

Психологические основы безопасности

3.1. Индивидуально-психологические характеристики личности безопасного типа

Изменение деятельности и поведения человека в экстремальных ситуациях отмечалось на протяжении многих веков. На особенности поведения индивида в экстремальной ситуации ведущее влияние оказывают индивидуально-психологические свойства личности, а также субъективное восприятие ситуации (рис. 3.1).

На биопсихическом уровне выделяют два типа реагирования в чрезвычайной ситуации. Тормозной тип реагирования характеризуется общим мышечным напряжением, особенно резко выражающимся в «мимической маске», в скованности позы и движений; фиксацией внимания, пассивностью, замедленным течением психических процессов, своеобразной «эмоциональной инертностью», проявляющейся в виде безучастности и негативного безразличия. Для данного типа людей характерны такие поведенческие реакции, как оцепенение, состояние оглушенности, апатичности, заторможенности. Такое состояние называется *ступорозным*.

Возбудимый тип реагирования выражается в суетливости, многословии, гипертрофии двигательных проявлений, быстрой смене принимаемых решений, повышенной легкости перехода от одного вида деятельности к другому, несдержанности в общении. Данный тип личности в экстремальной ситуации склонен проявлять беспорядочную активность, неспособность к целенаправленной деятельности, дезориентацию. Такое состояние называется *ажитацией*, а по-

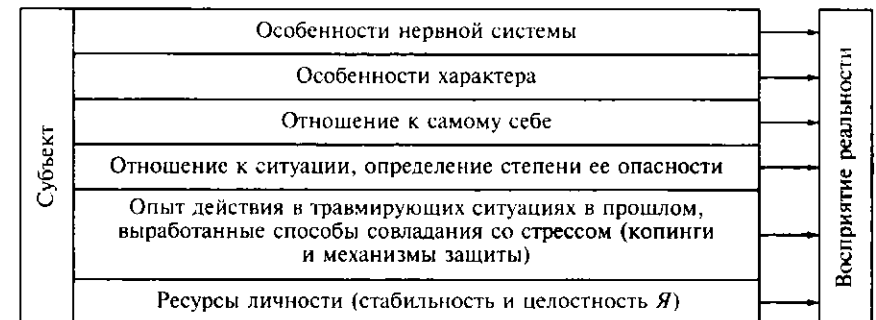


Рис. 3.1. Индивидуально-психологические характеристики личности

ведение *фугиморфным*. Люди в таком состоянии могут представлять опасность для других как возбудители паники или для себя — тем, что, мечась, попадают в опасные очаговые зоны.

В состоянии напряженности поведение часто характеризуется преобладанием стереотипных ответов, неадекватных ситуации. Психологи отмечают общую тенденцию к понижению устойчивости психических процессов, что может выражаться в «блокаде» восприятия и мышления, памяти и практических действий субъекта; это, в свою очередь, может привести к физическому распаду деятельности, самоустранению человека от продолжения работы. С другой стороны, высокий уровень развития творческих способностей человека позволяет сформировать систему совладания со стрессом в самых разнообразных и неожиданных ситуациях.

На поведение человека в стрессе влияет его отношение к самому себе. В. И. Медведев выделяет три типа отношения человека к самому себе, проявляющихся в ситуации стресса¹:

- отношение к себе как к «жертве» экстремальной ситуации, фиксация на чем усугубляет стресс; это отношение можно назвать примитивно-эгоистическим;
- сочетание отношения к себе как к «жертве» с пониманием себя как «ценности», доверенной себе же; такое отношение можно назвать объективно-индивидуалистическим, оно в большей степени способствует самосохранению личности;
- отношение к себе как к одному из ряда людей; этот тип отношения наиболее способствует поддержанию эффективной деятельности при стрессе.

Завышенная самооценка снижает способность адаптации в стрессе (Я. Рейковский), недостаточная уверенность в себе и своих силах также влияет на выраженность эмоционального стресса (В. Л. Марищук). Таким образом, можно говорить о том, что неадекватная самооценка влияет на развитие посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

Поведение человека в травматической ситуации зависит от того, как она принимается самим человеком и насколько она расценивается обществом как опасная. Представления о значении того или иного явления, предмета, действия формируются в соответствующей социальной среде, отражая его наиболее существенные свойства, связи и отношения (А. Н. Леонтьев).

Отношение к опасной ситуации складывается из значения опасности, которая приписывается данной ситуации обществом, и ее личного смысла для индивида, который, в свою очередь, несет в себе эмоциональную и интеллектуальную нагрузку (рис. 3.2). Эмоциональная сторона отношения состоит из зна-



Рис. 3.2. Факторы формирования отношения к опасной ситуации

чимости-ценности и значимости-тревожности. Значимость-ценность определяется переживаниями, вызванными ожидаемым или достигнутым успехом в деятельности. Значимость-тревожность определяется переживаниями, порожденными трудностями, опасностями и негативными последствиями ситуации. Уровень тревоги зависит от тяжести последствий и возможности их последующего исправления.

Отношение человека к опасности и степень адекватности ее оценки взаимосвязаны с вероятностью того, что с ним произойдет несчастный случай или другое негативное событие, а потому формирование адекватного отношения к опасности и ее оценки является основной задачей психологии безопасности.

Способность человека к правильному поведению в экстремальной ситуации и адаптации к изменяющимся условиям зависит от наличия у него опыта действия или, по крайней мере, наблюдения за действиями других в подобных ситуациях. Это дает ему возможность использовать наблюдаемое в прошлом поведение для более успешной адаптации и совладания со стрессом в настоящем. Опыт повышает уверенность субъекта в своих силах и способностях совладать с экстремальной ситуацией, но существует и обратная сторона медали — чрезмерная уверенность в себе может быть сопряжена со склонностью к повышенному риску.

Ресурсы личности — способности, которые позволяют индивиду поддерживать чувство стабильности и целостности в разных ситуациях и в разное время:

- способность переживать, переносить и интегрировать в свою картину мира сильные воздействия;
- способность сохранять ощущение жизненной силы, позитивный настрой, уверенность в том, что ты достоин любви;
- способность поддерживать чувство связи с другими людьми, ресурсы Эго (умение реализовывать свои потребности и одновременно взаимодействовать с другими людьми);

¹ Медведев В. И., Парачев А. М. Терминология инженерной психологии. — Л., 1971.

- навыки рефлексии (интеллект, способность к интроспекции, сила воли и инициативность, нацеленность на личностный рост, осознание собственных потребностей, умение видеть перспективы);
- навыки межличностного взаимодействия и самопомощи (способности предвидеть последствия, устанавливать зрелые отношения с другими, обозначать границы в межличностных отношениях).

3.2. Динамика психических проявлений в ЧС

Наряду с физическим воздействием, приводящим к гибели или тяжелым увечьям, экстремальные ситуации оказывают на человека мощное психотравмирующее действие. Сильнейшим психотравмирующим эффектом обладает вид разрушений, погибших и раненых. Психические нарушения могут развиваться по двум причинам. В первом случае они являются следствием физических травм, отравлений, облучения, ожогов и т.п. Эти психические нарушения являются частью изменений, возникающих при воздействии поражающих факторов. Они представляют собой важные диагностические признаки при определении клинической картины поражения и описываются в соответствующих разделах медицинской психологии и патопсихологии. Во втором случае изменения психической деятельности являются следствием острой или хронической психической травмы. Такие проявления называются *психогениями*.

Психическая реакция человека на катастрофу не одномоментна, психические изменения проявляются во времени, одни их формы сменяются другими. Изменения психики проходят три фазы.

1. Фаза психологического шока. Включает два компонента: угнетение активности, нарушение ориентации в окружающей среде, дезорганизация деятельности; отрицание произошедшего. В норме эта фаза довольно кратковременна. Тем не менее в ней можно выделить две подстадии.

- Первая подстадия связана с прямым действием поражающих факторов. Ее называют стадией витальных реакций. Психика человека характеризуется сужением поля сознания, частичной потерей памяти, изменением восприятия времени. Поведение не контролируется сознанием. Человек утрачивает способность к контакту. Наблюдается сверхмобилизация психики, полный автоматизм в действиях. Резко снижены болевые ощущения, иногда до полного отсутствия боли, которое может длиться до 15 мин. Для собственного спасения или спасения близких человек способен сделать то, что в обычных условиях ему не под силу. При перемещении человека в безопасное место или снижении уровня опасности наступает оцепенение, сильная заторможенность. Длительность первой подстадии — до 15 мин.

- Вторая подстадия также сопровождается острым психоэмоциональным шоком и сверхмобилизацией психики. Сознание по-прежнему сужено, воспринимаются только актуальные события. Усиливается готовность к взаимопомощи, взаимоподдержке. На этом этапе психика становится очень восприимчивой к внушению. Поведение одного человека может стать толчком для остальных людей (возможность возникновения паники, если ее инициатору удастся заразить окружающих своим состоянием).

2. Фаза воздействия. Характеризуется выраженными эмоциональными реакциями на событие и его последствия. Эмоциональные реакции отличаются непосредственностью проявления и крайней интенсивностью (страх, гнев, плач и т.п.), постепенно эти эмоции сменяются реакцией критики или сомнения в себе.

3. Фаза критики. Протекает по принципу «что бы было, если бы...», сопровождается болезненным осознанием неотвратимости произошедшего, признанием собственного бессилия и самобичеванием (чувство вины выжившего). Может доходить до уровня глубокой депрессии. После этой фазы либо начинается выздоровление (отреагирование, принятие реальности, адаптация к новым обстоятельствам), либо происходит фиксация на травме и хронификация постстрессового состояния.

Когда человек подвергается стрессу, у него происходит выброс адреналина, он не обращает внимания на собственные телесные ощущения, испытывает страх, гнев. Это состояние мобилизует его на борьбу или побуждает к побегу. Когда этот стресс чрезмерен, развивается ПТСР. Человек чувствует беспомощность и ужас. Возбуждается правое полушарие мозга, активизируются зрительные отделы коры. При этом тормозится левое полушарие, отвечающее за анализ, логику и речевой центр коры, т.е. человек переживает сильное эмоциональное потрясение и оказывается неспособен вербализовать (описать) свое состояние.

Человек, переживший травму, уже никогда не станет таким, каким был до этого. Ему кажется — он был доверчивым, наивным, ничего не понимавшим в жизни. А вот теперь, кажется ему, у него раскрылись глаза. Видение прошлого может быть искажено, часто идеализировано, а время, когда была пережита травматическая ситуация, несмотря на болезненные, трагические потрясения, вспоминается с большой теплотой именно из-за большой интенсивности пережитых чувств. По этой причине для таких людей всегда достаточно велика вероятность повторения травматической ситуации в будущем, так как они стремятся вернуться в то время и прожить его вновь. (Пример — ветераны войны в Афганистане едут воевать в горячие точки.) Травматическое событие притягивает и не отпускает человека от себя. Поэтому психологически он словно остается в том же времени и, что особенно важно, в том же возрасте. При этом, с точки зрения других людей, он живет в со-

вершено другом измерении, продолжая придерживаться тех, прошлых, законов и правил. Например, ветеран войны психологически никак не может «вернуться с войны» и в мирное время пытается строить взаимоотношения и свою жизнь так, как если бы он был на войне. Но в мирной жизни все совершенно иначе, и человек оказывается неадекватен, хотя на войне он ориентировался прекрасно и всегда знал, что и когда надо делать. Таким образом, переживший травму человек может как бы останавливаться в своем личностном развитии. С людьми, пережившими психологическую травму, чаще происходят несчастные случаи, они чаще, чем другие, совершают самоубийства, увлекаются алкоголем, наркотиками. По данным американских психологов, более 70 % насильников сами в детстве пережили травму, связанную с насилием. То есть реализуется жизненный сценарий, направленный на саморазрушение. Человек словно предпринимает все усилия, чтобы погибнуть или просто причинить вред самому себе.

3.3. Психологическая помощь участникам ЧС

Методы работы с пострадавшими различаются в зависимости от того, насколько близок или удален во времени психотравмирующий фактор. Тем не менее существуют общие принципы коррекции и терапии лиц, переживших травматическую ситуацию.

- Принцип нормализации. Нормальный индивид, столкнувшись с ненормальными обстоятельствами, переживает экстраординарные чувства. Началом терапии становится обсуждение переживаемых чувств и объяснение их нормальности. Это может помочь пострадавшему понять причины своего состояния, его динамику и более активно участвовать в процессе терапии.

- Принцип партнерства и повышения достоинства личности. Люди, пережившие травмирующую ситуацию, ранимы, сензитивны, склонны к самообвинению, чувству бессилия или повышенной агрессивности. Подобный стиль реагирования вызывает отторжение со стороны окружающих, усиливая у пострадавшего ощущение собственной неадекватности и вины, что приводит к снижению его самооценки. Поэтому установление отношений сотрудничества является таким необходимым.

- Принцип индивидуальности. Каждый человек проходит свой собственный путь восстановления после стресса. И это также важно учитывать в процессе терапии.

Чем больше времени прошло с момента получения травмы, тем более высокий уровень квалификации требуется от специалиста, оказывающего психологическую помощь, поскольку посттравматический стресс со временем все теснее связывается с другими психологическими проблемами. Психотерапия пострадавших может продол-

жаться от одного месяца до нескольких лет в зависимости от выраженности психологической дезадаптации. Оценка длительности терапии зависит от экспертного психолого-психиатрического заключения, в котором определяется уровень ограничения жизнедеятельности и социальной дезадаптации пострадавшего. Терапевтический процесс может быть условно разделен на три стадии.

1. Установление доверительного, безопасного контакта с клиентом, дающего право на «получение доступа» к тщательно охраняемому травматическому материалу.

2. Терапия, центрированная на травме, — исследование травматического материала, работа с избеганием, отрешенностью и отчужденностью.

3. Помощь пациенту в «отделении» от травмы и воссоединении с семьей, друзьями и обществом.

Программы психотерапевтической помощи в основном должны быть направлены:

- на коррекцию образа Я;
- достижение объективности самооценки;
- реабилитацию самого себя в собственных глазах и повышение уверенности в себе;
- коррекцию системы ценностей, иерархии потребностей;
- приведение притязаний в соответствие с психофизическими возможностями;
- коррекцию отношения к другим, выработку способности к эмпатии и пониманию переживаемых другими состояний и их интересов;
- приобретение навыков равноправного общения, умения предотвращать и разрешать межличностные конфликты;
- коррекцию неадекватного образа жизни и чувства подавленности.

Психологическая работа с пострадавшими начинается уже на месте возникновения чрезвычайной ситуации и называется психологическим дебрифингом. *Психологический дебрифинг* — это особым образом организованное обсуждение травматических событий, которое может проводиться как психологом, так и специально обученным волонтером. Процедуру дебрифинга рекомендуется проводить и для участников, и для свидетелей инцидента. Дебрифинг используется в группах людей, совместно переживших стрессогенное или трагическое событие. Общая цель группового обсуждения — минимизация эмоциональных страданий, вероятности возникновения тяжелых психологических последствий после стресса. Дебрифинг не может предупредить их возникновения, но препятствует их продолжению и развитию, способствует пониманию причин произошедшего и осознанию действий, которые необходимо предпринять. Поэтому это метод одновременно и кризисной интервенции, и профилактики.

Оптимальное время для проведения дебрифинга — не раньше чем через 48 ч после события. К этому моменту завершится период острых реакций на событие и его участники, возможно, будут способны к рефлексии и самоанализу. Идеальной обстановкой для дебрифинга является помещение, где группа изолирована от внешних помех, таких как телефонные звонки. Участники рассаживаются вокруг стола. Это лучше, чем использование традиционной модели групповой терапии, когда стулья расположены по кругу с пустым пространством посередине, поскольку такая организация пространства может быть непривычной и потому будет восприниматься как угрожающая.

Руководители дебрифинга должны быть знакомы с групповой терапией, иметь опыт работы с тревожностью, травмой и горем. Им необходимо быть уверенными и спокойными при интенсивном проявлении эмоций у членов группы. Само групповое обсуждение должно быть организовано таким образом, чтобы включать элементы говорения, слушания, принятия решений и обучения, чтобы выдерживалась повестка дня и встреча завершалась позитивным результатом. В группе дебрифинга может быть до пятнадцати человек, если нет особых обстоятельств. Когда же необходима работа с большим количеством участников (например, это может быть необходимо после стихийного бедствия, теракта, когда в результате происшествия пострадало большое число людей), возможно проводить процедуру дебрифинга одновременно в нескольких группах по пятнадцать человек.

В дебрифинге принято выделять три части:

I часть — проработка чувств участников и определение интенсивности стресса;

II часть — детальное обсуждение произошедшего и создание ощущения защищенности и поддержки;

III часть — мобилизация ресурсов, обеспечение информацией и формирование планов на будущее.

Для снятия психической напряженности у пострадавших и их близких рекомендуется прежде всего наладить возможно более полное информирование их о событиях, происходящих в зоне ЧС, о планах и результатах спасательных работ. Снятие напряжения приводит к расширению сознания, восприятие человека возвращается в обычное состояние. Пострадавший впервые осознает масштабы катастрофы, что, происходя на фоне большего или меньшего физиологического истощения и утомления, приводит к глубокому дистрессу. Потерпевшие испытывают ухудшение самочувствия, эмоционального состояния. Типичными являются переживания отсутствия смысла жизни, отчаяния из-за потери близких, собственных травм или материальных утрат, которые представляются невыполнимыми. Люди подавлены, вялы, бесцельно слоняются, механически исполняют какую-то монотонную работу, которую

могут в любой момент бросить. Внимание рассеяно, мышление замедлено, память ухудшена. Потерпевшие боятся заснуть, во сне их мучают кошмары, связанные с катастрофой. В периоды бодрствования потерпевшие терзаются угрызениями совести, винят себя за то, что не смогли помочь близким. Возникает комплекс выжившего. У некоторых пострадавших возможны бред, галлюцинации.

Постепенно яркость переживаний, вызванных травматической ситуацией, снижается, но в течение 7—10 дней продолжает наблюдаться пониженный эмоциональный фон, замкнутость, маскообразность лица, монотонность речи, замедленность движений. Затем у человека возникает желание выговориться; при рассказах о пережитом проявляется чрезмерная живость мимики и интонации. Потерпевшие предпочитают рассказывать о происшедшем людям, которые не были свидетелями катастрофы. Продолжительность сна нормализуется, но кошмары остаются. Субъективно пострадавшие чувствуют себя лучше, однако на этот период приходятся наивысшие показатели утомления, истощения, разнообразных функциональных расстройств. Примерно через две недели после катастрофы наступает улучшение физического и психического состояния потерпевших, активизируется общение, постепенно приходит в норму содержание сновидений.

Для пострадавших в ЧС важно заполнить «информационный вакуум». Необходимо сообщать о положении дел в зоне ЧС, о фамилиях спасенных, фамилиях и адресах эвакуированных. Жилые районы в зоне катастрофы должны быть радиофицированы. Психическую напряженность населения снижает точный учет эвакуированных, а также мест, куда производится эвакуация; отсутствие информации о близких может полностью дезорганизовать психику вполне здоровых людей и выключить их из спасательных работ. Население должно быть немедленно информировано о медицинских требованиях к извлечению и транспортировке пострадавших, о местоположении пунктов оказания медицинской помощи. У родственников потерпевших помимо уже описанных психических нарушений могут быть истерические реакции, в том числе истерические параличи, потеря речи и т.п., которые требуют только психотерапевтического лечения. Потребность в подготовленных психиатрах, психотерапевтах и психологах составляет один специалист на двадцать пострадавших и один специалист на двадцать родственников пострадавших. Это количество специалистов способно предоставить психолого-психиатрическую помощь всем нуждающимся.

В результате воздействия психотравмирующих факторов ЧС возможно обострение черт характера людей, оказавшихся в ее очаге, до уровня, нарушающего нормальное функционирование человека в социуме. Этот уровень принято называть явной акцентуацией,

которая может перейти в психопатию. При этом человек теряет способность к критике, умение правильно оценивать окружающую обстановку, его поведение может стать опасным для окружающих. Например, лица с истерическими чертами способны своим поведением спровоцировать панику, конфликты внутри группы. Лица с чертами подозрительности будут дезорганизовывать отношения в группе недоверием.

Ниже мы приводим описание типов акцентуации характера, выделяя ключевые моменты, на основе которых спасатель и психолог могут дать объективную оценку характерологических особенностей пострадавшего, распознать наличие акцентуации и разработать приемы и методы индивидуальных превентивных или коррекционных мер.

Гипертимный тип. Характеризуется почти всегда очень хорошим, приподнятым настроением; с раннего детства подвижен, общителен, чрезмерно самостоятелен, склонен к озорству; типичны легкость общения и быстрота усвоения учебного материала.

Циклоидный тип. Чаще это скрытый тип, в детстве обычно не проявляется; наблюдаются негрубо выраженные колебания настроения, периоды подъема сменяются периодами спада вплоть до депрессии; в период подъема напоминает подростков с гипертимной акцентуацией; первая субдепрессивная фаза обычно совпадает с началом подросткового кризиса, проявляется в снижении настроения, утомляемости, вялости.

Лабильный (эмотивный + экзальтированный) тип. Характерна частая, кажущаяся немотивированной, смена настроения по нескольку раз в день; чувствительность к чужому мнению о себе, острая ранимость; на «пустяковые», с точки зрения другого человека, раздражители может реагировать несообразно сильно.

Сензитивный (тревожный) тип. В детские годы свойственна пугливость, боязнь темноты или животных с обычным бегством от опасности под защиту взрослых; дети сторонятся сверстников, предпочитают играть в тихие игры с младшими по возрасту; чрезмерно привязаны к родителям, одноклассникам, с трудом общаются с новыми людьми; постоянно ощущают свою неполноценность; внутренняя неуверенность и самоуничтожение может в 15—18 лет компенсироваться внешней бравадой.

Психастенический тип. В детстве отличаются робостью, часто испытывают страхи, обычно проявляют интеллектуальные интересы; в подростковом возрасте — постоянная нерешительность: принять решение или сделать выбор — самая трудная задача, причем после принятия решения вновь следуют долгие раздумья и сомнения в правильности сделанного шага; люди этого типа — прирожденные пессимисты с опасением перед будущим и ожиданием неудач; это буквоеды и педанты, стремящиеся путем предварительного обдумывания и тщательного планирования обезопасить себя.

Шизоидный тип. С детских лет предпочитают играть в одиночестве; такие дети тянутся к взрослым, с которыми легче молчать и оставаться наедине с собой; имеются трудности в сопереживании чужим радостям и печалям; замкнуты, не умеют вступать в неформальные контакты, внутренний мир таких подростков остается закрытым и непонятым окружающим.

Эпилептоидный тип. Характерны вязкость, инертность, бережное соблюдение своих интересов и пренебрежение чужими; с вышестоящими льстив, угодлив, с подчиненными деспот, в компании сверстников также деспот; часто обладает хорошими ручными навыками, в работе аккуратен, старателен; в конфликте несдержан, агрессивен, груб; склонен к затяжным периодам злобно-тоскливого настроения со стремлением сорвать зло на окружающих.

Истероидный (демонстративный) тип. С детства люди этого типа привыкли быть центром внимания; они крайне эгоцентричны, обладают ненасытной жадой внимания к своей особе, стремятся любыми средствами добиваться восхищения, признания, сочувствия, при этом порой ненависть и негодование в свой адрес предпочитают безразличию.

Неустойчивый тип. Людей этого типа все время тянет к развлечениям, причем не требующим волевых усилий; они безвольно относятся к учебе, к работе по дому, к общественной активности; не способны к деятельной активности — как общественно полезной, так и делинквентной; с 12—14 лет начинают выпивать, бродить по улицам, заниматься мелким воровством; у таких людей отсутствует желание учиться и работать, они безразличны к будущему, не способны на настоящую дружбу.