психологическим изменениям у ее членов или сумме некоторого их числа. Это связано с принципиальным отличием психологии групп от психологии отдельных людей. Она – интегральный продукт совместной жизни, взаимодействия и общения людей, система индивидуально-психологических систем. Это психологический феномен более высокого системного уровня, чем психология отдельных людей. В нем сливаются взгляды, устремления и усилия всех членов группы, и это придаёт ему особую силу, влияние и свойства. Психология группы может умножать силы членов группы, повышать продуктивность их деятельности, и это происходит, если в ней задействованы исключительные силы сплочения и положительного влияния. Имея в виду высокую боевую сплочённость военных моряков, проявленную в годы Великой Отечественной войны, писатель-маринист Л. Соболев прибегал к такому сравнению: «один моряк – моряк, два моряка – взвод, три моряка – рота». Вместе с тем, негативные характеристики психологии группы (мнения, настроения, интересы и др.) оказывают отрицательное влияние на её членов.

Общая тенденция поведения людей в экстремальных условиях – не быть в одиночестве, находиться вместе, действовать сообща, т.к. при этом подсознательно или осознанно они чувствуют себя в боль-

шей безопасности. Установлено, что один из важнейших путей снижения тревожности индивида – социальная поддержка его со стороны ближайшего окружения, одобрение, подбадривание, уважение (некоторые называют их антистрессом). Само общение может вызывать стресс; иные стрессовые обстоятельства, перед, после или во время которых оно осуществляется, повышают эмоциональность общающихся. Последнее может резко усиливать или, напротив, подавлять активность взаимодействующих людей; делать его приятным; желанным или мучительным, невыносимым. Гармонично красивыми или безобразно непривлекательными могут оказаться люди, общающиеся при стрессе. Стресс может побуждать в людях гуманное отношение друг к другу или, напротив, бесчеловечность. Такие различия он связывает с личностными особенностями общающихся людей, а также социокультурными, национальными, этническими нормами, принятыми в обществе, к которому принадлежат общающиеся люди и которые усвоены ими.

Стресс в экстремальных условиях проявляется в виде: а) возникновения условий, совершенно нетерпимых для большинства людей, составляющих группу; исчерпывания «потенциала терпения», приводящего к выводу, что сплочение возможно лишь при полном единстве и прекращении всяких конфликтных отношений; субъективной определённости для большинства членов группы единой позитивной цели, достижение которой: 1) избавит от нетерпимого настоящего состояния; 2) окупит усилия по достижению цели; представления о такой цели должны сочетаться с убеждённостью в достижимости её только коллективными усилиями; б) наличия субъективного представления о том, что большинством окружающих людей совершаются действия или имеются намерения действовать в том же направлении, в котором стремлюсь действовать «я» – индивидуальный субъект действия, т.е. должно быть совпадение индивидуальных целей с целями других; в) осознания возможности «первого шага» на пути освобождения от экстремальных условий и представления о реальности последующих шагов; наличия импульса (острого побуждения) внутреннего или внешнего к совершению этого «первого шага». Такими импульсами могут быть: пример «случайных» действий одного или нескольких членов группы, призыв лидера.

Позитивные выходы «субсиндрома стресса» группы в экстремальных ситуациях: а) приобретение общением адаптационной направленности, выступающей катализатором, ускоряющим развитие взаимоотношений общающихся людей; б) обнаружение доминирующего характера компонентами межличностного взаимодействия, консолидирующих группу (социально-позитивных) или дезорганизующих её (социально-негативных); в) усиление тенденций поддер-

живать лидирующй концепт и выделять лидера; г) проявление у отдельных членов группы склонности к принятию на себя роли носителя или генератора лидирующего концепта, лидера группы, коллектива, лидера в общении; д) возрастание чувства групповой общности, «чувств локтя», дружественности, взаимных симпатий, солидарности, сплочённости, а при наличии общей воодушевляющей цели – проявлений коллективного энтузиазма.

Хорошо подготовленные и обладающие потенциалом экстремальной устойчивости спасательные группы с честью выдерживают нагрузки экстремальных ситуаций. Для них характерны положительные проявления группового поведения и групповой психологической динамики: а) возникновение социально-психологического группового состояния, характерного повышением устремлённости на достижение успеха, решительностью, предельной собранностью, сплочённостью, уверенностью в своих силах и успехе – состояния, которое часто называют «деловой настрой», «трудовой подъём, энтузиазм», «боевой настрой», «боевой дух», «боевой порыв»; повышение единства мнений, оценок, желаний и общей целеустремлённости; б) усиление делового максимализма - ориентации на достижение максимально возможного положительного результата, деловой настрой; в) улучшение управляемости, готовность к быстрому и качественному выполнению указаний, команд и приказов руководителя коллектива, командира, начальника; укрепление организованности, дисциплины, исполнительности, более точное и успешное выполнение своих обязанностей; г) улучшение взаимодействия, согласованности действий, повышение ответственности перед коллективом и товарищами, старание и стремление не подводить их; д) увеличение числа хорошо, согласованно и качественно выполняемых действий; повышение производительности труда, успешности результатов деятельности; укрепление здорового морально-психологического климата, прекращение деструктивных конфликтов, умножение проявлений дружбы, товарищества, взаимной поддержки; более строгое следование спасательным и служебным традициям; активизация коллективного творческого потенциала, совместный поиск наилучших способов действий, проявления изобретательности, внесение предложений руководству.

К положительным проявлениям относится также усиление внутригрупповой самоорганизации. Члены коллектива в экстремальных ситуациях инициативно начинают проявлять повышенные требования друг другу, подсказывают более рациональные действия, осуществляют перестановки людей, частично перераспределяют обязанности, берут на себя дополнительные обязанности и нагрузки. Из рядовых совместно действующих членов группы часто самовыдвигаются