

# *Опыт оказания поддержки в экстремальных ситуациях*

Вячеслав Соловьев

## **Особенности психологического статуса сотрудников спецподразделений в постэкстремальный период**

Профессиональная деятельность сотрудников спецподразделений по борьбе с терроризмом характеризуется высоким уровнем нервно-эмоциональной напряженности, обусловленной сложностью и ответственностью решаемых задач, наличием реального риска для жизни, здоровья и социально-психологического благополучия самого сотрудника и других лиц.

Психологический стресс — результат чрезмерных эмоциональных воздействий

Нервно-эмоциональное напряжение — один из компонентов общего адаптационного синдрома, включающего также вегетативный, когнитивный и социально-психологический субсиндромы. В связи с проблемой эмоциональной устойчивости выделяют эмоциональное возбуждение как проявление готовности к действиям на эмоциогенные факторы, и эмоциональное напряжение, как состояние активности в связи с конкретным выполнением необходимой деятельности или ожиданием опасности. Это состояние является следствием психофизиологических процессов регулирования, оно направлено на поддержание оптимальной работоспособности. При чрезмерной силе и продолжительности эмоциональных воздействий может возникать такой уровень психического напряжения, который получил название психологического стресса. В зависимости от индивидуальных особенностей и влияния стрессогенных факторов состояние стресса может проявиться в трех формах: 1. — ступор — физическая и психическая заторможенность; 2. — психическая расторможенность, проявляющаяся в снижении потенциала психических функций и импульсивных действиях; 3. — диффузная, сочетающая первые два вида реакции.

При умеренных и непродолжительных стрессовых воздействиях адаптационно-компенсаторные механизмы позволяют обеспечивать достаточно высокую эффективность целенаправленной деятельности человека, без ущерба для его здо-

ровья, так сотрудник К., 32 г., обследован 24.02.96 г. по возвращении из района с экстремальными условиями деятельности, где находился 2 месяца. Внешне несколько напряжен, насторожен, скован в движениях. По данным тестов уровень работоспособности высокий, внимание устойчивое, объем и переключаемость хорошие, тревожность по Ч.Д.Спилбергеру — Ю.Л.Ханину не выражена — 33/38 (верхняя граница 45 у.е.). Уровень тревожности не превышает нормальных показателей по 16ФЛО: L=6 стэн, O=5 ст., Q4=3. Воспоминания ненавязчивые, сон без устрашающих сновидений, достаточно глубокий. Жалоб на плохое самочувствие, снижение физического и психического здоровья не предъявлял.

Эмоциональная устойчивость  
необходимое условие успешной  
деятельности в экстремальных  
ситуациях

Экстремальные стрессовые воздействия могут привести к интенсивным и продолжительным негативным реакциям, которые в свою очередь, становятся причиной снижения эффективности деятельности, и даже к полной ее дезорганизации, а также обуславливают развитие психосоматических расстройств.

Для успеха деятельности в экстремальных ситуациях необходима эмоциональная устойчивость, которая рассматривается как интегративное свойство личности, характеризующееся таким взаимодействием эмоциональных, волевых и мотивационных компонентов психической деятельности, которое обеспечивает оптимальное ее выполнение в сложной обстановке. Общепринятых объективных критериев для отнесения тех или иных воздействий к экстремальным не существует, т.к. у каждого человека — соответственный порог эмоциональной чувствительности, собственная субъективная система отсчета для определения силы психотравмирующего фактора. Ведущую роль в определении экстремальных воздействий играет оценка выраженности и длительности реакции человека на данное стрессовое воздействие. Степень тяжести стрессовых расстройств зависит от личностного смысла, психотравмирующего события, от формирующегося индивидуального представления относительно влияния психотравмирующего события на дальнейшую судьбу человека.

Фактор риска в развитии  
психических расстройств

Сотрудникам спецподразделений по борьбе с терроризмом в процессе деятельности приходится сталкиваться с такими психотравмирующими ситуациями, которые выходят за рамки обычного человеческого опыта.

К ним относятся события:

- угрожающие жизни человека, способные привести к серьезной физической травме или ранению;
- связанные с восприятием ужасающих картин смерти и ранений других людей;

- имеющих отношение к насильственной или внезапной гибели близкого человека;
- связанные с присутствием при насилии над близким человеком или получением информации об этом;
- имеющие отношение к воздействиям губительных факторов внешней среды (катастрофы, стихийные бедствия, отравляющие вещества и др.);
- связанные с собственной виной за смерть или тяжелую травму другого человека. Психологические стрессовые реакции следует рассматривать как предпатологический (доклинический) уровень психических расстройств, в отличие от невротического (пограничные расстройства) и психотического (психозы) уровней, хотя разграничение это весьма условно, особенно в отношении пограничных нарушений. В стрессовых ситуациях человек осознает обстановку. Его поведение детерминировано, связано с конкретной ситуацией.

Стрессовые реакции характеризуются транзиторным (проходящим) характером течения. Вместе с тем, чрезмерное застревание на психотравмирующих переживаниях, снижение работоспособности (вплоть до невозможности профессиональной деятельности), высокий риск соматизации и хронификации отличают стрессовые реакции от обычных эмоциональных реакций.

Различают следующие виды психологических стрессовых реакций:

1. **острые первичные психологические реакции (ОППР);**
2. **посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР).**

**Острые первичные психологические реакции** — комплексы интенсивных эмоций, совпадающих по времени с травматическими событиями (или ими обусловленные). Выделяются две формы ОППР: гиперкинетическая и гипокINETическая.

1. **Гиперкинетическая форма ОППР** проявляется в виде: двигательного и речевого возбуждения; в стремлении к деятельности, как правило мало продуктивной, нецеленаправленной; характеризуется постоянным застреванием на несущественные детали; напряженным эмоциональным состоянием с элементами смешанного аффекта: гипертимия в сочетании с тревогой (боевая экзальтация).
2. **ГипокINETическая форма ОППР** проявляется в виде двигательной и идеаторной заторможенности, гипотимии, вялости, нарушении способности к концентрации внимания. Для этой формы характерно наличие навязчивых, доминирующих в сознании мыслей, снижающих продуктивность основной деятельности. Так сотрудник Ф., 28 лет, обследован 2.06.97 г. При выполнении служеб-

ОППР результат воздействия интенсивных эмоций в момент действия психической травмы

ного задания 29.05.97 г. на его глазах погиб подчиненный, сам Ф. получил контузию головного мозга от взрыва гранаты. Обследуемого беспокоят не столько соматические жалобы, сколько глубокое сожаление, что так произошло, что погиб боевой товарищ. Сам Ф. был старшим в группе. Внешне астенизирован, вял, фон настроения резко снижен, на вопросы отвечает неохотно. В движениях скованность, тремор пальцев рук. Фиксирован на своих переживаниях, часто воспроизводит картину происшедшего. Сон поверхностный, беспокойный. Выражена тревожность с проекцией чувства вины на себя. Показатели тревожности по Ч.Д.Спилбергеру — Ю.Л.Ханину — 44/36, по 16-ФЛО:L-7, 0-8, Q-6., внимание рассеянное. Для лечения и реабилитации был направлен в санаторий. В настоящее время успешно продолжает служить, жалоб не предъявляет.

Тактика сотрудника в отношении лиц с признаками ОППР

Купирование ОППР проводится на основе принципов: непосредственной близости, незамедлительности, ожидания позитивного исхода, простоты действий. «Первая психологическая помощь» оказывается непосредственно в районе экстремальных условий деятельности каждым, находящимся рядом, сотрудником. Сотрудникам, тем у которых отмечаются признаки ОППР, в мягкой, но настойчивой форме разъясняется, что испытываемые им переживания понятны и объяснимы, подобное состояние в данной ситуации наблюдается у многих, эта реакция типична и имеет преходящий характер. Зачастую такого рода внушения, в сочетании с коротким периодом отдыха, приводят к выравниванию эмоционального состояния и восстанавливают способность исполнять служебные обязанности. Положительный эффект дают также групповые разборы психотравмирующих ситуаций, возникающих в процессе деятельности.

Необходимо различать ОППР и острые психические реакции психотического уровня (прежде всего, на основании нарушений поведения человека, подвергшегося стрессовому воздействию). Лица с выраженным неадекватным, не поддающимся вербальной коррекции поведением незамедлительно направляются из зоны экстремальных условий в лечебное учреждение, где есть возможность оказания квалифицированной помощи.

ПТСР — отдаленные психологические последствия психической травмы

Посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР) — психологические последствия психической травмы в форме произвольно возникающих навязчивых образов, диссоциативных состояний сознания, мучительных эмоциональных переживаний, повышенной физиологичес-

кой активности и неосознанного воспроизведения в образах и поведении событий, являющихся причиной стресса. ПТСР развиваются после более или менее продолжительного латентного периода, в течении которого (от момента травмы до манифестации ПТСР) происходит внутренняя психологическая переработка психотравмирующего события. Так сотрудник Ц., 35 лет, обследован 7.09.97 г. Участвовал в выполнении служебного задания 29.05.97 г., когда погиб его товарищ по службе. Получил контузию головного мозга, осколочное ранение левой нижней конечности. Отчужденный, с пониженным настроением, раздражителен, резкий в высказываниях, эмоционально лабилен. Происшедшую ситуацию «проигрывал несчетное количество раз», высказывает обиду на руководство. Сон поверхностный, с частыми и ранними пробуждениями. Импульсивен. По результатам тестов выявляется повышенная тревожность, снижены показатели по эмоциональной устойчивости, отмечена быстрая утомляемость, снижение качеств внимания, общей работоспособности. Пессимистически высказывается о перспективе дальнейшей службы. Принято решение о направлении его в санаторий для реабилитации.

Развитию ПТСР способствуют факторы риска

Характер ПТСР, их глубина, структура, устойчивость и обратимость отклонений зависят от ряда факторов, одним из которых является преморбидный фон, наличие/отсутствие факторов уязвимости, или факторов, повышающих степень риска ПТСР: — молодой возраст (до 25 лет); наличие предшествующих психических травм; затруднения социальной адаптации, девиантное поведение; неблагополучное детство; склонность к алкоголизации на бытовом уровне; наличие неблагоприятных личностных особенностей (эмоциональная неустойчивость, ригидность психических процессов, истерообразные черты характера, элементы психического инфантилизма и др.); — повышенная фемининность (выраженность женских черт характера).

Феномены, очерчивающие ПТСР

Психические проявления ПТСР характеризуются выраженной полиморфностью и гетерохронностью (разновременностью) появления симптомов. Полный и четко очерченный вариант ПТСР представлен тремя основными феноменами:

- 1 — упорное повторное переживание психотравмирующего события;
- 2 — постоянное избегание ситуаций, непосредственно связанных с перенесенной травмой или активизирующих воспоминания о психотравмирующем событии;
- 3 — устойчивое проявление повышенной активации, которых не было до травмы. — При фрагментарном (частичном)

варианте ПТСР отсутствует один или два перечисленных феномена.

Обратимся к обсуждению указанных феноменов.

**1. Повторное переживание психотравмирующего события.**

Психотравмирующие ситуации многократно переживаются пострадавшими в форме внезапного «наплыва» воспоминаний о событиях, вызвавших стресс. Эти навязчивые образы возникают произвольно и сопровождаются обостренным чувством незащищенности, беспокойства и ощущения невозможности контролировать себя. Они могут быть мимолетными и быстро проходящими или интенсивными и длительными, подавляющими сознание и определяющими поведение.

В клинических случаях, иногда человек находится в состоянии диссоциированного (раздвоенного) сознания, происходит действительное или символическое проигрывание психотравмирующей ситуации. Диссомнические расстройства заключаются в появлении кошмарных сновидений, частых и ранних пробуждениях, отсутствии освежающего эффекта сна.

Навязчивые воспоминания сопровождаются эмоциональными переживаниями гнева, уныния, подавленности, раскаяния. Попытки «открыть глаза» пациенту на связь его эмоциональных срывов с перенесенной травмой часто оказывается безуспешными. Вероятно, пострадавший оказывает сильное сопротивление этим попыткам из-за страха не справиться с ситуацией и полностью потерять контроль над собой (прийти в ярость, испытать чувство беспомощности, впасть в депрессию из-за испытываемого чувства вины). Раздражение, вспыльчивость, подозрительность, гнев, доходящий до ярости, связаны с глубокой обидой на общество, на конкретных лиц или государственные органы, которые не оценили по достоинству его участие в боевых действиях. Человек осознает себя изменившимся. Он чувствует, что не может уже относиться к окружающей реальности так, как раньше. Жизнь предстает перед ним, как нечто пустое, лишенное какой-либо реальной цели и смысла. Депрессивные тенденции такого рода, стремление присоединиться к своим (погибшим или тяжело раненым) товарищам и освободиться от невыносимого чувства вины, могут привести к буквальному или психологическому уходу из жизни.

**2. Избегание стимулов, связанных с перенесенной травмой.**

В психологической картине ПТСР важное место занимает проявление избегания, к которым относятся:

— стремление избегать мыслей или чувств, так или иначе связанных с травмой;

Формы переживания  
травматического события

Проявление избегания — защитная  
реакция организма

- стремление избегать деятельности или ситуаций, так или иначе связанных травмой;
- психогенная амнезия (неспособность вспомнить важные эпизоды психо-травмирующего события);
- явно уменьшенный интерес к прежде значимым сферам деятельности;
- отчуждение от семьи и боевых товарищей; — эмоциональная холодность (например, потеря способности испытывать чувство любви);
- снижение либидо;
- социофобия (боязнь скопления людей);
- неспособность видеть свою жизнь в перспективе, потеря психологического будущего. Элементами системы, обеспечивающей функционирование психологического механизма отказа, являются:
- снижение эффективности реакции на внешние стимулы;
- нереалистическое сужение внимания, рассеянность и отрицание стимулов; снижение памяти;
- приверженность одной роли или стереотипность и др.

Для лиц, страдающих ПТСР, характерно состояние беспокойства в ситуациях, связанных с необходимостью восстановления эмоциональных отношений с близкими людьми (женой, детьми, родителями, друзьями). Пострадавшие намеренно или бессознательно дистанцируются от окружающих, контролируют степень эмоциональной привязанности, чтобы не вступать в глубокие эмоциональные дружеские отношения.

Создание возбуждающей ситуации — способ поддержания повышенной активности

**3. Проявление повышенной активации.** В условиях действия экстремальных факторов состояние повышенного возбуждения является необходимым условием выживания (быть бдительным — значит быть живым). Повышенное кортикальное возбуждение определяет изменение динамики всей психической деятельности человека: перцептивной, когнитивной, мотивационной, эмоциональной. Стереотип поведения, повышенная активация нервной системы, устойчивый потенциал аномального физиологического возбуждения в ответ на любую угрозу сохраняются и по возвращении из зоны напряженных действий. Сверхвозбудимое состояние становится предпочитаемой линией поведения. Одним из способов поддержания повышенной активности нервной системы является поиск острых ощущений. Этот способ заключается в выборе или создании таких ситуаций, для которых характерны риск, опасность, напряженность, условия для реализации выработанных моделей поведения.

Своевременная диагностика ПТСР — залог успешного восстановления функционирования психики

Диагностика ПТСР базируется преимущественно на использовании результатов целенаправленной беседы, наблюдений

ния, психодиагностического тестирования. О наличии психологической дезадаптации свидетельствуют высокие показатели тревожности, низкие оценки самочувствия и настроения. При помощи личностных опросников выявляются признаки депрессии, ипохондрические и параноидные тенденции, аутизация и социальная интроверсия. Уровень активности зависит от преобладания апатии (связанной с депрессией) или повышенной возбудимости (Сотрудник О., 34 г., обследован 25.05.97 г. после четырехмесячного пребывания в районе экстремальных условий деятельности. Очужден, подозрителен, раздражителен, на вопросы отвечает односложно, без подробностей. По данным тестов работоспособность сохранена на достаточно высоком уровне, темп деятельности средний; внимание неустойчивое, объем и переключаемость низкие. Отмечается повышенная тревожность, эмоциональная лабильность, в контакты вступает неохотно, замкнут. Сон беспокойный, поверхностный, с тягостными сновидениями. С целью реабилитации направлен в специализированный санаторий.

Для компенсации неблагоприятного влияния стрессовых факторов, снятия явлений психологической дезадаптации, восстановления оптимального функционирования состояния лиц, подвергшихся экстремальным стрессовым воздействиям, необходимо проведение комплексной психологической реабилитации.

1. *Басин В.Ф., Рожнов В.Е., Рожнова М.А.* К современному пониманию психической травмы и общих принципов ее психотерапии. — В кн.: Руководство по психотерапии. — М., 1974. — С. 39—53.
2. *Василюк Ф.Е.* Психология переживания. — М., 1984.
3. *Гиссен Л.Д.* Время стрессов. — М., 1990.
4. *Гиссен Л.Д.* Клиника и профилактика невротических реакций, возникающих в экстремальных условиях. — М., 1975.
5. *Примаков Л.П.* Общение с собой. — М., 1991.
6. *Карвасарский Б.Д.* Неврозы. — М., 1990.
7. *Китаев-Смык Л.А.* Психология стресса. — М., 1983.
8. *Колодзия Б.* Как жить после психической травмы. — М., 1992.
9. *Лобзин В.С., Решетников М.М.* Аутогенная тренировка. — Л., 1986.
10. *Селье Г.* Стресс без дистресса. — М., 1979.
11. *Селье Г.* Очерки об адаптационном синдроме. М., 1960.
12. *Черепанова Е.* Психологический стресс. — М., 1996.