

**Пензенский институт усовершенствования врачей - филиал  
федерального государственного бюджетного образовательного учреждения  
дополнительного профессионального образования  
«Российская медицинская академия непрерывного профессионального  
образования»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Курс мобилизационной подготовки  
здравоохранения и медицины катастроф**

**Организация оказания медико-психологической и  
психотерапевтической помощи пораженным и  
пострадавшим в чрезвычайных ситуациях**

***Старший преподаватель  
Денисов Алексей Владимирович***

# Учебные вопросы

1. Вступление;

2. Руководящие документы

3. Характеристика психоневрологических нарушений у пострадавших вследствие ЧС;

А). непатологические (физиологические) реакции;

Б). психогенные патологические реакции;

В). психогенные невротические состояния;

Г). Реактивные психозы:

- острые

- Затяжные

4. Клиника, диагностика психоневрологических нарушений;

5. Медицинская помощь на этапах эвакуации пораженных

6. Организация психологической помощи пострадавшим;

7. Стандарты по оказанию психологической помощи пострадавшим в ЧС.

8. Заключение

# Вступление

Психогенные расстройства при ЧС занимают особое место в связи с тем, что они могут одновременно возникнуть у большого числа людей, внося дезорганизацию в общий ход спасательных и восстановительных работ.

Этим определяется необходимость оперативной оценки состояния пострадавших, прогноза выявляемых расстройств. Применения необходимых и возможных (в конкретных экстремальных условиях) лечебных мероприятий.

Под экстремальными условиями понимают ситуации опасные для жизни, здоровья и благополучия значительных групп населения, обусловленные стихийными бедствиями, катастрофами, авариями, боевыми действиями, войнами с применением различных видов оружия, в том числе от поражающих факторов оружия массового поражения (ОМП).

«Ужас (страх) очищает, снижает стресс, дает осознание неизбежного кошмара за пределами сна и воображения и ... облегченно вздохнув, мы продолжаем жить». Стивен Кинг

\* Страх может быть описан различными терминами в зависимости от выраженности:

- Испуг

- Ужас

- Паника

Профессор Ю.В. Щербатых предложил свою классификацию страхов:

1. Биологические

2. Социальные

3. Экзистенциальные

1. Это страхи непосредственно связанные с угрозами жизни человеку;

2. Это опасения (боязнь) за изменения своего социального статуса;

3. Это группа страхов связана с интеллектом и вызываются размышлениями над вопросами, затрагивающими сущность человека и характерны для всех людей (проблемы жизни и смерти, страх перед смертью, временем, бессмысленностью человеческого существования и.т.д.);

«Нельзя, чтоб страх повелевал уму; иначе мы отходим от свершений, как зверь, когда мерещится ему.»

Данте Алигьери

Есть промежуточные формы страха, стоящие на грани двух разделов:

- болезнь, с одной стороны имеет биологический характер (боль, повреждение, страдание, но и с другой стороны – социальную природу (выключение из нормальной деятельности, отрыв от коллектива, увольнение с работы, бедность и.т.д.) и поэтому данный страх находится на границе 1 и 2 группы страхов
- Страх глубины при купании – на границе 1 и 3 группы страхов и другие, т.к. в каждом страхе в той или иной мере присутствуют все три составляющие, но одна из которых является доминирующей.

Страх носит генетический или рефлекторный характер, записан на генетическом уровне (ЧС, опасные животные и.т.д.);

Страх основанный на собственном приобретенном опыте записывается на уровне нервных клеток;

Эмоции страха в разных ситуациях у разных людей может существенно различаться, как по силе, так и по влиянию на поведение;

- **Испуг** – кратковременный и сильный страх вызванный внезапным сильным раздражителем, т.е. состояние, возникающее при опасности, когда человек к ней не подготовлен;
- **Тревога** – длительный, слабо выраженный, диффузный страх, эмоционально заостренное ощущение предстоящей угрозы, ожидание какого-то события, которое трудно прогнозировать и угрожает неприятностями;
- **Страх** – это объект, которого надо бояться, т.е.- это страх перед известным человеку опасностью (З. Фрейду);
- **Паника** - ответная реакция на страх может проявиться необдуманными или бессознательными действиями человека;
- **Ужас** – очень сильный страх часто сопровождающейся подавленным состоянием человека;

**А.И. Захаров** отмечал, что тревога и страх объединяются общим чувством беспокойства.

Такие психические расстройства, как фобии – частые, сильные переживания страха человеком, т.е. навязчивый, иррациональный страх с определенным предметом или ситуацией, с которым человек не может справиться самостоятельно;

ВОЗ определяет ЧС, катастрофы, бедствия как ситуации, характеризующиеся непредусмотренными, серьезными, непосредственными угрозами общественному здоровью.

Организация и содержание психоневрологической помощи пострадавшим в ЧС направлена на представление максимально большому числу пострадавших подготовленным врачебно-сестринским персоналом в условиях сохранившейся системы здравоохранения в зоне ЧС проведения медицинской сортировки для направления в специализированные ЛПУ психиатрического профиля.

При массовых санитарных потерях среди населения в ЧС и нарушении системы здравоохранения в зоне ЧС, когда возникает острый дефицит врачей-специалистов, в т.ч. психиатров, решающее значение приобретает умение врача любой специальности оказывать помощь при острых психоневрологических расстройствах, комбинированных, сочетанных травмах и поражениях, где на всех этапах медицинской эвакуации психоневрологическая помощь должна оказываться вместе с общемедицинской, в т. ч. лечебно-эвакуационными мероприятиями и обеспечить непрерывное, преемственное, адекватное оказание пораженным необходимого вида и объема медицинской помощи.

## 2. Нормативно-правовые документы

Приказ Министерства здравоохранения России от 24.10.2002г № 325 « О психологической и психиатрической помощи в ЧС»

2. Методические рекомендации № 2002/144 от 11.03.2003

г

«Оказание психологической и психиатрической помощи пострадавшим в ЧС»

Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им.В.П. Сербского

3.Дополнительная литература:

- Психиатрия катастроф и ЧС и ее развитие в последнее десятилетие; В.Н. Краснов,ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»,Disaster №3, 2009г
- Организационные аспекты оказания психологической и психиатрической помощи в ЧС; Б.А. Казаковцев, журнал неврология и психиатрия № 6 2003г

- Психологическая готовность к опасности; В. Фролов; журнал гражданская защита № 3, 1999г
- Особенности антистрессовой медицинской помощи при ЧС и их последствиях; Ю.П. Бойко, городская психотерапевтическая поликлиника № 223 Комитета здравоохранения г. Москвы

### 3. Характеристика психоневрологических нарушений у пострадавших вследствие ЧС;

- \* Психопатологические расстройства в экстремальных и ЧС имеют много общего с клиническими проявлениями в обычных условиях. Однако есть существенные различия: (по исследованиям от 1991г Александровского Ю.А., Лобастова О.Г., Спивак П.И., Щукина Б.П.)
- \* 1. Вследствие множественных, внезапно действующих факторов в ЧС происходит одномоментное возникновение психических расстройств у большого числа людей
- \* 2. Клиническая картина в этих ситуациях не носит строго индивидуальный. Как при обычных психотравмирующих обстоятельствах, характер и сводится к небольшому числу достаточно типичных проявлений

Особенностью является то, что несмотря на развитие психогенных расстройств и продолжающуюся развивающуюся жизнеопасную ситуацию пострадавший человек вынужден продолжать активную борьбу с последствиями ЧС, стихийным бедствием ради выживания и сохранения жизни близких и всех окружающих

Реактивные состояния, развивающиеся при ЧС относятся к большой группе психогенных расстройств, среди которых выделяют:

- Психогенные реакции, неврозы, состояния ( с не психотической симптоматикой)
- Реактивные психозы ( с психотическими расстройствами)
- Психосоматические расстройства

Данные группы разделены в зависимости от клинической картины

**Реактивные психозы** возникают при сильном травмирующем воздействии, вызывают временные, чаще обратимые **расстройства психики**, обычно связаны с ЧС, при которых возникает страх за свою жизнь, здоровье и жизнь близких людей и не «актуально для личности», т.н. триада Ясперса.

Психогенные реакции, неврозы - ситуации испуга затрагивает преимущественно **эмоциональную** сторону и не требует интенсивной личностной переработки «реакция возникает как бы рефлексорным путем, без интрапсихической переработки» (Краснушкин Е.К., Нейман Н., Ушаков Г.К. 1987г)

## Психогенные расстройства, наблюдаемые при жизнеопасных ситуациях, ЧС

Наименование	Клинические особенности
С не психотической симптоматикой, (непатологические физиологические реакции)	Преобладание эмоциональной напряженности, психомоторных, психовегетативных, гипотемических проявлений, сохранение критической оценки происходящего и способности к целеноправленной деятельности (временные, обратимые расстройства психики)
С психотической симптоматикой, (психогенные патологические реакции, реактивные психозы)	Невротический уровень расстройства психики, островозникающий, астенический, депрессивный, истерический и другие синдромы, снижение критической оценки происходящего и возможностей целенаправленной деятельности.

# Психогенные расстройства, наблюдаемые при жизнеопасных ситуациях, ЧС

<p>Психогенные невротические реакции (реактивные психозы)</p>	<p>Формы реактивных психозов разнообразны могут преобладать чередование различных психопатологических синдромов.</p> <p>Характерны волнообразность течения, смежные и смешанность синдромов, различной длительности заболевания, имеет место утрата критического понимания происходящего и возможностей целенаправленной деятельности больным.</p>
<p>Выделяют 3 группы реактивных психозов:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-1. группа - аффективно-шоковые</li><li>-2. Подострые (острую)</li><li>-3. Затяжные</li></ul>	<p>1.Шоковые невроты, аффективно-шоковые реакции, эмоциональные невроты – возникают из-за внезапных сильных потрясений, тяжелых известий, угрозой жизни, ЧС, катастрофой, ужасном зрелище</p> <p>Формы шоковых острых реактивных психозов:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Психомоторная заторможенность с мутизмом</li></ul>

# Психомоторная заторможенность с мутизмом

- \* Больной полностью обездвижен, неспособен к речевому контакту, не может даже пошевелиться обезопасить себя в опасности, не может позвать на помощь, но воспринимает и понимает окружающие события. Помрачение сознания нет, внешнего проявления эмоций нет, больные демонстрируют безразличие к происходящему, как бы регистрируя его, но эмоционально не реагируя. Выход в состояние психического здоровья может быть острым и сопровождаться краткой амнезией.

## Психогенное двигательное возбуждение

\* Характеризуется острым началом в условиях внезапных психотравмирующих событий, общим психомоторным возбуждением (бесцельные движения, быстрый бег в замкнутом пространстве, нечленораздельные звуки, непонятные фразы, выражение страха, ужаса на лице), помрачением сознания по сумеречному типу. Течение короткое, выход острый с восстановлением ориентировки, но с амнезией на период психоза.

### \* 2 группа - Подострые реактивные психозы

\* Это психозы, возникающие не столь остро, как две предшествующие формы.

\* **Реактивная депрессия** - наиболее часто встречающаяся форма подострых реактивных психозов, характеризующихся угнетением и упадком настроения.

\* Доминирующим переживанием у больных становится то, что вызвало, например заболевание ( неизлечимая болезнь или смерть близкого человека, измена, развод, разрыв личных отношений и др.). Больные перестают следить за собой.

Небрежны в туалете, не поддерживают порядок в квартире.

Картина психических расстройств формируется довольно быстро. По мере углубления депрессии появляется депрессивный бред – идеи самообвинения, самоуничтожения (редко) и идеи виновности. Больные реактивной депрессией требуют самого строгого надзора, так как нередко покушаются на самоубийство. Существует в клинической практике еще 3 клинических варианта реактивной депрессии:

- \* - астеническая реактивная депрессия
- \* - депрессивно-бредовый вариант
- \* - истерическая психогенная депрессия

Выход из реактивной депрессии (как и развитие ее) сначала литический, но с момента начавшегося улучшения опред-ся

\* Склонность к волнообразным перепадам в степени выраженности основной симптоматики. Продолжительность болезни в целом от нескольких недель до 2-3 месяцев.

**\* Психогенные сумеречные состояния (истерические психозы, продолжение 2 группы подострых реактивных психозов)**

\* Довольно распространенная разновидность реактивных состояний (психозов). Характеризуется симптомами, свойственными любым формам помрачения сознания (дезориентация, выключение из ситуации, более или менее грубое нарушение предметного контакта). Но в этом помрачении сознания прослеживается четкая связь его происхождения с психической травмой.

\* Обычно выделяют 3 типа истерических психоза:

\* - псевдодеменция

\* - пуэризм

\* - истерическое сумеречное помрачение сознания

**Псевдодеменция** характеризуется своеобразным сужением сознания при стремлении больного оградиться от травмирующей ситуации и реальной опасности. Она выражается явлениями резкого «поглупения» больного, неспособностью отвечать на самые простые вопросы и производить самые примитивные действия. Характерен описанный Ганзером и названный его именем синдром мим-ответов, когда ответ больного на заданный ему врачом вопрос не имеет прямой смысловой связи с вопросом. Например, на вопрос «Как Вас зовут?», следует ответ «Я ходил гулять». На предложение врача подать руку, больной открывает рот и пр. – симптом мим-действия.

**Пуэрилизм** – клинически это состояние проявляется в неправильном поведении взрослого больного, когда в его речи и мимике появляются черты, свойственные детскому возрасту. Так например, больной сообщает, что ему 3 года, говорит детским голосом, просит конфету, персонал зовет «тетями и дядями», капризничает.

Все эти формы истерических психозов характеризуются в первую очередь расстройствами сознания, а именно сумеречным помрачением его. Нарушение сознания по сумеречному типу возникает на высоте психоза, а затем сменяется затемнением по типу аффективно-суженного. При аффективно-суженном сознании больной в определенной степени ощущает окружающую обстановку, т.е. у него всегда остается «окно в реальность» по выражению С.С. Корсакова.

Поскольку для всех клинических форм истерического психоза характерно помрачение сознания, то некоторые авторы вместо термина «истерический психоз» пользуются термином «психогенные сумеречные состояния»

## Подострые реактивные психозы (продолжение 2 группы)

### Истерическое

**Сумеречное помрачение сознания**- характеризуется концентрированием внимания на травмирующей ситуации, которая была пережита больным , но вновь и вновь переживается им: больной плачет, кричит, прячется, хотя травмирующая ситуация уже устранена. Другой довольно частый вариант сумеречного сознания, когда больной противопоставляет воображаемую положительную ситуацию происшедшей отрицательной травмирующей ситуации, например воображает умершего близкого живым, ожидает его прихода, встречает, разговаривает с ним и пр. В подобных случаях воображаемый образ настолько ярок, что речь может идти о так называемых психогенных галлюцинациях.

## Затяжные реактивные психозы (3 группа затяжных реактивных психозов)

\* Сюда относятся:

\* - Реактивный паранойд;

\* - Психогенное паранояльное бредообразование;

\* - Индуцированный бред;

**Реактивный параноид** характеризуется появлением у больного убежденности, что определенные, незнакомые люди замышляют против него всякого рода заговоры вплоть до убийства. Больной слышит голоса с угрозами в его адрес.

В частности, такой параноид развивается на почве психогений у людей с пониженным слухом, отличающихся мнительным характером и подозрительностью. Средняя продолжительность острого параноида 2-3 мес., а иногда он проходит в течении 2-3 дней.

## **Психогенное паранояльное бредообразование (параноидная форма реактивного психоза)**

### **\* Психогенное паранояльное бредообразование -**

Доминирующим признаком в клинике этого болезненного состояния является бредообразование. Это особый тип реактивных бредовых психозов, которые представляют собой случаи постепенного их развития (порой на протяжении ряда лет) у лиц, главным образом, с паранояльной психопатией. Это происходит не под воздействием острых психических травм, (что характерно для картины обычных реактивных психозов), а в условиях хронической, обыденной психотравматизации.

\* При этом бред оказывается интерпретативным, паралогическим, систематизированным. Он строится на основе интерпретации реальных событий окружающей больного обстановки. С течением времени он превращается в развернутую бредовую систему, отличающуюся чрезвычайной стойкостью, сохраняющую многие годы, десятилетия, пожизно

\* пожизненно без всякой тенденции к ослабоумливанию. Одержимые такими переживаниями больные теряют не только способность работать, но и обслуживать себя в быту, часто госпитализируются в психиатрические больницы, переводятся на инвалидность. Объективно у них сохраняется хорошая память, интеллект, эмоциональная живость, адекватность. Они жадно стремятся к общению и беседе с врачом, ждут надежды на выздоровление, ищут помощи, и несмотря на многолетнее неблагоприятное течение болезни, у них не обнаруживается шизофренических симптомов, ни изменений личности по шизоидному типу.

## **Индукцированный бред**

Наблюдается как бы переход психических расстройств от одного лица к другому. Обычно такой переход наблюдается в условиях их тесного общения, причем одно лицо действительно страдает психозом и является источником индукции – индуктором. Лицо воспринимающее эти расстройства называется индуцируемым.

\* Существует ряд условий, способствующих реализации психической индукции. Главнейшие из них:

- Тесное общение (совместное проживание, общая работа или личностные отношения) индуктора и индуцируемого;
- Преморбидное психическое (интеллектуальное, социальное или характерологическое) превосходство индуктора над индуцируемым;
- Психическая слабость, внушаемость индуцируемого:

Тематика индуцированных психозов в большинстве случаев связана с обыденными событиями и отражает идеи преследования, отравления, эротические и сутяжные переживания.

# Медицинская помощь на этапах эвакуации пораженных

- \* Организация и содержание медицинской помощи пострадавшим с психогенными расстройствами; развившимися в чрезвычайных ситуациях, определяются прежде всего масштабами катастрофы или стихийного бедствия, величиной санитарных потерь населения вообще и потерь психоневрологического профиля в особенности. При ограниченных единичных или немногочисленных очагах ЧС, при сохранившейся системе оказания медицинской помощи, как правило, имеется возможность направить в очаг (к очагам) чрезвычайной ситуации достаточные силы и средства, в том числе подготовленной врачебный и средний медицинский персонал.

Принципиально иные условия возникают при стихийных бедствиях и катастрофах, охватывающих значительные территории, не говоря уже о многочисленных очагах массовых санитарных потерь, которые могут возникнуть, например, во время войны, в результате разрушения атомных электростанций, плотин, химических заводов или массовых вспышках инфекционных заболеваний. В подобных ситуациях в большей или меньшей мере нарушается система здравоохранения, резко возрастают санитарные потери населения, существенно страдает материально-техническая база здравоохранения, возникает острый дефицит врачей-специалистов. Решающее значение при этом приобретает служба медицины катастроф, организация подготовки врачей любой специальности к оказанию помощи при психогениях, поражениях СДНВ и т.д., поскольку они очень часто могут сочетаться с любой другой формой патологии. Опыт медицинской помощи при ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС, землетрясение в Армении, взрыва газовой смеси невдалеке от участка железной дороги Уфа-Челябинск и во время других крупномасштабных катастроф и стихийных бедствий, происшедших в нашей стране, подтверждает правильность такого подхода. Опыт показывает, что на всех этапах психоневрологическая помощь должна быть тесно связана с общемедицинской и, по возможности, обеспечивать непрерывность, преемственность, адекватность.

В условиях массовых санитарных потерь населения медицинская помощь пострадавшим и с психогениями наиболее эффективна при двух этапной системе лечебно эвакуационного обеспечения пораженных, эта система предусматривает оказание трех видов медицинской помощи - первой медицинской, первой врачебной и специализированной медицинской соответственно в очагах массовых санитарных потерь и пути эвакуации (догоспитальный этап) и в специализированных лечебных учреждениях (госпитальный этап).

В период изоляции первая медицинская помощь значительной части пострадавших оказывается на месте поражения или вблизи от него - в порядке само- и взаимопомощи. Однако, для лиц с психогенными расстройствами реальность взаимопомощи и особенно самопомощи по понятным причинам весьма сомнительна. Опыт показывает, что главная роль в организации оказания помощи в зоне катастрофы принадлежит, как правило, местным властям, медицинским работникам близлежащих ЛПУ и, особенно, бригадам скорой и неотложной медицинской помощи. Врачи скорой помощи должны быть знакомы как с догоспитальными, так и с госпитальными планами оказания помощи при массовых санитарных потерях, которые адаптированы к местным условиям.

Первоочередная задача оказывающих первую медицинскую помощь: - выделить пострадавших, находящихся в остром психотическом состоянии, прежде всего в состоянии психомоторного возбуждения, обеспечить безопасность их и окружающих, ликвидировать обстановку растерянности, исключить возможность возникновения массовых панических реакций. Спокойные уверенные действия медицинских работников, оказывающих первую медицинскую помощь, имеют особенно большое "успокаивающее" значение для той части населения, у которой имеются субшоковые (субаффективные) психогенные реакции (Ю.А.Александровский и др. 1991г.).

Первая медицинская помощь в основном сводится к успокоению, удовлетворению физиологических потребностей: горячее питье, если необходимо - согревание. При двигательном возбуждении неадекватных поступках в качестве крайней меры возможна фиксация к носилкам с использованием лямок и подручных средств. При этом необходимо следить за кровообращением в конечностях. Можно давать успокаивающие микстуры (валерианы, боярышника, пустырника с бромом и др.).

При наличии условий с целью купирования двигательного возбуждения показано внутримышечное введение 2,5% левомепроазина (3, и мл), 2,5% аминазина (2,0-3,и мл) вместе с кордиамином (1,0-2,0 мг), 0,1% феназепама (2,0 мл).

Все пораженные с психическими расстройствами направляются в специализированные больницы (отделения) или в психоневрологические изоляторы, развертываемые в ближайших лечебных учреждениях. В первую очередь эвакуируются лица, находящиеся в состоянии психомоторного возбуждения, особенно, в случае его сочетания с механическими или термическими поражениями, Этих пострадавших желательно эвакуировать санитарным транспортом в положении лежа, фиксированными к носилкам и с сопровождающим.

Первая врачебная помощь пострадавшим оказывается в районе (вблизи района катастрофы бригадами скорой помощи или ВСЕ, а также в приемных (приемно-сортировочных) отделениях ближайших ЛПУ.

Учитывая, что первая врачебная помощь этой категории пострадавших будет оказываться врачами различных специальностей, в основу медицинской сортировки положен синдромологический принцип.

Критериями синдромологической сортировки являются:

- состояние сознания (изменено или ясное);
- особенности мышления (имеются или нет неправильные, бредовые суждения);
- состояние двигательной сферы (есть или нет двигательное беспокойство, заторможенность);
- особенности эмоционального состояния (депрессия, тревога, страх и др.).

Все лица с выраженными нарушениями сознания, мышления, с двигательными беспокойством, депрессией после оказания первой врачебной помощи (которая заключается в успокоении, даче успокаивающих микстур, в/м введении 2,5% левомепроазина и аминазина (2,0-3,0), 0,1% феназепама (2,С), литической смеси 2,5% аминазина (2,0-3,0) или лепроменавазин (2,0), 1% димедрол (2,0); при отсутствии гипотонии 25% - 5,0 магния сульфат) подлежат направлению в психоневрологический стационар.

Лицам с выраженной симптоматикой при отсутствии отчетливых нарушений сознания, мышления, двигательной сферы и эмоциональных расстройств оказывается первая врачебная помощь, а часть из них может задерживаться в психоизоляторе ближайших больниц на короткий срок (до суток) для врачебного наблюдения.

В процессе медицинской сортировки на догоспитальном этапе пострадавших с психогенными расстройствами целесообразно отнести к одной из следующих сортировочных групп:

Представляющие опасность для себя и окружающих. В эту группу ещё на распределительном посту (РП) включаются лица с психогениями, сопровождающимися психотическими нарушениями и различными соматическими (интоксикационными, радиационными и др.) расстройствами, требующие специальной обработки.

Нуждающиеся в неотложных мероприятиях первой врачебной помощи. Это, главным образом, лица, находящиеся в остром психотическом состоянии и психомоторном возбуждении. Те пострадавшие, у которых острое психотическое состояние не удалось купировать психотропными средствами, направляются в психоизолятор.

Нуждающиеся в медицинской помощи, которая может быть отсрочена по времени и оказана на следующем этапе медицинской эвакуации, в психоневрологической больнице (отделении). Эти пострадавшие после соответствующей подготовки направляются на эвакуацию.

Пострадавшие с наиболее легкими формами психогенных расстройств, которые после введения успокаивающих средств и краткосрочного отдыха могут быть возвращены к трудовой деятельности.

Опыт показывает, что главная задача первой врачебной помощи пострадавшим с психогенными расстройствами - борьба с острыми психическими проявлениями и подготовка пострадавших к эвакуации в психоневрологическую больницу (отделение). Инъекции успокаивающих средств при необходимости могут повториться 2-3 в сутки, и обязательно производиться за 20-30 мин перед эвакуацией возбужденных больных в психоневрологический стационар.

Из числа лиц, кратковременно (до суток) потерявших способность к выполнению служебных обязанностей в результате развития у них расстройств невротического уровня, только 10% нуждаются в первой врачебной помощи. При расстройствах психотического уровня в первой медицинской помощи нуждаются 90% пострадавших, а в первой врачебной помощи до 40%.

## 5. Организация экстренной психологической помощи пострадавшим;

\* Порядок оказания экстренной психологической помощи пострадавшему населению в зонах чрезвычайных ситуаций и при пожарах (далее - Порядок) разработан в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 11 июля 2004 г. N 868 "Вопросы Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий" и определяет правила организации и проведения мероприятий по оказанию экстренной психологической помощи пострадавшему населению в зонах чрезвычайных ситуаций и при пожарах силами специалистов Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (далее - МЧС России), а также специалистов организаций, входящих в структуру единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (далее - РСЧС). Ответственность за организацию и проведение мероприятий по оказанию экстренной психологической помощи пострадавшему населению в зонах чрезвычайных ситуаций и при пожарах возлагается на психологическую службу МЧС России.

Порядок применяется в период ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций и предназначен для территориальных органов МЧС России, подразделений федеральной противопожарной службы, аварийно-спасательных и поисково-спасательных формирований и иных учреждений и организаций, находящихся в ведении МЧС России, а также организаций, входящих в структуру РСЧС, и других служб, имеющих право оказывать психологическую помощь населению в зонах чрезвычайных ситуаций и при пожарах (далее - ЧС).  
Все виды экстренной психологической помощи пострадавшему населению в зонах ЧС и при пожарах оказываются бесплатно.

# 1.1. Термины и определения

- \* 1.1.1. Информационно-психологическое сопровождение пострадавших, а также родственников и близких погибших и пострадавших в чрезвычайной ситуации - комплекс действий психологов, направленный на своевременное, достоверное и доступное информирование пострадавших, а также родственников и близких погибших и пострадавших о мероприятиях, проводимых с целью ликвидации последствий чрезвычайной ситуации и по другим вопросам, связанным с оказанием помощи пострадавшим, а также родственникам и близким погибших и пострадавших.

1.1.2. Психологическая служба МЧС России (далее - психологическая служба) - система сил и средств МЧС России, предназначенных для осуществления комплекса мероприятий по психологическому сопровождению деятельности профессиональных контингентов МЧС России, принимающих участие в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, в том числе в подразделениях и учреждениях Государственной противопожарной службы МЧС России, а также мероприятий по оказанию экстренной психологической помощи пострадавшему населению в зонах чрезвычайных ситуаций и при пожарах.

1.1.3. Психологическое обеспечение в МЧС России - это система организационных и практических мероприятий по психологическому сопровождению деятельности профессиональных контингентов МЧС России и психологическому сопровождению аварийно-спасательных и других неотложных работ (далее - АСДНР).

1.1.4. Пролонгированная психологическая помощь - комплекс мероприятий по психологической реабилитации пострадавших, а также родственников и близких погибших и пострадавших в ЧС и при пожарах, осуществляемый специалистами субъектов Российской Федерации после завершения работ по оказанию экстренной психологической помощи.

1.1.5. Сопровождение массовых мероприятий - комплекс мероприятий, осуществляемый специалистами психологической службы в местах массового скопления людей и направленный на профилактику массовых негативных реакций.

1.1.6. Способствование обеспечению минимальных условий жизнедеятельности пострадавших, а также родственников и близких погибших и пострадавших в чрезвычайной ситуации - система мероприятий, осуществляемая специалистами психологической службы во взаимодействии со службами, обеспечивающими питание, размещение, проживание, транспортировку пострадавших в чрезвычайной ситуации, а также родственников и близких погибших и пострадавших в ЧС и направленная на удовлетворение жизненно важных потребностей.

1.1.7. Экстренная психологическая помощь (далее - ЭПП) - целостная система мероприятий, направленных на оптимизацию актуального психического состояния пострадавших, а также родственников и близких погибших и пострадавших в условиях ЧС, снижение рисков возникновения массовых негативных реакций и профилактику отдаленных негативных психических последствий, включающая в себя как отдельные специальные методы психологического воздействия, так и организацию особой среды, окружающей пострадавших, а также родственников и близких погибших и пострадавших в ЧС, в процессе ликвидации последствий ЧС.

1.1.8. ГОТОВНОСТЬ N 1 - состояние структурных подразделений центрального аппарата, территориальных органов МЧС России, подразделений федеральной противопожарной службы, аварийно-спасательных формирований и организаций МЧС России, при котором с возникновением (угрозой возникновения) чрезвычайной ситуации они приводятся в готовность к применению по штатам мирного времени.

# 1.2. Структура психологической службы

- \* 1.2.1. В структуру психологической службы входят:
- \* в центральном аппарате МЧС России - заместитель Министра Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий, Управление медико-психологического обеспечения, Департамент кадровой политики, Департамент пожарно-спасательных сил, специальной пожарной охраны и сил гражданской обороны;
- \* федеральное казенное учреждение "Центр экстренной психологической помощи Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий" (далее - ФКУ ЦЭПП МЧС России);
- \* филиалы ФКУ ЦЭПП МЧС России;

специалисты психологической службы учреждений, организаций и частей центрального подчинения МЧС России;

специалисты психологической службы специальных управлений ФПС;

специалисты психологической службы территориальных органов управления: региональных центров МЧС России (далее - РЦ МЧС России) Главных управлений МЧС России по субъектам Российской Федерации (далее - ГУ МЧС России) и подчиненных подразделений.

1.2.2. Работы по оказанию ЭПП пострадавшим в зонах ЧС и при пожарах, а также родственникам и близким погибших и пострадавших осуществляются силами специалистов психологической службы под руководством ФКУ ЦЭПП МЧС России. ФКУ ЦЭПП МЧС России входит в состав сил реагирования МЧС России, привлекаемых к ликвидации ЧС. К силам и средствам, привлекаемым для проведения мероприятий по оказанию экстренной психологической помощи в зоне ЧС и при пожарах, относятся также психологи РЦ МЧС России, ГУ МЧС России и подчиненных подразделений.

### **1.3. Задачи и функции специалистов психологической службы при оказании экстренной психологической помощи пострадавшему населению в зонах чрезвычайных ситуаций и при пожарах**

- \* 1.3.1 Задачей специалистов психологической службы в режиме повседневной деятельности является совершенствование системы оказания ЭПП.
- \* 1.3.2. В целях реализации поставленной задачи специалистами психологической службы обеспечивается:
  - \* развитие нормативной правовой базы деятельности специалистов психологической службы;
  - \* создание системы организационных и научно-методических стандартов деятельности психологической службы в области оказания ЭПП пострадавшим, а также родственникам и близким погибших и пострадавших в результате ЧС; совершенствование практической и научно-методической деятельности в области психологии экстремальных ситуаций;

подготовка специалистов к проведению мероприятий по оказанию ЭПП пострадавшему населению в зонах ЧС и при пожарах, персоналу, работающему в условиях ликвидации ЧС, специалистам МЧС России; повышение готовности мобильных сил МЧС России в части оказания ЭПП; повышение качества и оперативности оказания ЭПП пострадавшему населению в зонах ЧС и при пожарах специалистами психологической службы МЧС России; организация взаимодействия со специалистами психологических служб силовых структур и прочих ведомств, входящих в состав РСЧС.

1.3.3. Задачами специалистов психологической службы при оказании ЭПП в режиме ЧС являются:

- создание психологической обстановки, обеспечивающей оптимальные условия для проведения АСДНР;
- снижение интенсивности острых реакций на стресс у пострадавших, а также у родственников и близких погибших и пострадавших, оптимизация их актуального психического состояния;
- снижение риска возникновения массовых негативных реакций;
- профилактика возникновения у пострадавших, а также у родственников и близких погибших и пострадавших отдаленных психических последствий в результате воздействия травмирующего события.

1.3.4. В целях реализации поставленных задач специалистами психологической службы обеспечиваются:

- ЭПП пострадавшим, а также родственникам и близким погибших и пострадавших при наличии у них острых реакций на стресс;
- психологическое консультирование пострадавших, а также родственников и близких погибших и пострадавших в ЧС;
- информационно-психологическое сопровождение пострадавших, а также родственников и близких погибших и пострадавших в ЧС;
- организация взаимодействия со службами, осуществляющими работы по ликвидации последствий ЧС и оказанию помощи пострадавшим, а также родственникам и близким погибших и пострадавших в ЧС, в том числе информирование специалистов этих служб о специфике психического состояния указанных лиц и ее учете при проведении необходимых мероприятий с участием пострадавших, а также родственников и близких погибших и пострадавших в ЧС;
- способствование обеспечению минимальных условий жизнедеятельности пострадавших, а также родственников и близких погибших и пострадавших в ЧС;
- сопровождение массовых мероприятий, работа в толпе в целях снижения риска возникновения массовых негативных реакций;
- психологическое сопровождение специалистов МЧС России, принимающих участие в ликвидации ЧС.

## 2.1. Организация и порядок оказания экстренной психологической помощи в чрезвычайных ситуациях и при пожарах муниципального характера

- \* 2.1.1. К силам и средствам, привлекаемым для проведения мероприятий по оказанию ЭПП в зоне ЧС и при пожарах муниципального характера, относятся специалисты психологической службы территориального органа МЧС России соответствующего субъекта Российской Федерации.
- \* 2.1.2. Критериями привлечения специалистов психологической службы является наличие пострадавших и погибших, а также угроза жизни и здоровью людей.
- \* 2.1.3. ЭПП оказывается:
  - \* пострадавшим вследствие ЧС;
  - \* родственникам и близким погибших и пострадавших вследствие ЧС;
  - \* специалистам, работающим в условиях ликвидации последствий ЧС.

#### 2.1.4. Порядок реагирования в режиме ЧС:

оперативный дежурный центра управления в кризисных ситуациях МЧС России по субъекту Российской Федерации (далее - ЦУКС) информирует непосредственного руководителя психологической службы территориального органа МЧС России соответствующего субъекта Российской Федерации о введении режима ЧС, передает максимально подробную информацию о месте, времени, характере и прогнозе развития ЧС;

непосредственный руководитель психологической службы территориального органа МЧС России соответствующего субъекта Российской Федерации принимает решение о выезде, определяет состав и оснащенность оперативной группы специалистов психологической службы (далее - ОГ психологов), выезжающей в зону ЧС, назначает старшего ОГ психологов; старший ОГ психологов оповещает оперативного дежурного ЦУКС о времени убытия в зону ЧС, составе ОГ психологов и оснащенности, по необходимости запрашивает методическую и организационную помощь по работе в зоне ЧС.

#### 2.1.5. Организация работы психологической службы в зоне ЧС:

2.1.5.1. Руководство ОГ психологов в зоне ЧС осуществляется руководителем оперативного штаба по ликвидации чрезвычайной ситуации (далее - ОШ ЛЧС).

2.1.5.2. Решение о порядке организации работ по психологическому сопровождению АСДНР принимается руководством ОШ ЛЧС с учетом предложений старшего ОГ психологов.

2.1.5.3. Старший ОГ психологов:  
организует работу ОГ психологов в рамках поставленных задач;  
осуществляет взаимодействие с ОШ ЛЧС, аварийно-спасательными формированиями (далее - АСФ) и другими службами, работающими в зоне ЧС;  
получает, анализирует и фиксирует информацию о текущей ситуации;  
поддерживает постоянную связь с непосредственным руководителем, оперативным дежурным и специалистом по психологическому обеспечению Национального центра управления в кризисных ситуациях (далее - НЦУКС).  
информирует их о ходе ведения АСДНР и, в случае необходимости, запрашивает информационную, методическую и другую помощь;

отвечает за готовность специалистов психологической службы к работе в зоне ЧС;  
контролирует соблюдение специалистами ОГ психологов техники безопасности работы в зоне ЧС;  
предоставляет руководству отчет о проделанной работе и планируемых мероприятиях.

2.1.5.4. Специалисты ОГ психологов действуют в соответствии со своими должностными обязанностями, подчиняются старшему ОГ психологов, соблюдают технику безопасности в зоне ЧС.

2.1.5.5. По возвращении в пункт постоянной дислокации старший ОГ психологов составляет отчет о проделанной работе и предоставляет его своему непосредственному руководителю и специалисту по психологическому обеспечению НЦУКС.

## 7. Стандарты по оказанию психологической помощи пострадавшим в ЧС.

- \* Сохранение психического и соматического здоровья пострадавших в ЧС относится к числу актуальных и практически значимых задач медицины катастроф. Ее решение связано, прежде всего, с организацией и оказанием психиатрической помощи, которая осуществляется в соответствии с законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
- \* Приказ Минздрава РФ от 24.10.2002 N 325 "О психологической и психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях"
- \* Приложение к Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 октября 2002 г. N 325 Положение Об Организации Психологической и Психиатрической помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях.
- \* Разработка стандартов основывалась на современных представлениях о механизмах развития широкого круга психических нарушений при действии различных по своей природе факторов, а также на том практическом опыте, который был накоплен при их терапевтической коррекции.

Внедрение стандартов в повседневную практику медицины катастроф позволит не только выработать единые подходы к оценке и лечению психических нарушений, но и обеспечить население своевременной, эффективной и адекватной состоянию медицинской помощью, что так же позволит снизить психические и психосоматические расстройства, обусловленные ЧС.

Рекомендованные средства прошли длительную проверку как в клинических, так и в полевых условиях. Как показывает практика их назначение способно оказать положительное влияние на формирующиеся в очаге поражения и в ближайшие периоды после Структурно сложные психические расстройства, отличающиеся значительным полиморфизмом, сочетанностью в клинической картине астенических, аффективных, соматовегетативных проявлений. Важное место в общем комплексе лечебно-профилактических мероприятий, направленных на ликвидацию медико-санитарных последствий ЧС, занимает оказание психиатрической помощи с использованием вышеуказанных психотропных средств пострадавшим хирургического и терапевтического профиля, лицам пожилого возраста и детям. Есть основание надеяться, что внедрение настоящих стандартов позволит повысить качество и эффективность данного вида специализированной помощи в ЧС.

## 7. Стандарты по оказанию психологической помощи пострадавшим в ЧС.

(первая медицинская помощь при патологических психических расстройствах)

### Характер психического расстройства

### Методика купирования

Длительное возбуждение  
Неадекватное поведение  
Изменение сознания  
Острые реакции страха  
Витализированные депрессии с суицидальным риском

Фиксация к носилкам с использованием подручных средств  
Успокаивающие микстуры (валериана, пустырник с бромом и др.)  
При наличии условий:  
Тизерцин 2,5% -ный р-р – 2мл в\м  
Аминазин 2,5% -ный р-р - 3 мл с кордиамином – 1-2 мл в\м  
Феназепам 0,1% -ный р-р – 2-4 мл в\м  
Клоназепам 0,1% -ный р-р – 1-2 мл в\м

# Первая врачебная помощь при патологических психических расстройствах

## Характер психического расстройства

## Методика купирования

Длительное возбуждение  
Неадекватное поведение  
Изменение сознания  
Острые реакции страха  
Витализированные депрессии с суицидальным риском

Фиксация к носилкам с использованием подручных средств  
Успокаивающие микстуры (валериана, пустырник с бромом и др.)  
Литическая смесь:  
Аминазин 2,5%-ный р-р -2-3 мл или тизерцин 2,5% -ный р-р - 2 мл в\м.  
Димедрол 1% р-р – 3 мл. в\м  
Ослабленным лицам:  
Терален 0,5%-ный р-р – 5-10 мл или галоперидол 0,5%-ный р-р - 2 мл в\м.  
При гипотонии:  
Сульпирид(эглонил) 5%-ный р-р – 2-4 мл в\м.  
При отсутствии гипотонии:  
Сульфат магния 25%-ный р-р – 5 мл

## Квалифицированная медицинская помощь с элементами специализированной при непатологических психических расстройствах.

Характер психического расстройства	Методика купирования	
	При начальных проявлениях	При выраженных проявлениях
Психически понятные реакции (страх, горе)	Специального лечения не требуют. Рекомендуется проведение преимущественно медико-психологических мероприятий и организация социально психологической поддержки со стороны ближайшего окружения.	Специального лечения не требуют. Рекомендуется проведение преимущественно медико-психологических мероприятий и организация социально психологической поддержки со стороны ближайшего окружения.
Астеническое состояние	Настойка аралии- 30-40 кап Настойка заманихи - 30-40 кап (60-120 кап) Настойка женьшеня – 20-30 кап. (40-80 кап.) Фенибут – 25мг 3 р\д	Сиднофен – 5мг (от 10-30мг) Энцефабол- 100мг 2р\д Пирацетам- 400мг 3р\д Бемитил – 250 мг 2р\д Грандаксин - 25 мг 2р\д Бефол – 20 мг 2р\д
Астенодепрессивное состояние	См. предыдущее состояние Азафен - 25мг 3 р\д Бефол - 20мг 2 р\д	См. предыдущее состояние Пиразидол – 150мг 2 р\д Азафен – 150-200мг

- \* Отсюда возникает "необходимость строгой регламентации времени работы, организации условий для психологической разгрузки и физического отдыха медицинских работников.
- \* Дополнительно можно отметить, что более устойчивыми к воздействию стресс-факторов оказались лица, имеющие опыт работы в подобных ситуациях, уверенные в своей профессиональной подготовленности.
- \* Важной проблемой психиатрии катастроф является профилактика и терапия ближайших и отдаленных последствий ЧС.
- \* Психопрофилактический аспект является одним из наиболее значимых в осуществлении комплекса мер по предупреждению медицинских последствий ЧС.

\* Необходимо:

- \* - систематически использовать средства массовой информации для подготовки населения к возможным катастрофам (с учетом особенностей региона) и обучения людей действиям в ЧС;
- \* - проводить подготовку службы медицины катастроф, медицинских работников ЛПУ в целях повышения устойчивости к травматическому психическому стрессу, включая методы медикаментозной профилактики, интенсивных и кратковременных методик психотерапии.
- \* Специфика терапии в ЧС определяется задачами сортировки и оказания первой медицинской (доврачебной, врачебной) помощи в условиях дефицита ресурсов, возможных массовых и групповых панических состояний с выраженными расстройствами поведения, затрудняющих психофармакологическое лечение.

\* Необходимо:

\* разрабатывать экспресс-методы введения психоактивных средств (инъекционных, ингаляционных и др.);

\* решать проблему недобровольной госпитализации в соответствии с действующим законодательством (в настоящее время остается неясным соотношение критериев недобровольной госпитализации и критериев чрезвычайных ситуаций);

\* разрабатывать с целью преимущественного применения меры психотерапевтического воздействия на большие массы людей, в том числе находящихся в состоянии выраженного эмоционального напряжения и легко дающих реакции враждебного недоверия; осуществлять подбор и подготовку штатов медработников (медсестер, фельдшеров, врачей), готовых в экстренном порядке направляться в очаги ЧС для работы в тяжелых условиях.

\* ).

\* Специфика терапии ближайших последствий заключается в необходимости оказания квалифицированной психиатрической помощи на базе специализированных стационаров (отделений).

\* Необходимо:

\* разработать комплекс требований к оказанию специализированной психиатрической помощи в стационарных условиях, включая требования к функциональной структуре стационара;

\* разработать комплекс требований к медико-правовым аспектам оказания психиатрической помощи, включая критерии статуса пострадавшего в чрезвычайной ситуации.

\* Специфика терапии отдаленных последствий определяется комплексом задач медико-социальной реадaptации и реабилитации

- \* Все перечисленные методические особенности психиатрической помощи в ЧС и при их ближайшем и отдаленных последствиях объединяются необходимостью на всех этапах координировать деятельность уже имеющихся звеньев государственной службы психиатрической помощи, учреждений и ведомств, так или иначе участвующих в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.
- \* Наиболее перспективным направлением развития психиатрии катастроф может быть реализация принципа доведения специализированной (психиатрической) помощи до госпитального этапа.

# заключение

О сложности при организации медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях и резким повышении нагрузок на весь персонал лечебных учреждений известно всем. Поэтому заявления руководителей лечебных учреждений и организаторов здравоохранения о том, чтобы "персонал больницы в течение нескольких суток не покидал свои рабочие места", свидетельствовали не только о мужестве и стойкости сотрудников, но и о плохой организации работы учреждения по подготовке его к работе в условиях чрезвычайных ситуаций.

В результате психоэмоциональной и физической нагрузки медицинского персонала снижалось качество оказания медицинской помощи пострадавшим. Так, при обследовании мед. работников, проработавших в экстремальной ситуации в течение 6-8 часов, выявляются существенные изменения, влияющие на их трудоспособность. У 60% обследованных, кроме резко выраженной физической усталости, регистрировались признаки посттравматической стрессовой реакции, причем у 10% - в тяжелой форме, у 74% - навязчивые идеи