

# БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ УРОВНЯ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИЧНОСТИ В ЗОНЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ

**Ю.Ю. Стрельникова, кандидат психологических наук, доцент;  
К.Н. Хабибуллин, доктор философских наук, профессор.  
Санкт-Петербургский университет ГПС МЧС России**

Проанализированы уровни уязвимости личности в зоне чрезвычайной ситуации с позиции биопсихосоциального подхода. Рассмотрены позитивные, адаптационные, непатологические и психопатологические реакции и состояния, способные возникнуть во время и после техногенных аварий и природных катастроф. Определен круг лиц, требующий внимания медико-психологических служб в зоне чрезвычайной ситуации.

*Ключевые слова:* чрезвычайная ситуация, биопсихосоциальный подход, пострадавшие, психогенные расстройства, индивидуальные последствия, массовые психические явления

## BIOPSYCHOSOCIAL APPROACH TO THE ASSESSMENT OF PERSONALITY CHANGING IN THE EMERGENCY AREA

J.J. Strelnikova; K.N. Khabibullin.  
Saint-Petersburg university of State fire service of EMERCOM of Russia

The levels of vulnerability of the personality in the emergency area from the perspective of a biopsychosocial approach were analyzed. The positive, adaptive, non-pathological and psychopathological reactions and conditions that can occur during and after the industrial accidents and natural disasters were considered. A circle of persons requiring medical attention and psychological services in the emergency area were defined.

*Keywords:* emergency, a biopsychosocial approach, victims, psychogenic disorder, individual effects, mass psychological phenomena

Исследования природных и социальных катастроф показывают, что уровень защищенности людей и техносферы от опасностей, несмотря на научно-технический прогресс, не увеличивается. В сознании человека катастрофа резко делит жизнь на время «до» и время «после» того, как это произошло, поскольку ставит человека, попавшего в зону бедствия, перед лицом смерти и делает его очень уязвимым.

Чрезвычайные (экстремальные) ситуации (ЧС) – это обстановка на определенной территории, сложившаяся в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, стихийного бедствия, повлекшая за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей природной среде, значительные материальные потери или нарушения условий жизнедеятельности [1].

По источнику происхождения чрезвычайные ситуации подразделяются на:

– ЧС техногенного характера (взрывы, пожары, транспортные и гидродинамические катастрофы, аварии на коммунальных, электро- и энергетических системах, промышленных очистных сооружениях с выбросом химических отравляющих, ядовитых или радиоактивных веществ);

– ЧС природного происхождения (геологические, геофизические, метеорологические, агрометеорологические, морские гидрологические явления, природные пожары);

– ЧС биолого-социального характера (пандемии, голод, войны, террористические акты, социальные потрясения, общественные беспорядки, преступные насильственные действия и др.).

Основные контингенты лиц, которые требуют внимания медико-психологических служб:

– жертвы (изолированные в очаге ЧС, находящиеся в эпицентре события);

- пострадавшие (физически, психологически, материально), проживающие в районе ЧС;
- очевидцы (проживающие вблизи места трагедии или свидетели происшествия);
- беженцы (мигранты – вынужденные переселенцы);
- члены семей – люди, потерявшие своих родных и близких или не имеющие информации об их судьбе;
- спасатели, пожарные, военнослужащие срочной службы, представители гуманитарных миссий, другие «ликвидаторы» катастроф;
- медицинский персонал и психологи, оказывающие помощь жертвам и пострадавшим в очаге ЧС;
- сотрудники силовых структур, принимающие участие в контртеррористической операции, в военных действиях и т.д.

Необходимо подчеркнуть, что картина психологических и психопатологических изменений у всех перечисленных групп существенно зависит от типа ЧС, ее внезапности, силы и длительности, а также семантики психотравмы. Например, ЧС природного характера обычно переживается легче, чем антропогенного, поскольку удар безликой стихии расценивается людьми как «божья воля», которую нельзя изменить, что побуждает их к само- и взаимопомощи перед лицом общей опасности. Исследования психиатров (Ю.А. Александровский, Б.П. Щукин, Е.В. Снедков, Б.В. Овчинников, и др.) и психологов (Н.В. Тарабрина, М.А. Падун, В.А. Агарков, М.Е. Зеленова, и др.) доказали, что наиболее интенсивной и разрушительной для личности является реакция на угрозу, исходящую от другого человека. Антропогенные ЧС, подобные бесланской трагедии, террористическим актам подрывают базовые структуры личностной организации человека – его привычную картину мира и всю систему жизненных ценностей, неизбежно приводя к посттравматическим стрессовым расстройствам. Техногенные катастрофы, причиной которых часто являются преступная халатность персонала предприятий либо сочетание причин технического, организационного и нормативно-правового характера (Чернобыльская авария, авария на Саяно-Шушенской ГЭС, крушение теплохода «Булгария» и др.), помимо психической дезадаптации вызывают у пострадавших гнев, ненависть, стремление наказать виновных, компенсировать понесенный ущерб. Особой травматичностью психологического воздействия обладают ЧС смешанного, комплексного характера (землетрясение и цунами в Японии, вызвавшее ядерную аварию на АЭС «Фукусима» в 2011 г. и наводнение 2012 г. в г. Крыме, население которого не было вовремя предупреждено о паводке и эвакуировано).

Известно, что при действии одного и того же комплекса факторов у разных лиц возникают различные по своим проявлениям, степени тяжести и длительности психосоматические нарушения. Биопсихосоциальный подход, основанный на концепции А.А. Ухтомского о биосоциальной природе человека, позволяет объединить в единое целое психофизиологические и социокультурные составляющие личности [2]. Основой биопсихосоциального подхода, объединившего комплексный (Б.Г. Ананьев) и системный (Б.Ф. Ломов, В.А. Барабанщиков и др.) подходы, стали взаимоотношения и взаимозависимости психических процессов (сложных, многоуровневых, многомерных) и области социальных явлений (взятых в широком контексте различных уровней и сфер реальности, научно выделенных человекознанием) [3]. На основании биопсихосоциального подхода можно выделить основные уровни уязвимости личности, отражающие различия и особенности последствий воздействия на личность экстремальных факторов, которые объясняются взаимоотношениями между биологическими изменениями, психологическим состоянием и социокультурной средой (рис.).

Индивидуальное травмирующее воздействие на психику человека подразделяется на непатологические психоэмоциональные реакции и психопатологические состояния непсихотического и психотического уровней. Отличительной особенностью непатологических реакций (тревога, страх, психическое напряжение) являются их кратковременность, обратимость, сохранность критической оценки своего состояния, поведения и всего происходящего, а также способности к общению и деятельности. Обобщая результаты исследований [4–6], рассмотрим изменения функционирования личности в условиях ЧС с точки зрения психической нормы (табл. 1).



Рис. Основные уровни уязвимости личности в зоне чрезвычайной ситуации

Психопатологические расстройства личности являются болезненными состояниями, при которых возникают расстройства сознания, различные варианты психотических расстройств, а также утрачивается критика своего состояния, всего происходящего и возможность целенаправленной деятельности. Психогении, наблюдаемые во время и после экстремальных ситуаций, с точки зрения Ю.А. Александровского [7], отражены в табл. 2.

Следует подчеркнуть, что с позиций системно-динамического подхода весь спектр психических и психосоциальных расстройств, возникающих при 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 донологического уровня, которые имеют многофакторную природу и носят неспецифический, полиморфный характер, свидетельствуя о действии защитно-приспособительных механизмов личности [8].

Например, Александров Е.О. [9] считает, что посттравматическая адаптация может быть выражена:

а) в острой форме – как в патологической, включая посттравматические стрессовые расстройства (ОСР и ПТСР), так и не патологической;

б) в хронической патологической или не патологической форме (включая изменения характера);

в) в интенсификации развития и психосоциальной «акселерации» личности или в регрессии развития.

В то же время 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 1. Изменение функционирования личности в условиях ЧС с точки зрения психической нормы

Позитивные	Компенсирующе-защитные (адаптационные)	Непатологические (пограничные)
Увеличение		
1. Нервно-психической устойчивости, уравновешенности, самоконтроля и способности к эффективной мобилизации в экстремальных ситуациях. 2. Работоспособности, организованности, активности и быстроты реакции. 3. Воли, упорства, смелости и решительности, способности к самопожертвованию (героизма). 4. Ответственности, доверия, сплоченности и группового сотрудничества. 5. Независимости, рациональности, реалистичности, объективности и проницательности. 6. Оптимизма, чувства долга. 7. Сообразительности, критичности мышления. 8. Физической выносливости, толерантности к трудностям, боли, ранениям	1. Осторожности, длительности, чуткости к опасности. 2. Эмоциональной холодности и социальной интроверсии; 3. Конформности референтной группы. 4. Способности мыслить абстрактно-аналитически на основе минимальной информации и пренебрегая эмоциями. 5. Склонности к интеллектуальной трансформации тревоги, уходу от реальности	1. Эмоциональной напряженности, тревожности, страха и беспокойства. 2. Психомоторных проявлений (возбудимости, импульсивности, ошибочных действий или психического утомления, апатии и пассивности). 3. Психовегетативных проявлений (тахикардия, боли в области сердца, живота, потливость, тремор, головокружение, тошнота, бессонница и др.). 4. Гипотимических и дистимических проявлений. 5. Ригидности и индивидуалистичности
Снижение		
1. Уровня эмоционального стресса и непродуктивной напряженности. 2. Эгоцентризма и цинизма. 3. Числа лиц с застревающим типом акцентуации	1. Эмотивности. 2. Потребности в отдыхе и комфорте	1. Концентрации внимания, скорости и длительности запоминания. 2. Уверенности в своих силах, ответственности. 3. Зрения, слуха, тактильных ощущений и др. на фоне сохранения критической оценки происходящего и способности к целенаправленной деятельности

Таблица 2. Психогенные расстройства, наблюдаемые при жизнеопасных ситуациях во время и после стихийных бедствий и катастроф

Реакции и психогенные расстройства	Клинические особенности
Непатологические (физиологические) реакции	Преобладание эмоциональной напряженности, психомоторных, психовегетативных, гипотимических проявлений, сохранение критической оценки происходящего и способности к целенаправленной деятельности
Психогенные патологические реакции	Невротический уровень расстройств, остро возникшие астенический, депрессивный, истерический и др. синдромы, снижение критической оценки происходящего и возможностей целенаправленной деятельности
Психогенные невротические состояния	Стабилизированные и усложняющиеся невротические расстройства – неврастения (невроз, истощения, астенический невроз), истерический невроз, невроз навязчивых состояний, депрессивный невроз, утрата критического понимания происходящего и возможностей целенаправленной деятельности
Реактивные психозы: 1. Острые  2. Затяжные	Острые аффективно-шоковые реакции, сумеречные состояния с двигательным возбуждением или двигательной заторможенностью  Депрессивные, параноидные, псевдодементные синдромы, истерические и др. психозы

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – это непсихотическая отсроченная реакция на травматический стресс, включающая симптомы «вторжения», «избегания», физиологической гиперактивации и ухудшение качества жизнедеятельности в целом. При остром стрессовом расстройстве (ОСР), помимо перечисленных симптомов, наблюдается также диссоциативная симптоматика: ощущение эмоциональной зависимости, «притупление» или отсутствие эмоционального реагирования, сужение («спутанность») сознания, дереализация, деперсонализация, диссоциативная амнезия.

Острые реакции возникают в момент травмирующего события, длятся от 15–20 мин до нескольких часов или суток; затяжные – длятся более 4 недель. ОСР возникает в течение первого месяца после ЧС и продолжается от 2 дней до 4 недель. Виды ПТСР в соответствии с особенностями проявления и течения также подразделяются на: острое – развивающееся в сроки до 3 месяцев; хроническое – имеющее продолжительность более 3 месяцев; отсроченное – симптоматика проявилась спустя 6 и более месяцев после травматизации [10].

Изучение психических нарушений, развивающихся в связи с ЧС, позволило выделить закономерности их динамики [8]:

- изменчивые соотношения защитно-приспособительных (в том числе гиперкомпенсаторных) и дезадаптивных форм ситуационного реагирования;
- стабильное сочетание и взаимное потенцирование вегетативно-соматических и психических компонентов ситуационного реагирования;
- постепенное усложнение расстройств: от астенических и психовегетативных к аффективным, в части случаев – патохарактерологическим, а при дополнительных негативных факторах – интеллектуально-мнестическим;
- при длительном сохранении последствий ЧС отмечается тенденция к стабилизации болезненных состояний, сопоставимых с клинически очерченными синдромами (астеническим, психовегетативным, неврозоподобным, депрессивным, психоорганическим).

Таким образом, в посткатастрофный период, вследствие длительного действия множества психотравмирующих факторов происходит их суммация и взаимное потенцирование, что приводит к перенапряжению механизмов физиологической и психологической защиты, истощению резервных возможностей организма. Психические нарушения в зоне чрезвычайной ситуации являются ответной реакцией на многофакторное воздействие, в которой имеет место сочетание экзогенных, эндогенных и психогенных типов реакций.

## Литература

1. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации. М.: Эксмо, 2005. 960 с.
2. Соколова Л.В. Из истории становления комплексной науки о человеке (учение А.А. Ухтомского о биосоциальной природе человека) // Психологический журнал. 2008. Т. 29. № 5. С. 101–111.
3. Абульханова К.А., Воловикова М.И. Психосоциальный и субъектный подходы к исследованию личности в условиях социальных изменений // Психологический журнал. 2007. Т. 28. № 5. С. 5–14.
4. Александровский Ю.А. Психические расстройства во время и после чрезвычайной ситуации // Психиатрия и психофармакотерапия. 2001. Т. 3. № 4. С. 32–39.
5. Лыткин В.М., Шамрей В.К., Койстрик К.Н. Посттравматические стрессовые расстройства. СПб.: Изд-во С.-Петербур. ВМедА, 1999.
6. Стрельникова Ю.Ю. Психологические последствия участия в вооруженных конфликтах (на примере сотрудников органов внутренних дел): дис. ... канд. психол. наук. СПб.: Изд-во С.-Петербур. ВМедА, 2005. 24 с.
7. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: учеб. пособ. М.: Медицина, 2000. 496 с.
8. Медико-психологическая коррекция специалистов «силовых» структур: метод. пособие / под ред. А.Б. Белевитина. СПб.: АЙСИНГ, 2010. 268 с.
9. Александров Е.О. Взорванный мозг. Посттравматическое стрессовое расстройство. Клиника и лечение. Новосибирск: Сибвузиздат, 2001. 160 с.
10. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 272 с.