# ТЕМА 9. МОРАЛЬНО – ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА НАСЕЛЕНИЯ К ДЕЙСТВИЯМ В ЧС.

***ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ПСИХИКИ ЛИЧНОСТИ И ПСИХОЛОГИИ КОЛЛЕКТИВА В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ***

Чтобы достойно противостоять превратностям жизни, каждый человек должен знать о своих способностях и о правилах безопасной жизнедеятельности. Уместно вспомнить о таких понятиях, как воля, характер, страх, паника, ибо от них зависит способность человека управлять своим поведением, мобилизовать силы для преодоления трудностей.

Воля – способность человека управлять собой.

Характер – свойство личности, определяющее систему его отношения к различным сторонам действительности, к деятельности, к другим людям, самому себе. По силе характер может быть сильным и слабым, по устойчивости – устойчивым и неустойчивым.

Страх – инстинкт самосохранения, на его почве появляются чувства тревоги, беспокойства, трепета, переходя в ужас с его физическими последствиями: слабость, бессилие, неподвижность, возбуждение, паническое бегство. Это состояние переходит в истерическую реакцию – панику.

Очень много зависит и от типа характера и нервной системы, напоминаю:

* сангвиник – уравновешенный;
* холерик – неуравновешенный;
* флегматик – инертный;
* меланхолик – слабый.

Каковы же особенности проявления психики личности и психологии коллектива в экстремальных условиях?

Просмотрев фрагменты из видеофильмов, мы заметим следующие типы психического состояния:

А) активные (стенические), сопровождающиеся подъемом, собранностью и, как следствие, способностью человека, масс людей сохранять самообладание и успешно действовать в экстремальных условиях;

Б) отрицательные (астенические), затрудняющие деятельность и препятствующие достижению ее целей. Это проявлялось в таких видах, как беспокойство, тревога, неуверенность, боязнь, подавленность, апатия, чувство отреченности, страх, паника.

Далее более подробно характеризуется два понятия: страх и паника.

**СТРАХ** – тягостное эмоциональное состояние, неприятное переживание скованности и беспомощности перед конкретной или мнимой опасностью.

Виды страха:

* испуг;
* боязнь;
* собственно, страх;
* аффективный страх.

Формы страха:

* активный (обуславливает бегство);
* пассивный (приводит к ступору), которые проявляются либо в агрессивности, либо в бесцельных действиях, либо в депрессии или тяжелой форме апатии. В обоих случаях индивид теряет самообладание, контроль над собой.

**ПАНИКА** – групповое переживание (реакция) людей на воображаемую или реальную опасность.

Источники паники – это отдельные лица, небольшие группы. Виды паники:

* индивидуальная;
* коллективная.

Пусковыми механизмами возникновения паники являются зрительные и слуховые. К зрительным относятся:

* пыль;
* огонь;
* дым;
* темная ночь;
* разрушения;
* бегущие люди. К слуховым:
* сильный шум;
* крики людей;
* взрывы.

Какие же факторы порождают страх и панику? Их всего три:

1. Физические (изнуренность, крайнее утомление, пониженный тонус, нарушение нормального сна, плохое питание);
2. Психологические (повышенная эмоциональная возбужденность, неясность ситуации, чувство бессилия перед неминуемой опасностью, активизация воображения);
3. Социальные (потеря веры в руководство, неожиданное и внезапное наступление катастрофической опасности).

Результаты исследования психологической реакции человека на природные (наводнения, землетрясения и т.д.) и антропогенные бедствия (пожары, аварии, голод и т.д.) показали их значительное сходство и определенное различие. Так природное бедствие человек воспринимает стоически, смиряясь с неподвластностью стихии, антропогенные же бедствия, связанные с деятельностью человека и возникающие по его вине, вызывают чувства гнева, неприятия бедствия.

Реакцию людей на бедствия, время можно разделить на следующие фазы:

1. «Героическая» – во время бедствия и после него. В этот период эмоции людей сильны и целеустремленны. Их стремление - спасти себя и других. Трудовые ресурсы в этот период составляют семейные группы, соседи-спасатели.
2. «Медовый месяц» – длится от недели до 6 месяцев после бедствия. В этот период кто выжил стремится разделить с другими опасность, опыт катастрофы и жить несмотря на потерю близких, собственности. Все в ожидании оказания помощи от правительства, официальных организаций. Трудовые ресурсы в это время составляют группы, вновь созданные или возникшие в результаты специфических потребностей бедствия.
3. «Избавление от иллюзий» – от двух месяцев до года и более. Это такой момент, когда обещанная помощь не оказана и у пострадавших возникает чувство разочарования, горечи, возмущения, гнев. Общественные связи в группах ослабевают, пострадавшие сосредотачиваются на восстановлении своей собственной жизни и решении своих проблем.
4. «Восстановление» – ее начало можно считать тогда, когда человек осознает, что ему придется решать свои проблемы самому и постепенно принимает на себя ответственность за это. Эта фаза длится несколько лет (например: Армения, Таджикистан, Нефтегорск). Сильные стрессовые факторы бедствия могут быть вызваны неожиданной потерей близких, разрушением привычного уклада жизни, потерей основных гарантий безопасности (дома, имущества), чувством угнетенности вследствие физической травмы.

Итак, реакция людей на бедствия:

* 12-15% - спокойны, собраны;
* 75% - сбиты с толку, ошеломлены;
* 1/3 – получили небольшой стресс;
* 2/3 – сильные психические нарушения.

75% всех пострадавших в фазе воздействия подвергнуты «синдромом» бедствия, включающий в себя: отсутствие эмоций, подавленность, нерешительность, отсутствие восприимчивости, автоматическое поведение, ухудшение памяти, нарушение сна, навязчивые мысли о смерти, полная депрессия.

# *ЦЕЛЬ, ВИДЫ, ЭТАПЫ МОРАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ*

Мы тратим время на все, но забываем, что готовность к встрече с неожиданностями, как это не парадоксально звучит, становится едва ли не единственным средством эффективной защиты от опасности. Одна из наших ошибок - самоуверенность, которая мешает правильно оценивать опасность и заранее принять необходимые меры.

Нельзя быть уверенным, что никогда не окажемся в какой-либо рискованной ситуации. Другая ошибка – это неуверенный и неподготовленный человек. Но психологическая готовность – не врожденный дар, а ежедневный труд, учеба, тренировка, постепенное завоевание.

Итак, что такое морально-психологическая подготовка?

Это система деятельности начальника (командиров) по формированию у личного состава, органов управления ГОЧС, населения качеств, позволяющих успешно переносить высокие моральные, психологические и физические нагрузки.

Главное для морально-психологической подготовки – это выработать у людей положительную, активную реакцию на опасность, психологическую готовность к деятельности в экстремальных условиях, сформировать устойчивость психики человека, развить надежность функционирования психики человека в ходе проведения АСДНР, сплотить коллектив спасателей, невоенизированных формирований на успешное выполнение мероприятий ГО. При этом в обязательном порядке надо учитывать индивидуальные психические и национальные особенности личности, коллектива, для чего надо изучать психическое состояние, поведение людей, давать правдивую информацию о сложившейся обстановке, обеспечить социальную защиту спасателей.

Основной принцип психологической подготовки: «Учить тому, что необходимо в экстремальных условиях».

Существует два вида психологической подготовки:

1. Общая (специальная) к действиям в очагах поражения в условиях АСДНР;
2. Целевая к действиям в условиях определенных аварийных ситуаций.

Методических приемов психологической подготовки много, назову несколько важных:

1. Решение задач при дефиците информации, с помехами, с элементами риска, опасности.
2. Введение в ход занятий непредвиденных ситуаций, препятствий, неожиданных усложнений.
3. Создание ситуаций, ведущих к частичной неудаче и требующих в дальнейшем повышения активности.
4. Создание ситуаций, которые вызвали бы психологическую напряженность определенного уровня.

Несколько слов об этапах психологической подготовки. Всего их четыре:

* фоновая подготовка;
* мобилизирующая подготовка;
* морально-психологическая поддержка;
* морально-психологическая разрядка.

Цель фоновой морально-психологической подготовки состоит в обеспечении возможности каждым человеком заблаговременно психологически настроить себя на предстоящую деятельность продумать каким образом подойти к решению задач, на что обратить внимание в первую очередь, на создание глубоких представлений о предстоящей работе, образа будущей деятельности и ее модели. На примере ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС, рассмотрим, что же включает фоновая подготовка:

* выработку готовности к первой встрече с радиационной опасностью;
* совершенствование готовности экипажей, расчетов, групп и подразделений к выполнению дезактивационных и других специальных работ;
* формирование высокого духовного порыва, развитие активности каждого человека, его способности выполнять задачи в условиях длительных эмоционально-волевых нагрузок;
* воспитание у личного состава устойчивости психики к работе в условиях радиоактивного загрязнения;
* формирование у актива готовности к твердому управлению действиям людей в напряженных условиях проведения дезактивационных работ;
* обеспечение работ, быта и досуга личного состава надежным радиометрическим контролем, в т.ч. вооружения каждого индивидуальным дозиметром;
* предоставление личному составу возможно более полной и разнообразной информации, в частности сведений, укрепляющих связи воинов с трудовыми коллективами, семьями, жизнью республики, области.

Благодаря этим и другим мероприятиям возможен быстрый переход в случае необходимости на новый более высокий уровень морально-психологической мобилизованности.

Мобилизирующая психологическая подготовка осуществляется по разному. Это зависит от содержания полученной задачи и времени. Но во всех случаях ее стержнем является повышение активности людей, внушения им сознания ответственности и чувство уверенности в успехе самим содержанием и процессом постановки и разъяснения задачи, а также инструктажам о порядке действий. Надо уметь так поставить самую трудную задачу, чтобы подчиненный получив ее, испытывал воодушевление, чувство спокойной сосредоточенности и внутренней готовности.

# *МОРАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА*

Это важнейший самостоятельный участок деятельности в системе ГО, к сожалению мало изученный, неясный. Этот этап применяется в ходе ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций. Рассмотрим, как проходила поддержка пострадавших и спасателей после землетрясения в Армении, Нефтегорске.

Во-первых, кто участвовал? Медики-тыловики, священники, работники средств массовой информации, похоронные службы, силы ГО.

Чем занимались? – сбором информации, анализом обстановки, изучением настроений различных категорий населения и спасателей, документированием хода ликвидации последствий в виде фото-, видео, киноматериалов, сохраняли публикации прессы, официальные документы, оперативно и правдиво информировали население и спасателей об обстановке, результатах спасательных работ, помощи пострадавшим через средства массовой информации. По всем этим вопросам ежедневно издавали информационные бюллетени. Особое внимание уделялось организации и преданию гласности результатов материальной, финансовой, медицинской и другой помощи пострадавшим, семьям погибших, лишившихся крова, сбору сведений о пропавших без вести и розыску их. За распределением поступающих предметов первой необходимости, продуктами питания, денежной компенсацией проводился строгий контроль и учет.

Не менее важным была нейтрализация слухов, паники, пресечение грабежей, мародерства. Для качественного проведения такой работы создавались мобильные группы, которые на местах изучали размеры разрушений, нужды, настроения людей.

Таким образом, морально-психологическая поддержка – это сохранение высокого духовного порыва активности каждого человека, его способности выполнять задачи в условиях длительных эмоциональных перегрузок. Ее содержанием является:

* развитие сознательного отношения к выполнению АСДНР;
* изучение настроений спасателей, их отношение к АСДНР;
* формирование общественного мнения в отношении АСДНР;
* преодоление чувства страха, неуверенности, апатии;
* расстановка спасателей в соответствии со способностями;
* организация жизнедеятельности спасателей;
* забота об обеспечении безопасности проводимых работ;
* удовлетворение нужд и запросов спасателей;
* анализ и учет негативных факторов, воздействующих на спасателей;
* поощрение отличившихся.

Средства морально-психологической поддержки:

* живое общение, слово, обращенное к человеку;
* печать, газеты, журналы, листовки;
* кино, радио, телевидение, радиогазеты, звуковые письма;
* выступления представителей государственных органов власти, специалистов, медработников;
* деловые контакты с местными жителями, органами власти;
* изучение семейного положения спасателей, решение назревших вопросов;
* оценка результатов проделанной работы (ошибки, их количество, характер и влияние на ход АСДНР);
* социальная защита пострадавших, спасателей при проведении АСДНР;
* индивидуальный подход к лицам, подвергшимся стрессу;
* налаживание деловых с местными жителями.

Специфические требования к формам и методам в период морально- психологической поддержки:

* меньшая продолжительность по времени по сравнению с обычным условиями проведения работы;
* проведение работы на месте выполнения боевой задачи во время перерывов в работе, после обеда, при переездах личного состава, на отдыхе;
* предпочтение формам, предназначенным для расчета, группы, подразделения.

# *МОРАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РАЗРЯДКА*

**Цель** – снятие морально-психологического напряжения, восстановление боеспособности личного состава.

Она включает:

* создание благоприятной атмосферы в коллективе и внутреннего комфорта каждого человека;
* подведение итогов и обмен опытом работы;
* оборудование комнат психологической разгрузки;
* хорошо налаженный досуг, питание личного состава;
* своевременное поощрение личного состава;
* изучение нужд, запросов личного состава и своевременное их удовлетворение;
* информирование личного состава по вопросам, связанным с местом их работы и жительства;
* организация доставки республиканских, областных, районных газет и журналов;
* обмен делегациями и коллективами, где работали воины до госпитализации.

**Главная задача** – не допустить доведения пострадавших до госпитализации. Существует три этапа мероприятий:

1. Восстановительная психотерапия.
2. Реадаптация.
3. Возвращение прежнего уровня жизнедеятельности.

Рассмотрим более подробно 1 этап – психотерапию. Само слово состоит их двух понятий: психо – душа, терапия – лечение, суть его состоит в психологическом воздействии на человека с помощью информации. Выбор вида, формы и средства психотерапевтического воздействия осуществляется строго индивидуально. Это может быть речевая терапия, групповая или индивидуальная, успокаивающая (охранительная) или стимулирующая (активирующая). Средства психотерапевтического воздействия: радио, печать, телевидение, магнитофон, грампластинка, наглядная агитация. Главная задача воздействия – изменить отношение личности, подвергшейся психогенному заболеванию, к самой психогенной ситуации, породившей страх, панику и т.д. Виды психогении (реактивного состояния):

* острые невротические реакции (возникают быстро, длятся часами, днями);
* неврозы;
* реактивные психозы (протекают с двигательным возбуждением: икота,

«комок» в горле, нехватка воздуха).

Какова же работа отдела ГОЧС по морально-психологической разрядке в период проведения АСДНР?

1. Выявить и освободить лица от участия в АСДНР, заболевших в результате воздействия психогенной ситуации.
2. Проводить оздоровление среды, в какой живет, работает, проходит службу участник АСДНР (установить контроль за режимом труда и отдыха).
3. Устранить по возможности, психотравмирующую ситуацию.
4. Установить круглосуточное наблюдение за спасателями, включая:
* получение врачом информации от командиров формирований ГО;
* контрольные осмотры спасателей, личного состава частей и подразделений ГО;
* получение сведений из лечебных учреждений, характеристик с мест работ, учебы;
* назначение медикаментозных средств, амбулаторного лечения, госпитализация;
* создание и регулярная работа пункта (кабинета) психологической разрядки;
* транспортировка заболевших в госпиталь (лечебное учреждение) для снятия стойких расстройств психики (для чего применяют наркопсихотерапию, психотропные средства-транквилизаторы);
* использование аутогенной тренировки (этот метод лечебного самовнушения, способность самостоятельно приводить себя в определенное состояние);
* зрелищные мероприятия, при подборе их содержания и форм.

Исходя из выше сказанного, начальник ГО и начальник отдела ГОЧС объекта должны быть:

* способны к мгновенной актуализации;
* психологически стойки;
* профессиональны компетентны;
* обладали организаторскими качествами;
* способны к быстрой адаптации.

Итак, надежный предохранитель – знание, что наш организм может реагировать непредсказуемо и внутренние ресурсы имеют способность

увеличиваться в случае острой необходимости. Чтобы преодолеть страх, надо верить во что-то высшее, в себя самого или в смысл того, что делаете. Опыт предыдущих испытаний, прожитая жизнь, мысли о любимых и близких придадут вам огромные силы. Только твердость и решительность помогут человеку противостоять трудностям жизни. Наша физическая форма должна поддерживаться на должном уровне, как минимум, элементарными спортивными упражнениями. Когда у вас возникнут трудности, не полагайтесь лишь на помощь других, старайтесь справиться своими силами помня, что желание, воля и стремление могут сделать все.

# *ПОТРЯСАЮЩИЕ РУКОТВОРНЫЕ КАТАСТРОФЫ*

# *ОЦЕНКА ЧЕЛОВЕКОМ ОПАСНОСТИ СИТУАЦИИ*

Крупные стихийные бедствия и техногенные катастрофы, произошедшие последние годы, характеризуются вовлечением в них больших контингентов населения и серьезными экологическими и психопатологическими последствиями.

Боязнь, страх перед лицом опасной или угрожающей жизни ситуации является естественным чувством человека. Однако в одном случае самосохранение выражается в бегстве от угрожающих обстоятельств и факторов внешней среды, в другом - в сознательном и активном преодолении чувства страха и решимости идти на оправданный риск. Решение это основывается или на трезвом расчете, всесторонней оценке опасной ситуации и убежденности в возможности избежать риска для жизни или на сознательном самопожертвовании во имя жизни других людей.

Чувство страха поддается подавлению волевыми усилиями людей и, более того, возможно формирование определенной психологической адаптации к существующей опасности.

Страх усиливается элементом неожиданности, неизвестность порождает чувство тревоги и боязни. Психологическая неустойчивость возрастает также при значительных физических нагрузках, утомлении и систематическом недосыпании

Сознание, что здоровье и жизнь надежно обеспечиваются применением средств защиты и гарантируются определенной системой контроля, позволяет человеку более смело и инициативно выполнять возлагаемые на него функции, укрепляет веру в безопасность работы в данных конкретных условиях. В экстремальных условиях человек подвергается воздействию различных психотравмирующих факторов, обусловленных как прямой угрозой для жизни, так и ожиданием (вероятностью) реализации этой угрозы (опосредованное воздействие). В основе последнего лежит стремление предвидеть (антиципация) результаты действия или явления еще до того, как оно реально осуществится или будет воспринято. При этом на объективную ситуацию проецируются собственный и коллективный опыт, интересы, оценки, результаты фантазирования и т.п.

В происхождении психогенных реакций ведущая роль принадлежит дефициту информации, позволяющей адекватно оценить ситуацию, или слухам, стимулирующим воображение в направлении угрожающих фантазий.

Для психического состояния человека в начальный (острый) период развития чрезвычайных ситуаций, в том числе при радиационных и химических авариях, характерны чувство тревоги, страха, подавленности, стремление выяснить истинные размеры катастрофы.

К наиболее типичным психологическим особенностям обстановки в очаге крупной радиационной или химической аварии можно отнести:

* крайне малый объем информации у населения о субъективны и объективных проявлениях воздействия, стабильности и распределении радиоактивных (РВ) и химических веществ (ХВ) во внешней среде, характере отдаленных последствий, противоречивость и разнообразие этой информации;
* негативное эмоциональное воздействие ожидания отсроченных первичных и отдаленных эффектов, т.е. проявление действия поражающих факторов через дни, месяцы и годы;
* наличие у населения правдивой или ложной информации о степени тяжести и необратимости последствий воздействия РВ и ХВ;
* формирование мнения о неизлечимости последствий поражения, которые приведут к инвалидности, слухи или объективные сведения о большом числе пораженных.

Личностной характеристикой, в первую очередь определяющей развитие психогенных индуцированных состояний, является внушаемость. Внушение может вызывать самые разнообразные ощущения, представления, эмоциональные реакции, в том числе с выраженным физиологическим компонентом. При этом содержание и выраженность состояний, связанных с внушением, зависит как от внешних обстоятельств, так и от внутренних свойств человека и могут изменяться в самых широких пределах. Так, в психиатрии среди психогенных заболеваний выделяют группу острых индуцированных состояний - психогенных параноидов.

Однако психогенные реакции у большинства населения не всегда сводятся к острым формам с психотической симптоматикой. Чаще речь идет о различных проявлениях невротического уровня, которые укладываются в картину индуцированных неврозов. К последним можно отнести случаи «фантомной анестезии» Матуна в послевоенные годы в США, когда пострадавшие массово заявляли об их преднамеренном отравлении и предъявляли соответствующие жалобы, а также вспышку «эпидемической истерии» у рабочих электронной промышленности в Сингапуре. Имевшие при этом место психологические феномены можно рассматривать как последствия проявления личностных особенностей пострадавших (в частности, высокой внушаемости), общего настроя мистики и подозрительности у населения, социального напряжения. Примером подобной массовой реакции может быть также совпавший по времени с разгаром межнационального конфликта в Закавказье случай, который произошел на швейной фабрике в поселке Масис (Армения) Запах уксусной кислоты от спецодежды был расценен как признак преднамеренного отравления, и 49 работниц (из 51) обратились за медицинской помощью, демонстрируя разнообразную симптоматику

- более 80 различных жалоб. Сходная картина наблюдалась и в Тбилиси, где при разгоне участнике! акции протеста был применен слезоточивый газ. Пострадавшие был» единодушны во мнении, что кроме этого газа были использованы психомиметики, и, соответственно, демонстрировали клинику отравления.

# *МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ РЕАКТИВНЫХ СОСТОЯНИЙ*

# *ПРИ АНТРОПОГЕННЫХ КАТАСТРОФАХ*

Клиническая картина острых и подострых реактивных состояний характеризуется непосредственной связью психических расстройств с текущими событиями, сниженным порогом развития мощных аффективных реакций, которые

«запускают» механизмы более или менее неосознаваемых тенденций. В психогенезе этих расстройств взаимодействуют три основных фактора: конституциональный склад характера, особенности психической травмы и интрапсихический конфликт, т.е. названные расстройства возникают не столько из окружающего, сколько из внутреннего мира человека, из его «реальности воображения».

Психотравмирующая ситуация - это столкновение личности с событием, образ которого имеет или приобретает личностный смысл. Психотравмирующими являются ситуации (события), которые воспринимаются как актуально или потенциально несущие вред, ущерб, утрату, обвинение, упрек. Ряд переживаний, возникающих в связи с формирование подобного личностного смысла событий, закономерно включает механизмы психической защиты. Таких переживаний всего четыре: тревога, вина, отвращение и стыд. Их наличие знаменует разочарования и безысходности. Она возникает всякий раз, когда организм сталкивается с более или менее непреодолимым препятствием на пути удовлетворения актуальной потребности.

Психический стресс порождается личностным смыслом этого препятствия. Феномен тревоги, возникающий как субъективное отражение нарушенного помехой психовегетативного равновесия, является наиболее интимным механизмом психического стресса. Концепция универсальной роли тревоги («синдром тревоги») в генезе большей части психических расстройств является одной из основ адаптационной психодинамики.

Рассмотрим симптокомплекс психических расстройств, развивающихся после травматического стресса (PTSD). Речь идет о группе характерных симптомов, которые развиваются у человека, пережившего ситуацию или серию событий, выходящих за рамки человеческого опыта нормальных реакций, например, изнасилование, участие в боевых действиях, массовые катастрофы, депортации или лагеря уничтожения.

В возникновении и развитии расстройства ведущую роль играет скорее личностный смысл событий, чем собственно событие. Характерными симптомами являются переживания травматических событий в повторяющихся сновидениях или навязчивых воспоминаниях, притупление или снижение общей реактивности, снижение интереса к значимым ранее видам деятельности, переживание отчужденности, странности, преувеличенная ориентировочная реакция, многообразные нарушения сна, трудности с концентрацией внимания, нарушение памяти, а у многих переживших массовые катастрофы чувство вины, что остался жив. По времени развития разделяют острый и хронический травматический стресс

- до 6 месяцев и более 6 месяцев с момента психической травмы (или более 6 месяцев после латентного периода).

Близки по структуре к PTSD травматический (боевой) невроз и «синдром уцелевшего» (после массовой катастрофы), для клинической картины которых характерно сочетание аффективных расстройств, типичных сновидений

(уничтожения, агрессии, безысходности) и нарастающих (при неблагоприятном течении) явлений замкнутости и снижении энергетического потенциала.

«Травматический стресс» при антропогенных катастрофах на потенциально опасных производствах создает условия для чрезвычайного интенсивного функционирования механизма раскачивания, возникновения «застревающей» враждебности.

Профессиональная деятельность работников потенциально опасных производств происходит всегда в условиях хронического, а временами весьма выраженного психического стресса. Существование постоянной опасности, так или иначе, ведет к усиленному функционированию механизмов психической защиты. Отрицание реальности может рассматриваться как один из аспектов «логики мифа»: преобладающее функционирование этого механизма психической защиты может вести к формированию мифотворческого отношения к окружающей среде вообще и к техносфере в частности. Суть его сводится к переносу права на привилегии с интерперсональных отношений на природные явления и техносферу. Представляется, что именно логика мифа (отрицание запрета) лежит в основе таких решений, как отключение высшей защиты на 4-м энергоблоке Чернобыльской АЭС с целью получения сверхнормативной энергии на выбеге турбины, нагнетание давления в продуктопроводе в Башкирии с целью сохранения объема продукта на выходе после получения сведения о его падении. Мифотворческое отношение к техносфере угрожает продолжением цепи подобных событий.

# *СИТУАЦИЯ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС ПОСЛЕ РАДИАЦИОННОЙ АВАРИИ*

Ситуацию на Чернобыльской АЭС после радиационной аварии подразделяют на 4 этапа.

# «Шоковый» этап 26.04 - 10.0586.

Авария «обрушилась как гром среди ясного неба» и первоначально не воспринималась в ее истинном значении. Дежурный персонал совершал инспекционные действия без соблюдения правил радиационной безопасности или с прямым их нарушением. Как средство поддержание работоспособности использовался алкоголь в «ударных» дозировках. В последующие 3-4 дня отмечались панические реакции в семьях операторов, острые поведенческие реакции по типу «пир во время чумы», особенно среди молодежи.

Характеризуя особенности психотравмы на этом этапе, важно отметить ее

«апокалиптический» компонент, породивший переживание смертельно грозной опасности, а также ощущение ее мистического характера.

# Этап «гнетущей неопределенности» 10.05 - 01.08.86.

Постепенно операторы и другие специалисты осознают истинный масштаб технологической и человеческой катастрофы. Справиться с последствиями аварии не удается, стратегии борьбы пока не существует. Необходим постоянный дозиметрический контроль, соблюдение строжайших правил индивидуальной защиты в условиях все возрастающего радиоактивного загрязнения. Для работников Чернобыльской АЭС это означает растущее осознание личной и семейной трагедии, они все больше переосмысливают сам механизм аварии.

В связи с эвакуационными мероприятиями происходит расслоение операторского состава - среди них формируется групп специалистов, в буквальном смысле жертвующих собой на работах по ликвидации последствий аварии. Другая часть операторов покидает зону поражения.

У большинства операторов распались семьи, после эвакуации связь с ними потеряна, ясно, что члены семей получили значительные дозовые нагрузки, но нет возможности установить - какие. Операторы живут и работают в «боевой» обстановке радиационного поражения. На этом этапе преобладает переживание трагедии происходящего, проникшее во все сферы душевной жизни.

Характеризуя особенности психического состояния, следует отметить трагический, драматический компонент утраты и упрека, породивший преобладание переживаний вины, отвращения и стыда, тревожные и депрессивные расстройства в связи с самоупреком в действительных или мнимых упущениях.

# Этап «разрешения» психотравмирующей ситуации. 01.08-25.09.86 (завершение сооружения саркофага).

В макросоциальном плане разрешилась проблема стратегии и тактики борьбы с аварией, начались работы по сооружению саркофага, была оценена степень вредности и опасности труда, отработаны методы и способы индивидуальной и коллективной защиты. Для большинства операторов стали близки к разрешению (или разрешились) психотравмирующие обстоятельства семейного, имущественного и профессионального плана. На первое место среди переживаний постепенно выходят не драмы и трагедии, а заботы и планы.

Формируется психическая адаптация к особо вредным условиям труда, которые, несмотря на вредность, становится рутинным. В то же время явно накапливается утомление.

При оценке психопатологических явлений у операторов были выявлены астенические, депрессивные, дисфорические расстройства, а также расстройства психической деятельности, связанные со злоупотреблением алкоголем. Очерченные психические расстройства были выявлены у 9% обследованных операторов.

Астенические расстройства были обнаружены у 8,9% операторов, имевших очерченные психические расстройства. Они проявлялись в падении работоспособности, нарушении внимания и памяти в сочетании с эмоциональной лабильностью, расстройстве сна, потере аппетита и веса, мышечной слабости, неприятных различных ощущениях в разных частях тела. Эти состояния были связаны в чрезвычайной высокой профессиональной нагрузкой, переутомлением. Астенические расстройства могли также быть связаны с действием радиации, что дополнительно усиливало прогностическую неблагоприятность астенического симптомокомплекса.

В значительной части случаев дисфорические расстройства (постоянная раздражительность, переходящая в гнев) были непосредственно связаны со злоупотреблением алкоголем. Они отмечались у 50,8% операторов.

# Этап «адаптации» к экстремальным нагрузкам. 25.09.86 - вплоть до запуска 2-го энергоблока.

В этот период на первый план вышли экстремально-физиологические факторы резко увеличенные профессиональные нагрузки, усугубляемые вахтовой системой работы, накоплением дозы облучения, необходимостью соблюдения правил радиационной защиты.

Таким образом, ситуация на Чернобыльской АЭС прошла путь от чрезвычайной травмирующей, мистически грозной к экстремально-

физиологической, профессионально-рутинно-вредной. За это время переживания людей прошли путь от шоковой растерянности через жестокую и/или хроническую тревогу, чувство вины, стыда, отвращения к адаптации большей части операторов к экстремальным нагрузкам. В то же время ограничился контингент лиц с психическими расстройства, у которых аффективная патология сочеталась с враждебностью и отчужденностью.

За время работы на Чернобыльской АЭС исследователям представлялась возможность собственными глазами увидеть разрушенный 4-й энергоблок. Всякий, кому предлагалось посмотреть на разрушения, мог либо согласиться, либо отказаться. Тот, кто отказывался, реализовывал действие механизмов невротической защиты через ограничительное поведение, т.е. у него выявлялась склонность к развитию невроза избежания, радиофобии. Те, кто соглашались и посещали смотровую площадку, также реализовали действие механизма психической защиты отрицанием реальности, поскольку пренебрегали объективной угрозой дополнительного облучения. Оба типа реагирования (бегство от реальности и игнорирования реальности) были нормальными в аномальной ситуации травматического стресса. В то же время можно предположить, что преобладающее функционирование типологически различных механизмов психической защиты может лечь в основу столь же различных путей последующей эволюции психики переживших антропогенную катастрофу на потенциально опасных объектах.

# *ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА*

Учитывая важность проблемы психологического состояния больших групп населения в экстремальных условиях, необходимость решать вопросы оказания психологической поддержки, медицинской помощи и эвакуации пострадавших, следует выявлять людей, обладающих внушаемостью, и наоборот, способных индуцировать окружающих.

Выявление случаев психогенного индуцирования важно также для определения тактики лечения лиц, поступающих из очага аварии.

Кроме того, вопросы психологической защиты должны решаться и в самом очаге аварии. Стратегия овладения ситуацией, опасной для жизни, состоит в оценке субъектом степени угрозы и возможности справиться с ситуацией. При этом возможно использование двух психологических механизмов: либо прямые действия, сопровождаемые соответствующей эмоциональной активацией (реакция избегания или пассивная позиция), либо переоценка ситуации в направлении ее деактуализации. Последняя особенно характерна в непосредственной близости от потенциально опасного объекта (АЭС или химическое предприятие), и работающего на нем персонала, у которых снижение чувства опасности носит «адаптационный» характер. Однако такой вид психологической адаптации к *жизнеопасному* объекту нежелателен. В связи с этим именно данный контингент следует предварительно подготавливать через средства массовой информации к действиям в условиях возможной аварийной ситуации.

В период аварии средства массовой информации должны ликвидировать или

«снижать» ситуацию неопределенности, сообщать действительные факты положения дел и принимаемых мерах. Необходимо уделить внимание активизации альтруистического поведения, привлекая для этого авторитетных в обществе лиц, а возможно, и выявленных скрининговыми методами людей, способных индуцировать окружающих.

Психопатология антропогенных катастроф определяется следующими аспектами:

* *работа на потенциально опасных объектах переживается как хронический и/или жесткий психический стресс;*
* *при практическом отсутствии критериев профотбора значительную долю среди работников таких предприятий составляют люди, склонные к отрицанию психотравмирующей реальности;*
* *отрицание реальности, особенно при злоупотреблении алкоголем, ведет к грубым профессиональным ошибкам, авариям, которые могут стать катастрофами,*
* *катастрофы ведут к развитию психических и психосоматических расстройств, инвалидизации работников потенциально опасных объектов и населения.*

# Исходя из этого, к мерам предупреждения антропогенных катастроф можно отнести следующие:

* *совершенствование служб психофизиологического отбора на потенциально опасных объектах и разработка адаптационно-психодинамических критериев требований к психическому здоровью различных служб служащих-*
* *разработка и установка на всех потенциально опасных объектах высших защитных систем, которые невозможно снять до полной остановки производственного цикла;*
* *включение преподавания основ психологии и психиатрии в циклы подготовки специалистов управления потенциально опасными производствами.*

# *МОРАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПАСАТЕЛЕЙ*

***ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПАСАТЕЛЕЙ***

Профессиональная деятельность спасателей – один из наиболее важных и гуманных видов человеческой деятельности. Главной целью выполнения спасателями своих профессиональных обязанностей является спасение людей и материальных ценностей, а также ликвидация чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени. Основной вид их профессиональной деятельности - проведение аварийно-спасательных работ (АСР).

В процессе этих работ спасатели подвергаются воздействию поражающих и психотравмирующих факторов ЧС. Их деятельность связана с угрозой для жизни и здоровья, а ее результаты имеют высокую социальную значимость. Кроме того, содержание работ, необходимость оперативного принятия решений в ходе их, сложность используемых технических средств, другие специфические факторы, возникающие при ЧС, определяют высокие требования к уровню знаний, умений, навыков и психологических особенностей спасателей.

Чтобы установить эти требования, рассмотрим некоторые морально- психологические особенности профессиональной деятельности спасателей войск гражданской обороны. Распорядок дня их личного состава обычно включает в себя различные виды занятий, обслуживание технических средств и аварийно- спасательного инструмента, выполнение хозяйственных работ, несение караульной

и внутренней службы, спортивно- и культурно-массовые мероприятия. Все это время спасатели постоянно находятся на виду друг у друга, общаются, совместно решают служебные задачи, принимают пищу, отдыхают и т.д. Это создает особую атмосферу быта спасательного подразделения, где все достаточно хорошо знают интересы, привычки и привязанности друг друга. Как положительные, так и отрицательные стороны поведения конкретного человека, проявляемые им при выполнении работ по ликвидации ЧС или в процессе учебно-боевой деятельности, быстро становятся известны всему личному составу По сигналу тревоги, который является началом этапа боевой профессиональной деятельности спасателей, личный состав надевает боевую одежду и снаряжение, согласно боевому расчету открывает ворота гаражей, грузит аварийно-спасательный инструмент, водители запускают двигатели автомашин и все занимают места в автомобилях. На осуществление всех этих мероприятий нормативами отводится предельно короткое время.

Сигнал тревоги всегда внезапный. Он застает спасателей во время учебных за- нятий, отдыха, принятия пищи и т.д. Вот эта неожиданность, дефицит времени, неопределенность предстоящей ситуации (из-за отсутствия достаточной информации о возникшей ЧС) вызывают у спасателей эмоциональное напряжение, которое быстро нарастает. В течение короткого времени может резко меняться вид их деятельности, что, безусловно, отражается на эмоциональном состоянии и двигательной активности спасателей. Речь становится отрывистой, движения быстрыми и зачастую несколько хаотичными. При этом им далеко не всегда удается мгновенно переключиться с одного вида деятельности на другой: на какое-то время эти виды как бы наслаиваются друг на друга, происходит их "столкновение".

На пути следования к зоне ЧС спасатели при необходимости локализуют и тушат пожары на маршрутах выдвижения, разбирают завалы на дорогах, оборудуют переправы.

По прибытии в зону ЧС проводятся разведка очага бедствия (аварии или катастрофы) и боевое развертывание. Далее личный состав выполняет свои функции согласно боевому расчету и приказам непосредственных начальников. На этом этапе спасатели подвергаются воздействию большого количества стрессовых воздействий. Основными из них являются:

* угроза для жизни и здоровья, которая может быть вызвана обрушением конструкций зданий и сооружений, взрывами, выбросами пламени, радиационным и химическим воздействием, возможностью поражения электрическим током и др.;
* необходимость быстрого принятия решений в постоянно меняющейся опасной обстановке и высокая ответственность за их правильность. Это обус- ловлено задачей в кратчайшие сроки спасти людей и материальные ценности, а также осознанием спасателями цены ошибки, которая может привести к неоправданным людским потерям;
* экстремальные физические нагрузки, вызванные длительным выполнением трудоемких работ без полноценного отдыха, работой в средствах индивидуальной защиты, задымлением, высокими или низкими температурами воздуха, неблагопри- ятным шумовым и световым фоном и т.д.;
* эмоциональные стрессы, обусловленные видом погибших и пострадавших людей и животных, разрушением зданий и сооружений, пожарами и др.

Перечисленные стрессовые воздействия могут по-разному восприниматься каждым спасателем, однако в своей совокупности они, как правило, вызывают у них

временные стрессовые состояния. Будучи по своей сущности коллективной, про- фессиональная деятельность спасателей предполагает оказание взаимной помощи, взаимозаменяемость, умение вовремя прийти на помощь. В зависимости от особенностей ЧС практически каждому спасателю приходится выполнять всевоз- можные виды работ по ее ликвидации. Следовательно, любая попытка спрятаться за спинами товарищей здесь не проходит незамеченной. Это значительно повышает ответственность человека перед коллективом за результаты своей работы.

После ликвидации ЧС наступает этап, охватывающий период от окончания ликвидации до готовности спасательного подразделения к преодолению новой ЧС. Он включает в себя приведение в порядок техники, аварийно-спасательного инструмента, снаряжения и средств индивидуальной защиты, а также разбор действий спасателей на прошедшей ЧС. Затем вновь наступает этап учебно-боевой деятельности.

Для профессиональной деятельности спасателей характерны также аритмич- ность процесса их службы и неравномерность интенсивности труда. Это объ- ясняется случайностью возникновения ЧС, разнообразием их видов, масштабами последствий. Названные особенности тоже увеличивают эмоциональную на- пряженность, способствуют ее накоплению. Спасатель должен находиться в боевой постоянной готовности, у него нет возможности планировать свою деятельность. Ведь он не может знать, случится ли в определенный период времени ЧС, каковы ее характер и масштабы.

Существенным неблагоприятным фактором является и периодическое нарушение нормального режима сна-бодрствования, возникающего в связи с дежурствами и в ходе ликвидации ЧС. Разные люди no-разному способны переносить длительное бодрствование, а лишение ночного сна может привести некоторых из них к длительным расстройствам всего цикла "сон-бодрствование", что негативно скажется на психоэмоциональном состоянии.

# *ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ЛИЧНОСТНЫМ СВОЙСТВАМ СПАСАТЕЛЕЙ*

Особенности профессиональной деятельности спасателей предъявляют оп- ределенные требования к их индивидуальным личностным свойствам. Перечислим основные требования:

* быстрая адаптация спасателей к условиям ЧС;
* устойчивость к влиянию психотравмирующих факторов ЧС;
* способность принимать решения в условиях дефицита информации или времени на ее осмысление;
* надежная работа при выполнении AСP в течение длительного времени и в средствах индивидуальной защиты;
* устойчивость к экстремальным физическим и психологическим нагрузкам;
* эффективная и безаварийная эксплуатация технических средств и аварийно- спасательного инструмента;
* эффективное взаимодействие и взаимозаменяемость при проведении АСР. Опыт ликвидации крупных ЧС последнего времени (аварии на Чернобыльской

АЭС, землетрясений в Армении, Нефтегорске и др.) показал, что было много слу- чаев, когда отдельные личностные качества спасателей не соответствовали ука- занным требованиям. Это проявлялось в виде растерянности, а подчас и полном

непонимании сложившейся обстановки. Принимаемые решения зачастую были непродуманными, носили стереотипный характер и иногда приводили к неоправ- данным потерям. Спасатели оказывались неспособными выполнять АСР в условиях экстремальных физических и психических нагрузок. Их поведение зависело от воз- действия психотравмирующих факторов. В результате резко снижалась работоспособность. Среди этой части спасателей росло число физических и психических травм, что не только делало бессмысленным дальнейшее участие людей в проведении АСР, но и требовало привлечения дополнительных сил и средств.

Индивидуальные личностные качества спасателей, позволяющие им эффек- тивно исполнять профессиональные обязанности на этапах учебно-боевой и боевой деятельности, называются профессионально важными.

# *ПРОФЕССИОНАЛЬНО ВАЖНЫЕ КАЧЕСТВА СПАСАТЕЛЕЙ СТРУКТУРА ПРОФЕССИОНАЛЬНО ВАЖНЫХ КАЧЕСТВА СПАСАТЕЛЕЙ*

В МЧС Россией был проведен ряд исследований с целью определить профессионально важные качества спасателей, т.е. их индивидуальные свойства которые позволят быстро и качественно выполнять профессиональные обязанности в любых условиях при ликвидации ЧС. Изучались механизмы отрицательного влияния условий работы на профессиональную деятельность спасателей и выявлялись человеческие качества, позволяющие избежать или свести к минимуму это влияние. В результате исследований была определена структура профессионально важных качеств спасателей, которые разделены на пять групп: психологические, медицинские (Физиологические), эргономические, социально- психологические и инженерно-психологические. Рассмотрим каждую из этих групп.

# *ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КАЧЕСТВА*

К группе психологических относятся такие качества, как внимание, память, мышление, воля и самоотношение.

***Внимание*** позволяет спасателям осуществлять контроль за соблюдением порядка своей деятельности, за работой технических средств, за изменениями обстановки в зоне ЧС. Наиболее важные его характеристики:

* объем внимания - способность удерживать в центре внимания несколько объектов наблюдения;
* устойчивость внимания - способность сосредоточить внимание на кон- кретном объекте, не отвлекаясь на посторонние раздражители;
* переключаемость внимания - способность (при необходимости) быстро переключать внимание с одного объекта на другой.

Недостаточный уровень развития внимания у спасателей может привести к нарушениям порядка выполнения работ, ошибкам, ослаблению контроля за своей деятельностью, которые в свою очередь могут повлечь за собой травматизм и выход из строя технических средств.

Наша ***память*** позволяет использовать на практике имеющиеся опыт, знания, умения и навыки действий. Основными характеристиками памяти являются:

* оперативная (кратковременная) память - способность запоминать на не- продолжительное время один раз увиденную или услышанную информацию;
* долговременная память - способность в течение длительного времени удерживать в памяти большой объем информации;
* непроизвольное запоминание - способность запоминать информацию без специальных волевых усилий, направленных на ее запоминание.

***Качество мышления*** определяет способность спасателей принимать обоснованные решения с учетом изменений, происходящих в ходе выполнения АСР Конечные результаты работ по ликвидации ЧС и работоспособность спасателей зависят от таких аспектов деятельности, как прогнозирование развития событий, определение характера и объема информации, необходимой для принятия решения, выявление и анализ основных взаимосвязей при выполнении задачи.

***Качество воли*** играет решающую роль в формировании устойчивости спасателя к воздействиям поражающих факторов и психотравмирующих условий ЧС. От уровня развития волевых характеристик зависит способность спасателя действовать в условиях, связанных с риском для его здоровья и жизни. Наиболее важной из таких характеристик является эмоционально-волевая устойчивость, под которой понимается не отсутствие у человека эмоций, а соответствующая условиям степень его эмоционального возбуждения. Согласно экспериментальным данным, за счет оптимального уровня эмоционально-волевой устойчивости можно полностью компенсировать недостаточное развитие других психологических профессионально важных качеств спасателя.

Недостаточный уровень развития волевых характеристик может вызвать по- вышенную восприимчивость человека к воздействию психотравмирующих условий ЧС, затрудненную его адаптацию, психические и физические травмы и расстройства, даже полную неспособность действовать в условиях ЧС, которая может проявляться в форме паники или полного бездействия.

Важным условием успешного выполнения спасателями АСР в ЧС является их уверенность в собственных возможностях, способность к самостоятельному осуществлению профессиональных обязанностей. Это условие зависит от характеристик самоотношения, самооценки спасателя и уровня самоконтроля. Под самооценкой понимается способность объективно оценивать результаты своей деятельности, а под уровнем самоконтроля - умение действовать в расчете только на собственные силы, а также отвечать за свои поступки. Низкий уровень развития у спасателя этих характеристик влечет за собой его неспособность самостоятельно действовать, снижает работоспособность при выполнении сложных и ответственных задач.

Немаловажное психологическое качество спасателя - мотивация, т.е. по- буждение, вызывающее активность организма и определяющее ее направленность на определенный вид деятельности.

# *МЕДИЦИНСКИЕ (ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ) КАЧЕСТВА*

Медицинская (физиологическая) группа профессионально важных качеств в целом характеризует степень соответствия возможностей организма спасателя содержанию и условиям выполнения АСР. Эти качества всесторонне отражают состояние функциональных систем организма (сердечно - сосудистой, дыхательной,

костно-мышечной систем и органов чувств). Кроме того, оценка качеств данной группы позволяет выявить у спасателей патологии, препятствующие выполнению ими профессиональных обязанностей в условиях ЧС.

Если медицинские (физиологические) качества спасателей не соответствуют норме, то это может привести к психическим и физическим нарушениям, которые частично или полностью исключают возможность осуществления спасателем АСР

Изучение основных характеристик медицинских (физиологических) качеств, а также их влияния на работоспособность и конечные результаты АСР - прерогатива работников медицинской службы.

# *ЭРГОНОМИЧЕСКИЕ КАЧЕСТВА*

В современных условиях выполнение спасателями работ по ликвидации ЧС немыслимо без широкого применения различных технических средств. В связи с этим особую значимость приобретают профессионально важные качества спасателей, от которых зависят эффективность, уровень и надежность их работы при взаимодействии с техническими средствами, - эргономические качества. К ним относятся: состояние центральной нервной системы, монотоноустойчивость, импульсивность (рефлективность).

Достижения современной науки по исследованию взаимодействия человека с техническим средством при осуществлении различных видов профессиональной деятельности свидетельствуют о том, что наиболее информативным для прогнозирования эффективности такого взаимодействия является состояние центральной нервной системы (ЦНС) человека. Когда характеристики данного качества находятся на оптимальном уровне, взаимодействие человека и технических средств протекает с высокой степенью реализации потенциала последнего. Если же они оказываются недостаточными, то у спасателей могут возникать психические и физические расстройства и травмы, что приведет к резкому снижению уровня и темпа выполнения работ, а порой и к полной неспособности осуществлять свои обязанности.

Состояние центральной нервной системы человека оценивается тремя по- казателями: силой, лабильностью и подвижностью ЦНС.

***Сила*** *ЦНС -* это свойство, характеризующее способность клеток коры го- ловного мозга выдерживать либо очень сильное, либо длительно действующее (хотя и не сильное) возбуждение. Она проявляется в меньшей утомляемости, в большем самообладании в экстремальных условиях и большей сопротивляемости влиянию посторонних для данной деятельности раздражителей. Вместе с тем сильная нервная система более подвержена отрицательному воздействию однообразных раздражи- телей (например, при простой монотонной деятельности).

***Лабильность ЦНС*** *-* это свойства, характеризующие скорость возникновения и прекращения нервных процессов. Лабильность имеет значение в деятельности, когда требуется быстро принимать решения, часто переключать внимание с одного объекта на другой.

***Подвижность ЦНС*** *-* это свойства, характеризующие способность ЦНС быстро реагировать на изменения в окружающей среде.

Необходимо отметить, что взаимодействие спасателей с техническими средствами в процессе выполнения АСР может быть продолжительным и

однообразным, и это важно учитывать при оценке способности спасателя эффективно осуществлять однообразную работу в течение длительного времени.

Одним из эргономических качеств является также импульсивность (рефлективность). Оно заключается в склонности человека действовать по первому побуждению, под влиянием внешних обстоятельств или эмоций. Импульсивный человек не обдумывает свои поступки, не взвешивает все "за" и "против". Он быстро и непосредственно реагирует и нередко столь же быстро раскаивается в своих действиях.

От импульсивности следует отличать решительность, которая тоже предпо- лагает быструю и энергичную реакцию, но она связана с обдумыванием ситуации и принятием наиболее обоснованных и целесообразных решений.

# *СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КАЧЕСТВА*

Проведение АСР в чрезвычайных ситуациях - сложный процесс. Наряду с эффективной работой каждого спасателя здесь требуется их тесное взаимодействие при совместном выполнении работ, а также определенное взаимодействие спасателей с местным населением, оказавшимся в зоне бедствия (очаге поражения). Из качеств данной группы главными для спасателей являются так называемый когнитивный стиль, коммуникабельность и эмпатия.

***Когнитивный стиль*** определяет такие особенности деятельности спасателей, как их способность отвлечься от внешних условий, умение выделять в той или иной ситуации наиболее существенные, а не самые заметные черты, ориентация при принятии решения на объективную ситуацию, а не на имеющиеся знания и опыт, если они противоречат один другому, стремление постоянно контактировать (взаимодействовать) с другими людьми.

Есть такое понятие - ***экстравертированность****.* Это одна из характеристик когнитивного стиля человека, в соответствии с которой внешние обстоятельства гораздо больше влияют на его поступки, чем собственное мнение о них. А интровертированность свидетельствует о том, что человек ориентируется в основном на свою оценку событий или действий. Оптимальным является определенное сочетание параметров обеих этих характеристик. В противном случае существенными негативными последствиями могут быть нарушения внутригруппового и межгруппового взаимодействия, неспособность спасателей к самостоятельным решениям, постоянная потребность в руководстве и посторонней помощи в процессе выполнения профессиональных задач.

***Коммуникабельность*** характеризует такие особенности поведения и деятельности спасателей, как общение с людьми и интерес к ним. От этого качества зависит способность человека трудиться в коллективе. Недостаточный уровень развития коммуникабельности приводит к неспособности и отсутствию стремления общаться, к скованности и плохой ориентации в незнакомых ситуациях, к тому, что спасатель не проявляет инициативу, избегает принимать самостоятельные решения.

***Эмпатия*** *-* это способность человека понимать психическое состояние другого и сопереживать ему. В то же время это в основном пассивно созерцательное отношение к переживаниям другого, сопереживание или сочувствие без проявления активности с целью оказать ему действенную помощь. Качество эмпатии, безусловно, должно быть развито у спасателя, иначе у него возникает состояние

безразличия к страданиям других людей, что негативно скажется на выполнении им АСР в чрезвычайной ситуации.

# *ИНЖЕНЕРНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КАЧЕСТВА*

Они позволяют учесть, так сказать, операторскую составляющую деятель- ности спасателя, которая проявляется при работе с пультами управления тех- ническими средствами, контрольно-измерительной аппаратурой и т.д. К этой группе профессионально важных качеств спасателей отнесены состояние его опорно- двигательной системы и уровень самоконтроля. Первая из них определяется такими характеристиками: координация движений, быстрота и точность двигательных реакций, тремор (дрожание конечностей). Недостаточный уровень развития первых трех характеристик может привести к частичной, а иногда и полной неспособности выполнять АСР. Что касается тремора, то он недопустим.

Такова структура профессионально важных качеств спасателей. О том, какие условия влияют на все эти качества, речь пойдет в следующей части материала.

# *ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ СПАСАТЕЛЕЙ ДЛЯ ВЕДЕНИЯ АВАРИЙНО-СПАСАТЕЛЬНЫХ РАБОТ В ОЧАГЕ (ЗОНЕ)*

***ПОРАЖЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ СПАСАТЕЛЕЙ ПО ПОДДЕРЖАНИЮ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ СРЕДИ ПОСТРАДАВШИХ***

Помимо поражающих факторов, оказывающих физическое воздействие на человека, такие стихийные бедствия, как землетрясения, взрывы, бури, смерчи, тайфуны оказывают мощное психотравмирующее действие. Наиболее сильная психотравма возникает у людей, подвергшихся физическому воздействию поражающих факторов, а также у непосредственно наблюдавших процесс катастрофы, но не подвергшихся травматическому воздействию. Вместе с тем, существенным психотравмирующим эффектом обладает внешний вид разрушений, а также раненых, пораженных, погибших.

Динамика развития картины реакции психики на катастрофу и требования к психологической подготовке спасателей однотипны для большинства чрезвычайных ситуаций. Однако для каждой чрезвычайной ситуации характерны специфические особенности реакции человека на ее психотравмирующее действие.

# *ИСТОЧНИКИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ В ЧС И ОСОБЕННОСТИ ИХ ПРОЯВЛЕНИЯ*

Изменения и нарушения психической деятельности в ЧС имеют два основных источника. В одном случае они являются следствием различного рода травм, отравлений, облучения, полученных в чрезвычайной ситуации. Подобного рода нарушения входят отдельными элементами в общую картину физиологических изменений, возникающих вследствие действия на человека поражающих факторов. Такие изменения описаны как отдельные симптомы травматического шока, картины отравления, радиационного поражения. Они являются важными диагностическими признаками при определении медицинской картины поражения и описываются в соответствующих разделах.

В другом случае, изменения психической деятельности не являются следствием нарушения физиологических процессов в организме пострадавшего в целом и в мозгу, в частности. Они возникают независимо от того, имеет пострадавший физическую травму или нет, причем возникают значительно чаще у тех, кто находится в относительно благополучном физиологическом состоянии.

Люди, пережившие катастрофу и находящиеся в зоне чрезвычайной ситуации, как правило, не подвержены серьезным психическим изменениям, сопровождающимся глубокой социальной дезадаптацией (различные формы безумия), это связано с высокой степенью мобилизации психики человека в экстремальных условиях. Вместе с тем, психические нарушения меньшей тяжести всегда встречаются у подвергшихся воздействию ЧС и зависят от следующих условий: чем легче расстройства в физическом здоровье человека, связанные с действием поражающих факторов (некоторое исключение составляют радиационные поражения), тем раньше наступают и ярче проявляются психические расстройства; чем значимее для человека потери, понесенные им в ЧС, тем глубже расстройства психики и тем дольше они будут продолжаться; чем меньше определенности, информации имеет человек по проблеме, оказывающей на него психотравмирующее действие, тем глубже и дольше проявляются у него психические нарушения.

# *ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОСТРАДАВШИХ В ЧС*

Психическая реакция человека на катастрофу не одмоментна, психические изменения разворачиваются во времени, одни формы проявлений сменяются другими.

*Особенности психической реакции на угрозу катастрофы.* В случае если катастрофические явления обрушились на пострадавших не внезапно, а проходило какое-то небольшое время между возникновением катастрофы и воздействием на людей ее поражающих факторов, люди вели себя двояким образом. Пострадавших, на которых катастрофические явления обрушились не внезапно, а через какой-то небольшой промежуток времени между возникновением катастрофы и воздействием ее поражающих факторов, можно отнести к одной из двух категорий.

Представители первой категории людей испытывали страх, растерянность, проявляли беспорядочную активность, неспособность к целенаправленной деятельности, дезориентировку в пространстве и окружающей ситуации. Люди, действующие в критической обстановке подобным образом, могут инициировать панику.

Представители второй категории еще до поражающего воздействия физических факторов катастрофы впадали в оцепенение, состояние оглушенности, вялости, апатичности, заторможенности.

Дальнейшие изменения психики, обусловливающие поведение, происходят в несколько стадий. Первые три из них типичны и примерно одинаковы для реакции людей на чрезвычайные ситуации любой физической природы.

*Первая стадия психической реакции на катастрофу. Психическая реакция и поведение человека на первой стадии.* Первая стадия - стадия витальных реакций - происходит во время действия поражающих факторов катастрофы (землетрясения).

Реакция характеризуется сужением поля сознания, частичной потерей памяти, изменением восприятия, течения времени. Поведение не контролируется сознанием, полностью подчинено инстинкту самосохранения. Способность человека к контакту, взаимодействию, социальным формам поведения утрачивается. Господствуют инстинктивные формы поведения. Психика сверхмобилизирована, действия совершаются автоматически, при этом человек может совершить для собственного спасения действия, которые в обычных условиях для него непосильны.

После окончания катастрофических процессов, а также в случае перемещения человека в безопасное место или неуспеха поведения, направленного на самосохранение, наступает глубокое торможение, оцепенение. Явления суженного сознания в течение всей стадии сохраняются.

В течение 5.. 10 (иногда 15 мин) сохраняется нечувствительность к боли.

Длительность этой стадии около 15 мин. У тех, кто получил какие-либо травмы, продолжительность психического торможения, ступора может увеличиваться до десятков минут, одного-двух часов (1).

*Вторая стадия психической реакции на катастрофу. Психическая реакция и поведение человека на второй стадии.* Вторая стадия - острый психоэмоциональный шок и сверхмобилизация. Сохраняются явления суженного сознания, воспринимаются только события и явления, имеющие для человека высокую значимость, все остальное не фиксируется, прошлое и будущее не воспринимаются, течение времени как бы останавливается, боль чувствуется, но не отлагается в сознании, в памяти. Обостряются социальные чувства: взаимопомощь, взаимовыручка, взаимоподдержка. В этой стадии психика становится очень восприимчивой к внушению, примеру. Клич, команда, пример того или иного поведения служат стимулом для действия окружающих людей (при этом не исключена возможность возникновения паники, если индуктору паники по тем или иным причинам удается овладеть инициативой).

В случае, если люди, находящиеся в этой стадии, сами не получили серьезных поражений, травм и непосредственная угроза их жизни отсутствует, их деятельность целенаправляется на поиск и оказание помощи пострадавшим родственникам, близким. Спасая близких, человек проявляет необычную силу и ловкость, безрассудную смелость, не обращает внимания на опасность. (1).

Непосредственно в зоне поражения (зоны завалов, пожаров и т.п.) вокруг тех людей, которые первыми выходят из оцепенения и предпринимают целенаправленные действия к спасению, образовываются группы по 10... 15 человек. Члены группы по отношению друг к другу проявляют взаимовыручку и взаимопомощь. Круг восприятия и взаимодействия пострадавших ограничивается рамками той группы, в которую они входят. Другие группы не воспринимаются, не откладываются в сознании пострадавших. (2).

Состояние человека во время этой стадии, как правило, характеризуется следующими признаками: головокружением, головной болью, сердцебиением, сухостью во рту, жаждой, затрудненностью дыхания. Во время этой стадии полностью отсутствует сон.

Стадия длится 2...45 ч и сопровождается общим психическим напряжением, мобилизацией всех резервов организма, обострением восприятия, увеличением скорости мыслительных процессов (1).

*Третья стадия психической реакции на катастрофу. Психическая реакция и поведение человека на' третьей стадии.* Третья - стадия психофизиологической демобилизации. Она является продолжением, развитием второй. Переход психического состояния в третью стадию связан с определенными, конкретными событиями в жизни пострадавшего, находящегося в зоне ЧС.

К таким событиям относятся: спасение близких потерпевшего (или осознание им невозможности этого сделать), выход группы спасающих в относительно безопасное место, начало проведения организованных спасательных мероприятий, не требующих личного участия пострадавших.

Указанные события демобилизующим образом действуют на психику пострадавших. Снятие напряжения приводит к расширению поля сознания, восприятие человека возвращается в обычное состояние. В этой стадии человек впервые осознает масштабы катастрофы "во времени и пространстве", понимает, что катастрофа навсегда изменила привычный уклад его жизни. Процесс осознания масштабов потерь и разрушений, происходящий на фоне большего или меньшего физиологического истощения и утомления, вызывает состояние глубокого стресса.

На этой стадии потерпевшие испытывают ухудшение самочувствия, эмоционального состояния. В зависимости от тяжести потерь люди по разному, более или менее глубоко переживают эту стадию, однако типичными являются потеря смыла собственной жизни, непреодолимая трудность "начать все сначала", осознанное отчаяние из-за потери близких, собственных травм или материальных утрат, которые представляются потерпевшему невосполнимыми.

Люди, находящиеся в этой стадии, подавлены, вялы, бесцельно, слоняются, механически исполняют какую-то монотонную работу, которую могут в любой момент бросить и более не пытаться возобновить. У них подавлены мотивы к деятельности, рассеяно внимание, демобилизованы мышление и память, в связи с чем могут возникнуть чисто внешние признаки частичной потери памяти, В таком состоянии человек становится неряшлив, желания, связанные с поддержанием жизненных отправлений, подавлены, отсутствует аппетит, долго не евшие люди могут начать есть, а потом прекратить прием пищи, бросить недоеденные продукты. Спасателей может удивлять и раздражать, что вполне здоровые люди начинают отказываться от выполнения спасательных работ, бесцельно бродят среди развалин, равнодушно топча ногами тут и там попадающиеся почти целые и лишь надкусанные продукты, тем не менее, такое поведение обусловлено не "дурным нравом" или "паразитизмом" пострадавших, а объективной картиной развития психического состояния. В этой стадии у пострадавших существенно снижается моральный самоконтроль, появляются случаи асоциального поведения, становится возможной агрессия в ответ на попытки как-то "раскачать" потерпевших.

Этой стадии свойственны существенные нарушения сна. Потерпевшие, даже сильно утомленные, боятся заснуть, во сне их мучают кошмары, они вновь и вновь видят сцены катастрофы, гибели близких. Для нормализации, сна применяются лекарственные препараты.

Во время бодрствования потерпевшие нередко вновь переживают события катастрофы, в своем воображении пытаются отыскать вариант спасения близких.

Они мучаются угрызениями совести, бичуют cебя за то, что не смогли помочь их спасению, создают воображаемую картину якобы в действительности имевших место событий, в которых вымышленные обстоятельства "доказывают" невозможность прийти на помощь близким. Такие люди испытывают потребность рассказывать собеседнику обстоятельства катастрофы, дополняя их каждый раз новыми вымышленными оправдательными подробностями ситуации, в которой они оказались не способны помочь своим близким. Такая беседа, сама возможность выговориться имеет для пострадавших психотерапевтический эффект. Поэтому, если позволяет время и обстановка, не следует пренебрегать возможностью выслушать пострадавшего, одобрить его действия (неважно - реальные или вымышленные) (3).

У некоторых пострадавших, находящихся в этой стадии развития психических нарушений, возможен бред, галлюцинации. Это встречается в основном у тех, кто находится в относительно благоприятной обстановке.

Стадия психологической демобилизации длится до 3 суток (1).

*Отсроченная реакция на психотравмирующее действие экстремальной обстановки в чрезвычайной ситуации.* На следующих стадиях у пострадавших постепенно нормализуется психическая деятельность. При этом в течение последующих 7... 10 дней отчетливо заметны отклонения. Сначала это пониженный эмоциональный фон, глубокая замкнутость, маскообразность лица, монотонность речи, замедленность движений. К концу указанного срока - желание "выговориться", чрезмерная подчеркнутость мимики и интонации при рассказах о пережитом. Потерпевшие избирательны в общении. Они предпочитают рассказывать о происшедшем с ними в период ЧС тем людям, которые не были свидетелями катастрофы. В этот период восстанавливается сон, но кошмарные сновидения остаются. Потерпевшие оценивают свое состояние как улучшение, однако на этот период приходится наивысший показатель утомления, истощения биологических резервов организма, в это время часты разнообразные функциональные расстройства.

Примерно через 2 недели после катастрофы наступает улучшение физического и психического состояния потерпевших, активизируется общение, нормализуется деятельность, постепенно приходят в нормы сновидения (4).

# *РЕКОМЕНДАЦИИ СПАСАТЕЛЯМ ПО УЧЕТУ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ НАСЕЛЕНИЯ, НАХОДЯЩЕГОСЯ В ЗОНЕ ЧС*

Прибывая в район катастрофы для оказания помощи, спасатели должны учитывать, что не всегда население будет способно в силу психологических причин оказывать эффективную помощь в проведении тех работ, которые планировались без учета психологического состояния потерпевших.

Если спасатели прибывают на место катастрофы в срок от нескольких минут до нескольких десятков минут, они встречают потерпевших в оглушенном, заторможенном состоянии. Такое состояние напоминает шоковое, однако оно вызвано не травмой, а психогенным (в частности устрашающим) воздействием ЧС.

Если население, пострадавшее в ЧС, к моменту прибытия спасателей находится на второй или третьей стадии реакции на психотравму, то спасатели столкнутся с трудностями при взаимодействии с потерпевшим населением Эти трудности будут обусловлены определенными психологическими изменениями у

пострадавших, происходящими с течением времени. Для снятия психической напряженности у населения рекомендуется, прежде всего, наладить, возможно, более полное информирование его о событиях, происходящих в зоне ЧС, о действиях спасателей, о планах и результатах спасательных работ.

Для пострадавших в ЧС важно заполнить «информационный вакуум» Поэтому желательно давать не только регулярные сведения о положении дел в зоне ЧС, о фамилиях спасенных, фамилиях и адресах эвакуированных, но и просто расширить поток внешних сообщений для того, чтобы отвлечь людей от трагических переживаний. Район проживания населения в зоне катастрофы должен быть радиофицирован, в каждой больничной палате, где находятся пострадавшие, надо установить радиоточку и телевизор. Существенному снижению психической напряженности среди пострадавших способствует такая организация спасательных работ, при которой ведется точный учет эвакуированных, а также мест, куда производится эвакуация, т.к. отсутствие информации о близких может полностью дезорганизовать психику вполне здоровых людей и выключить их из процесса восстановительных работ. Население должно быть немедленно информировано о медицинских требованиях к извлечению и транспортировке пострадавших, о месторасположении пунктов оказания медицинской помощи и сортировки.

Четкая организация спасательных работ благоприятствует снижению психической напряженности. Спасателям следует учитывать, что часть функций медицинских работников им придется брать на себя. Для этого они должны выполнить следующие требования:

* тяжело пострадавших оградить от дополнительных раздражающих воздействий, а также, по возможности, от посторонних, т.к. наблюдение за страданиями других оказывает дополнительное психотравмирующее действие на население в зоне катастрофы;
* оказывать обезболивание лекарственными препаратами, а также чуткость и внимание к тем, кто испытывает тяжелые страдания, находясь в сознании; добрые прикосновение облегчают страдания, особенно тех, кто ожидает своей гибели или тяжелой инвалидизации.

Следует отметить, что вероятность психических расстройств существенно увеличивается, если пострадавший имеет травму (в том числе закрытую) головного мозга. При передаче пострадавших медицинскому персоналу желательно указывать на наличие такой травмы, если она неочевидна, но известна спасателям.

Спасателям придется столкнуться с необходимостью оказывать психотерапевтическую помощь родственникам потерпевших, у которых помимо уже указанных психических нарушений, могут быть истерические реакции, истерические параличи, потеря речи и т.п., которые требуют только психотерапевтического лечения. Коррекция психического состояния населения и потерпевших с помощью медикаментозных средств осуществляется по решению врачей.

Опыт спасательных операций показывает, что расчет потребности подготовленных психиатров, психотерапевтов и психологов составляет 1 специалист на 20 пострадавших и 1 специалист на 20 родственников пострадавших. Это количество специалистов способно охватить психиатрической помощью всех нуждающихся.

В связи с тем, что при катастрофах, охватывающих значительные территории, существенно нарушается система здравоохранения, необходима как подготовка, так и обучение спасателей приемам оказания помощи людям, имеющим психическую травму.

# *ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ РАБОТНИКОВ МЕСТНЫХ СПАСАТЕЛЬНЫХ ФОРМИРОВАНИЙ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ*

***ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СПАСАТЕЛЬНЫХ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ***

Поражающему воздействию ЧС подвергнутся специалисты местных аварийно-спасательных формирований, работники МВД, которые будут сразу же включаться в проведение спасательных работ. Однако не все из них, в силу объективных и субъективных причин, смогут это сделать. Примерно у 90% неподготовленных спасателей, работников МВД будут отмечаться различные психические расстройства, приводящие к потере трудоспособности на срок от десятков минут до нескольких месяцев. Характер психических нарушений незначительно зависит от индивидуальных особенностей, главным образом он связан с тяжестью потерь, понесенных работником. Среди тех, кто не потерял своих близких, а только явился наблюдателем ужасов катастрофы, потери будут наименьшими. Они могут характеризоваться более или менее выраженными, проходящими в среднем на 4...5-й день явлениями мрачного настроения, раздражительности, замкнутости, различными расстройствами сое стороны сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, нарушениями сна, головными болями. В первые часы (до 1...2 суток) развитие состояния этой категории работников примерно соответствует общей картине развития психических отклонений. Наиболее психологически и профессионально подготовленные специалисты значительно раньше включаются в спасательные и восстановительные работы. Работоспособность представителей этой группы спасателей достаточно высокая, еще до прибытия помощи со стороны они начинают проведение спасательных работ.

Среди тех, кто потерял в катастрофе жилье и имущество (но не близких) расстройства депрессивного круга более выражены, чем у первой группы, отмечается чрезмерная раздражительность, возможна агрессивная реакция на попытки "раскачать", "растормошить" человека. Этой группе свойственна также высокая психическая и физическая утомляемость, постоянное, чувство напряженности и одновременно усталости, ухудшения внимания и памяти, чувство страха перед неопределенным будущим. Из-за высокого эмоционального напряжения засыпание затруднено, сон поверхностный, короткий, с кошмарами.

Вегетативные нарушения психогенного характера проявляются в виде нестабильности параметров работы сердечно-сосудистой системы, отека, озноба, головной боли, головокружений, желудочно-кишечных расстройств. На этом фоне возможно обострение хронических психических или телесных заболеваний.

Существенное улучшение состояния связано с разрешением социальных проблем работников. Собственно медицинские и психотерапевтические мероприятия в этих случаях носят, в известной мере, вспомогательный характер. Длительность расстройств может колебаться от нескольких суток до нескольких

месяцев, а также переходить в хроническую форму. Работоспособность у этой группы невысокая.

Среди работников, потерявших родственников, жилье, имущество, психические отклонения наиболее выражены. Картина соответствует картине психических отклонений среди пострадавших, потерявших имущество и родственников, но не получивших серьезных травм в катастрофе. Работоспособность крайне низкая, активность ограничивается поиском и захоронением своих родственников, затем резко падает.

В работе ведущим мотивом является стремление "отвлечься от тяжелых мыслей". Эти люди в работе медлительны, пассивны, с трудом принимают решения и ориентируются в ситуации выбора, плохо сосредотачиваются, забывчивы. Все психические и психосоматические расстройства, свойственные предыдущей категории работников, выражены значительно ярче, нередки серьезные психические расстройства, требующие длительного лечения.

Подавляющее большинство людей после внезапно возникшей жизнеопасной ситуации даже при отсутствии физического повреждения, только вследствие психогенных расстройств в первый период развития ситуации, являются практически нетрудоспособными. Поэтому важно при обучении формировать психологическую готовность специалиста аварийно-спасательного формирования (АСФ) к немедленному включению в проведение спасательных работ. Надо также учитывать, что первым стремлением каждого человека после выхода из ступорозного состояния (через 5... 15 минут после катастрофы) является спасение своих близких. Вполне естественно, что это же стремление может оказаться доминирующим и у членов спасательных формирований. При подготовке спасателей местных формирований к действиям при возникновении ЧС следует обращать внимание на формирование психологической устойчивости к влиянию этого психотравмирующего фактора.

# *ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ И ИХ УЧЕТ ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОТБОРЕ И ПОДГОТОВКЕ СПАСАТЕЛЕЙ*

Спасателям, пребывающим на место катастрофы, не следует недооценивать воздействие этого фактора. Так, например, спасатели, прибывшие в район железнодорожной катастрофы, происшедшей под Уфой из-за взрыва газопровода, не проходили специальную психологическую подготовку. При виде обожженных и раненых 98 процентов из них испытали "страх и ужас", 62% - растерянность и слабость в конечностях, 20% - предобморочное состояние, у 30% отмечено снижение кистевой силы, у 10% - изменение сердечной деятельности. Имелись у спасателей и другие нарушения физиологии и психики. В целом, в первые часы проведения спасательных работ работоспособность спасателей снизилась на 50% (7). Тогда как своевременное проведение психологической подготовки позволило бы не снижать штатную работоспособность спасателей, повысить эффективность их действий в первые часы после катастрофы, то есть в то время, когда имеется наибольшая возможность помочь пострадавшим.

Подготовленность специалистов и населения к действиям в ЧС существенно снижает людские, а нередко и материальные потери. Даже само по себе

информирование населения, работников предприятий о психогенном воздействии ЧС и об особенностях поведения людей при катастрофе существенно снижает силу психотравмирующего воздействия различного рода катастрофических явлений.

Однако кроме информирования, о возможных ЧС и сценариях их развития, важным фактором повышения психической устойчивости работников различного рода предприятий, населения в ЧС, является учет их индивидуальных психологических особенностей. Так, различного рода руководители и, что немаловажно, неформальные лидеры коллективов и групп, обладающие психологическим складом, проявляющимся в манерности, артистизме, желании привлекать к себе внимание, чрезмерно демонстрировать реальные или мнимые достоинства или страдания, находиться в центре всеобщего внимания, часто в чрезвычайной ситуации становятся генераторами паники. Поэтому от их поведения в критических условиях может зависеть поведение всех остальных.

Мерами профилактики таких "провокаций" может служить специальный тренинг, в результате которого личности демонстративного типа обучаются правильным действиям в ЧС (в этом случае они могут стать образцом поведения), а члены коллектива обучаются в экстремальной обстановке не реагировать на истерические реакции. Вообще же, людей с явно выраженными признаками демонстративного типа характера следует крайне осторожно назначать на должности, связанные с возможностью действий в экстремальных условиях.

Для людей с чувствительной психикой (ранимость, тревожность, стеснительность) важны тренировки в ситуациях близких к экстремальным. Это закаляет их психику и в критических условиях психологически подготовленные специалисты с такими личностными особенностями действуют не хуже других, а часто намного лучше из-за развитого чувства сопереживания, чуткости, ответственности за других.

При организации подбора кадров следует учитывать явления так называемого синдрома посттравматического стресса, которые не обходят стороной не только пострадавших, но и самих спасателей, действующих в зоне ЧС.

Примерно в течение месяца после катастрофы у некоторых спасателей в той или иной степени проявляются душевные нарушения, типичные для острой стадии психического заболевания, известного как синдром посттравматического стресса. Это различные вегетативные неврозы, проявляющиеся в нарушении работы сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, функциональной недостаточности гормональной и иммунной систем, нарушениях сна, неотвязных мыслях, переживаниях. Могут возникнуть проявления так называемой "раздражительной слабости", когда вспыльчивость сочетается с психической истощаемостью, тревожностью.

Через некоторое время, как правило, не более чем через 30 суток, нормальное состояние восстанавливается и дает о себе знать редкими и, как правило, очень незначительными проявлениями.

Однако картины человеческих страданий полностью не изглаживаются из сознания спасателей. В случае жизненных неурядиц, возникновения болезней, угрожающих жизни и здоровью человека, существенного ухудшения социального статуса болезнь переходит из скрытой (ничем не проявляющейся) в открытую, острую форму, симптомы которой приведены выше. Обострения могут наступить через несколько лет и даже десятилетий. Спровоцировать обострение может вид разрушений и

человеческих жертв, напоминающий образы пережитой катастрофы, групповые воспоминания на встречах ветеранов, социальное осуждение тех или иных действий, совершенных в зоне ЧС, участником которых был пострадавший.

Организаторам профессионального отбора и подготовки специалистов аварийно-спасательных формирований (АСФ), самим спасателям следует учитывать этот фактор в своей работе (9).

В "группе риска" могут оказаться спасатели с низкой эмоционально-волевой устойчивостью, не прошедшие специальной психологической тренировки, а также те, кто ранее перенес глубокую психотравму (связанную , например, с участием в боевых действиях, с неправильным, неудовлетворительным поведением в той или иной экстремальной ситуации и т.п.). Поэтому процедура профессионального отбора спасателей должна включать тестирование глубинных психических свойств (качеств) личности для того, чтобы предупреждать нежелательные явления и своевременно корректировать психическое состояние спасателя.

Существует также большое количество иных индивидуальных особенностей, учитываемых при профотборе, профориентации и подготовке спасателей, однако это вопрос, относящийся к компетенции специалистов психологов.

Как уже отмечалось, спасатели, прибывшие на место катастрофы, также не застрахованы от различных психических отклонений. Это может существенно снизить темпы и качество спасательных работ.

Средствами, позволяющими подготовить спасателя к действиям в экстремальной обстановке, являются профессиональный психологический отбор, практическое обучение в ситуации, приближенной к реальной, изучение факторов психогенного воздействия ЧС и реакции человека на них, освоение спасателями навыков аутогенной тренировки.

Для профессионального психологического отбора применяются специальные тесты, которые позволяют оценить психологическую предрасположенность человека к тем или иным видам деятельности.

К психологическим профессионально важным качествам (ПВК) спасателей предъявляются следующие базовые требования: высокая нервно-психическая устойчивость; высокий уровень самоконтроля; высокая активность; хороший интеллект; невысокий уровень тревожности. Для руководителей всех уровней важно также хорошее развитие организаторских качеств.

Высокие требования предъявляются к следующей группе психологических ПВК спасателей:

* уровень демонстративности, стремление к позерству, эгоцентризм, желание привлечь к себе внимание не должны превышать среднестатистической нормы. Лица с сильным развитием этой группы причиной дезорганизации совместной деятельности спасателей в экстремальных условиях;
* уровень беспокойства за свое здоровье должен быть низким, в противном случае спасатель не сможет эффективно действовать в обстановке, угрожающей опасностью;
* уровень социальной ориентации личности, приоритетность для человека социальных групповых норм и ценностей должны быть весьма высокими.

Существуют также ряд других психологических ПВК, к которым предъявляются не менее жесткие требования, но содержание которых не всегда интересно для неспециалиста.

Психологические качества личности спасателя не являются чем-то застывшим. Учебные занятия и тренировки, внутригрупповое взаимодействие, самостоятельные упражнения и приемы аутогенного психокоррекционного воздействия способны существенно изменить и развить те или иные личностные психологические черты. Кроме того, владение спасателями навыками саморегуляции позволит в экстремальных условиях быстро преодолевать утомление, в значительной степени восстанавливать работоспособность.

Повысить эмоциональную устойчивость спасателя к таким психотравмирующим факторам ЧС, как вид обезображенных живых и погибших людей, крики и стоны позволяют тренировки на полигонах, где применяются специальные муляжи, звуковое сопровождение. Такими достаточно дорогими и "жестокими" способами обучения не следует пренебрегать, т.к. в реальной обстановке обученный спасатель не потеряет несколько часов на психологическую адаптацию к экстремальным условиям.

# *ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ВОССТАНОВЛЕНИЯ РАБОТОСПОСОБНОСТИ СПАСАТЕЛЕЙ*

Для восстановления и поддержания боеготовности спасателей необходимо внедрение в подразделениях медико-психологических методов и средств регуляции уровня функционального состояния в условиях суточного и сменного несения службы. Применение указанных методов принципиально важное значение имеет в особых условиях несения службы, например, при ликвидации крупных пожаров, последствий аварий, стихийных бедствий и других чрезвычайных ситуаций.

Для этой цели предлагается специальный комплекс методов и средств, включающих:

* психологический метод (аутогенная тренировка), функциональная музыка, цветовые видеосюжеты);
* физиотерапевтический метод (электротранквилизация - воздействие электрическим током на биологически активные точки, аэроионизация воздуха помещений);
* фитотерапевтический метод (коктейли из лекарственных трав, растений и фруктов).

Аутогенная тренировка (AT) - один из эффективных способов восстановления работоспособности, снятия эмоциональной напряженности, а также формирования оптимального, соответствующего той или иной деятельности, состояния. Особое место AT обусловлено тем, что спасатель сам активно включается в психотерапевтическую работу при полном сохранении инициативы и самоконтроля.

AT основана на сознательном применении комплекса приемов психической саморегуляции и простых физических упражнений в сочетании с формулами словесного самовнушения.

Для усиления восстановительного и профилактического эффекта психологических методов с учетом особенностей психических состояний спасателей рекомендуется использовать фитотерапевтические методы.

Общеукрепляющими, тонизирующими свойствами, способными снимать утомление и усталость, обладают растений из семейства аралиевых (элеутерококк, заманиха),

алоэ, зверобой, облепиха, радиола розовая (золотой корень), рябина красная, смородина черная, шиповник и другие лекарственные растения.

Антистрессовые, транквилизирующие свойства имеют корни валерианы, мята, пустырник, ромашка, укроп, хмель, череда шалфей и др. Противовоспалительными свойствами обладают айва, алоэ, бузина, череда, девясил, зверобой, смородина, ромашка, тысячелистник. Для профилактики и лечения респираторных заболеваний дыхательных путей рекомендуется брусника, земляника, зверобой, ива, крапива, липа, малина, мята, подорожник, пырей, смородина, эвкалипт, мать-и-мачеха и другие растений.

Физиотерапевтические методы включают проведение электропроцедур с широким диапазоном действия - от антистрессового до восстанавливающего работоспособность спасателей, а также азроионизацию воздуха в помещениях. Для этого целесообразно применение приборов "Ленар" и аэроионизаторов "Рязань-101".

Поддерживание необходимого уровня боеготовности спасателей, сохранение их здоровья во многом зависит от того, насколько эффективно применяются медико-психологические методы и средства регуляции функционального состояния. С этой целью необходимо создавать в спасательных частях кабинеты психологической регуляции функционального состояния (КПР) личного состава.

Основными задачами КПР являются:

*-* снижение эмоциональной напряженности личного состава;

* обеспечение быстрого восстановления работоспособности, снижение утомления;
* повышение функциональных возможностей организма, устойчивости к влиянию стрессогенных факторов и снижение отрицательных последствий их воздействия;
* ускорение процесса адаптации к работе, профилактика психосоматических заболеваний;
* обучение спасателей приемам и методам психической саморегуляции, формирование и развитие профессионально важных качеств.

Кроме восстановления и поддержания работоспособности в функции КПР включается проведение занятий по социально-психологической проблематике, в частности, по отработке различных вариантов поведения в экстремальных условиях, профилактике психотравмирующих ситуаций, улучшению психологического климата в коллективе, а также формированию профессионально важных качеств и свойств личности.

# *ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА СПАСАТЕЛЕЙ*

Подготовка и воспитание спасателей высокого класса немыслимы без конкретного знания их личностных качеств, в том числе характера, способностей, темперамента и убеждений. Поэтому психолог в ходе психопедагогического общения изучает индивидуальные психологические особенности каждого спасателя. При этом используются такие методы, как наблюдение, беседа и эксперимент.

**Метод наблюдения** позволяет узнать психические качества личности в динамике реальной жизни. **Беседа** является более активным методом. Из нее можно почерпнуть сведения об убеждениях человека, мотивах и целях его поступков, интересах, отношении к работе и т.д. Но наиболее эффективным способом познания

индивидуума является **эксперимент,** который проводится с помощью тестирования или специальных приборов. В процессе его, по мнению многих исследователей, наи- более объективно устанавливаются отдельные психофизиологические особенности личности.

Причинами снижения работоспособности человека могут быть болезненное состояние, утомление или переутомление, вызванные нарушением режима труда и отдыха, различными интоксикациями и психическими травмами. ***Утомление*** *-* это физиологическая реакция организма на любую деятельность. Оно проявляется в снижении количества и качества выполняемой работы и в нарушении координации рабочих функций. Наиболее типичный признак утомления - понижение чувствительности различных анализаторов и функциональных систем (зрения, слуха, обоняния, рецепторов, воспринимающих тепло и холод, положение тела и конечностей). Отмечается снижение мышечной массы, скорости двигательных ре- акций, выносливости, умственной деятельности. Если регулярно нарушается режим труда и отдыха, то происходит суммация явлений утомления, и в результате развивается состояние переутомления.

***Переутомление*** *с* физиологической точки зрения -это перенапряжение возбудительного и тормозного процессов в коре больших полушарий мозга. Поэтому оно может рассматриваться как патологическое состояние. Первые признаки переутомления - нарушение ночного сна, повышенное чувство усталости, не проходящее после обычного отдыха. Но с жалобами на это редко кто обращается к врачу. Обосновать заключение о переутомлении можно по внешним объективным признакам: неустойчивое настроение, некоторая вялость, снижение активности и интереса к делу Наблюдаются ошибки в трудовой деятельности, главным образом в результате нарушения функций внимания, особенно вследствие затруднений в распределении и переключении его (появляется так называемая забывчивость). Не- редко при объективном обследовании врач может выявить также тахикардию, тремор пальцев рук, изменение реакций при проведении функциональных проб, повышенную потливость. Столкнувшись с такими явлениями, он должен отстранить человека от работы, тренировок, рекомендовать снизить нагрузки, упорядочить ре- жим отдыха и питания, провести необходимые восстановительные мероприятия.

Для более глубокой и полной оценки состояния спасателя большое значение имеет, кроме психопедагогического наблюдения, самоконтроль, т.е. самостоятельное регулярное внимание к своему здоровью, физическому развитию, выявление влияния на организм работы в экстремальных ситуациях путем оценки субъективных ощущений и некоторых объективных данных.

Спасатели - это в основном молодые люди, энтузиасты избранной ими профессии. Они нередко переоценивают свои возможности и, стремясь побороть недомогание, преодолеть усталость и выполнить порученное им дело в чрезвычайно сложных ситуациях, скрывают от медиков, что нарушают режим труда и отдыха. В таких случаях немалое значение имеет взаимоконтроль. Это, конечно, дело очень тонкое, требующее проведения в коллективе определенной кропотливой работы, направленной на изжитие таких качеств, как ложный стыд, круговая порука. И, однако, необходимо добиваться, чтобы спасатели, осуществляя само- и взаимоконтроль, своевременно сообщали бы обо всех изменениях в состоянии здоровья (самочувствии) врачу или психологу. Проявляя максимум деликатности и тактичности, врач вместе с психологом помогут им восстановиться, повысить

работоспособность. Эффективность и безопасность профессиональной деятельности зависит как от качеств, характеризующих состояние здоровья человека, так и от его психофизиологических свойств.

**Психологическая подготовка -** проблема и психологическая, и педагогическая. ***Психологическая*** *-*потому что в процессе тренировки в единстве с теоретической, технической, тактической, физической и морально-политической подготовкой и на их основе формируется психическая готовность к работе в экстре- мальных ситуациях. ***Педагогическим*** аспектом названной проблемы является изыскание путей и средств формирования в процессе обучения психической готовности к работе в ЧС . Педагогическими средствами можно направить течение психических процессов в нужном направлении, сформировать то или иное полезное психическое состояние.

Для спасателей необходимо знание психологии, а также таких отраслей ее, как психология труда и психология того, что входит в понятие "чрезвычайные ситуации". Это позволит спасателю правильно организовать свою работу, будет способствовать повышению и развитию его духовных и физических возможностей, что в свою очередь приведет к увеличению надежности и эффективности действий во время тренировок, выступлений на соревнованиях, в повседневной деятельности. Главная цель психофизиологической подготовки - на базе идейной убежденности и мастерства развить психологическую готовность к мобилизации всех внутренних резервов организма,

**Психофизиологическая подготовка.** Главным принципом ее является единство общего и специального, их тесная взаимосвязь. Выделяют следующие направления этого вида подготовки: развитие морально-волевых качеств; формирование и совершенствование необходимых для спасателя психологических качеств; выработка психофизиологической устойчивости к экстремальным ситуациям; обучение самонаблюдению и саморегуляции.

Для постоянного повышения своего мастерства, воспитания силы воли, духа, мужества обучаемый должен быть способен преодолеть себя, свои слабости. Процесс морально-волевой подготовки - это и есть процесс преодоления различных препятствий в ходе тренировок, соревнований, повседневной работы. Необходимо развивать у спасателя чувство патриотизма, любви к Родине, к своей профессии, долга и чести, собственного достоинства и товарищества, воспитывать самокритичность, повышать требовательность к себе. Постоянно тренировать его в преодолении внутренних и внешних препятствий (например, соблюдение режима, дисциплинированность) и т.д. Причем перед обучаемым надо ставить только выполнимые задачи.

Очень важно выработать у спасателя такое психофизиологическое качество, как устойчивость к трудным ситуациям. Оно основывается на жизненном опыте, знаниях, характере труда и достигается путем специальных тренировок. Прежде всего необходимо обучить быстрому распознаванию сложных ситуаций и построению схем действий по их ликвидации. Таким образом в ходе тренировок обучаемый овладеет нужными навыками, снизится напряженность в его действиях. В результате у него на 30-40% может увеличиться резерв времени, повысятся точность выполняемой работы и ее результативность.

Повышению психофизиологической устойчивости способствует суточная тренировка по И. Шультцу. Она представляет собой систему физических и

психических приемов, изменяющих тонус мышц и кровеносных сосудов, которые влияют на динамику некоторых психических процессов. В итоге становятся возможными преднамеренное воздействие на некоторые физиологические функции, а также регуляция общего состояния и самочувствия.

***Аутогенная тренировка*** состоит из упражнений, выполнение которых направлено на то, чтобы человек научился сознательно управлять своей вегетативной нервной системой. В основе их лежат три способа воздействия на состояние нервной системы и физические функции организма.

**Первый способ** связан с особенностями влияния тонуса скелетных мышц и дыхания на нервную систему. Если волевым усилием затормозить двигательные реакции, которыми проявляются эмоции, то последние заметно ослабевают или же совсем исчезают. Наоборот, если произвольными движениями внешне выражать характер того или иного -эмоционального состояния, то человека постепенно охватывает и соответствующее внутреннее переживание.

**Второй** связан с воспроизведением в нашей памяти каких-то представлений (образов предметов, явлений и состояний), которые в прошлом воспринимались или переживались нами.

**Третий** - способ прямого влияния на психофизиологические функции организма, он обусловлен регулирующей и организующей ролью слова, произносимого не только вслух, но и мысленно в виде формул самовнушений.

Аутогенную тренировку рекомендуется проводить утром прежде чем встать с постели, днем после обеда и вечером перед сном. Принимается одна из следующих удобных поз: положение сидя, полулежа, лежа. Аутогенной тренировкой нельзя пользоваться для устранения боли, замедления сердечной деятельности, нельзя внушать себе резкое чувство холода или тепла в области лба.

Еще один важный вопрос - предупреждение эмоционального напряжения (стресса). Эмоции крайне разнообразны по своим качествам: в одних случаях они мобилизуют духовные силы для преодоления трудностей, помогают справиться с непосильными задачами, в других -приводят к противоположным результатам.

**Эмоциональное напряжение (стресс) -** главная психологическая особенность профессий, связанных с риском. Основная причина его - утомление и функ- циональные изменения в организме. Поэтому важно периодически проводить мероприятия по. профилактике нежелательных последствий стресса. Существует определенная зависимость между силой стресса и работоспособностью человека. Ее называют предстартовой реакцией; состоит она. из трех этапов, которые отражают различные уровни эмоционального возбуждения: боевой готовности, стартовой лихорадки и стартовой апатии,

***Психологическое состояние боевой готовности*** сопровождается напряженным ожиданием, желанием приступить к действию и стремлением отдать все силы и способности для достижения цели. Если начало работы переносится на другое время (срок), то изменяется уровень эмоционального возбуждения. Дальнейшее нарастание его переходит в состояние ***стартовой лихорадки,*** которая приводит к эмоционально-моторным, эмоционально-сенсорным и эмоционально- интеллектуальным нарушениям.

***Эмоционально-моторные нарушения*** характеризуются ухудшением координации точности движений. ***Эмоционально-сенсорные нарушения*** выражаются в ослаблении функций различных анализаторов и проявляются в виде

замедленного восприятия команд, затруднениях при необходимости переключить внимание, ухудшении мышечного чувства, искажении чувства времени. ***Эмоционально-интеллектуальные нарушения*** сопровождаются снижением критичности оценки своих действий, затруднением мыслительных операций, вре- менным понижением памяти, появлением немотивированных действий.

В динамике эмоционального возбуждения большое значение имеет типологическая особенность нервной системы личности: человек с сильной нервной системой более устойчив к стартовой лихорадке, у человека со слабой нервной системой она (стартовая лихорадка) быстро переходит в стартовую апатию.

***Стартовая апатия*** *-* это состояние, когда эмоциональное возбуждение резко снижается и достигает уровня ниже ординарного. Затрудняются мыслительная, интеллектуальная деятельность, человеку становится сложнее принимать решения. Однако следует сказать, что определенная степень волнения перед началом и во время работы оказывает положительное влияние на психологическую готовность к деятельности, соревнованиям.

Таким образом, психофизиологическая подготовка осуществляется в тесном единстве обучения и воспитания спасателя.

**Физиологические механизмы восстановления работоспособности.** Современный спасатель, чтобы стать классным специалистом, должен обладать способностями конструктора, рабочего с золотыми руками, а также высокой физической и психологической подготовкой. Кроме того, от него требуется хорошее знание оборудования, инструментов, приборов, использующихся при ликвидации ЧС, и прочное овладение навыками по их эксплуатации.

При ликвидации последствий ЧС, проводя АСР, спасатель должен быть осмотрительным, Особенно необходимы точность и быстрота реакции. В процессе своей профессиональной деятельности он длительное время находится в физическом напряжении и нередко пребывает в вынужденной позе. На него влияют изменения атмосферных условий, температура воздушной среды и другие явления, от которых нельзя укрыться.

Основной путь наиболее полного использования функциональных резервов организма для восстановления после тяжелой и напряженной работы состоит в ра- циональном программировании тренировочного процесса, правильной регламентации тренировок и отдыха, создании оптимального психологического климата. Психологические и педагогические средства влияния следует осуществлять в комплексе с медико-биологическими. Важен также эмоциональный фон тренировок. Так, например, после выполнения упражнения, связанного со значительными переживаниями, имеет место существенное замедление восстановительных процессов/Отрицательно воздействует на человека, как известно, однообразная обстановка занятий, монотонность тренировочной работы, отсутствие интереса к ней у спасателя. А отрицательный эмоциональный фон угнетает психику, снижает работоспособность. Большие тренировочные нагрузки могут привести к психологическому перенапряжению: нервозности, эмоциональной неустойчивости, угнетенности, повышенной ранимости и т.д. Как в подобных случаях оказать помощь? Существует ряд психологических средств восстановления организма, которые можно разбить на три категории: психотерапию, психопрофилактику, психогигиену.

# Важнейшим психотерапевтическим методом является убеждение. Суть его

- в обращении к сознанию человека, стремлении аргументированно, на основе опы- та, положительных фактов жизни, обобщения результатов действий выработать у него оптимальные установки поведения. В процессе бесед, лекций сообщается о воз- можных неизбежных сложностях, напряженных ситуациях, о необходимости их волевого преодоления, формируются уверенность в себе, спокойствие в экстремальной обстановке, воспитывается положительное отношение к трудностям жизни, к средствам восстановления.

***Психотерапия убеждением*** эффективна только при знании личности человека, его индивидуальных особенностей и взглядов. Если убеждение строится на доказательствах, аргументах и фактах, то словесное внушение -на вере, оно обращено к чувствам и предполагает восприятие идеи, указаний авторитетного специалиста. Для решения задач восстановления используется мотивированное внушение полного покоя, отдыха в состоянии глубокого мышечного расслабления.

В период восстановления можно обратиться к мышечной ***терапии.*** Восстановительные процессы при осуществлении ее протекают успешнее, чем при пассивном отдыхе. Установлено, что наибольший эффект от активного отдыха бывает при чередовании работы мышц-антагонистов. Умеренная нагрузка ранее утомленных мышц также оказывает психотерапевтический эффект. Она оптимизи- рует восстановление и обеспечивает положительный психологический климат. Важную роль играют специальные упражнения на расслабление. Большинство из них связано с произвольным изменением мышечного напряжения. Таким образом можно воздействовать на возбудимость нервных клеток коры головного мозга и тем самым влиять на уровень психологической напряженности.

***Внушенный сон с сохранением словесного контакта*** *-* эффективное средство психотерапии. При этом можно обеспечить сон (отдых) и добиться хорошего психического состояния человека. На таких же принципах строятся методы самоубеждения и самовнушения. Они не менее результативны, но только при условии достаточного интеллектуального развития личности и способности ее к самоанализу.

***Культуротерапия и искусствотерапия*** предусматривают умелое использование в период восстановления после серьезных нагрузок кино, радио, телевидения, танцев, экскурсий и т.д. ***К числу психопрофилактических мероприятий*** относится формирование положительного психологического климата в коллективе (в том числе в условиях сборов), а также применение разнообразных средств преодоления отрицательных эмоций.

***Психогигиена*** помогает сохранить и укрепить здоровье. Основой ее является рационализация тренировочного процесса, его соответствие функциональным возможностям человека, правильное построение тренировочного цикла, использование переключений и восстановительных циклов, разнообразных средств восстановления.

Для осуществления психологической коррекции крайне важна ***психодиагностика*** *-* оценка с помощью методов психологии психического состояния человека, выявление причины психического перенапряжения, повышен- ной нервозности, депрессивного фона настроения. Немаловажное значение для полноценного психического восстановления имеют условия быта, исключение куре- ния, алкоголя, случаев нарушения режима, а также хорошее качество питания.

**Медицинские средства восстановления.** При значительной интенсивности работы и тренировок педагогических и психологических методов восстановления недостаточно. Поэтому широко используются медицинские средства: гигиенические (режим дня, сон, питание, способность противостоять заболеваниям и т.д.) и физические (гидропроцедуры (душ, ванны), массаж, бани, вдыхание газовых смесей, аэроионизация, ультрафиолетовое облучение, электростилизация, магнетизм, баровоздействия и т.д.). Применяются также фармакологические препараты, которые условно можно разделить на следующие группы:

1. акклиматизирующие и адаптирующие, способствующие сохранению нормальной физической и умственной работоспособности, улучшающие функцию анализаторов;
2. улучшающие течение физиологических, биохимических и морфологических процессов в организме при больших нагрузках;
3. стимулирующие быстрейшее восстановление затраченной энергии, активацию ферментных систем, повышение устойчивости организма к воздействию стрессоров;
4. для коррекции кислотно-щелочного и ионного равновесия в организме;
5. стимулирующие кровотворение;
6. комплексные противовоспалительные и обезболивающие.