

## ВЗАЄМОДІЯ ПРАЦІВНИКІВ МНС УКРАЇНИ З ПОСТРАДЖАЛИМИ В ЕПІЦЕНТРИ НАДЗВИЧАЙНОЇ СИТУАЦІЇ

Христенко В. Є.\*, Овсяннікова Я. О.\*\*

\*кандидат психологічних наук, доцент,

\*\*завідувач навчальної лабораторії кафедри прикладної психології,  
Університет цивільного захисту України (м. Харків)

**Актуальність проблеми.** У нашому суспільстві, на жаль, кожен може потрапити в надзвичайну ситуацію й стати потерпілим від неї. І від того, наскільки професійно будуть діяти рятувальники, залежить, чи залишаться всі живими й здоровими, чи ні. Як показує практика, дуже часто поведінка самих жертв перешкоджає виконанню своїх обов'язків рятувальниками. І саме вміла взаємодія рятувальників з людьми, які перебувають у стані найсильшого стресу, у більшості своїх випадків є запорукою успішного порятунку людей.

Психічний стан потерпілого варто віднести до екстремальних психічних станів (стрес, афект, фрустрація), що викликає істотні зрушення в його регулятивній сфері. У таких випадках звужується свідомість, обмежуються адаптивні можливості. Ірадіація збудження призводить до генералізованих (надмірно розширених) узагальнень, зрушень у взаємодії сигнальних систем вищої нервової діяльності (наприклад, приводить до перебільшення потерпілими часових інтервалів іноді в 2-3 рази).

Вивчення психічних розладів, що спостерігалися при екстремальних ситуаціях, а також аналіз комплексу рятувальних, соціальних і медичних заходів надають можливість виділити кілька періодів розвитку ситуації, у яких спостерігаються різні психічні реакції потерпілих.

**Перший** (гострий) період характеризується раптово виниклою погрозою власного життя й загибелі близьких. Він

триває від початку впливу екстремального фактора до організації рятувальних робіт (хвилини, години). Потужний екстремальний вплив заціпає в цей період в основному вітальні інстинкти (наприклад, самозбереження) і призводить до розвитку неспецифічних психогенних реакцій, основу яких становить страх різної інтенсивності. У цей час переважно спостерігаються психогенні реакції психотичного й неспихотичного рівнів. У ряді випадків можливий розвиток паніки. Більшість людей (приблизно 50-75%) при екстремальних ситуаціях у першу мить є "приголомшеними" і малоактивними.

Поведінка в гострому періоді раптово розвиненої життєнебезпечної ситуації багато в чому визначається емоцією страху, що до певних меж може вважатися фізіологічно нормальною й навіть корисною, яка сприяє екстремній мобілізації фізичної й психічної напруги, необхідної для самозбереження. По суті при будь-якій усвідомлюваній людиною катастрофі виникають тривожна напруга й страх. "Безстрашних" психічно нормальних людей у загальноприйнятому розумінні не буває. Вся справа в миттєвостях часу, необхідного для подолання почуття розгубленості, ухвалення раціонального рішення й початку дій. У підготовленій до екстремальної ситуації компетентної людини це відбувається значно скоріше, у повністю непередбаченої – розгубленість, яка визначає тривалу бездіяльність, метушливість і є найважливішим показником ризику розвитку психогенних психічних розладів. Реакції страху в життєнебезпечних умовах прийнято розділяти на контрольовані й безконтрольні.

Слід зазначити, що в будь-яких, навіть найважчих умовах, 12-25% людей зберігають самовладання, правильно оцінюють обстановку, чітко й рішуче діють відповідно до ситуації.

У другому періоді, що протікає при розгортанні рятувальних робіт, починається "нормальне життя в екстремальних умовах". У цей час у формуванні станів дезадаптації й психічних розладів значно більшу роль



відіграють особливості особистості потерпілих, а також усвідомлення ними не тільки триваючої в ряді випадків життєбезпечної ситуації, але й нових стресових впливів, таких як втрата рідних, роз'єднання родин, втрата будинку, майна. Важливими елементами пролонгованого стресу в цей період є очікування повторних впливів, розбіжність очікувань із результатами рятувальних робіт, необхідність ідентифікації загиблих родичів. Психоемоційна напруга, характерна для початку другого періоду, змінюється до його кінця, як правило, підвищеною стомлюваністю й "демобілізацією".

У **третьому** періоді, що починається для потерпілих після їхньої евакуації в безпечні райони, у багатьох відбуваються складна емоційна й когнітивна переробка ситуації, переоцінка власних переживань і відчуттів, своєрідна "калькуляція" втрат. При цьому набувають актуальності також психогенно травмуючі фактори, пов'язані зі зміною життєвого стереотипу, проживанням у зруйнованому районі або в місці евакуації. Стаючи хронічними, ці фактори сприяють формуванню стійких психогенних розладів. Поряд з невротичними неспецифічними реакціями в цей період починають розвиватися патохарактерологічні розлади. У цих випадках спостерігаються як "соматизація" багатьох невротичних розладів, так і певною мірою протилежні цьому процесу "невротизація" і "психопатизація".

Проведений аналіз дозволяє простежити певну динаміку виникнення й розвитку окремих психопатологічних проявів у потерпілих, що залежать від етапу раптово розвиненої екстремальної ситуації.

Безпосередньо після гострого впливу, коли з'являються ознаки безпеки, у людей виникають розгубленість, нерозуміння того, що відбувається. У людей спостерігається "замикання" свідомості на своїх родичах і близьких, які опинилися в епіцентрі надзвичайної ситуації. При цьому людина на інших практично не звертає уваги.

Відзначається підвищення порогу болю, людина майже не почуває біль, не звертає уваги на якісь uszkodження, які в неї

виникли. Майже всі потерпілі відчувають озноб, який втамувати майже неможливо.

За цим коротким періодом при простій реакції страху спостерігається помірне підвищення активності: рухи стають чіткими, економними, збільшується м'язова сила. Порушення мови обмежуються прискоренням її темпу, запинками, голос стає голосним, дзвінким. Мнестичні порушення в цей період представлені зниженням фіксації того, що відбувається навкруги, нечіткими спогадами, однак у повному обсязі запам'ятовуються власні дії й переживання.

Характерним є зміна відчуття часу, плин якого вповільнюється й тривалість гострого періоду представляється збільшеною в кілька разів.

При складних реакціях страху в першу чергу відзначаються більше виражені рухові розлади, автоматичність дій. При гіпердинамічному варіанті спостерігається безцільне, безладне метання, безліч недоцільних рухів, що утруднюють швидке ухвалення правильного рішення й переміщення в безпечне місце. Іноді відзначається панічна втеча. Гіподинамічний варіант характерний тим, що людина ніби застигає на місці, нерідко намагаючись "зменшитися", приймаючи ембріональну позу, сідає навпочіпки, обхопивши голову руками. При спробі надати допомогу або пасивно підкорюється, або стає негативістичною. Мова відривчаста, обмежується вигуками, у ряді випадків має місце афонія. Спогади про подію й своє поведіння у потерпілих у цей період недиференційні, сумарні.

Часто відзначаються нудота, короточасні втрати свідомості, запаморочення, прискорене й майже неконтрольоване сечовипускання, ознобopodobний тремор, непритомності, у вагітних жінок – викиди.

Сприйняття простору змінюється, спотворюються відстані між предметами, їхні розміри й форма. Часом навколишнє середовище представляється "нереальним", причому це відчуття зберігається протягом декількох годин після впливу. Тривалими можуть бути й кінестетичні ілюзії (відчуття хитної землі, польоту, плавання й т.д.).



При простій і складній реакціях страху свідомість звужена, хоча в більшості випадків зберігаються доступність зовнішнім впливам, вибірковість поведінки, можливість самостійно знаходити вихід зі скрутного положення, також спостерігається так зване "тунельне бачення". Особливе місце в цей період займає погроза розвитку станів паніки, що є типовим явищем при великих землетрусах.

При взаємодії з потерпілим дуже важливо встановити з ним психологічний контакт, з огляду на його психічний стан і індивідуальні особливості й у такий спосіб забезпечити повноту й точність надаваної інформації. Вивчення психофізіологічних властивостей потерпілого, сили, рухливості, нервових процесів, типу вищої нервової діяльності, температури допомагає визначити можливість здійснення потерпілим тих або інших дій, а в цілому – створити правильну картину події.

Наслідками надзвичайної ситуації нерідко стає й те, що потерпілий потрапляє у стан найсильнішого потрясіння, збудження, страху, важкої депресії, гніву, збурювання, розпачу, розгубленості. Без урахування цих особливостей, їх правильного психологічного аналізу, нейтралізації стресового стану потерпілого важко розраховувати на повноту й правильність його спогадів та показань.

Виходячи з вищевикладеного, можна сформулювати деякі рекомендації працівникам рятувальних підрозділів з індивідуальної роботи з людьми, які опинилися в надзвичайній ситуації.

**Безперервний плач.** Ознаки: людина вже плаче або готова розридатися, спостерігається тремор губ; у настрої потерпілого відчувається пригніченість; на відміну від істерики, немає збудження в поведінці.

- Допомога:
1. Створіть умови для нервової «розрядки» потерпілого.
  2. Не залишайте постраждалого одного. Установіть з ним фізичний контакт (візьміть за руку, погладьте його по голові).
  3. Застосовуйте прийоми «активного слухання»: періодично вимовляйте «так», «ага», кивайте головою.

Повторюйте за постраждалим уривки фраз, у яких він виражає свої почуття; говорите про свої почуття й почуття потерпілого.

4. Не намагайтеся заспокоїти потерпілого. Дайте йому можливість виплакати й виговоритися, «вишлеснути» горе, страх, образ.
5. Не задавайте питань, не давайте рад. Ваше завдання – вислухати.

**Істерика.** Істеричний припадок може тривати від декількох хвилин до декількох годин. Ознаки: свідомість зберігається; надмірне збудження, безліч рухів, театральні пози; емоційно насичена, швидка мова, крики, ридання.

Допомога:

1. Попросити сторонніх залишити приміщення. Залишіться з постраждалим наодинці, якщо це не небезпечно для вас.
2. Зненацька зробіть дію, що може сильно здивувати постраждалого (з гуркотом упустіть предмет, різко крикніть на нього).
3. Говорить з потерпілим короткими фразами, упевненим тоном, наприклад: «випий води», «умийся». Не потурайте його бажанням.
4. Після істерики наступає занепад сил. Укладіть потерпілого спати, спостерігайте за його станом.

**Ступор.** Одна з найдужчих захисних реакцій організму. Вона проявляється після найсильніших нервових потрясень, коли людина витратила стільки енергії на виживання, що сил на контакт із навколишнім світом уже немає. Може тривати від декількох хвилин до декількох годин.

Ознаки: різке зниження або відсутність довільних рухів і мови; відсутність реакцій на зовнішні подразники (шум, світло, дотики); «заморожування» у певній позі, заціпеніння або повна нерухомість; можлива напруга окремих груп м'язів.

Допомога:

1. Зігніть потерпілому пальці на обох руках і надавіть їх до основи долоні. Більші пальці повинні бути виставлені назовні.



2. Кінчиками вказівних пальців масажуйте потерпілому точки, які розташовані на чолі, чітко над очами, рівно посередині між лінією росту волосся й бровами.

3. Долонно вільної руки покладіть на груди потерпілого. Вирівняйте свій подих під ритм його подиху.

4. Людина, перебуваючи у ступорі, може чути й бачити. Тому говоріть їй на вухо тихо, повільно й чітко те, що може викликати сильні емоції (краще негативні).

Пам'ятайте: необхідно будь-якими засобами домогтися реакції постраждалого!

Увесь час розмовляйте з потерпілим, вислухуйте все, що він хоче сказати.

**Висновки.** Повсякденна праця рятувальників й представників інших служб МНС України дуже часто пов'язана з ризиком для життя чи здоров'я, зі спостереженнями негативних реакцій родичів загиблих тощо. У ролі потерпілого, на жаль, можуть опинитися й самі рятувальники. Незважаючи на те, що вони морально й фізично підготовлені до екстремальних ситуацій, часто вони самі потребують психологічної підтримки. Тому й рятувальникам також повинна надаватися своєчасна психологічна допомога.

### Література

1. Бандурка О.М. та ін. Екстремальна юридична психологія в діяльності персоналу органів внутрішніх справ України: Науково-практичн. посібник. – Харків: Вид-во Нац. ун-ту внутр. справ, 2005. – 319 с.
2. Тимченко А.В., Христенко В.Е. Прикладная психология в практике правоохранительной деятельности (в схемах и таблицах): Учебн. пособие. – Х.: ООО "Одиссей". – 2004. – 448 с.
3. Христенко В.Е. Психология поведения жертвы. – Ростов н/Д: "Феникс", 2004. – 416 с.

## КРИЗА МІЖОСОБИСТІСНИХ СТОСУНКІВ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ САМООЦІНКИ ДІТЕЙ

Шайда Н.П.\*, Шайда О.Г.\*\*

\*кандидат психологічних наук, доцент кафедри загальної психології,

\*\* асистент кафедри загальної психології,

Слов'янський державний педагогічний університет

**Актуальність проблеми.** Дитячий психічний розвиток – складний процес, що у силу ряду своїх особливостей приводить до зміни всієї особистості дитини на кожному віковому етапі. Джерелом розвитку є соціальне середовище. Кожен крок у розвитку дитини змінює вплив на нього середовища: середовище стає зовсім іншим, коли дитина переходить від однієї вікової стадії до наступної, яка призводить до кризи.

Л.С. Виготський вводить поняття «соціальна ситуація розвитку» – специфічне для кожного віку відношення між дитиною і соціальним середовищем. Взаємодія дитини зі своїм соціальним оточенням, що виховує і навчає його, і визначає той шлях розвитку, що приводить до виникнення новотворів.

Важливу роль у розвитку особистості дитини-дошкільника в кризовий період відіграє спілкування з однолітками. Симпатія до інших дітей, що виникає в ранньому дитинстві, переходить у дошкільника в потребу спілкування з однолітками.

Спілкування у групі однолітків істотно відбивається на розвитку особистості дитини, особливо у кризовому віці. Від стилю спілкування, від положення серед однолітків залежить наскільки дитина почуває себе спокійною, задоволеною, якою мірою вона засвоює норми відносин з однолітками.

У спілкуванні дітей дуже швидко складаються відносини, у яких з'являються ті, кому надають перевагу, і аутсайтери.

Спілкування з однолітками вимагає високої емоційної напруги. «За радість спілкування» дитина витрачає багато