

Модуль VII

Организация и осуществление подготовки населения в области ГО и защиты от ЧС

Тема №5

«Психологические особенности поведения людей в ЧС»

План

1. Психологическое воздействие обстановки при чрезвычайных ситуациях техногенного и природного характера. Факторы, оказывающие травмирующее воздействие на психику человека: масштаб события, скорость его развития, опасность для жизни, потеря близких, утрата материальных ценностей, резкое изменение жизненного уклада, наличие массовых жертв, дефицит информации, потеря управления.
2. Три периода экстремальной жизнедеятельности, при которых у пострадавших наблюдаются психические нарушения. Динамика состояния и поведения пострадавших.
3. Индивидуальные и коллективные формы панических реакций в чрезвычайных ситуациях, условия их возникновения, методы предупреждения и пресечения паники.
4. Особенности поведения детей в ЧС, оказание психологической помощи детям.

Литература:

1. Вопросы психологии экстремальных ситуаций. Научно-практический журнал, №2, 2008г.
2. Психологическая саморегуляция. Беляев С.Г., Лобзин В.С, Копылова И.А., М.: 1985г.
3. Последствия экстремальных факторов. Решетников М.М. (Журнал ОБЖ №11, 2004г.).
4. Человек в экстремальной ситуации. Гостюшин А.В. М.2001г.
5. Психологические технологии обеспечения безопасности здоровья. Русина Н.А.(Журнал ОБЖ, февраль,2009 г.).
6. Мухина В.С. Психологическая помощь пострадавшим от землетрясения в Армянской ССР // Психологический журнал. Том 10. 1989 с. 44-55
7. Психология экстремальных ситуаций / Под ред . В.В. Рубцова, С.Б. Малых. – М: Психологический ин-т РАО, 2007.

8. Тарабарина Н.В. Психологические последствия террористических актов // Мировое сообщество против глобализации преступности и терроризма. М.: Экономика, 2004.

Введение

Психика является важным фактором обеспечения здоровья человека. **Психика** – свойство мозга воспринимать и оценивать окружающий мир, воссоздавать на основе этого внутренний субъективный образ мира и себя в нём (мировоззрение) и, исходя из этого, определять стратегию и тактику своего поведения и деятельности.

Изменения и нарушения психической деятельности в ЧС имеют два основных источника. В одном случае они являются следствием различного рода травм, отравлений, облучения, полученных в чрезвычайной ситуации. Подобного рода нарушения входят отдельными элементами в общую картину физиологических изменений, возникающих вследствие действия на человека поражающих факторов. В другом случае, изменения психической деятельности не являются следствием нарушения физиологических процессов в организме пострадавшего в целом, и в мозгу, в частности. Они возникают независимо от того, имеет пострадавший физическую травму или нет, причём возникают значительно чаще у тех, кто находится в относительно благополучном физиологическом состоянии. Люди, пережившие чрезвычайную ситуацию, как правило, не подвержены серьёзным психическим изменениям, сопровождающимся глубокой социальной дезадаптацией (различные формы безумия), это связано с высокой степенью мобилизации психики человека в экстремальных условиях. Вместе с тем, психические нарушения меньшей тяжести всегда встречаются у лиц, подвергшихся воздействию ЧС и зависят от следующих условий: чем легче расстройства в физическом здоровье человека, связанные с действием поражающих факторов (некоторые исключения составляют радиационные поражения), тем раньше наступают и ярче проявляются психические расстройства; чем значимее для человека потери, понесённые им в ЧС, тем глубже расстройства психики и тем дольше они будут продолжаться; чем меньше определённости, информации имеет человек по проблеме, оказывающей на него психотравмирующее действие, тем глубже и дольше проявляются у него психические нарушения.

Проблема состояния, поведения и деятельности людей в экстремальных ситуациях в последние годы вызывает серьезную озабоченность ученых и практиков всего мира. Особое место в общемедицинской и прежде всего в психиатрической практике занимают вопросы оценки состояний пострадавших при стихийных бедствиях и катастрофах и своевременное оказание им необходимой помощи. В этих условиях все более актуальной

становится задача изучения индивидуально психологических особенностей поведения населения в экстремальных ситуациях и особенностей психологического воздействия обстановки при чрезвычайных ситуациях.

Психологическое воздействие обстановки при ЧС техногенного и природного характера. Факторы, оказывающие травмирующее воздействие на психику человека

Трудности возникают в жизни каждого человека. Они являются закономерным следствием многопланового процесса взаимодействия личности с окружающим миром. Примерно в половине случаев люди могли бы уберечься, имея знания и опять, избегая самых простых ошибок. Личный иммунитет безопасности держится на конкретных знаниях, на чувстве меры и на понимании общей логики безопасности. Способы поведения в трудных ситуациях имеют индивидуальный характер, основу которых составляют механизмы самоконтроля и саморегуляции. При этом поведение человека в экстремальной ситуации может быть различной конструктивности. Конструктивное поведение позволяет преодолеть возникшее препятствие и является сознательным, активным, целенаправленным и адекватным как в отношении собственных возможностей, так и в отношении объективных условий

ситуации.

Неконструктивные способы поведения, в лучшем случае лишь отодвигают решение проблемы, не устранивая её причин, или способствуют дезорганизации, а в худшем случае неконструктивное поведение может привести к летальному исходу. Для того, чтобы понять суть вопроса, познакомимся с такими понятиями как экстремальные условия и экстремальные ситуации, разберёмся в чем принципиальное различие между экстремальными условиями (ЭУ) и экстремальными ситуациями (ЭС).

Экстремальные условия можно трактовать как некую последовательность событий, угрожающих жизни и здоровью человека, которые он не способен каким-либо образом прогнозировать и соответственно подготовится к ним: как материально (запас снаряжения), так и на уровне знаний (предварительное обучение).

Экстремальные ситуации - это события, находящиеся за пределами человеческого опыта. Именно так они широко трактуются в медицинской литературе. Поэтому никакого знания и подготовки снаряжения для действий в ЭС не может быть в принципе. Речь идёт максимум о психологической подготовке к экстремальной обстановке. Естественно, в зависимости от квалификации и начального психологического состояния человека одно и то же событие может рассматриваться либо как

экстремальные условия, либо как экстремальная ситуация. Специалист, «вооруженный» снаряжением и знаниями (профессиональный спасатель, к примеру), действует именно в экстремальных условиях, и способен оказать реальную помощь окружающим, для которых эта же обстановка представляется как экстремальная ситуация. Стихийные бедствия, аварии и катастрофы стали постоянным спутником человека: падают самолёты, горят леса, растекаются по земле ядовитые жидкости, непоправимый ущерб наносят землетрясения, на дорогах разбивается огромное количество автомобилей, людей захватывают в заложники. Любая экстремальная ситуация оказывает воздействие на психическое состояние людей. Психогенное воздействие в экстремальных условиях складывается не только из прямой непосредственной угрозы жизни человека. Оно зависит от многих факторов: характеристики экстремальной ситуации (её интенсивности, внезапности возникновения, продолжительности действия), смыслового содержания психотравмы, готовности отдельных людей к деятельности в экстремальных условиях, их психологической устойчивости, волевой и физической закалки, а также организованности и согласованности действий, поддержки окружающих, наличия наглядных примеров мужественного преодоления трудностей.

Выделяют две группы факторов, оказывающих травмирующее воздействие на психику людей.

Первая группа факторов – связана с наличием физической угрозы для жизни и здоровья человека. Среди них – взрывы, пожары, обрушения конструкций зданий и сооружений, радиоактивные загрязнения, заражение внешней среды химически опасными веществами, внезапное изменение обстановки в зоне ЧС и др. В соответствии с ГОСТом Р22.0.02-94 «Поражающий фактор аварии, катастрофы, стихийного бедствия – это составляющая опасного явления или процесса, вызванная аварией, катастрофой, стихийным бедствием, характеризуемая физическими, химическими и биологическими действиями или проявлениями, которые определяются или выражаются соответствующими параметрами». Поражающие факторы бывают первичными и вторичными. Например, ударная волна при взрыве действует как первый поражающий фактор, а выбитые ударной волной стёкла действуют как вторичные поражающие факторы. В зависимости от аварии, катастрофы, стихийного бедствия различают следующие виды первичных поражающих факторов:

- ударная волна;
- световое излучение;
- тепловое излучение;
- проникающая радиация;

- радиоактивное загрязнение;
- химическое заражение;
- биологическое заражение;
- сейсмическая волна;
- волна прорыва;
- волна цунами.

Негативное влияние одного или совокупности поражающих факторов на жизнь и здоровье людей, животных, растения, объекты и окружающую природную среду называется поражающим воздействием аварий, катастроф, стихийных бедствий. При расчетах последствий от аварий, катастроф, стихийных бедствий, требуется знать характер воздействия поражающих факторов, при этом, обычно, за основу берётся поражающий фактор, вызывающий основные разрушения и поражения. Выделяют следующий характер воздействия:

- механический (динамический);
- термический;
- химический;
- радиационный;
- биологический;
- психогенный.

Механические повреждения возникают при воздействии на организм человека ударной волны, ранящих предметов, при обрушении зданий, конструкций, сооружений, что приводит к различным травмам: переломам, вывихам, растяжениям, ушибам, синдрому длительного сдавливания, повреждениям внутренних органов, ранениям, кровотечениям, контузиям и др. Механические повреждения возникают также при землетрясениях, транспортных авариях и т.п.

Термические повреждения возникают при воздействии высоких температур и низких температур, что приводит к термическим ожогам, отморожениям, общему замерзанию.

Химические повреждения встречаются при воздействии аварийно химически опасных веществ, боевых отравляющих веществ, промышленных ядов и вызывают разнообразные по характеру и тяжести поражения: отравление (интоксикация) организма, химические ожоги и т.д.

Радиационные поражения возникают при воздействии на организм человека радиационного излучения. Воздействие радиационного излучения может привести к лучевым ожогам, поражению внутренних органов и развитию лучевой болезни.

Биологические поражения связаны с воздействием на организм человека болезнетворных организмов и продуктов их жизнедеятельности – токсинов, которые приводят к возникновению массовых инфекционных заболеваний и массовым отравлениям токсинами.

Психогенные поражения заключаются в том, что на человека, находящегося в ЧС, оказывает сильное воздействие психотравмирующая обстановка. При этом развиваются различные нарушения психики от лёгких психогенных реакций до стойких нервно-психических заболеваний.

Вторая группа факторов – связана с отсутствием достоверной информации о масштабах ЧС и её последствиях, о степени угрозы жизни и здоровью людей, незнанием порядка действий в ЧС, переживаниями за судьбы родных и близких, чувствами бессилия перед обстоятельствами, с изменением привычного образа жизни и т.д.

К особенностям психотравмирующего воздействия этой группы факторов следует отнести то, что возникающие у человека отклонения в психической деятельности не следствие нарушения физиологических процессов в организме, но, тем не менее, они могут явиться причиной таких нарушений.

Воздействие на человека психотравмирующих факторов обеих групп невозможно полностью устраниТЬ или нейтрализовать, в ходе выполнения работ по ликвидации ЧС, но путём проведения медиками, спасателями, психологами планомерной психологической и социальной работы с пострадавшими, можно значительно повысить психологическую устойчивость людей к этим воздействиям.

Основные факторы, влияющие на развитие и компенсацию психических расстройств при чрезвычайных ситуациях, могут быть классифицированы следующим образом.

Непосредственно во время события (катастрофа, стихийное бедствие и др.):

1) Особенности ситуации:

интенсивность ЧС;

длительность ЧС;

внезапность ЧС.

2) Индивидуальные реакции:

соматическое состояние;

возраст;

подготовленность к ЧС;
личностные особенности.

3) Социальные и организационные факторы:

информированность;
организация спасательных работ;
«коллективное поведение».

При проведении спасательных работ после завершения опасного события:

- 1) Особенности ситуации:
 - «вторичные психогении».
- 2) Индивидуальные реакции:
 - личностные особенности;
 - индивидуальная оценка и восприятие ситуации;
 - возраст;
 - соматическое состояние.

На отдельных этапах чрезвычайной ситуации:

- 1) Социально – психологическая и медицинская помощь:
 - реабилитация;
 - соматическое состояние.
- 2) Социальные и организационные факторы:
 - социальное устройство;
 - компенсации.

Три периода экстремальной жизнедеятельности. Динамика состояния и поведения пострадавших.

Правильное понимание особенностей поведения человека в ЧС позволит сохранить самообладание, быстро сориентироваться в трудной ситуации и принять необходимое решение по организации помощи людям, попавшим в затруднительное положение, позволит четко и решительно действовать в соответствии с ситуацией.

Опасные экстремальные ситуации вызывают у человека психологическую и эмоциональную напряжённость. Состояние беспокойства, тревога, паника, стресс – таков диапазон психического состояния личности. При эмоциональном стрессе происходят эмоциональные сдвиги в психике человека, изменяется процесс восприятия и мышления, нарушается двигательное и речевое поведение. В таком состоянии у человека тормозятся другие психологические процессы. Различают три психофизиологических механизма влияния опасности на психику человека:

1. Безусловно - рефлекторный

Психика реагирует на внешние раздражители (темнота, взрыв, неожиданно громкий стук, суженное пространство и т.п.) эмоциями испуга, страха различной интенсивности. Особое место занимают фобии – устойчивые страхи. По мере адаптации такие эмоции ослабевают и исчезают.

2. Условно-рефлекторный

Этот механизм срабатывает в том случае, когда человек ранее уже получил отрицательный опыт взаимодействия с реальной опасностью, и у него выработался рефлекс, на такую опасность (например: человек, не умеющий плавать тонул, был спасён, но у него появилась устойчивая боязнь воды).

3. Интеллектуальный

У человека чувство страха возникает вследствие мысленного воссоздания опасности, при воспоминании о пережитой угрозе. Наиболее характерным фактором экстремальной ситуации является её внезапность. На психику личности влияют:

- а) сила инерции, вызывающая реакцию действовать такими же способами, что и прежде. В этих случаях необходима быстрая реакция, дающая возможность действовать эффективно в новых условиях;
- б) относительная незащищённость из-за замешательства, торможения активной деятельности (например: состояние усталости организма). В экстремальной ситуации человеку приходится ценой усилий мобилизовать и использовать критические запасы энергии.

Изучение вызванных аварией, катастрофой психических расстройств, а также анализ всего комплекса спасательных, социальных и медицинских мероприятий дают возможность схематически выделить три основных периода экстремальной жизнедеятельности, во время которых наблюдаются различные состояния, при которых нарушается нормальное функционирование психики практически здорового человека и появляются болезненные расстройства.

Первый (острый) период характеризуется внезапно возникшей угрозой собственной жизни и гибели близких людей (пожар, взрыв, наводнение, ураган). Он продолжается от начала воздействия экстремального фактора до организации спасательных работ. Продолжительность этого периода обычно не превышает пяти часов. В этот период затрагиваются в основном витальные (жизненные) инстинкты самосохранения, что приводит к развитию неспецифических, внеличностных психогенных реакций, основу которых составляет страх различной интенсивности, растерянность, непонимание смысла

происходящего. При сложных реакциях страха в первую очередь происходят двигательные расстройства, которые могут проявляться в активной и пассивной формах. При активной – человек беспорядочно и бесцельно мечется, делая большое количество бессмысленных движений, что мешает ему правильно и быстро принять решение и укрыться в безопасное место. В ряде случаев возможно развитие паники.

Пассивная форма характерна тем, что человек впадает в оцепенение и как бы застывает на месте. При попытке оказать ему помощь он либо невольно подчиняется, либо реагирует негативно, оказывая сопротивление. Речь у него в таких случаях бывает отрывочной, ограничивается в основном краткими, лишенными смысловой нагрузки восклицаниями, или она полностью отсутствует. Как при простой, так и при сложной реакциях страха у человека наблюдается значительное сужение сознания, непроизвольное самоустраниние от происходящего. Хотя при этом частично сохраняются доступность внешним воздействиям, избирательность поведения, способность самостоятельно находить выход из создавшейся ситуации. Наиболее тяжёлые психические расстройства могут возникать у лиц, получивших закрытые травмы или ранения. В этих случаях требуется тщательно анализировать связь развившихся психических нарушений, как с психотравмирующими факторами, так и с полученными повреждениями (черепно-мозговая травма, интоксикация вследствие ожога и т.д.).

Во втором периоде, протекающем при развертывании спасательных работ, начинается, если можно так сказать, "нормальная жизнь в ненормальных (экстремальных) условиях". В это время в формировании состояний, при которых нарушается нормальное функционирование психики практически здорового человека и в формировании психических расстройств, большую роль играют особенности личности пострадавшего, а также осознание им не только продолжающейся жизнеопасной ситуации, но и таких стрессов, как утрата родных, потеря дома, имущества... Психические нарушения у пострадавших могут иметь различные виды расстройств: психозы и неврозы. (Ком в горле, истерическая рвота, сердечная аритмия, утрата кожной чувствительности, страхи, перепады настроения, подавленность, припадки, плачь, крики, стоны, оцепенение, галлюцинации...).

Основными типами психозов, возникающих в условиях ЧС, являются острые шоковые и реактивные подострые психозы.

Острые шоковые психозы (сложная реакция страха) появляются при непосредственном переживании нагрянувшей угрозы жизни или здоровью (пожар, взрыв, химическая авария и др.). Такие психозы могут проявляться в активной и пассивной формах.

При активной форме человек беспорядочно и бесцельно мечется, что мешает ему правильно и быстро принять решение и укрыться в безопасное место.

Пассивная

форма характерна тем, что человек впадает в оцепенение и как-бы застывает на месте.

Реактивные подострые психозы могут быть следующими:

- психогенная депрессия (состояния подавленности, затруднённая ориентация, двигательная заторможенность, которая может перерости в обездвиженность (ступор);
- истерическая депрессия (состояния апатии, тоски, уныния, возможно с порывистыми проявлениями гнева;
- параноидальный психоз (неприятная мучительная тревога, эмоциональное напряжение, беспокойство) и др.

В третьем периоде, начинающемся для пострадавших после их эвакуации в безопасные районы, у многих происходит сложная эмоциональная и когнитивная (мыслительная) переработка ситуации, переоценка собственных переживаний и ощущений, своеобразная калькуляция утрат. Третий период экстремальной жизнедеятельности характеризуется возникновением у пострадавших посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР). Если пережитое событие сопровождалось сильными эмоциями страха или ощущением беспомощности перед лицом обстоятельств, если через месяц после трагедии сохраняются ночные кошмары, физическая усталость, раздражительность, снижение работоспособности, или эти реакции начинают проявляться только через месяц или полгода после события, то эти реакции называют посттравматическим стрессовым расстройством. Для полного избавления от подобного рода расстройств необходима помощь специалиста (психолога или психотерапевта).

При воздействии психологических факторов в опасных ситуациях возникает состояние:

- стресса (реакция организма на воздействие внешних факторов);
- ажиотажа (чрезмерно возбуждённое состояние);
- ступора (угнетённое состояние организма человека);
- аффекта (самая мощная эмоциональная реакция).

У человека изменяются основные характеристики внимания, а в поле восприятия удерживаются только те объекты и события, которые вошли в комплекс вызвавший аффект. Сильное возбуждение сменяется торможением нервных клеток, и возникает эмоциональный шок. В результате аффект заканчивается упадком сил, усталостью и даже

ступором. На конечных этапах аффекта человек полностью теряет контроль над собой. На первых же этапах его возникновения человек может сдержать себя и «заглушить» аффектную вспышку ценой волевых усилий.

Индивидуальные и коллективные формы панических реакций в ЧС. Условия их возникновения, методы предупреждения и пресечения паники.

Исследования позволили выделить в динамике состояния пострадавших *семь последовательных стадий*:

1. Стадия витальных реакций: длительность - от нескольких секунд до 5-15 мин, когда поведение практически полностью подчинено инстинкту сохранения собственной жизни, с характерным сужением сознания, нарушениями восприятия временных интервалов и силы внешних и внутренних раздражителей. Длительность и выраженность витальных реакций в существенной степени зависит от внезапности воздействия экстремального фактора. Например, при внезапных мощных подземных толчках, как при землетрясении в Армении, или крушении поезда под Уфой в ночное время (большинство пассажиров спали) имели место случаи, когда, реализуя инстинкт самосохранения, люди выпрыгивали из окон шатающихся домов или горящих вагонов, на некоторые секунды «забывая» о своих близких. Но, если при этом они не получали существенных повреждений, уже через несколько секунд социальная регуляция восстанавливалась и они вновь бросались в обрушающиеся здания или пылающие вагоны. Если спасти близких не удавалось, это определяло течение всех последующих стадий, специфику состояния и прогноз психопатологии на весьма протяженный период.

2.Стадия острого психоэмоционального шока с явлениями сверхмобилизации. Эта стадия, как правило, развивалась вслед за кратковременным состоянием оцепенения, длилась от 3 до 5 ч и характеризовалась 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, а также сердцебиением, сухостью во рту, жаждой и затрудненным дыханием. Поведение в этот период подчинено почти исключительно императиву спасения близких с последующей реализацией представлений о морали, профессиональном и служебном долге.

Несмотря на присутствие рациональных компонентов, именно в этот период наиболее вероятны проявления панических реакций и заражение ими окружающих, что может существенно осложнять проведение спасательных операций. До 30% обследованных при субъективной оценке ухудшения состояния одновременно отмечали увеличение физических сил и работоспособности в 1,5-2 и более раз. Окончание этой стадии может быть как пролонгированным (продолжительным), с постепенным появлением чувства истощения, так и наступать внезапно, мгновенно, когда только что активно действующие люди оказываются в состоянии, близком к ступору или обмороку, вне зависимости от ситуации.

3. Стадия психофизиологической демобилизации. Ее длительность - до трех суток. В абсолютном большинстве случаев наступление этой стадии связывалось с пониманием масштабов трагедии («стресс осознания») и контактами с получившими тяжелые травмы и телами погибших, а также прибытием спасательных и врачебных бригад. Наиболее характерными для этого периода являлись резкое ухудшение самочувствия и психоэмоционального состояния с преобладанием чувства растерянности (вплоть до состояния своеобразной прострации); понижение моральной нормативности поведения, отказ от какой-либо деятельности и мотивации к ней, нарушения функции внимания и памяти. Из жалоб в этот период ведущими являются тошнота, тяжесть в голове, ощущения дискомфорта со стороны желудочно-кишечного тракта, отсутствие аппетита, резкая слабость, замедление и затруднение дыхания, трепет (дрожание) конечностей.

4. Стадия разрешения. Длительность от 3 до 12 суток после воздействия. В этот период, по данным субъективной оценки, постепенно стабилизируется настроение и самочувствие. Однако по результатам объективных данных, у абсолютного большинства обследованных сохраняются: пониженный эмоциональный фон, ограничение контактов с окружающими, гипомимия (маскообразность лица), снижение интонационной окраски речи, замедленность движений, нарушения сна и аппетита. К концу этого периода у большинства пострадавших появляется желание выговориться, реализуемое избирательно.

Следует особо отметить, что предоставление возможности выговориться (дебрифинг) относится к наиболее важным компонентам профилактики психопатологии и успешности последующей реабилитации. При этом дебрифинг наиболее эффективен, если он проводится до введения транквилизаторов и до того, как пострадавшим предоставлена возможность сна (то есть в первые сутки); естественно, если для этого имеются возможности и достаточное количество квалифицированных

специалистов, способных проводить дебрифинг. В случаях, когда дебрифинг оказывается по тем или иным причинам отложенным, происходит консолидация следов памяти, сопровождаемая рядом психопатологических феноменов, хорошо известных специалистам.

5. Стадия восстановления. Преимущественно с конца второй недели после воздействия экстремального фактора начинается восстановление психофизиологического состояния. Первоначально это наиболее отчетливо проявляется в поведенческих реакциях: активизируется межличностное общение, начинает нормализоваться эмоциональная окраска речи, восстанавливаются мимические реакции, впервые появляются шутки, вызывающие эмоциональный отклик у окружающих, у большинства пострадавших восстанавливаются сновидения, в тоже время могут сохраняться депрессивные состояния, неадекватность поведения.

6. Стадия отставлённых реакций. Приблизительно через месяц после экстремального воздействия у 12—22% пострадавших выявляются стойкие нарушения сна, немотивированные страхи, повторяющиеся кошмарные сновидения, навязчивые, бредовые галлюцинаторные состояния и некоторые другие признаки астеноневротических реакций в сочетании с психосоматическими нарушениями деятельности желудочно-кишечного тракта, сердечно сосудистой и эндокринной систем.

7. Отдаленные последствия. Эти последствия малоизученны, но данные о прошедших катастрофах говорят о том, что количество обращений за психиатрической и психотерапевтической помощью последовательно нарастает в течение всех прошедших после трагедии лет и увеличивается почти в два раза через десятилетие. У некоторых людей наблюдаются стойкие нарушения сна, депрессии, тревожность, злоупотребления алкоголем, лекарственными препаратами, сохраняется эмоциональная напряженность, появляются немотивированные страхи.

Условия возникновения паники, методы её предупреждения и пресечения.

Вклад психологической науки в решении проблем разумного поведения людей в опасной ситуации переоценить трудно. Практика свидетельствует о наличии значительного числа ошибочных, неразумных и «таинственных» явлений в поведении людей. Опыт показывает, что стихийные, техногенные и антропогенные катастрофы ведут к физической гибели людей, а также к смерти в связи с плохой организацией управления деятельностью масс в опасной ситуации. Люди гибнут не только от физического воздействия (ожоги, раны, отравления), но и вследствие острого психического

возбуждения, ведущего к неадекватным действиям. Любое экстремальное воздействие вызывает у человека реакцию страха.

Страх – это внутреннее состояние, обусловленное грозящим реальным или предполагаемым бедствием. С точки зрения психологии страх считается отрицательно окрашенным эмоциональным процессом. Находящимся в состоянии страха присуща заразительность действий. Это приводит к паническому состоянию массы людей.

Паника - это чувство страха, охватившее группу людей, которое затем передаётся окружающим и перерастает в неуправляемый процесс. У людей резко повышается эмоциональность восприятия происходящего, снижается ответственность за свои поступки.

Развитие панических реакций, имеет в основном две формы возникновения: эксплозивная и коммулятивная.

Эксплозивная (взрывчатая) наблюдается наиболее часто, когда при появлении реального факта устрашения (ЧС) люди подвергаются воздействию, испытывают страх (аффект). Их действия в основном проявляются в виде массового бега. Направление бега определяется людьми, первыми совершившими движение, или же другими воздействиями – команда, призыв, крик.

Коммулятивная форма может быть условно названа как псевдоустрашение, т.е. паника возникает без наличия реальной опасности. Это форма чрезмерной реакции, происходящей на фоне находящейся в панической настроенности массы людей.

Появлению паники способствует отсутствие своевременной и достоверной информации. Этот недостаток сразу же восполняется слухами, кривотолками и рассказами «очевидцев».

Поводом для паники может служить крайнее утомление людей, когда они долгое время остаются в бездеятельности, неведении, напряженном ожидании. Немалую роль играет сильно пониженный тонус сознательной активности. Он делает индивида неспособным к правильному поведению в критической ситуации. Повышенная эмоциональная возбудимость и активизация воображения стимулирует импульсивные, нерациональные действия. Чаще это случается при неожиданном и внезапном наступлении опасности.

К возникновению страха и паники может привести и отсутствие организованности и порядка, ослабление руководства, потеря управления, недоверие между людьми, плохое взаимоотношения, разобщенность коллектива.

В любом случае индивидуальный страх первичен, он является предпосылкой, почвой для группового страха, для паники и зависит от

эмоциональной восприимчивости, индивидуальной устойчивости сотрудников. Коллектив, объятый паникой, по существу перерастает быть коллективом, теряет его признаки.

Что можно противопоставить панике? Одним из лучших средств борьбы с паническими настроениями является достоверная, убедительная и достаточно полная информация о случившемся, которая доводится до населения, оказывавшегося в опасной зоне. Эта информация обязательно должна содержать сведения о правилах поведения населения и периодические рассказы о предпринимаемых мерах.

Чтобы предупредить панику, необходимо с самого начала ЧС, рассказывать людям о случившемся. Информация должна периодически повторяться, наращиваться. Необходимо не только рассказать о ходе спасательных работ, но и давать разъяснения о происходящем, обращаясь к населению с просьбами о необходимости участия в ликвидации поражающих факторов ЧС, вовлекая их в общее дело. Каждый человек должен чувствовать себя причастным к этим событиям.

Если паника возникла, её следует немедленно, решительно пресечь, как можно раньше, когда она ещё носит поверхностный характер и не охватила большие массы людей и легче поддается ликвидации.

Для этого в первую очередь следует отвлечь, хотя бы на непродолжительное время, внимание людей от источника страха или от возбудителя паники. Необходимо дать возможность на мгновение очнуться от страха и попытаться взять управление толпой. Необходимо переключить внимание людей с действий «лидера» - паникера, на человека, трезво мыслящего, обладающего хладнокровием. При этом уместны властные и громкие команды людей с волевым характером. Как только это произойдёт, необходимо всех вовлечь в борьбу с опасностью. Обычно, когда проходит первое чувство страха, у большинства людей в таких ситуациях наблюдается повышение активности.

Если паника все же охватила значительное количество людей, необходимо разделить большую группу на несколько малых групп, договориться (справиться) с которыми будет значительно легче. Беседы с людьми, разъяснение обстановки, грамотные распоряжения, поддержание порядка и наконец, личный пример мужества в критических ситуациях оказывает решающее влияние на поведение людей, на их активность и стойкость в ЧС.

Основой профилактики любых явлений, тем более психологических, является знание особенностей возникновения, течения и последствий различных форм индивидуальных и коллективных реакций страха (паники).

Факторы, порождающие страх и панику:

1. **Физиологические** – крайнее утомление, пониженный тонус, изнуренность, нарушение сна, плохое питание.
2. **Психологические** – повышенная эмоциональность возбудимость, неясность ситуации, переживание опасности. Чувство бессилия перед обстоятельствами, активизация воображения.
3. **Социальные** – потеря веры в руководство, наступление катастрофической опасности.

Факторы характеризуются упадком морально – психологического состояния; снижением духа и поля восприятия; утратой смысловых контрастов; ростом эмоциональной заразительности; активностью подражания, внушения, беспорядочной подвижностью. Человек не может разумно оценивать своё поведение, правильно осмысливать сложившуюся обстановку. В такой атмосфере стоит только одному высказать или проявить желание убежать из района бедствия, как людская масса начинает слепо подражать.

Как свидетельствует опыт, в различных катастрофических ситуациях предотвращение паники состоит в предварительном обучении людей действиям в экстремальных ситуациях, в правдивой и полной их информации на всех этапах развития чрезвычайных событий, в специальной подготовке активных лидеров, способных в критический момент возглавить растерявшихся людей, направить их действия на самоспасение и спасение других пострадавших.

Мероприятия по предупреждению панических настроений:

- Предварительное обучение людей действиям в критических ситуациях;
- Немедленно реагировать на повышение уровня эмоционального возбуждения людей;
- Принимать меры по устраниению причин возбуждения (изоляция паникёров, противодействие слухам, путем передачи достоверных сообщений об обстановке);
- Выбирать тип информации, необходимой для нейтрализации панических настроений;
- Создавать пример правильных действий: уверенность, решительность.

Выбирая мероприятия по ликвидации паники, необходимо помнить о фазах прохождения паники.

Фазы прохождения паники:

- **Потрясение** – бессознательное поведение, массовое помешательство, беспорядочное возбуждение, испуг, бегство, агрессивные поступки;
- **Реакция** – состояние апатии, торможение психических процессов;

- **Реабилитация** – восстановление взаимоотношений, появление активности, возобновление совместных действий, информационный обмен.

Особенности поведения детей в ЧС, оказание психологической помощи детям.

У детей можно выделить два типа травмы:

1. Травма, характерная для данной народности, — это травма социального уровня, носящая статичный характер, которая специфическим образом преломляется в подрастающем поколении. Этот тип травмы характерен для пролонгированных военных конфликтов, где дети были участниками не только военных действий, но и относительно мирного времени, периода восстановления и локального возникновения новых очагов конфликта.
2. Травма, полученная на основе непосредственного, личного опыта во время бомбёжек, плена, потери близкого человека и т.д., — это травма детей – очевидцев травмирующего события. Этот тип травмы характерен для актуальных событий недавнего времени – военного конфликта Грузии и Южной Осетии. Именно реакцию на этот тип мы подробнее рассматриваем в данной работе.

Целями психологической помощи после воздействия чрезвычайной ситуации являются:

1. повышение эффективности действий ребенка во время и после травмы;
2. уменьшение неприятных и болезненных проявлений, вызванных травмирующим событием;
3. профилактика развития нежелательных последствий травмирующего события.

При составлении программы для работы с детьми после переживания любой чрезвычайной ситуации необходимо учитывать возраст переживающих травму людей, так как дети разных возрастов переживают травму по-разному, а также — вызвана ли травма кратковременным событием, длительным пребыванием в травмирующей ситуации или смертью близкого человека.

В дошкольном возрасте травмирующим для ребенка уже может быть все, что разрушает привычный мир и для возвращения к нормальной жизни важно восстановление деятельности игровой, и, следовательно, психологическая работа будет направлена, в основном, именно на это. А в старшем подростковом возрасте характерны все те же нарушения, что и для взрослых, только, пожалуй, в большей мере.

При рассмотрении возрастных особенностей протекания процесса переживания травмы следует обратиться к возрастной периодизации детского развития. Для детей дошкольного младшего школьного возраста

ведущей деятельностью становится деятельность учебная. И не случайно, что после перенесенной травмы часто в первую очередь заметны нарушения именно учебы. Память и восприятие ребенка постепенно становятся все более опосредованными мыслительной деятельностью. Поэтому здесь приобретает интерпретация тех или иных событий уже ребенком. Но, как и у старших подростков, для них характерно «магическое» мышление, как форма психологической защиты. И это может привести после травмирующего события к самым неожиданным для взрослых причинам страхов, чувству вины, появлению ритуалов и т.д.

У детей младшего школьного возраста на наличие проблем после перенесенной травмы указывают следующие признаки: ребенок постоянно плачет, дрожит и выглядит испуганным; погружен в самостимуляцию (постоянно раскачивается взад-вперед или качает головой). У него наблюдаются расстройства сна: кошмарные сновидения, бессонница или чрезмерная сонливость; энурез; отмечаются нарушения аппетита; могут наблюдаться различные расстройства самочувствия без видимых причин (головная боль, головокружение, боль в позвоночнике, расстройства пищеварения). Ребенок проявляет агрессивность или ведет себя очень шумно и грубо во время игры; очень замкнут; слишком спокоен и послушен, ничем не проявляет свои чувства и желания или же подавлен и безразличен; возвращается в определенных чертах поведения к более раннему возрасту; не может концентрировать внимание или запомнить усвоенное в школе; проявляет суеверие, раздражителен по отношению к окружающим, боится и недоверяет им; не может заниматься вместе с другими; все время думает о плохих вещах, которые, он уверен, случаться с ним в будущем.

Младший подростковый возраст. Огромную роль в расширяющемся мире подростков начинают играть сверстники. Ведущая деятельность – интимно-личностное общение, специфика которого в том, что оно осуществляется в группе. Подросток осваивает отношения взрослого мира, и некоторые экстремальные ситуации заставляют его это делать. Поэтому все нарушения, которые встречаются у взрослых, встречаются и у подростков.

У младших подростков можно отметить следующие реакции на травму: самоизоляция от окружающих; неспособность вступать во взаимоотношения; чрезмерное подражание окружающим; зависимость от чужого мнения; агрессивное поведение, отношения и поступки; возбужденность, суеверие или невозможность сосредоточиться на чем-либо одном; крайняя степень подавленности; отсутствие реакции на окружающее, доходящее до степени неподвижности. А так же функциональные расстройства самочувствия, вызванные стрессом; расстройства сна; галлюцинации; ложные зрительные и слуховые образы;

идеи угрозы со стороны окружающих; попытки самоубийства. В этом возрасте психические и психосоматические расстройства могут носить устойчивый характер. Отмечаются различные соматические жалобы, которые не подтверждаются результатами медицинских осмотров.

Во время травмирующего события и при оказании психологической помощи, первой реакцией у ребенка является шок. У детей он обычно выражается молчаливым уходом или взрывом слез. Очень маленькие дети могут испытывать весьма болезненное чувство дискомфорта, но не шок. Они не понимают, что происходит, но хорошо чувствуют атмосферу в доме. Развлечение (взять на руки, купить игрушку или сладость, включить телевизор) оказывается не самой лучшей политикой в такой ситуации. Оно действует временно и не помогает справиться с горем, а лишь на время отвлекает внимание. Обнимите ребенка, дайте ему расслабиться, поплакать, посидеть или полежать. Ему нужно время, чтобы погоревать, поговорить о матери, отце, брате или сестре. В зависимости от индивидуальных возможностей каждого ребенка, стадия шока может продолжаться от нескольких часов после травмирующего события до 2-3 дней.

Целью психологической помощи во время травмирующего события – облегчение переживаний этой ситуации и профилактика негативных последствий развития психологической травмы.

По возможности надо помочь ребенку в экстремальной ситуации интерпретировать ее не как травмирующую, ужасную, унизительную, когда человек беспомощен, как ситуацию, например, интересную, увлекательную, волнующую, сложную, с которой он, однако в состоянии справится. То есть способствовать такому субъективному восприятию ситуации, которое снизит ее травматичность. Возможно, это редко применимо со взрослыми, однако вполне реально во многих случаях работы с детьми.

Актуальны также различные игровые и другие эффективные методы работы. Но при реализации данных методов следует:

1. Наблюдать за изменениями поведения ребенка, потерявшего кого-то из близких. В первые недели обычно наблюдается тенденция к уходу, агрессивность, гневливость, нервозность, замкнутость, невнимательность. Относитесь к этому с терпением, никогда не показывайте своего удивления. Не действуйте вопреки ребенку.
2. Если ребенок хочет поговорить, найдите время выслушать его. Это не всегда легко сделать, и все же попытайтесь. Объясните ребенку, что вы хотите поговорить с ним, выберите удобное для этого время. В разговоре слушайте не только ушами, но и глазами и сердцем. Обнимите ребенка, возьмите его за руку. Прикосновение имеет для ребенка огромное значение, ведь он потерял тепло любящего родителя. Это позволяет ребенку почувствовать, что вы заботитесь о нем и в любое время готовы

помочь ему. Поддержите его желание говорить о родителе и делайте это сами.

3. Постарайтесь привлечь лучших друзей ребенка. Если вам удастся собрать лучших друзей ребенка, объясните им, что, когда умирает кто-то, кого вы любите, беседы об этом человеке помогут сохранить о нем добрую память.

4. Будьте готовы к вопросам и всегда будьте честными в ответах. Детей часто интересуют вопросы рождения и смерти. Очень важно знать культурный уровень семьи ребенка, ее религиозные установки. Ваши собственные чувства никогда не должны вступать в противоречие с чувствами родителя или смущать ребенка.

5. Покажите ребенку, что плакать не стыдно. Если ваши глаза наполнились слезами, не скрывайте этого («Ты очень любил маму, и я это понимаю. Очень грустно, что она умерла»). В это время ребенку можно рассказывать множество трогательных историй.

6. Никогда не говорите: «Ты ведь так не думаешь, не правда ли?». Не говорите, что вы надеетесь на исчезновение у ребенка страхов, и не пытайтесь сменить тему разговора. Когда ребенок говорит, что считает себя виноватым в смерти отца, он действительно так думает. Дети честны, они говорят то, о чем думают. Их чувства реальны и сильны, и о них надо знать, им надо верить, о них надо говорить. Очень важно признать право ребенка на переживание.

7. Страйтесь быть в контакте с родителем. Ребенок быстро почтвует связь между вами и его семьей, и это создаст у него ощущение безопасности. Обсуждайте с ним изменения в поведении ребенка, в его привычках.

У детей психотравматическая реакция возникает в результате катастрофы, смерти родителей, террористического акта, сексуального насилия и прочих трагических событий.

Признаки:

- беспокойство;
- агрессия;
- страхи (в том числе и страх находится в одиночестве).

Реакции свойственные ребёнку младшего возраста:

- появление симптомов заболеваний;
- молчаливость, замкнутость;
- плаксивость;
- чувство вины;
- пугливость.

1. Разговаривая с ребёнком, сообщайте ему только достоверную информацию.
2. Говорите с ребёнком о Ваших чувствах.
3. Ребёнку важно знать, что он не один.
4. Дотрагивайтесь до ребёнка, обнимайте его как можно чаще. Телесный контакт позволяет ему почувствовать Вашу любовь.
5. Наблюдайте за ребёнком (очень важно заметить у него негативные проявления). Часто именно в игре ребёнок проявляет свои чувства.
6. Способствуйте занятиям, которые помогают снять напряжение (игры с водой, песком, глиной, лепка из пластилина, рисование).

Заключение

Во многих странах мира люди с детства впитывают в себя элементы правил безопасности. Поэтому они знают, как вести себя, чтобы, по крайней мере, не осложнять действия тем, кто оказывает помощь пострадавшим.

В России, к сожалению, вопросам поведения человека во время чрезвычайных ситуаций до сих пор не уделяется необходимого внимания.

Поэтому целью общества, всей системы воспитания и обучения должно стать формирование личности, безопасной, прежде всего, для себя, окружающих, среды обитания, личности, ориентированной на добро, созидание и способной к защите себя, социума и природы от внешних угроз.