

## ПРОЯВ ЕМОЦІЙНИХ РЕАКЦІЙ ТА ПЕРВИННИХ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ ОСОБИСТОСТІ У НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ

*У статті розглянуто такі прояви психоемоційних реакцій особистості у надзвичайних ситуаціях як: страх, афект, паніка, ступор тощо. Представлено фізіологічні, поведінкові, мімічні характеристики вищезазначених реакцій, їх деструктивний вплив на психіку особистості під час та після дії травмуючої ситуації. Зазначено важливість своєчасної діагностики таких станів та врахування первинних реакцій у подальшій психореабілітації постраждалих.*

**Ключові слова:** надзвичайні ситуації, травмуюча ситуація, емоційні реакції, психічні стани, емоція, почуття, страх, жах, ажитація, ступор, паніка, особистість.

**Постановка проблеми.** Вивчення психології травмуючих стресових розладів, як реакцій людського організму на екстремальні ситуації, в нашій країні ще тільки починається. Зазначені ситуації виходять за рамки звичайного людського досвіду. Діапазон ситуацій, здатних викликати важкі психологічні наслідки у дітей та дорослих набагато ширше, ніж звичайне уявлення про катастрофу. Це й образи, несправедливість, втрати будь-якого характеру (наприклад, функціональності, соціального положення тощо), з якими ми стикаємося у повсякденності і вважаємо, що це лише неприємний епізод, а то й просто не звертаємо на них уваги (особливо якщо це стосується дітей). **Мета статті** – розширити знання щодо емоційних реакцій особистості в травмуючих ситуаціях, формування у психологів умінь, необхідних у роботі не тільки в екстремальних ситуаціях, а й у всіх сферах професійного життя.

**Результати теоретичного дослідження.** Сучасна психологія переживає етап методологічного оновлення, особливо яскраво це виявляється у прикладних галузях, що обумовлено розривом між теоретичними і практичними галузями. У даний час актуальною стає проблема реагування особистості в екстремальних умовах та індивідуальних ресурсів, що забезпечують повноцінну життєдіяльність людини.

Перші наукові відомості про психотравмуючий вплив екстремальних ситуацій на психічний стан відносяться до другої половини XIX ст. і ґрунтуються на відображенні фактів Громадянської війни між Північчю і Півднем в Північній Америці. У 1871 р. DaCosta описує спостереження за 300 солдатами діючої армії. Вони скаржилися на задишку, прискорене серцебиття, пекучі болі в грудях, слабкість, головний біль і запаморочення, діарею. При вивченні досвіду Першої світової війни зустрічається опис симптомокомплексу під назвою "shell shock" ("снарядний" або "артилерійський" шок), що включав найрізноманітніші прояви, серед яких були як реальні наслідки закритих черепно-мозкових травм, так і розлади переважно психогенного походження [3].

Протягом XX ст. велика кількість дослідників описують різні впливи катастрофічного характеру на психіку людини. E. Lindeman (1944) вивчає переживання при втраті близької людини, психічні стани при прояві реакції патологічного горя. W. G. Niederland (1964) та R. J. Litton (1967) розглядають синдром в'язнів концентраційних таборів і синдром тих, що вижили після різного роду катастроф. A. W. Burges, L. L. Noimstrom (1974), E. Hibernian (1976) вивчають синдром згвалтованих. Б. Савінков (1990) і Н. Н. Пухавській (2000) розглядають психологічні наслідки терористичних актів і реакції заручників. Н. В. Тарабріна (1992) виявляє вплив травматичного стресу на психіку людини. П. І. Сидоров, С. В. Літвінцев і М. Ф. Лукманов (1999) аналізують психологічні стани ветеранів різних воєн і наслідки залучення в неволю. Т. В. Корнілова (2003) і Г. Ю. Фоменко (2006) розглядають вплив екстремальних ситуацій на особистість. Автори вказують на випадки наявності депресії, агресивної поведінки та проблем в міжособистісних стосунках у період від 5 і навіть до 30 років після впливу катастрофічної ситуації [3].

При проведенні аналізу отриманих даних встановлено, що різний зміст катастрофічної події (участь у бойових діях, землетруси, повені, атомне бомбардування, згвалтування, терористичні акти та ін.) викликає яскраві психотравмуючі реакції у людей різних національностей, з різним ступенем життєстійкості і незалежно від індивідуальних психологічних особливостей.

Екстремальна (катастрофічна) ситуація може відбутися в різних площинах нашого життя: в соціальній, природній та особистій сферах і впливати на стан психічного та фізичного здоров'я. Особливості прояву психіки в різних екстремальних умовах, а також процеси, що відбуваються під час впливу травмуючої ситуації, психічні властивості і стани в ситуації надзвичайної події і після неї відносяться до предмету дослідження психології катастроф та екстремальних (надзвичайних) ситуацій [5].

Актуальність даної теми пов'язана із військовими діями на Сході України, зі збільшенням кількості жертв катастроф, викликаних зростанням їх числа за останні роки серед мирних мешканців, та зі збільшенням щільності населення, так як при екстремальній ситуації в число жертв включається значна частина людей. Слід також пам'ятати і про проблему якості життя після катастрофи та травмуючої події (медико-психологічна корекція та реабілітація).

Людина в екстремальному стані може чинити хаотичні дії, здатні привести до загибелі або важких ускладнень. У стані страху індивідуум викидається з вікна, не помічаючи інші шляхи порятунку; при землетрусі – біжить під захист будівель, які руйнуються, або просто гине від страху (жертви морських катастроф) тощо.

Конкретні характеристики основних складових надзвичайної ситуації (інтенсивність, раптовість і тривалість впливу травмуючого фактора) визначають вірогідність розвитку у людини непатологічної (фізіологічної) психологічної реакції або можливість виникнення психічних розладів, їх глибину і тривалість. Значущими виявляються і вторинні психотравмуючі фактори, які проявляються після безпосереднього впливу катастрофічної події:

- Ступінь шкоди (отримана травма, загибель близьких людей, матеріальні втрати);
- Безпосереднє психічне навантаження (рівень небезпеки для життя, спостереження вмираючих, загиблих і покалічених, напруженість) [1].

Психічні стани, пережиті людиною під час і після екстремальної ситуації, є для особистості багато в чому катастрофічними, що вимагає додаткового знання при проведенні рятувальних та реабілітаційних робіт. При різних психічних реакціях і станах можуть бути ефективними конкретні для цієї реакції (стану) методи психологічної допомоги. На успішність відновлення жертви катастрофи істотно впливатиме коло людей (лікарі, рятувальники, психологи, найближчі родичі і друзі жертви), що надають потерпілому допомогу, їх професіоналізм, терпіння і розуміння.

У житті людини можуть траплятися екстремальні ситуації, однак чи будуть вони чинити на психіку травмуючий вплив, залежить від попереднього досвіду, знань, умінь і підготовленості як самої людини, так і допомагаючих їй людей. Сприяння особистості під час катастрофи і відразу після неї може значно послабити проходження гострої стресової реакції і довготривалі наслідки посттравматичної кризи. Потерпілий, який не отримав належної психологічної допомоги після травматичного впливу катастрофи, може на все життя залишитися "психологічним інвалідом", він все життя буде боротися з отриманою травмою, що істотно ускладнить якість його життя. Надаючи підтримку жертві екстремальній ситуації, необхідно точно знати, коли і який вплив може бути застосований, оскільки медична реабілітація і психологічна корекція мають свій точно вивірений алгоритм дій. Диференціювати інтенсивність травмуючої події та індивідуальні характеристики постраждалого допоможе спостереження за його емоційними та психічними реакціями.

Емоційний стан в літературі розглядається у якості різновиду психічного стану, де відбувається цілісна діяльність у вигляді певних рівнів функціонування фізіологічних процесів і психічної діяльності, тобто зміна станів емоцій пов'язана зі змінами психічної діяльності та фізіологічних процесів [6].

У ситуації бурхливих емоційних реакцій та емоційної напруженості ділянка нервової тканини, в якій локалізоване вогнище збудження, стає домінантною. Внаслідок цього інші впливи тимчасово не реалізуються, оскільки пануюча домінанта їх гасить. Це продовжується до тих пір, доки не вичерпається емоційне підключення тимчасово пануючого домінантного вогнища. З припиненням емоційної напруженості здатність до об'єктивної оцінки інформації відновлюється.

Емоційна напруженість характеризується також падінням рівня психічних пізнавальних процесів і погіршенням психомоторики. Причинами цього стають надмірна мотивація, виражене відчуття небезпеки, високої тривожності та ін. Розвитку такого негативного психічного стану сприяють низька емоційно-вольова стійкість, виражена особистісна тривожність, невпевненість у своїх силах [2].

Розглянемо первинні емоційні та психічні стани особистості в надзвичайних умовах.

Страх відчувається і сприймається людьми як загроза особистій безпеці. Він спонукає людей докладати зусилля, спрямовані на уникнення загрози, усунення небезпеки. Страх може бути викликаний як фізичною, так і психологічною загрозою.

Страх – негативна емоція в ситуації реальної чи уявної небезпеки. Емоція страху сама по собі викликає страх, а переживання страху ще більше її посилює, доводячи до екстремальної стадії жаху. Жах – це максимальний ступінь переживання страху, підсилюючого самого себе за рахунок повторюваної циркуляції цього переживання в психіці.

Як філософське поняття "страх" введено С. К'єркегором, який розмежував емпіричний "страх-побоювання" перед конкретною небезпекою і несвідомий метафізичний "страх-тугу", специфічний для людини [3].

Виділяють дві основні функції страху: мотивація когнітивних і поведінкових актів та адаптивна мотивація. Первинною функцією страху є мотивація специфічних когнітивних і поведінкових актів, які сприяють укріпленню безпеки і почуттю впевненості. Страх також виконує адаптивну функцію, примушуючи людину шукати способи захисту від можливої шкоди.

Залежно від походження виділяють 4 види страху [1].

Біологічний страх викликається ситуацією, що безпосередньо загрожує життю особи. Загроза може виходити ззовні або зсередини організму. Як вираження порушення внутрішньої рівноваги страх виникає при порушенні метаболізму організму – обміну речовини і енергії із середовищем. Головним елементом цього обміну є кисень. Киснева недостатність найсильніше відбивається на нервовій системі, збуджує стан страху при інфаркті міокарду, гострій недостатності кровообігу, бронхіальній астмі, втраті крові тощо, а його посилення залежить від ступеня зменшення доступу кисню (страх при інфаркті

сильніше, ніж при анемії). Крім браку кисню страх може бути викликаний спрагою і голодом. Посилення страху залежить від тривалості періоду: чим коротший період, тим швидше посилюється страх.

Соціальний страх пов'язаний із тим, що людина не може жити і розвиватися без взаємодії з іншими людьми, а виключення її з соціального світу (соціальна смерть) прирівнюється до біологічної смерті.

Моральний страх – пов'язаний із інтеракцією з оточенням, виконанням певних ролей і норм поведінки, оцінкою самого себе відповідно до реакцій оточення. Все це може впливати на емоційне ставлення до самого себе. Раптовий вплив дестабілізуючих чинників супроводжується виникненням страху, який буде зростати прямо пропорційно винятковості ситуації.

Дезінтеграційний страх – переживання страху супроводжується почуттям невпевненості, незахищеності, неможливості контролювати ситуацію.

Існує ряд стимулів і ситуацій, на які ми біологічно схильні реагувати емоцією страху. У міру набуття досвіду людина починає відчувати страх при зіткненні з самими різними ситуаціями, явищами і об'єктами. Більшість активаторів страху пов'язані з "природними сигналами" небезпеки.

Страх – це сильна емоція, що впливає на перцептивно-когнітивні процеси і поведінку індивіда. Існує феномен відстроченого в часі страху, який пояснюється тим, що в ситуації загрози з'являються можливості уникнути небезпеки. Інтенсивний страх створює ефект "тунельного сприйняття", обмежуючи сприймання, мислення і свободу вибору індивіда. Він унеможливує свободу поведінки: людина перестає належати собі, вона керується одним-єдиним прагненням – усунути загрозу, уникнути небезпеки, але страх може супроводжуватися не тільки реакцією відсторонення або втечі, а й обережними спробами вивчення небезпечного об'єкту, іноді навіть усмішкою або сміхом [4].

На думку С. К'єркегора страх має двоїсту природу прояву. Коріння двоїстості полягає у взаємодії мотиву до втечі, обумовленої страхом, і мотиву до наближення, що обумовлено інтересом. Поведінка індивіда в ситуації страху залежить від того, яка з цих двох емоцій виражена сильніше, і від їх взаємодії з іншими емоціями [3].

Страх може бути результатом когнітивної оцінки ситуації як потенційно небезпечної. Розумові процеси становлять найбільш об'ємний, найпоширеніший клас активаторів страху. Його джерелом може бути людина, предмет або ситуація.

Перелік індикаторів страху включає такі явища, як миттєве припинення або поступове згасання скоєних дій, тривале заціпеніння, настороженість, реакція уникнення або усунення від подразника, серйозний або переляканий вираз обличчя та ін.

Індикатори (експресивні і моторні акти) страху:

- 1) насторожений і напружений погляд, спрямований на об'єкт;
- 2) специфічні для страху мімічні прояви;
- 3) мімічні прояви можуть супроводжуватися тремтінням або плачем;
- 4) пантомімічні комплекси, такі як зменшення у розмірі, спроби до втечі;
- 5) прагнення до контакту з потенційним захисником;
- 6) повна відсутність рухів [6].

Страх – найбільш токсична та згубна емоція. Якщо у індивідуума немає можливості усунути загрозу, переживання страху, справляючи потужний вплив на нервову систему і функціонування життєво важливих органів, може посилити небезпеку. Надлишкова активація вегетативної нервової системи створює серйозне навантаження на життєво важливі органи, які в цих умовах працюють на межі зриву.

Дослідники емоцій (К. Е. Ізард, Ю. Ю. Єлісєєв) вважають, що найбільш надійними і точними індикаторами страху є мімічні прояви. Внутрішнє напруження при страху може перейти на м'язи, підсилюючи їх тонус, особа може ставати "мертвою", нерухомою. До того ж переживання страху не завжди стійкі і можуть проявлятися приступами. При розгорнутому мімічному вираженні страху брови підняті і злегка зведені до перенісся, в результаті чого горизонтальні зморшки в центрі лоба глибше, ніж по краю. Очі широко відкриті, верхні повіки іноді злегка підняті, в результаті чого білок ока між повіками і знищено оголюється. Кути рота різко відтягнуті, рот зазвичай відкритий [7].

Тривалі переживання страху викликають зміни у всьому організмі – серцебиття, прискорений пульс, напади тахікардії. Виникають відчуття здавлення в грудній клітці, задухи, болі в животі, кишкові спазми, метеоризм, розлад сечовипускання, діарея, м'язові посмикування, тремтіння та ін.

До групи первинно виникаючих, емоційно насичених і психотравмуючих станів, що проявляються в екстремальних умовах, відноситься афект.

Афект (від лат. *Affectuctus* – хвилювання, пристрасть) – сильне і відносно короткотривале емоційне переживання, що супроводжується різко вираженими руховими і вісцеральними проявами. Афект виникає як реакція на подію і продовжується до її завершення. Будь-яка емоція (позитивна чи негативна) і почуття (позитивні або негативні) можуть переживатися в афективній формі. Зовні афект проявляється у різко виражених рухах, бурхливих емоціях, супроводжується змінами у функціях внутрішніх органів, втратою вольового контролю [1].

К. М. Гуревич і В. Ф. Матвєєв прийшли до висновку, що стан афекту в аварійних ситуаціях тісно пов'язаний з індивідуальними особливостями нервової системи: особи, які не характеризуються достатньою силою процесу збудження або особи з переважанням процесів гальмування, найімовірніше, виявляються неспроможними в складних та екстремальних ситуаціях [3].

На думку Л. С. Виготського до виникнення афекту у людини призводить гостроконфліктна ситуація, в якій індивід для спасіння свого життя повинен діяти, але не знає, як і що робити [6]. Одна і таж ситуація при рівній невідготовленості або раптовості в однієї людини викликає афект, в іншій – не порушує психічну діяльність.

Ажитований стан виникає у відповідь на подразники, які сигналізують про небезпеку для життя (цей стан виявляється у формі занепокоєння і тривоги). Збудження виражається в метушливості, можливості здійснювати тільки прості автоматизовані акти під впливом випадкових подразників, які потрапили в поле зору.

Ажитация характеризується сильною безладною руховою активністю. Порушується здатність розуміння складних відносин між явищами, що вимагає думок і висновків, розумові процеси уповільнені. У людини виникає відчуття порожнечі в голові, відмічається відсутність думок. З'являються вегетативні порушення у вигляді блідості, прискороеного серцебиття, поверхневого дихання, пітливість, тремтіння рук та ін. Порушується сприйняття часу і оточуючої дійсності, що викликає утруднення розуміння ситуації в цілому. Ускладнюється процес вибору дій, порушуються логічність і послідовність мислення. В результаті цього створюються умови для "вивільнення" стереотипних, автоматизованих дій, що не відповідають ситуації, яка склалася. Ажитований стан розцінюється як передпатологічний в межах психологічної норми і може сприйматися як розгубленість [7].

Стан ступору також виникає в умовах загрозливих для життя та характеризується раптовим заціпенінням, застиганням на місці в тій позі, в якій людина перебувала в момент отримання звістки про аварію, катастрофу, стихійне лихо і т.д.; при цьому інтелектуальна діяльність зберігається. Ступор проявляється в напруженій скруті поз, рухів і мови [5].

Одним з найбільш характерних емоційних станів у екстремальних умовах є паніка. Вона характеризується дефектами мислення, втратою свідомого контролю й осмислення подій, що відбуваються, переходом на інстинктивні захисні рухи, дії, які можуть частково або повністю не відповідати ситуації.

Паніка – це тимчасове переживання гіпертрофованого страху, що обумовлює некеровану, нерегульовану поведінку людей, іноді з повною втратою самовладання. В основі паніки лежить переживання безпорадності перед реальною чи уявною небезпекою, прагнення будь-яким шляхом уникнути її, замість того щоб боротися з нею. Людина метушиться, не усвідомлюючи, що вона робить, або ціпеніє, втрачає орієнтацію, порушується співвідношення між основними і другорядними діями, виражений розлад структури дій та операцій, загострюються захисні реакції, відбувається відмова від діяльності тощо [3].

Паніка виражається в поспішності, неадекватності вчинків, прийнятті помилкових рішень з вираженим прагненням уникнути уявної небезпеки, захисних заходів у ситуаціях реальної небезпеки.

Ступінь панічної свідомості визначається глибиною охоплення:

1. Легка паніка характеризується здатністю людини зберегти повне самовладання і критичність; зовні виражається легкою заклопотаністю і напругою м'язів (проявляється, якщо затримується транспорт, при поспіху, раптовому, але не дуже сильному сигналі);

2. Середня паніка характеризується значною деформацією свідомих оцінок того, що відбувається, зниженням критичності, збільшенням страху і податливістю щодо зовнішніх впливів (проявляється при невеликих транспортних аваріях, різних стихійних лихах, пожежах, якщо надзвичайна пригода близько, але не загрожує);

3. Повна паніка характеризується відключенням свідомості і неосудністю; настає при відчутті великої явної чи уявної смертельної небезпеки; людина повністю втрачає свідомий контроль своєї поведінки, безглуздо метушиться, здійснює найрізноманітніші хаотичні рухи, при цьому абсолютно не функціонують критичність оцінки того, що відбувається і раціональність [1].

За тривалістю паніка може бути короткочасною (секунди і кілька хвилин), досить тривалою (десять хвилин, години), пролонгованою (кілька днів, тижнів) і безперервною (більше одного року). Безперервна паніка проявляється спалахами відчаю, озлобленості, спустошеністю, депресією, станом постійної тривоги і напруженням.

В. О. Моляко окремо виділяє існування прихованої паніки, образною моделлю якої може служити айсберг [3]. Даний стан вперше було відзначено як феномен "постчорнобильської" паніки, і сьогодні він поширюється на інші техногенні катастрофи, стихійні лиха та терористичну загрозу.

За деструктивними наслідками виділяють такі типи паніки:

1. Без матеріальних наслідків і психічних деформацій;

2. З руйнуваннями та матеріальними збитками, фізичними і вираженими психічними травмами, втратою працездатності на нетривалий час;

3. З людськими жертвами, значними нервовими захворюваннями, зривами, інвалідністю і тривалою втратою працездатності, матеріальними руйнуваннями [1].

Основними причинами розвитку паніки є стан людей з гіперболізованим страхом і жахом, їх неготовність до несподіванок і раптових небезпек, відсутність критичності при оцінці ситуацій. Психофізіологічний механізм паніки полягає в індукційному гальмуванні великих ділянок кори головного мозку, що обумовлює зниження свідомої активності. В результаті виникає неадекватність мислення, підвищена емоційність сприйняття, гіперболізація небезпеки і різке підвищення сугестивності.

До факторів, що обумовлюють виникнення паніки, відносять:

- раптовість появи загрози для життя, здоров'я, безпеки (при пожежі, вибуху, аварії тощо);
- тривалі переживання, побоювання, накопичення тривоги, невизначеність ситуації, передбачувані небезпеки, негаразди;
- повна психологічна неготовність до події [3].

В стані паніки людина метушиться, не розуміючи, що вона робить, або ціпеніє, відбуваються втрата орієнтації, порушення співвідношення між основними і другорядними діями, розлад структури дій та операцій, загострення оборонної реакції, відмова від діяльності тощо. Дане реагування викликає і ускладнює тяжкість наслідків ситуації.

**Висновки та перспективи подальшого дослідження.** Таким чином, найбільш типовими емоційними станами та реакціями особистості в травмуючих ситуаціях є страх, жах, різні афекти, ажитовані стани, паніка, ступор. Своєчасне діагностування дозволяє ефективно та швидко мінімізувати їх деструктивний вплив. Психологічна корекція та реабілітація постраждалих знижує розвиток гострих стресових реакцій та подальшого ускладнення у формі ПТСР.

### Використані джерела

1. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. Справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. – М.: Изд-во Эксмо, 2006. – 960 с.
2. Психологическая защита в чрезвычайных ситуациях: Учебное пособие / Под ред. Л. А. Михайлова. – СПб.: Питер, 2009. – 256 с.
3. Психология экстремальных ситуаций: Хрестоматия / Сост. А. Е. Тарас, К. В. Сельченко. – М.: АСТ, Мн.: Харвест, 2002. – 480 с.
4. Реан А. А., Кудашев А. Р., Баранов А. А. Психология адаптации личности / А. А. Реан и др. – СПб.: Прайм – ЕВРОЗНАК, 2008. – 471 с.
5. Сидоров П. И. Психология катастроф / П. И. Сидоров, И.Г. Мосягин, С.В. Марунык. – М.: Аспект Пресс, 2008. – 414 с.
6. Смирнов Б. А. Психология деятельности в экстремальных ситуациях / Б. А. Смирнов, Е.В. Долгополова. – Х.: Гуманитарный Центр, 2007. – 276 с.
7. Тарабрина Н. В. Психология травматического стресса: Теория и практика / Н.В. Тарабрина. – М.: Изд-во "Институт психологии РАН", 2009. – 304 с.

*Sipko L.O.*

### MANIFESTATION OF THE EMOTIONAL REACTIONS AND PERSON'S PRIMARY MENTAL STATES IN EMERGENCIES

*The article is devoted to the actual problems of emergencies psychology in Ukraine, the historical aspects of the discipline formation and the current state of theoretical and practical issues. It is indicated that a different meaning of the catastrophic event (participation in hostilities, earthquakes, floods, bombings, rape, terrorism, etc.) causes bright traumatic reactions in people of different nationalities, with varying degrees of viability and regardless of individual psychological characteristics. Mental states, experienced by an individual during and after the emergency situation, are largely catastrophic for the individual, requiring additional knowledge in the rescue and rehabilitation work. At various mental states and reactions the particular methods of psychological help for this reaction (state) can be effective.*

*The attention is paid to such expressions of personality's psycho-emotional reactions to traumatic situations as fear, terror, affect, panic, stupor, etc. Physiological, behavioral, facial characteristics of abovementioned reactions, their destructive impact on the personality's psyche during and after a traumatic situation are presented. It is proved the importance of early diagnosis of these states and taking into account the primary reactions in further victims' psychorehabilitation in order to reduce the development of acute stress reactions and further complications in the form of PTSD.*

**Key words:** *emergencies, traumatic situation, emotional reactions, mental states, emotion, feeling, fear, terror, agitation, stupor, panic, personality*

*Стаття надійшла до редакції 25.03.2015 року*