

# ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПОДГОТОВКИ СОТРУДНИКОВ МЧС РОССИИ

---

---

## СТРЕССОВАЯ АДАПТАЦИЯ И ДЕЗАДАПТАЦИЯ ЛИЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ

**Ю.Ю. Стрельникова, кандидат психологических наук, доцент.  
Санкт-Петербургский университет ГПС МЧС России**

Рассмотрены понятия «стресс», «адаптация», «адаптационный потенциал личности», «психическая травма». Отражены некоторые теоретические аспекты психической адаптации человека в норме и стрессовой адаптации в условиях чрезвычайной ситуации.

*Ключевые слова:* стресс, адаптация, личность, общий адаптационный синдром, психическая травма, посттравматическое стрессовое расстройство

## STRESSFUL ADAPTATION AND DISADAPTATION OF THE PERSONALITY UNDER CONDITIONS OF AN EMERGENCY SITUATION

Yu.Yu. Strelnikova. Saint-Petersburg university of State fire service of EMERCOM of Russia

In article the concepts «stress», «adaptation», «adaptational potential of the personality», «mental trauma» were considered. Some theoretical aspects of mental adaptation of the person were reflected in norm and stressful adaptation in the conditions of an emergency situation.

*Keywords:* stress, adaptation, personality, general adaptation reaction, psychic trauma, post-traumatic stress disorder

Научные исследования в рамках субъектно-деятельностного (С.Л. Рубинштейн, Б.Г. Ананьев, А.В. Брушлинский, А.Н. Леонтьев, Б.Ф. Ломов, Е.А. Климов и др.) и профессиогенетического подходов (В.А. Бодров, Г.М. Зараковский и др.) доказали тесную связь и взаимовлияние личности и деятельности (профессии). При этом стресс, являясь психофизиологическим феноменом, существенно влияет на эмоциональное состояние и эффективность профессиональной деятельности во время и после чрезвычайных ситуаций (ЧС), обуславливая возникновение пограничных состояний, психосоматических заболеваний и нервно-психических расстройств. Между тем следует отличать стресс от состояния постстрессовой дезадаптации, поскольку стресс – это одно из нормальных состояний человека, призванных повысить адаптационную способность личности.

Первые фундаментальные исследования неспецифических адаптационных процессов и стресса начались в конце XIX – начале XX вв. В 1927 г. американский физиолог У. Кеннон открыл адаптационные стрессовые реакции «борьбы» и «бегства», а в 1929 г. предложил термин «гомеостаз» (от греч. «homoios» – одинаковый, «statis» – состояние), которым обозначил общий принцип саморегулирования биологических систем, их способность сохранять динамическую устойчивость основных физиологических функций и состава внутренней среды организма в постоянно изменяющихся условиях [1]. Психофизиологические исследования русских ученых В.М. Бехтерева, И.П. Павлова, И.М. Сеченова, послужили основой для разработки в 1936 г. канадским ученым Гансом Селье учения о стрессе. Он считал, что «полная свобода от стресса означает смерть» и подчеркивал, что неспецифическая адаптационная активность в биологической системе существует всегда, а не только в ситуациях опасного (экстремального) характера [2, с. 30].

Селье Г. ввел понятие «дистресс» для обозначения отрицательных эмоционально-стрессовых состояний, которые возникают в результате истощения адаптационных ресурсов и представляют собой деструктивный результат влияния стресса на организм, а также понятие «эустресс», при котором стрессовое состояние связано с положительными эмоциональными реакциями. Стандартные реакции организма на действие неблагоприятных факторов Г. Селье назвал «общим адаптационным синдромом» (ОАС). Ведущими звеньями патогенеза ОАС он считал следующие:

– физиологическая реакция на стресс не зависит от природы стрессора и представляет собой универсальную модель защитных реакций, направленных на сохранение целостности организма;

– защитная реакция при длительно повторяющемся действии стрессора проходит три стадии ОАС;

– сильная и продолжительная защитная реакция переходит в «болезнь адаптации» и сократит продолжительность жизни – это та цена, которую организм заплатит за борьбу со стрессом. Согласно концепции Г. Селье ОАС имеет три стадии [3]:

1) «*аларм-реакция*» является сигналом о воздействии стрессора. В этот период преобладают стенические эмоции, напряженность, сопротивление организма понижается («фаза шока»). Состояние эмоциональной напряженности сопровождается внешними проявлениями (изменениями в мимике, речи, тремором, скованностью и др.), физиологическими реакциями (нарушение нормотонических реакций, артериального давления, аритмии и др.), ухудшением деятельности (в связи с искажением восприятия, памяти, логичности и критичности мышления, точности и согласованности движений). Затем наступает мобилизация адаптационных резервов и защитных механизмов («фаза противошока»): происходит активация гипоталамо-гипофизарной системы, симпатического отдела вегетативной нервной системы, вызывающих секрецию гормонов (адреналина, глюкокортикоидов, тироксина и др.), которые усиливают обменные процессы, деятельность сердечно-сосудистой и дыхательной систем, эффективность работы поперечно-полосатой мускулатуры, снижают болевую чувствительность;

2) стадия *резистентности* – организм адаптировался к стрессовому воздействию и функционирует в относительно сбалансированном режиме за счет мобилизованных ресурсов. Длительность данной стадии зависит от длительности и интенсивности стрессового воздействия, а также от исходного уровня психосоматического здоровья, стрессоустойчивости, типа высшей нервной деятельности, интеллектуально-когнитивных и копинг-стратегий, и др.;

3) стадия *истощения* (дезадаптации) возникает при истощении адаптационных ресурсов, в результате длительного стрессового воздействия, приводящих к переходу физиологического стресса в патологический. Длительная активация катехоламинового и адренкортикоидного механизмов приводит к гипоксии сердечной мышцы, спазму коронарных сосудов, ишемии, вызывая психосоматические заболевания (артериальную гипертензию, язвенную болезнь 12-перстной кишки, неспецифический язвенный колит и др.), а также психопатологические состояния.

Лазарус Р. понимал под стрессом системный процесс, выделяя в его составе физиологический, психологический и поведенческий уровни. Он считал, что для прогнозирования воздействия стресса на организм, необходимо учитывать не только стрессовые факторы и реакции на них, но и психологические процессы, обусловленные структурой личности [4].

Таким образом, стресс – это многозначное понятие: в широком смысле – это неспецифическая адаптивная активность организма при действии любых значимых для организма факторов; в узком смысле – это комплекс неспецифических физиологических (болезнь, травма, отравление и др.) или психологических (эмоционально-поведенческих) проявлений, возникающих в ответ на экстремальные воздействия внешней среды и вызывающих интенсивные проявления адаптационной активности организма [5]. Марищук В.Л.,

Евдокимов В.И. приводят следующее определение: «*Стресс* – это особое состояние психики и организма в целом, определяемое мобилизацией функциональных резервов для преодоления экстремального воздействия. Стресс-фактор (стрессор) оказывает мощное воздействие, вызывая защитную гормональную реакцию с целью сохранения целостности организма, связанную с перестройкой его функциональных систем, с адаптацией к новым условиям жизнедеятельности» [6, с. 52]. Китаев-Смык Л.А. (1983) выделяет четыре адаптационных субсиндрома ОАС, которые, последовательно взаимодействуя друг с другом, составляют механизм стрессовой адаптации личности [3]. Первым в экстремальных условиях проявляется *эмоционально-поведенческий* субсиндром, затем следует *вегетативный, когнитивный* (изменение мыслительной активности) и *социально-психологический* субсиндромы. Они определяются внешними (интенсивностью, длительностью, кратностью, частотой стрессора) и внутренними факторами (врожденными особенностями нервной системы и приобретенными психологическими качествами, опытом, тренированностью, субъективной значимостью стрессора для человека). Выделение составляющих субсиндромов ОАС указывает на сложную системность данного процесса в психологической адаптации человека к экстремальным условиям, единство его биологических и социальных компонентов.

В работах В.А. Бодрова (2001), посвященных теории профессионального стресса, на основании исследований проблемы контроля была выдвинута гипотеза, что стресс возникает при взаимодействии между двумя факторами – ответственностью и контролем («широта работы» и «психологические требования»). Высокую напряженность имеет та профессия, в которой индивид при большой ответственности имеет недостаточный контроль за способами и результатами ее выполнения [7]. Корнеева Л.Н. (1991) и Бодров В.А. (2007) также указывают, что личностные особенности видоизменяются в процессе адаптации к профессиональной деятельности, оказывают значительное влияние на ее успешность и надежность, обуславливают формирование либо высокой работоспособности, ответственности, зрелости, либо развитие психофизиологической дезадаптации, эмоционального «выгорания» и профессиональной деформации [8, 9].

Существует ряд моделей профессионального стресса, среди которых наиболее известной является Мичиганская модель (и ее варианты), созданная в Институте социальных исследований Мичиганского университета (США). Она отражает особенности психофизиологических реакций и восприятия факторов социального окружения, а также возможные последствия их влияния на здоровье человека, F. Elchlepp, O. Schirdewahn (1984) подчеркивают, что, согласно этой модели, психосоматическое здоровье индивида зависит от устойчивых свойств (генетических, личностных, демографических), а также от психосоциальной и профессиональной среды и межличностных отношений [10]. Согласно модели, представленной J.E. Drath, источником стресса является объективная ситуация, которая посредством когнитивной оценки воспринимается как субъективно напряженная. Эта оценка переходит в фазу принятия решения и проявляется в сознательном поведении. Общую модель профессионального стресса, отражающую содержание и характер взаимосвязи основных ее компонентов, предложил M.J. Smith (рис.) [11].

Авторы всех моделей профессионального стресса стремились определить его сущность через регистрируемые параметры. Первый подход в изучении этих показателей заключался в прямом сопоставлении психологических характеристик и состояния с физиологическими показателями и результативностью профессиональной деятельности. Вторым подходом основывался на стремлении изучить психологическую природу стресса, раскрыть психологические предпосылки и закономерности проявления тех или иных внешних реакций, которые рассматривались лишь как индикаторы психических процессов [12].

Сопоставление теорий и концепций психологического и профессионального стресса свидетельствует о том, что они отражают два ракурса содержательной характеристики стресса: с одной стороны – процессуальную и регулятивную, с другой – предметную и коррелятивную (причинно-следственную). Эти два аспекта одной проблемы тесно

взаимосвязаны между собой – любая профессиональная деятельность может порождать психологические причины развития стресса, так как неблагоприятные факторы физической и социальной среды отражаются на психическом статусе, при этом любой психологический стресс (внутриличностной и межличностной природы) отражается в поведенческой (в том числе профессиональной) активности человека [8].

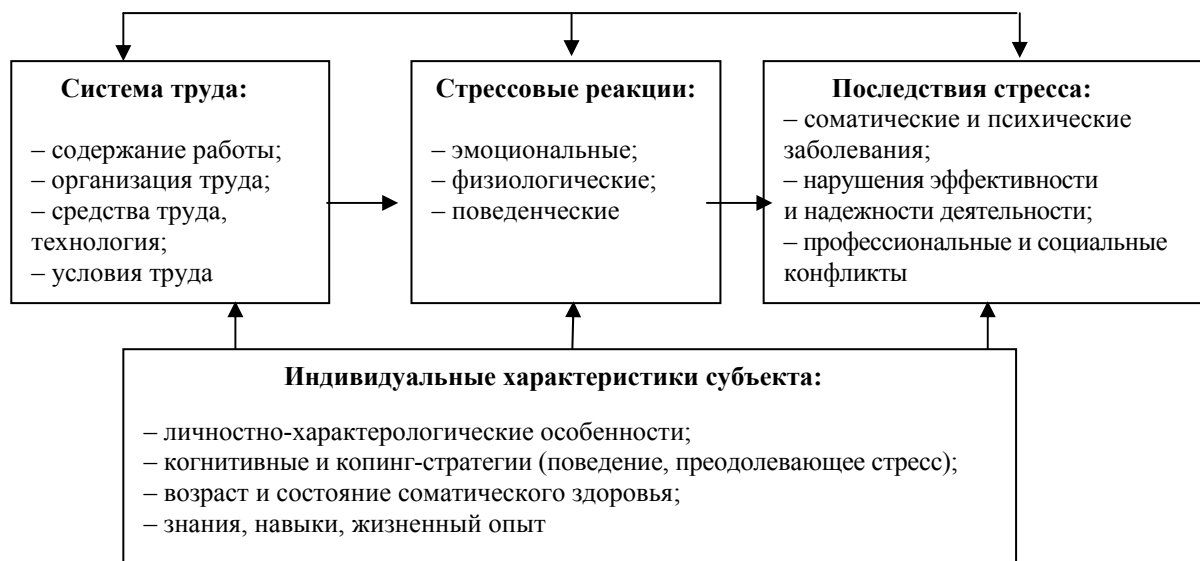


Рис. Общая модель профессионального стресса

Таким образом, стресс, будучи особым типом состояний человека, может иметь нормальный, пограничный и патологический уровни выраженности. Стресс-факторы запускают механизм психической адаптации, представляющий собой деятельность целостной самоуправляемой системы, активность которой обеспечивается взаимодействием биологического, психологического и социального уровней организма. Взаимосвязь этих уровней обеспечивают эмоции, являющиеся главным компонентом в системе регуляции поведения человека, так как имеют двойственную природу (психологическую и физиологическую).

В психологии описана многоуровневая адаптационная система личности, при этом адаптацию понимают как состояние и как процесс [13]. *Адаптация* – это состояние гармонии между потребностями индивида и требованиями среды. Процесс адаптации направлен на достижение временного гармоничного состояния, отражающего состояние психического здоровья. Березин Ф.И. условно выделил три уровня адаптационной системы:

- психофизиологический (на этом уровне протекает процесс адаптации);
- психический (характеризует состояние адаптации);
- социально-психологический (к нему относятся адаптивные свойства личности) [14].

Адаптация будет протекать нормально, пока требования внешней среды не превысят *адаптационный барьер личности* — условную границу параметров внешней и внутренней среды, за которыми *адекватная адаптация уже невозможна*, так как глубина стресса достигла патологического уровня. Совокупность внешних факторов образуют среду, в которой адаптируется личность. При этом активируются психологические механизмы, одни из которых ухудшают адаптацию (факторы уязвимости), другие – улучшают (защитные факторы). Факторы уязвимости объединяют в три уровня:

- биологический (нарушение деятельности нервной, эндокринной, иммунной систем, хроническая соматическая патология, травмы, генетические, психические, психосоматические заболевания, алкоголизм и др.);
- психосоциальный (индивидуальные и массовые психические явления, состояния и др.);
- социокультурный (утрата работы, жилья, социальных связей, поддержки близких, вынужденная миграция и т.п.).

Минимизации стрессогенных последствий способствуют защитные факторы:

**внутренние:**

- биологические (наследственно-конституциональные, эндокринно-гуморальные, нейровегетативные);
- индивидуально-психологические (мотивация, интеллект, темперамент, самооценка, адекватность копинг-стратегий и эмоционально-волевой регуляции, наличие травматического опыта и др.);

**внешние:**

- биологические (полноценное питание, комфортные гигиенические условия обитания и т.д.);
- психосоциальные (гармоничные отношения в семье, наличие дружеской поддержки и т.п.);
- социокультурные (материальная обеспеченность, социальная защищенность и др.).

Таблица 1. Изменение функционирования личности в условиях ЧС с точки зрения психической нормы

ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТИ		
Позитивные	Адаптационные (защитные)	Непатологические (пограничные)
<b>Увеличение</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>– нервно-психической устойчивости, уравновешенности, самоконтроля и способности эффективной мобилизации в экстремальных ситуациях;</li> <li>– работоспособности, организованности, активности и быстроты реакции;</li> <li>– воли, упорства, смелости и решительности, способности к самопожертвованию (героизма);</li> <li>– ответственности, доверия, сплоченности и группового сотрудничества;</li> <li>– независимости, рациональности, реалистичности, объективности и проницательности;</li> <li>– оптимизма, чувства долга;</li> <li>– сообразительности, критичности мышления и восприимчивости к новому решению проблем;</li> <li>– физической выносливости, толерантности к трудностям и боли</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– осторожности, бдительности, чуткости к опасности;</li> <li>– эмоциональной холодности и социальной интроверсии;</li> <li>– конформности референтной группе;</li> <li>– способности мыслить абстрактно-аналитически на основе минимальной информации и пренебрегая эмоциями;</li> <li>– склонности к интеллектуальной трансформации тревоги, уходу от реальности</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– эмоциональной напряженности, тревожности, страха и беспокойства;</li> <li>– психомоторных проявлений (возбудимости, импульсивности, ошибочных действий или психического утомления, апатии и пассивности);</li> <li>– психовегетативных проявлений (тахикардия, боли в области сердца, живота, потливость, тремор, головокружение, тошнота, бессонница и др.);</li> <li>– гипотимических и дистимических проявлений;</li> <li>– ригидности и индивидуалистичности</li> </ul>
<b>Снижение</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>– уровня эмоционального стресса и непродуктивной напряженности;</li> <li>– эгоцентризма и цинизма и др.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– эмотивности;</li> <li>– потребности в отдыхе и комфорте</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– концентрации внимания, скорости и длительности запоминания;</li> <li>– уверенности в своих силах, ответственности;</li> <li>– зрительных, слуховых, тактильных ощущений и др.</li> </ul>

*Примечание:* Все изменения наблюдаются на фоне сохранения критической оценки происходящего и способности к целенаправленной деятельности

Соотношение факторов «уязвимости» и «защищенности» обуславливают стрессоустойчивость и *адаптационный потенциал личности* (А.Г. Маклаков) – системное свойство, заключающееся в способности человека адаптироваться к условиям социальной среды. Например, чем выше уровень развития адаптационного потенциала индивида, тем меньше негативных последствий будет у пострадавшего, и тем в более жестких условиях сотрудник МЧС России может успешно выполнять свои профессиональные обязанности. Первичным барьером противодействия стрессу являются психологические защитные механизмы подсознательного уровня, обеспечивающие сохранность контроля над эмоциями

и поведением в экстремальных условиях. Позднее к ним подключаются адаптивные функции сознательных психических процессов.

У лиц с высокой нервно-психической устойчивостью в стрессовой ситуации наблюдается концентрация внимания, четкое мышление, ясная работа памяти, адекватность волевых процессов и контролируемость эмоций (позитивные изменения). Это обеспечивает их готовность к целенаправленной и продуктивной деятельности в условиях ЧС. У индивидов с низкой стрессоустойчивостью в экстремальной ситуации наступает дискоординация психических процессов, в результате чего возникают защитные реакции и пограничные (непатологические) состояния (табл. 1).

Отличительной особенностью *непатологических (пограничных) реакций* (тревога, страх, эмоциональное напряжение, психомоторных проявлений (возбудимость, импульсивность, апатия, пассивность), психовегетативных реакций, (дистимические проявления, ригидность, индивидуалистичность) являются их кратковременность, обратимость, сохранность критической оценки своего состояния, поведения и всего происходящего, а также способности к общению и целенаправленной деятельности.

Таким образом, под действием эмоционально-стрессовых раздражителей происходит формирование либо процесса адаптации, либо нарушение саморегуляции основных физиологических систем личности. Границей, отделяющей обычные условия жизнедеятельности от экстремальных, являются ситуации, в которых психогенные стресс-факторы ведут к «прорыву» индивидуального адаптационного барьера, так как психофизиологические и социально-психологические механизмы личности, исчерпав резервные возможности, более не могут обеспечить адекватную деятельность человека. Таким образом, различие между понятиями «стресс-факторы» и «психогенные факторы» состоит в том, что первые являются пусковым условием процесса адаптации, а вторые – условием развития состояний дезадаптации, то есть причиной возникновения психической травмы.

*Психическая травма* – это событие, затрагивающее значимые стороны существования индивида, связанное с любым видом насилия над личностью, угрозой собственной жизни, смерти близких или посторонних лиц, физической целостности, ранения, опасностью утраты здоровья, личного статуса, привычной картины мира, которое сопровождается интенсивными негативными переживаниями (страха, ужаса, беспомощности, краха жизненных ценностей и др.). Психогенное воздействие определяется высокой личностной значимостью и непредсказуемостью события, интенсивной эмоциональной реакцией на произошедшее, превышающей приспособительный потенциал индивида, вследствие недостаточности психологических защитных механизмов, а также отсутствия адекватных совладающих когнитивных и поведенческих программ. Следствием психической травматизации могут быть различные проявления дезадаптации личности, посттравматические стрессовые расстройства, нервно-психические расстройства непсихотического (невроты) и психотического (реактивные психозы) типов. Однако участие в экстремальном событии представляется необходимым, но не единственным условием для возникновения психической травмы, так как *критическим фактором является не внешнее обстоятельство, а глубоко-индивидуальный эмоциональный отклик на него*. Экстремальное (трагическое) воздействие для одних людей может пройти без утраты интегрированности личности, а у других – способно вызвать различные формы психопатологии, в зависимости от их индивидуальной истории развития и состояния психики.

В русле биопсихосоциальной парадигмы и с позиции системно-динамического подхода весь спектр психических и психосоциальных расстройств, возникающих в ЧС, расценивают как этапы адаптационной стратегии организма, отражающие взаимосвязь между экстремальными событиями, адаптационным потенциалом личности и патологическими механизмами развития заболеваний. Психические нарушения, формирующиеся в рамках реакций, состояний и развитий, являются дезадаптационными образованиями донозологического уровня, которые имеют многофакторную природу и носят полиморфный характер, свидетельствуя о действии защитно-приспособительных механизмов [15]. Систематика адаптивных и дезадаптивных

реакций и состояний (донозологического и клинического уровней), наблюдаемых во время и после ЧС, отражена в табл. 2.

Таблица 2. Систематика адаптивных и дезадаптивных реакций и состояний во время и после ЧС

Донозологический уровень		Уровень клинически выраженных расстройств	
Адаптивный регистр	Дезадаптивный регистр	Донозологический регистр	Нозоспецифический регистр
Физиологические реакции психического напряжения и их вегетативные корреляты	– Острые реакции на стресс – Невротические реакции и состояния – Психогенные патологические реакции	– Расстройства адаптации – Аддиктивное поведение – Психовегетативные дисфункции	– ОСР, ПТСР – Постреактивные изменения личности – Психогенные невротические состояния – Психосоматозы – Аффективные и бредовые расстройства – Реактивные психозы (острые, затяжные) – Алкоголизм – Наркомания
Стрессовая симптоматика в рамках ситуационной нормы с сохранностью оптимального функционирования в условиях ЧС	Выход синдромально неоформленных проявлений дистресса за пределы ситуационной нормы с транзиторными нарушениями функционирования	Синдромально очерченные, тесно связанные с вызвавшей первопричиной дисфункциональные состояния с неопределившимся прогнозом	Структурирование и относительная стабилизация нажитых дефицитарных изменений, развитие личностной патологии

Таблица 3. Патопсихологические изменения функционирования личностей в условиях ЧС

Стрессовые реакции	Девиянтное и криминальное стрессовое поведение
<ul style="list-style-type: none"> <li>– эмоциональные нарушения тревожно-депрессивного, депрессивно-апатического, панического и другого типа;</li> <li>– регресс поведения на фоне реакций аффективно-эксплозивного типа и активно-разрушительных насильственных действий;</li> <li>– диссоциативная амнезия;</li> <li>– вторгающиеся воспоминания, сопровождаемые тревогой и страхом;</li> <li>– затруднение засыпания, устрашающие сновидения с реконструкцией экстремальной обстановки;</li> <li>– чувство вины по поводу совершенного действия или бездействия;</li> <li>– «притупление» или отсутствие эмоционального реагирования;</li> <li>– ухудшение межличностного взаимодействия, социальная изоляция, отчуждение;</li> <li>– проблемы доверия с близкими людьми;</li> <li>– деструкция прежних копинг-стратегий, морально-нравственных установок и ценностей и др.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– беспечность, безответственность и недисциплинированность;</li> <li>– небрежное отношение к своему здоровью;</li> <li>– злоупотребление вызовами медперсонала, симуляция;</li> <li>– членовредительство;</li> <li>– суицидальные попытки;</li> <li>– отказ выполнять приказы, участвовать в аварийно-спасательных операциях;</li> <li>– злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами;</li> <li>– снижение критики к наркотизации или полная анозогнозия;</li> <li>– дезертирство;</li> <li>– грабёж, насилие, убийство и др.</li> </ul>

*Патопсихологические изменения*, связанные с ЧС, включают широкий спектр состояний дезинтеграции психической деятельности: острые и отсроченные стрессовые реакции, отдельные симптомы острого и посттравматического стрессового расстройства, не достигшие клинически выраженного уровня, а также девиантное и криминальное стрессовое поведение, которое обуславливается факторами отягощенной наследственности,

неправильным типом семейного воспитания и ранее сформировавшимися аддиктивными расстройствами у отдельных индивидов (табл. 3).

Психопатологические расстройства являются болезненными состояниями, при которых возможны расстройства сознания и различные варианты психотических расстройств. *Психопатологические* последствия чаще развиваются у индивидов, недостаточно психологически и профессионально подготовленных к действиям в экстремальных ситуациях, включают устойчивые, нозологически оформленные болезненные расстройства непсихотического и психотического уровней (табл. 4).

В Международной классификации болезней (МКБ 10-го пересмотра) не проводится принципиальных различий между психотическими и непсихотическими расстройствами. Рубрика F4 объединяет психические расстройства, основной причиной которых является психическая травма и психологический стресс. В разделе F43 указаны реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации, к которым относятся острое и посттравматическое стрессовое расстройство.

Таблица 4. Психопатологические последствия травматизации

Психогенные реакции и состояния	
Непсихотический уровень	Психотический уровень
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Психогенные патологические реакции: острый астенический, депрессивный, тревожно-обсессивный, истерический и другие синдромы на фоне снижения критической оценки своего состояния и ситуации, нарушения возможности к целенаправленной деятельности.</li> <li>– Психогенные невротические состояния: стабилизированные и усложняющиеся невротические расстройства – неврастения, истерический невроз, невроз навязчивых состояний, депрессивный невроз с утратой критического понимания происходящего и возможности к целенаправленной деятельности.</li> <li>– Острое стрессовое и посттравматическое стрессовое расстройство.</li> <li>– Органические непсихотические эмоционально-личностные расстройства (на фоне черепно-мозговых травм, дисциркуляторной энцефалопатии и др.).</li> <li>– Стойкое посттравматическое расстройство личности</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Острые реактивные психозы: острые аффективно-шоковые реакции, сумеречные состояния с психомоторным возбуждением или двигательной заторможенностью.</li> <li>– Затяжные реактивные психозы: депрессивные, параноидные, псевдодементные синдромы, истерические и другие психозы.</li> <li>– Психотическое расстройство на фоне употребления психоактивных веществ.</li> <li>– Экзогенно-органические психозы.</li> <li>– Декомпенсация акцентуаций и психопатий с галлюцинациями, бредовыми идеями, расстройствами сознания и др.</li> </ul> <p>Психотический уровень нарушений наблюдается на фоне потери контакта с реальной действительностью, дезорганизацией деятельности (вплоть до асоциального поведения) и грубого нарушения критики своего состояния</p>

*Посттравматическое стрессовое расстройство* (ПТСР) – это отсроченная непсихотическая реакция на травматический стресс, включающая симптомы «вторжения» (вторгающиеся тягостные воспоминания, повторяющиеся сновидения и др.), симптомы «избегания» (попытки избегать мыслей, чувств, разговоров, деятельности, мест или людей, вызывающих воспоминание о травме, снижение интереса к значимым видам деятельности и др.), физиологической гиперактивации (трудности засыпания, бессонница, повышенная раздражительность, вспышки гнева, немотивированная бдительность, готовность к бегству), дистресса, ухудшающие социальную, профессиональную и иную значимую деятельность.

*Острое стрессовое расстройство* (ОСР) – это острая непсихотическая реакция на травматический стресс, включающая, помимо перечисленных выше симптомов, диссоциативную симптоматику: ощущение эмоциональной зависимости, «притупление» или отсутствие эмоционального реагирования, сужение («спутанность») сознания, симптомы дереализации, деперсонализации и диссоциативной амнезии (неспособность вспомнить какой-либо важный аспект психотравмирующего события). Острые реакции возникают в момент травмирующего события, длятся от 15–20 минут до нескольких часов или суток; затяжные – длятся более четырех недель. ОСР возникает в течение первого месяца после ЧС и продолжается от двух дней до четырех недель. Виды ПТСР в соответствии с особенностями проявления



и течения также подразделяются на: *острое* – развивающееся в сроки до трех месяцев; *хроническое* – имеющее продолжительность более трех месяцев; *отсроченное* – симптоматика проявилась спустя 6 и более месяцев после травматизации [16].

Таким образом, стрессовая адаптация и дезадаптация личности в условиях ЧС (психологического, психопатологического, патопсихологического и соматического характера) является ответной реакцией на многофакторное воздействие, в которой имеет место сочетание экзогенных, эндогенных и психогенных типов реакций. Поэтому понимание роли факторов риска в развитии состояний психической дезадаптации, лежит в основе комплексного динамического подхода к лечебно-профилактическим мероприятиям, проводимым во время и после ЧС.

### Литература

1. Биологический энциклопедический словарь / под ред. М.С. Гилярова. М.: Сов. энциклопедия, 1986.
2. Селье Г. Стресс без дистресса: пер. с англ. М.: Прогресс, 1979.
3. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. М.: Наука, 1983.
4. Лазарус Р. Теория стресса и физиологические исследования // Эмоцион. стресс. М., 1970. С. 178–209.
5. Апчел В.Я., Цыган В.Н. Стресс и стрессоустойчивость человека. СПб., 1999.
6. Марищук В.Л., Евдокимов В.И. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса СПб.: Издат. дом «Сентябрь», 2001. С. 52.
7. Бодров В.А. Психология профессиональной пригодности. М.: ПЕРСЭ, 2001.
8. Бодров В.А. Профессиональная зрелость человека (психологические аспекты) / Феномен и категория зрелости в психологии: сб. тр. М.: Ин-т психол. РАН, 2007. С. 174–197.
9. Корнеева Л.Н. Основные закономерности развития личности профессионала // Психол. обеспечение профес. деятельности / под ред. Г.С. Никифорова. СПб.: Изд-во СПбГУ, 1991. С. 74–84.
10. Elchlepp F., Schirdewahn O. Probleme des Riskos in der Seeschiffahrt // Seewirtschaft. 1984. V. 16. № 5. S. 217–220, 249.
11. Pidgeon N., Kasperson R., Slovic P. The Social Amplification of Risk. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.
12. Куликов Л.В. Стресс и стрессоустойчивость личности // Теор. и прикладные вопросы психол / под ред. А.А. Крылова. СПб., 1995. Вып. 1. Ч.1.
13. Вассерман Л.И., Беребин М.А., Косенков Н.И. О системном подходе в оценке психической адаптации // Обозрение психиатрии и мед. психол. им. В.М. Бехтерева. 1994. № 2. С. 16–25.
14. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л.: Наука, 1988. 270 с.
15. Медико-психологическая коррекция специалистов «силовых» структур: метод. пособие / под ред. А.Б. Белевитина. СПб.: АЙСИНГ, 2010. 268 с.
16. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 272 с.