

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра психотерапии и медицинской психологии

**ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ
ЭКСТРЕННОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ**

Минск, БелМАПО
2020

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра психотерапии и медицинской психологии

**ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ
ЭКСТРЕННОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ**

Учебно-методическое пособие

Рекомендовано учебно-методическим объединением в сфере
дополнительного образования взрослых по профилю образования
«Здравоохранение»

Минск, БелМАПО
2020

УДК 615.851-052:364.63(075.9)

ББК 53.57я73

О 75

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС Государственного учреждения образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»
протокол № 4 от 28.05.2020

Рекомендовано учебно-методическим объединением в сфере дополнительного
образования взрослых по профилю образования «Здравоохранение»
от 09 июля 2020 года (протокол № 5)

Авторы:

Давидовский С.В., доцент кафедры психотерапии и медицинской психологии БелМАПО, кандидат медицинских наук, врач высшей квалификационной категории, доцент;

Байкова И.А., заведующий кафедрой психотерапии и медицинской психологии БелМАПО, кандидат медицинских наук, врач высшей квалификационной категории, доцент;

Терещук Е.И., доцент кафедры психотерапии и медицинской психологии БелМАПО, кандидат медицинских наук, врач высшей квалификационной категории, доцент;

Тарасевич Е.В., доцент кафедры психотерапии и медицинской психологии БелМАПО, кандидат медицинских наук, врач высшей квалификационной категории, доцент;

Родцевич О.Г., декан педиатрического факультета БелМАПО, доцент кафедры психотерапии и медицинской психологии, кандидат медицинских наук, врач высшей квалификационной категории, доцент

Рецензенты:

Кирилюк В.С., главный врач УЗ «Городской клинический детский психиатрический диспансер»

Кафедра психологии факультета философии и социальных наук БГУ

О 75

Основные принципы оказания экстренной психологической помощи при возникновении чрезвычайных ситуаций: учеб.-метод. пособие/ С.В. Давидовский, И.А. Байкова, Е.И. Терещук, Е.В. Тарасевич, О.Г. Родцевич. – Минск: БелМАПО, 2020. – 26 с.

ISBN 978-985-584-484-7

В учебно-методическом пособии описаны характеристика факторов, обусловленных воздействием чрезвычайной ситуацией; цели и задачи экстренной психологической помощи при возникновении чрезвычайных ситуаций; динамика психического состояния при воздействии факторов обусловленных чрезвычайной ситуацией; главные принципы оказания экстренной психотерапевтической и психологической помощи; стратегия оказания экстренной психологической помощи; техника оказания экстренной психологической и психотерапевтической помощи населению пострадавшему от ЧС; особенности оказания психологической помощи лицам, находящимся в ситуации изолированности; подходы в психотерапии, как в кризисной психолого – психотерапевтической интервенции, так и особенности психотерапевтического ведения таких пациентов на отдаленных этапах психотерапии.

Учебно-методическое пособие предназначено для слушателей, осваивающих содержание образовательных программ переподготовки по специальностям «Психотерапия», «Медицинская психология», повышения квалификации врачей общей практики, врачей-психиатров-наркологов, врачей-психотерапевтов, психологов системы здравоохранения, а также других специалистов системы здравоохранения.

УДК 615.851-052:364.63(075.9)

ББК 53.57я73

ISBN 978-985-584-484-7

© Давидовский С.В. [и др.], 2020

© Оформление Бел МАПО, 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ЭКСТРЕННОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ	5
2. ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРОВ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ВОЗДЕЙСТВИЕМ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ	6
3. ДИНАМИКА ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОСЛЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ФАКТОРОВ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ	9
4. ГЛАВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	11
5. СТРАТЕГИЯ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	12
6. ТЕХНИКА ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ОТ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ	14
7. ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, НАХОДЯЩИМСЯ В СИТУАЦИИ ИЗОЛИРОВАННОСТИ	21
8. РЕТРОСПЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ ОТ ЧС В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ	23
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	25
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	26

ВВЕДЕНИЕ

С каждым годом увеличивается количество людей, переживших стихийное бедствие, техногенную аварию или катастрофу, растет число людей, участвующих в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций (далее – ЧС).

Безусловно, такие события оказывают очень сильное воздействие на психику человека. Психотравмирующее воздействие, которое оказывают любые ЧС, влекущие за собой гибель и увечья людей, утрату имущества, вызывают тяжелые психические и поведенческие нарушения требующие коррекции и дальнейшего лечения. Возникающие психопатологические нарушения значительно утяжеляют состояния пострадавших людей и нарушают социальную реадaptацию населения пострадавших регионов. При отсутствии своевременно предпринятых лечебных мероприятий, острая реакция на стресс, возникающая в первые часы после катастрофы, может трансформироваться в дальнейшем в посттравматическое стрессовое расстройство, неблагоприятное воздействие которого затягивается на многие годы и может вылиться в стойкие изменения личности после переживания катастрофы. Это требует оказания экстренной психологической и психотерапевтической помощи для купирования возникших психопатологических нарушений и профилактики возникновения посттравматических психических расстройств. Оказание экстренной психологической помощи происходит сразу после события, оказавшего сильнейшее воздействие на эмоциональную, когнитивную, личностную сферы человека.

Экстренная психологическо-психотерапевтическая помощь – это система краткосрочных мероприятий по оказанию помощи одному человеку, группе людей или большому числу пострадавших, с целью регуляции психического состояния при помощи профессиональных методов и методических приемов, которые отличаются от привычных методов психологической коррекции и психотерапевтического вмешательства.

1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ЭКСТРЕННОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Экстренная психологическая помощь оказывается людям в остром стрессовом состоянии. В этот момент резко меняется образ окружающего мира, возникает ощущение опасности, от которой невозможно скрыться или убежать. Это состояние представляет собой эмоциональную и когнитивную дезорганизацию. За короткое время происходит столкновение с реальной угрозой смерти (в обыденной жизни психика создает защиту, позволяя воспринимать смерть, как нечто далекое или даже нереальное). При этом, даже если человек не подвергся физическому насилию, он все равно получает сильнейшую психическую травму, поэтому целью оказания экстренной психологической и психотерапевтической помощи при возникновении чрезвычайных ситуаций является:

- профилактика острых панических реакций, психогенных нервно-психических нарушений;
- психотерапия возникших пограничных нервно-психических нарушений;
- профилактика возникновения постстрессовых расстройств,
- психологическое сопровождение организационно-медицинских решений в зоне чрезвычайной ситуации.

В целом служба экстренной психологической и психотерапевтической помощи выполняет следующие задачи:

- раннее выявление лиц с психическими расстройствами в очаге чрезвычайной ситуации, в том числе лиц, проявляющих деструктивную активность, мешающих проведению спасательных или иных работ;
- раннее выявление лиц с психическими расстройствами в местах сосредоточения эвакуированных из зоны чрезвычайной ситуации;
- решение вопросов эвакуации и госпитализации, оформление медицинской учетной документации для последующего наблюдения,

психотерапевтического и психиатрического лечения в амбулаторно-поликлинических или стационарных лечебно-профилактических учреждениях;

- осуществление экстренных лечебных и профилактических психотерапевтических и психиатрических мероприятий;

- осуществление доступных мер профилактики расстройств психического здоровья у лиц, находящихся в зоне чрезвычайной ситуации и эвакуированных из нее;

- координационную работу, а именно, обеспечение связей и взаимодействия со специализированными психологическими службами.

2. ХАРАКТЕРИСТКА ФАКТОРОВ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ВОЗДЕЙСТВИЕМ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Необходимо помнить, что жертвы стихийных бедствий и катастроф страдают от следующих факторов, вызванных экстремальной ситуацией (Everstine, Everstine, 1993):

1. Внезапность. Лишь немногие бедствия ждут, пока потенциальные жертвы будут предупреждены – например, постепенно достигающие критической фазы наводнения или надвигающийся ураган, или шторм. Чем внезапнее событие, тем оно разрушительнее для жертв.

2. Отсутствие подобного опыта. Поскольку бедствия и катастрофы, к счастью, редки – люди часто учатся переживать их непосредственно в момент стресса.

3. Длительность. Этот фактор варьирует от случая к случаю. Например, постепенно развивавшееся наводнение может так же медленно и спадать, а землетрясение длится несколько секунд и приносит гораздо больше разрушений. Тем не менее у жертв некоторых длительных экстремальных ситуаций (например, в случаях угона самолета) травматические эффекты могут умножаться с каждым последующим днем.

4. Недостаток контроля. Никто не в состоянии контролировать события во время катастроф; может пройти немало времени, прежде чем человек сможет

контролировать самые обычные события повседневной жизни. Если эта утрата контроля сохраняется долго, даже у компетентных и независимых людей могут наблюдаться признаки «выученной беспомощности».

5. Горе и утрата. Жертвы катастроф могут разлучиться с любимыми или потерять кого-то из близких; самое наихудшее – это пребывать в ожидании вестей обо всех возможных утратах. Кроме того, жертва может потерять из-за катастрофы свою социальную роль и позицию. В случае длительных травматических событий человек может лишиться всяких надежд на восстановление утраченного.

6. Постоянные изменения. Разрушения, вызванные катастрофой, могут оказаться невозможными: жертва может оказаться в совершенно новых и враждебных условиях.

7. Экспозиция смерти. Даже короткие угрожающие жизни ситуации могут изменить личностную структуру человека и его «познавательную карту». Повторяющиеся столкновения со смертью могут приводить к глубоким изменениям на регуляторном уровне. При близком столкновении со смертью очень вероятен тяжелый экзистенциальный кризис.

8. Моральная неуверенность. Жертва катастрофы может оказаться перед лицом необходимости принимать связанные с системой ценностей решения, способные изменить жизнь, – например, кого спасать, насколько рисковать, кого обвинять.

9. Поведение во время травматического события. Каждый хотел бы выглядеть наилучшим образом в трудной ситуации, но удается это немногим. То, что человек делал или не делал во время катастрофы, может преследовать его очень долго после того, как другие раны уже затянулись.

10. Масштаб разрушений. После катастрофы, переживший ее, скорее всего, будет поражен тем, что она натворила с его окружением и социальной структурой. Изменения культурных норм заставляют человека адаптироваться к ним или остаться чужаком; в последнем случае эмоциональный ущерб сочетается с социальной дезадаптацией.

Психотравмирующее воздействие, которое оказывают любые ЧС, влекущие за собой гибель и увечья людей, утрату жилья или имущества, и безусловно, вызывающие тяжелые психические и поведенческие нарушения у пострадавших, требуют психологической коррекции и дальнейшего лечения. Возникающие психопатологические нарушения значительно утяжеляют состояния потерпевших и нарушают социальную реадaptацию населения пострадавших регионов. При отсутствии своевременно предпринятых лечебных мероприятий острая реакция на стресс, возникающая в первые часы после катастрофы, может трансформироваться в дальнейшем в посттравматическое стрессовое расстройство, неблагоприятное воздействие которого затягивается на многие годы и может вылиться в стойкие изменения личности после переживания катастрофы. Поэтому задачей экстренной и отсроченной психологической и психотерапевтической помощи является, наряду с проведением лечебных мероприятий, как только возможно более ранняя комплексная профилактика социальной дезадаптации пострадавших.

Как правило, в первые часы после катастрофы за помощью обращаются женщины и подростки, из которых не менее $2/3$ нуждаются в госпитализации в многопрофильные или специализированные медицинские стационары и/или в амбулаторном наблюдении по поводу возникающих психопатологических нарушений. Посттравматическое воздействие возникает, когда субъект кратковременно или же длительное время пребывал в чрезвычайно угрожающей ситуации, которая может вызвать у любого человека чувство глубокого отчаяния. Считается, что заболевают им в среднем 15%, однако частота его возникновения во многом зависит от тяжести стресса. Частота распространения в популяции 1-2%, соотношение мужчин к женщинам 1-2.

Симптоматика посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) разнообразна и включает следующие симптомы:

—стойкие, непроизвольные и чрезвычайно живые воспоминания о перенесенном травматическом стрессе, находящие свое отражение в сновидениях,

и усиливающиеся при попадании в ситуации, напоминающие стрессовую или же как-то связанную с ней;

—избегание ситуаций, напоминающих стрессовую или связанную с ней;

—снижение активности и ответственности в повседневной жизни, безразличие к делам, чувство эмоциональной притупленности;

—усиление вегетативных проявлений тревоги, чрезмерная настороженность и раздражительность.

3. ДИНАМИКА ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОСЛЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ФАКТОРОВ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Динамика состояния людей после психотравмирующих ситуаций предложена в работе Решетникова и др. (1989):

1. «Острый эмоциональный шок».

Развивается вслед за состоянием оцепенения и длится от 3 до 5 ч; характеризуется общим психическим напряжением, предельной мобилизацией психофизиологических резервов, обострением восприятия и увеличением скорости мыслительных процессов, проявлениями безрассудной смелости (особенно при спасении близких) при одновременном снижении критической оценки ситуации, но сохранении способности к целесообразной деятельности. В эмоциональном состоянии в этот период преобладает чувство отчаяния, сопровождающееся ощущениями головокружения и головной боли, сердцебиением, сухостью во рту, жаждой и затрудненным дыханием. До 30% обследованных при субъективной оценке ухудшения состояния одновременно отмечают увеличение работоспособности в 1,5–2 раза и более.

2. «Психофизиологическая демобилизация».

Длительность до двух-трех суток. Для абсолютного большинства обследуемых наступление этой стадии связано с первыми контактами с теми, кто получил травмы и с телами погибших, с пониманием масштабов трагедии («стресс осознания»). Характеризуется резким ухудшением самочувствия и психоэмоционального состояния с преобладанием чувства растерянности, панических реакций (нередко – иррациональной направленности), снижением уровня эффективности деятельности и мотивации к ней, депрессивными тенденциями, некоторыми изменениями функций внимания и памяти (как правило, обследованные не могут достаточно четко вспомнить, что они делали в эти дни). Большинство опрошенных жалуются в этой фазе на тошноту, «тяжесть» в голове, неприятные ощущения со стороны желудочно-кишечного тракта, снижение (даже отсутствие) аппетита. К этому же периоду относятся

значительное увеличение количества ошибочных действий при управлении транспортом и специальной техникой, вплоть до создания аварийных ситуаций.

3. «Стадия разрешения» – 3–12 суток после стихийного бедствия.

По данным субъективной оценки, постепенно стабилизируется настроение и самочувствие. Однако по результатам наблюдений у абсолютного большинства обследованных сохраняются пониженный эмоциональный фон, ограничение контактов с окружающими, гипомимия (маскообразность лица), снижение интонационной окраски речи, замедленность движений. К концу этого периода появляется желание «выговориться», реализуемое избирательно, направленное преимущественно на лиц, которые не были очевидцами стихийного бедствия. Одновременно появляются сны, отсутствовавшие в двух предшествующих фазах, в том числе тревожные и кошмарные сновидения, в различных вариантах отражающие впечатления трагических событий. На фоне субъективных признаков некоторого улучшения состояния объективно отмечается дальнейшее снижение физиологических резервов (по типу гиперактивации). Прогрессивно нарастают явления переутомления. Средние показатели физической силы и работоспособности (в сравнении с нормативными данными для исследованной возрастной группы) снижаются на 30%, в среднем на 30% уменьшается умственная работоспособность.

4. «Стадия восстановления».

Начинается приблизительно с 12-го дня после катастрофы и наиболее отчетливо проявляется в поведенческих реакциях: активизируется межличностное общение, начинает нормализоваться эмоциональная окраска речи и мимических реакций, впервые после катастрофы могут быть отмечены шутки, вызывавшие эмоциональный отклик у окружающих, восстанавливаются нормальные сновидения.

5. Стадия отсроченных эффектов, возникает спустя 6мес.-1 год.

У лиц, находившихся в очаге стихийного бедствия, происходит развитие различных форм психосоматических расстройств, связанных с нарушениями деятельности желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой, иммунной и

эндокринной систем, формируются фобические нарушения, поведения избегания, посттравматические расстройства.

4. ГЛАВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Экстренная психологическая помощь оказывается людям в остром стрессовом состоянии (или ОСР – острое стрессовое расстройство). Это состояние представляет собой переживание эмоциональной и умственной дезорганизации. Психодиагностика, психотехники воздействия и процедура оказания психологической помощи в экстремальных ситуациях имеют свою специфику (Сухов, Деркач 1998). В этих условиях из-за нехватки времени невозможно использовать стандартные диагностические процедуры. Действия, в том числе практического психолога, определяются планом на случай чрезвычайных обстоятельств. Во многих экстремальных ситуациях неприменимы обычные методы психологического воздействия. Все зависит от целей психологического воздействия в экстремальных ситуациях: в одном случае надо поддержать, помочь; в другом – следует пресечь, например, слухи, панику; в третьем – провести переговоры.

Главными принципами оказания помощи перенесшим психологическую травму в результате влияния экстремальных ситуаций являются:

- безотлагательность;
- приближенность к месту событий;
- ожидание, что нормальное состояние восстановится;
- единство и простота психологического воздействия.

Безотлагательность означает, что помощь пострадавшему должна быть оказана как можно быстрее: чем больше времени пройдет с момента травмы, тем выше вероятность возникновения хронических расстройств, в том числе и посттравматического стрессового расстройства.

Смысл принципа приближенности состоит в оказании помощи в привычной обстановке и социальном окружении, а также в минимизации отрицательных последствий «госпитализма». С лицом, перенесшим стрессовую ситуацию,

следует обращаться не как с пациентом, а как с нормальным человеком. Необходимо поддержать уверенность в скором возвращении нормального состояния.

Единство психологического воздействия подразумевает, что либо его источником должно выступать одно лицо, либо процедура оказания психологической помощи должна быть унифицирована. Кроме того, необходимо отвести пострадавшего от источника травмы, предоставить пищу, отдых, безопасное окружение и возможность быть выслушанным.

5. СТРАТЕГИЯ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Стратегию психологическо-психотерапевтической помощи определяет динамика возникающих состояний психической дезадаптации, психических и невротических расстройств. На всех этапах развития чрезвычайной ситуации она должна быть тесно связана с специализированной медицинской помощью, необходимо обеспечивать непрерывность и преемственность профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

Важно наличие спокойных и уверенных действий специалистов, оказывающих первую помощь, это **благоприятно влияют** на ту часть пострадавших, у кого развились психические нарушения, не достигших психотического уровня.

Для организации помощи пострадавшим с психическими расстройствами в очаге ЧС, необходимо проводить сортировку пациентов в соответствии с выраженностью психопатологических нарушений:

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

Данная сортировка является основополагающим для эффективного лечения, реабилитации и предупреждения отдаленных психических последствий.

Важное значение в этот период имеют **своевременное выявление и эвакуация охваченных страхом паникеров и истерических декомпенсированных личностей**, составляющих группу повышенного риска развития паники.

Первая помощь в очаге чрезвычайной ситуации может быть представлена как строго ограниченный набор действий, направленных на предупреждение панических реакций и агрессивных форм поведения, т.е. принятия мер по «управлению хаосом».

Общие правила общения с пострадавшими:

1. Вступая в контакт с пострадавшим, первое, что необходимо вам сделать, это дать понять человеку, что он не один со своим горем. Вы здесь, чтобы ему помочь.

2. При работе в зоне чрезвычайной ситуации необходимо давать людям короткие, четкие команды в повелительном наклонении. Например: «Встань...», «Выпей воды...».

3. Не должно быть сложных предложений, сложно построенных словесных оборотов в речи, например: «Извините, пожалуйста ...», «Не могли бы Вы...».

4. Избегайте в речи употребления частицы «не».

5. В вашем голосе не должны звучать неуверенность, сомнение, а тем более паника.

6. Речь должна быть плавная (не рубленая по слогам), медленная с элементами внушения: «Ты не один, помощь пришла! «Слушай меня!», «Надо жить!».

8. Не давайте обещаний, которые вы не в состоянии выполнить, это приводит к затруднению взаимодействия с пострадавшим и может повлечь за собой слухи, связанные с недоверием к спасателям.

9. Все время разговаривайте с пострадавшим выслушивайте все, что он хочет высказать.

6. ТЕХНИКА ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ОТ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

У человека в экстремальной ситуации могут появляться следующие симптомы (Крюкова и др., 2001):

- бред;
- галлюцинации;
- апатия;
- ступор;
- двигательное возбуждение;
- агрессия;
- страх;
- истерика;
- нервная дрожь;
- плач.

Бред и галлюцинации. Критическая ситуация вызывает у человека мощный стресс, приводит к сильному нервному напряжению, нарушает равновесие в организме. Это может обострить уже имеющееся психическое заболевание. К основным признакам бреда относятся ложные представления или умозаключения, в ошибочности которых пострадавшего невозможно разубедить. Галлюцинации характеризуются тем, что пострадавший переживает ощущение присутствия воображаемых объектов, которые в данный момент не воздействуют на соответствующие органы чувств (слышит голоса, видит людей, чувствует запахи и прочее).

В данной ситуации:

- 1) вызовите бригаду скорой психиатрической помощи;
- 2) до прибытия специалистов следите за тем, чтобы пострадавший не навредил себе и окружающим (уберите от него предметы, представляющие потенциальную опасность);
- 3) изолируйте пострадавшего и не оставляйте его одного;

4) говорите с пострадавшим спокойным голосом. Соглашайтесь с ним, не пытайтесь его переубедить. Помните, что в такой ситуации переубедить пострадавшего невозможно.

Апатия может возникнуть после длительной напряженной, но безуспешной работы; или в ситуации, когда человек терпит серьезную неудачу, перестает видеть смысл своей деятельности; или когда не удалось кого-то спасти, и попавший в беду близкий погиб.

На пострадавшего наваливается ощущение усталости – такое, что не хочется ни двигаться, ни говорить, движения и слова даются с большим трудом. В душе – пустота, безразличие, нет сил даже на проявление чувств. Если человека оставить без поддержки и помощи в таком состоянии, то апатия может перейти в депрессию (тяжелые и мучительные эмоции, пассивность поведения, чувство вины, ощущение беспомощности перед лицом жизненных трудностей, бесперспективность и т.д.).

В состоянии апатии человек может находиться от нескольких часов до нескольких недель. Основными признаками апатии являются:

- безразличное отношение к окружающему;
- вялость, заторможенность;
- медленная, с длинными паузами, речь.

В данной ситуации:

1) поговорите с пострадавшим. Задайте ему несколько простых вопросов: «Как тебя зовут?»; «Как ты себя чувствуешь?»; «Хочешь есть?»;

2) проводите пострадавшего к месту отдыха, помогите удобно устроиться (обязательно снять обувь);

4) дайте пострадавшему возможность поспать или просто полежать;

5) если нет возможности отдохнуть, то больше говорите с пострадавшим, вовлекайте его в любую совместную деятельность (прогуляться или помочь, нуждающимся в помощи).

Ступор. Ступор — одна из самых сильных защитных реакций организма. Она наступает после сильнейших нервных потрясений (взрыв, нападение,

жестокое насилие), когда человек затратил на выживание столько энергии, что сил на контакт с окружающим миром уже нет.

Ступор может длиться от нескольких минут до нескольких часов. Поэтому, если не оказать помощь и пострадавший пробудет в таком состоянии достаточно долго, это приведет к физическому истощению. Так как контакта с окружающим миром нет, пострадавший не заметит опасности и не предпримет действий, чтобы ее избежать.

Основными признаками ступора являются:

- резкое снижение или отсутствие произвольных движений и речи;
- отсутствие реакций на внешние раздражители (шум, свет, прикосновения, щипки);
- «застывание» в определенной позе, оцепенение (numbing), состояние полной неподвижности;
- возможно напряжение отдельных групп мышц.

В данной ситуации:

1. Согните пострадавшему пальцы на обеих руках и прижмите их к основанию ладони. Большие пальцы должны быть выставлены наружу.

2. Кончиками большого и указательного пальцев массируйте пострадавшему точки, расположенные на лбу, над глазами ровно посередине между линией роста волос и бровями.

3. Ладонь свободной руки положите, на грудь пострадавшего. Подстройте свое дыхание под ритм его дыхания.

4. Человек, находясь в ступоре, может слышать и видеть. Поэтому говорите ему на ухо тихо, медленно и четко то, что может вызвать сильные эмоции (лучше негативные). Необходимо любыми средствами добиться реакции пострадавшего, вывести его из оцепенения.

Двигательное возбуждение. Иногда потрясение от критической ситуации (взрывы, стихийные бедствия) настолько сильное, что человек просто перестает понимать, что происходит вокруг. Он не в состоянии определить, где враги, а где помощники, где опасность, а где спасение. Человек теряет способность логически

мыслить и принимать решения, становится похожим на животное, мечущееся в клетке.

Основными признаками двигательного возбуждения являются:

- резкие движения, часто бесцельные и бессмысленные действия;
- ненормально громкая речь или повышенная речевая активность (человек говорит без остановки, иногда абсолютно бессмысленные вещи);
- часто отсутствует реакция на окружающих (на замечания, просьбы, приказы).

В данной ситуации:

1. Используйте прием «захват»: находясь сзади, просуньте свои руки пострадавшему подмышки, прижмите его к себе и слегка опрокиньте на себя.

2. Изолируйте пострадавшего от окружающих.

3. Говорите спокойным голосом о чувствах, которые он испытывает. (*«Тебе хочется что-то сделать, чтобы это прекратилось? Ты хочешь убежать, спрятаться от происходящего?»*)

4. Не спорьте с пострадавшим, не задавайте вопросов, в разговоре избегайте фраз с частицей «не», относящихся к нежелательным действиям (например: *«Не беги», «Не размахивай руками», «Не кричи»*).

5. Помните, что пострадавший может причинить вред себе и другим.

6. Двигательное возбуждение обычно длится недолго и может смениться нервной дрожью, плачем, а также агрессивным поведением.

Агрессия. Агрессивное поведение — один из произвольных способов, которым организм человека «пытается» снизить высокое внутреннее напряжение. Проявление агрессии может сохраняться достаточно долго и мешать самому пострадавшему и окружающим.

Основными признаками агрессии являются:

- раздражение, недовольство, гнев (по любому, даже незначительному поводу);
- нанесение окружающим ударов руками или какими-либо предметами;
- словесное оскорбление, брань;

- мышечное напряжение;
- повышение кровяного давления.

В данной ситуации:

1. Сведите к минимуму количество окружающих.
2. Дайте пострадавшему возможность «выпустить пар» (например, выговориться или «избить» подушку).
3. Поручите ему работу, связанную с высокой физической нагрузкой.
4. Демонстрируйте благожелательность. Даже если вы не согласны с пострадавшим, не обвиняйте его самого, а высказывайтесь по поводу его действий, иначе агрессивное поведение будет направлено на вас. Нельзя говорить: *«Что же ты за человек!»* Следует сказать: *«Ты ужасно злишься, тебе хочется все разнести вдребезги. Давай вместе попытаемся найти выход из этой ситуации»*.
5. Старайтесь разрядить обстановку смешными комментариями или действиями.
6. Агрессия может быть погашена страхом наказания: если нет цели получить выгоду от агрессивного поведения; если наказание строгое и вероятность его осуществления велика.

Если не оказать помощь разъяренному человеку, это приведет к опасным последствиям: из-за снижения контроля за своими действиями человек будет совершать необдуманные поступки, может нанести увечья себе и другим.

Панический страх, ужас может побудить к бегству, вызвать оцепенение или, наоборот, возбуждение, агрессивное поведение. При этом человек плохо контролирует себя, не осознает, что он делает и что происходит вокруг.

В этой ситуации:

- 1) положите руку пострадавшего себе на запястье, чтобы он ощутил ваш спокойный пульс. Это будет для него сигналом: *«Я сейчас рядом, ты не один!»*;
- 2) дышите глубоко и ровно. Побуждайте пострадавшего дышать в одном с вами ритме;

3) если пострадавший говорит, слушайте его выказывайте заинтересованность, понимание, сочувствие;

4) сделайте пострадавшему легкий массаж наиболее напряженных мышц тела.

Нервная дрожь. После экстремальной ситуации появляется неконтролируемая нервная дрожь (человек не может по собственному желанию прекратить эту реакцию). Так организм «сбрасывает» напряжение. Если эту реакцию остановить, то напряжение останется внутри в теле, и вызовет мышечные боли, а в дальнейшем может привести к развитию таких серьезных заболеваний, как гипертония, язва и др.

Основные признаки данного состояния:

- дрожь начинается внезапно — сразу после инцидента или спустя какое-то время;
- возникает сильное дрожание всего тела или отдельных его частей (человек не может удержать в руках мелкие предметы, зажечь сигарету);
- реакция продолжается достаточно долго (до нескольких часов);
- потом человек чувствует сильную усталость и нуждается в отдыхе.

В данной ситуации:

1. Нужно усилить дрожь.
2. Возьмите пострадавшего за плечи и сильно, резко потрясите в течение 10—15 секунд.
3. Продолжайте разговаривать с ним, иначе он может воспринять ваши действия как нападение.
4. После завершения реакции необходимо дать пострадавшему возможность отдохнуть. Желательно уложить его спать. При этом не желательно обнимать пострадавшего или прижимать его к себе; укрывать пострадавшего чем-то теплым; говорить, чтобы он взял себя в руки.

Плач. В ситуации, когда у пострадавшего начинается реакция плача, крайне важным является дать человеку поддержку на рациональном, вербальном и телесном уровнях.

Основные признаки данного состояния:

- человек плачет или готов разрыдаться;
- подрагивают губы;
- наблюдается ощущение подавленности;
- в отличие от истерики, нет признаков возбуждения.

Если человек сдерживает слезы, то не происходит эмоциональной разрядки, облегчения. Когда ситуация затягивается, внутреннее напряжение может нанести вред физическому и психическому здоровью человека.

В данной ситуации:

1. Не оставляйте пострадавшего одного.

2. Установите физический контакт с пострадавшим (возьмите за руку, положите свою руку ему на плечо или спину, погладьте его по голове). Дайте ему почувствовать, что вы рядом.

3. Применяйте приемы «активного слушания» (они помогут пострадавшему выплеснуть свое горе): периодически произносите «ага», «да», кивайте головой, то есть подтверждайте, что слушаете и сочувствуете; повторяйте за пострадавшим отрывки фраз, в которых он выражает свои чувства; говорите о своих чувствах и чувствах пострадавшего.

4. Не старайтесь успокоить пострадавшего. Дайте ему возможность выплакаться и выговориться, «выплеснуть» из себя горе, страх, обиду.

5. Не задавайте вопросов, не давайте советов. Ваша задача — выслушать.

Истерика. Истерический припадок длится несколько минут или несколько часов. Основные признаки:

- сохраняется сознание;
- чрезмерное возбуждение, множество движений, театральные позы;
- речь эмоционально насыщенная, быстрая;
- крики, рыдания.

В данной ситуации:

1. Удалите зрителей, создайте спокойную обстановку. Оставайтесь с пострадавшим наедине, если это не опасно для вас.

2. Неожиданно совершите действие, которое может сильно удивить (можно дать пощечину, облить водой, с грохотом уронить предмет, резко крикнуть на пострадавшего).

3. Говорите с пострадавшим короткими фразами, уверенным тоном: «Выпей воды», «Умойся».

4. После истерики наступает упадок сил. Уложите пострадавшего спать. До прибытия специалиста наблюдайте за его состоянием.

5. Не потакайте желаниям пострадавшего.

7. ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, НАХОДЯЩИМСЯ В СИТУАЦИИ ИЗОЛИРОВАННОСТИ

При катастрофах, стихийных бедствиях, взрывах, авариях можно столкнуться с ситуацией, когда человек изолирован в завале (при взрывах и землетрясениях); на крышах домов и деревьях (при наводнениях); в автомобиле (при ДТП).

Если люди оказались под обломками здания живы, то для них очень важным является связь с окружающим миром. В таких случаях важно знать, каким образом пострадавшим необходимо предоставлять информацию.

Говорить в завале необходимо громко, медленно и четко. Сообщите людям информацию о том, что помощь идет и о правилах поведения – максимальная экономия сил (например, дыхание медленное, неглубокое, через нос. Это позволит экономить кислород в организме и в окружающем пространстве). При необходимости необходимо указать на запрет физических действий по самоосвобождению.

Освобожденным из завала, в первую очередь, оказывается медицинская помощь. Психологическая помощь необходима и возможна в том случае, когда уже оказана медицинская помощь.

Технические сложности ведения спасательных работ в зонах катастроф и стихийных бедствий могут приводить к тому, что пострадавшие в течение достаточно продолжительного времени окажутся в условиях полной изоляции от внешнего мира. В этом случае рекомендуется психотерапевтическая помощь в виде экстренной «информационной терапии», целью которой является психологическое поддержание жизнеспособности тех, кто жив, но находится в

полной изоляции от окружающего мира (землетрясения, разрушение жилищ в результате аварий, взрывов и т.д.). «Информационная терапия» реализуется через систему звукоусилителей и состоит из трансляции следующих рекомендаций, которые должны услышать пострадавшие:

- информация о том, что окружающий мир идет к ним на помощь и делается все, чтобы помощь пришла к ним как можно быстрее;
- находящиеся в изоляции должны сохранять полное спокойствие, т.к. это одно из главных средств к их спасению;
- необходимо оказывать себе самопомощь;
- в случае завалов пострадавшие не должны принимать каких-либо физических усилий к самоэвакуации, что может привести к опасному для них смещению обломков;
- следует максимально экономить свои силы;
- находиться с закрытыми глазами, что позволит приблизить себя к состоянию легкой дремоты и большей экономии физических сил;
- дышать медленно, неглубоко и через нос, что позволит экономить влагу и кислород в организме, и кислород в окружающем воздухе;
- мысленно повторять фразу: «Я совершенно спокоен» 5 – 6 раз, чередуя эти самовнушения с периодами счета до 15 – 20, что позволит снять внутреннее напряжение и добиться нормализации пульса и артериального давления, а также самодисциплины;
- высвобождение из «плена» может занять больше времени, чем хочется потерпевшим. Можно повторять: *«Будьте мужественными и терпеливыми. Помощь идет к вам».*

Целью «информационной терапии» является также уменьшение чувства страха у пострадавших, т.к. известно, что в кризисных ситуациях от страха погибает больше людей, чем от воздействия реального разрушительного фактора.

После освобождения пострадавших из-под обломков строений необходимо продолжить оказание экстренной психологической и психотерапевтической помощи.

Еще одной группой людей, к которым применяется психотерапия в условиях чрезвычайной ситуации, являются родственники людей, находящихся

под завалами, живыми и погибшими. Для них применим весь комплекс мероприятий оказания психологической и психотерапевтической помощи:

- поведенческие приемы и методы, направленные на снятие психоэмоционального возбуждения, тревоги и панических реакций;
- экзистенциальные техники и методы, направленные на принятие ситуации утраты, на устранение душевной боли и поиск ресурсных психологических возможностей.

8. РЕТРОСПЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ ОТ ЧС В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Авторам данного учебно-методического пособия методического пришлось участвовать в оказании помощи пострадавшим от ЧС в Республике Беларусь.

Как показывал опыт работы, разнообразные психопатологические нарушения в различных ситуациях проявлялись по-разному. В одних случаях, они не сопровождалась ощущение угрозы для собственной жизни. Осознание опасности возникало позже (на 2-3 сутки), а вместе с ним и проявление выраженной психопатологической симптоматики (Перспектив Независимости 2008; Станция метро Октябрьская 2011).

В других - ощущение угрозы жизни отмечалось сразу, и на фоне этого проявлялась острая реакция на стресс (Немига 2002г, Краснополье 2005).

В зависимости от выраженности ощущения угрозы собственной жизни, тактика оказания психотерапевтической и психологической помощи была различной. В первом случае, когда ощущение угрозы для жизни отсутствовало, психотерапевтическая работа была направлена на снятие напряжения, уменьшения чувства немотивированной тревоги и беспокойства. Акцент на осознание опасности для собственной жизни осуществлялся только на вторые-третьи сутки проводимой психотерапии.

Во втором – психотерапевтическая работа была направлена на проработку болезненных воспоминаний, обуславливающих страх и ощущение угрозы для собственной жизни.

Пациенты, имеющие выраженные психопатологические нарушения госпитализировались в стационар пограничных состояний. В стационаре с ними работали психотерапевты и психологи. Пациенты, не нуждающиеся в стационарном лечении, получали психотерапевтическую помощь амбулаторно. В самом очаге поражения пострадавшие получали информацию о возможности получения психотерапевтической и психологической помощи, о службе экстренной психологической помощи «Телефон доверия».

После выписки из стационара за пациентами осуществлялось дальнейшее динамическое наблюдение на протяжении года, что помогло предупредить дальнейшее развития постстрессовых нарушений и формирования фобий связанных с местом ЧС.

Согласно рассказам пострадавших, которые не обращались за психолого-психотерапевтической помощью, что было обусловлено отсутствием выраженных психопатологических нарушений или наличием предубеждения к специалистам работающим в специализированных медицинских учреждениях (врачи-психиатры-наркологи, врачи-психотерапевты), в дальнейшем у них часто развивались поведенческих нарушения и фобии связанные с ЧС, проявляющиеся в избегании мест, где произошло ЧС, что значительно затрудняло их функционирование и требовало более длительного времени для восстановления привычного образа жизни и поведения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В современном мире любой человек может столкнуться с чрезвычайной ситуацией, представляющей собой угрозу для жизни, благосостояния индивида и потерю важных значимых близких; кроме того, растет число людей, участвующих в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций. Безусловно, такие события оказывают очень сильное воздействие на психику человека.

Программы оказания психологической и психотерапевтической помощи для пострадавших от ЧС заметно отличаются от привычной психотерапевтической работы. Разработка, обучение психологов и психотерапевтов и внедрение в практику таких программ необходимо для практического Здравоохранения РБ, так как при отсутствии своевременно предпринятых лечебных мероприятий острая реакция на стресс, возникающая в первые часы после катастрофы, может трансформироваться в дальнейшем в посттравматическое стрессовое расстройство, неблагоприятное воздействие которого затягивается на многие годы и может вылиться в стойкие изменения личности после переживания катастрофы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антипов, В.В. Психологическая адаптация к экстремальным ситуациям / В.В. Антипов // Психология для всех, 2004. – ISBN : 5-305-00045-9.
2. Лоуренс, Гонсалес Остаться в живых. Психология поведения в экстремальных ситуациях / Гонсалес Лоуренс. – Издательство : Манн, Иванов и Фербер, 2014. – ISBN : 978-5-00057-094-4.
3. Малкина-Пых, И. Г. Экстремальные ситуации / И.Г. Малкина-Пых // Справочник практического психолога. – М. : Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с.
4. Психология кризисных и экстремальных ситуаций: психодиагностика и психологическая помощь / под общей ред. Н.С.Хрустальной // Судебная медицина, 2013. – СПбГУ. – 142 с.
5. Психология экстремальных ситуаций [Электронный ресурс] : учеб. и практикум для акад. бакалавриата / М. А. Одинцова, Е. В. Самаль. – М. : Юрайт, 2017.
6. Терещук, Е.И. Коммуникативные навыки (особенности невербального поведения и эмоциональная экспрессия) в консультировании : учеб.-метод. пособие / Е.И. Терещук, С.В. Давидовский– Минск.: БелМАПО, 2010. – 35 с.
7. Bandler, Richard The Structure of Magic I: A Book About Language and Therapy. Palo Alto, CA / Richard Bandler, John Grinder // Science & Behavior Books, 1975

Учебное издание

Давидовский Сергей Владимирович
Байкова Ирина Анатольевна
Терещук Елена Ивановна
Тарасевич Елена Владимировна
Родцевич Ольга Григорьевна

**ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ
ЭКСТРЕННОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ**

Учебно-методическое пособие

В авторской редакции

Подписано в печать 09.07.2020. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 1,63. Уч.- изд. л. 1,24. Тираж 100 экз. Заказ 128.

Издатель и полиграфическое исполнение –

государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия
последипломного образования».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 3/1275 от 23.05.2016.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, кор.3.