

факторов воздействует на живой организм, и тем выше уровень нервно-психического напряжения.

Несомненным является то, что в условиях существования постоянной угрозы для жизни интенсивность психоэмоционального воздействия экстремальных факторов наиболее выражена, а воздействующие факторы должны рассматриваться как сверхэкстремальные. При периодическом возникновении реальной витальной угрозы, интенсивность психоэмоционального воздействия относительно высока и воздействующие факторы могут рассматриваться как экстремальные. Когда вероятность реальной угрозы лишь возможна, интенсивность психоэмоционального воздействия относительно слабая, но достаточная для того, чтобы начали функционировать физиологические и психические механизмы адаптации, а воздействующие факторы могут рассматриваться как субэкстремальные.

#### **Список цитированных источников**

1. Баевский, Р.М. Прогнозирование состояний при грани нормы и патологии. – М.: Медицина. – 1979. – 215 с.
2. Березин, Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л.: Наука. – 1988 – 268 с.
3. Дерюгин, Ю.И. Некоторые психологические проблемы ликвидации землетрясения в Армении. // Психолог. журн. – 1989. – Т.10. № 4. – С. 129-134.
4. Дичев, Т.Г., Тарасов, К.Е. Проблемы адаптации и здоровье человека. – М.: Медицина. – 1976. – 321 с.
5. Мазур, Е.С., Гельфанд, В.Б., Качалов, П.В. Смысловая регуляция негативных переживаний у пострадавших при землетрясении в Армении. // Психолог. журн. – 1992. – Т.13.№2. – С. 54-65.
6. Моляко, В.А. Особенности проявления паники в условиях экологического бедствия (на примере Чернобыльской атомной катастрофы) // Психолог. журн. – 1992. – Т.13.№2. – С. 66-74.
7. Booth V., Fitch F. Earthshok. London – Toronto – Melbourne., 1979.

### **ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ СОВРЕМЕННЫХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ**

*В.И. Власенко, И.Р. Боровко  
Минск, УО «БГМУ»*

Современная литература, посвященная экстремальным ситуациям (ЭС), по справедливости рассматривает медико-санитарные (травматические, химические, радиационные и др.) потери как самые тра-

гические последствия. Данные ЭС, их причины, меры предупреждения и последствия являются достаточно сложной проблемой. Тем не менее, они относятся к категории явных, протекающих в конкретной временной и пространственной обстановке, что в значительной степени облегчает задачи прогнозирования, профилактики и ликвидации. Наряду с ними незаслуженно малое внимание уделяется проблеме скрытых (латентных) ЭС, которые не могут быть оценены «здесь и теперь», внешне кажутся менее драматичными, но несут значительно большую угрозу самим основам социальной организации человеческого общежития [5]. К подобным явлениям в первую очередь следует относить демографическую ситуацию и психическое состояние населения. Для разрешения демографической ситуации проводится перепись населения, научный анализ ее результатов и принимаются определенные меры по стимулированию рождаемости. О психическом состоянии населения мы судим по цифрам обращаемости к психиатрам и заболеваемости психическими заболеваниями, которые являются косвенным показателем психического здоровья. Прямыми (истинными) показателями психического здоровья являются результаты массовых психометрических обследований всей популяции или ее отдельных групп. При этом отсутствие симптомов психических нарушений не может быть критерием психического здоровья.

При всех позитивных тенденциях развития нашего общества следует признать, что стремительные (революционные) социально-экономические преобразования не проходят бесследно. Свидетельством тому являются предлагаемые результаты исследований.

*Целью* настоящего исследования явилось изучение личностной тревожности (ЛТ) у студентов УО «БГМУ», сравнение результатов с нормативами прошлого века, установление динамики показателей во времени, реадaptация методики под современный контингент и создание современных психометрических стандартов ЛТ.

*Материалы и методы.* В период с 2006 по 2010 гг. с помощью методики «Шкала реактивной и личностной тревожности» (ШРЛТ) [7] проведено скрининговое обследование 450 студентов-мужчин 2-х курсов лечебного, педиатрического и медико-профилактического факультетов УО «БГМУ», проходящих обучение по программе подготовки офицеров медицинской службы запаса. Все испытуемые предварительно освидетельствовались военно-врачебными комиссиями: имели 1, 2 и 3 категории годности к военной службе. Средний возраст испытуемых 18 лет. Таким образом, обследованию подверглась искусственная выборка из наиболее здоровой части студенчества на протяжении 5 лет. Обследование проведено методом «бланк-карандаш» в стандартных условиях, что позволило минимизировать влияние побочных факторов и определить группы как несвязанные референтные. ШРЛТ

применялась в составе пакета других методик, содержащих шкалу «искренности», что позволяет доверять результатам исследования.

ЛТ определяется как относительно устойчивая склонность (состояние, черта характера, диспозиция) человека воспринимать угрозу своему «Я» в различных ситуациях и реагировать на них повышением реактивной (ситуативной) тревоги. Величина ЛТ характеризует прошлый опыт индивида, т. е. насколько часто ему приходилось испытывать тревогу и позволяет прогнозировать характер эмоционального реагирования в аналогичных ситуациях в будущем. По стандартам прошлого века среднепопуляционные значения ЛТ составляли  $37,7 \pm 8,7$  балла. Уровни ЛТ: до 30 баллов – низкотревожные (эмоционально устойчивые), 31–45 – умеренно тревожные, 46 баллов и выше – высокотревожные (эмоционально неустойчивые) [3].

Статистическая обработка проведена с помощью пакета программ Statistica vers. 6,0 (методы Shapiro-Wilk's W-test и Mann-Whitney U-test для несвязанных выборок).

*Результаты исследований.* Анализ показателя ЛТ показал следующее. Во-первых, существенное достоверное ( $p < 0,05$ ) увеличение среднего значения показателя ( $46,2 \pm 5,2$ ) в сравнении с нормативом прошлого века ( $37,7 \pm 8,7$ ). Во-вторых, достоверные отличия между группами отсутствуют ( $p > 0,05$ ). Данное обстоятельство свидетельствует о стойкости тенденции ЛТ на протяжении 5 лет и послужило основанием для объединения испытуемых в сводную группу. В-третьих, при нормальном распределении появилась возможность реадaptации и стандартизации показателя ЛТ: построить обратную процентильную (P%) шкалу с кvартильным разделением на 4 группы риска (табл. 1).

Анализ шкалы позволяет провести более глубокое сравнение современной выборки с нормативами прошлого века и установить динамику показателя ЛТ. В представленной выборке минимальное значение показателя 31. Это означает, что в ней отсутствуют «низкотревожные» (эмоционально устойчивые) лица. К категории «умеренно тревожные» (31-45 баллов) относится 221 чел. (49,1%), а 229 чел. (50,9%) – относятся к категории «высокотревожные» (эмоционально неустойчивые), т.е., переживающие хронический эмоциональный стресс, имеющие высокий риск развития психосоматических расстройств.

Таблица 1 – Процентильная шкала показателя ЛТ сводной группы (n=450)

Сырой балл	P%	Число людей	Группы риска
31	0,2	1	I 109 чел. = 4,2%
35	0,7	2	

36	1,8	5	
37	3,3	7	
38	4,2	4	
39	7,6	15	
40	13,1	25	
41	18,2	23	
42	24,2	27	
43	32,2	36	
44	39,1	31	II 112 чел. = 24,9%
45	49,1	45	
46	56,9	35	III 93 чел. = 20,7%
47	61,8	22	
48	69,8	36	
49	75,3	25	IV 136 чел. = 30,2%
50	81,1	26	
51	85,8	21	
52	88,7	13	
53	91,6	13	
54	93,8	10	
55	95,6	8	
56	96,7	5	
57	97,1	2	
58	98,0	4	
59	98,4	2	
60	99,1	3	
61	99,3	1	
62	99,6	1	
65	100,0	2	

При рассмотрении современной выборки с позиций кватрильного деления (независимо от старых нормативов) оказывается, что к категории «минимального риска» (I-я квартиль) относятся лица со значениями ЛТ 31-42 бала (109 чел., 24,2%), «умеренного риска» (II-я квартиль) – 43-45 баллов (112 чел., 24,9%), «высокого риска» (III-я квартиль) – 46-48 баллов (93 чел., 20,7%). Остальных 136 чел. (30,2%) со значениями ЛТ 49-65 баллов (IV-я квартиль с максимальным риском) правомочно отнести к категории «генерализованных тревожных расстройств», для которых характерна утрата контекста ситуации (человек тревожится независимо от ситуации) и генерализованность процесса (вовлечение в процесс всех функций и резервов организма). Последние нуждаются в медико-психологической помощи: практически всеми исследователями признается роль психогенного фактора (в т. ч. ЛТ) на начальных этапах психосоматических заболеваний, что обуславливает важность своевременного их выявления, включения в этиопатогенез и лечения [1, 8 и др.]. При отсутствии адекватной по-

мощи и сохраняющихся патогенных факторах они могут обретать специфическое «соматическое оформление» и подчиняться собственным закономерностям течения [4]. С точки зрения профессионального психологического отбора данная категория является малоперспективной для прохождения военной службы в качестве офицеров запаса.

К причинам данного явления следует относить проявления социального неблагополучия современного общества в виде нарушения межпоколенных связей, разрушения семейных связей, пренебрежение к прошлому и традициям, утрата универсальных норм и ценностей, научно-технический прогресс, часто подрывающий авторитет старших, воспитание «потребителей» [6], «наркотическую» зависимость молодых людей от техники и денег, жизнь в виртуальном пространстве и пр. [2].

#### *Выводы:*

1. Интенсивно изменяющиеся условия жизнедеятельности влекут за собой изменение характеристик человеческой популяции. Полученные данные свидетельствуют об ухудшении состояния современной выборки, увеличении риска развития психосоматической патологии и необходимости мероприятий медико-психологической коррекции.

2. Реадаптация методики ШРЛТ свидетельствует о несоответствии старых нормативов современным характеристикам. Для корректной работы с методикой необходим пересмотр критериев оценки ЛТ по предлагаемому алгоритму.

3. Изучена лучшая часть молодежной популяции. Вероятнее всего показатель ЛТ у других выборок (по полу, возрасту, профессии) и у популяции в целом будут гораздо хуже. Для проверки данной гипотезы требуются масштабные популяционные исследования.

#### **Список цитированных источников**

1. Авербух, Е. С. Депрессивные состояния / Е. С. Авербух. – Л., 1962. – 148 с.

2. Кашкан, С. В. Массовая культура и ее влияние на экологию / С. В. Кашкан // Сахаровские чтения 2003г.: экологические проблемы XXI века: материалы междунар. конфер. ведущих специалистов, молодых ученых и студентов 19-20 мая 2003 г. – Минск, 2003. – С. 31-32.

3. Практикум по физиологии военного труда / под ред. проф. В. И. Шостака. – Л.: ВМедА, 1990. – 116с.

4. Психические нарушения при гипертонической болезни у военнослужащих молодого возраста / А. Б. Белевитин [и др.] // Военно-медицинский журнал. – 2010. – № 4. – С. 7-13.

5. Пуховский, Н. Н. Психопатологические последствия чрезвычайных ситуаций / Н. Н. Пуховский. – М.: Академический Проект, 2000. – 286 с

6. Ушева, И. В. Проблема преемственности поколений / И. В. Ушева // Сахаровские чтения 2003г.: экологические проблемы XXI века: материалы междунар. конфер. ведущих специалистов, молодых ученых и студентов 19-20 мая 2003г. – Минск, 2003. – С. 30-31.

7. Ханин, Ю. Л. Исследование тревоги в спорте / Ю. Л. Ханин // Вопросы психологии. – 1978. – № 6. – С. 94-106.

8. Rutledge, T. A quantitative review of prospective evidence linking psychological factors with hypertension development / T. Rutledge, B. Hogan // Psychosomat. Med. – Vol. 64. – P. 758-766.

## **ПОВЕДЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ**

*Иоланта Габздыль  
Польша*

Современный мир весьма не стабилен, что обусловлено целым рядом экономических, социальных и политических причин. К сожалению, нестабильность современного мира имеет вполне предметное воплощение: социальные и экономические кризисы, военные локальные конфликты, техногенные катастрофы и стихийные бедствия. Все эти явления не только сопровождаются гибелью людей и значительными санитарными потерями, но и отражается на психическом состоянии участников произошедших событий.

Имеющиеся в настоящее время достаточно многочисленные исследования говорят о том, внезапно возникшие экстремальные ситуации вызывают серьезные нарушения психической регуляции поведения и сопровождаются возникновением различных психогенных нарушений. Так, исследователи, изучавшие частоту психических нарушений при различных экстремальных ситуациях приходят к выводу, что в момент воздействия острые реактивные психозы возникают у 10-25 % пострадавшего населения, а на последующих этапах, а на последующих этапах катастрофы число лиц, у которых были выявлены нарушения, достигает 35 % и более. F. Ahearn [3] установил, что в течении года после землетрясения в Манагуа число госпитализированных в психиатрической клинике увеличилось в 2 раза, а невротические и психосоматические нарушения у пострадавших отмечались на протяжении ряда лет.

Подобные явления наблюдались и при других стихийных бедствиях и катастрофах. Например, при взрыве газопроводы в Башкирии изменения в психической сфере были обнаружены практически у 100% пострадавших. Среди психопатических синдромов преобладали астено-депрессивные состояния (56%), психогенный ступор (23%) и психомоторное возбуждение (11%) [2].