РЕФЕРАТ

по курсу "Психология"

по теме: "Психологические последствия воздействия на человека различных чрезвычайных обстоятельств"

Содержание

Введение

1. Физиологические основы, внешние проявления, характеристика и классификация психоэмоциональных состояний

2. Особенности психоэмоциональных реакций сотрудников органов внутренних дел на чрезвычайные обстоятельства

3. Диагностические признаки постстрессовых психоэмоциональных состояний

4. Посттравматическое стрессовое расстройство как социально значимый факт

Заключение

Список литературы

## Введение

История изучения психологических последствий воздействия на человека различных чрезвычайных обстоятельств насчитывает не одно десятилетие. Этой темы так или иначе касались известные психологи и психиатры У. Джеймс, П. Жане, З. Фрейд, В. Франкл. Психоэмоциональные состояния, развивающиеся у личности, побывавшей в экстремальной ситуации, изучаются и в отечественной науке в рамках экстремальной психологии и отрасли психиатрии, занимающейся проблемами психогений. Однако большинство публикаций по данной проблеме тематически разрознены, а работ, посвященных психоэмоциональному состоянию сотрудников органов внутренних дел в экстремальных ситуациях - единицы.

Цель данной работы состоит в том, чтобы опираясь на общепсихологические характеристики и реальные наблюдения за сотрудниками рассмотреть влияние экстремальных ситуаций на психоэмоциональную сферу личности работника правоохранительных органов; проанализировать ряд диагностических методик, наиболее полно дающих характеристику постстрессовых состояний.

Актуальность темы продиктована реальным состоянием дел в подразделениях силовых структур власти, принимающих участие в экстремальных ситуациях (ведение боевых действий, ликвидация массовых беспорядков, захват заложников, нейтрализация вооруженных преступников, иные усиленные варианты несения службы). Учитывая то, что развитие психологической помощи сотрудникам, перенесшим состояния дистресса, связанного со служебной деятельностью, как никогда злободневно, потому что экстремальные условия работы, с которыми нередко приходится сталкиваться работникам органов внутренних дел, с психологической точки зрения характеризуются сильным психотравмирующим воздействием событий, происшествий и обстоятельств на психику сотрудника, отражающемся на всей профессиональной деятельности как сотрудника, так и подразделения в целом.

Проблема медико-психологических и психосоциальных последствий воздействия на психику человека экстремальных переживаний военного времени или других событий катастрофического характера изучаются достаточно длительное время. В последние годы интерес к данной проблеме среди отечественных исследователей актуализировался в связи с осознанием гуманистического аспекта участников вооруженных конфликтов, то есть приложением общечеловеческих ценностей к жизни, физическому и психическому здоровью военнослужащих и сотрудников правоохранительных органов, задействованных в этих событиях. Отечественные авторы указывают на то, что структура возникающих при этом психических нарушений сдвинулась в сторону острых психологических стрессовых реакций, которые можно рассматривать как личностные декомпенсации при значительном уменьшении реактивных психозов.

Внимание к проблеме боевого психического стресса возросло также и в связи с тем, что в последнее десятилетие увеличилось число локальных вооруженных конфликтов на территории бывшего СССР.

## 1. Физиологические основы, внешние проявления, характеристика и классификация психоэмоциональных состояний

Если рассматривать психоэмоциональные состояния с физиологической точки зрения, то необходимо заметить, что они имеют рефлекторную природу. Хотя подавляющее большинство их условнорефлекторного происхождения. Например, у оперативного дежурного офицера, привыкшего работать в определенном режиме, перед заступлением на смену возникает состояние оптимальной готовности к деятельности, он с первой же минуты входит в ритм работы.

Основу психических и психоэмоциональных состояний составляет определенное соотношений нервных процессов (от эпизодического до устойчивого, типичного для данного человека) в коре головного мозга. Под влиянием совокупности внешних и внутренних раздражителей возникает определенный общий тонус коры, ее функциональный уровень. Физиологические состояния коры получили название фазовых состояний. После прекращения действий раздражителей, вызвавших то или иное состояние, оно сохраняется еще некоторое время или воздействует на образование новых или актуализацию старых условно-рефлекторных связей в коре больших полушарий головного мозга. Эти состояния коры в свою очередь могут быть условными раздражителями, сигнализирующими о каких либо изменениях, важных для приспособления организма к среде и в последующем в аналогичных ситуациях ускоряют адаптацию психики к нерядовым условиям.

Психические состояния внешне проявляются в изменении дыхания и кровообращения, в мимике, пантомимике, движениях, жестах, интонационных особенностях речи и т.д. Так в состоянии удовольствия наблюдается увеличение частоты и амплитуды дыхания, неудовлетворенность вызывает уменьшение того и другого; дыхание в возбужденном состоянии становится частым и глубоким; в напряженном - замедленным и слабым; тревожном - убыстренным и слабым; в состоянии страха - резко замедленным, а при неожиданном удивлении дыхание мгновенно становится частым, но сохраняет нормальную амплитуду.

В возбужденном состоянии или состоянии напряженного ожидания (часто вызванных ситуациями экстремального характера) может повышаться частота и сила пульса, величина кровяного давления в очень широком диапазоне (в зависимости от силы воздействия возникшей ситуации на сотрудника). Изменение кровообращения обычно сопровождается побледнением или покраснением тела человека.

Индикатором эмоционального состояния человека нередко служат его движения и действия (по неуверенным или вялым движениям мы судим об утомлении, по резким и энергичным - о бодрости). Мимика так же способна выразить очень тонкие оттенки переживаний. Голос говорящего может также дать существенные данные о его психоэмоциональном состоянии.

Психоэмоциональные состояния представляют собой сложные, целостные, динамические образования, во многом определяющие своеобразие всей психической деятельности (протекание процессов, проявление свойств) личности на данном отрезке времени. Психоэмоциональным состояния присущи следующие особенности:

Целостность. Хотя состояния и относятся преимущественно к определенной сфере психики (познавательной, эмоциональной, волевой), они характеризуют психическую деятельность в целом за определенный промежуток времени.

Подвижность и относительная устойчивость. Психоэмоциональные состояния изменчивы: имеют начало, конец, динамику. Они, конечно, менее постоянны, чем свойства личности, но более устойчивы и измеряются большими единицами времени, нежели психические процессы.

Прямая и непосредственная взаимосвязь с психическими процессами и свойствами личности. В структуре психики Психоэмоциональные состояния располагаются между процессами и свойствами личности. Они возникают в результате отражательной деятельности мозга. Но раз возникнув, Психоэмоциональные состояния, с одной стороны, влияют на психические процессы (определяют тонус и темп отражательной деятельности, избирательность ощущений, восприятий, продуктивность мышления личности и т.д.), с другой - представляют собой "строительный материал" для формирования свойств личности. Психоэмоциональные состояния служат фоном, который способствует проявлению особенностей личности или маскировке их. Например, состояние ожидания боя, испытываемое отдельными сотрудниками в предбоевых условиях, характеризуется в области ощущений и восприятий, памяти и мышления, неупорядоченности волевой активности, не свойственной им в обычных условиях. Одновременно психические состояния испытывают на себе влияние предшествующих состояний и свойств личности.

Индивидуальное своеобразие и типичность. Психоэмоциональные состояния каждого человека своеобразны, поскольку неразрывно связаны с индивидуальными особенностями личности, ее нравственными и другими чертами. Так бойцу с сангвинистическим темпераментом свойственно большей частью преувеличивать успехи и истолковывать все в ярком свете, потому что типичным для него является приподнятое состояние. Черты личности и переживаемые психоэмоциональные состояния не всегда, но часто соответствуют друг другу. То, что принимается иногда за черту личности, оказывается нетипичным для данного человека, временным состоянием. Например, подавленность может быть не только устойчивой чертой личности меланхолического темперамента, но и проявляться как состояние, вызванное у сотрудника неприятностями по службе или в семье.

Многообразие психоэмоциональных состояний. Существует невероятное множество состояний личности психоэмоционального характера. Судить об этом позволяет даже не полный их перечень: удивление и недоумение, растерянность и сосредоточенность, надежда и безнадежность, уныние и бодрость, подъем и возбужденность, нерешительность и решительность, напряженность и спокойствие и т.п.

Полярность. Как можно было понять из описания предыдущего качества, каждому состоянию соответствует противоположное. Так активности противостоит пассивность, уверенности - неуверенность, решительности - нерешительность. Полярность психоэмоциональных состояний, быстрый переход человека из одного состояния в противоположное особенно ярко проявляется в необычных (экстремальных) ситуациях, например при участии в ситуациях связанных с применением огнестрельного оружия.

Указанные признаки присущи психоэмоциональным состояниям любого человека, каждого сотрудника органов внутренних дел. Однако служба в силовых структурах государственной власти вообще, а в различных подразделениях в особенности, резко отличается от обычных житейских условий, привычных большинству людей. Общее и особенное в условиях службы определяет общее и особенное в психоэмоциональных состояниях сотрудников органов внутренних дел.

Все состояния психоэмоционального характера группируют по разным основаниям. По соответствию основным состояниям высшей нервной деятельности можно различать оптимальное, возбужденное и депрессивное состояние. Например "нормальное бодрое состояние" с равновесием между процессами возбуждения и торможения может быть положено в основу оптимального психоэмоционального состояния, при котором деятельность человека активна и наиболее продуктивна.

В настоящее время принято различать состояния:

Активное и пассивное;

Творческое и репродуктивное;

Парциальное и общее состояние;

Состояния, вызываемые избирательным возбуждением и торможением в коре и подкорке головного мозга (активность подкорки и приторможенность коры порождает истерическое состояние, и, наоборот, торможение подкорки при возбуждении коры - астеническое и т.п.).

По чисто психологическому признаку психоэмоциональные состояния классифицируются на интеллектуальные, волевые и комбинированные.

В зависимости от рода занятий личности состояния делят на состояния в боевой, учебной, трудовой, спортивной и других видах деятельности.

По роли в структуре личности состояния могут быть ситуативными, личностными и групповыми. Ситуативные состояния выражают особенности ситуации, вызвавшей у человека нехарактерные для его психической деятельности реакции. Личностными и коллективными (у ряда авторов - групповыми) являются состояния, типичные, присущие данному конкретному человеку или же коллективу.

По глубине переживаний различают - глубокие и поверхностные. Например, страсть более глубокое состояние, чем настроение.

По характеру влияния на личность, коллектив состояния делят на положительные и отрицательные. Отрицательно действующие на человека и коллектив состояния нередко бывают причиной возникновения психологического барьера между сотрудником милиции и лицом, нарушившим определенные нормы права, в отношении которого проводится воспитательно-разъяснительная работа. В таком случае воспитательные меры оказываются малоэффективными или вообще безрезультатными. В то же время состояния, положительно влияющие на психическую деятельность, повышают эффект воздействия.

По длительности протекания состояния бывают продолжительными и кратковременными. Тоска сотрудников, выезжающих в длительные служебные командировки, по дому может охватывать период до нескольких недель, пока они не привыкнут к новым условиям. Состояние ожидания увольнения в запас у военнослужащих срочной службы возникает за несколько месяцев до конца срока службы.

По степени осознанности состояния могут быть более или менее осознанными.

## 2. Особенности психоэмоциональных реакций сотрудников органов внутренних дел на чрезвычайные обстоятельства

Психологические аспекты переживания травматического стресса и его последствия изучаются, как правило, в контексте общих проблем деятельности человека в экстремальных условиях, исследований адаптационных возможностей человека и его стресс-толерантности.

Результаты подобных исследований как бы фокусируют социальные, природные, технологические, индивидуально-психологические, экологические и медицинские аспекты существования человека в современном мире.

История исследований в этой области насчитывает несколько десятилетий, однако их интенсивность особенно возросла в связи с проблемами адаптации американских ветеранов войны во Вьетнаме, солдат Советской Армии, участвовавших в боевых действиях на территории Демократической Республики Афганистан, военнослужащих вооруженных сил и специализированных подразделений министерства внутренних дел России, принимавших участие в противодействии незаконным бандитским формированиям на территории Чеченской Республики.

Результаты многочисленных исследований показали, что состояние, развивающееся под воздействием психологического травматического стресса, не попадало ни в одну из имеющихся в клинической практике классификаций. Последствия травмы могли проявиться внезапно, через продолжительное время, на фоне общего внешнего благополучия человека, и со временем ухудшение состояния становилось все более отчетливо выраженным. Было описано множество разнообразных симптомов подобного изменения состояния, однако долгое время не было разработано четких критериев его диагностики. Также не существовало единого названия для его обозначения.

Только к 1980 году было накоплено и проанализировано достаточное для обобщения количество информации, полученной в ходе экспериментальных исследований. Комплекс симптомов, наблюдавшихся у тех, кто пережил травматический стресс, получил название "посттравматическое стрессовое расстройство" - PTSD (Posttraumatic Stress Disorder). Критерии диагностики этого расстройства были включены в американский национальный диагностический психиатрический стандарт (Diagnostical and Statistical Mannual of Mental Disorders) и сохраняются в нем до сих пор. С 1994 года эти критерии включены и в европейский диагностический стандарт МКБ-10.

Основные симптомы PTSD объединяются в три критериальные группы:

Навязчивые переживания травмировавшего события (иллюзии, бред, ночные кошмары);

Стремление к избежанию любых событий и переживаний, ассоциирующихся с травмировавшими событиями, развитие отстраненности, отчужденности от реальной жизни;

Высокий и возрастающий уровень эмоционального возбуждения, проявляющийся в комплексе гипертрофированных психофизиологических реакций.

Кроме того, для постановки диагноза обязательным условием является наличие в анамнезе пациента тяжелого травматического события. Длительность проявления каждого из вышеперечисленных симптомов должна быть не менее месяца с момента их первичного появления.

В психологии достаточно хорошо изучены последствия воздействия на человека таких травматических событий, как различного рода промышленные и природные катастрофы (пожары, наводнения, землетрясения). Накоплен также богатый материал по изучению жертв различных форм насилия над личностью. Все эти виды психической травмы имеют сходную этиологию - все они основаны на воздействии так называемого "острого" стресса, имеющего событийную природу, подобные характеристики имеют и воздействия на психику человека и иные экстремальные ситуации (например, боевые действия).

Источником психической травматизации личного состава органов внутренних дел выступают разные события, имеющие место в процессе несения службы, которые можно отнести к критическим. Определение критического инцидента, принятое многими авторами, дано американским исследователем Дж. Митчелом (1991 г)

Критический инцидент - это любая, встречающаяся на практике ситуация, вызывающая необычайно сильные эмоциональные реакции, которые могут отрицательно повлиять на выполнение обязанностей либо непосредственно на месте событий, либо позже.

К критическим инцидентам относят такие и только такие события, которые подвергают человека физической (и, или психологической) опасности и способны вызвать отрицательные психологические последствия, требующие принятия специальных мер по оказанию помощи их участникам или очевидцам.

Нередко это понятие отождествляют с понятиями "психологическая травма", которое имеет несколько более широкое содержание. Но тем не менее, говоря о пережитом критическом инциденте, имеют в виду тот факт, что личность подверглась психической травматизации.

Под психологической травмой понимают обычно относительно кратковременное мощное стрессовое воздействие внешней силы на индивида, или его продолжительное пребывание в экстремальных условиях. Ее отличают следующие характеристики:

причина всегда находится вне индивида, во внешних обстоятельствах;

воздействие сопровождается переживанием интенсивного страха, даже ужаса;

обстоятельства нарушают привычный жизненный стереотип, содержат реальную угрозу самой жизни или здоровью;

индивид может ощущать собственную беспомощность перед лицом внешних обстоятельств.

Психологическая реакция на травму включает в себя три относительно самостоятельные фазы, что позволяет охарактеризовать ее как развернутый во времени процесс.

I фаза - фаза психологического шока содержит два основных компонента:

Угнетение активности, нарушение ориентировки в окружающей среде, дезорганизацию деятельности;

Отрицание происшедшего (своеобразную охранительную реакцию психики). В норме эта фаза достаточно кратковременна.

II фаза - фаза воздействия характеризуется выраженными эмоциональными реакциями на событие и его последствия. Это могут быть сильный страх, ужас, тревога, гнев, плач, обвинение - эмоции, отличающиеся непосредственностью проявления и крайней интенсивностью. Постепенно эти эмоции сменяются реакцией критики или сомнения в себе. Она протекает по типу: "что было бы, если бы…" и сопровождается болезненным состоянием неотвратимости происшедшего, признанием собственного бессилия и самобичеванием. Характерный пример - это широко описанное в литературе чувство "вины за выживание", нередко доходящее до уровня глубокой депрессии. Подобная реакция наблюдалась членами бригады экстренной психиатрической помощи МВД среди сотрудников милиции г. Спитак и г. Ленинакан в период ликвидации последствий землетрясения в Армении [5]. Весьма характерна она в ситуациях боевых действий или при проведении специальных операций в случаях, когда подразделения понесли большие потери.

Рассматриваемая фаза является критической в том отношении, что после нее начинается либо процесс реабилитации (отреагирование, принятие реальности, адаптация к вновь возникшим обстоятельствам), т.е. III фаза - фаза нормального реагирования, либо происходит фиксация на травме и последующая хронификация пострессового состояния. Динамика психологического состояния пострадавшей личности определяется как совокупностью его индивидуально-психологических особенностей, так и воздействием микросоциальных, социально-психологических факторов, конкретных жизненных обстоятельств.

По наблюдениям специалистов в случае возникновения той или иной кризисной ситуации, обусловленной, например, неожиданным артиллерийским обстрелом среди лиц, оказавшихся под ее воздействием и не прошедшим специальную подготовку, могут наблюдаться такие реакции, как апатия, заторможенность, плохое понимание происходящего и обращенной к ним речи, беспомощность, паническое поведение, моло предсказуемое поведение, бегство от опасности, потеря ориентировки в окружающем. После событий примерно в 80% случаев, люди способны самостоятельно справиться с послестрессовым состоянием, преодолеть его, остальные же нуждаются в оказании им специальной психологической или психиатрической помощи.

Тяжесть психологической травмы и посттравматического состояния определяется целым рядом факторов, прежде всего самим масштабом и серьезность пережитых событий, числом жертв, наличием погибших друзей или родных, величиной материального ущерба. Кроме того, она зависит от:

Особенностей личного склада - устойчивости сотрудника к стрессу;

Предшествовавшего опыта переживания кризисных ситуация, подготовленности к их возникновению;

Наличия социальной поддержки (со стороны семьи, друзей, коллег, руководства, социальных работников, психологов, психотерапевтов и т.п.)

Тот факт, что некоторые из этих факторов поддаются контролю и целенаправленной модификации, а следовательно возникновение тяжелых постстрессовых состояний в результате травмы не является фатальным, обуславливает целесообразность своевременной психологической помощи пострадавшим от воздействия на психику экстремальной ситуации.

Зарубежные авторы обычно различают два типа условий, возникающих в результате деятельности полиции с высокой вероятностью вызывающих психологический стресс, другие формы психоэмоциональной дезадаптации: ситуации профессионально стресса и "феномен выгорания".

У сотрудников, побывавших в экстремальных ситуациях, участвовавших в ликвидации катастрофических событий было отмечено, что в результате этой эмоционально насыщенной и подчас физически тяжелой деятельности у них часто развивается особое психологическое состояние, в специальной литературе описываемое как "феномен выгорания". Он проявляется в виде своеобразного эмоционального истощения, временной потери личностью ощущения своей целостности и ценности, снижения уровня эмоциональной и физической активности. Причина возникновения такого состояния - в воздействии целого ряда ситуационных, личностных и профессиональных стрессов, присущих деятельности сотрудников в чрезвычайных условиях. Одновременно у многих из них в последующем отмечено усиление мотивации к подобного рода деятельности, в том числе - в рамках своих профессий и служб, то есть часть работников, переживших состояния стресса в экстремальной ситуации выразила готовность в последующем вновь принять участие в акциях, связанных с риском и высоким психоэмоциональным напряжением.

По разным оценкам из числа зарубежных полицейских и сотрудников российской милиции, применивших оружие на поражение, примерно 70% увольняются со службы в течение 5 лет, так или иначе связывая это с последствиями пережитой психической травмы. По мнению других исследователей, подразделение, принимавшее участие в инциденте, сопровождавшемся массовыми жертвами (большим количеством обгоревших или изувеченных трупов) может в последующие 3-5 лет потерять до 20% своей численности за счет нарушения психической адаптации. Обследование этой категории лиц, выявило значительную распространенность у них постстрессовых расстройств. По одним данным, свыше 60% обследованных отметили значительное воздействие инцидентов на их психическое состояние и последующую жизнь, и лишь 35% не испытали каких-либо отрицательных психологических последствий [6].

Обследование личного состава Буденовского РОВД, проведенное спустя 10 месяцев после того, как город подвергся нападению террористов Басаева, показало наличие симптомов постстрессовых нарушений у 21,5% сотрудников [7]. Это свидетельствует о том, что психическая травматизация носила массированный характер и сопровождалась сильными эмоциями страха, растерянности и ощущения собственной беспомощности.

## 3. Диагностические признаки постстрессовых психоэмоциональных состояний

Детальное изучение последствий воздействия на психику человека различных чрезвычайных обстоятельств позволило выделить и описать не только категорию посттравматических, но и острых стрессовых расстройств как специфических форм нарушения психики. Несмотря на то, что споры о природе этих нарушений, о целесообразности их выделения в отдельную категорию далеко не завершены, описательная часть концепции может служить неплохой рабочей гипотезой для психолога, а критерии диагностики - хорошим подспорьем при выявлении подобных нарушений. Рассмотрим эти критерии более подробно, опираясь на 4-е издание руководства по диагностике психических расстройств DSM-4.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Посттравматическое стрессовое расстройство | | Острое стрессовое  расстройство | |
| А  1  2 | Индивид пережил травматическое событие, в котором присутствовали оба следующих аспекта:  Индивид пережил или стал очевидцем, столкнулся с событием (событиями), связанными со смертью или угрозой смерти или серьезного ранения – угрозой физической целостности, своей или других людей.  Событие сопровождалось интенсивным переживанием страха, беспомощности, ужаса. | А  1  2 | Индивид пережил травматическое событие, в котором присутствовали оба следующих аспекта:  Индивид пережил или стал очевидцем, столкнулся с событием (событиями), связанными со смертью или угрозой смерти или серьезного ранения – угрозой физической целостности, своей или других людей.  Событие сопровождалось интенсивным переживанием страха, беспомощности, ужаса. |
| В  1  2  3  4  5 | Травматическое событие упорно переживается вновь одним из следующих способов:  Вторгающимися неприятными воспоминаниями, включающими образы, мысли или восприятия.  Возвращающимися неприятными сновидениями о событии.  Действиями или чувствами «как если бы травматическое событие присутствовало вновь» (ощущение ожившего опыта, иллюзии, галлюцинации, диссоциативные флэш-бэки, включая те, которые возникают в просоночном состоянии или в период интоксикации).  Выраженный психологический дистресс под воздействием внешних или внутренних стимулов, символизирующих или напоминающих о каком-либо аспекте травмирующего события («ключевые раздражители»).  Физиологические реакции на такие стимулы. | В  1  2  3  4  5 | Либо в период травмы, либо после нее у индивида наблюдались три диссоциативных симптома:  Субъективное ощущение эмоциональной зависимости, «притупления» или отсутствия эмоционального реагирования.  Сужение сознания об окружающем («спутанност»)  Дереализация.  Деперсонализация.  Диссоциативная амнезия (неспособность вспомнить важный аспект события) |
| С  1  2  3  4  5  6  7 | Упорное избегание стимулов, ассоциированных с травмой, и уменьшение общей реактивности организма (отсутствовавшее до травмы), проявляющееся в трех из следующих признаках:  Попытки избегать мыслей, чувств или разговоров о травме.  Попытках избегать деятельности, мест или людей, вызывающих воспоминание о травме.  Неспособности вспомнить какой-либо важный аспект травмирующего события.  Заметном снижении интереса и участия в значимых видах деятельности.  Ощущение зависимости или отчужденности от людей.  Сужении аффекта (например, неспособность испытывать любовь).  Чувство сокращения, отсутствия будущего (отсутствие ожидания нормального жизненного цикла – карьеры, супружества и т.п. | С  1  2  3  4  5 | Травматическое событие упорно переживается вновь одним из следующих способов:  Вторгающимися неприятными воспоминаниями, включающими образы, мысли или восприятия.  Возвращающимися неприятными сновидениями о событии.  Действиями или чувствами «как если бы травматическое событие присутствовало вновь» (ощущение ожившего опыта, иллюзии, галлюцинации, диссоциативные флэш-бэки, включая те, которые возникают в просоночном состоянии или в период интоксикации).  Выраженным психологическим дистрессом под воздействием внутренних или внешних стимулов, символизирующих или напоминающих о каком-либо аспекте травмирующего события («ключевые раздражители»).  Физиологические реакции на такие стимулы |
| D  1  2  3  4  5 | Устойчивые симптомы физиологической (гипер-) активации (не присутствовавшие до травмы), выражающиеся в трех следующих явлениях:  Трудности засыпания (бессоница).  Раздражительности, вспышках гнева.  Трудности концентрации.  Повышенной бдительности.  Повышенной готовности к «реакции бегства». | D  1  2 | Упорное избегание стимулов, ассоциированных с травмой, и уменьшение общей реактивности организма (отсутствовавшее до травмы), проявляющееся в двух из следующих признаках:  Попытках избегать мыслей, чувств или разговоров о травме.  Попытках избегать деятельности, мест или людей, вызывающих воспоминания о травме |
| Е | Длительность расстройства (наличие критериев B,C,D) не менее 1 месяца. | Е  1  2  3  4  5  6 | Устойчивые симптомы физиологической (гипер-) активации (не присутствовавшие до травмы), выражающиеся в двух следующих явлениях:  Трудности засыпания (бессоница).  Раздражительности, вспышках гнева.  Трудности концентрации.  Повышенной бдительности.  Повышенной готовности к «реакции бегства».  Отсутствие физической усталости, потребности в отдыхе. |
| F | Расстройство обуславливает клинически значимый дистресс или нарушает социальную, профессиональную или иную значимую деятельность. | F | Расстройство обуславливает клинически значимый дистресс или нарушает способность индивида к получению необходимой помощи, сообщению членам семьи о пережитой травме. |
|  | | G | Расстройство продолжается от 2 дней до 4 недель и возникает в течение 1 месяца. |
| H | Расстройство не связано с прямым действием физиологически активных (наркотических, лекарственных) или общесоматическим состоянием организма, не подходит под определение короткого психотического расстройства и не является просто экзацербацией имеющегося психического заболевания. |

Общим обязательным критерием для диагностики постстрессовых нарушений является факт переживания индивидом события, выходящего за пределы обычного человеческого опыта, способного травмировать психику практически любого здорового человека, например, серьезную угрозу жизни и здоровью, как своему, так и близких или друзей и тому подобное. Под "обычным" же человеческим опытом здесь понимаются такие события, как утрата близкого человека, произошедшая в силу естественных причин, хроническая тяжелая болезнь, потеря работы или семейный конфликт. К стрессорам, вызывающим эти расстройства, относят стихийные бедствия, техногенные (антропогенные) катастрофы, а так же события, являющиеся результатом целенаправленной, часто преступной деятельности: диверсии, террористические акты, пытки, массовое насилие, боевые действия, лагеря смерти и прочее.

Необходимым условием вероятного развития посттравматических стрессовых расстройств является так же то, что пережитое событие сопровождалось интенсивными эмоциями страха, ужаса или ощущением беспомощности личности перед лицом драматических обстоятельств, что собственно и составляет основной этиологический фактор возникновения постстрессовых состояний.

Структура расстройства психической деятельности включает в себя две взаимосвязанные подгруппы нарушений, описанных впервые А. Кардинером в 1941 г., а позднее получивших современную интерпретацию в работах М. Горовица (1976, 1987 гг.). Это симптомы упорного вторжения в сознание образов, воспоминаний и эмоций, связанных с содержанием психотравмирующих обстоятельств, вызывающего всякий раз сильный психологический дистресс у индивида, и "симптомы избегания", проявляющиеся в стремлении и попытках настойчиво избегать мыслей, чувств, разговоров, лиц, мест и деятельности, вызывающих воспоминания о травме. При этом отмечаются такие явления, как сужение спектра и уменьшение силы эмоционального реагирования, заметное снижение интереса и участия в ранее значимых видах деятельности, чувства зависимости или отчужденности от людей, сокращения или отсутствия будущего и ряд других.

Другой общей для обеих категорий постстрессовых нарушений подгруппой симптомов являются устойчивые симптомы физиологической (гипер-) активации (не присутствовавшие до травмы). Эта подгруппа отражает явления как общей повышенной возбудимости центральной нервной системы, свойственной пострадавшим с последствиями психической травмы, так и повышенную реактивность их психики в отношении специфических, своего рода, "ключевых" раздражителей. Она включает в себя нарушения сна (трудности засыпания, бессонницу); раздражительность, вспышки внезапного гнева; трудности сосредоточения, концентрации внимания; повышенную (не соответствующую ординарным обстоятельствам) бдительность; готовность к оборонительной реакции "бей или беги".

В структуру острых стрессовых расстройств, кроме этих общих признаков, входит подгруппа так называемых "диссоциативных" симптомов (термин "диссоциация" впервые использовал в своих работах П. Жане), наблюдавшихся либо в период травмы, либо впоследствии: субъективное ощущение эмоциональной зависимости, "притупления" или отсутствия эмоционального реагирования, суждение сознания об окружающем мире ("спутанность"), дереализация, деперсонализация; диссоциативная амнезия (неспособность вспомнить какой-либо важный аспект психотравмирующего события).

Присутствие указанных нарушений является необходимым, но недостаточным условием для вынесения заключения о посттравматическом стрессовом расстройстве или остром стрессовом расстройстве. Еще один критерий, дополняющий картину постстрессового состояния, состоит в том, что расстройства обуславливают клинически выраженный дистресс или нарушают социальную, профессиональную или иную значимую деятельность. Этот критерий можно назвать функциональным: он связан с нарушением психологической адаптации, нарушением (или снижением) профессиональной работоспособности, ухудшением качества жизнедеятельности в целом в связи с перенесенной психической травмой.

Наконец последний, временной критерий позволяет дифференцировать посттравматическое стрессовое расстройство и острое стрессовой расстройство с одной стороны и подвиды собственно посттравматического стрессового расстройства - с другой. Точкой отсчета является само по себе травмирующее событие или таковые обстоятельства. Острое стрессовое расстройство возникает в течение одного месяца с момента травмы и продолжается от двух до четырех недель; посттравматическое - спустя не менее одного месяца после травмы и имеет продолжительность более 4 недель. В соответствии с особенностями проявления и течения различают три подвида посттравматических стрессовых расстройств:

Острое (его не следует смешивать с острым стрессовым расстройством), развивающееся в сроки до трех месяцев;

Хроническое, имеющее продолжительность более трех месяцев;

Отсроченное, когда расстройство возникло спустя шесть и более месяцев после травматизации.

При диагностировании необходимо обращать внимание на то, что расстройство не связано с прямым действием физиологически активных веществ (наркотических, лекарственных) или общесоматическим состоянием организма.

## 4. Посттравматическое стрессовое расстройство как социально значимый факт

Определение посттравматического стрессового расстройства у сотрудников милиции является социально значимым фактом. Известно, что лица, страдающие этим расстройством, более, чем другие, склонны к разным формам дезадаптивного поведения, у них чаще возникает алкоголизм, суициды, неадекватные реакции и всплески агрессивности в общении с гражданами и т.п. Эти люди требуют особой социальной и медико-психологической поддержки.

Особый режим несения службы, связанный с участием в боевых действиях приводит к переживанию состояния постоянного напряжения, ожиданию неприятных последствий для своей жизни или здоровья. Некоторые отдельные случаи, которые наблюдались в процессе обследования, особенно иллюстративны. Среди симптомов ПТСР, включенных в критерии расстройства, имеется симптом так называемого "флэшбэк-эффекта": внезапное, без видимых причин, воскрешение в памяти с полной достоверностью и полным ощущением реальности травмирующего события или его эпизодов. Эти явления описаны американскими авторами в многочисленных исследованиях ветеранов Вьетнамской войны.

Замечено, что сотрудники из группы c посттравматическими стрессовыми расстройствами намного чаще, чем лица из группы без ПТСР, страдают навязчивым воспроизведением в памяти отдельных эпизодов, связанных с их участием в боевых действиях, одновременно большинство из них стараются избегать любых стимулов, напоминающих об этом периоде; у имеющих ПТСР отмечается более высокий уровень субъективного переживания тревоги и депрессии. Исследования показывают также, что выявленная симптоматика: нарушения сна, потеря аппетита, потеря сексуального влечения, раздражительность - свидетельствует об их тяжелом эмоциональном состоянии.

Установлено, что сотрудники с нарушенной психоэмоциональной сферой отличается от других по ряду признаков. Большинство из них оценивают себя, как "сильно пострадавших" от дистресса, полученного ими во время выполнения боевых заданий. Переживание этого состояния складывается на основе:

появившегося после командировки субъективного ощущения физического и психологического дискомфорта;

представления о личной "измененности" (поведения, общего тона настроения, отношения к себе и к жизни в целом и пр.).

Субъективно высокая оценка психоэмоциональной опасности основывается сотрудниками на том, что они:

несли службу непосредственно в боевых условиях;

чаще, чем другие выезжали на патрулирования и боевые дежурства;

чаще, чем другие, находились на опасных участках больше установленного нормативного времени.

Сотрудники с повышенной тревожностью испытывали во время пребывания в опасной зоне более интенсивно негативные эмоции напряжения и тревоги, страха за свою жизнь и здоровье, что сформировало у них установку на ожидание негативных проявлений в постсобытийный период жизни.

В последующем периоде службы после возвращения к нормальному режиму службы, сотрудники с посттравматическим стрессовым расстройством и лица, отнесенные в "группу риска":

чаще используют возможность обсудить свое здоровье, актуализируя тяжесть своих прошлых переживаний;

их чаще беспокоят мысли о возможном проявлении негативных последствий перенесенного стресса, что заставляет их чаще консультироваться с врачами.

Анализируя результаты проведенных исследований, можно говорить о следующем. Условия службы связанные с участием в психотравмирующих обстоятельствах относятся, согласно имеющимся в психологической науке представлениям, к экстремальным. Основным стрессогенным фактором среди них является угроза жизни и здоровью.

Следует еще раз подчеркнуть, что диагностирование посттравматического расстройства, предполагающего наличие травмы в структуре психики, происходит с помощью специально подобранного комплекса психологических методик. При этом воздействие психической травмы происходит двумя основными путями: либо это постоянные навязчивые мысли и переживания о травмировавшем событии, либо старательное их избегание. И в том, и в другом случае "черная дыра травмы", по образному выражению одного из американских исследователей Р. Питмана [26], с неотвратимостью притягивает к себе все мысли и чувства субъекта. Отсюда очевидна основная задача психологической коррекции - помочь таким лицам осознать причинно-следственную связь симптомов страдания с травматическим переживанием и далее постараться интегрировать сознание субъекта.

## Заключение

Подводя итог, необходимо отметить, что имеется комплекс проблем, являющихся следствием пребывания в стрессовой ситуации, и кроме того препятствующих адаптации к обычным условиям жизни, несения службы сотрудниками органов внутренних дел и отсутствие полноценной реабилитации данной категории лиц.

Реабилитация - это не только профилактика, лечение или трудоустройство. Это прежде всего новый подход к человеку. Для лучшего понимания проблемы и выработки обоснования реабилитации психики ветеранов войны в Афганистане и участников военных конфликтов в Северо-Кавказском регионе необходимо учитывать, что возникновение изменений в психике у этих людей - нормальная реакция человеческого организма на ненормальные, выходящие за рамки обычного опыта ситуации или события.

Эти симптомы усугубляют глубоко укоренившиеся способы поведения, "боевые рефлексы", связанные с участием в военных действиях. Именно наличие психотравмы и поведенческие стереотипы вызывают негативные изменения в психике, мешают адаптации к среде, а также приводят к девиантному поведению. Сложность адаптации заключается в том, что многие сотрудники не осознают, что им требуется психологическая помощь и не верят в успех психологической коррекции.

В рамках медико-психологической реабилитации участников экстремальных условий деятельности одной из задач является реабилитация психики сотрудников от последствия воздействия травматического стресса, полученного во время боевых действий и после возвращения к нормальной жизни. Эта система мероприятий направлена на предотвращение развития негативных процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, а так же раннее и эффективное возвращение реабилитантов к общественно-полезной деятельности.

## Список литературы

1. Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И., Щукин Б.Н. Психогении в экстремальных условиях. М.: Медицина, 2007 г.

2. Ковалев А.Г. Психология личности. М., 2005.

3. Колодзин Б. Как жить после психической травмы. М., 2006 г.

4. Колос И.В., Вахов В.П., Назаренко Ю.В. Психическое состояние сотрудников правоохранительных органов, переживших землятресение // Военно-медицинский журнал. - 2006 г. № 1.

5. Котенев И.О. Опросник травматического стресса для диагностики психологических последствий несения службы сотрудниками органов внутренних дел в экстремальных условиях. М., 2007.

6. Котенев И.О., Богданова М.Б. Террористический акт в Буденовске: постстрессовые состояния у работников милиции. // Известия МЦПО и КНИ при ГУК МВД России. М., 1996 г. № 3.