**Статистика и проблема роста кризисных состояний**

Современный человек живет под постоянным стрессом из-за происходящих событий и изменений в окружающем мире. Вызывают стресс природные и техногенные катастрофы, войны, теракты, экономические кризисы и социальные преобразования, криминальная обстановка, аварии на транспорте, лечение, связанное с хирургическим вмешательством, и изменения геофизических и метеорологических условий. Стресс вызывает неадекватное и неуравновешенное поведение людей, проявляющееся в виде психологических кризисов, болезней, подавленности или агрессивности и в целом отражается на социальной стабильности общества.

Реакция людей на эти экстремальные изменения может сильно отличаться и зависит, как показали исследования, от множества разнообразных факторов: духовного и социального состояния, традиций и жизненного уклада, а также изменения космических и гелиогеофизических условий. Особую озабоченность вызывает не только реакция и состояние людей во время экстремальных воздействий, но и время, когда их действие прекращено и опасность больше не угрожает. Даже спустя продолжительное время у человека могут возникнуть кризисные состояния, приводящие к неадекватному поведению или резкому ухудшению здоровья.

Определение свойств и закономерностей послестрессового кризисного психофизиологического состояния человека и его прогноз могут помочь принимать своевременные меры и не допустить ухудшения его здоровья.

В настоящее время не представляется возможным оценить реальные масштабы психотравмирующего воздействия на граждан России факторов, обусловленных изменениями социальной формации последних 15-20 лет. Большая часть населения страны фактически переживает ***пролонгированный, хронический стресс***, специфика которого заключается в тотальности, всеобщности и трудностях распознавания. Данное обстоятельство усугубляется незавершённостью перемен, надличностным и системным характером преобразований всех сфер общественного уклада жизни. Эти преобразования затрагивают практически все стороны жизнедеятельности человека, и кризис переживается каждым гражданином нашей страны. Как пишет В.А. Ананьев, - «Фундаментальной особенностью настоящего периода остается ***высокая степень неопределенности***, то есть наличие дефицита информации при прогнозировании своего будущего. Неопределенность как таковая не имеет конкретного знака — ни минуса, ни плюса. Неопределенность — это только отсутствие необходимой информации, и от самого человека зависит, чем он заполнит эту пустоту. То обстоятельство, что мы уже живем в эпоху перемен (ситуации неопределенности) более 10 лет, существенно повышает нервно-психическое напряжение населения страны, что, в свою очередь, становится благодатной почвой для развития ***пограничных расстройств*** (этот термин объединяет патологические реакции на стресс, неврозы, патологические личностные расстройства, психопатии — все расстройства, лежащие на границе между нормой и психозами), психосоматических заболеваний, а также в значительной мере провоцирует формирование алкогольной и наркотической зависимостей». (Ананьев В.А., 1999г., с.7)

По этим причинам, а также из-за наличия латентного периода и эффекта последействия, отмечается неуклонный рост заболеваемости пограничными психическими и психосоматическими расстройствами. По данным Минздрава РФ за последние годы в стране значительно выросли показатели заболеваемости психическими расстройствами. Характерно, что данная динамика определяется в первую очередь ***невротическими расстройствами, реактивными состояниями и психосоматическими заболеваниями***.

Катастрофическими темпами растёт употребление алкоголя и наркотиков. На уровне общеврачебной практики пограничные психические расстройства составляют 20-30% случаев. 15 % населения нуждается в психотерапевтической помощи, 8% детей нуждаются в психиатрическом вмешательстве, для подростков эта цифра доходит до 10%. Смертность от суицидов выходит на первые места в структуре смертности, отставая лишь от смертности из-за сердечнососудистых и онкологических заболеваний.

Серьёзные изменения переживает институт брака и семьи, на 1000 заключённых браков в стране распадается 600, а дети из неполных семей составляют подавляющую долю контингента педагогически запущенных.

Наблюдается мистификация сознания граждан, ширится сеть различных сект, церквей, эзотерических школ, результатом деятельности которых зачастую становятся серьёзные личностные трансформации завлекаемых в их деятельность людей. Актуальной задачей практической психологии становится неспецифическая профилактика социально-стрессовых расстройств.

Очевидно, что трудности, с которыми сталкивается человек в современном обществе, значительно превосходят по своей значимости любые локальные, частные и ограниченные по времени стрессовые воздействия.

В настоящее время отмечается негативная тенденция увеличения числа «***сбоя***», «***ломки***» процессов адаптации, что находит свое выражение в различных патологических формах: это неврозы, психосоматические расстройства, девиации поведения.

При этом психосоматические расстройства составляют 40-68% от числа обратившихся за помощью к врачам общего профиля. По данным ВОЗ за последние 65 лет число неврозов выросло в 24 раза, заболеваемость неврозами в России составляет 20-25 человек на 1000 населения. И это только учтенная заболеваемость и, скорее ее можно рассматривать как вершину айсберга.

Причины этого деструктивного процесса разнообразны, но они являются сходными для всех нарушений адаптации. В первую очередь, ***это глобальная ломка социальных стереотипов, разрушение семейных ценностей, что в конечном итоге означает для современного человека утрату базового чувства безопасности***. Это также и ***утрата духовных и нравственных ориентиров, что способствует возникновению таких тяжелых экзистенциальных переживаний как одиночества, изоляции, внутреннего вакуума, потери смысла жизни***. И, как правило, этот вакуум заполняется психосоматическими расстройствами, девиантным поведением, неврозами, которые представляют собой компенсаторную попытку организма восстановить нарушенную адаптацию и целостность. Сама болезнь может быть формой адаптации к окружающей среде (по Любан - Плоцца В., Пельдингер В., Крегер Ф.,2000).

Происходящие в стране социальные перемены сказываются на всех системах отношений человека, поскольку вызывают системное переформирование его мировоззрения, когнитивных карт. Изменения ценностей и ориентиров в индивидуальной реальности каждого конкретного человека, продиктованные данными социальных трансформаций, сказываются на изменении отношений по всему спектру личностных систем, от межполовых и брачных отношений, до духовных сфер отношения к феноменам смерти, жизненных смыслов и т.п.

Достаточно сказать, что три четверти пациентов с психическими расстройствами разного уровня так и не попадает в поле зрения психологов и психотерапевтов, осаждая территориальные поликлиники (Остроглазов В.Г., Лисина М.А., 1985,1991). По разным данным, от 30 до 50% лиц, обращающихся за помощью в поликлиники и стационары, страдают не соматическими, а ***пограничными психическими расстройствами***, у, как минимум, 25% пациентов с действительным соматическим страданием значительную роль в клинической картине играют ***симптомы психического расстройства*** (Тополянский В. Д., Струковская М.В., 1986). Указанные выше обстоятельства свидетельствуют о значительной потребности граждан РФ в профессиональной психологической и психотерапевтической помощи. Наиболее актуальной задачей психологии является активная ***профилактика социально-стрессовых расстройств***, через повышение ценности здоровья, обучение с детского возраста методам сохранения и укрепления здоровья.

**Диагностика психических расстройств, возникающих при переживании кризисной ситуации**

В МКБ-10 эти расстройства относятся к рубрике F4 (Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства).

**F43 Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации**

Эта категория отличается от других тем, что включает расстройства, которые определяются не только на основе симптоматологии и течения, но и на основании наличия одного из двух причинных факторов: *исключительно сильного стрессового жизненного события, вызывающего острую стрессовую реакцию*, или *значительного изменения в жизни, приводящего к продолжительно сохраняющимся неприятным обстоятельствам*, в результате чего развивается расстройство адаптации. Наличие психосоциального стресса недостаточно для объяснения возникновения и формы расстройства. Расстройства, рассматриваемые в данной рубрике, видимо, всегда возникают как прямое следствие ***острого тяжелого стресса или пролонгированной травмы***. Стрессовое событие или продолжительные неприятные обстоятельства являются первичным и основным причинным фактором, и расстройство не возникло бы без их влияния. В эту категорию включаются ***реакции на тяжелый стресс и расстройства адаптации*** во всех возрастных группах, включая детей и подростков. Каждый из отдельных симптомов, из которых складываются острая реакция на стресс и расстройство адаптации, может встречаться и при других расстройствах, но имеются некоторые особые признаки в том, как проявляются эти симптомы, что оправдывает объединение этих состояний в клинической единице. Третье состояние в этом подразделе посттравматическое стрессовое расстройство имеет относительно специфические и характерные клинические признаки. Расстройства в этой секции могут таким образом, рассматриваться как нарушенные адаптационные реакции на тяжелый пролонгированный стресс, в том смысле, что они препятствуют действию механизма успешной адаптации и поэтому ведут к нарушенному социальному функционированию.

**F43.0 Острая реакция на стресс**

Транзиторное расстройство значительной тяжести, которое развивается у лиц без видимого психического расстройства в ответ на исключительный физический и психологический стресс и которое обычно проходит в течение часов или дней. *Стрессом может быть сильное травматическое переживание, включая угрозу безопасности или физической целостности индивидуума или любимого лица (например, природная катастрофа, несчастный случай, битва, преступное поведение, изнасилование) или необычно резкое и угрожающее изменение в социальном положении и/или окружении больного, например, потеря многих близких или пожар в доме*. Риск развития расстройства увеличивается при физическом истощении или наличии органических факторов (например, у пожилых больных).

В возникновении и тяжести острых реакций на стресс играют роль *индивидуальная уязвимость и адаптивные способности*; об этом свидетельствует тот факт, что это расстройство развивается не у всех людей, подвергшихся сильному стрессу. Симптомы обнаруживают типичную смешанную и меняющуюся картину и включают начальное *состояние "оглушенности" с некоторым сужением поля сознания и снижением внимания, неспособность адекватно реагировать на внешние стимулы и дезориентировку*. Это состояние может сопровождаться или дальнейшим *уходом от окружающей ситуации* (вплоть до диссоциативного ступора F44.2), или *ажитацией и гиперактивностью* (реакция бегства или фуга). Часто присутствуют *вегетативные признаки панической тревоги* (тахикардия, потение, покраснение). Обычно симптомы развиваются в течение минут после воздействия стрессового раздражители или события и исчезают в течение двух-трех дней (часто часов). Может присутствовать частичная или полная диссоциативная амнезия (F44.0).

*Диагностические указания:*

Должна быть четкая временная связь между воздействием необычного стрессора и началом симптоматики; начало обычно немедленное или через несколько минут. Вдобавок, симптомы:

а) имеют смешанную и обычно меняющуюся картину; в дополнение к инициальному состоянию оглушенности могут наблюдаться депрессия, тревога, гнев, отчаяние, гиперактивность и отгороженность, но ни один из симптомов не преобладает длительно;

б) прекращаются быстро (самое большее в течение нескольких часов) в тех случаях, где возможно устранение стрессовой обстановки. В случаях, где стресс продолжается или по своей природе не может прекратиться, симптомы обычно начинают исчезать спустя 24-48 часов и сводятся к минимуму в течение 3 дней.

Включаются:

нервная демобилизация; кризисное состояние; острая кризисная реакция; острая реакция на стресс; боевая усталость; психический шок.

**F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство**

Возникает как *отставленная и/или затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию* (кратковременную или продолжительную) исключительно угрожающего или катастрофического характера, могут вызвать общий дистресс *почти у любого человека* (например, природные или искусственные катастрофы, сражения, серьезные несчастные случаи, наблюдение за насильственной смертью других, роль жертвы пыток, терроризма, изнасилования или другого преступления). Предиспонирующие факторы, такие как *личностные черты* (например, компульсивные, астенические) или предшествующие невротическое заболевание могут понизить порог для развития этого синдрома или утяжелить его течение, но они не обязательны и недостаточны для объяснения его возникновения.

Типичные признаки включают эпизоды *повторного переживания травмы в виде навязчивых воспоминаний (реминисценций), снов или кошмаров, возникающих на фоне хронического чувства "оцепенелости" и эмоциональной притупленности, отчуждения от других людей, отсутствия реакции на окружающее, ангедонии и уклонения от деятельности и ситуаций, напоминающих о травме*. Обычно индивидуум боится и избегает того, что ему напоминает об изначальной травме. Изредка бывают драматические, острые вспышки страха, паники или агрессии, провоцируемые стимулами, вызывающими неожиданное воспоминание о травме или о первоначальной реакции на нее.

Обычно имеет место состояние повышенной вегетативной возбудимости с повышением уровня бодрствования, усилением реакции испуга и бессонницей. С вышеперечисленными симптомами и признаками обычно сочетаются *тревога и депрессия*, нередкой является *суицидальная идеация*, осложняющим фактором может быть *избыточное употребление алкоголя* или наркотиков.

Начало данного расстройства возникает вслед за травмой после латентного периода, который может варьировать от нескольких недель до месяцев (но редко более 6 месяцев). Течение волнообразное, но в большинстве случаев можно ожидать выздоровление. В небольшой части случаев состояние может обнаруживать хроническое течение на протяжении многих лет и переход в *стойкое изменение личности после переживания катастрофы* (F62.0).

*Диагностические указания:*

Это расстройство не должно диагностироваться, если нет доказательств, что оно возникло в течение 6 месяцев от тяжелого травматического события. "Предположительный" диагноз возможен, если промежуток между событием и началом более 6 месяцев, но клинические проявления типичны и нет никакой возможности альтернативной квалификации расстройств (например, тревожное или обсессивно-компульсивное расстройство или депрессивный эпизод). Доказательства наличия травмы должны быть дополнены повторяющимися навязчивыми воспоминаниями о событии, фантазиями и представлениями в дневное время. Заметная эмоциональная отчужденность, оцепенение чувств и избегание стимулов, которые могли бы вызвать воспоминания о травме, встречаются часто, но не являются необходимыми для диагностики. Вегетативные расстройства, могут включаться в диагноз, но не являются первостепенно значимыми.

Отдаленные хронические последствия опустошающего стресса, то есть те, которые манифестируют спустя десятилетия после стрессового воздействия, должны классифицироваться в F62.0.

Включается:

травматический невроз.

**F43.2 Расстройство приспособительных реакций**

*Состояния субъективного дистресса и эмоционального расстройства, обычно препятствующие социальному функционированию и продуктивности* и возникающие в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому жизненному событию (включая наличие или возможность серьезной физической болезни). Стрессовый фактор может поражать интегральность социальной сети больного (потеря близких, переживание разлуки), более широкую систему социальной поддержки и социальных ценностей (миграция, положение беженца). Стрессор (стресс-фактор) может затрагивать индивидуума или также его микросоциальное окружение.

Более важную роль в риске возникновения проявлений расстройств играет *индивидуальная предрасположенность или уязвимость*, но тем не менее считается, что состояние не возникло бы без стрессового фактора. Проявления различны и включают *депрессивное настроение, тревогу, беспокойство* (или их смешение); *чувство неспособности справляться, планировать или продолжать оставаться в настоящей ситуации*; а также некоторую степень *снижения продуктивности в ежедневных делах*. Индивидуум может чувствовать склонность к драматическому поведению и вспышкам агрессивности, но они встречаются редко. Тем не менее, дополнительно, особенно у подростков, могут отмечаться *расстройства поведения* (например, агрессивное или диссоциальное поведение).

Начало обычно в *течение месяца после стрессового события* или изменения жизни, а продолжительность симптоматики обычно *не превышает 6 месяцев*.

Реакции горя любой длительности, оцениваемые, как анормальные вследствие их формы или содержания, должны кодироваться как F43.22, F43.23, F43.24 или F43.25, а те, которые остаются интенсивными и продолжаются более 6 месяцев, F43.21 (пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации).

*Диагностические указания:*

Диагноз зависит от внимательной оценки соотношения между:

а) формой, содержанием и тяжестью симптомов;

б) анамнестическими данными и личностью;

в) стрессовым событием, ситуацией и жизненным кризисом.

Наличие третьего фактора должно быть четко установлено и должны быть веские, хотя, возможно, и предположительные доказательства, что расстройство не появилось бы без него. Если стрессор относительно мал и если временная связь (менее 3 месяцев) не может быть установлена, расстройство следует классифицировать в другом месте в соответствии с имеющимися признаками.

Включаются: культурный шок; реакция горя; госпитализм у детей.

Исключается:

тревожное расстройство у детей, вызванное разлукой (F93.0).

При критериях расстройств адаптации клиническая форма или преобладающие признаки должны быть уточнены по пятому знаку.

F43.20 Кратковременная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации

Транзиторное мягкое депрессивное состояние, не превышающее 1 месяца по длительности.

F43.21 Пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации

Легкое депрессивное состояние в ответ на длительную подверженность стрессовой ситуации, но продолжающееся не более 2 лет.

F43.22 Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации

Отчетливо выраженные тревожные и депрессивные симптомы, но их уровень не больше, чем в смешанном тревожном и депрессивном расстройстве (F41.2) или в другом смешанном тревожном расстройстве (F41.3).

F43.23 Расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций

Обычно симптомы нескольких типов эмоций, таких как тревога, депрессия, беспокойство, напряженность и гнев. Симптомы тревоги и депрессии могут отвечать критериям смешанного тревожного и депрессивного расстройства (F41.2) или другого смешанного тревожного расстройства (F41.3), но они не являются столь преобладающими, чтобы могли быть диагностированы другие более специфические депрессивные или тревожные расстройства. Эта категория должна использоваться и у детей, когда имеется регрессивное поведение, такое как энурез или сосание пальца.

F43.24 Расстройство адаптации с преобладанием нарушения поведения

Основным расстройством является нарушение поведения, то есть подростковая реакция горя, приводящая к агрессивному или диссоциальному поведению.

F43.25 Смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации

Явными характеристиками являются как эмоциональные симптомы, так и расстройства поведения.

F43.28 Другие специфические преобладающие симптомы, обусловленные расстройством адаптации

F43.8 Другие реакции на тяжелый стресс

Следует отметить:

В эту рубрику относятся нозогенные реакции, возникающие в связи с тяжелым соматическим заболеванием (последнее выступает в качестве психотравмирующего события).

Страхи и тревожные опасения по поводу своего нездоровья и невозможности полной социальной реабилитации, сочетающиеся с обостренным самонаблюдением, гипертрофированной оценкой угрожающих здоровью последствий заболевания (невротические реакции). При затяжных реакциях на первый план выступают явления ригидной ипохондрии с тщательной регистрацией малейших признаков телесного неблагополучия, установлением щадящего "предохраняющего" от возможных осложнений или обострений соматической болезни режима (диета, главенство отдыха над работой, исключение любой информации, воспринимаемой как "стрессорная", жесткая регламентация физических нагрузок, приема медикаментов и пр.

В ряде случаев сознание происшедших патологических изменений в деятельности организма сопровождается не тревогой и страхом, но стремлением к преодолению недуга с чувством недоумения и обиды ("ипохондрия здоровья"). Обычным становится вопрос о том, как могла произойти катастрофа, поразившая тело. Доминируют идеи полного восстановления "любой ценой" физического и социального статуса, ликвидации причин заболевания и его последствий. Больные ощущают в себе потенциальные возможности усилием воли "переломить" ход событий, положительно повлиять на течение и исход соматического страдания, "модернизировать" лечебный процесс нарастающими нагрузками или физическими упражнениями, производимыми вопреки медицинским рекомендациям.

Синдром патологического отрицания болезни распространен преимущественно у больных с угрожающей жизни патологией (злокачественные новообразования, острый инфаркт миокарда, туберкулез с выраженной интоксикацией и пр.). Полное отрицание заболевания, сопряженное с убежденностью в абсолютной сохранности функций организма, встречается относительно редко. Чаще наблюдается тенденция к минимизации тяжести проявлений соматической патологии. В этом случае пациенты отрицают не заболевание как таковое, а лишь те его аспекты, которые имеют угрожающий смысл. Так, исключается возможность летального исхода, инвалидизации, необратимых изменений в организме.

Включается:

"ипохондрия здоровья". Исключается:

ипохондрическое расстройство (F45.2).

F43.9 Реакция на тяжелый стресс неуточненная

**Лекция 2.**

**Принципы организации оказания психологической и психиатрической помощи в кризисном состоянии**

Можно определить основные принципы оказания экстренной психологической помощи. Безусловно, что деятельность психолога в подобной ситуации регулируется общими принципами, принятыми для оказания психологической помощи. Однако эти принципы в ситуации эк­стремальной приобретают некоторое своеобразие в соответствии с особенностями условий оказания помощи.

1. *Принцип защиты интересов клиента.* Особенность применения этого принципа в экстремальных условиях состоит в том, что в отличие от обычных условий деятельности с клиентом чаще всего не заключается психотерапевтический договор (как это бывает при консультационной или психокоррекционной работе), то есть не проговариваются границы работы с проблемой. Это происходит потому, что помощь, как правило, направлена на актуальное состояние клиента. Однако, несмотря на это, защита интересов клиента является ведущим принципом работы специалиста-психолога.
2. *Принцип те навреди».* Своеобразие условий оказания помощи делает возможным вывести несколько следствий из этого принципа. Первое следствие: краткосрочность оказания помощи, то есть помощь должна быть направлена на коррекцию актуального состояния, вызванного данной ситуацией, одновременно обеспечивая экологичность проводимых мероприятий для будущей жизни клиента. Принципиально неверно проводить психологическую работу с давними, застарелыми проблемами клиента, так как такая работа должна быть пролонгированной.
3. *Принцип добровольности.* В обычных условиях специалист часто занимает пассивную позицию (ждет, пока клиент обратиться за помощью). Этот принцип в условиях экстренной психологической помощи трансформируется в особое поведение - специалист-психолог активно и не­навязчиво предлагает свою помощь пострадавшим. Такая позиция позволяет, с одной стороны, обеспечить необходимую помощь людям, которые находятся в особом состоянии и зачастую не могут адекватно оценить потребность в помощи, с другой стороны — не нарушает личных границ человека.
4. *Принцип конфиденциальности.* При оказании экстренной психологической помощи принцип этот сохраняет свою актуальность, однако конфиденциальность может быть нарушена в случае получения психологом информации о том, что действия клиента могут быть опасны для самого клиента или для окружающих (такая ситуация может сложиться в том случае, если психолог, например, узнает о готовящейся попытке самоубийства).
5. *Принцип профессиональной мотивации.* Этот принцип принят для любого вида психологической помощи. В экстремальной ситуации соблюдение его становится особенно важным, так как существует большая вероятность того, что, помимо профессиональной мотивации, у специалиста могут присутствовать другие, иногда более сильные мотивы (мотив самоутверждения, мотив получения социального признания и т.д.).
6. *Принцип профессиональной компетентности* предполагает, что специалист, оказывающий помощь, должен быть достаточно квалифицирован, иметь соответствующее образование и специальную подготовку для работы в чрезвычайных ситуациях. В обычных условиях деятельности психолог при необходимости рекомендует обратиться к другому специалисту, но в чрезвычайных условиях найти другого специалиста часто невозможно. Поэтому в профессиональные обязанности психолога должны входить, в том числе, и такие аспекты, как подготовка до момента выезда на ЧС, умение быстро восстановить высокий уровень рабо­тоспособности, используя профессиональные навыки.

Соблюдение этих принципов необходимо. Это своего рода этический кодекс специалиста-психолога при работе в чрезвычайных ситуациях.

**Клинико-психологическая интервенция при кризисных состояниях**

**ПОМОЩЬ ПРИ СТРАХЕ**

• Не оставляйте человека одного. Страх тяжело переносить в одиночестве.

• Говорите о том, чего человек боится. Есть мнение, что такие разговоры только усиливают страх, однако ученые давно доказали, что, когда человек проговорит свой страх, тот становится не таким сильным. Поэтому, если человек говорит о том, чего он боится - поддерживайте его, говорите на эту тему.

• Не пытайтесь отвлечь человека фразами: «Не думай об этом», «Это ерунда», «Это глупости» и т.д.

• Предложите человеку сделать несколько дыхательных упражнений, например таких:

1. Положите руку на живот; медленно вдохните, почувствуйте, как сначала воздухом наполняется грудь, потом живот. Задержите дыхание на 1-2 секунды. Выдохните. Сначала опускается живот, потом грудь. Медленно повторите это упражнение 3-4 раза;

2. Глубоко вдохните. Задержите дыхание на 1-2 секунды. Начинайте выдыхать. Выдыхайте медленно и примерно на середине выдоха сделайте паузу на 1-2 секунды. Постарайтесь выдохнуть как можно сильнее. Медленно повторите это упражнение 3-4 раза. Если человеку трудно дышать в таком ритме, присоединитесь к нему - дышите вместе. Это поможет ему успокоиться, почувствовать, что вы рядом.

• Если боится ребенок, поговорите с ним о его страхах, после этого можно поиграть, порисовать, полепить. Эти занятия помогут ребенку выразить свои чувства.

• Постарайтесь занять человека каким-нибудь делом. Этим вы отвлечете его от переживаний.

Помните - страх может быть полезным (если помогает избегать опасных ситуаций), поэтому бороться с ним нужно тогда, когда он мешает жить нормальной жизнью.

**ПОМОЩЬ ПРИ ТРЕВОГЕ**

• Очень важно постараться разговорить человека и понять, что именно его тревожит. В этом случае, возможно, человек осознает источник тревоги и сможет успокоиться.

• Часто человек тревожится, когда у него не хватает информации о происходящих событиях. В этом случае можно попытаться составить план, когда, где и какую информацию можно получить.

• Попытайтесь занять человека умственным трудом: считать, писать и т.д. Если он будет увлечен этим, то тревога отступит.

• Физический труд, домашние хлопоты тоже могут быть хорошим способом успокоиться. Если есть возможность, можно сделать зарядку или совершить пробежку.

**ПОМОЩЬ ПРИ ПЛАЧЕ**

Слезы - это способ выплеснуть свои чувства, и не следует сразу начинать успокаивать человека, если он плачет. Но, с другой стороны, находиться рядом с плачущим человеком и не пытаться помочь ему - тоже неправильно. В чем же должна заключаться помощь? Хорошо, если вы сможете выразить человеку свою поддержку и сочувствие. Не обязательно делать это словами. Можно просто сесть рядом, приобнять человека, поглаживая по голове и спине, дать ему почувствовать, что вы рядом с ним, что вы сочувствуете и сопереживаете ему. Помните выражения «поплакать на плече», «поплакать в жилетку» - это именно об этом. Можно держать человека за руку. Иногда протянутая рука помощи значит гораздо больше, чем сотни сказанных слов.

**ПОМОЩЬ ПРИ ИСТЕРИКЕ**

В отличие от слез, истерика - это то состояние, которое необходимо постараться прекратить. В этом состоянии человек теряет много физических и психологических сил. Помочь человеку можно, совершив следующие действия:

• Удалите зрителей, создайте спокойную обстановку. Останьтесь с человеком наедине, если это не опасно для вас.

• Неожиданно совершите действие, которое может сильно удивить (например, можно дать пощечину, облить водой, с грохотом уронить предмет, резко крикнуть на пострадавшего). Если такое действие совершить не удается, то сидите рядом с человеком, держите его за руку, поглаживайте по спине, но не вступайте с ним в беседу или, тем более, в спор. Любые ваши слова в этой ситуации только подольют масла в огонь.

• После того, как истерика пошла на спад, говорите с пострадавшим короткими фразами, уверенным, но доброжелательным тоном («выпей воды», «умойся»).

• После истерики наступает упадок сил. Дайте человеку возможность отдохнуть.

**ПОМОЩЬ ПРИ АПАТИИ**

В состоянии апатии помимо упадка сил наваливается безразличие, появляется ощущение опустошенности. Если человека оставить без поддержки и внимания, то апатия может перерасти в депрессию. В этом случае можно произвести следующие действия:

• Поговорите с человеком. Задайте ему несколько простых вопросов исходя из того, знаком он вам или нет: «Как тебя зовут?», «Как ты себя чувствуешь?», «Хочешь есть?».

• Проводите пострадавшего к месту отдыха, помогите удобно устроиться (обязательно нужно снять обувь).

• Возьмите человека за руку или положите свою руку ему на лоб.

• Дайте ему возможность поспать или просто полежать.

• Если нет возможности отдохнуть (происшествие на улице, в общественном транспорте, ожидание окончания операции в больнице), то больше говорите с пострадавшим, вовлекайте его в любую совместную деятельность (можно прогуляться, сходить выпить чая или кофе, помочь окружающим, нуждающимся в помощи).

**ПОМОЩЬ ПРИ ЧУВСТВЕ ВИНЫ ИЛИ СТЫДА**

• Если с вами рядом человек, который мучается от стыда или от чувства вины, постарайтесь убедить его обратиться к специалисту. Такое состояние часто требует помощи специалиста-психолога или врача-психотерапевта.

• Поговорите с человеком, выслушайте его. Дайте понять, что вы слушаете и понимаете его (кивайте, поддакивайте, говорите «угу», «ага»). Не осуждайте человека, не старайтесь оценивать его действия, даже если вам кажется, что человек поступил неправильно. Дайте понять, что принимаете человека таким, какой он есть. Не пытайтесь переубедить человека («Ты не виноват», «Такое с каждым может случиться»). На этом этапе важно дать человеку выговориться, рассказать о своих чувствах. Не давайте советов, не рассказывайте о своем опыте, не задавайте вопросов - просто слушайте.

**ПОМОЩЬ ПРИ ДВИГАТЕЛЬНОМ ВОЗБУЖДЕНИИ**

Острая реакция на стресс может проявляться в двигательном возбуждении, которое может стать опасным для самого пострадавшего и окружающих. В этом случае постарайтесь найти возможность физически остановить человека. Прежде, чем пытаться ему помочь, убедитесь, что это не опасно для вас. Помните, психологическая помощь возможна только в случае, если пострадавший отдает себе отчет в своих действиях.

• Задавайте человеку вопросы, которые привлекут его внимание, или поручите дело, которое заставит его задуматься. Любая интеллектуальная активность снизит уровень активности физической.

• Предложите прогуляться, сделать несколько физических упражнений, выполнить какую-то физическую работу (что-то принести, переставить и т.д.), так, чтобы он почувствовал физическую усталость.

• Предложите совместно сделать дыхательную гимнастику. Например, такую:

1. Встаньте. Сделайте медленный вдох, почувствуйте, как воздух заполняет сначала грудную клетку, потом живот. Выдыхайте в обратном порядке - сначала нижние отделы легких, потом верхние. Сделайте паузу в 1-2 сек. Повторите упражнение еще 1 раз.

Важно дышать медленно, иначе от переизбытка кислорода может закружиться голова.

2. Продолжайте глубоко и медленно дышать. При этом на каждом выдохе постарайтесь почувствовать расслабление. Расслабьте руки, плечи, спину. Почувствуйте их тяжесть. Концентрируйтесь на дыхании, представьте, что выдыхаете свое напряжение. Сделайте 3-4 вдоха-выдоха.

3. Некоторое время (примерно 1-2 минуты) дышите нормально.

4. Снова начинайте медленно дышать. Вдыхайте теперь через нос, а выдыхайте через рот, сложив губы трубочкой. При выдохе представьте, что осторожно дуете на свечку, стараясь не погасить пламя. Старайтесь сохранять состояние расслабленности. Повторите упражнение 3-4 раза.

5. Дышите как обычно.

**ПОМОЩЬ ПРИ НЕРВНОЙ ДРОЖИ**

• Нужно усилить дрожь. Возьмите человека за плечи и сильно, резко потрясите его в течение 10—15 секунд. Продолжайте разговаривать с ним, иначе он может воспринять ваши действия как нападение.

• После завершения реакции необходимо дать пострадавшему возможность отдохнуть. Желательно уложить его спать.

Категорически нельзя:

1. Обнимать пострадавшего или прижимать его к себе.

2. Укрывать пострадавшего чем-то теплым.

3. Успокаивать пострадавшего, говорить, чтобы он взял себя в руки.

**ПОМОЩЬ ПРИ ГНЕВЕ, ЗЛОСТИ, АГРЕССИИ**

• Сведите к минимуму количество окружающих.

• Дайте пострадавшему возможность «выпустить пар» (например, выговориться или избить подушку).

• Поручите работу, связанную с высокой физической нагрузкой.

• Демонстрируйте благожелательность. Даже если вы не согласны с пострадавшим, не обвиняйте его самого, а высказывайтесь по поводу его действий. В противном случае агрессивное поведение будет направлено на вас. Нельзя говорить: «Что же ты за человек!». Надо говорить: «Ты ужасно злишься, тебе хочется все разнести вдребезги. Давай вместе попытаемся найти выход из этой ситуации».

• Старайтесь разрядить обстановку смешными комментариями или действиями, но только в том случае, если это уместно.

• Агрессия может быть погашена страхом наказания, если:

— нет цели получить выгоду от агрессивного поведения;

— наказание строгое и вероятность его осуществления велика.