

ПАНИКА, КАК НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЕ ЯВЛЕНИЕ В ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ

Н.Н.Величко¹, М.В.Величко²

1 - Тверской филиал Московского университета МВД России имени В.Я. Кикотя

2 - Федеральное казённое учреждение "Главное бюро медико - социальной экспертизы по Тверской области" Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

Ключевые слова: медицина катастроф, чрезвычайная ситуация, психическое реагирование, стресс, паника.

Среди ответных реакций индивидуума на острый стресс особое место занимают состояния паники. Индивидуальные панические реакции сводятся к аффективно-шоковым. При развитии их одновременно у нескольких человек возможен эффект взаимовлияния, приводящий к массовым индуцированным эмоциональным расстройствам, которые сопровождаются "животным" страхом. Индукторы паники - паникеры, люди, обладающие выразительными движениями, гипнотизирующей силой криков, ложной уверенностью в своих действиях. Становясь лидерами толпы в чрезвычайных обстоятельствах, они могут создать общий беспорядок, быстро парализующий целый коллектив [1].

О панике чаще говорят как об особом групповом, социально-психологическом феномене, как об одной из форм поведения группы лиц [3]. Групповая паника – состояние охваченной страхом группы, характеризующееся ее неуправляемой однонаправленной активностью. Человек, попавший в поток панически действующих людей, находится под властью механизмов заражения и подражания и действует как все.

Панику можно классифицировать по особенностям активности, масштабам, глубине охвата, длительности и деструктивным последствиям [6].

Паника при чрезвычайном событии бывает аффективной, т.е. групповой эмоцией испуга, страха, ужаса, проявления чувства самосохранения, которая может возникнуть под воздействием поражающих факторов события. Причиной тому может стать не только сама опасность, но и боязнь оказаться в безвыходном положении, ощущение того, что пути спасения либо могут быстро исчезнуть, либо крайне ограничены. Бывает,

что паника возникает и при мнимой опасности, если есть предрасполагающая ситуация, и люди находятся в тревожном ожидании.

Люди, охваченные аффективной паникой, не контролируют сознательно свое поведение, туманно воспринимают окружающее; аффективная паника парализует их целенаправленную деятельность. Считается, что 55% жертв при землетрясениях обусловлено неправильным поведением людей, в том числе и паникой [6].

Характерные действия при панике – неудержимый, устремленный в никуда бег, хаотичные, беспорядочные действия, неадекватные поступки (выпрыгивание их окон горящего дома, гостиницы, спасение какой-нибудь куклы вместо драгоценностей, хватание теплой шапки при выскакивании на мороз при практически отсутствующей одежде на теле и пр.). Не потерявшие способность к оценке обстановки, выбирают путь от опасности, но некоторые могут двигаться и в ее сторону, полагая, что так менее опасно, чем в общем потоке. Бывает, что кто-то приходит в себя и пытается остановить людей, организовать их действия. Но такие попытки чаще всего оказываются неудачными, а человек, ставший на пути панической толпы, может оказаться сметенным и раздавленным. В практике имелись случаи, когда люди, сохранявшие самообладание, объединялись в группы и совместными усилиями пытались расчлнить толпу, внести организованность в поведение, находящихся в панике людей.

Аффективная паника бывает при пожарах, взрывах, землетрясениях, извержении вулканов, селевых потоках, сходах лавин, крупных авариях на транспорте, на производстве, в боевой обстановке, при террористических актах и пр. Возникает она всегда внезапно и постепенно затухает. Длится от нескольких минут до нескольких часов.

Паника негативна как социальными, материальными, так и человеческими потерями. В обстановке зоне удара чрезвычайного события нередко усложняется криминальная обстановка, увеличивается число краж, грабежей, распространяется мародерство. Последствия психологических потрясений от перенесенного при панике шока у некоторых людей сохраняются несколько лет.

Основная причина паники – внезапность возникновения события, устранившего группу людей; люди его не ждали, не настроились на встречу с ним и поэтому психологический эффект от него многократно увеличен. Неожиданным может быть и возникновение психогенного фактора, его время (даже раньше или позже ожидавшегося), место, характер воздействия [2].

Паника чаще возникает в неорганизованных (диффузных) группах – группах ничем не связанных людей, в толпе. Другая причина панической дезорганизации группы – отсутствие уверенного управления группой в экстремальных условиях, не авторитетность руководителя, неверие людей в то, что он в состоянии вывести их из тяжелой ситуации. Немецкие и американские специалисты подчеркивают роль дисциплины в боевых группах.

Многое зависит от уровня социально-психологического развития группы. В коллективах паника крайне редка, а не сплоченные, недружные, раздираемые противоречиями и конфликтами группы, собранные наскоро из незнакомых людей, сильно подвержены ей. Стихия индивидуализма, отсутствие сплачивающих группу психологических сил определяют высокую вероятность возникновения паники и действий по принципу «каждый сам за себя» и «спасайся, кто может».

Любые группы подвержены панике при плохой подготовленности к действиям в экстремальных ситуациях, особенно – к внезапности и неожиданности. Сказывается наличие в группах слабых, морально и психологически неустойчивых, впечатлительных, истеричных людей – паникеров, первыми теряющих контроль над собой. Их паническое поведение – метания, попытки бежать, истошные вопли, пугающие выкрики («пожар», «окружают», «предали», «спасайтесь», «все погибнем» и др.), – сильно действует на до предела «натянутые нервы» других членов группы, может послужить толчком для начала паники.

Во время интенсивного и длительного воздействия экстремальных факторов уменьшается число соматических заболеваний и болезненных состояний [7, 8]. Но это бывает только в тех случаях, когда люди сохраняют мужество, продолжают бороться. Синдром рухнувшей надежды незамедлительно приводит к осложнениям и не малым. Существует ряд понятий «депрессия достижения», «болезнь достижения», «синдром Мартина Идена». Этот комплекс заболеваний появляется после достижения значительных успехов, когда активное напряжение сменяется расслаблением и организм теряет какие-то защитные свойства. Если же борьба продолжается, наступает увлеченность другими планами, появляется необходимость новых преодолений, то расстройств не наблюдается. Из всего этого следует, что причина не в истощении жизненной энергии, а в мобилизации скрытых ресурсов организма, не проявляющихся в обычных условиях.

Опытным путём установлено, что дистресс лишь тогда приводит к пост стрессовым расстройствам, когда сопровождается пассивно-оборонительной реакцией [3].

Большое значение принадлежит состоянию готовности группы. Например, воинские подразделения и части много дней стойко и мужественно проводившие тяжелые бои с противником, обычно отводятся в тыл для отдыха. Люди отдыхают, безмятежно расслабившись и наслаждаясь безопасностью. Бывало, что именно в такой момент они внезапно подвергались нападению какой-то группы противника, скрытно проникшей в тыл; в такой ситуации даже опытные боевые группы охватывала паника.

Паника возникает легче в общей обстановке неудач, чередующихся грозных явлений природы; среди людей, перенесших психические потрясения, усталых, физически и психологически изнуренных, находящихся в состоянии предельного напряжения; в темноте, при плохой видимости, когда воображение рисует то, чего нет, и преувеличивает опасности.

Решающее значение в показателях уровня социально-психологического развития и устойчивости групп в экстремальных ситуациях имеет система социальных ценностей, следование которым составляет важнейшую потребность членов группы [4, 5].

Предотвращают панику предварительное обучение действиям в критических ситуациях, правдивая и полная информация во время и на всех этапах развития чрезвычайных событий, специальная подготовка активных лидеров, способных в критический момент возглавить растерявшихся, направить их действия на самоспасение и спасение других пострадавших.

.

Список литературы

1. Величко, Н.Н., Кудрич Л.А.. Первая медицинская помощь: учебник. М.: ЦОКР МВД России, 2008 – 624 с.
2. Дербенев Д.П. Общая характеристика основных факторов, формирующих психическое здоровье подростков // Бюллетень Научно-исследовательского института социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко. 1996. № 4. С. 25.
3. Жуков С.В., Кудрич Л.А. Особенности формирования здоровья подростков, прибывших из зоны осложненной чрезвычайной ситуации // Медицина катастроф. 2006. № 1-2. С. 31.
4. Особенности реабилитации подростков, прибывших из зоны социальной катастрофы / Володин А.С., Вольфсон С.Д., Жуков С.В. // Фундаментальные исследования. 2015. № 1-2. С. 240-244.

5. Пути улучшения физического развития и психологического состояния юношей / Брянцев В.И., Дербенев Д.П., Жмакин И.А. // Военно-медицинский журнал. 1997. № 6. С. 21
6. Рабочая тетрадь для самостоятельной работы по смежной дисциплине "Мобилизационная подготовка здравоохранения" в рамках ТУ-6 "избранные вопросы гражданской защиты и медицины катастроф" для курсантов ФПДО, ПК и ППС / Жуков С.В., Королюк Е.Г., Петров В.П., Рыбакова М.В. / Тверь, 2014 – 56 с.
7. Рыбакова М.В. Особенности самооценки материально-бытового положения семьи у подростков, находящихся под воздействием хронического социального стресса // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2016. Т. 18. № 2. С. 455-458.
8. Рыбакова М.В. Роль медико-социальных факторов в снижения уровня здоровья у детей с хроническим социальным стрессом // Тверской медицинский журнал. 2016. № 3. С. 141-142.