

## Содержание

Введение.....	3
1. Понятие психические состояния. ....	3
2. Классификация психических состояний .....	4
3. Понятие экстремальные состояния .....	7
4. Понятие шок.....	7
5. Понятие коллапс.....	9
6. Понятие кома.....	10
7. Общие принципы лечения экстремальных состояний .....	10
Список используемой литературы.....	13

## Введение

В настоящее время изучение психических и экстремальных состояний является особенно актуальным в связи с ростом градуса социального стрессирования во всём мире, имеющего место вследствие как социально-политического, так и морально-психологического кризисов.

### 1. Понятие психические состояния.

Психические состояния являются одним из ключевых факторов правильности или ошибочности принятия решений в экстремальных ситуациях.

Выделяя психическое состояние как особую психологическую категорию, Н.Д. Левитов впервые сформулировал определение этого понятия: «Психическое состояние – это целостная характеристика психической деятельности за определённый период времени, показывающая своеобразие протекания психических процессов в зависимости от отражаемых предметов и явлений действительности, предшествующего состояния и психических свойств личности.»<sup>1</sup> Данное понятие «Психическое состояние» было введено для того, чтобы охарактеризовать относительно стабильный период функционирования психических процессов, обусловленный тремя факторами:

- отражаемыми явлениями
- индивидуальными особенностями личности
- предшествующим состоянием.

Раскрывая сущность этого понятия, автор отмечает, что психическое состояние зависит от значимости ситуации для человека; «является как переживанием, так и деятельностью»; представляет собой целостную структуру познавательных и эмоциональных элементов (Н.Д. Левитов, 1964). В процессе дальнейшего развития психологии состояний, многие специалисты формулировали и продолжают формулировать определение психического состояния, стараясь отразить в нём наиболее важные, существенные признаки.

Разработка этого понятия, видимо, пока ещё далека от завершения, так как в настоящий момент нет общепризнанного определения психического состояния.

Существующие определения обычно включают характеристики детерминанты и функции данного явления. При этом одни специалисты больше акцентируют внимание на компонентах и характеристиках, а другие на детерминантах и функциях. Например:

«Психическое состояние - это интегральная характеристика человека в конкретный промежуток времени, отражающая доминирующие отношения и

---

<sup>1</sup> Н.Д. Левитов О психических состояниях человека. М., 1964 с.18

мотивы, качественное своеобразие и степень напряжённости его переживаний, уровень функционирования его познавательных процессов, меру волевой активности и непроизвольной активации, точность и стабильность саморегуляции» В данном определении подробно представлены составляющие психического состояния – психические процессы и проявления разноуровневых свойств личности. Другой пример: «Состояние в самом широком смысле - это реакция функциональных систем и в целом организма на внешние и внутренние воздействия, направленная на сохранение целостности организма и обеспечение его жизнедеятельности в конкретных условиях обитания» (Ильин Е.П., 1980, с.111-112). В этом определении больше представлены функции состояния: адаптация к условиям внешней среды и к внутренним факторам; обеспечение целостности взаимодействия организма и психики.

## **2.Классификация психических состояний.**

Рассматривая психическое состояние с позиций основных принципов философии Ю.Е. Сосновикова (1975) выделила следующие характеристики:

1. Временные – длительность проявления.
2. Пространственные – степень распространённости: локальность или выраженность во вне, латентность или яркость проявления, охват биологического и социального пространства.
3. Структурные – общий тонус и напряжённость отдельных компонентов.
4. Функциональные – осознанность и адекватность ситуации, осознание или неосознание времени, адекватность нормам морали.

Эти характеристики были положены в основу классификации психических состояний .

Анализируя психическое состояние в рамках системного подхода В.А. Ганзен (1984) определил, что состояние характеризуют:

1. Уровневость
2. Субъективность-объективность
3. Степень обобщённости

Указанные характеристики были выделены на основании упорядочивания компонентов психического состояния и рассматривались как подструктуры, образующие единую структуру состояния.

А.О. Прохоров (1994) в качестве основных характеристик психического состояния выделяет:

1. Целостность
2. Устойчивость во времени
3. Обусловленность ситуацией
4. Единство переживания и поведения (деятельности)
5. Связь с личностными особенностями и психическими процессами.

По А.О. Прохорову данные характеристики описывают основные отличительные признаки психического состояния и в совокупности позволяют отразить его сущность.

В перечень характеристик психического состояния, разработанный Л.В. Куликовым (2000), входят:

1. Активация
2. Тонус
3. Напряжение
4. Эмоциональность
5. Настроение
6. Осознанность
7. Время
8. Полярность.

Первые пять характеристик данного перечня отражают содержание составных частей состояния и более похожи на его компоненты. Три последние характеризуют состояние на более обобщённом уровне. Время, полярность и осознанность свойственны всем остальным характеристикам: активационным, тоническим, тензионным, эмоциональным, настроению, а также – друг другу. Вышеперечисленные комплексы характеристик психического состояния отличаются по количеству, по содержанию, по уровню обобщённости и по степени взаимосвязанности. Это свидетельствует о различных методологических подходах к характеристикам психологических понятий и существенных различиях в точках зрения специалистов на природу психического состояния. Психическое состояние как явление действительности подчиняется общим закономерностям существования всех явлений. Поэтому, его правомерно характеризовать, используя основные философские категории и принципы описания любых явлений: время, пространство, движение (динамика), количество, качество и др. С другой стороны, психическое состояние – это форма существования психики. Поэтому характеристики психического состояния в содержательном плане определяются общими закономерностями функционирования и развития психики.

Измерение психологических состояний.

Достаточно большой перечень показателей для измерения состояний предлагал использовать отечественные психологи В.Л. Марищук и В.И. Евдокимов: внешнеэмоциональные проявления (включающие и некоторые вегетативные реакции); физиологические реакции; биохимические данные; неврологические показатели; психологические и психофизиологические показатели; поведение и деятельность.<sup>2</sup> Внешнеэмоциональные проявления (включающие и некоторые вегетативные реакции): характерные реакции мимики и пантомимики; наличие особого произвольного напряжения мышц – скованности; наличие общего понижения тонуса позных мышц; наличие особой подвижности, иногда немотивированной, нехарактерной для изучаемого субъекта; изменение цвета

---

<sup>2</sup> (Марищук В.Л., Евдокимов В.И. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса. – СПб.: Сентябрь, 2001. – 260 с.).

кожи лица (покраснение, побледнение, «серый цвет»); тремор; пиломоторные реакции («гусиная кожа»); произвольные движения глаз; выраженные изменения в артикуляции, в интонациях голоса.

Физиологические реакции: частота (ЧСС) и ритм сердечных сокращений и другие показатели электрокардиограммы (ЭКГ); величина артериального давления (АД) – выявление реакций по гипертоническому (повыш.), гипотоническому (пониж.) типу и др.; показатели дыхания (с оценкой его частоты и соотношения фаз вдоха и выдоха); показатели температуры тела, температуры кожи, ректальной температуры; зрачковый рефлекс (изменение диаметра зрачка); кожно-гальваническая реакция и величина потоотделения; показатели основного обмена и теплопродукции; изменение перистальтики кишок и желудка; показатели силы и выносливости; показатели оксигеметрии; показатели электроэнцефалограммы (ЭЭГ), электроокулограммы (ЭОГ), электромиограммы (ЭМГ), реограммы (РГ) и др. характеристик.

Биохимические данные: показатели общего анализа крови (с целью выявления, например, эозинопении и лимфопении, характерных для стрессовых состояний); содержание сахара и липидов в крови; показатели экскреции стероидных гормонов с целью выявления состояния стресса; исследование рН слюны.

Неврологические показатели: форма и диаметр зрачков, реакция на свет, аккомодация и конвергенция, оценка нистагма; дрожание век при закрытых глазах; симметричность иннервации лица и языка; координация движений, «пальценосовые пробы»; сухожильные рефлексy; рефлексy орального автоматизма.

Психологические и психофизиологические показатели: время и ошибки простой и сложной сенсомоторных реакций (ПСМР, ССМР), реакция на движущийся объект (РДО) пр.; острота зрения, контрастная чувствительность, абсолютные и дифференциальные пороги световой и цветовой чувствительности; устойчивость ясного видения; критическая частота слияний мельканий (КЧСМ), фосфены; длительность последовательных образов; хронаксия и реобаза мышц; показатели долговременной, кратковременной и оперативной памяти на звуковые и зрительные символы; точность усилий и показатели двигательной памяти; устойчивость, концентрация, распределение и переключение внимания, объем внимания; координация и точность движений (при использовании различных аппаратных методик); данные пространственного восприятия и глазомера; данные ассоциативного эксперимента; показатели помехоустойчивости, стрессоустойчивости, нервно-психической устойчивости.

Поведение и деятельность: настроение (выявляется путем интервью и с помощью специальных опросников и проективных тестов); субъективное мнение о комфорте и собственном состоянии, утомление, работоспособность (путем специальных опросников); субъективное восприятие стресса (с

помощью специального опросника); эмоциональное состояние, установка, направленность личности (путем различных проективных тестов, например, «тестом на установку»); общие поведенческие реакции (путем наблюдения и оценки по определенной схеме, например, с учетом адекватности поступков и ответов на вопросы, критичности в самооценке, четкости выражения мысли, способности к волевой задержке, активности или рассеянности и пассивности, перепадом настроения и т.д.); поведение на работе и в коллективе (путем оценки испытуемого его товарищами, начальниками, например, методом независимых характеристик по К.К. Платонову).

Доктора Холмс и Рейх изучали зависимость заболеваний (в том числе инфекционных болезней и травм) от различных стрессогенных жизненных событий более чем у 5 000 пациентов. Они пришли к выводу, что психическим и физическим болезням обычно предшествуют определенные серьезные изменения в жизни человека, и на основании своего исследования составили шкалу, в которой каждому важному жизненному событию приписано определенное число баллов в зависимости от степени его стрессогенности.

### **3. Понятие экстремальные состояния**

Экстремальными состояниями (от лат. *extrema* – чрезмерный, чрезвычайный, крайний, предельный) принято называть тяжелые состояния организма, возникающие при воздействии на него особо патогенных внешних факторов или неблагоприятном развитии имеющихся заболеваний, вызывающих грубые нарушения метаболизма и жизненно важных функций, представляющие угрозу для жизни и требующие срочного активного терапевтического вмешательства (Н.И. Лосев и соавт.).

Понятие "экстремальные состояния" не следует смешивать с понятиями "экстремальные условия существования", и "терминальные состояния". Термин "экстремальные условия существования" применим к ситуациям, при которых под влиянием действия одного или нескольких чрезвычайных раздражителей происходит максимальное напряжение адаптационных механизмов организма без существенных, опасных для жизни нарушений его функций и грубых расстройств метаболизма, являющихся важнейшими критериями экстремальных состояний. Главной отличительной чертой терминальных состояний является их необратимость без специальных экстренных медицинских мер помощи, в то время как многие формы экстремальных состояний могут быть самостоятельно обратимы. Даже в случаях неблагоприятного исхода в процессе развития экстремальных состояний отмечается, как правило, более или менее продолжительный период улучшения состояния организма – период субкомпенсации – за счет включения многочисленных компенсаторно-приспособительных

механизмов. Для терминальных состояний характерно прогрессирующее угнетение функций и угасание жизни.

К экстремальным состояниям относятся шок, коллапс, кома. Выделение перечисленных форм патологии в отдельную группу типовых патологических процессов определяется не только общим для всех трех экстремальным (необычайно сильным или чрезмерно длительным) характером воздействия на организм многообразных, различных по своей природе факторов внешней или внутренней среды организма, но и определенной стереотипностью развивающихся при них нарушений. В силу этого обстоятельства данную группу процессов называют иногда стереотипными патологическими процессами.

#### **4. Понятие шок**

Шок (от англ. shock – удар, потрясение) – остро возникающая общая рефлекторная реакция организма в ответ на действие чрезвычайного раздражителя, характеризующаяся резким угнетением всех жизненных функций вследствие расстройств их нервно-гуморальной регуляции.

Причины: тяжелая механическая травма, обширные ожоги II и III степени,

попадание в организм гетерогенной или несовместимой по отдельным факторам крови, повторное парентеральное введение чужеродного белка и других веществ антигенной природы, мощное действие ионизирующей радиации, электротравма, тяжелая психическая травма и т.п.

Виды шока в зависимости от причины возникновения:

1. Травматический шок возникает при размозжении обширной массы мягких тканей, переломах костей скелета, повреждении грудной клетки или брюшной полости, огнестрельных ранениях и т.п.

В развитии шока выделяют две стадии:

- эректильная стадия – общее возбуждение, двигательная реакция, речевое беспокойство, повышение артериального кровяного давления, одышка, активация обменных процессов, бывают повышение температуры тела, лейкоцитоз и др. Эта стадия шока очень кратковременна и обычно не превышает 10-15, реже 30 минут;

- торпидная стадия – бледность кожных покровов, холодный пот, резкое угнетение психики, апатия, безучастие к окружающему при сохраненном сознании, прогрессирующее падение кровяного давления и нарастающее ослабление сердечной деятельности, поверхностное неравномерное по ритму и глубине, нередко – периодическое дыхание, гипоксия смешанного

типа, гипотермия, лейкопения со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, олигурия или анурия.

2. Ожоговый шок - вторая по частоте возникновения форма шока. Характеризуется большой продолжительностью (до 1-2 часов) эректильной стадии. Это ведет к нарушению водного баланса, внеклеточной дегидратации, сгущению крови, повышению ее вязкости. В ЦНС наблюдается поток болевой импульсации.

3. Кардиогенный шок возникает как тяжелое осложнение стенокардии и инфаркта миокарда в остром периоде его развития и является основной причиной смерти при этих состояниях. Гипоксия сердечной мышцы при спазме коронарных сосудов сопровождается сильным болевым приступом. Поток болевых импульсов в сочетании с эмоционально обусловленными (чувство страха при болях в сердце) нарушениями функции ЦНС лежит в основе его развития. Артериальное давление падает, отмечается нарастающая тахикардия.

4. Анафилактический шок развивается в ответ на повторное парэнтеральное введение чужеродного белка или на попадание в организм других веществ антигенной природы. Иницирующим развитие этой формы шока фактором является образование комплексов антиген – антитело. Возникает шок внезапно, в течение нескольких минут. Эректильная стадия обычно очень кратковременна, неуловима. Проявляется чувством беспокойства, двигательным возбуждением, головной болью. Затем – возникает спазм гладкой мускулатуры (особенно мускулатуры бронхов), появляются судороги, асфиксия. Протекает тяжело и без своевременной интенсивной терапии быстро заканчивается летальным исходом.

## **5. Понятие Коллапс**

Коллапс (лат. collaps –крах, падение) – близкий к шоку патологический процесс, клиническая картина позднего этапа которого очень сходна с картиной глубокого шока. Это острая сосудистая недостаточность, обусловленная падением тонуса артериол и вен и резким снижением артериального и венозного давления. Нарушения в ЦНС развиваются, в отличие от шока, вторично, вследствие сосудисто-сердечной недостаточности. По этиологическому признаку различают:

1. Инфекционный коллапс (в результате интоксикации организма бактериальными токсинами при тяжело протекающих острых инфекционных заболеваниях);

2. Гипоксемический коллапс у людей, попадающих в условия низкого атмосферного давления (при подъеме на воздушном шаре, в барокамере,

разгерметизации на большой высоте кабины самолета и т.п.), или вынужденных дышать воздухом с низким содержанием кислорода (на затонувшей подводной лодке, в завалах каменноугольных шахт и т.п.);

3. Геморрагический коллапс – результат острой массивной кровопотери;

4. Панкреатический коллапс в результате тяжелой травмы, сопровождающейся кровоизлиянием в ткань поджелудочной железы и поступлением в кровь панкреатического сока с активными протеолитическими ферментами;

5. Ортостатический коллапс при быстрой смене положения тела с горизонтального в вертикальное у больных, длительно выдерживающих постельный режим;

6. Гипертермический коллапс и др.

## **6.Понятие кома**

Кома (от греч. кота – сон, дремота) – бессознательное состояние, связанное с нарушением функции коры больших полушарий головного мозга, с б расстройством рефлекторной деятельности и жизненно важных функций организма (кровообращения, дыхания, метаболизма).

Отличительной особенностью любой комы является полная и стойкая утрата сознания. Наиболее часто встречаются следующие виды комы:

1. Диабетическая (у диабетика в случае перерыва во введении инсулина или грубых нарушений пищевого режима) развивается медленно в течение дней и недель. Первые симптомы – общее недомогание, жажда, потеря аппетита, головная боль, запоры или поносы, тошнота; возникают сонливость, депрессия, тахикардия, низкое артериальное давление, дыхание Куссмауля; характерен запах ацетона в выдыхаемом воздухе;

2. Гипогликемическая (при передозировке инсулина или недостаточном перекрытии его углеводами пищи) сопровождается внезапным чувством голода, чувством страха, сердцебиением, обильным потоотделением, дрожью, иногда – судорогами, психическими реакциями, бредом и др.;

3. Печеночная, подразделяющаяся на:

- гепатоцеллюлярную – как крайнее наиболее тяжелое проявление функциональной печеночной недостаточности при диффузных поражениях паренхимы органа (вирусный гепатит, отравление гепатотропными ядами, опухолевый процесс, сепсис и т.д.);

- "шунтовую" – при портальной гипертензии, когда большая часть портальной крови, содержащая огромное количество токсинов, в том числе аммиачных соединений, минуя печень, по многочисленным порто-кавальным анастомозам поступает в общий кровоток;

- смешанную.

4. Уремическая – при почечной недостаточности, как следствие высокой азотемии. Характерные признаки – светлая моча с низким удельным весом, высокий уровень мочевины и азотистых оснований крови, тяжелые проявления интоксикации организма, запах мочевины изо рта и др. Резкое нарушение выделения шлаков почками увеличивает их выведение через легкие, потовые железы, желудочно-кишечный тракт;

5. Апоплексическая – при остром расстройстве мозгового кровообращения, причиной которой чаще всего являются ишемический и геморрагический инсульт.

Кома может быть молниеносной, характеризующейся внезапной потерей сознания и постепенно развивающейся. Во втором случае в развитии комы можно выделить 4 стадии:

- В первую (начальную) стадию отмечается заторможенность, нарушение сна (сонливость днем, бессонница ночью), координации движений.

- Вторая стадия (прекома) характеризуется углублением расстройств ЦНС. Нарастает сонливость, появляется спутанность сознания, ослабление чувствительности к болевым и другим раздражителям.

- Отличительными особенностями третьей стадии (сопор – от лат. *sopor* – оцепенение) является потеря сознания с периодическими его прояснениями, непроизвольное мочеиспускание, дефекация, иногда судорожные подергивания мышц.

- Для четвертой стадии (глубокая кома) характерны стойкое бессознательное состояние, арефлексия, резкие нарушения вегетативных функций (гипотензия, сердечные аритмии, периодический тип дыхания, гипотермия и др.).

## **7. Общие принципы лечения экстремальных состояний**

Лечение экстремальных состояний – задача сложная, трудоемкая и весьма ответственная. При каждой конкретной форме она имеет свои отличительные особенности. Однако есть и общие принципы лечения этой тяжелой группы патологии диктуемые стереотипностью ряда патогенетических механизмов.

Коротко они сводятся к следующему:

1. Оперативность, срочность начала терапевтических мероприятий – важнейший залог успеха оказания помощи таким больным. Промедление может привести к крайне опасным, практически необратимым изменениям (“шоковое легкое”, “шоковая почка”, отек мозга).

2. Устранение причин, вызвавших развитие конкретного экстремального состояния. При геморрагическом коллапсе это остановка кровотечения; при травматическом шоке – покой, (например, шинирование пораженной конечности), устранение болевого синдрома (с помощью анальгетиков, наркотиков, новокаиновых блокад), оперативное вмешательство по

жиженным показателям (трахеотомия, закрытие открытого пневмоторокса); при отравлении для удаления токсического вещества – промывание желудка, специфическая антидотная и антитоксическая терапия, используются рвотные, мочегонные, сорбционные методы детоксикации при уремической коме – гемодиализ, перитонеальный диализ и т.д.

Во всех случаях лечение экстремальных состояний должно быть срочным, интенсивным, комплексным, направленным на коррекцию всех систем и процессов жизнеобеспечения, на восполнение потерь организма.

### **Список используемой литературы.**

1. Воронов, И.А. Экстремальная психология: антиципация и психотехнология «Пульсар»: монография / И.А. Воронов. — СПб.: ПОЛИТЕХ-ПРЕСС, 2022. — 363 с.
2. Павлова Е.В. Психология экстремальных ситуаций и состояний: Учебно-методическое пособие. — Благовещенск: Изд-во АмГУ, 2014. — 198 с.
3. Психология экстремальных и чрезвычайных состояний: учебное пособие / Белашева И.В., Суворова А.В., Польшакова И.Н., Осипова Н.В., Ершова Д.А. — Ставрополь: Изд-во СКФУ, 2015. — 262 с.
4. Ловягина А.Е. Психические состояния человека: учеб. пособие. — СПб: СПбГУ, 2014. — 120 с.