

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Северо-Осетинская
государственная медицинская академия» Министерства
здравоохранения Российской Федерации**

КАФЕДРА ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

Дзацева Д.В., Сабаев С.С., Калоев С.З.

**ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО
ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ, МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И
СПАСАТЕЛЕЙ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ**

Методические рекомендации для студентов лечебного,
педиатрического, фармацевтического, стоматологического,
медико-профилактического факультетов по безопасности
жизнедеятельности

Владикавказ 2020г.

Методические рекомендации разработаны в соответствии с требованиями ФГОС ВО, предназначено для студентов медицинских ВУЗов и факультетов, обучающихся по специальностям «фармация», «лечебное дело», «педиатрия», «медико-профилактическое дело», «стоматология» к работе по оказанию медицинской помощи пораженному населению в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени.

Утверждено и рекомендовано к печати Центральным координационным учебно - методическим советом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России (протокол № 6 от 6 июля 2020 г)

Цель: освоение дисциплины “безопасность жизнедеятельности” является формирование безопасности, готовности и способности выпускника по специальностям “фармация”, «лечебное дело», «педиатрия», «медико-профилактическое дело», «стоматология» к работе по оказанию медицинской помощи пораженному населению в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени.

ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ, МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И СПАСАТЕЛЕЙ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Содержание:

Введение

1. Психотравмирующие факторы ЧС
 2. Особенности развития нервно-психических расстройств у населения и спасателей в условиях чрезвычайных ситуаций различного характера
 3. Основы организации медико-психологического обеспечения населения, медицинских работников и спасателей при чрезвычайных ситуациях
- Заключение

ВВЕДЕНИЕ

Последние десятилетия жизни нашего общества сопровождаются возрастающим количеством экстремальных ситуаций различного масштаба и характера. При этом стремительно растет круг участников этих событий. Под экстремальными ситуациями подразумевается воздействие на человека таких условий, при которых его психика действует на пределе возможного, а в ряде случаев выше предела возможного для данной личности. В результате экстремальной ситуации, особенно если она встречается многократно, происходит изменение личностных характеристик, развитие нервно-психических и психосоматических заболеваний.

В 2008 г. на территории Российской Федерации произошло свыше 1100 чрезвычайных ситуаций, что значительно выше, чем в 2007 г. (810

случаев). Подавляющее их число произошло в техногенной сфере. И в дальнейшем по предварительному прогнозу число таких чрезвычайных ситуаций будет возрастать за счет выхода из строя устаревших подземных и наземных коммуникаций. 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.

1. ПСИХОТРАВМИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ ЧС

Стихийные бедствия, аварии, террористические акты создают опасные для жизни, здоровья и благополучия значительных групп населения ситуации. Эти воздействия становятся катастрофическими, когда они приводят к большим разрушениям, вызывают смерть, ранения и страдания значительного числа людей. Люди, находясь в экстремальных условиях чрезвычайной ситуации, испытывают психотравмирующие факторы, при воздействии которых происходит нарушение психики и снижается эффективность любой деятельности. При этом психогенное воздействие испытывают и те лица, которые находятся вне зоны действия чрезвычайной ситуации вследствие ожидания или представления ее последствий.

Если радиус действия опасных и вредных факторов чрезвычайных ситуаций можно определить расчетом с помощью имеющихся математических формул, то радиус действия психотравмирующего воздействия может быть любым и поэтому трудно определяемым. При этом развивается ФОБИЯ (от греческого **Phobos** – страх, боязнь), т.е. кратковременный или длительный процесс, порождаемый действительной или воображаемой опасностью. После атомной бомбардировки американцами японских городов Хиросимы и Нагасаки в 1945 г., радиацией было поражено около 160 тыс. жителей, но страх перед ядерным оружием охватил практически всех жителей планеты. После аварии на Чернобыльской АЭС более 15 млн. человек стали испытывать страх перед радиацией (радиофобия).

Составляющие психотравмирующих факторов

- природные составляющие (землетрясения, наводнения, ураганы, сели, оползни и т.п.);
- техногенные (радиационные, химические, биологические аварии, пожары, взрывы);
- военные (локальные военные конфликты, войны);
- биолого-социальные (инфекционная заболеваемость, голод, терроризм).

То есть, психотравмирующими факторами может быть любая ЧС различного масштаба. Это картина разрушений, аварий паники, вид

пораженных, человеческих жертв. Тем более их отрицательное воздействие усиливается через печать, электронные средства массовой информации – радио, телевидение и др. Негативные последствия воздействия психотравмирующих факторов на организм пораженных лиц в ЧС усугубляются еще и тем, что специалистов в области психотерапевтической коррекции функциональных нарушений человека в России катастрофически мало. По данным литературных источников у нас в стране на период 2008 г. было около 4500 подобных специалистов, в США их десятки тысяч. Опасные и вредные факторы чрезвычайных ситуаций, воздействуя на конкретную территорию с расположенными на ней населением, флорой и фауной, образуют **очаг поражения**. Он может быть простым и сложным.

Простой очаг поражения – это очаг поражения, возникающий под воздействием одного поражающего фактора (например, от радиации, пожара или взрыва). **Сложный (комбинированный)** – это очаг поражения, образовавшийся в результате возникновения нескольких поражающих факторов.

Чаще очаги поражения являются сложными (например, при землетрясении появляются инфекционные заболевания, утечка отравляющих, радиационных веществ и т.д.). Вследствие Цунами силой в 8-9 баллов в районе г. Фукусима-1 (Япония) в 2011 г. произошли разрушения конструкций атомной станции, вызвавшие утечку радиоактивных веществ, повышение радиации на большой территории.

2. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У НАСЕЛЕНИЯ И СПАСАТЕЛЕЙ В ЧС РАЗЛИЧНОГО ХАРАКТЕРА

Чрезвычайная ситуация – это всегда стресс. Международная классификация болезней (МКБ-10) определяет следующие виды реакций на тяжелый стресс:

1. Острая реакция на стресс. Развивается в ответ на сильное стрессовое событие. В этом случае наблюдается четкая временная связь возникновения симптоматики с травмирующим событием.

Симптоматика:

- 1) инициальное состояние оглушенности;
- 2) быстро сменяющие друг друга или смешанные между собой, но не длящиеся долго депрессия, тревога, отчаяние, гнев, гиперактивность или отгороженность.

Быстрая реакция симптоматики (в течение часов) в случае нейтрализации травмирующего фактора или длительная реакция – от суток до трех, если травмирующее событие невозможно нейтрализовать.

2. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Отставленная и/или затяжная реакция на пережитую ЧС или травмирующее событие.

Симптоматика:

1) повторные переживания психотравмы в виде навязчивых воспоминаний (реминисценций) кошмарных сновидений, фантазий и представлений;

2) в качестве фона повторных переживаний психотравмы наблюдается чувство «оцепененности» и эмоциональной притупленности, социальной отчужденности, снижение реакции на окружающее;

3) избегание ситуаций, напоминающих о психотравме;

4) временами могут наблюдаться острые эпизоды страха, паники, агрессии, вызванными воспоминаниями о психотравме или реакции на нее.

Наблюдаются повышенная вегетативная возбудимость, уровень бодрствования с бессонницей, реакции испуга. Начало расстройства – после латентного периода (от нескольких недель до полугода).

3. Расстройство адаптации. Наблюдается в период адаптации к значительному изменению социального статуса. Имеется индивидуальная предрасположенность (уязвимость), но сочетается с доказательствами того, что расстройство не возникло бы без воздействия стрессора.

Симптоматика:

1) депрессивное настроение, тревога, беспокойство;

2) чувство неспособности справиться с ситуацией, приспособиться с ней;

3) некоторое снижение продуктивности в повседневных делах;

4) склонность к драматическому поведению, вспышки агрессии.

В чрезвычайных ситуациях отмечена следующие фазы развития нервно-психических расстройств.

Фаза страха. У человека возникают неприятные ощущения в виде напряжения и тревожности. При сложных реакциях страха, наряду со сказанным, нередко возникает тошнота, обморок, головокружение, ознобоподобный тремор, у беременных женщин – выкидыши.

Гиперкинетическая (гипокинетическая) фаза. Это реакция с двигательным возбуждением. Очень часто у человека отмечают бесцельные метания и стремление куда-то бежать. В другом случае возникает резкая двигательная заторможенность, доходящая до полной обездвиженности и ступора, когда человек в состоянии психического шока вместо того, чтобы бежать, застывает.

Фаза вегетативных изменений. Происходит соматизация психологических реакций. Появляются боли в области сердца, головные и

мышечные боли, тахикардия, тремор, нарушения зрения и слуха, расстройство желудочно-кишечного тракта, учащенное мочеиспускание.

Фаза психических нарушений. Чем сильнее психотравмирующий фактор, тем глубже расстройства, возникающие у пострадавших. Они включают в себя неспособность концентрировать внимание; нарушения памяти, логики, быстроты мышления, галлюцинации.

Как показали специальные исследования, нервно-психические расстройства в ЧС имеют много общего с клиникой 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 числа людей;

- клиническая картина в этих случаях не носит строго индивидуальный характер, как при «обычных» психотравмирующих обстоятельствах, а сводится к числу достаточно типичных проявлений. Несмотря на развитие психогенных расстройств и продолжающуюся жизнеопасную ситуацию, пострадавший человек вынужден продолжать активную борьбу с последствиями ЧС ради выживания и сохранения жизни близких и всех окружающих.

Далее следует остановиться на особенностях нервно-психических расстройств при стихийных бедствиях.

Особенности развития нервно-психических расстройств при стихийных бедствиях

Стихийные бедствия – катастрофические ситуации, возникшие в результате явлений природы, имеющие чрезвычайный характер и приводящие к нарушению безопасности обычной жизнедеятельности более или менее значительных групп людей, человеческим жертвам, уничтожению материальных ценностей.

К стихийным бедствиям относятся: 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, но последние развиваются у «легкоранимых субъектов и лиц с психическими заболеваниями в анамнезе».

Из стихийных бедствий наибольшим психотравмирующим действием обладают землетрясения большой (иногда средней) силы. Внезапность возникновения (трудность непосредственного предсказания), фактическое отсутствие эффективных методов защиты населения, огромные разрушения и

ощущения качающейся земли являются особенностями данных стихийных бедствий.

Особенности развития нервно-психических расстройств личности при террористических актах

Известно, что самое негативное воздействие на людей (особенно на детей) оказывает испуг, порождаемый террористическими событиями. То есть, достигается главная цель терроризма – устрашающее воздействие на чувства огромного количества людей, деморализация, создание невротического страха, провокации, усиление психотических реакций.

Следует подчеркнуть, что психогенное воздействие экстремальных условий ЧС складывается не только из прямой, непосредственной угрозы жизни человека, но и опосредованной угрозы, поэтому существует такое понятие, как «вторичная жертва». Это люди, которых чрезвычайная ситуация непосредственно не коснулась, но они стали свидетелями последствий. И их срывы, их бессонные ночи, их депрессия в таких случаях – в значительной мере результат работы средств массовой информации (СМИ). В силу информационного воздействия СМИ люди становятся невольными очевидцами событий. Нагнетание ситуации в СМИ выводят людей из душевного равновесия.

В свою очередь, процесс поиска информации поддерживает устойчивость к фактору неопределенности. В то же время чрезмерно большое или малое количество информации может способствовать проявлению стрессовых реакций, а точнее, той опосредующей переменной развития психического стресса – угроза некоторого будущего столкновения человека с опасной для него ситуаций. Таким образом, при оповещении населения о террористическом акте важно и необходимо учитывать количественную и качественную сторону подаваемой информации о трагедии, чтобы не привести к двум основным возможным стратегиям поведения населения: 1) **ажиотажу**, связанного с поиском необходимой информации и 2) **пассивности**, вызванной перенапряжением когнитивных структур информационным массивом.

Особенности развития нервно-психических расстройств у спасателей

Как показывают многочисленные исследования, именно психологические и психофизиологические особенности реагирования в первую очередь определяют способность человека в экстремальных условиях сохранять профессиональную работоспособность и интегрированное поведение. Работоспособность является одной из ведущих категорий деятельности, определяющей успешность и качество решения поставленных задач. Работоспособность отражает возможность субъекта выполнять конкретную по

содержанию работу в определённых условиях деятельности в течение заданного времени с требуемой эффективностью и качеством.

Общие тенденции возникновения и развития нарушений, имеющих место у спасателей, подчинены закономерностям, описываемыми 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.

1. Фаза мобилизации. При этом происходит подготовка организма к выполнению определенной работы (предстартовый период). Фаза характеризуется энергетической мобилизацией резервов, повышением тонуса ЦНС, формированием плана и стратегии поведения, внутренним «проигрыванием» ключевых элементов деятельности.

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

3. Фаза гиперкомпенсации. При этом происходит приспособление организма человека к наиболее экономичному оптимальному режиму выполнения работ в конкретных условиях. Фаза характеризуется оптимизацией ответных реакций организма требуемому характеру работы и величине нагрузки.

4. 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).

5. Фаза субкомпенсации (период дестабилизации). Происходит снижение уровня функциональных резервов организма; поддержание работоспособности происходит за счет энергетически не компенсируемой мобилизации резервов. Вначале проявляется скрытое, а затем заметное снижение эффективности работ, развиваются явные признаки утомления. В этой фазе за счет непродуктивных усилий возможна компенсация на непродолжительное время с дальнейшим ее ухудшением.

6. Фаза декомпенсации. Характеризуется непрерывным снижением уровня функциональных резервов организма, дискоординацией функций, выраженным снижением профессиональной эффективности, нарушением мотивации. Данные проявления характерны для выраженного состояния острого переутомления.

7. Фаза срыва. Проявляется при очень интенсивной и продолжительной работе и характеризуется значительными расстройствами

жизненно важных функций организма, 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, слезы, слабость, тошнота, сердцебиение и т.п., которые не следует воспринимать как срывы. Эти явления связаны с хронической фиксацией переживаемого ими стресса. При этом чувство опасности, мотивация на оказание помощи, вначале игравшие роль активизирующих стимулов, в связи с истощением функциональных резервов, астенизацией, уходят на второй план. Снижаются активность и работоспособность, повышается уровень тревоги, напряженности, могут возникать затруднения в принятии решений, анализе ситуации, вычленении главного из множества обстоятельств.

3. ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ, МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И СПАСАТЕЛЕЙ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Медико-психологическая защита является комплексом мероприятий, проводимых для предупреждения или максимального ослабления воздействия на население и спасателей повреждающих факторов. Она включает в себя: профилактику и устранение панических реакций; морально-психологическую подготовку населения и спасателей и психотерапию возникших нервно-психических расстройств.

Профилактика и устранение панических реакций

Паника – это чувство страха, охватившее человека или группу людей, которое затем передается окружающим и перерастает в неуправляемый процесс. Резко повышается эмоциональность восприятия происходящего, снижается ответственность за свои поступки. Человек не может разумно оценивать свое 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 с яркостью поведения и речи (криками) возбуждают окружающих и фактически увлекают за собой людей, находящихся в данный момент в состоянии страха, суженного восприятия окружающей обстановки и действующих автоматически, бессознательно, без оценки сложившейся ситуации. Людская масса начинает слепо подражать таким паникерам, возникает «стадный инстинкт».

Меры предупреждения и борьба с возникшими паническими реакциями:

- обучение проблемам обеспечения безопасности и воспитательная работа по формированию в сознании людей осторожности, предупреждению и разумному поведению в аварийных и чрезвычайных ситуациях;

- профессиональный психологический отбор лиц для работы в опасных условиях труда и особенно руководителей производственных коллективов;

- 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 неформального лидера.

Человек, работающий на опасных производствах, должен:

- иметь психологическую готовность к действиям в ЧС;

- знать свои обязанности по профилактике и остановке ЧС;

- нести ответственность не только за возникновение несчастных случаев, но и за характер своих действий при руководстве массами людей;

Морально-психологическая подготовка населения и спасателей

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

От морально-психологической устойчивости спасателей в немалой степени зависит следующее – какого качества и в какие сроки будут проведены спасательные работы.

У неподготовленных психологически, не закаленных людей появляется чувство страха и стремление убежать из опасного места, у других – психологический шок, сопровождаемый оцепенением мышц. В этот момент нарушается процесс нормального мышления, ослабевают 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 случившимся, слабая морально-психологическая подготовка – все это ведет к формированию психических расстройств. Для того чтобы их избежать, нужна постоянная подготовка к действиям в экстремальных условиях, формирование психической

устойчивости, воспитание воли. Вот почему основным содержанием психологической подготовки является выработка и закрепление необходимых психологических качеств. Главным здесь является максимальное приближение обучения к реальным условиям, которые могут сложиться в конкретном регионе, населенном пункте или на объекте. Особенно важно воспитывать самообладание, хладнокровие, способность трезво мыслить в сложной и опасной обстановке. Выработать эти качества лишь путем словесного ознакомления с действиями в районе стихийного бедствия невозможно. Только практика и еще раз практика помогут приобрести эмоционально-волевой опыт, необходимые навыки и психологическую устойчивость. Вот почему при проведении занятий с населением, а тем более с личным составом формирований (подразделений) нужно давать не только словесное описание нужных действий и ограничиваться показом кино- и видеопленок, а обязательно отрабатывать приемы и способы тех спасательных работ, с которыми вероятнее всего придется встретиться в данной местности. В основе выработки любого навыка лежит сознательное многократное повторение конкретных действий, выполнение нужных упражнений.

Особое значение приобретает подготовка коллективов (всех тружеников предприятий, организаций и учреждений) к повышению стойкости к психологическим нагрузкам, развитию выносливости, самообладания, неуклонному стремлению к выполнению поставленных задач, развитию взаимовыручки и взаимодействия. Такую подготовку надо проводить дифференцированно с учетом предназначения каждого формирования и той обстановки, с которой может столкнуться конкретный коллектив. И делать это нужно на учениях и тренировках.

Надо помнить, что уровень психологической подготовки людей – один из важнейших факторов. Малейшая растерянность и проявление страха, особенно в самом начале аварии или катастрофы, в момент развития стихийного бедствия могут привести к тяжелым, а порой и к непоправимым последствиям. В первую очередь это относится к должностным лицам, обязанным немедленно принять меры, мобилизующие коллектив, показывая при этом личную дисциплинированность и выдержку. Именно неверие в свои силы, в силы и возможности коллектива, парализуют волю.

Подготовка населения в области защиты от ЧС является государственной задачей. Это значит, что обучение и морально-психологическая подготовка людей должны быть подняты 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 и

проводиться по соответствующим возрастным или социальным группам, начиная от дошкольных учреждений и заканчивая неработающим населением по месту жительства. А подготовку всей учащейся молодежи проводить в учебных заведениях в учебное время по специальным программам. С целью проверки подготовки населения, привития ему практических навыков для разумных и расчетливых действий в чрезвычайных ситуациях, Правительство требует регулярно проводить командно-штабные, тактико-специальные, комплексные учения и тренировки 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, умение выдерживать предельные физические нагрузки, должно стать неотъемлемой составной частью системы обучения и воспитания населения России для действий в любых чрезвычайных ситуациях.

Организация психотерапевтической помощи при возникновении нервно-психических расстройств у пораженных лиц в ЧС

В психологической реабилитации участвуют все жертвы чрезвычайных ситуаций. Ими являются не только пострадавшее население, но и медицинские работники, спасатели. Психологическая помощь жертвам оказывается различными специалистами – психиатрами, психотерапевтами и психологами. Причем, как показывает опыт разных стран мира, максимально плодотворным является комплексный подход к оказанию психологической помощи таким жертвам, т.е. когда происходит тесное взаимодействие указанных специалистов.

На основании методических рекомендаций Минздрава России № 202/144 (2002 г.) «Оказание психологической и психиатрической помощи в ЧС» помощь пострадавшим организуется с использованием действующих отделений: «Телефон доверия», кабинетов социально-психологической помощи, отделений кризисных состояний, психотерапевтических бригад специализированной медицинской помощи.

В отделениях «Телефон доверия» выделяются 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 объявляются населению с использованием средств массовой информации (примером является информация в метро – о психологических проблемах и мерах помощи).

Кабинеты социально-психологической помощи учреждений здравоохранения работают ежедневно, круглосуточно, без перерывов. 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, круглосуточно, без перерывов, во взаимодействии с кабинетами социально-психологической помощи, отделениями кризисных состояний, психоневрологическими диспансерами, диспансерными отделениями и кабинетами, психиатрическими больницами.

Психотерапевтические бригады. Их задачами их являются:

- организация и проведение медицинской сортировки пораженных нервно-психическими расстройствами;
- своевременная и быстрая эвакуация пострадавших из очага поражения;
- организация и оказание неотложной и специализированной психотерапевтической помощи в ближайших к зоне чрезвычайной ситуации стационарах (ЦРБ);
- сочетание лечебных и реабилитационных мероприятий.

При организации работ в ранний период катастрофы несомненно важное значение имеют опыт работы, уровень квалификации реакций, развитая интуиция, высокий профессионализм и психологическая совместимость членов спасательных, в том числе и врачебно-сестринских бригад. Оценка острых клинически выраженных психических и психотических состояний на уровне реакций (так называемый диагноз узнавания). Своевременное выявление истерически декомпенсированных личностей, охваченных ужасом и страхом, так как этот контингент составляет группу повышения риска развития паники.

Медицинская сортировка пораженных лиц в ЧС с психическими расстройствами:

- **первая группа** пораженных с нарушением психики представляет опасность для себя и окружающих. Психогенные аффективно-шоковые реакции с возбуждением или ступором;
- **вторая группа** нуждается в мероприятиях первой врачебной помощи. В случае недостаточно эффективной терапии эта группа направляется в психоизолятор;
- **третья группа** нуждается в отсроченной медицинской помощи, которая может быть оказана в психоневрологическом стационаре;
- **четвертая группа пораженных** – это лица с наиболее легкими формами психических расстройств. Такие пациенты, после введения успокаивающих средств и непродолжительного отдыха, могут приступить к трудовой деятельности.

Критерии сортировки: 1. оценка состояния сознания (нарушения есть или их нет); 2. оценка двигательных расстройств (психомоторное возбуждение есть или его нет); 3. особенности эмоционального состояния (возбуждение, депрессия, страх, тревога).

Неотложная помощь с помощью купирования:

- аффективного возбуждения при сохраненном контакте с пострадавшими при помраченном сознании;
- психогенного или депрессивного ступора;
- психогенного и депрессивного ступора;
- судорог или эпилептического статуса;
- явлений тяжелой абстиненции, делирия;
- развившихся острых психотических состояний.

Первостепенной целью медикаментозной терапии нервно-психических расстройств является купирование острого состояния путем применения нейролептиков, транквилизаторов, антидепрессантов и их комбинаций. При задержке эвакуации в стационар, производятся повторные инъекции возбужденным пострадавшим, и за 20-30 мин до начала эвакуационных мероприятий.

Объем специализированной психотерапевтической помощи пострадавшим в ближайших к зоне чрезвычайной ситуации стационарах включает проведение следующих лечебно-профилактических мероприятий: 1. организация психиатрического лечения лицам с психическими расстройствами, оставленными для лечения на месте; 2. медикаментозная подготовка лиц с психическими расстройствами к эвакуации в психиатрический стационар.

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

Штат бригады: врачи – 2 чел., медсестры – 2 чел., санитары – 2 чел., водитель-санитар – 1 чел.

Все лица с нарушением сознания, мышления, с двигательным беспокойством, выраженной депрессией после оказания первой врачебной 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. Они должны эвакуироваться 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 или улучшения состояния здоровья, они возвращаются к выполнению обычных обязанностей. Выделение этой группы чрезвычайно важно по ряду причин: во-первых, это обеспечивает привлечение к спасательным и неотложным аварийно-восстановительным работам более значительного числа людей; во-вторых, исключается нерациональное использование транспорта для эвакуации их в больницы; во-вторых, снижается нагрузка психоневрологических больниц.

Структура деятельности медицинских специалистов (психиатров, психотерапевтов) по данным работы Центра экстренной психологической помощи (ЦЭПП):

1. Оказание первой врачебной помощи в очаге ЧС пострадавшим на догоспитальном этапе. Эту помощь обязаны оказывать все специалисты с высшим медицинским образованием. В очаге ЧС данную помощь начинают оказывать те медицинские специалисты, чьи службы прибывают в очаг ЧС раньше других. Медицинские специалисты мобильной службы ЦЭПП в очаге ЧС оказывают первую врачебную помощь в случае отсутствия медицинских специалистов других служб.

2. 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.).

3. Оказание специализированной психиатрической и психотерапевтической помощи пострадавшим в ЧС на последующих этапах (после прекращения действия чрезвычайных стрессогенных факторов). Оказание помощи определяется психотерапевтической симптоматикой у пострадавших.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

За два последних десятилетия количество чрезвычайных ситуаций увеличилось почти вдвое, что неудивительно, ведь рост населения земного шара и его плотности, особенно в мегаполисах, внедрение новых технологий, изменение экологической обстановки, накопление и концентрация потенциально опасных производств обострили проблемы защиты людей, объектов экономики и окружающей среды от нарастающей природной и техногенной опасности.

Возрастание количества ЧС приводит к увеличению числа лиц с острой реакцией на стресс, равно как и числа вторичных жертв. Одновременно с этим имеет место накопление в социуме личностей с такими пролонгированными расстройствами, как посттравматическое стрессовое расстройство и расстройство адаптации. Считается, что каждый пятый пострадавший становится после этого пациентом психиатрических клиник, психологов. Действительно, экстремальные условия ЧС, в том числе непосредственная угроза жизни людей, отрицательно воздействуют на их психику, вызывая психологическую и эмоциональную напряженность. В результате у одних это сопровождается мобилизацией внутренних ресурсов, у других – снижением или срывом работоспособности, ухудшением здоровья, психологическими стрессовыми явлениями.

Именно поэтому 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 определяется необходимость оперативной оценки состояния пострадавших, прогноза выявляемых расстройств, а также проведения всех возможных мероприятий медицинской защиты.

Анализ проблем обеспечения безопасности людей в психологической плоскости формулирует и новые задачи в процессе развития личности: стремление к сохранению психического и физического здоровья, повышению психологической устойчивости. Профессиональную разработку всех аспектов обеспечения безопасности людей должны обеспечить специальные психологические службы и научно-практические центры.

В этом свете профессиональная задача психологов заключается в том, чтобы повысить психологическую устойчивость граждан к быстро изменяющимся условиям реальной жизни при возникновении чрезвычайных ситуаций, в периоды социально-политических и экономических изменений, а также обеспечить психологическую поддержку и реабилитацию населения на всех этапах ликвидации чрезвычайных ситуаций.

Важно действовать в интересах защиты психического и духовного здоровья человека и общества, законодательно закрепить право государства на защиту своих граждан от психотравмирующих воздействий как отдельных людей, так и общественных органов и организаций.