

**Лекция 15. ОБЪЕМ И СРЕДСТВА ОКАЗАНИЯ
ДОГОСПИТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ
ТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ АКТАХ. ОРГАНИЗАЦИЯ
АНТИСТРЕССОВОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ И ЧЛЕНАМ ИХ
СЕМЕЙ**

Терроризм (страх, ужас) – *насилие или угроза его применения в отношении физических лиц или организаций, создающие опасность гибели людей, а также уничтожение (повреждение) или угроза уничтожения имущества или строений, либо наступления иных общественно опасных последствий.*

Эти акции осуществляются в целях нарушения общественной безопасности, уничтожения населения или оказания воздействия на принятие органами власти решения, выгодные террористам, или удовлетворения их неправомерных имущественных и (или) иных интересов, посягательства на жизнь государственного, общественного, или другого деятеля, совершаемого в целях прекращения его деятельности либо из мести и др.

Как социально-политическое явление терроризм представляет собой совокупность преступлений, совершаемых с использованием насилия отдельными лицами и специально организованными группами и сообществами.

Он направлен на расширение влияния определенных сил в обществе, ликвидацию или подчинение деятельности их политических оппонентов, а в итоге - на захват и подчинение политической власти.

По характеру террористической деятельности различают терроризм направленный (то есть нацеленный на конкретный объект, физическое лицо) и рассеянный, жертвами которого становятся случайные лица. Помимо этого различают террористические акты скрытые, когда террористы стремятся не привлекать к ним внимание общественности, и демонстративные, которыми исполнители стремятся придать максимальный общественно-политический резонанс, вплоть до принятия на себя ответственности за совершенные террористические акты.

Технологический терроризм – *использование или угроза использования ядерного, химического и бактериологического оружия, радиоактивных, аварийноопасных химических и биологических веществ, а также попытки захвата экстремистами объектов, представляющих*

повышенную опасность для жизни и здоровья людей, ради достижения целей политического или материального характера.

Основными проявлениями террористического акта являются:

- нападение на различные государственные и негосударственные объекты с целью их захвата;
- взрывы таких объектов;
- взрывы в местах скопления людей;
- захват заложников;
- применение химических и радиационно-опасных веществ и др.

Особенности медико-санитарного обеспечения при террористических актах.

Исходя из существующей системы медико-санитарного обеспечения в ЧС, оказание медицинской помощи пострадавшим в террористических актах организуется следующим образом.

На местном и территориальном уровнях в зону террористического акта первоначально направляются дежурные бригады ближайших станций скорой медицинской помощи. При недостаточном их количестве привлекаются нештатные формирования ЛПУ.

При необходимости задействуются резервные бригады скорой медицинской помощи, формирования СМК (врачебно-сестринские бригады, бригады специализированной медицинской помощи).

Для оказания медицинской помощи населению с психическими расстройствами в зону террористического акта направляются бригады психиатрического профиля.

Вместе с органом оперативного управления в зону террористического акта для организации работы медицинских сил убывает оперативная группа территориального центра медицины катастроф.

После оказания первой медицинской, доврачебной или первой врачебной помощи пораженные санитарным или попутным транспортом срочно эвакуируются в ближайшие лечебные учреждения, где организуется и оказывается первая врачебная, квалифицированная, а по возможности – и специализированная медицинская помощь.

В отдельных случаях в зоне террористического акта разворачивается полностью или частично полевой многопрофильный госпиталь ЦМК, медицинские отряды специального назначения МО РФ, МВД РФ.

При значительном количестве пораженных или недостаточной мощности лечебного учреждения после оказания первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи по жизненным показаниям санитарными автомобилями или вертолетами пораженные эвакуируются в более мощное специализированное лечебное учреждение, где им оказывается медицинская помощь в полном объеме и реабилитация до окончательного исхода.

Вследствие ухудшения криминогенной обстановки, увеличения количества наркоманов можно ожидать нападений на медицинских работников с целью похищения наркотиков. Медицинский персонал должен быть подготовлен к таким инцидентам заранее, чтобы психологически правильно, адекватно, не провоцируя, реагировать на действия нападающих

Террористические акты стали неотъемлемой частью нашей современной жизни. Они могут быть международными с целью убийства лидеров стран, крупных мафиозных авторитетов и бизнесменов, вмешательства в политическую, экономическую и религиозную жизнь, а также передела сфер влияния в криминально–наркотическом бизнесе. Чаще террористические акты стали встречаться в различных странах и регионах, где ведутся войны и другие военные конфликты. Международные и местные региональные террористы могут применить различное боевое оружие, вплоть до ядерного, химического и бактериологического. Поэтому знание основ этого оружия, его поражающего действия, мер защиты, правил поведения и действий в случае его применения должно стать обязательным. Местные террористы, как правило, устанавливают взрывные устройства в жилых домах и общественных местах, на дорогах, в метро, на железнодорожном транспорте, в самолетах, припаркованных автомобилях. В настоящее время могут использоваться как промышленные, так и самодельные взрывные устройства, замаскированные под любые предметы.

Меры безопасности при угрозе проведения террористического акта

- Будьте предельно внимательны и доброжелательны к окружающим людям.

- Ни при каких условиях не допускайте паники.

- Если есть возможность, отправьтесь с детьми и престарелыми родственниками на несколько дней на дачу, в деревню, к родственникам за город.

- Обезопасьте свое жилище:

- уберите пожароопасные предметы, взрывчатые и химически опасные вещества

- закройте на замки и другие запорные устройства окна, двери, чердаки, подвалы;

- *организуите охрану своего дома и строгий контроль за появлением незнакомых и подозрительных лиц

- подготовьте подвальные и другие помещения под укрытия;

- всегда имейте в готовности аварийное освещение, запас воды (минеральная вода, компоты и другие жидкости) и консервированных пищевых продуктов;

- уберите с окон горшки с цветами;

- закройте окна шторами – это защитит от повреждения осколками стекла.

- Сложите в сумку необходимые документы, ценные вещи, деньги на случай экстренной эвакуации.

- По возможности реже пользуйтесь общественным транспортом.

- Отложите посещение общественных мест.

- Примите меры к техническому укреплению чердаков и подвалов, установку замков и домофонов.

- Не сдавайте свое жилье и другие жилищно–бытовые и производственные помещения незнакомым лицам для кратковременного проживания или в коммерческих и иных целях.

- Будьте организованны и бдительны, готовы к действиям в чрезвычайных ситуациях, держите связь с органами правопорядка, гражданской защиты и жилищно–коммунальной службой.

- Окажите психологическую поддержку старым, больным и детям.

Действия при обнаружении взрывоопасного предмета

- Заметив взрывоопасный предмет (гранату, снаряд, бомбу и др.), не подходите близко к нему, позовите находящихся поблизости людей и попросите немедленно сообщить о находке в полицию. Не позволяйте случайным людям прикасаться к опасному предмету или пытаться обезвредить его.

- Совершая поездки в общественном транспорте, обращайтесь внимание на оставленные сумки, портфели, свертки, игрушки и другие предметы, в которых могут находиться самодельные взрывные устройства. Немедленно сообщите об этом водителям, машинисту поезда, любому работнику милиции. Не открывайте их, не трогайте руками, предупредите стоящих рядом людей о возможной опасности.

■ Заходя в подъезд, обращайтесь внимание на посторонних людей и незнакомые предметы. Как правило, взрывное устройство в здании закладывают в подвалах, на первых этажах, около мусоропроводов, под лестницами. Будьте бдительны и внимательны.

Действия при совершении террористического акта

- Спокойно уточните и оцените сложившуюся обстановку.
- Окажите первую медицинскую помощь своим детям и родственникам и другим пострадавшим, нуждающимся в ней.
- По возможности приступайте к освобождению пострадавших из завалов.
- В случае возможной эвакуации возьмите документы и предметы первой необходимости.
- Передвигайтесь осторожно, не трогайте поврежденные конструкции и оголенные провода, остерегайтесь обвалов стен и перекрытий.
- В разрушенном или поврежденном помещении из-за опасности взрыва скопившихся газов нельзя пользоваться спичками, свечами, факелами, зажигалками.
- При сильном задымлении для защиты органов дыхания пользуйтесь влажными платками, полотенцами и другими вещами.
- Строго выполняйте указания и требования должностных лиц.
- Если вас завалило обломками стен, то действуйте строго в соответствии с рекомендациями при землетрясении.

Правила поведения и действия при захвате заложников

Заложник – это человек, находящийся во власти террористов.

Личная безопасность зависит от поведения во время и после захвата. Выбор правильной линии поведения требует определенных знаний. Захват заложников может происходить во время проведения массовых мероприятий, при следовании в транспорте (наземном, воздушном).

В момент захвата террористы действуют бесцеремонно, даже жестоко. Некоторых людей в подобном положении охватывает приступ клаустрофобии (боязнь замкнутого пространства). Необходимо стойко перенести все неудобства, помня, что ситуация эта временная. Реальная и в подавляющем большинстве случаев единственная возможность вырваться из рук преступников бывает в начальной стадии захвата, в момент нападения.

Неожиданные для преступников и решительные действия способны привести к спасению. Но если безуспешность попыток освободиться очевидна, то лучше не прибегать к крайним мерам, а действовать сообразно складывающимся обстоятельствам. С момента захвата необходимо контролировать свои действия и фиксировать все, что может способствовать освобождению. По возможности все эти сведения надо постараться передать тем, кто ведет переговоры с преступниками. Такого случая может не представиться, но следует помнить о том, что даже самая незначительная информация о месте содержания заложника может оказаться полезной для его освобождения, поимки и изобличения преступников. Однако совершать подобные действия следует очень осторожно, так как в случае их обнаружения преступниками неизбежно последует суровое наказание. Надо запоминать все увиденное и услышанное за время пребывания в заточении (расположение окон, дверей лестниц, не говоря уже о голосах, внешности и поведении самих преступников). Необходимо также наблюдать за их поведением, внимательно слушать разговоры, запоминать распределение ролей. Составлять в уме четкий психологический портрет каждого из них. Человек становится жертвой с момента захвата и всегда испытывает сильное психическое потрясение (психологический шок). Реакция людей различна: одни оказываются буквально парализованные страхом, другие пытаются дать отпор. Поэтому жизненно важно быстро справиться со своими эмоциями, чтобы вести себя правильно, увеличивая шансы своего спасения. При общении с заложником преступники демонстрируют свое превосходство и власть или стремятся запугать и подавить волю своего пленника.

Заложник должен определить для себя позицию во взаимоотношениях с преступниками. Как свидетельствует практика, безвольное поведение, мольбы о пощаде, уступчивость и сговорчивость реальной пользы принести не могут. Преступники в любом случае действуют исходя из своих планов и складывающихся обстоятельств. Поэтому внешняя готовность к контакту с преступниками и обсуждение интересующих их вопросов должны сочетаться с правилом: помогать не преступникам, а себе. Реакция бандитов на очевидность факта неосуществимости их замысла в сочетании с возбужденным психическим состоянием, в котором они, как правило, находятся, может оказаться роковой для заложника. К тому же террористы нередко находятся под воздействием наркотиков, в состоянии алкогольного опьянения. Надо пытаться смягчить враждебность бандитов по отношению к себе, искать, если позволяют обстоятельства захвата, возможности установления индивидуальных контактов с некоторыми из них. Это необходимо хотя бы для того, чтобы избежать физических страданий или

улучшить условия содержания. Но внешняя готовность найти общий язык с преступниками, участие в обсуждении волнующих их проблем не должны противоречить упомянутому главному принципу: помогать себе, а не бандитам.

Чтобы сломать заложника психологически, используют следующие меры давления:

- ограничивают его подвижность, зрение, слух;
- держат его связанным либо в наручниках, на цепи, с завязанными глазами и т.д.
- редко его кормят, мучают голодом и жаждой, лишают сигарет, привычных лекарств;
- создают плохие условия пребывания.

Для слабых натур всего перечисленного более чем достаточно, для выполнения любых требований террористов.

Сохранение психологической устойчивости при длительном пребывании в заточении – одно из важнейших условий спасения заложника. Здесь хороши любые приемы и методы, отвлекающие от неприятных ощущений и переживаний, позволяющие сохранить ясность мысли, адекватную оценку ситуации.

Основные правила поведения заложников

- Старайтесь, насколько возможно, соблюдать требования личной гигиены.
- Делайте доступные в данных условиях физические упражнения.
- Напрягайте и расслабляйте поочередно все мышцы тела, если нельзя выполнять обычный гимнастический комплекс. Подобные упражнения желательно повторять не менее трех раз в день.
- Практикуйте аутотренинг и медитацию, которые помогают держать свою психику под контролем.
- Вспоминайте про себя прочитанные книги, стихи, песни, последовательно обдумывайте различные отвлеченные проблемы.
- Решайте математические задачи, вспоминайте иностранные слова и т.д. – ваш ум должен работать.
- Если есть возможность, читайте все, что окажется под рукой, даже если текст совершенно вам не интересен. Можно также писать, несмотря на

то, что написанное будет отбираться. Важен сам процесс, помогающий сохранить рассудок.

■ Следите за временем, тем более, что похитители обычно отбирают часы, мобильные телефоны, отказываются говорить какой сейчас день и час, изолируют от внешнего мира. Ведите календарь, отмечайте смену дня и ночи (по активности преступников, по звукам, по режиму питания и т.д.).

■ Старайтесь относиться к происходящему с вами как бы со стороны, не принимая случившееся близко к сердцу, до конца надейтесь на благополучный исход. Страх, депрессия и апатия – три ваших главных врага, и все они – внутри вас.

■ Не выбрасывайте вещи, которые могут вам пригодиться (лекарства, очки, карандаши, платки и пр.), старайтесь создать хотя бы минимальный запас питьевой воды и продовольствия на тот случай, если вас надолго изолируют или перестанут кормить.

В том случае, когда террористы сами отпускают на свободу заложника, они отвозят его в какое-то безлюдное место, и там оставляют одного. Может случиться и так, что освободить вас будут спецподразделения. Если террористы пойдут на убийство, то всякие переговоры властей с ними теряют смысл. И тогда остается только штурм с применением оружия. Когда преступники и заложники выходят наружу из убежища, им всем приказывают держать руки за головой. Не следует возмущаться, делать резкие движения. Пока не пройдет процедура опознания, меры предосторожности необходимы. Если начался штурм (или скоро начнется), попытайтесь прикрыть свое тело от пуль. Лучше всего лечь на пол подальше от окон и дверей, лицом вниз, не на прямой линии от оконных и дверных проемов. В момент штурма не берите в руки оружие преступников, иначе бойцы штурмовой группы могут принять вас за преступника и выстрелить на поражение. Им некогда разбираться в это время. Преступники во время штурма нередко стремятся спрятаться среди заложников. Старайтесь в меру своих возможностей не позволять им этого делать, немедленно сообщайте о них ворвавшимся бойцам. В тех случаях, когда место содержания заложника и нахождение преступников установлено, спецслужбы стремятся использовать имеющиеся у них технические средства для подслушивания разговоров, ведущихся в помещении. Помните об этом и в разговорах с бандитами, сообщайте информацию, которая будучи перехвачена, может быть использована для подготовки штурма. Особенно важны сведения о ярких и бросающихся приметах, по которым можно отличить заложника от преступника, о вооружении бандитов, об их количестве, моральном состоянии, намерениях и расположении внутри помещения.

ПСИХОТРАВМИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

В условиях возможности возникновения чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени остро стоит вопрос о снижении или предупреждении возможных санитарных потерь среди населения, а также возможности работы ЛПУ в этих условиях. Для решения этих задач проводят комплекс мероприятий по медицинской и психологической защите населения и медицинских учреждений, которые и будут рассмотрены при изучении данной темы.

Последние десятилетия жизни нашего общества сопровождаются возрастающим количеством экстремальных ситуаций различного масштаба и характера. При этом стремительно растёт круг участников этих событий, подвергающихся воздействию экстремальности. Под экстремальностью подразумевают воздействие на человека таких условий, при которых его психика действует на пределе возможного и после которых возникают изменения его индивидуально-психологических черт.

Во всех чрезвычайных ситуациях решающую роль играет моральная закалка и психическое состояние человека, они определяют готовность к осознанным, уверенным и последовательным действиям в любых критических моментах. Данный материал построен на анализе психологических аспектов данной проблемы.

Чрезвычайные ситуации (стихийные бедствия, аварии, террористические акты и т.п.) создают неблагоприятную обстановку, опасную для жизни, здоровья и благополучия значительных групп населения. Эти воздействия становятся катастрофическими, поскольку они ведут к большим разрушениям, вызывают смерть, ранения и страдания значительного количества людей. Более того, в таких условиях люди испытывают психотравмирующие факторы, вследствие чего происходит нарушение их психической деятельности.

Кроме того, психогенное воздействие испытывают люди, находящиеся вне зоны действия чрезвычайной ситуации, так как они находятся в состоянии ожидания как самой чрезвычайной ситуации, так и её последствий. К примеру, в 1945 г. после атомной бомбардировки американцами японских городов Хиросимы и Нагасаки радиацией было охвачено приблизительно 160 тыс. жителей, но страх перед ядерным

оружием стали испытывать все жители планеты. После аварии на Чернобыльской АЭС более 15 млн людей стали испытывать страх перед радиацией (так называемая радиофобия).

Психотравмирующие факторы включают следующие составляющие:

- природные (землетрясения, наводнения, ураганы и др.);
- техногенные (радиационные, химические, биологические аварии, пожары, взрывы и др.);
- социальные (военные конфликты, инфекционная заболеваемость, голод, терроризм, наркомания, алкоголизм).

По сути, психотравмирующим фактором становится любая ЧС, вне зависимости от характера и масштаба. Картины военных столкновений, разрушений, аварий, паники, человеческих жертв — всё это психотравмирующие факторы.

Негативные последствия воздействия психотравмирующих факторов на организм поражённых усиливаются ещё и тем, что специалистов в области психотерапевтической коррекции человека в России катастрофически мало. На 2008 г., по разным литературным источникам, у нас в стране было от 2000 до 4500 подобных специалистов. Тогда как, например, в США их десятки тысяч.

Воздействуя на конкретную территорию с расположенными на ней населением, сооружениями, флорой и фауной, неблагоприятные факторы чрезвычайных ситуаций образуют очаг поражения различной степени сложности.

Простой очаг поражения формируется под воздействием одного поражающего фактора (например, разрушения от взрыва, пожара). **Сложный очаг поражения** формируется под воздействием нескольких поражающих факторов (например, вследствие взрыва возникают разрушения газопроводов, разгерметизация ёмкостей с АОХВ, в результате которых происходит взрыв, а затем пожар). В таком варианте чаще всего будут присутствовать комбинированные поражения: травмы, ожоги и отравления. В другом случае в результате землетрясения возникают не только разрушения, но и пожары, инфекционные заболевания, поражения электрическим током, нарушения психики и функциональные расстройства оставшихся в живых жителей.

Независимо от степени сложности выделяют четыре стадии развития чрезвычайных ситуаций.

- **Стадия зарождения** — возникновение условий или предпосылок для чрезвычайной ситуации (усиление природной активности, накопление

деформаций, дефектов и т.п.). Установить момент начала стадии зарождения трудно.

- **Стадия инициирования** — начало чрезвычайной ситуации. На этой стадии важен человеческий фактор, поскольку статистика свидетельствует о том, что до 70 % техногенных аварий и катастроф происходит вследствие ошибок персонала. Более 80 % авиакатастроф и катастроф на море связано с человеческим фактором. Для снижения этих показателей необходима более качественная подготовка персонала. Так, в США для подготовки оператора для АЭС затрачивают до 100 тыс. долларов.

Стадия кульминации — стадия высвобождения энергии или вещества. На этой стадии происходит наибольшее негативное воздействие на человека и окружающую среду вредных и опасных факторов чрезвычайной ситуации. Особенности этой стадии — взрывной характер разрушительного воздействия, вовлечение в процесс токсичных, энергонасыщенных и других компонентов.

- **Стадия затухания** — локализация чрезвычайной ситуации и ликвидация её прямых и косвенных последствий. Продолжительность данной стадии различна (дни, месяцы, годы и десятилетия).

При локализации и устранении последствий чрезвычайных ситуаций, оказании экстренной и эффективной медицинской и психологической помощи важно знать особенности поведенческих реакций поражённых людей.

В период с 12 по 22 декабря 1988 г. в г. Ленинкане произошло землетрясение большой разрушительной силы (до 10 баллов по шкале Рихтера). Проведено обследование 70 мужчин в возрасте от 19 до 35 лет.

Мнения очевидцев об особенностях поведения поражённых в очаге катастрофы отличаются достаточной противоречивостью. Так, некоторые опрошиваемые отмечали, что необычность происходящего они заметили сначала лишь в поведении других людей. Другие, преимущественно лица, ранее испытавшие воздействие подземных толчков, сразу осознали характер происходящего, но не могли прогнозировать его последствий. Выбежав на открытую местность, часть поражённых пытались устоять на ногах, держась за деревья и столбы, другие инстинктивно ложились на землю. Действия пострадавших в этот период характеризуются индивидуальностью и реализуются в поведенческих реакциях, определяемых преимущественно инстинктом самосохранения.

Выраженность чувства «страха закрытых помещений» (ситуационная клаустрофобия) индивидуальна, его длительность варьирует от нескольких часов до 2 нед.

Часть 9-этажных зданий, устоявших после первых толчков, с выбежавшими на балконы и террасы жителями (преимущественно женщинами и детьми) рушились у них на глазах. Установлено, что реакция оцепенения, ступора длилась около 15 мин. По их истечении, слыша крики и стоны из-под развалин и побуждаемые лидерами, все, кто мог, приступили к спасательным работам, направленным в первую очередь на поиск собственных семей (уже независимо от призывов и действий формальных и неформальных лидеров). В то же время большинство обследованных указывают на важность фактора внешнего побуждения при выходе из состояния оцепенения. Существенную роль играет наличие или отсутствие лидера, действия которого были бы направлены на вывод из оцепенения и руководство людьми, снижение напряжения и целенаправленные действия по выходу из данной ситуации.

В целом в динамике функционального состояния и поведения людей, подвергшихся воздействию стихийного бедствия, выделяют четыре последовательные стадии, или периода, их развития.

Стадии эмоционального и физиологического состояния людей, подвергшихся воздействию стихийного бедствия

Первый период

В первый период отмечают острый эмоциональный шок (табл. 8.1).

Таблица 8.1. Характеристика периода острого эмоционального шока.

Период	Характеристика
I. Острый эмоциональный шок	<p>Длительность от 3 до 5 ч.</p> <p>Психическое напряжение.</p> <p>Мобилизация психофизиологических резервов. Обострение восприятия.</p> <p>Увеличение скорости мыслительных процессов. Проявление безрассудной смелости (особенно при спасении близких) при одновременном снижении критической оценки ситуации.</p> <p>В эмоциональном состоянии — чувство отчаяния.</p> <p>Головокружение и головная боль, ощущаемое сердцебиение, сухость во рту, жажда, затруднённое дыхание.</p> <p>Увеличение работоспособности в 1,5—2 раза</p>

Таким образом, в остром периоде психическое состояние человека определяется переживанием угрозы жизни. Как показала практика, этот

период продолжается обычно от начала катастрофы до организации спасательных работ. В психическом статусе преобладают витальные инстинкты, и в первую очередь проявляется инстинкт самосохранения, когда могут резко возрастать физические возможности в силу предельной мобилизации психофизиологических резервов. В таких условиях развиваются неспецифические психогенные реакции, основу которых составляет страх различной интенсивности. У многих людей возникают психотические реакции в состоянии паники.

Второй период

Второй период включает психофизиологическую демобилизацию (табл. 8.2).

Таблица 8.2. Характеристика периода психофизиологической демобилизации

Период	Характеристика
<p>II. Психо-физиологическая демобилизация</p>	<p>Длительность до 3 сут. «Стресс осознания». Чувство растерянности, панические реакции. Понижение моральной нормативности поведения. Снижение эффективности деятельности и мотивации к ней. Тошнота, ощущение тяжести в голове, неприятные ощущения со стороны желудочно-кишечного тракта, отсутствие аппетита. Отказ от выполнения спасательных работ (особенно связанных с извлечением тел погибших). Увеличение количества ошибочных действий при управлении транспортом и специальной техникой, вплоть до создания аварийных ситуаций</p>

В этом периоде, начинающемся обычно после развёртывания спасательных работ, в развитии состояния дезадаптации и психических расстройств большую роль играют личностные особенности пострадавших, определяющие уровень осознания сохраняющейся опасности и масштаба ущерба. В этот момент психоэмоциональное напряжение, характерное для первого периода, постепенно сменяется утомлением и так называемой демобилизацией с преобладанием депрессивных астенических состояний и апатии.

Третий период

В третий период наступает стадия так называемого разряжения (табл. 8.3).

В третьем периоде, после эвакуации в безопасное место, начинается переработка травмирующей ситуации: собственных переживаний и утрат. При этом дополнительными травмирующими факторами становятся изменение жизненных стереотипов, различные неудобства пребывания во временных убежищах. Становясь хроническими, эти факторы способствуют развитию посттравматических стрессовых расстройств. Возрастает частота соматизации невротических расстройств, а также развития невротических и психопатических заболеваний.

Таблица 8.3. Характеристика периода разряжения

Период	Характеристика
III. Стадия разряжения	<p>3—12 сут после катастрофы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • стабилизируются настроение и самочувствие; • пониженный эмоциональный фон; • ограничение контактов с окружающими; • гипомимия (маскообразность лица); • снижение интонационной окраски речи; • замедленность движений; • желание «выговориться»; • тревожные и кошмарные сновидения в различных вариантах, трансформирующих впечатления трагических событий. <p>На фоне субъективных признаков некоторого улучшения состояния происходит дальнейшее снижение физиологических резервов:</p> <ul style="list-style-type: none"> • повышение артериального давления, тахикардия;

Четвёртый период

В последний, четвёртый, период начинается стадия восстановления (табл. 8.4).

Таблица 8.4. Характеристика периода восстановления

Период	Характеристика
IV. Стадия восстановления	С 10—12-го дня после катастрофы. Активизация межличностного общения. Нормализация эмоциональной окраски речи и мимических реакций. В состоянии физиологической сферы позитивной динамики не выявлено

Клинических форм психиатрической патологии в изученный период времени после стихийного бедствия не отмечено, однако это не исключает высокой вероятности их развития в более поздние сроки («отставленное реагирование»), что предполагает необходимость проведения заблаговременных психопрофилактических мероприятий с использованием методов медико-психологической коррекции. С учётом мирового опыта можно также предполагать развитие у лиц, находившихся в очаге стихийного бедствия, различных форм психосоматических расстройств, связанных с нарушениями деятельности желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой, иммунной и эндокринной систем, что также требует разработки и проведения специальных медицинских и психопрофилактических мероприятий.

ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ЛИЧНОСТИ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

В чрезвычайных ситуациях отмечена следующая динамика развития нервно-психических расстройств.

- **Фаза страха.** Любая ЧС — внезапная потеря стабильности, веры в то, что жизнь будет идти своим чередом, что она поддаётся контролю и прогнозируема на ближайшее обозримое будущее. Это деморализует людей. Тогда и появляется такое эмоциональное ощущение, как страх. У человека возникают неприятные ощущения в виде психологического напряжения и тревожности. При сложных реакциях, обусловленных страхом, наряду с этим возможны тошнота, обмороки, головокружения, ознобоподобный тремор, у беременных — выкидыши.
- **Гиперкинетическая фаза** — реакция с двигательным возбуждением. Очень часто у человека отмечают бесцельные метания и стремление куда-то бежать. **В гипокинетической фазе** возникает резкая двигательная

заторможенность, доходящая до полной обездвиженности и ступора, когда человек в состоянии психического шока вместо того, чтобы убежать, застывает.

- **Фаза вегетативных изменений.** Происходит соматизация психологических реакций. Появляются боли в области сердца, головные и мышечные боли, тахикардия, тремор, нарушения зрения и слуха, расстройство желудка, учащённое мочеиспускание.

Фаза психических нарушений. Чем сильнее психотравмирующий фактор, чем меньше времени уделяют лечению последствий от ЧС, тем глубже расстройства, возникающие у пострадавших. Они включают неспособность концентрировать внимание, нарушения памяти, логики, быстроты мышления, галлюцинации.

Как показали специальные исследования, нервно-психические расстройства в ЧС имеют много общего с клинической картиной нарушений, развивающихся в обычных условиях. Однако есть и существенные различия: вследствие множественности внезапно действующих психотравмирующих факторов в ЧС происходит одномоментное возникновение психических расстройств у большого количества людей, клиническая картина в этих случаях не носит строго индивидуального характера и сводится к достаточно типичным проявлениям. Несмотря на развитие психогенных расстройств и продолжающуюся опасную для жизни ситуацию, пострадавший вынужден продолжать активную борьбу с последствиями ЧС ради выживания и сохранения жизни близких и окружающих.

Классификацию реакций и психогенных расстройств можно представить в виде табл. 8.5.

Факторы, влияющие на динамику развития нервно-психических расстройств, в зависимости от времени их возникновения схематически можно представить в виде трёх групп.

- **Факторы, влияющие на развитие нервно-психических расстройств во время ЧС.** Этот период продолжается от начала воздействия ЧС до организации спасательных работ. Развитие нервно-психических расстройств зависит от совокупности факторов, включающих особенности ЧС, индивидуальные реакции, а также социальные и организационные мероприятия. Мощное экстремальное воздействие затрагивает в этот момент жизненные инстинкты (самосохранение) и приводит в основном к развитию непатологических реакций, основу которых составляет страх различной интенсивности.

Факторы, влияющие на развитие нервно-психических расстройств после завершения ЧС. Данный период протекает при развёртывании спасательных работ.

Таблица 8.5. Расстройства психики, возникающие при чрезвычайных ситуациях

Реакции и психогенные расстройства		Клинические особенности
Непатологические (физиологические) реакции		Преобладание эмоциональной напряжённости, чувства тревоги, страха, подавленности, небольшая продолжительность, сохранение или снижение работоспособности, критическая оценка происходящего, возможность общения с другими людьми и способность к целенаправленной деятельности
Психогенные патологические реакции		Невротический уровень расстройств — остро возникшие астенический, депрессивный, истерический и другие синдромы, снижение критической оценки происходящего, возможности продуктивного общения с другими людьми и целенаправленной деятельности
Психогенные невротические состояния		Стабилизированные и усложняющиеся невротические расстройства — невращения («невроз истощения», астенический невроз), истерический невроз, невроз навязчивых состояний, депрессивный невроз, в части случаев утрата критического понимания происходящего и возможностей целенаправленной деятельности
Реактивные психозы	острые	Острые аффективно-шоковые реакции, сумеречные состояния сознания с двигательным возбуждением или двигательной заторможенностью
	затяжные	Депрессивные, параноидные, псевдодементные синдромы, истерические и другие психозы

В это время в формировании нервно- психических расстройств значительно большее значение имеют особенности личности пострадавших, а также осознание ими не только продолжающейся в части случаев опасной для жизни ситуации, но и новых стрессовых воздействий, таких, как потеря родных, разобщение семей, потеря дома, имущества. Важный элемент пролонгированного (длительного) стресса в этот период — ожидание повторных воздействий, несовпадение ожиданий с результатами спасательных работ, необходимость идентификации погибших родственников. Психоэмоциональное напряжение, характерное для начала второго периода, сменяется к его концу, как правило, повышенной утомляемостью и астенодепрессивными проявлениями.

• **Факторы, влияющие на развитие нервно-психических расстройств на отдалённых этапах ЧС.** В этом периоде, начинающемся для пострадавших после их эвакуации в безопасные районы, у многих происходит сложная эмоциональная и когнитивная переработка ситуации, оценка собственных переживаний и ощущений, своеобразная «калькуляция» утрат. При этом приобретают актуальность также психотравмирующие факторы, связанные с изменением жизненного стереотипа, проживанием в разрушенном районе или месте эвакуации. Становясь хроническими, эти факторы способствуют формированию относительно стойких психогенных расстройств. Наряду с сохраняющимися неспецифическими невротическими реакциями и состояниями в этот период начинают преобладать затянувшиеся психопатологические изменения, посттравматические стрессовые расстройства. Соматогенные психические нарушения при этом могут носить разнообразный подострый характер. В этих случаях отмечают как соматизацию многих невротических расстройств, так и в известной мере противоположные этому процессу невротизацию и психопатизацию, связанные с осознанием имеющихся травматических повреждений и соматических заболеваний, а также с реальными трудностями жизни пострадавших.

Таким образом, во все указанные периоды развитие и компенсация нервно-психических расстройств при ЧС зависят от трёх групп факторов: особенности ситуации, индивидуального реагирования на происходящее, социальных и организационных мероприятий. Однако значение этих факторов в различные периоды развития ситуации неодинаково. Представленные данные свидетельствуют о том, что с течением времени теряет непосредственное значение характер чрезвычайной ситуации, возрастает и занимает основополагающее значение не только собственно медицинская, но и социально-психологическая помощь, а также

организационные факторы. Из этого следует, что социальные программы в решении вопросов охраны и восстановления психического здоровья у пострадавших после чрезвычайных ситуаций имеют первостепенное значение.

Особенности развития нервно-психических расстройств при стихийных бедствиях

Стихийные бедствия — катастрофические ситуации, возникающие в результате явлений природы, имеющие чрезвычайный характер и приводящие к нарушению повседневного уклада жизни более или менее значительных групп людей, человеческим жертвам и уничтожению материальных ценностей. По данным академика Е.К. Фёдорова, материальный ущерб, приносимый стихийными бедствиями только в нашей стране, составляет ежегодно 5—7 млрд рублей. К стихийным бедствиям относят землетрясения, наводнения, цунами, извержения вулканов, сели, оползни, обвалы, циклоны, сопровождающиеся ураганами и смерчами, массовые лесные и торфяные пожары, снежные заносы и лавины.

Стихийные бедствия способны вызывать как кратковременные, так и более длительные психические расстройства.

Выделяют следующие три фазы динамики развития психических реакций при стихийных бедствиях.

- **Фаза предвоздействия**, включающая ощущение угрозы и беспокойства. Эта фаза обычно существует в сейсмоопасных районах и зонах, где часты ураганы, наводнения. Нередко угрозу игнорируют либо не осознают.

- **Фаза воздействия** длится от начала стихийного бедствия до того момента, когда организуются спасательные работы. В этот период страх становится доминирующей эмоцией.

- **Фаза послевоздействия** начинается через несколько дней после стихийного бедствия. Новые проблемы, возникающие в связи с социальной дезорганизацией, эвакуацией, разделением семей, позволяют ряду авторов считать этот период «вторым стихийным бедствием».

В таких чрезвычайных ситуациях наибольшим психотравмирующим действием обладают **землетрясения** большой (иногда средней) силы. Особенности данных стихийных бедствий: внезапность возникновения, фактическое отсутствие эффективных методов защиты населения, огромные разрушения и ощущение «качающейся земли».

Изучение реакций населения при землетрясениях позволило сделать выводы о том, что в формировании психических расстройств имеет значение

не только нервно-психическая травма (толчки, образование трещин в зданиях, их разрушение, человеческие жертвы и т.п.), но и постоянное напряжение, тоскливое, боязливое ожидание. К числу других заключений авторов относятся следующие положения:

- нервно-психические реакции в связи с землетрясениями у предрасположенных лиц могут протекать довольно длительно и неблагоприятно;
- заболевания могут возникнуть не только остро, но и на протяжении нескольких месяцев после пережитого.

Разумеется, личностные факторы, способные влиять на восприятие землетрясений, трудно измерить и оценить с точки зрения их значимости для процесса приспособления к катастрофе. Землетрясения вызывают стресс, когда люди осознают их неотвратимость и не знают, что их ожидает.

При наводнениях отмечена тенденция к увеличению психических нарушений у лиц, которые оказались непосредственно в зоне затопления, а не вдали от него. Люди воспринимают и оценивают опасность, а также избирают пути приспособления для защиты в зависимости от личного опыта, возраста, продолжительности проживания в районе бедствий и личных столкновений с опасностью. При этом необходимо различать опыт, полученный в центре стихийного бедствия, от периферийного. Первый делает человека более осмотрительным, второй позволяет недооценивать опасность.

Результаты обследования пострадавших от наводнения показали, что у 12 % детей и 20 % взрослых присутствовали лёгкие психические расстройства через несколько месяцев после бедствия. Осмотры пострадавших, проведённые через 2 года после наводнения, выявили симптомы тревоги, депрессии, напряжённости, возбудимость, соматические расстройства, социальную изоляцию и изменение в моделях поведения. У 30 % людей эти нарушения были отмечены и через 4—5 лет.

По-видимому, опыт в переживании опасности имеет значение и при других стихийных бедствиях. К примеру, обнаружено, что нередко у многих лиц перед началом урагана присутствует «неверие и отрицание» опасности. Сразу же после урагана многие описывали своё состояние как «радостное возбуждение», которое через 3—5 дней сменилось вялостью, апатией, а через 10 дней появились случаи неглубоких транзиторных депрессий.

Из приведённых данных не следует, что психические реакции при наводнении, урагане и других экстремальных ситуациях носят какой-то специфический характер, свойственный лишь конкретному стихийному бедствию. Это скорее универсальные реакции на опасность, а их частота и глубина зависят от внезапности и интенсивности стихийного бедствия. Так,

выявляемый у ряда лиц «страх погоды» следует признать скорее символическим. Подобный страх мог возникнуть в результате наводнения, землетрясения, урагана («страх наводнения», «страх землетрясения» и т.п.).

Особенности нервно-психических расстройств при террористических актах

К одним из наиболее серьёзных социально-психологических последствий можно отнести формирование стойкой «психологии жертвы». Если человек когда-то подвергся нападению, особенно если это произошло в детском или подростковом возрасте, у него может произойти изменение психологического развития. Девочки, как правило, в обществе начинают ощущать себя жертвами, и часто их поведение невольно провоцирует насилие. Мальчики, наоборот, могут отождествлять себя с обидчиком и проявлять не свойственные им ранние черты агрессивности и грубого отношения к окружающим.

Особое внимание следует обратить на негативное влияние угрозы терроризма на психику детей. Известно, что самое негативное воздействие на детей и семьи оказывает испуг, порождаемый террористическими событиями. В этом случае достигается главная цель терроризма — воздействие на чувства большого количества людей. Объектами терроризма бывают живые люди, и часто это не определённые личности, а случайные люди.

Устрашение населения, деморализация, создание невротического страха, провокация и усиление психотических реакций — то, к чему стремятся террористы.

Психогенное воздействие экстремальных условий ЧС складывается не только из прямой, непосредственной угрозы жизни человека, но и из опосредованной угрозы, поэтому существует такое понятие, как «вторичная жертва». Это люди, которых чрезвычайная ситуация не коснулась непосредственно, но они затем стали свидетелями последствий. Таких людей очень много, и их срывы, их бессонные ночи, их депрессия в таких случаях могут быть результатом неправильных действий средств массовой информации (СМИ).

Необходимо знать, что в результате террористического акта (а также и других чрезвычайных ситуаций), о котором большинство людей узнают из СМИ, возникает ситуация неопределённости. При этом наиболее общий ответ на подобную ситуацию — придание или приписывание произошедшему событию какого-либо значения.

При оповещении населения о террористическом акте важно и нужно учитывать количественную и качественную стороны подаваемой информации о трагедии, дабы не привести к двум основным возможным стратегиям поведения населения: ажиотажу, связанному с поиском необходимой информации, и пассивности, вызванной перенапряжением когнитивных структур информационным массивом.

Особенности нервно-психических расстройств у спасателей

Общие тенденции возникновения и развития нарушений, возникающих у спасателей, подчинены закономерностям, описываемым теориями эмоционального стресса и психической адаптации. Динамика снижения работоспособности и развития утомления хорошо прослеживается при анализе **семи фаз** изменения уровня функциональных резервов организма спасателя в процессе профессиональной деятельности.

- **Фаза мобилизации.** В это время происходит подготовка организма к выполнению определённой работы (предстартовый период). Фаза характеризуется энергетической мобилизацией резервов, повышением тонуса центральной нервной системы, формированием плана и стратегии поведения, внутренним «проигрыванием» ключевых элементов деятельности.

- **Фаза первичной реакции** (период вработываемости) типична для момента начала деятельности и характеризуется кратковременным снижением почти всех показателей функционального состояния.

Фаза гиперкомпенсации. Происходит приспособление организма человека к наиболее экономичному оптимальному режиму выполнения работ в конкретных условиях. Фаза характеризуется оптимизацией ответных реакций организма в соответствии с характером работы и величиной нагрузки.

- **Фаза компенсации** (период максимальной работоспособности) характеризуется наиболее экономичным использованием функциональных резервов организма. Однако при длительной работе к концу этой фазы могут появляться признаки нарушения субъективного состояния (снижение работоспособности, усталость).

- **Фаза субкомпенсации** (период дестабилизации). Снижаются функциональные резервы организма. Поддержание работоспособности происходит за счёт энергетически некомпенсируемой мобилизации резервов. Сначала проявляется скрытое, а затем заметное снижение эффективности работ, развиваются явные признаки утомления. В этой фазе за счёт

непродуктивных усилий возможна компенсация на непродолжительное время с дальнейшим ухудшением.

- **Фаза декомпенсации** характеризуется непрерывным снижением функциональных резервов организма, дискоординацией функций, выраженным снижением профессиональной эффективности, нарушением мотивации. Данные проявления характерны для выраженного острого переутомления.

- **Фаза срыва** проявляется при очень интенсивной и продолжительной работе. Характеризуется значительными расстройствами жизненно важных функций, ярко выраженной неадекватностью реакций организма на характер и величину выполняемой работы, резким падением работоспособности. Эти изменения типичны для выраженных форм хронического утомления и переутомления.

При ведении спасательных операций даже у хорошо подготовленных, опытных спасателей, особенно в начальный период, могут возникать кратковременные реакции, связанные с восприятием катастрофы: заторможенность или, напротив, возбуждение, слёзы, слабость, тошнота, сердцебиение и другие. Их не следует воспринимать как срывы. Эти явления достаточно хорошо можно корректировать мерами психологической поддержки и помощи, а при необходимости — фармакологическими препаратами. Как правило, такие явления быстро проходят, не дезорганизуя деятельность спасателей, и не становятся основанием для отстранения их от участия в аварийно-спасательных работах.

В условиях длительного ведения спасательных работ может присутствовать весьма характерная динамика состояния их участников, связанная с хронизацией переживаемого ими стресса. При этом чувство опасности, мотивация на оказание помощи, сначала игравшие роль активизирующих стимулов, в связи с истощением функциональных резервов и астенизацией уходят на второй план. Снижаются активность и работоспособность, повышается уровень тревоги, напряжённости, могут возникать затруднения в принятии решений, анализе ситуации, вычленении главного из множества обстоятельств.

Независимо от характера профессиональной деятельности изменения психического здоровья возникают в среднем у 30 % специалистов. Опыт психиатрии катастроф свидетельствует о том, что в возникновении психических нарушений ведущая роль принадлежит не столько самой ЧС, сколько тому, как личность воспринимает, переживает и интерпретирует данное событие. Любая ситуация как многофакторное явление может стать в психолого-психиатрическом плане чрезвычайной, если она воспринимается,

переживается и интерпретируется как личностно значимая, а её переживание может превысить индивидуальные компенсаторные ресурсы данной личности.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА НАСЕЛЕНИЯ И СПАСАТЕЛЕЙ

Медико-психологическая защита — комплекс мероприятий, проводимых для предупреждения или максимального ослабления воздействия на население и спасателей повреждающих факторов. Она включает следующие задачи:

- обучение применению и непосредственное применение средств для оказания медицинской помощи пострадавшим;
- проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий по предупреждению или снижению отрицательного воздействия поражающих факторов ЧС;
- участие в психологической подготовке населения и спасателей, формирование адаптационных механизмов снижения и ликвидации стрессогенных состояний у поражённых во время ЧС и после неё.

Профилактика и устранение панических реакций

Паника — чувство страха, охватившее человека или группу людей, которое затем передаётся окружающим и перерастает в неуправляемый процесс. Резко повышается эмоциональность восприятия происходящего, снижается ответственность за свои поступки. Человек не может разумно оценить своё поведение и правильно осмыслить сложившуюся обстановку. В таких условиях происходит утрата степени сознательного руководства и случайный захват руководства действиями людей лицами, находящимися в состоянии страха и действующими бессознательно, автоматически. Эти лица яркостью поведения и речи (криками) возбуждают окружающих и фактически увлекают за собой людей, находящихся в связи со страхом в состоянии суженного восприятия и действующих автоматически, без оценки сложившейся ситуации. Людская масса начинает слепо подражать таким паникёрам, возникает «стадный инстинкт». Ниже представлена совокупность факторов, способствующих предупреждению паники.

Меры предупреждения и борьба с возникшими паническими реакциями

- Обучение обеспечению безопасности и воспитательная работа по формированию в сознании людей осторожности, а также обучение

предупреждению и разумному поведению в аварийных и чрезвычайных ситуациях.

- Профессиональный отбор лиц для работы на опасных видах труда, особенно руководителей производственных коллективов. Человек, работающий на опасных производствах, должен соответствовать следующим критериям:

- иметь психологическую готовность к действиям в ЧС;
- знать свои обязанности по предупреждению ЧС;
- нести ответственность не только за возникновение несчастных случаев, но и за характер своих действий при руководстве массами людей.

- Достоверное, убедительное и достаточно полное информирование населения о случившемся.

- Своевременные действия волевых сознательных людей.
- Привлечение людей к общему ходу работ, как способ отвлечения их от «лидера» паникёров.

Медико-психологическая подготовка населения и спасателей

Любой человек может оказаться вовлечённым в чрезвычайную ситуацию. Проявления его внутренних ресурсов (мобилизация или, наоборот, ослабление) будут обусловлены его морально психологической устойчивостью. Именно от психического состояния зависит готовность человека к осозанным, последовательным, уверенным действиям в условиях сложившейся обстановки.

От морально-психологической устойчивости спасателей в немалой степени зависит, с каким качеством и в какие сроки будут проведены спасательные работы.

У психологически неподготовленных людей появляются чувство страха и стремление убежать из опасного места, у других — психологический шок, сопровождаемый оцепенением мышц. В этот момент нарушается процесс нормального мышления, ослабевает или полностью теряется контроль сознания над чувствами и волей. Нервные процессы (возбуждение или торможение) проявляются по-разному.

Неожиданность возникновения опасности, незнание характера и возможных последствий стихийного бедствия или аварии, правил поведения в этой обстановке, отсутствие опыта и навыков в борьбе со случившемся, слабая морально-психологическая подготовка — всё это ведёт к формированию психических расстройств.

Для того чтобы их избежать, нужна постоянная подготовка спасателей к действиям в экстремальных условиях, формирование психической устойчивости, воспитание воли. Вот почему основным содержанием психологической подготовки становится выработка и закрепление необходимых психологических качеств. Главным здесь является максимальное приближение обучения к реальным условиям, которые могут сложиться в конкретном регионе, населённом пункте или на объекте. Особенно важно воспитывать самообладание, хладнокровие, способность трезво мыслить в сложной и опасной обстановке. Выработать эти качества лишь путём словесного ознакомления с действиями в районе стихийного бедствия невозможно. Только практика и ещё раз практика поможет приобрести эмоционально-волевой опыт, необходимые навыки и психологическую устойчивость.

По этой причине при проведении занятий с населением, а тем более с личным составом формирований (подразделений), нужно давать не только словесное описание нужных действий, не следует ограничиваться показом кино- и видеофильмов. Необходимо реально отрабатывать приёмы и способы тех спасательных работ, с которыми вероятнее всего придётся встретиться. В основе выработки любого навыка лежит сознательное многократное повторение конкретных действий, выполнение нужных упражнений.

Особое значение приобретает подготовка коллективов, организаций и учреждений к повышению стойкости, к психологическим нагрузкам, развитию выносливости, самообладания, неуклонному стремлению к выполнению поставленных задач, развитию взаимовыручки и взаимодействия. Такую подготовку следует проводить дифференцированно с учётом предназначения каждого формирования и той обстановки, с которой может столкнуться конкретный коллектив. И делать это нужно на тренировках с использованием различных макетных образцов чрезвычайных ситуаций, муляжей людей с различными формами поражений, на учениях, условия которых максимально приближены к реальной обстановке ЧС.

Уровень психологической подготовки людей — один из важнейших факторов. Малейшие растерянность и проявление страха, особенно в самом начале аварии или катастрофы, в момент развития стихийного бедствия могут привести к тяжёлым, а порой и непоправимым последствиям. В первую очередь это касается должностных лиц, которые обязаны немедленно принимать меры, мобилизуя коллектив, показывая при этом личную дисциплинированность и выдержку. Именно неверие в свои силы, в силы и возможности коллектива парализуют волю.

Подготовка населения — государственная задача. Это означает, что обучение и морально-психологическая подготовка людей должны подняться на новый качественный уровень, приобрести организованный, массовый характер и проводиться повсеместно.

Правительство РФ своим постановлением от 24 июля 1995 г. определило «Порядок подготовки населения в области защиты от ЧС». Такая подготовка должна приобрести всеобщий, государственный масштаб. Её нужно проводить в соответствии с возрастными и социальными особенностями, начиная от дошкольных учреждений и заканчивая неработающим населением по месту жительства. Подготовку всей учащейся молодёжи необходимо проводить в учебных заведениях в учебное время по специальным программам.

В целях проверки подготовки населения, привития ему практических навыков для разумных и рассчитанных действий в чрезвычайных ситуациях необходимы регулярные проведения командноштабных, тактико-специальных, комплексных учений и тренировок на предприятиях, в организациях и учреждениях независимо от их организационно-правовой формы.

Формирование таких морально-боевых и психологических качеств, как инициатива, быстрота реакции, решительность, способность противостоять страху и панике, выдерживать предельные физические нагрузки, должно стать неотъемлемой составной частью всей вновь принятой системы обучения и воспитания населения России для действий в любых чрезвычайных ситуациях.

Психотерапия возникших нервно-психических расстройств

В психологической реабилитации участвуют все жертвы чрезвычайных ситуаций, а также медицинские работники и спасатели. Психологическую помощь жертвам оказывают различные специалисты: врачи (психиатры, психотерапевты), психологи. Причём, как показывает опыт разных стран мира, максимально плодотворным бывает комплексный подход к оказанию психологической помощи таким жертвам, когда происходит тесное взаимодействие врачей и психологов (медико-психологическая защита).

На основании закона «Об оказании психологической и психиатрической помощи в ЧС» (2002) помощь пострадавшим организуют с использованием действующих отделений «телефон доверия», кабинетов социально-психологической помощи, отделений кризисных состояний, психотерапевтических бригад специализированной медицинской помощи.

В отделениях «телефон доверия» выделяют отдельные номера телефонов для работы с пострадавшими в ЧС в режиме «горячая линия», которая работает ежедневно, круглосуточно, без перерывов. Номера телефонов «горячей линии» на период ЧС объявляют населению с использованием средств массовой информации.

Кабинеты социально-психологической помощи учреждений здравоохранения работают ежедневно и круглосуточно. В их задачи входит оказание, в том числе в эпицентре ЧС, амбулаторной помощи лицам с психическими расстройствами, возникшими в ЧС.

Отделения кризисных состояний учреждений здравоохранения работают ежедневно, круглосуточно, без перерывов. В их задачи входит оказание стационарной помощи лицам с психическими расстройствами, возникшими в ЧС.

Врачебные и фельдшерские бригады скорой психиатрической помощи учреждений здравоохранения работают ежедневно и круглосуточно, во взаимодействии с кабинетами социально-психологической помощи, отделениями кризисных состояний, психоневрологическими диспансерами, диспансерными отделениями и кабинетами, психиатрическими больницами.

Психотерапевтические бригады, участвуя в ликвидации последствий ЧС, выполняют следующие задачи:

- организацию и проведение медицинской сортировки поражённых с нервно-психическими расстройствами;
- своевременную и быструю эвакуацию пострадавших из очага поражения;
- организацию и оказание неотложной и специализированной психотерапевтической помощи в ближайших к зоне чрезвычайной ситуации стационарах (ЦРБ);
- сочетание лечебных и реабилитационных мероприятий.

При проведении медицинской сортировки выделяют следующие **группы пострадавших.**

- 1-я группа — представляющие опасность для себя и окружающих. Психогенные аффективно-шоковые реакции с возбуждением или ступором. Состояния с расстроенным сознанием, обострения прежних психических заболеваний, агрессивная и суицидальная настроенность.
- 2-я группа — нуждающиеся в мероприятиях первой врачебной помощи. В случае недостаточно эффективной терапии, людей из этой группы направляют в психоизолятор.
- 3-я группа — нуждающиеся в отсроченной медицинской помощи, которая может быть оказана в психоневрологическом стационаре.

- 4-я группа — наиболее лёгкие формы психических расстройств. Пациенты после введения успокаивающих средств и непродолжительного отдыха могут приступить к трудовой деятельности.

Для проведения медицинской сортировки используют следующие **критерии:**

- состояние сознания (нарушение есть или нет);
- наличие двигательных расстройств (психомоторное возбуждение или ступор);
- особенности эмоционального состояния (возбуждение, депрессия, страх, тревога).

Неотложная помощь пострадавшим заключается в проведении следующих мероприятий:

- в купировании аффективного возбуждения при сохранённом контакте с пострадавшим и при помрачённом сознании;
- купировании психогенного или депрессивного ступора;
- купировании судорог или эпилептического статуса;
- купировании явлений тяжёлой абстиненции, делирия;
- купировании развившихся острых психотических состояний.

Первостепенная цель медикаментозной терапии нервно- психических расстройств — купирование острого состояния применением нейролептиков, транквилизаторов, антидепрессантов и их комбинацией. При задержке эвакуации в стационар проводят повторные инъекции возбуждённым пострадавшим, а также в обязательном порядке за 20—30 мин до начала эвакуационных мероприятий.

Объём специализированной психотерапевтической помощи в ближайших стационарах включает проведение следующих лечебно-профилактических мероприятий:

- организацию психиатрического лечения лицам с психическими расстройствами, оставленными для лечения на месте;
- медикаментозную подготовку лиц с психическими расстройствами к эвакуации в психиатрический стационар.

После выполнения основных задач распоряжением территориального органа здравоохранения бригада может быть оставлена в случае необходимости для работы в ближайших к зоне чрезвычайной ситуации стационарах для оказания специализированной психотерапевтической помощи как поражённым, так и ликвидаторам последствий чрезвычайной ситуации.

Все лица с нарушением сознания, мышления, с двигательным беспокойством, выраженной депрессией после оказания первой медицинской помощи подлежат направлению в психоневрологический стационар. Особую группу составляют пострадавшие, у которых наряду с основным поражением (травмой, ожогом, интоксикацией, радиационным поражением) имеются и психические расстройства. Их следует эвакуировать в соответствующие профилированные больницы после оказания им необходимой помощи, направленной на ликвидацию (профилактику) нервно-психических нарушений.

Пострадавшие с выраженной симптоматикой при отсутствии отчетливых нарушений сознания, мышления, двигательной сферы, эмоциональных расстройств могут задерживаться на первом этапе медицинской эвакуации на короткий срок (до суток) для врачебного наблюдения. В случае выздоровления (улучшения состояния) они возвращаются к выполнению обычных обязанностей. Выделение этой группы чрезвычайно важно по ряду причин:

- это обеспечивает привлечение к спасательным и неотложным аварийно-восстановительным работам значительного количества людей;
- исключается нерациональное использование транспорта для эвакуации их в больничную базу;
- снижается нагрузка психоневрологических больниц.

Деятельность медицинских специалистов (психиатров, психотерапевтов), по данным работы Центра экстренной психологической помощи (ЦЭПП), должна заключаться в выполнении следующих мероприятий.

- Оказание первой медицинской помощи в очаге ЧС пострадавшим на догоспитальном этапе. В очаге ЧС данную помощь начинают оказывать медицинские специалисты, чьи службы раньше других пребывают в очаг ЧС. Медицинские специалисты мобильной службы ЦЭПП в очаге ЧС оказывают первую медицинскую помощь в случае отсутствия в очаге ЧС медицинских специалистов других служб.

- Оказание специализированной психиатрической и психотерапевтической помощи в очаге ЧС пострадавшим на догоспитальном этапе. Специалисты оказывают в очаге ЧС психотерапевтическую помощь всем пострадавшим (под пострадавшими следует рассматривать не только первично пострадавших, но и вторично, например родственников, специалистов различных служб и т.п.).

- Оказание специализированной психиатрической и психотерапевтической помощи пострадавшим в ЧС на последующих этапах (после прекращения действия чрезвычайных стрессогенных факторов).

При катастрофах и стихийных бедствиях в психотерапевтической работе с пострадавшими, находящимися в состоянии психической дезадаптации, можно применять личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию с преимущественно симптоматической направленностью. Такую психотерапию используют в индивидуальной и групповой формах. Её общая цель — изучение личности пациента (включая процесс самопознания), осознание и коррекция нарушений и обусловленных ими неадекватных эмоциональных и поведенческих реакций, затрудняющих его полноценное психологическое и социальное функционирование.

Ещё одна группа методов, направленных на устранение явлений психической дезадаптации, — симптоматические психотерапевтические воздействия (суггестивная, поведенческая психотерапия и др.). К ним относятся прежде всего внушение и самовнушение, включая аутогенную тренировку в её многочисленных вариантах, самовнушение по Куэ и др.

При невротических реакциях основные цели лечения — купирование тревожного напряжения и страха, приспособление человека к жизни и деятельности в условиях сохраняющейся психогении. Для этого используют транквилизаторы, антидепрессанты с универсальным успокаивающим действием и психотерапию. Как показывает опыт, в этих случаях наиболее эффективным психотерапевтическим методом служит когнитивная психотерапия. Метод учитывает особенности состояния пострадавших, испытывающих потребность рассказать об обстоятельствах катастрофы, наиболее страшных и значительных для них сценах и событиях. Расспрос, доброжелательное и внимательное выслушивание, проговаривание наиболее неприятных переживаний позволяет уменьшить аффективное напряжение, структурировать эмоции и активизировать целенаправленную деятельность пострадавших.

Для смягчения и ликвидации невротических расстройств используют аутогенную тренировку, поведенческие методы и др. С помощью гипносуггестии можно воздействовать практически на все симптомы невротического регистра (тревогу, страх, астению, депрессию, нейровегетативные, нейро-соматические и другие расстройства).

Метод аутогенной тренировки наиболее показан при расстройствах неврастенического круга (общевневротическая симптоматика, нейровегетативные и нейросоматические синдромы) при более высокой

эффективности в случае преобладания симпатического тонуса: нарушениях сна, состояниях тревоги и страха, выраженных фобиях и т.д.

Метод наркопсихотерапии используют с целью снятия зафиксированных истерических моносимптомов, для осуществления суггестивных воздействий при фобических расстройствах с последующими функциональными тренировками.

Поведенческие методы весьма результативны при лечении обсессивно-фобических расстройств. Методы угашения страха в патогенной ситуации с помощью специально разработанной системы функциональных тренировок оказываются эффективными в комплексе лечебно-восстановительных воздействий у этих больных даже при затяжном, неблагоприятном течении болезни.

Рациональную психотерапию широко применяют как самостоятельное лечение либо в сочетании с другими методами. Методика адресуется к логическому мышлению пациента, где в качестве лечебных факторов выступают авторитет врача, убеждение, переубеждение, разъяснение, одобрение, отвлечение и др.

Таким образом, в нашей жизни огромную роль играют разнообразные экстремальные воздействия — так называемые стрессовые факторы, как физиологические (боль, чрезмерная физическая нагрузка), так и психологические (опасность, угроза).

Оптимизация психических состояний и поведения человека в экстремальных ситуациях должна предусматривать соответствующую психологическую подготовку. Изучение психического состояния человека в ЧС является основной задачей одного из современных направлений прикладной психологии — психологии экстремальных ситуаций.

Исследование проблем, связанных с оценкой, предвидением и оптимизацией психических состояний и поведения человека в стрессовых ситуациях в настоящее время крайне необходимо, поскольку расстройства психики в ЧС занимают особое место. Они могут возникать одновременно у большого количества людей, внося дезорганизацию в общий ход спасательных и восстановительных работ. Этим обусловлена необходимость оперативной оценки состояния пострадавших, прогноза выявляемых расстройств, а также проведения всех возможных мероприятий медицинской и психологической защиты.

Контрольные вопросы

1. Психотравмирующие факторы ЧС.

2. Стадии эмоционального и физиологического состояния людей, подвергшихся воздействию факторов ЧС.
3. Динамика развития нервно-психических расстройств; классификация реакций и психогенных расстройств.
4. Особенности развития нервно-психических расстройств населения при стихийных бедствиях.
5. Особенности развития нервно-психических расстройств населения при террористических актах.
6. Фазы изменения уровня функциональных резервов организма спасателя в процессе профессиональной деятельности.
7. Профилактика и устранение панических реакций.
8. Медико-психологическая подготовка населения и спасателей.
9. Задачи психотерапевтических бригад, участвующих в ликвидации последствий ЧС.
10. Основные понятия о методах психотерапии.