

*Титаренко Д .С., науковий співробітник
відділення впровадження психотренінгових
технологій науково-дослідної лабораторії
екстремальної та кризової психології
Університету цивільного захисту України.*

ЗАХОПЛЕННЯ ЗАРУЧНИКІВ ЯК ЕКСТРЕМАЛЬНА СИТУАЦІЯ: ДИНАМІКА СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО ТА ШЛЯХИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

У наш час, коли подіями у світі керують гроші, все частіше, з метою отримання великих гонорарів, здійснюються терористичні акти, захоплення в полон піратами, викрадення людини. Все це має підґрунтя матеріальної незадоволеності та прагнення швидко збагатитися. Такі події не залишають байдужим не лише близьких заручника, а й більшість населення в цілому, так як терористичний акт наводить жах на всіх. Населення розуміє, що ніхто від цього не може застрахуватися, тож у нього виникає відчуття тривоги або страху щодо подій такого змісту, інколи можуть виникати параноїальні дії щодо створення умов так званої безпеки.

Безпосередньо найтравматичною така подія стає для заручників, жертв, та їх родичів. В динаміці станів переживання близьких можна простежити майже всі стадії переживання втрати, смерті родича, хоча він залишається живим. [1] В цей період близькі та родичі заручника потребують психологічної допомоги. Але ще більшої допомоги потребують жертви терористів, піратів та інших.

Дані дозволяють виділити в динаміці стану постраждалих 6 послідовних стадій:

1. «Вітальних реакцій» — тривалістю від декількох секунд до 5 — 15 хвилин, коли поведінка практично повністю підпорядкована імперативу збереження власного життя, з характерними звуженням свідомості, редукцією моральних норм і обмежень, порушеннями сприйняття тимчасових інтервалів і сили зовнішніх і внутрішніх подразників. У цей період характерна реалізація переважно інстинктивних форм поведінки, в подальшому перехідних в короткочасний стан заціпеніння. [2] Тривалість і вираженість вітальних реакцій в істотній мірі залежить від раптовості дії екстремального чинника. Апелюючи до останніх трагічних подій, слід визнати, що, частково, аналогічна ситуація спостерігається після раптового вибуху міни і початку масового розстрілу заручників.

2. «Стадія гострого психоемоційного шоку з явищами сверхмобілізації». Ця стадія, як правило, розвивається услід за короткочасним станом заціпеніння, триває від 3 до 5 годин і характеризується загальною психічною напругою, граничною мобілізацією психофізіологічних резервів, загостренням сприйняття і збільшенням швидкості розумових процесів, проявами безрозсудної сміливості при одночасному зниженні критичної оцінки ситуації, але збереженні здатності до доцільної діяльності. [2] У емоційному стані в цей період переважало відчуття відчаю, що супроводжується відчуттями запаморочення і головного болю, а також серцебиттям, сухістю в роті, спрагою і важким диханням. Поведінка в цей період підпорядкована майже виключно імперативу порятунку. Закінчення цієї стадії може бути як пролонгованим, з поступовою появою відчуття виснаження, так і наставати раптово, миттєво, коли тільки що люди, що активно діяли, виявляються у стані близькому до ступору або непритомності, незалежно від ситуації.

3. «Стадія психофізіологічної демобілізації» — її тривалість до трьох діб. У абсолютній більшості випадків настання цієї стадії зв'язується з розумінням масштабів трагедії. Найбільш характерними для цього періоду є: різке погіршення самопочуття і психоемоційного стану з переважним відчуттям розгубленості, окремих панічних реакцій, зниження моральної нормативності

поведінки, відмова від будь-якої діяльності і мотивації до неї. Одночасно спостерігаються виражені депресивні тенденції, порушення функції уваги і пам'яті, можлива нудота «тягар» у голові, відчуття дискомфорту з боку шлунково-кишкового тракту, відсутність апетиту, різка слабкість, уповільнення і скрута дихання, тремор кінцівок.

4. «Стадія дозволу» (від 3 до 12 діб). У цей період, за даними суб'єктивної оцінки, поступово стабілізується настрій і самопочуття. Проте за результатами об'єктивних даних і включеного спостереження у абсолютної більшості обстежених зберігається знижений емоційний фон, обмеження контактів з тими, що оточують, гіпомімія, зниження інтонаційного забарвлення мови, сповільненість рухів, порушення сну і апетиту, а також різні психосоматичні реакції (переважно з боку серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту і гормональної сфери). До кінця цього періоду у більшості постраждалих з'являлося бажання «виговоритися», що реалізовується вибірково. Цей феномен входить в систему природних механізмів психологічного захисту («відторгнення спогадів шляхом їх вербалізації»), у ряді випадків приносив постраждалим істотне полегшення. Одночасно відновлювалися сни, відсутні в попередні періоди, у тому числі — тривожного і кошмарного змісту, в різних варіантах враження трагічних подій, що трансформували. [3]

5. «Стадія відновлення» психофізіологічного стану починається переважно з кінця другого тижня після дії екстремального чинника і спочатку найвиразніше виявляється в поведінкових реакціях: активізується міжособистісне спілкування, починає нормалізуватися емоційне забарвлення мови і мімічних реакцій, вперше з'являються жарти, що викликали емоційний відгук в оточуючих, відновлюються сновидіння.

6. У пізніші терміни (через місяць) в постраждалих виявлялися стійкі порушення сну, невмотивовані страхи, кошмарні сновидіння, що повторюються, нав'язливості, бредово-галюцинаторні стани і деякі інші, а ознаки астено-невротичних реакцій у поєднанні з психосоматичними

порушеннями діяльності шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної і ендокринної систем («стадія відставлених реакцій»). [4]

Посилення базисної тривоги і погіршення психофізіологічного стану спостерігається у людей, що навіть знаходяться в тисячах кілометрів від трагедії, — це загальновідомий факт, в основі якого лежить неминуче психоемоційне включення суб'єкта в будь-яке спостереження. Варто було б особливо підкреслити — саме «спостереження» (або «візуальний ряд», трансляцію якого, як представляється, коштувало б «дозувати» на тлі повного змістовного освітлення подій). Неминуче психоемоційне включення формує феномен «співучасті» і подальші ідентифікації. Основною формою ідентифікації в культурному співтоваристві є ідентифікація з жертвами і постраждалими, що передбачає необхідність широкої соціальної терапії. Проте, в деяких випадках можлива несвідома «ідентифікація з агресором» (особливо у молодих людей), що може привести до зростання правопорушень і злочинності.

Після такого неприємного досвіду необхідно проводити з постраждалими, жертвами полону та їх близькими досить довгу та кропітку психологічну роботу. Така робота повинна бути комплексною та включати в себе різні методи психокорекції: дебрифінг, психологічне консультування, організовувати групи зустрічей, проводити тренінги, тілесно орієнтовану терапію та інше.

Метод надання психологічної допомоги повинен підбиратися з зауваженням індивідуальних психологічних особливостей та проводитись до повного «одужання» особистості.

Література

1. Гостюшин А.В. Энциклопедия экстремальных ситуаций / Гостюшин А.В. - М.: Зеркало, 1995. – 287 с.
2. Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях / А.А.Осипова. - Изд. 2-е. - Ростова н/Д: Феникс, 2006. - 315, [1] с. - (Справочник).

3. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации / Малкина-Пых И.Г. - М.: Изд-во Эксмо, 2006. - 960 с. - (Справочник практического психолога).
4. Юрьева Л.Н. Кризисные состояния / Юрьева Л.Н. – Днепропетровск: 1999. – 162 с.