**ТЕМА 8: Поведение людей в чрезвычайных ситуациях и боевых условиях. Боевой стресс.**

Литература:

1. Психология и нейропсихиатрия [сборник клинических рекомендаций, учредитель Иванченко И.Д.] .- Киев: Нейроньюс, 2009. - 217 с.

2. посттравматические стрессовые расстройства: диагностика, лечение, реабилитация / методические рекомендации [уклад .: Волошин П.В. и др.] - Харьков, 2002. -47 с.

3. Bisson, JI & Lewis, C. (2009), Systematic Review of Psychological First Aid, Commissioned by the World Health Organization. (available upon request).

4. International Federation of the Red Cross (2009) Module 5: PsychologicalFirst Aid and Supportive Communication. In: Community-Based PsychosocialSupport, A Training Kit (Participant's Book and Trainers Book). Denmark: International Federation Reference Centre for Psychosocial Support. Availableat: www.ifrc.org/psychosocial.

5. Pynoos, R, Steinberg, A, Layne, C, Briggs, E, Ostrowski, S and Fairbank, J. (2009). DSM-V PTSD Diagnostic Criteria for Children and Adolescents: Adevelopmental perspective and recommendations. Journal of Traumatic Stress22 (5): 391-8.

6. The Sphere Project (2011) Humanitarian Charter and Minimum Standards inDisaster Response. Geneva: The Sphere Project. http://www.sphereproject.org.

7. War Trauma Foundation and World Vision International (2010). PsychologicalFirst Aid Anthology of Resources. Downloadable from: www.interventionjournal.com/ and www.psychosocialnetwork.net/

8. World Health Organization (2010). mhGAP Intervention Guide for MentalHealth, Neurological and Substance Use Disorders in Non-specialized Health Settings. Geneva: WHO Mental Health Gap Action Programme. http://www.who.int/mental\_health/mhgap

9. Общие принципы разработки плана реагирования и взаимодействия учреждений здравоохранения при возникновении чрезвычайных ситуаций и ликвидации их последствий: Метод. рекоменд. / МОЗУкраины, Укр. центр наук. мед.инф.-й и пат.-лицензий. работы; Сост. Рощин Г. и др. - М., 2013. - 30 с.Шифр 610.8 / С-14.

10. Михайлов Б.В. Состояние и стратегические направления развития психотерапии и медицинской психологии // Медицинская психология. - 2011. - № 3. - С. 44-48.

11. ГриневичЕ.Г. Психотерапия, психопрофилактика и коррекция пострадавших с психическими расстройствами в результате чрезвычайных ситуаций: Автореф. дис.д мед. наук: 14.01.16 / Е.Г. Гриневич; Укр. НДИсоц. и суда. психиатрии и наркологии. -К., 2008. - 44 с. Диссертация.

12. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / [Фоа Э.Б., Кин Т. М., Фридман М. Дж. И др.]; под ред. Э. Б. Фоа, Т. М. Кин, М. Дж. Фридман. М .: Когито-Центр, 2005. - 467 с.

13. Инновационные подходы к организации медико-психологической помощи при посттравматическом стрессовом расстройстве // Мусий А.С., Пинчук И.Я., Хаустова А.А., Бабов К.Д., Золотарева Т.А, Шафран Л.М., Бар Б.В., Псядло Е.М, Горбань А.Е. / Методические рекомендации. - Киев, 2014. - 32 с

14. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкосты. Методическое руководство по новой методике психологической диагностики личности с широкой областью применения.- М .: Смысл, 2006. С. 3-63.

15. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / В.Г. Ромек, В.А. Конторович, Е.И. Крукович. - СПб .: Речь, 2004. - 256 с.

16. Напреенко О.К., Марчук Т.Е. Клиническая характеристика вариантов перебигупосттравматичного стрессового расстройства // Архив психиатрии. - 2002. - №1 (28) .- С. 117- 119.

17. Селье Г. «Стресс без дистресса», М. 1979 г., - 89 с.

18. Л.Н. Юрьева «Профессиональное выгорания в медицинских работников: формирование, профилактика, коррекция» К., «Сфера», 272 с.

19. Ронгинская Т.И. (2002) Синдром выгорания в социальных профессиях.Психологический журнал, 23 (3): 85-95.

20. Лечение и реабилитация комбатантов - миротворцев из посттравматическим стрессовым расстройством / [А. Г. Сиропятов, А. К. Напреенко, Н. А. Дзеружинська и др]. - М .: А. Т. Ростунов, 2012. - 76 с.

Основные вопросы, подлежащие изучению на данном занятии

• Особенности поведения людей в чрезвычайных ситуациях.

• Типичные реакции медицинских работников на различные травматические события.

• Механизмы формирования стрессоустойчивости у медицинских работников.

• Технологии профилактики посттравматических стрессовых расстройств.

• Дебрифинг как метод психологической коррекции посттравматических стрессовых расстройств.

• Боевой стресс и боевая усталость: признаки, профилактика и основные принципы оказания домедицинской помощи в боевых (секторе укрытия и эвакуации) и небоевых условиях.

**ВВЕДЕНИЕ**

К сожалению, чрезвычайные ситуации являются частью нашей повседневной жизни. В мире происходят различные трагические события: войны, стихийные бедствия, аварии, пожары, эпидемии и межличностное насилие. Перемещенными могут быть отдельные люди, семьи и целые сообщества. Люди теряют дома, близких, оказываются оторванными от семьи и привычного окружения или становятся свидетелями насилия, разрушений и смерти.

Согласно оценкам исследователей, например в США у 60% лиц в жизни было по меньшей мере одно такое событие, три травматических события и более - у 17% мужчин и 13% женщин (Friedman, 2006). Конечно, в «горячих точках» земного шара частота таких событий значительно выше - в таких странах, как Алжир, Камбоджа, Ирак она оценивается в 92%. Украинская статистика на сегодня отсутствует - можно себе только представить, сколько событий, носивших «массово травматический характер», выпало на историю Украины хотя бы за последнее столетие и вызванные ими психосоциальные травмы: голодомор, война, репрессии, Чернобыль, Майдан, вооруженные конфликты, перемещение населения, эпидемия Covid -19.

Такие события в той либо другой степени влияют на каждого, однако спектр возможных реакций и эмоций весьма широк. Многие чувствуют себя пораженными, выбитыми из колеи или не понимает, что происходит. Люди испытывают страх или тревогу, могут впасть в оцепенение или апатию. Некоторые проявляют слабые реакции, другие - тяжелее. Однако возможности приспособления (психологические, физиологические, социальные) в таких условиях рано или поздно исчерпываются, что способствует росту посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР).

На то, как реагирует человек, влияет множество факторов, в том числе: характер и тяжесть пережитого события; перенесенные травмирующие события в прошлом; наличие посторонней поддержки в жизни; физическое здоровье; наличие у человека или в его семье расстройств психического здоровья (в том числе в прошлом), культурные корни и традиции; возраст. У каждого есть свои силы и возможности, которые помогают справиться с жизненными проблемами. Вместе с тем, как показывает опыт, люди, которые считают, что им предоставили хорошую социальную поддержку, после кризиса лучше справляются с трудностями, чем те, кто считает, что им помогли недостаточно. Поэтому так важно предоставление корректной первой помощи в чрезвычайных ситуациях.

Людям важно больше знать о психологической травме, посттравматическом синдроме и об оказании первой помощи, так как, к сожалению, психологическая травма является частью жизни.

Печальные события нашей жизни также пробуждают лучшие человеческие ресурсы, в частности ресурсы сострадания, поддержки, взаимопомощи. Усиление общественного, волонтерского движения является тому подтверждением.

**1. Психофизиологические аспекты состояния людей в очагах ЧС.**

Развитие психики - это результат эволюции нервной системы: под влиянием окружающей среды усложняется нервная система.

Психика - это способность мозга отображать объективную действительность в форме ощущений, представлений, мыслей и других субъективных образов объективного мира. Психика человека проявляется в таких трех видах психических явлений: психические процессы, психические состояния, психические свойства.

**Психические процессы** - это кратковременные процессы получения, переработки информации и обмена ею (например, ощущение, восприятие, память и мышление, эмоции, воля и т.д.).

**Психические состояния** отражают сравнительно длительные душевные переживания, которые влияют на жизнедеятельность человека (настроение, депрессия, стресс).

**Психические свойства** - душевные качества, образующиеся в процессе жизнедеятельности человека и характеризующие его способность отвечать на определенные действия адекватными психическими действиями (темперамент, опыт, характер, способности, интеллект и т.д.).

Всем живым существам присуща первая сигнальная система - реакция на раздражение органов чувств (осязание, обоняние, вкус, зрение, слух). И только человек имеет вторую сигнальную систему, такую ​​как реакция на слова, словосочетания, он слышит, видит или говорит. Именно эти уровни развития нервной системы и определяют типы поведения человека. Человеку присущи такие виды поведения: инстинкт, навыки, сознательное поведение.

Инстинктивное поведение - это действия, поступки, которые наследуются видом "Homo sapiens". На этом уровне концентрируется вся информация, накопленная в ходе эволюции человечества. К известным действиям и поступкам инстинктивного поведения человека относятся те, которые связаны с самосохранением, продолжением рода и т.д.

Навыки - это действия, которые сложились и применяются в обучении до автоматизма или путем проб и ошибок, или путем тренировок. Как следствие, человек вырабатывает навыки, у него формируются привычки и под контролем сознания (тренировки), и без него (попытки и ошибки).

Сознательное поведение - самый высокий уровень психического отражения действительности и взаимодействия человека с окружающим миром, что характеризует его духовную активность в конкретных исторических условиях.

Инстинкты и навыки могут определенным образом влиять и на сознательное поведение, но последнее, ​​безусловно, может управлять и навыками, и тормозить инстинкты. Следовательно, поведение, действия, поступки человека являются производными от его психики.

Влияние конкретной ситуации на поведение человека определяется тем, как человек переживает эту ситуацию. Переживания ситуации, разнообразные реакции человека на нее понимают как эмоции.

**Эмоции**- это психические процессы, отражающие личную значимость и оценку внешних и внутренних ситуаций для жизнедеятельности человека в форме переживания.

Проявление эмоциональной жизни человека происходит в таких состояниях, как аффекты, собственно эмоции, чувства, настроение и стресс.

**Аффект** - это самая сильная эмоциональная реакция. Аффект полностью захватывает человека и подчиняет его мысли и движения. Он всегда ситуационный, интенсивный и относительно короткий. Аффект возникает как следствие какого-то сильного потрясения. В аффекте меняется внимание: снижается возможность переключения, забывается все, что происходило до события, которое вызвало аффективное реакцию (состояние эйфории после освобождения от опасности, ступор при сообщении о смерти).

Чувства - устойчивые эмоциональные состояния, которые имеют четко определенный предметный характер и выражают отношение как к конкретному событию или людям, так и к представлению.

Настроение - стойкое эмоциональное состояние. Настроение отражает общее отношение к восприятию или неприятие человеком мира. Настроение может быть производным от темперамента.

**СТРЕСС**

Стресс - психоэмоциональное состояние человека, обусловленное возникновением слишком сильного напряжения, вызванного реальной угрозой жизни, страхом, тревогой, гневом, необходимостью неотложного принятия ответственного решения (И.С.Витенко, 1994).

Это состояние психического напряжения (от англ. Stress- напряжение), возникающее у человека в сложных условиях повседневной жизни и при особых экстремальных обстоятельствах.

Стресс - физиологическая реакция, мобилизует резервы организма и готовит его к физической активности типа сопротивления, борьбы, к бегству. Во время стресса выделяются гормоны, изменяется режим работы многих органов и систем (ритм сердца, частота пульса и т.д.). Таким образом, в нормальном здоровом организме человека существует механизм, направленный на борьбу с неблагоприятным фактором, действие которого может привести к гибели организма. Этот механизм и получил название стресс-реакции, или общего адаптационного синдрома.

**Стрессор** - это фактор, интерпретация которого в мозгу вызывает формирование негативной эмоциональной реакции. С этих позиций, очень важный характер оценки событий и различных действий человеком. Поэтому профилактика стресса во многом связана с научением человека правильной оценке ситуации.

Стрессовая реакция имеет разное проявление у разных людей: у одних реакция активная - при стрессе эффективность их деятельности продолжает расти до определенного предела («стресс льва»), а у других реакция пассивная, эффективность их деятельности падает сразу («стресс кролика»).

**Стадии стресса**

 Известный зарубежный психолог Ганс Селье, (1907-1982р.р.), основоположник западного учения о стрессах и нервных расстройствах, определил следующие стадии стресса как процесса:

1) **Стадия тревоги** (стадия боевой тревоги, или стадия Аларм) является «призывом к оружию», мобилизацией всех защитных механизмов организма. Эта стадия длится примерно 6-48 часов.

 2) **Стадия резистентности** (синонимы: стадия сопротивления, или устойчивости) возникает в случае длительного действия стрессора. В этот период возрастает устойчивость организма к данному стрессору, одновременно возрастает устойчивость к другим агентам (перекрестная резистентность). Эту стадию отличает максимально высокий уровень сопротивляемости организма к действию вредных факторов. Наличие этой стадии означает существенный рост возможности организма поддерживать состояние гомеостаза (равновесия внутренней среды) в изменившихся условиях. Эта стадия может длиться очень долго - месяцами и даже годами. И только когда резервные, приспособительные возможности систем внутренних равновесий будут исчерпаны, наступит истощение.

 3) **Стадия истощения** является финальной стадией стресс-реакции. Она возникает при воздействии стрессора продолжающегося в условиях, при которых «энергия адаптации», то есть адаптивные механизмы, участвующие в поддержке стадии резистентности, исчерпывают себя. В стадию истощения резко снижается вероятность выживания организма.

 В широком смысле эти стадии характерны для любого адаптационного процесса.

Г. Селье подчеркивал, что ни один организм не может постоянно находиться в состоянии тревоги. Если агент настолько силен, что значительное воздействие его становится несовместимой с жизнью, организм погибает еще на стадии тревоги, в течение первых часов или дней. Если организм выживает, то после первоначальной реакции обязательно наступает стадия резистентности, при которой имеет место сбалансированное расходование адаптационных резервов. Но поскольку адаптационная энергия не беспредельна, то при действии стрессора, которое продолжается, наступает третья стадия - истощение.

Если бы не было стресса, жизнь превратилась бы в абсолютное равновесие, замерла бы. Именно стресс поддерживает активность систем организма на уровне нормы. Если угодно, уровень стресса - это "температура жизни". Не надо повышать ее до лихорадочных величин, но нельзя и снижать до теплового равновесия с окружающей средой, в котором покоится мертвое тело. Вот почему через 40 лет после открытия стресса основатель его теории Ганс Селье пишет книгу "Стресс без дистресса" как раз о том, как поддерживать правильный уровень стресса.

**Эустресс** (дословно - хороший стресс; синоним - конструктивный стресс) является защитной реакцией организма, которая протекает без существенных «потерь» для него, то есть с минимальными затратами. В определенной степени, стрессовая активация нередко является положительной силой, обогатит человека осознанием своих реальных возможностей. **Дистресс** (дословно чрезмерный стресс; синоним - деструктивный стресс, пребывание в состоянии ограничения или ущемления) обозначает защитную реакцию организма, которая происходит с ущербом для организма, с ослаблением его возможностей. Слово "дистресс" - в переводе с английского "страдание" - Селье применил для того, чтобы разделить между собой неблагоприятное развитие стрессовой реакции и обычный, нормальный, необходимый уровень напряжения систем и равновесий человеческого организма.

Различают следующие виды стресса:

• стресс острый, или кратковременный,

• хронический (длительный).

В связи с особенностями раздражителя, вызывающего стресс, различают также:

• физический стресс,

• эмоциональный стресс.

При наличии физического стресса (синонимы - физиологический, первосигнальний) имеет место защита организма от действия физических факторов (ожог, травма, сверхсильный шум). Эмоциональный стресс (синонимы: психоэмоциональный, психогенный, психический, психологический, психофизиологический, или психическая, нервно-психическая, эмоциональная напряженность) является защитой от психогенных факторов, вызывающих негативные эмоции.

Ю.М.Забродин и др. (1985) на основе исследования напряжения функционального состояния людей при стрессе приводят **четыре вида его субсиндрома:**

• когнитивный субсиндром стресса (изменение восприятия и осознания лицом информации в экстремальной ситуации);

• эмоционально-поведенческий субсиндром (возникновение эмоционально-чувственных реакций на экстремальные условия)

• социально-психологический субсиндром (изменение общения людей и самоизоляция или сплоченность в стрессогенных ситуациях);

• вегетативный субсиндром (возникновение болезней стресса или адаптация к его элементам).

Практически у каждого человека в тяжелых условиях возникает перенапряжение психоэмоциональной сферы. Возникают непроизвольные реакции организма, как ответ на необычную ситуацию.

Последствия психоэмоционального напряжения могут быть оценены как мужество и стойкость. Однако такая реакция отмечается не у всех людей. Чаще наблюдаются такие состояния, как возбуждение, торможение, страх, который у отдельных людей переходит в панику, чувство усталости, фрустрацию.

*В первые часы и сутки после катастрофы у людей, в том числе и тех, которые не пострадали, возникают следующие состояния:*

*Возбуждение*, которое проявляется настороженностью, уязвимостью, тревогой, которая у части людей перерастает в страх, ужас и паническое состояние.

*Торможение,* которое проявляется снижением умственной и двигательной активности, отчуждением, у отдельных людей - ступором.

*Переходные состояния* - растерянность, удивление, непонимание, истерика.

У части людей появляется ощущение усталости в результате истощения нервно-психических процессов. В других возникает состояние фрустрации, то есть угнетение и напряжение, связанные с восприятием препятствий, как непреодолимых. В таком состоянии люди чувствуют гнетущую напряжение, тревогу, могут стать агрессивными, злыми.

У отдельных людей или групп лиц возникает психический шок, который проявляется в двух формах - эректильной и ступорозной. Эректильная форма шока характеризуется возбуждением, нецеленаправленной деятельностью, суетливостью; реакциями бегства, в том числе и навстречу опасности; ступорозная форма - апатией, безразличием, бездействием.

**2. Периоды развития психогенных расстройств**

**Первый - острый период (фаза изоляции)** - характеризуется внезапно возникшей угрозой собственной жизни и жизни близких людей. Он продолжается от начала воздействия поражающих факторов до организации спасательных работ (минуты, часы). Экстремальная ситуация в этот период главным образом соотносится с инстинктами (самосохранения) и приводит к развитию неспецифических психогенных реакций, основу которых составляет *страх* различной интенсивности.

По данным Д.А. Джонсона (1989), у около 70% лиц с психоэмоциональными расстройствами наблюдались нарушения сознания в виде синдрома деперсонализации (отчужденность от самого себя, потеря индивидуальности). Такое состояние возникает в момент понимания смертельной опасности и исчезает, как только устраняется угроза жизни (наиболее ярко проявляется при первом прыжке с парашютом, аварийной ситуации на автомобиле или другом транспорте и т.д.).

Это проявляется в сильном потоке чувств, ощущений, мыслей. Чувства и ощущения могут быть взаимопротиворечащими, а мысли "работают" на двух различных уровнях сознания: на одном уровне сознания пострадавший пытается оценить и овладеть критической ситуацией, а на другом (он как "раздваивается"), наблюдает себя и аварию отстранено: несчастный случай происходит не с ним, а с кем-то другим.

Во время землетрясения и первые сутки после него у 90% пострадавших отмечаются выраженные реактивные психические расстройства. Короткими по продолжительности являются внезапно возникшие четкие реакции, в виде ступорозных состояний, продолжающиеся от нескольких секунд до нескольких минут. Более длительным оказывается своеобразное состояние ***"психической анестезии".*** Оно характеризуется резким снижением остроты зрительных и слуховых ощущений. Нередко, особенно среди лиц молодого возраста, в этот период проявляются кратковременные аффективные сужения сознания, оказываются существенными двигательные расстройства, рыдание, причитание, заламывание рук, иногда грубая брань.

Более массовый характер в очаге поражения имеют более легкие, не всегда опасные для жизни психоневрологические реакции - дрожание конечностей, всего тела, бледность или покраснение отдельных участков кожи, тахикардия или брадикардия, повышение артериального давления, обморочные состояния, озноб, судорожное подергивание отдельных групп мышц, кожная сыпь.

У отдельных лиц возможно появление истерических реакций - слепоты, глухонемоты, рассуждения на уровне детского возраста, потеря чувствительности, псевдопаралич и т.п.

Все перечисленные отклонения в поведении наблюдаются в первые часы экстремальной ситуации и у многих прекращаются в течение нескольких суток.

**Паника,** как крайнее состояние напряженности, может включать одного человека или группу людей. Она проявляется несдержанной, неконтролируемой попыткой сознания избежать опасности. При этом разум уступает место инстинктам. В некоторых ситуациях состояние паники имеет "эпидемические" свойства. Это так называемое ***психическое заражение***. Оно может быть эмоционально положительным и емоционально негативным.

Важно отметить, что опасность, которая вызвала у людей психическое паническое настроение может быть не только реальной, а также мнимой. Последняя чаще возникает при недостаточной информации о ситуации. В таких случаях появляются слухи и домыслы, которые способствуют развитию панических настроений. В такой атмосфере достаточно только одному выразить или изъявить желание убежать из района чрезвычайного происшествия, как человеческая масса начинает слепо подражать ему.

Как показывает опыт ликвидации последствий стихийных бедствий, аварий и катастроф - это результат не только неосведомленности, но и плохой подготовки людей к действиям в чрезвычайных ситуациях, отсутствие психологической закалки. Среди людей всегда найдется слабая личность-паникер. Ему даже незначительная опасность представляется преувеличенной, огромной. Реальность вытесняется плодами воображения. Поводом для паники может служить крайнее утомление людей, когда они долгое время остаются в бездействии, неведении, напряженном ожидании, угрозе личной жизни.

*В ряде случаев последствия паники могут быть значительно тяжелее, чем последствия бедствия.* Например, при оказании помощи аварийному маломерному судну экипаж и пассажиры, охваченные паникой, бросившись на один борт, могут вызвать его опрокидывание, хотя явной неизбежности гибели судна при этом могло и не быть. Анализ причин травм, сделанный по результатам землетрясений, свидетельствует о том, что в 55% - причинами была неверное поведение самих пострадавших, бессознательные их действия, обусловленные стрессом (выпрыгивания из окон, травмирование при суете).

**Действия при возникновении паники**

Лучший способ борьбы с паническими настроениями - это достоверная, убедительная и достаточно полная информация населения о том, что случилось, напоминание о правилах поведения и периодические рассказы о мерах, которые начинают производить, какие ожидаются. Надо с самого начала чрезвычайной ситуации рассказать людям всю правду о том, что произошло. Информация должна периодически повторяться, наращиваться.

Необходимо не только рассказывать о ходе спасательных работ и давать разъяснения, а обязательно обращаться к ним с просьбами, втягивать их в общее дело ликвидации последствий стихийного бедствия или аварии. Каждый человек должен чувствовать себя причастным к этим важным событиям.

Если паника возникла, то ее нужно немедленно и решительно прекратить, чем раньше, тем лучше, пока она носит еще поверхностный характер и не охватила большие массы людей и может подвергнуться ликвидации. Для этого в первую очередь следует отвернуть, хотя бы на непродолжительное время внимание людей от источника страха или возбудителя паники. Дать возможность людям хоть на миг избавиться от страха и попытаться взять управление на себя. Постараться переключить внимание людей от действий "лидера" паникеров на человека, который "трезво" и реально мыслит, которая ведет себя хладнокровно. Здесь должны найти место властные и громкие команды людей с волевым характером. Как только это произойдет, надо всех немедленно втянуть в борьбу с опасностью, ее последствиями. Конечно, когда проходит первое чувство страха, у большинства людей в такой ситуации наблюдается повышенная активность, стремление как бы загладить свою вину. Это и следует использовать для привлечения всех к спасательным работам, поручив каждому конкретный участок.

Когда паника охватила значительное количество людей, тогда их необходимо как можно раньше разделить на более мелкие группы, с каждой из которых справиться будет значительно легче.

**Во втором периоде при развертывании спасательных работ**, по образному выражению, начинается "нормальная жизнь в экстремальных условиях". Возникают новые стрессовые ситуации, связанные с потерей или смертью родных, разъединением семьи, потерей жилья, имущества и тому подобное.

Люди выглядят безвластными, вялыми и уставшими, в основном малоподвижные, ничем не занимаются. Когда речь заходит о стихийном бедствии, выражение лиц становится печальным, появляются слезы на глазах. Появляются сонливость днем ​​и бессонница ночью. Двигательная активность, произвольная деятельность - минимальны. Они могут подолгу сидеть в жилом палатке, не меняя положения тела, на то, что происходит вокруг, почти не реагируют (по их словам, "все приходится делать, преодолевая себя»).

Особое место занимают психические расстройства у лиц, получивших травмы и ранения.

**В третьем периоде, начинающемся после эвакуации пострадавших** в безопасные районы, у многих происходит сложное переосмысление ситуации, оценка собственных переживаний и ощущений, своеобразная "калькуляция" потерь.

При этом развивались различные невротические и неврозоподобные состояния. В ходе обследования 300 жителей сельских районов Беларуси, которые постраждали в результате аварии на Чернобыльской АЕC, выявлено, что лишь у 5% из них отсутствовали психогенные расстройства.

**На основе анализа прошлых землетрясений и других катастроф установлено, что в течение 2-24 часов отклонения в поведении отмечены у всех людей, включая тех, которые прибыли для оказания помощи.**

Практически все население, участвующее в катастрофе требует приема успокаивающих лекарств.

В районе ЧП большое значение имеет медицинская сортировка.

По динамике психоэмоциональных и психогенных расстройств при жизнеопасных ситуациях, по данным Национального института психического здоровья в США, эти расстройства делятся на четыре фазы:

• фаза героизма (продолжается несколько часов, характерна героическое (часто без оснований) поведение)

• фаза "медового месяца" (3-6 месяцев, те, кто выжил, довольны и надеются на лучшее)

• фаза разочарования (до 1-2 лет, надежды быстрого восстановления того, что было, еще не реализованы)

• фаза восстановления (те, кто выжил, уже понимают, что надо самим решать проблемы, которые возникли).

После паники начинается **первая фаза - это так называемая героическая фаза,** в которую особенно включаются люди, оказывающие помощь, люди очень сильно объединяются, начинают помогать друг другу, при этом проявляются лучшие черты, которые есть у человека. Минимальная внимание уделяется себе и происходит его максимальная концентрация на тех людях, которые нуждаются в помощи. Во время стихийного бедствия эта фаза длится около 2 часов, во время боевых действий она может продолжаться в течение нескольких дней и месяцев.

Поэтому лицам, которые оказывают помощь, важно четко различать, в какой фазе находятся они, и в какой - общество, в котором они работают.

После героической фазы наступает так называемая **фаза медового месяца.** В эту фазу общество очень сильно объединяется, начинают работать волонтерские организации, и создается впечатление, что все идет хорошо.

**Третья - фаза разочарования,** характерна тем, что люди начинают проявлять самые негативные черты поведения, и к этому также необходимо быть готовым, ведь это проявление состояния болезни. Люди в этом состоянии не критичны, происходит потеря всех иллюзий. Американские специалисты называют эту фазу «покажи мне свои деньги». Застревание на какой-то из стадий приводит к возникновению или «синдрома героя», или возникновению «синдрома жертвы».

**Четвертая фаза - фаза реконструкции**, когда происходит развитие нового фундамента в обществе. Эта фаза может длиться годами. Если стресс повторяется, так как это происходит в Украине, - сначала Майдан, потом война с Россией - стадии реакции на стресс повторяются и могут накладываться друг на друга, они будут удлиняться, особенно фазы разочарования и реконструкции. Поэтому специалистам, оказывающим психологическую помощь пострадавшим, важно отследить, в какой стадии они сами находятся. Следует отметить, что специалисты проходят все фазы значительно быстрее.

**3. Первая медицинская и доврачебная помощь пострадавшим с расстройствами психики, невротическими состояниями.**

Первоочередной задачей при ЧС является выявление пострадавших с психомоторным расстройствами, обеспечение их безопасности и окружающих, ликвидация обстановки растерянности, исключение возможности возникновения массовой паники.

В первую очередь необходимо обеспечить безопасность для самого больного и окружающих его лиц. В связи с этим необходимо ликвидировать обстановку растерянности, паники, нездорового любопытства. Необходимо убрать от больного острые предметы, которыми можно поколоться или порезаться.

Не следует привлекать к оказанию помощи большое количество людей - это приводит к суете, чувству тревоги, дискомфорта у больного. Каждый помощник должен быть проинструктирован и четко знать свои обязанности. Подойти к больному нужно вплотную, лучше сбоку, посадить его и во избежание неожиданного удара как бы невзначай положить свои руки на его кисти. Нужно мягко и с проявлениями участия успокоить больного.

При резком возбуждении попытки словесного успокоения больного могут не дать должного результата. В этом случае ему следует как можно быстрее ввести успокаивающие препараты (транквилизаторы, нейролептики). Конечно, такого больного необходимо прежде всего тактично уговорить принять лекарства (таблетки, инъекции). Если больной не подпускает к себе, вооружившись каким-либо предметом, к нему следует подходить с нескольких сторон одновременно, держа перед собой одеяла, подушки и т.п. Чтобы удержать больного, ему прижимают ноги и руки, причем ноги удерживают давлением на бедра, а руки - на участок плечевого сустава.

Больным с легкой формой возбуждения, то есть при отсутствии галлюцинаций, агрессивности, суицидальных попыток, назначают общеуспокаивающие средства: экстракт валерианы, настойку пустырника, валокордин, новопасит и др.), Транквилизаторы (сибазон, фенозепам и др.) внутрь или парентерально.

При выраженных формах психомоторного возбуждения назначают нейролептики, а при их отсутствии - транквилизаторы.

**4. ПТСР - «посттравматическое стрессовое расстройство» (Posttraumatic Stress Disorder).**

Комплекс симптомов, наблюдавшийся у тех, кто пережил травматический стресс, получил название «посттравматическое стрессовое расстройство» - ПТСР (Posttraumatic Stress Disorder). Критерии диагностики этого расстройства были включены в Американского национального диагностического психиатрического стандарта (Diagnostical and Statistical Mannual of Mental Disorders) и хранятся там по сей день. С 1994 г.. эти критерии включены и в европейский диагностический стандарт МКБ-10 (International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death - ICD-10).

Распространенность этих расстройств напрямую зависит от частоты стрессовых ситуаций. В 50-80% лиц, перенесших тяжелый стресс, развиваются клинически оформленные расстройства и нарушения адаптации. В мирное время случаи ПТСР отмечают в 0,5% случаев у женщин и в 1,2% - у мужчин. Наиболее уязвимая группа - это дети, подростки и люди пожилого возраста. Кроме специфических биологических и психологических особенностей, у этой группы лиц не сформированы (у детей) или ригидные (у пожилых людей) компенсаторные механизмы.

ПТСР возникает как отсроченная ​​и / или затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию исключительно угрожающего или катастрофического характера, способная вызвать дистресс. Обычно дистресс является относительно кратковременным психическим состоянием, однако под влиянием мощных стресс-факторов (смерть близкого человека, тяжелая травма, болезнь и т.п.) он может длиться месяцы почти у любого человека (катастрофы, войны, пытки, терроризм и т.д.). ПТСР - это расстройство, которое может развиться только после того, как человек почувствует опасность для собственной жизни. В течение жизни ПТСР переносит 1% населения, а в 15% могут возникнуть отдельные симптомы.

ПТСР характеризуется тремя категориями симптомов:

а) навязчивые переживания травматического события, которые эпизодически повторяются;

б) избегание любых напоминаний о событиях с онемением общей эмоциональной чувствительности. Дети начинают закрывать голову руками и прятаться. Характерная потеря интереса к жизни, психологическая амнезия на обычные вещи. Общество начинает отвергать людей, не понимая, что это болезнь. Такого человека необходимо, как ребенка, водить за руку, брать на себя ответственность за нее и все время об этом ей говорить. Для людей, которые пережили травмирующее событие, характерное очень сильное отчуждение, ведь они понимают, что будущего нет, и им необходимо выстроить его, дать минимальный план действий на ближайший период - час, день, несколько дней - в зависимости от состояния пострадавшего. Если человек находится в состоянии отчуждения, даже если он несколько агрессивен, не следует оставлять его одного;

в) повышенная возбудимость, которая проявляется в комплексе гипертрофированных психофизиологических реакций.

Продолжительность проявления этих симптомов должно составлять не менее 1 мес с момента травматического события, для того чтобы подтвердить диагноз.

Диагностические критерии:

 значимое травмирующее событие в анамнезе

 начало расстройств после латентного периода (от нескольких недель до 6 мес после психотравмирующей ситуации, но иногда и позже);

 вспышки воспоминаний («flashbacks»), отражающие психотравмирующие события. Они могут появиться через десятилетия;

 актуализация психотравмы в представлениях, снах, кошмарных сновидениях;

 социальное избегание, дистанциирование и отчуждение от друзей, включая близких родственников;

 изменение поведения, эксплозивные вспышки, склонность к агрессии. Возможны антисоциальное поведение или противоправные действия;

 злоупотребления алкоголем и наркотиками, особенно для устранения остроты болезненных переживаний, воспоминаний или чувств;

 депрессия, суицидальные мысли или попытки;

 острые приступы страха, паники;

 вегетативные нарушения и неспецифические соматические жалобы (например головная боль).

У значительной части лиц ПТСР хронизируется и часто сочетается с аффективными расстройствами и наркологическими заболеваниями.

Следует отметить, что людей с ПТСР время не лечит. Могут понемногу стираться реакции, за исключением рестимуляции. ПТСР может постепенно затухать, но «выстрелить» он может и через 10-15 лет. Поэтому при подозрении на ПТСР необходимо обращаться к специалистам-психиатрам.

В случае легкого случае ПТСР хорошо действует психотерапия. Примирить человека с его прошлым - смысл большинства методов психотерапии при ПТСР. Для успешного лечения психотерапевт должен умело реагировать на «сильные аффекты», которые столь часто обнаруживают больные: эмоциональную лабильность, взрывчатость, уязвимость.

Психотерапия помогает больному справиться с чувством вины, найти потерянное чувство контроля над окружающим, справиться с состоянием беспомощности и бессилия.

Очень важные группы поддержки, в которых пациенту помогут глубже разобраться в значении травматического события.

В США функционируют группы поддержки ветеранов, жертв военных действий и военнопленных, в Нидерландах - приют для женщин-жертв домашнего насилия.

Очень важное лечение симптоматического алкоголизма или наркомании, которые нередки у этих больных.

**5. Синдром эмоционального выгорания у медиков (СЭВ)**

 Недаром в древности свечу считали символом медицины. Трудовая деятельность медиков связана с постоянной ответственностью за жизнь и здоровье других, требует немалых душевных и энергетических затрат. Поэтому неудивительно, что профессия медика - первая в списке среди категорий, которые подвергаются синдрому эмоционального (профессионального) выгорания (СЭВ). Это состояние, когда и работа, и сама жизнь перестают приносить удовольствие.

На сегодняшний день «профессиональное выгорание» это долговременная стрессовая ситуация, которая возникает в результате длительных профессиональных стрессов средней интенсивности. Профессиональное выгорание - это дистресс или третья стадия общего адаптационного синдрома - стадия истощения. В 1981 г.. Е. Морроу предложил яркий эмоциональный образ, которой отражает, по его мнению, внутреннее состояние работника, которой испытывает дистресс профессионального выгорания: «Запах психологической проволоки, которая выгорает». Далеко не каждый может осуществлять свою профессиональную деятельность в неблагоприятном психическом состоянии.

СЭВ у медиков Украины досконально изучила и описала психиатр, профессор, д.м.н. Людмила Юрьева. СЭВ различной степени встречается у 79% врачей, чаще у врачей со стажем работы 10 - 14 лет. У женщин - врачей эмоциональное истощение развивается чаще. Личности сочувствующие, гуманные, мягкие - это психологический портрет тех, кто рискует «сгореть» на работе. Часто СЭВ возникает у медицинских сестер, которые сталкиваясь с отрицательными эмоциями, сами начинают испытывать повышенное напряжение. Похожее положение переживают психотерапевты, психиатры, работники «тяжелых» отделений.

*Профилактика профессионального выгорания медицинских работников, оказывающих психологическую помощь*

Т.И. Рогинская справедливо замечает, что в основу исследований психологического феномена - синдрома профессионального выгорания - может быть предложена метафора: «ничто не является для человека такой большой нагрузкой, как второй человек». Важное место занимает профилактика профессионального выгорания специалистов, оказывающих помощь пострадавшим.

Первичная профилактика.

- Улучшение навыков борьбы со стрессом (обсуждение после критического события, физические упражнения, адекватный сон, регулярный отдых и др.).

- Обучение техникам релаксации - прогрессивная мышечная релаксация, аутогенное самовнушение, медитация.

- Умение разделить с пациентом ответственность за результат, умение говорить «НЕТ».

- Хобби (спорт, культура, природа).

- Попытка поддержания стабильных партнерских, социальных отношений.

- Фрустрационная профилактика (уменьшение ложных ожиданий).

Поэтому после рабочего дня необходимо обязательно поделиться со своими коллегами тем, что видели, чувствовали, слышали, какие запахи присутствовали, не нести эти эмоции домой, в семью. Коллега должен поделиться с другим, а тот - еще с другим. И так постепенно эмоция угаснет и потеряет негативную силу.

Если не делиться своими эмоциями, то выгорание происходит очень быстро. Люди, которые выгорают, теряют критическую самооценку и не понимают, что нуждаются в помощи. Они пытаются помогать дальше и дальше, в конце концов теряется сон, аппетит, может развиться апатико-абулический синдром, депрессивное расстройство.

Если человеку плохо, он не может помочь другому человеку психологически. Очень важно - правильно отдыхать, от реагирования профессионалов зависит реагирование людей вокруг, ведь специалисты - пример для подражания.

Для того чтобы правильно работать, необходимо, чтобы оба полушария головного мозга хорошо кровоснабжались и для этого можно использовать дыхательные практики, в частности квадратное дыхание (когда вдох - пауза - выдох - пауза длится по 3 или 4 счета). Эту терапию необходимо проводить каждый вечер.

**6. Психологический дебрифинг**

Одним из эффективных средств психологической поддержки и восстановления психического здоровья и психологического равновесия после пребывания в экстремальной ситуации является психологический дебрифинг.

Психологический дебрифинг (англ. Debriefing - доклад по возвращении задания) представляет собой групповое обсуждение пережитой экстремальной ситуации способствует пониманию причин, вызывающих стресс, и осознанию действий, необходимых для устранения этих причин. Наиболее оптимальное время для проведения дебрифинга - по истечении двух суток после происшествия.

Практика показывает, что психологический дебрифинг должен проводиться с соблюдением следующих условий:

- Наличие отдельной комнаты, изолированной от любых шумовых воздействий;

- Количество участников не должно превышать 10 человек (оптимально 5-7 ч). При большем количестве участников группа разбивается на подгруппы со своим «ведущим». Присутствие работников, ранее попадавшим в подобные экстремальные ситуации, способствует пониманию причин, вызывающих стресс, и осознанию действий, необходимых для устранения этих причин.

 Психологический дебрифинг осуществляется по методике «круглого стола». Можно использовать аудио- и видеозаписи ситуаций и событий. Перед проведением дебрифинга целесообразно провести у участников экспресс-диагностику постстрессовых состояний, поможет выяснить ситуацию в группе и определить тактику работы с отдельными ее членами.

**7. Боевой стресс и боевая усталость**

Измененные психические состояния, возникающие у военнослужащих в период ведения боевых действий, включают боевую стрессовую реакцию (начальное проявление дезадаптационных расстройств), боевую усталость и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), а также реактивные состояния как тяжелые формы боевой психиатрической патологии. Опыт показывает, что психологически неадаптивные реакции на боевые обстоятельства составляют от 10 до 50% всех санитарных потерь в современных локальных войнах.

Боевая и оперативная стрессовая реакция (combat and operational stress reaction) и боевая усталость (combat (battle) fatigue) - *это первичная нормальная реакция на ненормальный стресс боевых действий***.** Во время войны люди находятся под постоянным физиологическим (например, плохое питание, перепад температур, отсутствие надлежащей личной гигиены и т.п.) и психологическим стрессом (например, постоянная опасность, чрезмерная осторожность от возможных самодельных взрывных устройств или снайперов, ранения или смерть товарищей) и, очевидно, что у большинства из них будут возникать те или иные реакции.

Эти реакции часто проявляются как гиперпугливость (сильная реакция, например, на громкий звук), чрезмерная бдительность (боец всегда на страже и готов действовать), плохие сны / ужасы, раздражительность, проблемы со сном, и т.д/. Хотя все это и звучит довольно негативно, однако некоторые из этих реакций считаются адаптивными, в частности, гиперпугливость и чрезмерная бдительность и другие реакции боевого стресса, такие как рост физической силы, увеличение выносливости, ощущение собственной компетентности и т.д. (то есть не все стрессовые реакции являются отрицательными ).

**Боевая усталость** **- нормальное состояние, развивающееся у нормальных людей под влиянием ненормальных обстоятельств**.

БСР сначала проявляется как индивидуальная неспособность человека выполнять свои прямые служебные обязанности. Среди наиболее характерных признаков необходимо отметить покидание поля боя, невыясненное отсутствие и др. Для своевременной диагностики не обязательно держать в памяти все возможные признаки и симптомы БСР, гораздо полезнее будет запомнить одно простое правило: Знайте своих собратьев и будьте готовы заметить любые внезапные, длительные или прогрессирующие изменения в их поведении, которые несут потенциальную угрозу безопасности и функционированию вашего подразделения.

Боевую усталость можно классифицировать как легкую или тяжелую. Оказание помощи будет зависеть от сложности симптомов и тактической ситуации. Легкая БУ - минимальное, незначительное нарушение функциональности, симптомы присутствуют, однако значительно не влияют на выполнение прямых обязанностей; жалобы больше субъективные, чем объективные, тактическая ситуация позволяет оставить бойца. Тяжелая БУ - очевидные нарушения, влияющие на выполнение прямых обязанностей или тактическая ситуация не позволяет оставить его в подразделении.

Воспринимайте эмоциональные расстройства так же серьезно, как и физические травмы. Если военнослужащий при падении серьезно вывихнул лодыжку, то никто не будет ожидать, что он сразу встанет и побежит. Эмоции бойца также могут быть временно напряженными из-за чрезмерного стресса боевых действий или других травматических событий. Не требуйте, чтобы он немедленно взял себя в руки и продолжал нести службу.

**Профилактика боевого стресса**

Один из важных способов, который может уменьшить напряжение - выговориться. То есть необходимо подбадривать и поощрять солдата в стрессе к разговорам. Успокоения полезны, тогда как споры, критика и унизительные замечания обычно ничем не помогут.

Общие встречи ("обсуждения") - это короткие встречи, которые проводятся только тогда, когда подразделение возвращается из боя или после выполнения боевых задач.

Собрать всех членов подразделения в безопасном и относительно удобном месте на короткий период времени (около 15 минут). Дать им возможность получить напитки (не стимулирующие) и привычные продукты.

Дать им возможность пообщаться между собой. Предоставить признание и похвалу за сложную миссию, которую они завершили.

Дать информацию о других членах подразделения, которые были ранены или погибли, чтобы предупредить сплетни. Предоставить информацию команде о том, где и как они будут отдыхать и восстанавливаться. Дать краткий обзор дальнейших планов.

Что может делать сам военнослужащий для профилактики возникновения боевого стресса?

Военнослужащий должен пить достаточное количество жидкости (даже если не хочется), есть достаточно пищи и стараться отдыхать / спать так часто, как это возможно.

Каждый должен научиться простым техникам релаксации, которые могут быть использованы тогда, когда выполнение физических упражнений невозможно. Техники управления стрессом включают: глубокое дыхание, расслабление мышц и умственные упражнения. Глубокое дыхание легче освоить и практиковать, другие техники требуют более длительного обучения и большого времени для практики.

**Военно-травматический стресс (ПТСР)**

Все больше врачей различных специальностей по всей Украине среди своих пациентов встречают вынужденных переселенцев и участников боевых действий из восточных областей Украины. Несмотря на то, что такие события на территории Украины разворачиваются впервые за все годы независимости, они являются необычными, нетипичными, выходящими за пределы обыденности. Это, в свою очередь, накладывает значительный отпечаток на психическую жизнь украинцев - как находящихся в областях, где продолжается противостояние, так и у тех, кто ведет мирный образ жизни.

Диагноз ПТСР появился в клинических руководствах относительно недавно. В США в DSM III - в 1980 году, в Международной классификации болезней - в 1995 году. Однако ПТСР нельзя назвать молодым заболеванием. ПТСР существовал столько же, сколько существовали люди, сколько велись войны, сколько были убийства и природные катаклизмы. Эти события вызывали стрессовые расстройства в человеке. В медицинской истории известно несколько названий ПТСР: «окопный синдром», синдром «сердце солдата», «снарядный шок», «вьетнамский синдром», «афганский синдром». Как термин «посттравматическое стрессовое расстройство» появился в 1960-1970 годах в США. Причиной актуализации внимания вокруг данной проблемы возникли последствия войн в Корее и Вьетнаме. Большое количество людей, которые имели общие симптомы и общую предпосылку их появления побудила к объединению их в единую нозологию.

Военно-травматический стресс является разновидностью ПТСР. Он возникает у непосредственных участников боевых действий. Формированию военно-травматического стресса способствуют определенные условия.

1. Резкое изменение условий мирной гражданской жизни на боевые, к которым необходимо быстро приспосабливаться. В таких условиях человек постоянно находится в опасности, является свидетелем разрушений, пожаров, смертей (как знакомых, так и незнакомых людей).

2. Резкое изменение ситуации боевых действий на мир. К этой ситуации военным необходимо адаптироваться заново. Дезадаптации, возникающих именно в этот период, отличаются своей продолжительностью и называются собственно ПТСР. Возвращаясь к обычной мирной жизни в результате окончания боевых действий или вследствие демобилизации, человек часто остается адаптированной к ситуации боевых действий. Для окружения бойцов ПТСР имеют следующие проявления:

• немотивированная агрессия, направленная на случайных людей, а часто на родных и близких;

• нарушение сна, снижение настроения, общего жизненного тонуса, непонятное чувство вины (не выполнил миссию: не спас; должен сейчас быть там), уход в себя и тому подобное;

• психические расстройства, необходимость психиатрической помощи.

В ряде исследований отмечается, что ПТСР составляют от 10 до 50% медицинских последствий всех боевых событий.

ПТСР не оставляет человека и через много лет. Симптомы ПТСР часто не исчезают даже через 15-20 лет после окончания войны. Это известно на примере многочисленных исследований последствий Вьетнамской войны. ПТСР страдали почти полмиллиона ветеранов Вьетнама - мужчин (15,2%). Аналогичные результаты (17%) было получено в России при обследовании экспериментальной выборки участников боевых действий в Афганистане. Симптомы ПТСР имели 29-45% (по разным источникам) ветеранов Второй мировой войны, 25-30% американских ветеранов Вьетнамской войны. Страшные социальные последствия ПТСР ощутили на себе американцы. К 1975 году в США количество самоубийств среди ветеранов Вьетнамской войны превысило количество погибших собственно на войне, к концу 1990-х годов 58000 бывших американских военных покончили жизнь самоубийством. Уровень разводов среди ветеранов войны составляет около 90%. Эти цифры сегодня должны быть для нас уроком. Они подчеркивают особую актуальность диагностики ПТСР на ранних этапах развития и оказания пациентам надлежащей квалифицированной помощи.

Симптомы ПТСР могут появиться внезапно, постепенно или напоминать о себе время от времени. Они могут возникать как бы «на ровном месте», а могут «запускаться» чем-то, что напоминает человеку о страшном событии или связано с ним. Это может быть место происшествия, шум, запах, слова-якоря, образы. Типичные признаки включают эпизоды навязчивых воспоминаний (реминисценций), снов (часто с элементами ужасов), которые возникают на фоне хронического чувства «оцепенения» и эмоциональной притупленности, отчуждения от других людей, отсутствии реакций на окружающие события, бегство от деятельности и ситуаций, которые отдаленно напоминают о травмирующих событиях. В отдельных случаях имеют место драматические, острые вспышки страха, паники и агрессии, которые провоцируются стимулами, вызывающими неожиданное напоминание о травме или первую реакцию на нее. Обычно имеет место состояние повышенного вегетативного возбуждения с повышением уровня активности, усилением реакции испуга и бессонница.

С вышеупомянутыми симптомами и признаками часто сочетаются тревога и депрессия, нередко встречается суицидальные тенденции, часто имеют место злоупотребления алкоголем и наркотическими веществами.

Среди эмоций преобладают гнев и раздражительность; чувство вины, стыда или самообвинения; чувство недоверия и предательства, а также «несправедливости судьбы»; чувство безысходности; ощущение отчужденности.

Окружающие могут воспринимать человека с ПТСР как такового, которого подменили.

 Пациенты с ПТСР понимают, что находятся в нездоровом состоянии. Некоторые из них обращаются за помощью к психиатрам и психологам с жалобами на депрессию, агрессивные проявления, расстройства сна. Однако, несмотря на невысокую психологическую культуру украинцев и на страх стигматизации по причине обращения за психиатрической помощью, часто лица, имеющие ПТСР не попадают в поле зрения психологических кризисных служб, стараюсь преодолеть проявления расстройства самостоятельно. К сожалению, часто это происходит с помощью алкогольных напитков и наркотических препаратов. Однако стоит сказать, что под влиянием длительного стресса у людей часто появляются вегетативные дисфункции - сердечная боль, расстройства пищеварения, нарушения сна или обостряются хронические заболевания. С этими жалобами люди обращаются к врачам-терапевтам, кардиологам, гастроэнтерологов. Если есть контакт с родственниками или близкими людьми пациента, лучше проинформировать их о важности посещения психиатра или врача-психолога.

Как следует вести себя с человеком, который имеет ПТСР? Если при определенных обстоятельствах вам придется работать или общаться с человеком, который имеет ПТСР, помните, что при взаимодействии важно создать атмосферу доверия и безопасности. Не давите, не пытайтесь любым способом помочь. Наберитесь терпения и попробуйте понять человека. Лица с ПТСР могут часто говорить о психотравмирующих событиях или о других актуальных переживания - слушайте! Разговоры о травме - это путь к выздоровлению. По возможности давайте человеку поддержку, верьте в его силы, будьте искренними. Если вам позволяет формат работы, постепенно направляйте мысли человека на позитивное будущее (семья, привычки, работа, отдых). И самое важное - будьте искренними и откровенными. Не давайте иллюзорных обещаний. Иногда даже просто побыть с человеком молча - это уже маленькая психотерапия.

ПРИЛОЖЕНИЕ

АЛГОРИТМ ПЕРВЫХ действий в чрезвычайных ситуациях

1. Осмотрите место происшествия и убедитесь, что может угрожать Вам, а потом - что может угрожать потерпевшим.

2. Осмотрите пострадавших и попробуйте понять, есть ли угроза их жизни. Если да, то от чего человек может умереть прямо сейчас.

3. Вызовите специалистов (медиков, сотрудников Государственной службы чрезвычайных ситуаций и т.д.).

4. Оставайтесь с пострадавшим до приезда специалистов, пытаясь сохранить или улучшить его состояние доступными методами.

Не начинайте действовать сразу. Определите, какая помощь (кроме психологической) нужна, кто больше нуждается в помощи. Узнайте имена людей, которые нуждаются в помощи.

Представьтесь, кто Вы и какие функции выполняете («Я - социальный работник», «Я - волонтер», «Я - врач», «Я помогаю пострадавшим»). Человеку может дать надежду уже Ваше присутствие. Скажите, чем Вы можете помочь, объясните что помощь скоро прибудет, что Вы об этом позаботились. Важно восстановить процесс жизнедеятельности человека: попросите подышать в определенном ритме (например: «Вдохните, немного задержите дыхание, выдохните». «Дышите, - Вдох ... выдох ... вдох ... выдох». «Дышите вместе со мной») . Установите контакт глазами, словами (например: «Вы меня слышите?»). Успокоить простыми словами (например: «Я вместе с Вами», «Попробуем вместе», «Здесь уже спокойно»).

Важно восстановить ориентацию в текущей действительности. Спросите о том, что человек слышит, видит, где находится. Если человек не совсем ориентируется, расскажите (кратко, точно) о месте, времени, ситуации (например, «Здесь много народа - это площадь. Был взрыв. Вы испугались» - Ваша речь простая, однозначно, спокойная). Затем восстановите цепочку памяти: спросите, что помнит до, что - после события: «Как все началось? Что вы делали?". Осторожно установите телесный контакт с пострадавшим: возьмите за руку или похлопайте по плечу. Прикасаться к голове или другим частям тела не рекомендуется. Займите положение на том же уровне, что и потерпевший. Не поворачивайтесь к потерпевшему спиной. Ребенка можно немного обнять.

Никогда не обвиняйте людей. Избегайте любых слов, которые могут вызвать чувство вины.

Не давайте ложных надежд и ложных обещаний. Расскажите, какие меры нужно принять человеку для получения помощи в его случае.

Дайте человеку поверить в его собственную компетентность. Дайте ему поручение, с которым он справится (например, одеть куртку, сложить вещи в сумку). Используйте это, чтобы он убедился в собственных способностях, чтобы у него возникло чувство самоконтроля: «Вам уже приходилось преодолевать трудности, правда? Вот и сейчас преодолеете ». Дайте человеку выговориться. Слушайте его активно, будьте внимательны к его чувствам и мыслям. Акцентируйтесь на положительном.

Скажите человеку, что Вы останетесь с ним. В случае необходимости его оставить, найдите того, кто может заниматься им и проинструктируйте относительно дальнейших действий.

Привлекайте других людей к оказанию помощи. Инструктирует их и давайте им простые поручения.

Старайтесь защитить человека от излишнего внимания и расспросов. Можно оградить от любопытных, например, дав им поручение: «Пройдите, пожалуйста, и посмотрите, нет ли тех, кому нужна помощь, поддержка, помогите им».

В ситуации человек всегда находится в состоянии психического возбуждения. Это нормально. Поведение такого человека не должно Вас пугать, раздражать или удивлять. Его состояние, поступки, эмоции - это нормальная реакция на ненормальные обстоятельства. Не оказывайте психологическую помощь, если Вы к этому не готовы, не хотите (неприятно или другие причины). Найдите того, кто может это сделать. Придерживайтесь принципа «Не навреди!». Ограничьтесь только сочувствием и быстрее обратитесь за помощью к специалисту (психотерапевту, психиатру, психологу).

**НУЖНО делать и говорить**

* Найти для разговора тихое место, где ничто не будет отвлекать
* Уважать конфиденциальность и по возможности не разглашать сообщения и личные сведения о человеке
* Быть рядом с человеком, но соблюдать необходимую дистанцию ​​с учетом его возраста, пола и культуры
* Показывать, что внимательно слушаете собеседника, например, кивая головой или говоря короткие утверждающие реплики
* Быть терпеливым и спокойным
* Предоставлять фактическую информацию, если она существует. Честно говоря, о чем знаете, а чего не знаете: «Я не знаю, но попробую для вас узнать»
* Предоставлять информацию так, чтобы ее можно было легко понять простыми словами
* Выражать сочувствие, когда люди говорят о своих чувствах, перенесенную потерю или важные события (потеря дома, смерть близкого человека и т.п.): «Какое несчастье! Я понимаю, как вам тяжело»
* Отметить усилия человека, направленные на самостоятельный выход из тяжелой ситуации
* Дать человеку возможность помолчать в случае необходимости

**НЕ нужно делать и говорить**

* Заставлять человека рассказывать, что с ним произошло и происходит
* Перебивать, торопить собеседника (например, не надо смотреть на часы или говорить слишком быстро)
* Касаться человека, если нет уверенности, что это приемлемо в его культурной среде
* Давать оценку действиям человека
* Говорить «Вы не должны себя так чувствовать» или «Вы должны радоваться, что выжили»
* Придумывать то, чего не знаете
* Использовать специальные термины
* Давать обещания или заверения, в исполнении которых Вы не уверены
* Пересказывать собеседнику рассказы, услышанные от других
* Говорить о собственных трудностях
* Думать и действовать так, словно обязаны решить за другого все его проблемы
* Лишать человека веры в собственные силы и способность самостоятельно позаботиться о себе
* Говорить о людях, используя негативные эпитеты (например, называть их «сумасшедшими»)