**Лекция 5. Особенности психического состояния и поведения человека в экстремальных ситуациях. Особенности контроля своего поведения, состояния и отношения в процессе оказания психологической помощи (2 часа).**

**План:**

1. Психическое состояние и поведение пострадавших в экстремальных ситуациях, основные группы психогенных реакций и расстройств.

2. Группы факторов, влияющих на психическое состояние и поведение пострадавших в экстремальных ситуациях

 3. Динамика психического состояния пострадавших в различных экстремальных ситуациях.

4.Экстренная психологическая помощь пострадавшим в экстремальных ситуациях.

**ВВЕДЕНИЕ**

Ростчисла экстремальных ситуаций (техногенных и природных катастроф, межнациональных конфликтов, террористических актов) в нашей стране за последние годы диктует необходимость подготовки специалистов, способных оказывать экстренную допсихологическую помощь жертвам подобных ситуаций.

Понятие «состояние» как общенаучная категория применительно к человеческому организму означает совокупность происходящих в нем процессов, а также степень развития и целостности структур организма.

В психологии наиболее распространенным является представление о состояниях как относительно устойчивых психических явлениях, имеющих начало, течение и конец, т. е. динамических образованиях. Общепринятым является и мнение о состояниях как психических явлениях, отражающих особенности функционирования нервной системы и психики человека в определенный период времени или адаптационного процесса.

Итак, психическая сторона состояний находит отражение в виде переживаний и чувств, а физиологическая — в изменении ряда функций, и в первую очередь вегетативных и двигательных. Переживания и физиологические изменения неотделимы друг от друга, т. е. всегда сопутствуют друг другу. Например, усталость, апатия сопровождаются изменением ряда физиологических функций, так же как физиологические признаки определенного состояния сопровождаются чувством усталости, апатии.

В концепции Е.П. Ильина выделяется несколько основных положений. Во-первых, состояние человека обусловлено воздействием факторов внешней среды и внутренних условий, к которым относятся структуры психического и физиологического уровня. Во-вторых, субъективная сторона состояний (переживания) играет одну из ведущих ролей в регуляции состояний.

**Учебный вопрос 1. Психическое состояние и поведение пострадавших в ЧС, основные группы психогенных реакций и расстройств.**

Чрезвычайная ситуация (ЧС) — это обстановка на опре­деленной территории, сложившаяся в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, стихийного или иного бедствия, которое может повлечь за собой чело­веческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей («Закон о защите на­селения и территорий от чрезвычайных ситуаций природ­ного и техногенного характера от 21 декабря 1994 № 68-ФЗ (СЗРФ 94-35)»).

**Пострадавшие** (материально или физически) - люди, потерявшие своих близких или не имеющие информации об их судьбе, лишившиеся своих домов, имущества и т.д. В этой группе наблюдаются наиболее тяжелые эмоциональные реакции, длительные негативные переживания. Пострадавшим особенно трудно смириться с постигшим их горем, адаптироваться к изменившимся условиям жизни. В этой группе выявляется наибольшее количество отсроченных психических последствий, о которых мы будем говорить в последующих главах.

В условиях катастроф и стихийных бедствий нервно–психические нарушения проявляются в широком диапазоне: от состояния дезадаптации и невротических, неврозоподобных реакций до реактивных психозов. Их тяжесть зависит от многих факторов: возраста, пола, уровня исходной социальной адаптации; индивидуальных характерологических особенностей; дополнительных отягощающих факторов на момент катастрофы (одиночество, попечение о детях, наличие больных родственников, собственная беспомощность: беременность, болезнь и т.д.).

Психогенное воздействие экстремальных условий складывается не только из прямой, непосредственной угрозы для жизни человека, но и опосредованной, связанной с ее ожиданием. Психические реакции при наводнении, урагане и других экстремальных ситуациях не носят какого–то специфического характера, присущего лишь конкретной экстремальной ситуации. Это скорее универсальные реакции на опасность, а их частота и глубина определяются внезапностью и интенсивностью экстремальной ситуации.

 Реакции на травмирующее воздействие различных неблагоприятных факторов, на психическую деятельность человека подразделяются:

 - *непатологические психоэмоциональные* (физиологические) реакции;

 - *патологические состояния – психогении* (реактивные состояния).

 Непатологические психоэмоциональные реакции

Для них характерна психологическая понятность реакций, их прямая зависимость от ситуаций и, как правило, небольшая продолжительность. При непатологических реакциях обычно сохраняются работоспособность (хотя она и снижена), возможность общения с окружающими и критического анализа своего поведения. Типичными для человека, оказавшегося в катастрофической ситуации, являются чувства тревоги, страха, подавленности, беспокойства за судьбу родных и близких, стремление выяснить истинные размеры катастрофы (стихийного бедствия). Такие реакции также обозначаются как состояние стресса, психической напряженности, аффективные реакции и т.п.

Патологические состояния – психогении

Психогении – отклонения от нормы, болезненные расстройства психики, состояние ее психически ненормальной дезадаптации, возникающие под влиянием психических травм.

Патологические психогенные расстройства являются болезненными состояниями, выводящими человека из строя, лишающими его возможности продуктивного общения с другими людьми и способности к целенаправленным действиям. В ряде случаев при этом имеют место расстройства сознания, возникают психопатологические проявления, сопровождающиеся широким кругом психотических расстройств.

 Различия психопатологических расстройств с клиникой нарушений в экстремальных ситуациях:

*Во–первых*, вследствие множественности внезапно действующих психотравмирующих факторов в экстремальных ситуациях происходит одномоментное возникновение психических расстройств у большого числа людей.

*Во–вторых*, клиническая картина в этих случаях не столь индивидуальна, как при «обычных» психотравмирующих обстоятельствах, и сводится к небольшому числу достаточно типичных проявлений.

*В–третьих*, несмотря на развитие психогенных расстройств и продолжающуюся опасную ситуацию, пострадавший вынужден продолжать активную борьбу с последствиями стихийного бедствия (катастрофы) ради выживания и сохранения жизни близких и всех окружающих.

Наиболее часто наблюдаемые во время и после экстремальных ситуаций ***психогенные расстройства объединяют в 4 группы – непатологические (физиологические) реакции, патологические реакции, невротические состояния и реактивные психозы.***

Поведение человека во внезапно развившейся экстремальной ситуации во многом определяется эмоцией страха, которая до определенных пределов может считаться физиологически нормальной, поскольку она способствует экстренной мобилизации физического и психического состояния, необходимой для самосохранения. При утрате критического отношения к собственному страху, появлении затруднений в целесообразной деятельности, снижении и исчезновении возможности контролировать действия и принимать логически обоснованные решения формируются различные психотические расстройства (реактивные психозы, аффективно–шоковые реакции), а также состояния паники.

**Психогенные расстройства, наблюдаемые во время и после экстремальных ситуаций**

 ***Реакции и психогенные расстройства. Клинические особенности***

* *Непатологические (физиологические) реакции* (преобладание эмоциональной напряженности, психомоторных, психовегетативных, гипотимических проявлений, сохранение критической оценки происходящего и способности к целенаправленной деятельности),
* *Психогенные патологические реакции (*невротический уровень расстройств – островозникшие - астенический, депрессивный, истерический и другие синдромы, снижение критической оценки происходящего и возможностей целенаправленной деятельности),
* *Психогенные невротические состояния* (стабилизированные и усложняющиеся невротические расстройства – неврастения (невроз истощения, астенический невроз), истерический невроз, невроз навязчивых состояний, депрессивный невроз, в ряде случаев утрата критического понимания происходящего и возможностей целенаправленной деятельности),
* *Реактивные психозы (*острые аффективно-шоковые реакции, сумеречные состояния сознания с двигательным возбуждением или двигательной заторможенностью, затяжные-депрессивные, параноидные, псевдодементные синдромы истерические и другие психозы).

 Среди реактивных психозов в ситуации массовых катастроф чаще всего наблюдаются аффективно–шоковые реакции и истерические психозы. Аффективно–шоковые реакции возникают при внезапном потрясении с угрозой для жизни, они всегда непродолжительны, длятся от 15–20 минут до нескольких часов или суток и представлены двумя формами шоковых состояний – гипер- и гипокинетической.

*Гипокинетический вариант* характеризуется явлениями эмоционально–двигательной заторможенности, общим «оцепенением», иногда вплоть до полной обездвиженности и мутизма (аффектогенный ступор). Люди застывают в одной позе, их мимика выражает либо безучастность, либо страх. Отмечаются вазомоторно-вегетативные нарушения и глубокое помрачение сознания. Гиперкинетический вариант характеризуется острым психомоторным возбуждением (двигательная буря, фугиформная реакция). Люди куда-то бегут, их движения и высказывания хаотичны, отрывочны; мимика отражает устрашающие переживания. Иногда преобладает острая речевая спутанность в виде бессвязного речевого потока. Люди дезориентированы, их сознание глубоко помрачено.

При истерических расстройствах в переживаниях человека начинают преобладать яркие образные представления, люди становятся крайне внушаемыми и самовнушаемыми. На этом фоне нередко развиваются нарушения сознания. Для истерического сумеречного помрачения сознания характерно не полное его выключение, а сужение с дезориентировкой, обманами восприятия. В поведении людей всегда находит отражение конкретная психотравмирующая ситуация. В клинической картине заметна демонстративность поведения с плачем, нелепым хохотом, истероформными припадками. К числу истерических психозов относят также истерический галлюциноз, псевдодеменцию, пуарилизм.

 Наиболее типичными проявлениями непсихотических (невротических) расстройств на различных этапах развития ситуации являются острые реакции на стресс, адаптационные (приспособительные) невротические реакции, неврозы (тревоги, истерический, фобический, депрессивный, ипохондрический, неврастения).

Острые реакции на стресс характеризуются быстро проходящими непсихотическими расстройствами любого характера, которые возникают как реакция на экстремальную физическую нагрузку или психогенную ситуацию во время стихийного бедствия и обычно исчезают спустя несколько часов или дней. Эти реакции протекают с преобладанием эмоциональных нарушений (состояния паники, страха, тревоги и депрессии) или психомоторных нарушений (состояния двигательного возбуждения, заторможенности).

 *Адаптационные (приспособительные) реакции* выражаются в легких или преходящих непсихотических расстройствах, длящихся дольше, чем острые реакции на стресс. Они наблюдаются у лиц любого возраста без какого–либо явного предшествовавшего им психического расстройства. Такие расстройства часто в какой–то степени ограничены в клинических проявлениях (парциальны) или выявляются в специфических ситуациях; они, как правило, обратимы. Обычно они тесно связаны по времени и содержанию с психотравмирующими ситуациями, вызванными тяжелыми утратами.

**Виды адаптационных реакций:**

* Кратковременная депрессивную реакция (реакция утраты);
* Затяжная депрессивная реакция;
* Реакция с преобладающим расстройством других эмоций (реакцию беспокойства, страха, тревоги и т. д.).

**Наблюдаемые формы неврозов**

1. ***невроз тревоги (страха),*** для которого характерно сочетание психических и соматических проявлений тревоги, не соответствующих реальной опасности и проявляющихся либо в виде приступов, либо в виде стабильного состояния;
2. ***истерический невроз***, характеризующийся невротическими расстройствами, при которых преобладают нарушения вегетативных, сенсорных и моторных функций («конверсионная форма»), селективная амнезия, возникающая по типу «условной приятности и желательности», внушения и самовнушения на фоне аффективно суженного сознания. Могут иметь место выраженные изменения поведения, принимающие иногда форму истерической фуги. Это поведение может имитировать психоз или, скорее, соответствовать представлению больного о психозе;
3. ***фобии невротические***, для которых типично невротическое состояние с патологически выраженной боязнью определенных предметов или специфических ситуаций;
4. ***депрессивный невроз*** – он определяется невротическими расстройствами, характеризующимися неадекватной по силе и клиническому содержанию депрессией, которая является следствием психотравмирующих обстоятельств. Он не включает в число своих проявлений витальные компоненты, суточные и сезонные колебания и определяется сосредоточением больного на психотравмирующей ситуации, предшествовавшей болезни. Обычно в переживаниях больных отсутствует проекция тоски на будущее. Нередко имеет место тревога, а также смешанное состояние тревоги и депрессии; неврастения, выражающаяся вегетативными, сенсомоторными и аффективными дисфункциями и протекающая по типу раздражительной слабости с бессонницей, повышенной утомляемостью, отвлекаемостью, пониженным настроением, постоянным недовольством собой и окружающими. Неврастения может являться следствием продолжительного эмоционального стресса, переутомления, возникать на фоне травматических поражений и соматических заболеваний;
5. ***ипохондрический невроз*** – проявляется главным образом чрезмерной озабоченностью собственным здоровьем, функционированием какого–либо органа или, реже, состоянием своих умственных способностей. Обычно болезненные переживания сочетаются с тревогой и депрессией.

 Изучение наблюдавшихся при экстремальных ситуациях психических расстройств, а также анализ комплекса спасательных, социальных и медицинских мероприятий дают возможность схематически выделить:

**Три периода развития ситуации, в которых наблюдаются различные психогенные нарушения.**

*Первый (острый) период характеризуется внезапно возникшей угрозой собственной жизни и гибели близких.* Он продолжается от начала воздействия экстремального фактора до организации спасательных работ (минуты, часы). Мощное экстремальное воздействие затрагивает в этот период в основном витальные инстинкты (например, самосохранения) и приводит к развитию неспецифических, внеличностных психогенных реакции, основу которых составляет страх различной интенсивности. В это время преимущественно наблюдаются психогенные реакции психотического и непсихотического уровней. В ряде случаев возможно развитие паники. Непосредственно после острого воздействия, когда появляются признаки опасности, у людей возникают растерянность, непонимание того, что происходит. За этим коротким периодом при простой реакции страха наблюдается умеренное повышение активности: движения становятся четкими, экономными, увеличивается мышечная сила, что способствует перемещению в безопасное место. Нарушения речи ограничиваются ускорением ее темпа, запинками, голос становится громким, звонким. Отмечается мобилизация воли, анимация идеаторных процессов. Мнестические нарушения в этот период представлены снижением фиксации окружающего, нечеткими воспоминаниями происходящего вокруг, однако в полном объеме запоминаются собственные действия и переживания. Характерным является изменение ощущения времени, течение которого замедляется, так что длительность острого периода в восприятии увеличена в несколько раз. При сложных реакциях страха в первую очередь отмечаются более выраженные двигательные расстройства в гипердинамическом или гиподинамическом вариантах, описанных выше. Речевая продукция отрывочна, ограничивается восклицаниями, в ряде случаев имеет место афония. Воспоминания о событии и своем поведении у пострадавших в этот период недифференцированны, суммарны. Наряду с психическими расстройствами нередко отмечаются тошнота, головокружение, учащенное мочеиспускание, обмороки, у беременных женщин – выкидыши. Восприятие пространства изменяется, искажаются расстояние между предметами, их размеры и форма. Порой окружающее представляется «нереальным», причем это ощущение сохраняется в течение нескольких часов после воздействия. Длительными могут быть и кинестетические иллюзии (ощущение качающейся земли, полета, плавания и т.д.).

При простой и сложной реакциях страха сознание сужено, хотя в большинстве случаев сохраняются доступность внешним воздействиям, избирательность поведения, возможность самостоятельно находить выход из затруднительного положения.

*Во втором периоде, протекающем при развертывании спасательных работ, начинается, по образному выражению, «нормальная жизнь в экстремальных условиях».* В это время в формировании состояний дезадаптации и психических расстройств значительно большую роль играют особенности личности пострадавших, а также осознание ими не только продолжающейся в ряде случаев ситуации, но и новых стрессовых воздействий, таких, как утрата родных, разобщение семей, потеря дома, имущества. Важными элементами пролонгированного стресса в этот период являются ожидание повторных воздействий, несовпадение ожиданий с результатами спасательных работ, необходимость идентификации погибших родственников. Психоэмоциональное напряжение, характерное для начала второго периода, сменяется к его концу, как правило, повышенной утомляемостью и «демобилизацией» с астено–депрессивными или апато–депрессивными проявлениями.

После окончания острого периода у некоторых пострадавших наблюдаются кратковременное облегчение, подъем настроения, стремление активно участвовать в спасательных работах, многоречивость, бесконечное повторение рассказа о своих переживаниях, об отношении к случившемуся, бравада, дискредитация опасности. Эта фаза эйфории длится от нескольких минут до нескольких часов. Как правило, она сменяется вялостью, безразличием, идеаторной заторможенностью, затруднением в осмыслении задаваемых вопросов, трудностями при выполнении даже простых заданий. На этом фоне наблюдаются эпизоды психоэмоционального напряжения с преобладанием тревоги. В ряде случаев развиваются своеобразные состояния, пострадавшие производят впечатление отрешенных, погруженных в себя. Они часто и глубоко вздыхают, отмечается брадифазия, ретроспективный анализ показывает, что в этих случаях внутренние переживания нередко связываются с мистически–религиозными представлениями. Другой вариант развития тревожного состояния в этот период может характеризоваться преобладанием «тревоги с активностью». Характерными являются двигательное беспокойство, суетливость, нетерпеливость, многоречивость, стремление к обилию контактов с окружающими. Экспрессивные движения бывают несколько демонстративны, утрированы. Эпизоды психоэмоционального напряжения быстро сменяются вялостью, апатией.

*В третьем периоде, начинающемся для пострадавших после их эвакуации в безопасные районы, у многих происходит сложная эмоциональная и когнитивная переработка ситуации, переоценка собственных переживаний и ощущений, осознание утрат*. При этом приобретают актуальность также психогенно травмирующие факторы, связанные с изменением жизненного стереотипа, проживанием в разрушенном районе или в месте эвакуации. Становясь хроническими, эти факторы способствуют формированию относительно стойких психогенных расстройств. Наряду с сохраняющимися неспецифическими невротическими реакциями и состояниями в этот период начинают преобладать затянувшиеся и развивающиеся патохарактерологические расстройства. Соматогенные психические нарушения при этом могут носить подострый характер. В этих случаях наблюдаются как «соматизация» многих невротических расстройств, так и в известной мере противоположные этому процессу «невротизация» и «психопатизация».

В динамике астенических расстройств, развившихся после экстремальной внезапно возникшей ситуации, часто наблюдаются аутохтонные эпизоды психоэмоционального напряжения с преобладанием аффекта тревоги и усилением вегетосоматических нарушений. По существу, астенические расстройства являются основой, на которой формируются различные пограничные нервно-психические расстройства. В ряде случаев они приобретают затяжной и хронический характер.

При развитии на фоне астении выраженных и относительно стабильных аффективных реакций собственно астенические расстройства как бы оттесняются на второй план. У пострадавших возникают смутное беспокойство, тревожное напряжение, дурные предчувствия, ожидание какого–то несчастья. Появляется «прислушивание к сигналам опасности», которыми могут оказаться сотрясение почвы от движущихся механизмов, неожиданный шум или, наоборот, тишина. Все это вызывает тревогу, сопровождающуюся напряжением мышц, дрожью в руках, ногах. Это способствует формированию стойких и длительных фобических расстройств. Наряду с фобиями, как правило, отмечается неуверенность, трудность в принятии даже простых решений, сомнения в верности и правильности собственных действий. Часто наблюдаются близкое к навязчивости постоянное обсуждение пережитой ситуации, воспоминания о прошлой жизни с ее идеализацией.

 Другим видом проявления эмоционального напряжения являются психогенные депрессивные расстройства. Появляется своеобразное осознание «своей виновности» перед погибшими, возникает отвращение к жизни, сожаление, что выжил, а не погиб вместе с родственниками. Феноменология депрессивных состояний дополняется астеническими проявлениями, а в ряде наблюдений – апатией, безразличием, появлением тоскливого аффекта. Невозможность справиться с проблемами приводит к пассивности, разочарованию, снижению самооценки, чувству несостоятельности. Нередко депрессивные проявления бывают менее выраженными, и на передний план выступает соматический дискомфорт (соматические «маски» депрессии): диффузная головная боль, усиливающаяся к вечеру, кардиалгии, нарушения сердечного ритма, анорексия.

 В целом депрессивные расстройства не достигают психотического уровня, у пострадавших не бывает идеаторной заторможенности, они хотя и с трудом, но справляются с повседневными заботами.

Наряду с указанными невротическими расстройствами у людей, переживших экстремальную ситуацию, достаточно часто имеет место декомпенсация акцентуаций характера и психопатических личностных черт. При этом большое значение имеют как индивидуально значимая психотравмирующая ситуация, так и предшествовавший жизненный опыт и личностные установки каждого человека. Особенности личности налагают отпечаток на невротические реакции, играя важную патопластическую роль.

Основную группу состояний личностной декомпенсации обычно представляют реакции с преобладанием радикала возбудимости и сензитивности. Такие лица по ничтожному поводу дают бурные аффективные вспышки, объективно не адекватные поводу. При этом нередки агрессивные действия. Такие эпизоды чаще всего кратковременны, протекают с некоторой демонстративностью, театральностью, быстро сменяются астенодепрессивным состоянием, вялостью и безразличием к окружающему.

В ряде наблюдений отмечается дисфорическая окраска настроения. Люди в подобном состоянии мрачны, угрюмы, постоянно недовольны. Они оспаривают распоряжения и советы, отказываются выполнять задания, ссорятся с окружающими, бросают начатую работу. Нередки и случаи усиления паранойяльных акцентуаций – пережившие острую экстремальную ситуацию становятся завистливыми, следят друг за другом, пишут жалобы в различные инстанции, считают, что их обделили, поступили с ними несправедливо. В этих ситуациях наиболее часто развиваются рентные установки.

Наряду с отмеченными невротическими и психопатическими реакциями на всех трех этапах развития ситуации у пострадавших отмечаются вегетативные дисфункции и расстройства сна. Последние не только отражают весь комплекс невротических нарушений, но и в значительной мере способствуют их стабилизации и дальнейшему усугублению. Чаще всего затруднено засыпание, ему мешают чувство эмоционального напряжения, беспокойство, гиперестезии. Ночной сон носит поверхностный характер, сопровождается кошмарными сновидениями, обычно кратковременен. Наиболее интенсивные сдвиги в функциональной активности вегетативной нервной системы проявляются в виде колебаний артериального давления, лабильности пульса, гипергидроза, озноба, головных болей, вестибулярных нарушений, желудочно–кишечных расстройств. В ряде случаев эти состояния приобретают пароксизмальный характер, становясь наиболее выраженными во время приступа. На фоне вегетативных дисфункций нередко наблюдаются обострение психосоматических заболеваний, относительно компенсированных до экстремального события, и появление стойких психосоматических нарушений.

**Вывод по первому вопросу**. Итак, во все указанные периоды развитие и компенсация психогенных расстройств при чрезвычайных ситуациях зависят от трех групп факторов: *особенность ситуации, индивидуальное реагирование на происходящее, социальные и организационные мероприятия*. Однако значение этих факторов в различные периоды развития ситуации неодинаково. С течением времени теряют непосредственное значение характер чрезвычайной ситуации и индивидуальные особенности пострадавших, и напротив, возрастает и обретает основополагающее значение не только собственно медицинская, но и социально–психологическая помощь и организационные факторы.

Помимо непатологических и патологических психоэмоциональных состояний которые являются реакцией на психотравмирующие факторы чрезвычайных ситуаций происходят нарушения целемотивациотой сфере.

**Учебный вопрос 2. Группы факторов, влияющих на психическое состояние и поведение пострадавших в ЧС**

При осуществлении экстренной помощи необходимо помнить, что жертвы стихийных бедствий и катастроф страдают от следующих факторов, вызванных экстремальной ситуацией (Everstine, Everstine, 1993):

1. Внезапность. Лишь немногие бедствия ждут, пока потенциальные жертвы будут предупреждены – например, постепенно достигающие критической фазы наводнения или надвигающийся ураган, шторм. Чем внезапнее событие, тем оно разрушительнее для жертв.

2. Отсутствие подобного опыта. Поскольку бедствия и катастрофы, к счастью, редки – люди часто учатся переживать их в момент стресса.

3. Длительность. Этот фактор варьирует от случая к случаю. Например, постепенно развивавшееся наводнение может так же медленно и спадать, а землетрясение длится несколько секунд и приносит гораздо больше разрушений. Тем не менее у жертв некоторых длительных экстремальных ситуаций (например, в случаях угона самолета) травматические эффекты могут умножаться с каждым последующим днем.

4. Недостаток контроля. Никто не в состоянии контролировать события во время катастроф; может пройти немало времени, прежде чем человек сможет контролировать самые обычные события повседневной жизни. Если эта утрата контроля сохраняется долго, даже у компетентных и независимых людей могут наблюдаться признаки «выученной беспомощности».

5. Горе и утрата. Жертвы катастроф могут разлучиться с любимыми или потерять кого-то из близких; самое наихудшее – это пребывать в ожидании вестей обо всех возможных утратах. Кроме того, жертва может потерять из-за катастрофы свою социальную роль и позицию. В случае длительных травматических событий человек может лишиться всяких надежд на восстановление утраченного.

6. Постоянные изменения. Разрушения, вызванные катастрофой, могут оказаться невосстановимыми: жертва может оказаться в совершенно новых и враждебных условиях.

7. Экспозиция смерти. Даже короткие угрожающие жизни ситуации могут изменить личностную структуру человека и его «познавательную карту». Повторяющиеся столкновения со смертью могут приводить к глубоким изменениям на регуляторном уровне. При близком столкновении со смертью очень вероятен тяжелый экзистенциальный кризис.

8. Моральная неуверенность. Жертва катастрофы может оказаться перед лицом необходимости принимать связанные с системой ценностей решения, способные изменить жизнь, – например, кого спасать, насколько рисковать, кого обвинять.

9. Поведение во время события. Каждый хотел бы выглядеть наилучшим образом в трудной ситуации, но удается это немногим. То, что человек делал или не делал во время катастрофы, может преследовать его очень долго после того, как другие раны уже затянулись.

10. Масштаб разрушений. После катастрофы переживший ее, скорее всего, будет поражен тем, что она натворила с его окружением и социальной структурой. Изменения культурных норм заставляют человека адаптироваться к ним или остаться чужаком; в последнем случае эмоциональный ущерб сочетается с социальной дезадаптацией.

**Вывод по второму вопросу**. Таким образом, к факторам, влияющие на психическое состояние и поведение пострадавших в ЧС относятся: внезапность, отсутствие подобного опыта, длительность, недостаток контроля, горе и утрата, столкновение со смертью, моральная неуверенность, масштабные разрушения.

**Учебный вопрос 3. Динамика психического состояния пострадавших в различных ЧС**

В сознании человека экстремальные и чрезвычайные ситуации резко делят жизнь на «до» и «после». Трудно сде­лать однозначный вывод о том, какой вид ЧС оказывает наиболее тяжелые последствия на психическое состояние людей, а какие переживаются легче – природного проис­хождения или антропогенные.

Существует мнение о том, что чрезвычайные происше­ствия природного происхождения люди обычно пережи­вают гораздо легче, чем антропогенные. Такие стихийные бедствия как землетрясения, наводнения и пр. пострадав­шие расценивают как «божью волю» либо действие без­ликой природы — тут ничего нельзя изменить.

А вот экстремальные ситуации антропогенного харак­тера, подобные трагедии в Беслане, настолько разруши­тельно действуют наличность, что не только дезорганизуют поведение человека, но и «взрывают» базовые структуры всей его личностной организации — образ мира. У челове­ка разрушается привычная картина мира, а вместе с ней — вся система жизненных координат.

Среди стихийных бедствий по разрушительному дей­ствию, причиненному ущербу и числу жертв первое место по данным ЮНЕСКО занимают землетрясения. Земле­трясения разрушают искусственные сооружения, дома, здания, возводимые человеком. Кроме того, во время зем­летрясений могут происходить горные обвалы, оползни, пожары, приносящие большие разрушения и представля­ющие угрозу для жизни людей.

К специфическим последствиям землетрясения, свя­занным с психическим состоянием людей, можно отнес­ти развитие реакций дезадаптации, возникновение фобических расстройств, связанных со страхом находить­ся в зданиях (например, девочка 9 лет, пережившая зем­летрясение в Корякин весной 2006 г., отказывалась заходить в здание школы, где была временно размещена ее семья, плакала, вырывалась, убегала на улицу); стра­хом повторных подземных толчков (у людей, пережив­ших землетрясение, часто бывает нарушен сон, так как их состояние характеризуется тревогой и ожиданием по­вторных толчков); опасениями за жизнь своих близких. Степень тяжести последствий стихийных бедствий в каж­дом случае необходимо оценивать индивидуально. Для одного человека — землетрясение, разрушение дома, эва­куация, смена места жительства может стать крахом все­го, вызвать острые переживания и тяжелые отсроченные последствия, для другого — лишь стать возможностью начать новую жизнь.

Из антропогенных ЧС, по мнению ряда исследовате­лей, максимально психотравматичной является ситуация заложничества. Это обусловлено существованием реаль­ной перспективы смерти для заложников, переживания­ми чувства парализующего страха, невозможностью противодействовать террористам в сложившихся обсто­ятельствах, отрицанием самоценности жизни и личнос­ти заложника. Такие ситуации порождают, как у самих пострадавших, так и в социуме вообще, большое коли­чество агрессивных реакций, тревожных, фобических расстройств.

Таким образом, невозможно однозначно поделить чрез­вычайные ситуации по степени тяжести. Каждая ситуация имеет свою специфику и особенности, свои психические последствия для участников и свидетелей, и переживает­ся каждым человеком индивидуально. Во многом, глубина этого переживания зависит от личности самого человека, его внутренних ресурсов, механизмов совладания.

Важное место занимает вопрос о динамике психогенных расстройств, развившихся в опасных ситуациях. Ему посвящено достаточно много специальных исследований. В соответствии с работами Национального института психического здоровья (США), психические реакции при катастрофах подразделяются на четыре фазы: героизма, «медового месяца», разочарования и восстановления.

1. Героическая фаза начинается непосредственно в момент катастрофы и длится несколько часов, для нее характерны альтруизм, героическое поведение, вызванное желанием помочь людям, спастись и выжить. Ложные предположения о возможности преодолеть случившееся возникают именно в этой фазе.

2. Фаза «медового месяца» наступает после катастрофы и длится от недели до 3–6 мес. Те, кто выжил, испытывают сильное чувство гордости за то, что преодолели все опасности и остались в живых. В этой фазе катастрофы пострадавшие надеются и верят, что вскоре все проблемы и трудности будут разрешены.

3. Фаза разочарования обычно длится от 2 месяцев до 1–2 лет. Сильные чувства разочарования, гнева, негодования и горечи возникают вследствие крушения надежд.

4. Фаза восстановления начинается, когда выжившие осознают, что им самим необходимо налаживать быт и решать возникающие проблемы, и берут на себя ответственность за выполнение этих задач.

Другая классификация последовательных фаз или стадий в динамике состояния людей после психотравмирующих ситуаций предложена в работе Решетникова и др. (1989):

1. «Острый эмоциональный шок». Развивается вслед за состоянием оцепенения и длится от 3 до 5 ч; характеризуется общим психическим напряжением, предельной мобилизацией психофизиологических резервов, обострением восприятия и увеличением скорости мыслительных процессов, проявлениями безрассудной смелости (особенно при спасении близких) при одновременном снижении критической оценки ситуации, но сохранении способности к целесообразной деятельности. В эмоциональном состоянии в этот период преобладает чувство отчаяния, сопровождающееся ощущениями головокружения и головной боли, сердцебиением, сухостью во рту, жаждой и затрудненным дыханием. До 30% обследованных при субъективной оценке ухудшения состояния одновременно отмечают увеличение работоспособности в 1,5–2 раза и более.

2. «Психофизиологическая демобилизация». Длительность до трех суток. Для абсолютного большинства обследуемых наступление этой стадии связано с первыми контактами с теми, кто получил травмы, и с телами погибших, с пониманием масштабов трагедии («стресс осознания»). Характеризуется резким ухудшением самочувствия и психоэмоционального состояния с преобладанием чувства растерянности, панических реакций (нередко – иррациональной направленности), понижением моральной нормативности поведения, снижением уровня эффективности деятельности и мотивации к ней, депрессивными тенденциями, некоторыми изменениями функций внимания и памяти (как правило, обследованные не могут достаточно четко вспомнить, что они делали в эти дни). Большинство опрошенных жалуются в этой фазе на тошноту, «тяжесть» в голове, неприятные ощущения со стороны желудочно-кишечного тракта, снижение (даже отсутствие) аппетита. К этому же периоду относятся первые отказы от выполнения спасательных и «расчистных» работ (особенно связанных с извлечением тел погибших), значительное увеличение количества ошибочных действий при управлении транспортом и специальной техникой, вплоть до создания аварийных ситуаций.

3. «Стадия разрешения» – 3–12 суток после стихийного бедствия. По данным субъективной оценки, постепенно стабилизируется настроение и самочувствие. Однако по результатам наблюдений у абсолютного большинства обследованных сохраняются пониженный эмоциональный фон, ограничение контактов с окружающими, гипомимия (маскообразность лица), снижение интонационной окраски речи, замедленность движений. К концу этого периода появляется желание «выговориться», реализуемое избирательно, направленное преимущественно на лиц, которые не были очевидцами стихийного бедствия, и сопровождающееся некоторой ажитацией. Одновременно появляются сны, отсутствовавшие в двух предшествующих фазах, в том числе тревожные и кошмарные сновидения, в различных вариантах отражающие впечатления трагических событий.

На фоне субъективных признаков некоторого улучшения состояния объективно отмечается дальнейшее снижение физиологических резервов (по типу гиперактивации). Прогрессивно нарастают явления переутомления. Средние показатели физической силы и работоспособности (в сравнении с нормативными данными для исследованной возрастной группы) снижаются на 30%, а по показателю кистевой динамометрии – на 50% (в ряде случаев – до 10–20 кг). В среднем на 30% уменьшается умственная работоспособность, появляются признаки синдрома пирамидной межполушарной асимметрии.

4. «Стадия восстановления». Начинается приблизительно с 12-го дня после катастрофы и наиболее отчетливо проявляется в поведенческих реакциях: активизируется межличностное общение, начинает нормализоваться эмоциональная окраска речи и мимических реакций, впервые после катастрофы могут быть отмечены шутки, вызывавшие эмоциональный отклик у окружающих, восстанавливаются нормальные сновидения. Учитывая зарубежный опыт, можно также предполагать у лиц, находившихся в очаге стихийного бедствия, развитие различных форм психосоматических расстройств, связанных с нарушениями деятельности желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой, иммунной и эндокринной систем. Еще одна классификация (Александровский и др., 1991) выделяет три фазы:

1. Предвоздействие, включающее в себя ощущение угрозы и беспокойства. Эта фаза обычно существует в сейсмо-опасных районах и зонах, где часты ураганы, наводнения; нередко угроза игнорируется либо не осознается.

2. Фаза воздействия длится от начала стихийного бедствия до того момента, когда организуются спасательные работы. В этот период страх является доминирующей эмоцией. Повышение активности, проявление само- и взаимопомощи сразу же после завершения воздействия нередко обозначается как «героическая фаза». Паническое поведение почти не встречается – оно возможно, если пути спасения блокированы.

3. Фаза послевоздействия, начинающаяся через несколько дней после стихийного бедствия, характеризуется продолжением спасательных работ и оценкой возникших проблем. Новые проблемы, возникающие в связи с социальной дезорганизацией, эвакуацией, разделением семей и т.п., позволяют ряду авторов считать этот период «вторым стихийным бедствием».

**Выводы по третьему вопросу**. Каждая ситуация имеет свою специфику и особенности, свои психические последствия для участников и свидетелей, и переживает­ся каждым человеком индивидуально. Во многом, глубина этого переживания зависит от личности самого человека, его внутренних ресурсов, механизмов совладания. Существует несколько классификаций последовательных фаз или стадий в динамике состояния людей после психотравмирующих ситуаций.

**Учебный вопрос 4.Экстренная психологическая помощь пострадавшим в ЧС.**

Оказание экстренной психологической помощи — это самостоятельная область психологической практики. Ее своеобразие обусловлено особыми условиями, в которых протекает профессиональная деятельность психолога во время работы по оказанию экстренной психологической помощи.

Основные задачи, на выполнение которых направлена деятельность психолога при оказании данного вида помо­щи, можно сформулировать следующим образом:

* Поддержание на оптимальном уровне психологи­ческого и психофизиологического состояния чело­века (оказание помощи при острых стрессовых реакциях).
* Предупреждение отсроченных неблагоприятных реакций, в том числе и путем избавления человека от неблагоприятных эмоциональных состояний, воз­никших непосредственно в результате психотравмирующего события.
* Предупреждение и при необходимости прекраще­ние проявления выраженных эмоциональных реак­ций, в том числе массовых.
* Консультирование пострадавших, их родных, близ­ких, а также персонала, работающего в условиях ликвидации последствий ЧС, об особенностях пе­реживания стресса.
* Помощь специалистам, принимающим участие в ликвидации последствий ЧС.

Работу по оказанию экстренной психологической по­мощи можно условно разделить на три этапа.

Подготовительный этап. Целью работы на подготови­тельном этапе является подготовка развернутого плана действий по оказанию экстренной психологической помо­щи. Для этого необходимо осуществить:

1. Сбор информации о психологической ситуации, сло­жившейся в результате ЧС. В некоторых ситуациях нуж­ные сведения имеются у специалистов-психологов или специалистов другого профиля, уже работающих на ме­сте происшествия. Если же информации такого рода нет, необходимо собрать ее самостоятельно для того, чтобы организовать работу специалистов наиболее оптималь­ным образом.

Сбор информации производится по следующей схеме. • Определение мест, где предстоит работать психоло­гам: места дислокации пострадавших и их родствен­ников, пункты проведения массовых мероприятий (панихиды, опознания, встречи с представителями властных структур). Часто таким местом является также и само место ЧС (если ЧС произошло на тер­ритории населенного пункта).

* Приблизительный подсчет людей, нуждающихся в помощи.
* Выяснение числа специалистов, которые уже рабо­тают или приступят к работе в ближайшее время.
* Уточнение времени, мест и примерного количества участников массовых мероприятий.
* Выяснение порядка, времени и места действий, ко­торые необходимо совершить пострадавшим или их родственникам (выплата компенсаций, процесс опознания, получение свидетельств о смерти и т.д.).
1. Определение места и порядка работы каждого специ­алиста — вторая важная задача, решаемая на подготови­тельном этапе, поскольку от успешности ее решения часто зависит эффективность оказания помощи. Каждый спе­циалист должен знать, что ему предстоит делать на конк­ретном участке работы.
2. Составление ориентировочного плана работ. Решение этой третьей задачи происходит на подготовительном эта­пе, однако на протяжении всего периода оказания экстрен­ной психологической помощи этот план может изменяться и корректироваться в зависимости от изменяющихся ус­ловий деятельности.

Основной этап. На основном этапе работ по оказанию экстренной психологической помощи специалисты-пси­хологи работают по двум основным направлениям: помощь специалистам, участвующим в ликвидации по­следствий ЧС, нацеленная на обеспечение условий про­фессиональной деятельности, и помощь пострадавшим в результате ЧС.

Содержание деятельности специалистов-психологов может быть различным, оно определяется на подготови­тельном этапе и отражается в плане работ. Это содержа­ние зависит от специфических характеристик ситуации.

Завершающий этап. На завершающем этапе работ по оказанию экстренной психологической помощи решают­ся такие задачи, как:

* Оказание помощи тем лицам, кому это необходимо. Как правило, на завершающем этапе количество постра­давших, находящихся в районе ликвидации последствий ЧС, невелико, однако нуждающиеся в психологической помощи есть.
* Мероприятия по оказанию психологической помо­щи специалистам, участвующим в ликвидации послед­ствий ЧС. Такие мероприятия возможны и целесообразны на данном этапе, так как интенсивность работ по ликвида­ции последствий ЧС, оказанию социальной помощи по­страдавшим и т.д. снижается, а усталость специалистов, осуществляющих такую помощь, накапливается.
* Обобщение и анализ информации, полученной в ходе работ по оказанию экстренной психологической помощи.
* Составление прогноза развития ситуации на осно­вании обобщения и анализа данных.

**Вывод по четвертому вопросу.** Из вышесказанного можно сделать вывод о том, что экстренная помощь специалиста-психолога — это крат­косрочная помощь после сильного негативного стрессогенного воздействия (дистресса).

**Учебный вопрос 5. Группы, пострадавших в ЧС: особенности оказания экстренной допсихологической помощи**

Правила поведения с пострадавшими

1. Дайте знать пострадавшему, что вы рядом и что уже принимаются меры по спасению.

Пострадавший должен чувствовать, что в создавшейся си­туации он не одинок. Подойдите к пострадавшему и скажите, например: «Я останусь с вами, пока не приедет «Скорая по­мощь». Пострадавший также должен быть проинформирован о том, что сейчас происходит: «Скорая помощь» уже в пути».

2. Постарайтесь избавить пострадавшего от посторонних взглядов.

Любопытные взгляды очень неприятны человеку в кри­зисной ситуации. Если зеваки не уходят, дайте им какое-либо поручение, например, отогнать любопытных от места проис­шествия.

3. Осторожно устанавливайте телесный контакт.

Легкий телесный контакт обычно успокаивает пострадав­ших. Поэтому возьмите пострадавшего за руку или похлопай­те по плечу. Прикасаться к голове или иным частям тела не рекомендуется. Займите положение на том же уровне, что и пострадавший. Даже оказывая медицинскую помощь, старай­тесь находиться на одном уровне с пострадавшим.

4. Говорите и слушайте.

Внимательно слушайте, не перебивайте, будьте терпели­вы, выполняя свои обязанности. Говорите и сами, желательно спокойным тоном, даже если пострадавший теряет сознание. Не проявляйте нервозности. Избегайте упреков. Спросите по­страдавшего: «Могу ли я что-либо для вас сделать?» Если вы ис­пытываете чувство сострадания, не стесняйтесь об этом сказать.

 **У человека в экстремальной ситуации могут появляться следующие симптомы (реакции):**

 - бред,

 - галлюцинации,

 - апатия,

 - ступор,

 - двигательное возбуждение,

 - агрессии,

 - страх,

 - истерика,

 - нервная дрожь,

 - плач

 Помощь специалиста в данной ситуации заключается, в первую очередь, в создании условий для нервной «разрядки».

 *Бред и галлюцинации*. Критическая ситуация вызывает у человека мощный стресс, приводит к сильному нервному напряжению, нарушает равновесие в организме, отрицательно сказывается на здоровье в целом – не только физическом, но и психическом тоже. Это может обострить уже имеющееся психическое заболевание.К основным признакам бреда относятся ложные представления или умозаключения, в ошибочности которых пострадавшего невозможно разубедить. Галлюцинации характеризуются тем, что пострадавший переживает ощущение присутствия воображаемых объектов, которые в данный момент не воздействуют на соответствующие органы чувств (слышит голоса, видит людей, чувствует запахи и прочее). В данной ситуации: обратитесь к медицинским работникам, вызовите бригаду скорой психиатрической помощи, до прибытия специалистов следите за тем, чтобы пострадавший не навредил себе и окружающим. Уберите от него предметы, представляющие потенциальную опасность. Изолируйте пострадавшего и не оставляйте его одного. Говорите с пострадавшим спокойным голосом. Соглашайтесь с ним, не пытайтесь его переубедить. Помните, что в такой ситуации переубедить пострадавшего невозможно.

 *Апатия*. Апатия может возникнуть после длительной напряженной, но безуспешной работы; или в ситуации, когда человек терпит серьезную неудачу, перестает видеть смысл своей деятельности; или когда не удалось кого–то спасти, и попавший в беду близкий погиб. Наваливается ощущение усталости – такое, что не хочется ни двигаться, ни говорить, движения и слова даются с большим трудом. В душе – пустота, безразличие, нет сил даже на проявление чувств. Если человека оставить без поддержки и помощи в таком состоянии, то апатия может перейти в депрессию (тяжелые и мучительные эмоции, пассивность поведения, чувство вины, ощущение беспомощности перед лицом жизненных трудностей, бесперспективность и т.д.). В состоянии апатии человек может находиться от нескольких часов до нескольких недель.

**Основными признаками апатии являются:**

* безразличное отношение к окружающему;
* вялость, заторможенность;
* медленная, с длинными паузами, речь.

В данной ситуации: поговорите с пострадавшим. Задайте ему несколько простых вопросов: «Как тебя зовут?»; «Как ты себя чувствуешь?»; «Хочешь есть?». Проводите пострадавшего к месту отдыха, помогите удобно устроиться (обязательно снять обувь). Возьмите пострадавшего за руку или положите свою руку ему на лоб. Дайте пострадавшему возможность поспать или просто полежать. Если нет возможности отдохнуть (происшествие на улице, в общественном транспорте, ожидание окончания операции в больнице), то больше говорите с пострадавшим, вовлекайте его в любую совместную деятельность (прогуляться, сходить выпить чаю или кофе, помочь окружающим, нуждающимся в помощи).

 *Ступор*. Ступор – одна из самых сильных защитных реакций организма. Она наступает после сильнейших нервных потрясений (взрыв, нападение, жестокое насилие), когда человек затратил на выживание столько энергии, что сил на контакт с окружающим миром уже нет. Ступор может длиться от нескольких минут до нескольких часов. Поэтому, если не оказать помощь и пострадавший пробудет в таком состоянии достаточно долго, это приведет к его физическому истощению. Так как контакта с окружающим миром нет, пострадавший не заметит опасности и не предпримет действий, чтобы ее избежать.

**Основными признаками ступора являются:**

* резкое снижение или отсутствие произвольных движений и речи;
* отсутствие реакций на внешние раздражители (шум, свет, прикосновения, щипки);
* «застывание» в определенной позе,
* оцепенение (numbing), состояние полной неподвижности;
* возможно напряжение отдельных групп мышц.

В данной ситуации: согните пострадавшему пальцы на обеих руках и прижмите их к основанию ладони. Большие пальцы должны быть выставлены наружу. Кончиками большого и указательного пальцев массируйте пострадавшему точки, расположенные на лбу, над глазами ровно посредине между линией роста волос и бровями, четко над зрачками. Ладонь свободной руки положите на грудь пострадавшего. Подстройте свое дыхание под ритм его дыхания. Человек, находясь в ступоре, может слышать и видеть. Поэтому говорите ему на ухо тихо, медленно и четко то, что может вызвать сильные эмоции (лучше негативные). Необходимо любыми средствами добиться реакции пострадавшего, вывести его из оцепенения.

*Двигательное возбуждение*. Иногда потрясение от критической ситуации (взрывы, стихийные бедствия) настолько сильное, что человек просто перестает понимать, что происходит вокруг него. Он не в состоянии определить, где враги, а где помощники, где опасность, а где спасение. Человек теряет способность логически мыслить и принимать решения, становится похожим на животное, мечущееся в клетке.

**Основными признаками двигательного возбуждения являются:**

* резкие движения, часто бесцельные и бессмысленные действия;
* ненормально громкая речь или повышенная речевая активность (человек говорит без остановки, иногда абсолютно бессмысленные вещи);
* часто отсутствует реакция на окружающих (на замечания, просьбы, приказы).

В данной ситуации: используйте прием «захват»: находясь сзади, просуньте свои руки пострадавшему под мышки, прижмите его к себе и слегка опрокиньте на себя. Изолируйте пострадавшего от окружающих.Массируйте «позитивные» точки. Говорите спокойным голосом о чувствах, которые он испытывает. («Тебе хочется что–то сделать, чтобы это прекратилось? Ты хочешь убежать, спрятаться от происходящего?»)

Не спорьте с пострадавшим, не задавайте вопросов, в разговоре избегайте фраз с частицей «не», относящихся к нежелательным действиям (например: «Не беги», «Не размахивай руками», «Не кричи»). Помните, что пострадавший может причинить вред себе и другим. Двигательное возбуждение обычно длится недолго и может смениться нервной дрожью, плачем, а также агрессивным поведением (см. помощь при данных состояниях).

*Агрессия.* Агрессивное поведение – один из непроизвольных способов, которым организм человека «пытается» снизить высокое внутреннее напряжение. Проявление злобы или агрессии может сохраняться достаточно длительное время и мешать самому пострадавшему и окружающим.

**Основными признаками агрессии являются:**

* раздражение, недовольство, гнев (по любому, даже незначительному поводу);
* нанесение окружающим ударов руками или какими–либо предметами; словесное оскорбление, брань;
* мышечное напряжение;
* повышение кровяного давления.

В данной ситуации: сведите к минимуму количество окружающих. Дайте пострадавшему возможность «выпустить пар» (например, выговориться или «избить» подушку). Поручите ему работу, связанную с высокой физической нагрузкой. Демонстрируйте благожелательность. Даже если вы не согласны с пострадавшим, не обвиняйте его самого, а высказывайтесь по поводу его действий. Иначе агрессивное поведение будет направлено на вас. Нельзя говорить: «Что же ты за человек!» Следует сказать: «Ты ужасно злишься, тебе хочется все разнести вдребезги. Давай вместе попытаемся найти выход из этой ситуации». Старайтесь разрядить обстановку смешными комментариями или действиями. Агрессия может быть погашена страхом наказания: если нет цели получить выгоду от агрессивного поведения; если наказание строгое и вероятность его осуществления велика.Если не оказать помощь разъяренному человеку, это приведет к опасным последствиям: из–за снижения контроля за своими действиями человек будет совершать необдуманные поступки, может нанести увечья себе и другим.

*Страх*. Ребенок просыпается ночью от того, что ему приснился кошмар. Он боится чудовищ, которые живут под кроватью. Однажды попав в автомобильную катастрофу, мужчина не может снова сесть за руль. Человек, переживший землетрясение, отказывается идти в свою уцелевшую квартиру. А тот, кто подвергся насилию, с трудом заставляет себя входить в свой подъезд. Причиной всего этого является страх.

**К основным признакам страха относятся:**

* напряжение мышц (особенно лицевых);
* сильное сердцебиение;
* учащенное поверхностное дыхание;
* сниженный контроль над собственным поведением.

Панический страх, ужас может побудить к бегству, вызвать оцепенение или, наоборот, возбуждение, агрессивное поведение. При этом человек плохо контролирует себя, не осознает, что он делает и что происходит вокруг. В этой ситуации: положите руку пострадавшего себе на запястье, чтобы он ощутил ваш спокойный пульс. Это будет для него сигналом: «Я сейчас рядом, ты не один!» Дышите глубоко и ровно. Побуждайте пострадавшего дышать в одном с вами ритме. Если пострадавший говорит, слушайте его, выказывайте заинтересованность, понимание, сочувствие. Сделайте пострадавшему легкий массаж наиболее напряженных мышц тела.

*Истерика.* Истерический припадок длится несколько минут или несколько часов.

 Основные признаки: сохраняется сознание; чрезмерное возбуждение, множество движений, театральные позы; речь эмоционально насыщенная, быстрая; крики, рыдания.

В данной ситуации: удалите зрителей, создайте спокойную обстановку. Останьтесь с пострадавшим наедине, если это не опасно для вас. Неожиданно совершите действие, которое может сильно удивить (можно дать пощечину, облить водой, с грохотом уронить предмет, резко крикнуть на пострадавшего). Говорите с пострадавшим короткими фразами, уверенным тоном («Выпей воды», «Умойся»). После истерики наступает упадок сил. Уложите пострадавшего спать. До прибытия специалиста наблюдайте за его состоянием. Не потакайте желаниям пострадавшего.

*Нервная дрожь*. После экстремальной ситуации появляется неконтролируемая нервная дрожь (человек не может по собственному желанию прекратить эту реакцию). Так организм «сбрасывает» напряжение. Если эту реакцию остановить, то напряжение останется внутри, в теле, и вызовет мышечные боли, а в дальнейшем может привести к развитию таких серьезных заболеваний, как гипертония, язва и др.

 *Основные признаки данного состояния*: дрожь начинается внезапно – сразу после инцидента или спустя какое–то время; возникает сильное дрожание всего тела или отдельных его частей, человек не может удержать в руках мелкие предметы, зажечь сигарету; реакция продолжается достаточно долго (до нескольких часов); потом человек чувствует сильную усталость и нуждается в отдыхе.

В данной ситуации: нужно усилить дрожь. Возьмите пострадавшего за плечи и сильно, резко потрясите в течение 10–15 секунд. Продолжайте разговаривать с ним, иначе он может воспринять ваши действия как нападение. После завершения реакции необходимо дать пострадавшему возможность отдохнуть. Желательно уложить его спать.

Нельзя: обнимать пострадавшего или прижимать его к себе; укрывать пострадавшего чем–то теплым; успокаивать пострадавшего, говорить, чтобы он взял себя в руки.

*Плач*. Когда человек плачет, внутри у него выделяются вещества, обладающие успокаивающим действием. Хорошо, если рядом есть кто–то, с кем можно разделить горе.

Основные признаки данного состояния: человек уже плачет или готов разрыдаться; подрагивают губы; наблюдается ощущение подавленности; в отличие от истерики, нет признаков возбуждения.

Если человек сдерживает слезы, то не происходит эмоциональной разрядки, облегчения. Когда ситуация затягивается, внутреннее напряжение может нанести вред физическому и психическому здоровью человека.

В данной ситуации: не оставляйте пострадавшего одного. Установите физический контакт с пострадавшим (возьмите за руку, положите свою руку ему на плечо или спину, погладьте его по голове). Дайте ему почувствовать, что вы рядом. Применяйте приемы «активного слушания» (они помогут пострадавшему выплеснуть свое горе): периодически произносите «ага», «да», кивайте головой, то есть подтверждайте, что слушаете и сочувствуете; повторяйте за пострадавшим отрывки фраз, в которых он выражает свои чувства; говорите о своих чувствах и чувствах пострадавшего.Не старайтесь успокоить пострадавшего. Дайте ему возможность выплакаться и выговориться, «выплеснуть» из себя горе, страх, обиду. Не задавайте вопросов, не давайте советов. Ваша задача – выслушать. Когда человек оказывается наедине с природой, всегда есть опасность проявления чрезвычайных ситуаций. Выделим наиболее типичные из них:

 *Потеря ориентировки.*Это обычная ситуация, когда человек (например, в поле, лесу), не может найти дорогу. Причиной чаще всего бывает излишняя самоуверенность. Ориентирование требует серьезных навыков, даже компас мало поможет, если человек не знает, как выдерживать направление движения и как правильно обходить препятствие. Потеря ориентировки вызывает растерянность, если же обстановка усложняется похолоданием или сильным дождем, а экипировка оказывается непригодной, то ситуация может оказаться и чрезвычайной. Сюда же относятся психологическая подготовленность, морально-волевые качества, активно-преобразовательная деятельность, от которой будет зависеть преобладание положительных или отрицательных эмоций, а также обученность действиям в условиях автономного существования.Благоприятный исход автономного существования во многом зависит от психофизических качеств человека, таких как воля, решительность, собранность, изобретательность, физическая подготовленность, выносливость и т.д., но их одних нередко оказывается недостаточно для спасения. Неподготовленному человеку окружающая среда кажется источником всевозможных опасностей, он находится в постоянном тревожном напряжении, ибо не знает, откуда ждать опасности, а если и знает, то не способен правильно оценить ее степень. Это состояние может продолжаться от нескольких минут до нескольких суток. Чем менее осведомлен человек об условиях, в которых оказался волей обстоятельств, тем оно продолжительнее. Таким образом, не менее важными задачами обучения являются психологическая подготовка человека преодолевать возможные аварийные ситуации, повышение его эмоционально-волевой устойчивости, обучение правильно понимать и оценивать сложившуюся ситуацию и действовать в соответствии с ней.

Боль, травмы, воспалительные процессы, воздействия высокой или низкой температуры, кислот, щелочей и т.д. сопровождаются болью, представляющей своеобразную защитную реакцию организма. Неслучайно еще в древности ее называли "сторожевым псом" здоровья. И действительно, человек, лишенный болевой чувствительности, не может оценить опасность тяжелых, порой смертельных повреждений и не может своевременно устранить причину, угрожающую его жизни.Но с другой стороны, боль, причиняя страдания, раздражает, отвлекает человека, а действуя продолжительное время, оказывает влияние на всю его деятельность, делает его более уязвимым перед неблагоприятными воздействиями окружающей среды. Однако человек способен справиться с болью, и даже очень сильной, преодолеть ее, сосредоточившись на решении каких-либо жизненно важных задач, может на время забыть о ней.

 *Холод.* Снижая физическую активность и работоспособность, холод оказывает воздействие и на психику человека, при этом цепенеют не только мышцы, но и мозг, воля, без которой любая борьба обречена на провал. Поэтому в зоне низких температур, например, в Арктике, деятельность человека начинается с мер по защите от холода (строительство убежищ, разведение огня, приготовление горячей пищи и питья).

*Жара.* Высокая температура окружающей среды, в особенности прямая солнечная радиация вызывает в организме человека значительные изменения. Перегрев нарушает функции органов и систем, ослабляет физическую и психологическую деятельность. Особенно опасно воздействие высоких температур при недостатке питьевой воды, что приводит к обезвоживанию организма. Постройка солнцезащитного тента, ограничение физической активности, экономное использование запаса воды являются мерами, значительно облегчающими положение людей, терпящих бедствие в пустыне или тропиках.

*Жажда.* Являясь нормальным сигналом о нехватке жидкости в организме, неудовлетворенная жажда становится серьезной помехой для человека в случае автономного существования. Она завладевает всеми помыслами и желаниями, которые сосредотачиваются на единственной цели - избавиться от этого мучительного чувства.

*Голод.* Совокупность ощущений, связанных с потребностью организма в пище, можно рассматривать как типичную, хоть и несколько замедленную стрессовую реакцию. Известно, что человек может обходиться без пищи в течение продолжительного времени, сохраняя работоспособность, однако многодневное голодание, а при недостатке воды в особенности, ослабляет организм, снижает его устойчивость к воздействию холода, боли и т.д.

*Переутомление.* Своеобразное состояние организма, возникающее после длительного, а иногда кратковременного физического или психического напряжения. Переутомление таит в себе потенциальную опасность, поскольку притупляет волю человека, делает его уступчивым к собственным слабостям. Правильное распределение физических нагрузок, своевременный и полноценный отдых позволяют избежать переутомления и быстро восстановить силы. Человека, оказавшегося в условиях автономного существования, нередко охватывает уныние, которое усугубляется неудачными попытками сориентироваться, отыскать воду и пищу, установить связь и т.д. Этого состояния можно избежать, возложив на каждого человека (если в ситуации оказалась группа людей) определенные обязательства, требуя их неукоснительного выполнения, поставив перед каждым конкретные, но обязательно выполнимые задачи.

*Страх.* В старинной притче рассказывается: "Повстречался однажды на дороге странник с Чумой. "Куда путь держишь, Чума?", - спросил странник. "Иду в Багдад", - ответила Чума. - Хочу уморить пять тысяч человек". Через некоторое время встретились они снова. "Что же ты обманула меня? Ты сказала, что уморишь пять тысяч человек, а погубила пятьдесят тысяч", - упрекнул ее странник. "Нет, ты ошибаешься. Я сдержала слово и погубила только пять тысяч, а остальные сорок пять умерли от страха". Страх - чувство, вызываемое действительной или кажущейся опасностью, ожиданием гибели, страдания, боли, является одной из форм эмоциональной реакции. В условиях автономного существования нередко чувство страха связано с неизвестностью, собственной слабостью, ожиданием нападения и т.д. И вместе с тем чувство страха - это своеобразная система предупреждения об опасности, сигнализирующая о необходимости принятия мер для устранения угрозы жизни. Влияние страха над человеком весьма велико. Как заметил Бальзак, под его влиянием "все способности человека внезапно достигают либо крайнего напряжения, либо перехода в полный упадок". По мнению В.Бонатти, известного путешественника и журналиста, различают два страха - контролируемый и бесконтрольный. "Ты контролируешь свой страх, значит, осознаешь опасности, которые могут встретиться, пытаешься избежать их. А бесконтрольный страх - это просто паника".

Эмоциональная реакция человека в ту или иную опасность зависит во многом от его воли, внутренней собранности, умения побороть инстинкт самосохранения. Если научиться подавлять и контролировать страх, он превращается в своеобразный катализатор энергии и решительности. Почуяв опасность, организм становится подобно взведенной пружине. Мозг начинает соображать быстрее, острее становится слух, а мышца словно наливается неведомой силой, но стоит поддаться страху, и он превратится в основного врага, подчинив все мысли и поступки.

Поддавшись страху, человек окончательно утрачивает способность контролировать свои действия, принимать правильные решения. Немало людей, оказавшись один на один с природой, гибли от голода, не израсходовав аварийный запас пищи, замерзали, имея под руками спички и топливо для костра, умирали от жажды в нескольких шагах от водоисточника. Если в чрезвычайных обстоятельствах оказалась группа людей, то на всю их последующую деятельность и благоприятный исход автономного существования серьезное влияние может оказать выбор лидера-руководителя. Конечно, во многих случаях им автоматически становится лицо, выполнявшее до этого функции начальника группы. Однако руководителем может стать совершенно другой человек, так называемый неформальный лидер, человек с сильной волей, снискавший доверие людей к себе решительными разумными действиями, своей мудростью, жизненным опытом, умением организовать и сплотить людей, заставить их активно действовать, используя каждого в соответствии с его силами, занятиями и способностями для успеха общего дела. Им может оказаться человек, владеющий приемами выживания, опытом походной жизни (охотник, турист, альпинист, геолог и т.д.).

Иногда решающее значение имеет поведение группы в первые минуты после возникновения чрезвычайной ситуации. От ее организованности, быстроты и оперативности действий во многом зависит исход последующего автономного существования. Какую же тактику следует избрать, оказавшись в экстремальной ситуации? Отправиться немедленно в путь, навстречу помощи, или ожидать ее на месте? Если обстановка не требует немедленного ухода с места происшествия, например, лесной пожар, разлом льдины, опасность схода лавины, лучше оставаться на месте, организовать лагерь, выстроить надежные укрытия. Это помогает хорошо защититься от непогоды и в течение длительного времени сохранить силы, что особенно важно при наличии в группе раненых и больных. Кроме того, в условиях лагерной стоянки значительно легче организовать охоту, рыбную ловлю, сбор ягод, грибов и других дикорастущих съедобных растений. В ряде случаев эта тактика облегчает действия поисково-спасательной службы, получившей информацию о совершившейся аварии в конкретном районе. Приняв решение оставаться на месте, нужно составить план дальнейших действий, не скупясь на подробности. При разработке такого плана следует предусмотреть:

1. Организацию временного лагеря: выбор подходящего места для лагеря с учетом рельефа местности, близости водоисточников и заболоченных участков, густоты растительности, возможных опасностей;

определение участков для строительства временного жилища, приготовление и хранение пищи и снаряжения, размещение отхожего места и мусорной свалки; выбор типа временного укрытия, заготовка строительного материала, строительство укрытия; подготовка места для костра, заготовка топлива и разведение огня.

2. Определение обязанностей каждого члена группы (с учетом его знаний, физических возможностей и состояния здоровья): по добыванию пищи с помощью охоты, рыбной ловли, сбору дикорастущих съедобных растений, приготовлению пищи; по оказанию медицинской помощи пострадавшим и постоянному наблюдению за ранеными и больными; по изготовлению лагерного и походного снаряжения, ремонту одежды и обуви.

3. Проведение разведки на местности и определение своего местонахождения.

4. Обеспечение сигнальной системы и связи: наблюдение за воздухом для своевременного оповещения о приближающихся самолетах или вертолетах; изготовление и размещение средств визуальной сигнализации (костры, сигнальные знаки, полотнища, флаги и т.д.); организация дежурства по лагерю и определение обязанностей дежурных.

**Вывод по пятому вопросу**. Таким образом, хорошо продуманные мероприятия обеспечат выживание людей в условиях автономного существования.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Экстремальность различных воздействий на человека определя­ется не только их силой, продолжительностью, но также и новизной, неожиданностью, непривычностью проявления. Иначе говоря, это факторы, к которым человек еще не адаптирован и не готов дейст­вовать в их условиях.

Психологическое восприятие экстремальной ситуации, при раз­витии экстремальных условий, характеризуется у человека чувством дискомфорта и напряжения.

При нарушении жизненно важных условий динамика психологических и физиологических показателей характеризуется тем, что перераспре­деление функциональных резервов прекращается и начинается их выра­женное общее падение. Резервы организма истощаются, в нервной сис­теме начинается общая астения, наступает фаза «истощении", по Г. Селье.

При этом развивается выраженное астено-депрессивное состоя­ние и, если воздействие экстремальных факторов не прекратится, возможен переход к терминальным условиям. Качественным пока­зателем паратерминального состояния является формирование па­тологии (болезни).

Переход к терминальным условиям труда и обитания при даль­нейшем воздействии экстремальных факторов неизбежно ведет к летальному исходу.

Классификация экстремальных состояний может быть проведена в соответствии с уровневостью организации человека; могут быть выделены экстремальные состояния физиологического, психофизи­ологического, психологическою, социально-психологического уровней.