

Острые нервные и психические
расстройства у населения в
районах ЧС.

Чрезвычайная ситуация – это всегда стресс.

Международная классификация болезней (МКБ-10) определяет следующие виды реакций на тяжелый стресс:

1. Острая реакция на стресс. Развивается в ответ на сильное стрессовое событие. В этом случае наблюдается четкая временная связь возникновения симптоматики с травмирующим событием.

Симптоматика:

- 1) инициальное состояние оглушенности;
- 2) быстро сменяющие друг друга или смешанные между собой, но не длящиеся долго депрессия, тревога, отчаяние, гнев, гиперактивность или отгороженность.

Быстрая реакция симптоматики (в течение часов) в случае нейтрализации травмирующего фактора или длительная реакция – от суток до трех, если травмирующее событие невозможно нейтрализовать.

2. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

Отставленная и/или затяжная реакция на пережитую ЧС или травмирующее событие.

Симптоматика:

- 1) повторные переживания психотравмы в виде навязчивых воспоминаний (реминисценций) кошмарных сновидений, фантазий и представлений;
- 2) в качестве фона повторных переживаний психотравмы наблюдается чувство «оцепененности» и эмоциональной притупленности, социальной отчужденности, снижение реакции на окружающее;
- 3) избегание ситуаций, напоминающих о психотравме;
- 4) временами могут наблюдаться острые эпизоды страха, паники, агрессии, вызванными воспоминаниями о психотравме или реакции на нее.

Наблюдаются повышенная вегетативная возбудимость, уровень бодрствования с бессонницей, реакции испуга. Начало расстройства – после латентного периода (от нескольких недель до полугода).

3. Расстройство адаптации. Наблюдается в период адаптации к значительному изменению социального статуса. Имеется индивидуальная предрасположенность (уязвимость), но сочетается с доказательствами того, что расстройство не возникло бы без воздействия стрессора.

Симптоматика:

- 1) депрессивное настроение, тревога, беспокойство;
- 2) чувство неспособности справиться с ситуацией, приспособиться с ней;
- 3) некоторое снижение продуктивности в повседневных делах;
- 4) склонность к драматическому поведению, вспышки агрессии.

В чрезвычайных ситуациях отмечена следующие фазы развития нервно-психических расстройств.

Фаза страха. У человека возникают неприятные ощущения в виде напряжения и тревожности. При сложных реакциях страха, наряду со сказанным, нередко возникает тошнота, обморок, головокружение, ознобоподобный тремор, у беременных женщин – выкидыши.

Гиперкинетическая (гипокинетическая) фаза. Это реакция с двигательным возбуждением. Очень часто у человека отмечают бесцельные метания и стремление куда-то бежать. В другом случае возникает резкая двигательная заторможенность, доходящая до полной обездвиженности и ступора, когда человек в состоянии психического шока вместо того, чтобы бежать, застывает.

Фаза вегетативных изменений. Происходит соматизация психологических реакций. Появляются боли в области сердца, головные и мышечные боли, тахикардия, тремор, нарушения зрения и слуха, расстройство желудочно-кишечного тракта, учащенное мочеиспускание.

Фаза психических нарушений. Чем сильнее психотравмирующий фактор, тем глубже расстройства, возникающие у пострадавших. Они включают в себя неспособность концентрировать внимание; нарушения памяти, логики, быстроты мышления, галлюцинации.

Как показали специальные исследования, нервно-психические расстройства в ЧС имеют много общего с клиникой нарушений, развивающихся в обычных условиях. Однако есть и существенные *различия*:

§ вследствие множественности внезапно действующих психотравмирующих факторов в ЧС происходит одномоментное возникновение психических расстройств у большого числа людей;

§ клиническая картина в этих случаях не носит строго индивидуальный характер, как при «обычных» психотравмирующих обстоятельствах, а сводится к числу достаточно типичных проявлений. Несмотря на развитие психогенных расстройств и продолжающуюся жизнеопасную ситуацию, пострадавший человек вынужден продолжать активную борьбу с последствиями ЧС ради выживания и сохранения жизни близких и всех окружающих.

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 3 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 М. М. 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.
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. Характеризуется резким ухудшением самочувствия и психоэмоционального состояния с преобладанием чувства растерянности, панических реакций, 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 стабилизируются 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. 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.

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, вызывающие эмоциональный отклик у окружающих, восстанавливаются нормальные сновидения.

Особенности развития психических расстройств у пораженных в ЧС различного характера.

В соответствии с международной статистической классификацией болезней, травм и причин смерти психические нарушения, возникающие при ЧС, могут быть разделены на психотические и невротические

Психотические расстройства, включены в группу неорганических психозов и обозначены как «Острое реактивное возбуждение», включающее эффективно-шоковую реакцию с возбуждением и психомоторное возбуждение, «Реактивная спутанность», «Острая параноидная реакция», «Психогенный параноидный психоз», «Истерический психоз» (на фоне двигательного возбуждения либо заторможенности), «Аффективно-шоковые реакции» и «Психогенный ступор».

Невротические расстройства включены в группу невротических расстройств, психопатий и других психических расстройств непсихического характера, среди которых выделяют «Невроз тревоги (страха)», «Истерический невроз», «Синдром Ганзера истерический», «Фобии невротические», «Невроз навязчивости», «Депрессивный невроз», «Неврастения», «Синдром деперсонализации невротической», «Ипохондрический невроз». Из числа острых реакций на стресс выделены реакции с преобладанием эмоциональных нарушений, нарушений сознания, психомоторных нарушений и других непсихотических нарушений.

Изучение вызванных ЧС психических нарушений, а также анализ всего комплекса спасательных, социальных и медицинских мероприятий дают возможность схематически выделить три основных периода, во время которых наблюдались психические нарушения.

В острый (изоляционный) период у небольшой части лиц, находящихся в эпицентре катастрофы, могут возникнуть следующие виды психотических состояний: аффективно-шоковая реакция, психогенный ступор, психомоторное возбуждение, реактивная спутанность, истерический психоз

Аффективно-шоковая реакция – наиболее характерная для экстремальных ситуаций форма реактивных психозов, которая вызывается сильным аффектом, обычно страхом в связи с угрозой жизни. Аффективно-шоковая реакция проявляется своеобразным состоянием оцепенения, которая сопровождается снижением возможности восприятия внешних раздражителей и достаточно выраженной дезориентацией к окружающим.

Психогенный ступор проявляется в резко выраженной двигательной заторможенности, достигающей степени полной обездвиженности и незначительной речевой заторможенности.

Психомоторное возбуждение развивается остро и проявляется хаотично с бесцельными движениями. Пострадавшие бессмысленно мечутся в поисках выхода, кричат, молят о помощи. Эта картина возникает на фоне психогенного сумеречного расстройства сознания. При этом отмечается нарушение ориентировки к окружающим и собственной личности, а также неотчетливость восприятия окружающего. Впоследствии отмечается полная амнезия.

Реактивная спутанность проявляется речевыми расстройствами, которые характеризуются однообразными высказываниями и ускорением темпа речи. При этом в речи пострадавших выявляется определенная тематика, отражающая экстремальную ситуацию. Высказывания отличаются однообразием, носят стереотипный характер. Речевые расстройства возникают в рамках истерических нарушений на фоне аффективно суженного сознания и не резко выраженного психомоторного возбуждения.

Истерические психозы проявляются более разнообразными клиническими формами, нежели описанные выше психозы, и включают в себя следующие варианты: истерические сумеречные состояния, псевдодеменцию, истерический ступор.

Истерические сумеречные помрачения сознания характеризуются прежде всего аффективным сужением поля зрения, дезориентировкой в окружающей обстановке, обманами восприятия (зрительные и слуховые галлюцинации) и избирательной фрагментарностью последующей амнезией.

Псевдодеменция представляет собой «Мнимое слабоумие», возникающее на фоне суженного сознания и характеризуется мнимой утратой простейших знаний, неправильными ответами (мниморечь) и действиями (мнимодействия).

Истерический ступор проявляется обездвиженностью, мутизмом и явлениями помрачения сознания (истерическое суженное сознание). Однако при этой форме ступора поведение больного отражает напряженный аффект (страдание, отчаяние), мимика крайне экспрессивна. На лице выражение ужаса и страдания, иногда на глазах слезы.

У другой, значительно большей по количеству группы лиц психическое состояние во время ЧС определяется полиморфной психологической симптоматической невротического уровня, центральным элементом которой являются тревожнофобические расстройства. Наряду с ощущением внутреннего напряжения, беспокойства и тревоги обычно отмечают учащенное сердцебиение, повышенную потливость, слабость во всем теле, сухость во рту, тремор рук и всего тела, что свидетельствует о нарушении функционирования вегетативной нервной системы.

Можно 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, психогенных реакций, основу которых составляет страх различной интенсивности. 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, увеличивается мышечная сила, что способствует перемещению в безопасное место. Нарушения речи ограничиваются ускорением ее темпа, запинками, голос становится громким, звонким. Отмечается мобилизация воли. 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 виде беспокойства или заторможенности. Восприятие пространства изменяется, искажаются расстояние между предметами, их размеры и форма. Длительными могут быть и кинестетические иллюзии (ощущение качающейся земли, полета, плавания и т. д.). 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 астеническими и 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, дискредитация опасности. Эта фаза эйфории длится от нескольких минут до нескольких часов. Как правило, она сменяется вялостью, безразличием, заторможенностью, трудностями при выполнении даже простых заданий. В ряде случаев пострадавшие производят впечатление отрешенных, погруженных в себя. Они часто и глубоко вздыхают, внутренние переживания нередко связываются с мистически-религиозными представлениями. Другой вариант развития тревожного состояния в этот период может характеризоваться преобладанием «тревоги с активностью»: двигательное беспокойство, суетливость, нетерпеливость, многоречивость, стремление к обилию контактов с окружающими. 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.

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

1. **Внезапность.** Лишь немногие бедствия развиваются постепенно, достигая критической фазы к тому времени, когда потенциальные жертвы уже предупреждены – например, наводнение или надвигающийся ураган, шторм. Большинство ЧС возникают неожиданно (землетрясение, цунами, техногенные катастрофы и т. д.).
2. **Отсутствие подобного опыта.** Поскольку бедствия и катастрофы, к счастью, возникают нечасто, люди учатся переживать их уже в момент самого события.
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 захвата заложников) 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 беспомощности.
5. **Горе и утрата.** Жертвы катастроф могут разлучиться с любимыми или потерять кого-то из близких; самое наихудшее – это пребывать в состоянии неизвестности, ожидании вестей обо всех возможных утратах. Кроме того, жертва может потерять из-за катастрофы свою социальную роль и позицию, лишиться надежд на восстановление утраченного.

6. **Постоянные изменения.** Разрушения, вызванные катастрофой, могут оказаться невозможными: жертва может оказаться в совершенно новых условиях.
7. **Ожидание смерти.** Даже короткие угрожающие жизни ситуации могут изменить личностную структуру человека, вызывать глубокие изменения 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. В этих состояниях люди нуждаются в экстренной психологической помощи, процедура оказания которой в экстремальных ситуациях имеет свою специфику. В частности, в этих условиях из-за нехватки времени невозможно использовать стандартные диагностические процедуры. Неприменимы во многих экстремальных ситуациях и обычные методы психологического воздействия. Все зависит от целей психологического воздействия: в одном случае надо поддержать, помочь; в другом – следует пресечь, например, слухи, панику; в третьем – провести переговоры.

Главными принципами оказания помощи людям в условиях ЧС являются:

- безотлагательность;
- приближенность к месту событий;
- ожидание восстановления нормального состояния;
- простота психологического воздействия.

Безотлагательность означает, что помощь пострадавшему должна быть оказана как можно быстрее: чем больше времени пройдет с момента травмы, тем выше вероятность возникновения хронических расстройств, в том числе и посттравматического стрессового расстройства.

Приближенность состоит в оказании помощи в обстановке самой экстремальной или чрезвычайной ситуации и в окружении пострадавших и приближенных.

Ожидание восстановления нормального состояния заключается в том, что с лицом, перенесшим стрессовую ситуацию, следует обращаться не как с больным, а как с нормальным человеком. Необходимо поддерживать уверенность в скором возвращении нормального состояния.

Простота психологического воздействия – необходимо отвести пострадавшего от источника травмы, предоставить пищу, отдых, безопасное окружение и возможность быть выслушанным.

Рекомендации для сотрудников спасательных служб и добровольцев по оказанию психологической помощи в очагах массового поражения:

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».

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.

Техники экстренной психологической помощи

Бред и галлюцинации. 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:

1. Обратитесь к медицинским работникам, вызовите бригаду скорой психиатрической помощи.
2. До прибытия специалистов следите за тем, чтобы пострадавший не навредил себе и окружающим. Уберите от него предметы, представляющие потенциальную опасность.
3. Изолируйте пострадавшего и не оставляйте его одного.
4. Говорите с пострадавшим спокойным голосом. Соглашайтесь с ним, не пытайтесь его переубедить. Помните, что в такой ситуации переубедить пострадавшего невозможно.

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 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:

1. Поговорите с пострадавшим. Задайте ему несколько простых вопросов: «Как тебя зовут?»; «Как ты себя чувствуешь?»; «Хочешь есть?».
2. Проводите пострадавшего к месту отдыха, помогите удобно устроиться (обязательно снять обувь).
3. Возьмите пострадавшего за руку или положите свою руку ему на лоб.
4. Дайте пострадавшему возможность поспать или просто полежать.
5. 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, выпить чаю или кофе, помочь окружающим, нуждающимся в помощи).

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, состояние полной неподвижности;
- возможно напряжение отдельных групп мышц.

В данной ситуации:

1. Согните пострадавшему пальцы на обеих руках и прижмите их к основанию ладони. Большие пальцы должны быть выставлены наружу.
2. Кончиками большого и указательного пальцев массируйте пострадавшему точки, расположенные на лбу, над глазами ровно посередине между линией роста
3. Ладонь свободной руки положите на грудь пострадавшего. Подстройте свое дыхание под ритм его дыхания.
4. 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. 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:

1. Используйте прием «захват»: находясь сзади, просуньте свои руки пострадавшему под мышки, прижмите его к себе и слегка опрокиньте на себя.
2. Изолируйте пострадавшего от окружающих.
3. 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?».
4. 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».
5. Помните, что пострадавший может причинить вред себе и другим.
6. Двигательное возбуждение обычно длится недолго и может смениться нервной дрожью, плачем, а также агрессивным поведением.

Агрессия. Агрессивное поведение – один из произвольных 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:

1. Сведите к минимуму количество окружающих.
2. Дайте пострадавшему возможность «выпустить пар» (например, выговориться или «избить» подушку).
3. Поручите ему работу, связанную с высокой физической нагрузкой.
4. 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».
5. Старайтесь разрядить обстановку смешными комментариями или действиями.
6. Агрессия может быть погашена страхом наказания:
 - если нет цели получить выгоду от агрессивного поведения;
 - если наказание строгое и вероятность его осуществления велика.
7. 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 заставляя 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:

1. Положите руку пострадавшего себе на запястье, чтобы он ощутил ваш спокойный пульс. Это будет для пациента сигналом: «Я сейчас рядом, ты не один!».
2. Дышите глубоко и ровно. Побуждайте пострадавшего дышать в одном с вами ритме.
3. Если пострадавший говорит, слушайте его, выказывайте заинтересованность, понимание, сочувствие.
4. Сделайте пострадавшему легкий массаж наиболее напряженных мышц тела.

Нервная дрожь. После экстремальной ситуации появляется неконтролируемая нервная дрожь. 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:

1. Нужно усилить дрожь.
2. Возьмите пострадавшего за плечи и сильно, резко потрясите в течение 10–15 секунд.
3. Продолжайте разговаривать с ним, иначе он может воспринять ваши действия как нападение.
4. После завершения реакции необходимо дать пострадавшему возможность отдохнуть. Желательно уложить его спать.
5. 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:

1. Не оставляйте пострадавшего одного.
2. 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.
3. Применяйте приемы «активного слушания» (они помогут пострадавшему выплеснуть свое горе): периодически произносите «ага», «да», кивайте головой, т. е. подтверждайте, что слушаете и сочувствуете; повторяйте за пострадавшим отрывки фраз, в которых он выражает свои чувства; говорите о своих чувствах и чувствах пострадавшего.
4. Не старайтесь успокоить пострадавшего. Дайте ему возможность выплакаться и выговориться, «выплеснуть» из себя горе, страх, обиду.
5. Не задавайте вопросов, не давайте советов. Ваша задача – выслушать.

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:

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