Содержание

Введение

1. Психология поведения человека в экстремальных ситуациях

.1 Понятие экстремальной ситуации

.2 Психические расстройства во время и после экстремальных ситуаций

## 2. Экстренная психологическая помощь в экстремальных ситуациях

2.1 Психогенные реакции и расстройства, возникающие в экстремальных условиях

## 2.2 Работа психолога в очаге экстремальной ситуации

Заключение

Список использованной литературы

Введение

Контрольная работа посвящена актуальной теме, потому - что анализ ситуации ("нестандартные ситуации", "трудные ситуации", "особые и экстремальные условия деятельности") как единицы анализа процесса принятия решения позволил заключить, что под экстремальными можно понимать ситуации, не описанные в нормативных документах, а также отсутствующие в личном опыте или опосредованные такими факторами внешней среды, которые субъективно воспринимаются и переживаются как угрожающие жизни, здоровью и вызывают у субъекта деятельности сильное напряжение его психики и его физических возможностей.

Экстремальная ситуация - такая значимая для ситуация, в которой субъективная оценка своих возможностей по достижению поставленных целей показывает их недостаточность, что вызывает психическую напряженность и перенапряженность (стресс). Ее возникновение в процессе деятельности повышает психофизиологические параметры за пределы компенсации организма, что приводит к нарушению безопасности жизнедеятельности человека.

Цель работы рассмотреть психологические последствия трудных и экстремальных ситуаций.

Поставлены следующие задачи:

рассмотреть психологию поведения человека в экстремальных ситуациях;

характеристику чрезвычайных ситуаций;

изучить психологическую помощь в экстремальных ситуациях.

Для решения поставленных задач были использованы работы таких авторов как Александровский Ю.А. , Волович В. Г., Лебедев В.И. и др.

1. Психология поведения человека в экстремальных ситуациях

.1 Понятие экстремальной ситуации

Понятие "экстремальная ситуация" (в дальнейшем - ЭС) сегодня обретает статус одной из унифицированных, генерализирующих категорий как в обыденной жизни, так и в сфере научного поиска.

Определение ЭС можно обнаружить в работах по безопасности жизнедеятельности как обстановки, возникающей в природе или в процессе деятельности человека, при которой психофизиологические параметры могут превысить пределы компенсации организма, что приводит к нарушению безопасности жизнедеятельности человека.

Однозначности данного термина в последнее время угрожает тенденция интерпретировать как экстремальную любую ситуацию, сколько-нибудь связанную со стрессом. Фактически на сегодняшний день в психологии этот термин находится в периоде становления, содержание его складывается стихийно, что является отражением относительно недавнего появления в обыденной практике людей экстраординарных явлений. Сегодня постоянно расширяется круг проблем, связываемых с понятием ЭС. Наряду со стихийно возникающими природными бедствиями и военными конфликтами, обозначается группа профессионально обусловленных экстремальных ситуаций (работники МЧС, МВД, отдельные виды спорта, бизнес и т.п.) [3, c. 84].

Понятие "ЭС" широко используется в обыденной практике, иллюстрацией чему является наличие многочисленных "Энциклопедий ЭС", "Конференций по ЭС", "Школ выживания в ЭС", статей и руководств по поведению в ЭС.

1.2 Психические расстройства во время и после экстремальных ситуаций

Классификации психических заболеваний диагностических и синдромальных оценок, по существу, не применявшихся до середины XX столетия. К их числу относятся:

 Посттравматические стрессовые расстройства.

 Социально-стрессовые расстройства.

 Радиационная фобия.

 Боевое утомление.

 Синдромы:

вьетнамский".

"афганский".

"чеченский" и др.

А также предболезненные невротические проявления, реакции на острый стресс, расстройства адаптации, стресс боевой обстановки и ряд других. Являются ли перечисленные расстройства "новыми" болезнями нашего столетия? Ответы на этот вопрос в существующей литературе неоднозначны. С нашей точки зрения, речь идет лишь о расстановке акцентов психопатологических нарушений у больших групп людей, в первую очередь порожденных издержками современной цивилизации и социальными конфликтами. Эти нарушения в феноменологическом плане описывали и раньше, однако их специально не обобщали и не выделяли. Происходило это главным образом потому, что общество не было готово воспринять социальные причины, ухудшающие психическое здоровье, и осознать необходимость соответствующих профилактических и реабилитационных мероприятий. Психогенные расстройства, наблюдаемые при жизнеопасных ситуациях во время и после стихийных бедствий и катастроф.

Таблица 1 - Психогенные расстройства

|  |  |
| --- | --- |
| 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 - остро возникшие 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 |
| Рективные психозы | Острые | Острые аффективно-шоковые реакции, сумеречные состояния сознания с двигательным возбуждением или двигательной заторможенностью |

В последние годы анализ состояния психического здоровья населения свидетельствует о росте непсихотических, так называемых пограничных психических расстройств, в первую очередь невротических и соматоформных расстройств и реакций адаптации, непосредственно связанных с негативными изменениями социально-экономической ситуации и духовной жизни широких слоев населения. При этом за последние 10 лет общее число инвалидов вследствие психических расстройств (основную группу которых составляют больные с непсихотическими расстройствами) возросло. Проведенное обследование отдельных выборочных групп населения показало, что, во-первых, значительная часть больных, особенно с невыраженными невротическими расстройствами остается вне поля зрения специалистов и, во-вторых, наибольшее число больных наблюдается в группах пострадавших во время и после чрезвычайных ситуаций.

Сотрудники ГНЦ (Государственный научный центр) уделяют большое внимание медико-психологической и психиатрической помощи населению, подвергшемуся стрессовым воздействиям, в том числе пострадавшим после стихийных бедствий, катастроф, локальных войн, межнациональных конфликтов [2, c. 94].

В этих случаях особенно наглядно выявляется системный характер динамики биологических и личностно-типологических механизмов в формировании психофизиологических нарушений невротического уровня, рассмотренные на рисунке 1.

экстремальный психогенный стрессовый расстройство



Рисунок 1 - Основные факторы, влияющие на формирование психопатологических проявлений невротического уровня

Учет всего комплекса спасательных, социальных и медицинских мероприятий дает возможность схематически выделить три периода развития ситуаций, которые вызывают различные психогенные нарушения.

Первый - острый период - характеризуется внезапно возникшей угрозой собственной жизни и гибели близких. Он продолжается от начала воздействия до организации спасательных работ (минуты, часы). Мощное экстремальное воздействие затрагивает в этот момент в основном жизненные инстинкты (самосохранение) и приводит к развитию неспецифических, внеличностных психогенных реакций, основу которых составляет страх различной интенсивности. В это время наблюдаются преимущественно психогенные реакции психотического и непсихотического уровня. Особое место в этот период занимают психические расстройства у получивших травмы и ранения. В таких случаях требуется квалифицированный дифференциально-диагностический анализ, направленный на выявление причинно-следственной связи психических нарушений как непосредственно с психогениями, так и с полученными повреждениями (черепно-мозговая травма, интоксикация вследствие ожога и др.).

Во втором периоде, протекающем при развертывании спасательных работ, по образному выражению, начинается "нормальная жизнь в экстремальных условиях". В это время в формировании состояний дезадаптации и психических расстройств значительно большее значение имеют особенности личности пострадавших, а также осознание ими не только продолжающейся в ряде случаев жизнеопасной ситуации, но и новых стрессовых воздействий, таких как утрата родных, разобщение семей, потеря дома, имущества. Важным элементом пролонгированного стресса в этот период является 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 астенодепрессивными проявлениями.

В третьем периоде, начинающемся для пострадавших после их эвакуации в безопасные районы, у многих происходит сложная эмоциональная и когнитивная переработка ситуации, оценка собственных переживаний и ощущений, своеобразная "калькуляция" утрат. При этом приобретают актуальность также психогенно-травмирующие факторы, связанные с изменением жизненного стереотипа, проживанием в разрушенном районе или 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 изменения, посттравматические и социально-стрессовые расстройства. Соматогенные психические нарушения при этом могут носить разнообразный "подострый" характер. В этих случаях наблюдается как "соматизация" многих невротических расстройств, так и в известной мере противоположные этому процессу "невротизация" и "психопатизация", связанные с осознанием имеющихся травматических повреждений и соматических заболеваний, а также с реальными трудностями жизни пострадавших [1, c. 147].

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. На рисунке 2 схематически показан удельный вес динамически изменяющихся факторов, в первую очередь влияющих на психическое здоровье во время и после любой чрезвычайной ситуации. Представленные данные свидетельствуют о том, что с течением времени теряет непосредственное значение характер чрезвычайной ситуации и индивидуальные особенности пострадавших и, напротив, возрастает и занимает основополагающее значение не только собственно медицинская, но и социально-психологическая помощь и организационные факторы. Из этого следует, что социальные программы в решении вопросов охраны и восстановления психического здоровья у пострадавших после чрезвычайных ситуаций имеют первостепенное значение.

## 2. Экстренная психологическая помощь в экстремальных ситуациях

.1 Психогенные реакции и расстройства, возникающие в экстремальных условиях

Важное место занимает вопрос о динамике психогенных расстройств, развившихся в жизнеопасных 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.

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.

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 [4, c. 93].

Фаза разочарования обычно длится от 2 мес до 1-2 лет. Сильные чувства разочарования, гнева, негодования и горечи возникают вследствие крушения различных надежд.

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

У многих людей, переживающих реальные тяжелые жизнеопасные ситуации, действительно наблюдаются указанные фазы психогенных реакций. Это подтверждается рядом исследователей. В частности, предлагается рассматривать психогенные нарушения при стихийных бедствиях с позиций "ключевых взаимосвязанных концепций стресса и кризиса, утрат и горя, социальных и эмоциональных ресурсов, кооперации и адаптации". Диагностические установки при идентификации расстройств могут быть нивелированы при рассмотрении ситуации в динамике.

Выделяются три фазы:

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

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". Авторы утверждают, что паническое поведение почти не встречается - оно возможно, если пути спасения блокированы.

Фаза послевоздействия, начинающаяся через несколько дней после стихийного бедствия, характеризуется продолжением спасательных работ и оценкой возникших проблем. Авторы довольно подробно описывают содержание этой фазы, проблемы, встающие перед пострадавшими, психические расстройства, которые преобладают. Новые проблемы, возникающие в связи с социальной дезорганизацией, эвакуацией, разделением семей и т.п., позволяют ряду авторов считать этот период "вторым стихийным бедствием" [4, c. 95].

Рассматривая психические нарушения с позиций эмоционального стресса, Ф. Хокинг подчеркивает, что тяжелый стресс может вызвать непредсказуемые реакции. По его мнению, трудно измерить "внешний стресс и его взаимодействие с субъектом".

Следует отметить, что многие авторы обращают внимание на коллективность психической травмы при стихийном бедствии, определяя ее как "массивный коллективный стресс". При этом стихийное бедствие, воздействуя на ткань социальной жизни, разрушает связи людей и уменьшает чувство общности. Такая постановка проблемы заставляет учитывать взаимодействие и взаимовлияние индивидуальных и коллективных форм реагирования, решать вопросы, относящиеся к области социальной психологии [4, c. 96].

## 2.2 Работа психолога в очаге экстремальной ситуации

Рост числа экстремальных ситуаций (техногенных и природных катастроф, межнациональных конфликтов, террористических актов) за последние годы диктует необходимость подготовки специалистов, способных оказывать экстренную психологическую помощь жертвам подобных ситуаций. Несмотря на всю важность и актуальность проблем оказания экстренной психологической помощи населению в экстремальных ситуациях, эти задачи в настоящее время все еще остаются достаточно новыми для психолога.

В рамках теории посттравматического расстройства и возникшей в конце 80-х годов кризисной психологии оформилось понятие "психическая травма" (психотравма). Событие, которое воспринимается человеком как угроза его существованию, которое нарушает его нормальную жизнедеятельность, становится для него событием травматическим, то есть потрясением, переживанием особого рода.

Психологам и психотерапевтам все чаще приходится работать с людьми, перенесшими психическую травму, такими, как: вынужденные переселенцы и беженцы, жертвы захвата в заложники, люди, пережившие бомбежки, обстрелы, гибель родственников, разбойные нападения, а также широкомасштабные природные и техногенные катастрофы [5, c. 167].

Главное содержание психологической травмы составляет утрата веры в то, что жизнь организована в соответствии с определенным порядком и поддается контролю.

Травма влияет на восприятие времени, и под ее воздействием меняется видение прошлого, настоящего и будущего. По интенсивности переживаемых чувств травматический стресс соразмерен со всей предыдущей жизнью. Из-за этого он кажется наиболее существенным событием жизни, как бы "водоразделом" между происшедшим до и после травмирующего события, а также всем, что будет происходить потом.

Если раньше основную озабоченность вызывали такие последствия экстремальных ситуаций, как количество смертей, физических болезней и травм, то сейчас среди специалистов растет обеспокоенность их последствиями для психосоциального и душевного здоровья населения. Из людей, перенесших психотравму, 80% нормально функционируют, а у 20% через некоторое время (2-6 месяцев) возникают те или иные проблемы в одной или нескольких сферах жизни: аффективной, психосоциальной, профессиональной, психосоматической [5, c. 168].

Незамедлительное психотерапевтическое вмешательство, как можно ближе по времени к перенесенной травме, позволяет предотвратить многие нежелательные последствия и переход процесса в хроническую форму.

По наблюдениям исследователей, на психическое состояние наиболее тяжелое воздействие оказывают катастрофы, вызванные умышленными действиями людей. Техногенные катастрофы, происходящие по неосторожности или случайному стечению обстоятельств, переживаются менее тяжело, но все же тяжелее, чем природные катаклизмы.

Правила первой помощи для психологов:

В кризисной ситуации пострадавший всегда находится в состоянии психического возбуждения. Это нормально. Оптимальным является средний уровень возбуждения. Сразу скажите пациенту, что вы ожидаете от терапии и как долго продлится работа над проблемой. Надежда на успех лучше, чем страх неуспеха.

Не приступайте к действиям сразу. Осмотритесь и решите, какая помощь (помимо психологической) требуется, кто из пострадавших в наибольшей степени нуждается в помощи. Уделите этому секунд 30 при одном пострадавшем, около пяти минут при нескольких пострадавших.

Точно скажите, кто вы и какие функции выполняете. Узнайте имена нуждающихся в помощи. Скажите пострадавшим, что помощь скоро прибудет, что вы об этом позаботились.

Осторожно установите телесный контакт с пострадавшим. 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. Не поворачивайтесь к пострадавшему спиной.

Никогда не обвиняйте пострадавшего. Расскажите, какие меры требуется принять для оказания помощи в его случае.

Профессиональная компетентность успокаивает. Расскажите о вашей квалификации и опыте.

Дайте пострадавшему поверить в его собственную компетентность. Дайте ему поручение, с которым он справится. Используйте это, чтобы он убедился в собственных способностях, чтобы у пострадавшего возникло чувство самоконтроля.

Дайте пострадавшему выговориться. Слушайте его активно, будьте внимательны к его чувствам и мыслям. Пересказывайте позитивное.

Скажите пострадавшему, что вы останетесь с ним. При расставании найдите себе заместители и проинструктируйте его о том, что нужно делать с пострадавшим.

Привлекайте людей из ближайшего окружения пострадавшего для оказания помощи. Инструктируйте их и давайте им простые поручения. Избегайте любых слов, которые могут вызвать у кого-либо чувство вины.

Постарайтесь оградить пострадавшего от излишнего внимания и расспросов. Давайте любопытным конкретные задания.

Стресс может оказать негативное влияние и на психолога. Возникающее в ходе такой работы напряжение имеет смысл снимать с помощью релаксационных упражнений и профессиональной супервизии. Группы супервизии должен вести профессионально подготовленный модератор [4, c. 174].

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

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.

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

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.

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".

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.

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

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.

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.

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.

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 [4, c. 179].

Заключение

Из приведенных в качестве примеров наблюдений и из анализа общего состояния людей, переживших сильное землетрясение, ураган или катастрофу, следует важное для планирования и организации спасательных мероприятий заключение - подавляющее большинство людей после внезапно возникшей жизнеопасной ситуации даже при отсутствии физического повреждения вследствие психогенных расстройств являются (особенно в первый период развития ситуации) практически нетрудоспособными.

Специальный обобщенный анализ позволяет проследить определенную динамику возникновения и развития отдельных психопатологических проявлений у пострадавших, зависящих от этапа внезапно развившейся экстремальной ситуации. 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 многих людей 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 и длительность острого периода представляется увеличенной в несколько раз. При сложных реакциях страха в первую очередь отмечаются более выраженные двигательные расстройства. При гипердинамическом варианте наблюдается бесцельное, беспорядочное метание, множество нецелесообразных движений, затрудняющих быстрое принятие правильного решения и перемещение в безопасное место. Иногда отмечается паническое бегство. Гиподинамический вариант характерен тем, что человек как бы застывает на месте, нередко стараясь "уменьшиться", принимая эмбриональную позу, садится на корточки, обхватив голову руками. При попытке оказать помощь либо пассивно подчиняется, либо становится негативистичным. 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, ознобоподобный тремор, 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.).

Список использованной литературы

1. Александровский Ю.А. Психогении в экстремальных ситуациях. - М., 2012. - 148 с.

. Библиотека экстремальных ситуаций. - М.: ГНПП, Аэрогеология, 2005. - 286 с.

. Волович В. Г. Академия выживания. - М.: Толк,2009. - 93 с.

. Лебедев В.И. Личность в экстремальных ситуациях. - М.: Новая эра, 2011.

. Малкина А.Л. Экстремальные ситуации. - М., 2006.