

# **Особенности состояния, поведения и деятельности людей в экстремальных ситуациях с витальной угрозой**

## **Темы форума**

Полную версию статьи читайте [здесь](#)

18.09.2004 - 9:37 pm

Статья М. М. Решетникова

Проблема состояния, поведения и деятельности людей в экстремальных ситуациях с витальной угрозой (стихийные бедствия, техногенные катастрофы, теракты) в последние годы вызывает серьезную озабоченность ученых и практиков всего мира. Однако до настоящего времени основное внимание исследователей было направлено преимущественно на изучение последствий подобных ситуаций — медико-психологических, экономических, социально-политических и т. д. Вероятно, следует признать, что, несмотря на значительный объем достаточно обоснованных данных о воздействии различных экстремальных факторов и особенностях организации спасательных и антитеррористических операций, ряд аспектов проблемы, в частности, динамика состояния и поведения пострадавших и заложников до настоящего времени принадлежат к наименее исследованным. Вместе с тем именно специфика реакций пострадавших, а также их динамика во времени во многом определяют стратегию и тактику антитеррористических операций, спасательных, медицинских и медико-психологических мероприятий как непосредственно в период чрезвычайной ситуации, так и в последующем.

В публикации излагаются обобщенные результаты изучения состояния, психических и поведенческих реакций, а также деятельности людей, подвергшихся воздействию экстремальных факторов. Основные данные были получены в процессе исследований, проведенных во время и по-сле войсковых операций сопровождавшихся значительными потерями в Афганистане (1986), землетрясения в Армении (1988), катастрофы двух пассажирских поездов в результате взрыва газа под Уфой (1989), спасения экипажа подводной лодки «Комсомолец» (1989), а также обследования военнослужащих и спасателей, находящихся на реабилитации после антитеррористических операций и аналитического изучения материалов других аналогичных ситуаций (исследования проводились совместно с кандидатом психологических наук, старшим научным сотрудником Барановым Ю. А., доктором психологических наук и кандидатом медицинских наук, профессором Корзуниным В. А., доктором философских наук, профессором Мухиным А. П., доктором педагогических наук, профессором Науменко Е. Б., доктором медицинских наук, профессором Чермяниным С. В.

К сожалению, многие из имеющихся и полученных в последующем материалов, хотя и относятся к остро востребованным, все еще принадлежат к закрытым источникам).

В связи со спецификой условий и с учетом этических принципов, к обследованию привлекались преимущественно потерпевшие, военнослужащие и спасатели, которые либо не нуждались в оказании неотложной медицинской помощи, либо принадлежали

к категории пострадавших с легкими и средними степенями тяжести поражений. В силу этого большинство полученных данных характеризовались определенной фрагментарностью, а целостные представления формировались путем со-поставления разрозненных наблюдений.

Полученные данные позволили выделить в динамике состояния пострадавших (без тяжелых травм) 6 последовательных стадий:

1. «Витальных реакций» — длительностью от нескольких секунд до 5 - 15 минут, когда поведение практически полностью подчинено императиву сохранения собственной жизни, с характерными сужением сознания, редукцией моральных норм и ограничений, нарушениями восприятия временных интервалов и силы внешних и внутренних раздражителей (включая явления психогенной гипо- и аналгезии даже при травмах, сопровождавшихся переломами костей, ранениях и ожогах 1–2-й степени до 40% поверхности тела). В этот период характерна реализация преимущественно инстинктивных форм поведения, в последующем переходящих в кратковременное (тем не менее - с очень широкой вариативностью) состояние оцепенения. Длительность и выраженность витальных реакций в существенной степени зависит от внезапности воздействия экстремального фактора. Например, при внезапных мощных подземных толчках, как при землетрясении в Армении, или крушении поезда под Уфой в ночное время, когда большинство пассажиров спали, имели место случаи, когда, реализуя инстинкт самосохранения, люди выпрыгивали из окон шатающихся домов или горящих вагонов, на некоторые секунды «забывая» о своих близких. Но, если при этом они не получали существенных повреждений, уже через несколько секунд социальная регуляция восстанавливалась, и они вновь бросались в обрушивающиеся здания или пылающие вагоны. Если спасти близких не удавалось, это определяло течение всех последующих стадий, специфику состояния и прогноз психопатологии на весьма протяженный пе-риод. Последующие попытки рационального разубеждения в том, что инстинктивным формам поведения невозможно противостоять или противодействовать, оказывались малоэффективными, и нами применялись другие специальные методы, которых мы не будем касаться в этой публикации. Апеллируя к последним трагическим событиям, следует признать, что, отчасти, аналогичная ситуация наблюдалась после внезапного взрыва мины и начала массового расстрела заложников.

2. «Стадия острого психоэмоционального шока с явлениями сверхмобилизации». Эта стадия, как правило, развивалась вслед за кратковременным состоянием оцепенения, длилась от 3 до 5 часов и характеризовалась общим психическим напряжением, предельной мобилизацией психофизиологических резервов, обострением восприятия и увеличением скорости мыслительных процессов, проявлениями безрассудной смелости (особенно при спасении близких) при одновременном снижении критической оценки ситуации, но сохранении способности к целесообразной деятельности. В эмоциональном состоянии в этот период преобладало чувство отчаяния, сопровождавшееся ощущениями головокружения и головной боли, а также сердцебиением, сухостью во рту, жаждой и затрудненным дыханием. Поведение в этот период подчинено почти исключительно императиву спасения близких с последующей реализацией представлений о морали, профессиональном и служебном долге. Несмотря на присутствие рациональных компонентов, именно в этот период наиболее вероятны проявления панических реакций и заражение ими окружающих, что может существенно осложнять проведение спасательных операций. До 30% обследованных, при субъективной оценке ухудшения состояния одновременно отмечали увеличение фи-зических сил и работоспособности в 1,5–2 и более раз. Окончание этой стадии может быть как пролонгированным, с постепенным появлением чувства истощения, так и наступать внезапно, мгновенно, когда только что активно действующие люди оказывались в состоянии близком к ступору или обмороку вне зависимости от ситуации.

3. «Стадия психофизиологической демобилизации» — ее длительность до трех суток. В абсолютном большинстве случаев наступление этой стадии связывалось с пониманием масштабов трагедии («стресс осознания») и контактами с получившими тяжелые травмы и телами погибших, а также прибытием спасательных и врачебных бригад.

Наиболее характерными для этого периода являлись резкое ухудшение самочувствия и психоэмоционального состояния с преобладанием чувства растерянности (вплоть до состояния своеобразной прострации), отдельных панических реакций (нередко — иррациональной направленности, но реализуемых без какого-либо энергетического потенциала), понижение моральной нормативности поведения, отказ от какой-либо деятельности и мотивации к ней. Одновременно наблюдались выраженные депрессивные тенденции, нарушения функции внимания и памяти (как правило, обследованные вообще не могут сколько-нибудь ясно вспомнить, что они делали в это время но, естественно, эти пробелы затем «заполняются»). Из жалоб в этот период ведущими являлись тошнота, «тяжесть» в голове, ощущения дискомфорта со стороны желудочно-кишечного тракта, отсутствие аппетита, резкая слабость, замедление и затруднение дыхания, тремор конечностей.

4. Последующая динамика состояния и самочувствия пострадавших во многом определяется спецификой воздействия экстремальных факторов, полученными поражениями и морально-психологической ситуацией после трагических событий. Вслед за «психофизиологической демобилизацией» (при относительно высокой индивидуальной вариативности сроков) с достаточным постоянством наблюдалось развитие 4-й стадии — «стадии разрешения» (от 3 до 12 суток). В этот период, по данным субъективной оценки, постепенно стабилизировались настроение и самочувствие. Однако по результатам объективных данных и включенного наблюдения у абсолютного большинства обследованных сохранялись пониженный эмоциональный фон, ограничение контактов с окружающими, гипомимия (маскообразность лица), снижение интонационной окраски речи, замедленность движений, нарушения сна и аппетита, а также различные психосоматические реакции (преимущественно со стороны сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта и гормональной сферы). К концу этого периода у большинства пострадавших появлялось желание «выговориться», реализуемое избирательно, направленное преимущественно на лиц, не являвшихся очевидцами трагических событий, и сопровождавшееся некоторой ажитацией. Этот феномен, входящий в систему естественных механизмов психологической защиты («отторжение воспоминаний путем их вербализации»), в ряде случаев приносил пострадавшим существенное облегчение. Одновременно восстанавливались сны, отсутствовавшие в предшествующие периоды, в том числе — тревожного и кошмарного содержания, в различных вариантах трансформировавшие впечатления трагических событий.

На фоне субъективных признаков некоторого улучшения состояния объективно отмечалось дальнейшее снижение психофизиологических резервов (по типу гиперактивации), прогрессивно нарастали явления переутомления, существенно уменьшались показатели физической и умственной работоспособности.

Следовало бы особо отметить, что предоставление возможности «выговориться» (дебрифинг) относится к наиболее важным компонентам профилактики психопатологии и успешности последующей реабилитации. При этом дебрифинг наиболее эффективен, если он проводится до введения транквилизаторов и до того, как пострадавшим предоставлена возможность сна (то есть – в первые сутки); естественно – если для этого имеются возможности и достаточное количество квалифицированных специалистов, способных проводить дебрифинг. В случаях, когда дебрифинг оказывается по тем или иным причинам отложенным, происходит консолидация следов памяти, сопровождаемая рядом психопатологических феноменов, хорошо известных специалистам. Однако это не снижает самостоятельной значимости методически обоснованного дебрифинга на последующих этапах. Один специалист может квалифицированно провести в день не более 5-6 (максимум – 10) индивидуальных дебрифингов, что определяет расчет сил и средств психологических служб экстренного реагирования.

В соответствии с обоснованными данными, в подобных ситуациях, как правило, требуется многоуровневый дебрифинг, в том числе – для спасателей и психологов, действующих на «первом уровне» (участвующих в непосредственной работе с пострадавшими и членами их семей; при этом специалисты «второго уровня» вообще

не контактируют с последними).

5. «Стадия восстановления» психофизиологического состояния (5-я) начиналась преимущественно с конца второй недели после воздействия экстремального фактора и первоначально наиболее отчетливо проявлялась в поведенческих реакциях: активизировалось межличностное общение, начинала нормализоваться эмоциональная окраска речи и мимических реакций, впервые появлялись шутки, вызывавшие эмоциональный отклик у окружающих, восстанавливались сновидения у большинства обследованных. В состоянии физиологической сферы позитивной динамики и в этой стадии выявлено не было. Клинических форм психопатологии, за исключением транзиторных и ситуационных реакций, в «острый» период (до двух недель) после воздействия экстремальных факторов не наблюдалось. Основными формами транзиторной психопатологии (по ведущему признаку) у пострадавших, как правило, являются: астенодепрессивные состояния – 56%; психогенный ступор – 23%; общее психомоторное возбуждение – 11%; выраженный негативизм с явлениями аутизации – 4%; бредово-галлюцинаторные реакции (преимущественно в просоночный период) – 3%; неадекватность, эйфория – 3%.

6. В более поздние сроки (через месяц) у 12% - 22% пострадавших выявлялись стойкие нарушения сна, немотивированные страхи, повторяющиеся кошмарные сновидения, навязчивости, бредово-галлюцинаторные состояния и некоторые другие, а признаки астено-невротических реакций в сочетании с психосоматическими нарушениями деятельности желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и эндокринной систем определялись у 75% пострадавших («стадия отставленных реакций»). Одновременно нарастали внутренняя и внешняя конфликтность, требующая специальных подходов. Отдаленные последствия, которые можно было бы выделить в самостоятельную (7-ю) стадию, нами не изучались.

Апеллируя к событиям в Беслане, следует признать, что тяжесть и динамика состояния пострадавших может быть существенно иной. Когда человек лишается родителей, мир пустеет, но, тем не менее, как это не горько – это соответствует обыденным представлениям и естественному ходу событий. Когда умирают дети, все краски мира меркнут, на многие годы и десятилетия, а порой - навсегда.

Несколько слов о модификации общества. Усиление базисной тревоги и ухудшение психофизиологического состояния людей, даже находящихся в тысячах километров от трагедии – это общеизвестный факт, в основе которого лежит неизбежное психоэмоциональное включение субъекта в любое наблюдение. Стоило бы особо подчеркнуть – именно «наблюдение» (или «визуальный ряд», трансляцию которого, как представляется, стоило бы «дозировать» на фоне полного содержательного освещения событий). Неизбежное психоэмоциональное включение формирует феномен «соучастия» и последующие идентификации. Основной формой идентификации в культурном сообществе является идентификация с жертвами и пострадавшими, что предполагает необходимость широкой социальной терапии. Однако, в некоторых случаях возможна защитно-бессознательная «идентификация с агрессором» (особенно у молодых людей), что может приводить к росту правонарушений и преступности.

После подобных трагических ситуаций, как правило, усиливается сплоченность нации, и одновременно люди испытывают потребность в каких-то ярких переменах, чтобы в жизни все стало честнее, благороднее, искреннее, лучше, чем было раньше, что налагает особые обязательства на представителей всех государственных органов.

В заключение следует отметить, что ряд существенных аспектов проблемы, представляющих особое значение для специалистов, по этическим соображениям, в тексте не приводятся.

Эта статья была распечатана из Интернета и доступна по адресу: <http://oedipus.ru/bxod/read.php?sname=tema&articlealias=osobennosti>

[анти терроpa |](#)

Powered by [LogoArtzuch](#)