**Психогенні реакції постраждалих залежно від періоду розвитку надзвичайної ситуації.**

Виділяють 3 періоди розвитку ситуації, в яких спостерігаються різні психогенні реакції.

***І період – гострий*** – період характеризується загрозою власному життю та загибелі близьких, що виникає раптово. Ситуація загрози життю й здоров'ю приводить до розвитку неспецифічних позаособистісних реакцій страху й паніки. Спостерігаються переважно психогенні реакції психотичного та не психотичного рівня. Особливе місце в цей період займають психічні розлади, отримані травми та поранення. У таких випадках необхідний кваліфікований диференційно-діагностичний аналіз, спрямований на виявлення причинно-наслідкового зв’язку психічних порушень як безпосередньо психогенними, так і з отриманими ушкодженнями (черепно-мозкова травма, інтоксикація внаслідок опіку та ін.).

В адаптованих випадках, незважаючи на тривогу, страх і занепокоєння за себе й своїх близьких, зберігається здатність протистояти небезпеці із критичною оцінкою свого стану. Патологічні стресові реакції своїми відмінними рисами мають втрату контролю над своїм емоційним станом, утруднення цілеспрямованої діяльності й комунікації. У першому періоді можуть розвиватися психотичні форми гострої реакції на стрес:

· *Афективно-шокові реакції*, що виникають відразу слідом за загрозою життю й тривають від 10 хв. до доби. Розрізняють наступні форми афективно-шокових реакцій: а) гіпокінетичну форму з руховою загальмованістю, заціпенінням, мутизмом, байдужістю або страхом - це глибоке потьмарення свідомості; б) гіперкінетичну форму із психомоторним порушенням, мовною сплутаністю й потьмаренням свідомості.

· *Диссоціативні (істеричні) розлади*, що протікають із порушенням свідомості, демонстративністю, заламуванням рук і театральністю. Можливі диссоциативний галюциноз, псевдодеменція й пуерилізм.

· *Паніка* - вид афективно-шокових розладів, що розігрується в декількох потерпілих одночасно. Паніка дезорганізує людей і заважає їм перебороти ситуацію. Особистий досвід і підготовленість до активних дій у критичних ситуаціях запобігає розвитку паніки.

***ІІ період*** , який ще називають «нормальне життя в надзвичайних умовах». У цей час психогенні реакції обумовлені усвідомленням надзвичайної ситуації й ваги ситуації. Особистісні якості грають тут модифікаційну роль. В одних випадках спостерігається посилення на короткий період часу активності - з ейфорією й некритичністю, що змінюється в'ялим апатичним станом із загальмованістю, пригніченістю, малорухливістю. У інших - балакучістю й експансивністю поведінки, що приводять до дезорганізації діяльності.

Окрім особистісних якостей потерпілих важливу роль у формуванні станів дезадаптації психічних розладів відіграє усвідомлення ними не тільки тривалості життєво небезпечної ситуації, а й нових стресових впливів, таких як втрата рідних, роз’єднання сімей, втрата дому, майна. Важливим елементом 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, поступово змінюється підвищеною втомою і «демобілізацією» з астенічно депресивними проявами.

Непсихотичні розлади в другому періоді характеризуються короткочасною депресією, тривогою, страхом, занепокоєнням.

В ***ІІІ періоді*,** що починається для постраждалих **після їх евакуації в безпечні райони,** у багатьох спостерігається глибока когнітивна та емоційна переробка психотравмуючої ситуації, оцінка власних переживань і відчуттів, своєрідна «калькуляція» втрат. При цьому набувають актуальності також психогенно-травматичні чинники, пов’язані зі зміною життєвого стереотипу, проживанням в зруйнованому районі або місці евакуації. Стаючи хронічними, ці чинники сприяють формуванню відносно стійких психогенних розладів. В цей період починають розвиватися невротичні, психосоматичні розлади, патохарактерологічні зміни, посттравматичні розлади. В цей час можлива «соматизація» багатьох невротичних розладів, так і певною мірою протилежні цьому процесу «невротизація» і «психопатизація», пов’язані з усвідомленням наявних травматичних пошкоджень і соматичних захворювань, а також з реальними труднощами життя потерпілих.

В усі періоди розвитку надзвичайної ситуації необхідна медико-психологічна допомога постраждалим не тільки для безпосереднього лікування психічних розладів, але й для оцінки психологічних і клініко-психопатологічних особливостей осіб, які знаходяться у вогнищі лиха. Це необхідно для попередження в ряді випадків панічних реакцій, виявлення і психокорекції особистостей, які сприяють виникненню небажаних форм поведінки і психогенних розладів, які ускладнюють стосунки і взаємовплив окремих груп постраждалих і учасників відновлювальних робіт.

1. **Охарактеризувати стадії (фази) переживання гострого горя осіб, які постраждали у надзвичайній ситуації (за М.Решетніковим)**

***Джерело:*** *Брагіна Н. Види психологічної допомоги потерпілим у надзвичайній ситуації // Психолог. – 2005. – № 47. – С.12-17.*

1. ***«Гострий емоційний шок».***Розвивається за станом заціпеніння і триває від 3 до 5 годин: характеризується загальним психічним напружен­ням, граничною мобілізацією психофізіологіч­них резервів, загостренням сприйняття і збільшенням швидкості пізнавальних процесів, проявами безрозсудної сміливості (особливо при порятунку близьких) при одночасному зни­женні критичної оцінки ситуації, але збереженні здатності до доцільної діяльності. В емоційному стані в цей період переважає почуття розпа­чу, що супроводжується відчуттями запаморо­чення і головного болю, серцебиттям, сухістю в роті, спрагою й важким диханням. До 30 % об­стежених при суб'єктивній оцінці погіршення стану одночасно відзначають збільшення пра­цездатності в 1,5—2 рази.
2. ***«Психофізіологічна демобілізація».***Три­валість — до трьох діб. Для абсолютної більшості обстежуваних настання цієї стадії пов'язане з першими контактами з тими, хто одержав травми, з тілами загиблих, з розумі­нням масштабів трагедії («стрес усвідомлення»). Характеризується різким погіршенням самопочуття і психоемоційного стану з пере­важанням почуття розгубленості, панічних реакцій (нерідко — ірраціональної спрямова­ності), зниженням моральної нормативності поведінки, зниженням рівня ефективності діяльності і мотивації до неї, депресивними тенденціями, деякими змінами функцій ува­ги і пам'яті (як правило, обстежені не можуть досить чітко згадати, що вони робили в ці дні). Більшість опитаних скаржаться в цій фазі на нудоту, «важкість» у голові, неприємні відчут­тя в шлунково-кишковому тракті, зниження (навіть відсутність) апетиту
3. ***«Стадія вирішення»***—3—12 діб після надзвичайної ситуації. За даними суб'єктивної оцінка поступово стабілізується настрій і самопочуття. Однак за результатами спостережень в абсолютної більшості обстежених зберігаються знижене емоційне тло, обмеження контактів з оточуючими, зниження інтонаційного забарвлення мови, сповільненість рухів. До кінця цього періоду з'являється бажання «виговоритися», спря­моване переважно на осіб, що не були очевид­цями стихійного лиха. Одночасно з'являються сновидіння, яких не було у двох попередніх фазах, зок­рема тривожні і кошмарні.

4. ***Стадія від­новлення.***Почи­нається приблиз­но з 12 дня після травмуючої ситуації. Найч­іткіше виявляються такі поведінкові ре­акції: активі­зується міжособистісне спілкуван­ня, починає нор­малізуватися емоційне забарв­лення мови і мімічних реакцій, відновлюються нормальні сновид­іння. З огляду на зарубіжний досвід, можна також при­пускати, що в осіб, які знаходилися в епіцентрі сти­хійного лиха, розвиваються різні форми психосо­матичних розладів, пов'язаних з порушення­ми діяльності шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної, імунної та ендокринної си­стеми.