федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ**

**ПО ОРГАНИЗАЦИИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

Безопасность жизнедеятельности

по специальности

34.03.01 Сестринское дело

**Тема №4**

**Медико-психологические аспекты помощи при нарушениях психики у пострадавших, медицинских работников, спасателей в ЧС.**

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности 34.03.01 Сестринское дело, утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

Протокол № 11 от 22.06.2018

Оренбург

**Контрольные вопросы:**

1. Психотравмирующие факторы ЧС.

 2. Особенности развития нервно-психических расстройств у пострадавших, медицинских работников и спасателей в ЧС.

3. Особенности организации оказания медико-психологической помощи при ЧС.

Международный опыт свидетельствует о том, что среди комп­лекса мероприятий, направленных на уменьшение и ликвида­цию последствий ЧС, медицинская помощь является приоритетной.

Особое внимание при этом уделяется вопросам организации и оказания медико-психологической помощи пострадавшим на различных (раннем и отдаленном) этапах ЧС. Данное обстоятельство определяется тем, что психотравмирующее влияние катастроф и войн не ограничивается только «острым» периодом, а в значительной, иногда даже более выра­женной степени зависит от полученного в последующем мораль­ного, материального и социального ущерба. Поэтому не случай­но имеется точка зрения о том, что отрицательные медико-пси­хологические последствия экстремальных ситуаций могут длить­ся годами и десятилетиями, определяя психическое здоровье не только пострадавших, но и членов их семей, а также последую­щих поколений.

При стихийных бедствиях и авариях медико-психологиче­ская помощь требуется во всех без исключения случаях: непо­средственно в очаге бедствия, на разных этапах эвакуации по­страдавшим психиатрического, хирургического и терапевтиче­ского профиля, при обследовании и оказании помощи лицам,

находившимся в очаге поражения и перенесшим тяжелую пси­хическую травму и стресс. И, наконец, обследованию и коррек­ции в обязательном порядке должны быть подвергнуты: личный со­став спасательных формированиях МЧС России, нештатных ава­рийно-спасательных и специальных формирований, выполня­ющий специальные задачи по оказанию помощи, охране объек­тов, патрулированию в очаге бедствия.

Однако в зависимости от вида катастрофы объем и содержа­ние медико-психологической помощи могут быть разными. Речь идет не только о медицинской помощи, но и о поддержании необходимого уровня работоспособности спасателей, медицин­ских работников и ликвидаторов последствий ЧС.

1. ПСИХОТРАВМИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ ЧС

Стихийные бедствия, аварии, катастрофы, террористические акты создают опасные для жизни, здоровья и благополучия зна­чительных групп населения ситуации.

Эти опасные явления становятся особенно неблагоприятны­ми, когда они приводят к большим разрушениям, физическим и психическим травмам различной тяжести, вызывают смерть, ра­нения и страдания значительного числа людей.

Люди, находясь в экстремальных условиях ЧС, подвержены воздействию большого количества факто­ров, приводящих к нарушению психики и снижению эффектив­ности любой деятельности. При этом психогенное воздействие испытывают и те лица, которые находятся вне зоны действия ЧС вследствие ожидания или представле­ния ее последствий.

Выраженное воздействие ЧС на эмоциональную сферу пострадавших происходит как непосред­ственно в период возникновения катастрофы, так и опосредо­ванно в результате гибели родственников и близких, а также материальных потерь и социальных проблем, возникающих после катастрофы.

Характер психического реагирования населения на явления и процессы при ЧС и особенности разви­тия нервно-психических расстройств, возникающих после нее, зависят от:

* факторов, характеризующих ЧС (ее интенсивности, внезапности возникновения, продол­жительности действия);
* готовности отдельных людей к деятельности в экстремаль­ных условиях;
* степени психологической устойчивости пострадавших, медицинских работников и спасателей; их волевой и фи­зической закалки;
* организованности и согласованности проведения спаса­тельных работ;
* психологической поддержки окружающих;
* наличия наглядных примеров мужественного преодоле­ния трудностей;
* адекватности оказания медицинской помощи.

Острые и сильные психотравмирующие воздействия обычно связаны с ситуациями катастроф, стихийных бедствий, при ко­торых возникает страх за свою жизнь, за здоровье и жизнь близ­ких людей, что и определяет характеристику психического со­стояния людей в ЧС.

Людей, подвергшихся психологическому воздействию фак­торов ЧС и нуждающихся в медико-психо­логической помощи, необходимо распределять на следующие группы:

* пострадавшие люди, изолированные в очаге разрушения;
* пострадавшие люди, деблокированные, но получившие трав­мы, заболевшие, потерявшие имущество, потерявшие

своих родных и близких или не имеющие информации об их судьбе;

* очевидцы, то есть люди, которые остались невредимыми физически, их родственники и имущество не пострадали;
* наблюдатели-зеваки, не имеющие отношения к ситуации, но прибывшие на место ЧС из-за лю­бопытства;
* телезрители, эмоционально вовлеченные в получаемую информацию о трагическом событии;
* спасатели, ликвидаторы последствий опасных явлений.

Наиболее тяжелые нарушения психического состояния про­исходят у людей, находящихся или находившихся непосред­ственно в очаге бедствия.

У пострадавших, как правило, преобладают:

* снижение или утрата способности самостоятельно удо­влетворять потребности в тепле, пище, безопасности;
* нарушение способности к планированию собственных действий;
* значительное сужение временной перспективы;
* высокая вероятность эмоционального заражения паниче­скими, агрессивными, истерическими реакциями.

Их психическое состояние и поведение может мешать веде­нию аварийно-спасательных работ.

Психическое состояние и поведение пострадавших зависит от факторов, характеризующих ЧС, лич­ностных особенностей пострадавших и особенностей организа­ции помощи в очаге бедствия.

Факторы, характеризующие ЧС:

* интенсивность;
* масштабность;
* внезапность возникновения;
* длительность;
* этап развития и другие.

Факторы, характеризующие личностные особенности пост­радавших:

* соматическое здоровье;
* психическое здоровье;
* возраст, пол;
* подготовленность к чрезвычайным ситуациям;
* индивидуально-психологические особенности;
* личностный смысл трагического события;
* «коллективное поведение».

Факторы, характеризующие особенности организации по­мощи:

* особенности организации аварийно-спасательных работ;
* особенности информационного обеспечения;
* характер освещения в средствах массовой информации хода аварийно-спасательных и восстановительных работ;
* отношение различных социальных институтов к постра­давшим;
* демографические, этнические, социально-экономические особенности региона.

Среди факторов, определяющих психическое состояние и пове­дение спасателей, следует выделять объективные и субъективно- объективные факторы. Это условное разделение имеет значение в организации и осуществлении подготовки личного состава ава­рийно-спасательных формирований.

К объективным факторам следует отнести климатогеографи- ческие факторы, психофизиологические и психогигиенические факторы, а также особые условия работы.

Климато-географические факторы:

* особенности рельефа;
* высота над уровнем моря;
* метеофакторы;
* смена климатических поясов;
* смена часовых поясов.

Психофизиологические и психогигиенические факторы:

* многодневная интенсивная 16—18 часовая физическая на­грузка, приводящая к переутомлению и астенизации;
* нарушение режима питания (преобладание в рационе пи­тания консервированных и экстрагированных продуктов, отсутствие горячей пищи, отсутствие аппетита после кон­тактов с трупами и их фрагментами);
* отсутствие полноценного отдыха (недостаток сна, частые подъемы ночью для выполнения внезапно возникших задач), способствующие развитию десинхроноза;
* размещение в неприспособленных для жилья помещени­ях (отсутствие элементарных санитарно-гигиенических условий).

Особые условия работы:

* эвакуация трупов;
* опасность повторных обрушений и взрывов;
* работа с сильнодействующими ядовитыми веществами;
* работа в зоне разрушений;
* работа в средствах индивидуальной защиты;
* использование альпинистского снаряжения;
* работа в загазованных, задымленных помещениях;
* водолазные работы;
* неблагоприятные метеоусловия:
* работа в зоне радиоактивного загрязнения.

К субъективно-объективным факторам ЧС следует отнести эмоциогенные факторы, а также организаци­онно-управленческие недостатки в ходе работы, социально-по­литические аспекты ситуации работы, освещение работ в сред­ствах массовой информации и другие.

Эмоциогенные факторы:

* опасность — осознание обстановки как угрожающей здо­ровью и жизни;
* внезапность — неожиданное изменение обстановки в ходе выполнения задачи;
* недостатки в информационном обеспечении — неопре­деленность, отсутствие, недостаток или противоречи­вость информации об условиях выполнения, содержания задачи;
* новизна — наличие ранее неизвестных элементов в усло­виях выполнения или в самой задаче;
* увеличение темпа действий и сокращение времени на их выполнение;
* дефицит времени — условия, в которых успешное выпол­нение задачи невозможно простым увеличением темпа дей­ствий, а необходимо изменение структуры деятельности.

Таким образом, психотравмирующим фактором может быть любая ЧС любого масштаба. Это картины разрушений, аварий и паники, вид пострадавших и трупов.

2. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОСТРАДАВШИХ, МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И СПАСАТЕЛЕЙ В ЧС

Можно утверждать, что все люди, оказавшиеся в ЧС, переживают психический стресс и поэтому нуж­даются в том или ином объеме медико-психологической помощи.

Нервно-психические расстройства, развивающиеся именно в те моменты, когда необходимо экстренно принимать решение и действовать для спасения жизни, дезорганизуют поведение пострадавших, тем самым увеличивая вероятность получения ими телесных повреждений. Эти расстройства сами по себе мо­гут вызывать массовые панические реакции, коллективные са­моубийства и др. В этих условиях одной из важнейших задач является своевременное оказание медико-психологической по­мощи пострадавшим.

Наиболее часто нервно-психические расстройства возникают при жизнеопасных ситуациях, характеризующихся выраженной внезапностью. Поведение человека при этом во многом определяет­ся страхом. 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 и преждевременные роды.

 «Бесстрашных» психически нормальных людей в общепринятом понимании этих слов не бывает. Все дело во времени, необходимом для преодоления растеряннос­ти, принятия рационального решения и начала действий.

Кроме того, в очаге катастрофы, можно ожидать развития следующих форм явного острого психического нарушения по­ведения:

* речедвигательное возбуждение — поведение колеблется от безуспешных попыток овладеть ситуацией, беспорядоч­ного, создающего хаос метания с неуместными выкрика­ми, обрывками команд, до панического бегства; создается не только большая опасность для жизни пострадавшего, но и опасность, способствующая возникновению пани­ческих реакций;
* растерянность — бросается в глаза нелепая суетливость, утрата способности к целенаправленным действиям, неадекватность отдельных поступков, неуместная, иногда вызывающая протесты окружающих мимика, дурашли­вость, невыполнение элементарных и психологически оп­равданных распоряжений. При этом создается большая опасность для жизни пострадавшего, он становится поме­хой при проведении спасательных работ;
* ступор — пострадавший практически обездвижен, лежит с закрытыми глазами, бездеятелен даже в ситуации ост­рой опасности, иногда имеет место «страусиная» реакция, проявляющаяся стремлением «замереть, спрятаться, сжаться в комок» (отмечается часто в поведении детей); создает опасность для жизни пострадавшего, его необхо­димо быстро эвакуировать;
* депрессия — обращает на себя внимание поведение, сви­детельствующее о переживании горя и отчаяния. Постра­давший полностью погружен в свое переживание, безуча­стен к окружающему, сидит в постоянной позе, иногда сте­реотипно раскачивается. Обычно это происходит вблизи от места внезапной смерти родных и близких. Создается вероятность попыток самоубийства. Возникает опасность сопротивления при проведении спасательных работ;
* галлюцинация и бред — как правило, поведение носит ха­рактер организованного, но не адекватного обстановке. Пострадавшие «прислушиваются к чему-то», «выполняют чьи-то команды», высказывают идеи преследования, воз­действия или, напротив, величия, могущества. Обычно та­кие психические нарушения являются проявлением ра­нее имеющегося психического расстройства. Создается очень большая опасность для окружающих и для жизни пострадавшего из-за непредсказуемости его действий. Та­кие пострадавшие подлежат немедленной эвакуации с со­провождением.

Все названные состояния могут возникать внезапно, часто без видимых причин, сменяться «отчаянными» агрессивными действиями в адрес тех, кто оказывает помощь или просто ока­зался рядом.

Вышеуказанные психические расстройства служат также ос­нованием для оказания первой помощи по жизненным пока­заниям, так как делают пострадавших опасными для окружающих и для самих себя. Эти расстройства являются основанием для изоляции пострадавших и наблюдения за ними.

При ведении спасательных операций даже у хорошо подготов­ленных, опытных спасателей и медицинских работников, 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. Снижаются активность и работоспособность, повышается уровень тревоги, напряженности. Могут возникать затруднения в принятии решений, анализе ситуации, вычлене­нии главного из множества обстоятельств, формироваться апа­тия, отчужденность.

3. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЧС

В настоящее время медико-психологическая помощь в ЧС рассматривается как этап комплексной антистрессовой специализированной медицинской помощи, которая основана на комплексном подходе (медико-психологическом, психотерапевтическом и психиатрическом) в оказании ме­дицинской помощи и профилактике психических расстройств в условиях ЧС.

Задачи медико-психологической помощи в зоне ЧС:

* раннее выявление лиц с психическими расстройствами в очаге ЧС, в том числе лиц, проявля­ющих деструктивную активность, мешающих проведению спасательных и иных работ;
* раннее выявление лиц с психическими расстройствами в местах сосредоточения эвакуированных из зоны ЧС, местах расквартирования сотрудников служб, осуществляющих спасательные и иные работы в зоне ЧС;
* решение вопросов эвакуации и госпитализации, оформ­ление медицинской учетной документации для последу­ющего наблюдения, психотерапевтического и психиатри­ческого лечения в амбулаторно-поликлинических или ста­ционарных условиях медицинских организаций;
* осуществление экстренных лечебных и профилактических психотерапевтических и психиатрических мероприятий;
* осуществление доступных мер профилактики расстройств психического здоровья улиц, находящихся в зоне ЧС и эвакуированных из нее.

Основные принципы организации медико-психологической помощи заключаются в поэтапной сортировке, эвакуации и со­ответствующей терапии пострадавших.

Во время ЧС и непосредственно после нее основным организационным звеном медицинской помощи явля­ются специалисты скорой медицинской помощи, а также сохра­нившиеся в зоне бедствия медицинские организации.

Основными элементами организационной структуры для ока­зания медико-психологической помощи при ЧС являются психиатрические бригады быстрого реагиро­вания. Такие бригады входят в состав полевого многопрофиль­ного госпиталя Всероссийского центра медицины катастроф (ВЦМК) «Защита», а также они формируются при центрах ме­дицины катастроф и ведущих психиатрических медицинских организациях и клиниках на региональном и территориальном уровнях.

Создание таких бригад позволяет выдвигать силы и средства возможно ближе к очагу катастроф, оказывать специализирован­ную помощь в наиболее ранние сроки, обеспечить ее непрерыв­ность и преемственность.

Особенностью медико-психологической помощи в рамках первой помощи и скорой медицинской помощи является то, что она оказывается не психиатрами и психологами, а главным образом, спасателями и врачами других специальностей в слож­ных условиях чрезвычайной ситуации в ограниченные сроки. Поэтому необычайно актуальными являются проблемы обуче­ния специалистов, участвующих в ликвидации последствий ЧС, вопросам оказания помощи лицам с нару­шением сознания, мышления, с двигательным беспокойством, с паническим страхом; критериям оценки психического статуса для сортировки пострадавших.

Спокойные, уверенные действия специалистов, оказывающих первую помощь, благотворно влияют на ту часть пострадавших, у которой развились психические нарушения, не достигшие кри­тического уровня.

При большом числе пострадавших и при наличии соответ­ствующих условий уже непосредственно после катастрофы в цен­тре пострадавшего района целесообразна организация эвакуа­ционного психоневрологического отделения (на базе сохранив­шихся медицинских организаций), в котором можно было бы изолировать агрессивных и пострадавших с истерическими ре­акциями.

При этом основная задача состоит в обеспечении безопасно­сти не только самого пострадавшего с остро развившимися пси­хическими расстройствами, но и окружающих.

Для организации помощи пострадавшим с психическими рас­стройствами в очаге спасатели, врачи и психологи должны будут проводить их сортировку в соответствии с оценками:

• состояния сознания (нарушение есть или нет);

- двигательных расстройств (психомоторное возбуждение или ступор);

* эмоционального состояния ('возбуждение, депрессия, страх).

Данная сортировка будет ключевым элементом медико-пси­хологической помощи, так как является основополагающим для эффективного лечения, реабилитации и предупреждения отда­ленных психических последствий.

Общие правила общения с пострадавшими.

* 1. Вступая в контакт с пострадавшим, необходи­мо дать понять человеку, что он не один со своим горем.
	2. При работе в зоне ЧС 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. Необходимо избегать в речи употребления частицы «не».
	5. В голосе медицинского работника и спасателя не должны звучать неуверенность, сомнение, а тем более паника.
	6. Речь должна быть плавная (не рубленная по слогам), мед­ленная с элементами внушения: «Ты не один, помощь при­шла!», «Слушай меня!», «Надо жить!» .
	7. Запрет на фразу: «Все будет хорошо»!
	8. Не давайте обещаний, которые не выполнимы, это приво­дит к затруднению взаимодействия с пострадавшим и вле­чет за собой слухи, связанные с недоверием к спасателям.
	9. Необходимо постоянно разговаривать с пострадавшим, выслушивать все, что он хочет высказать.

Срочная психологическая помощь пострадавшему в ЧС.

У человека, пережившего какую-либо экстремаль­ную ситуацию, могут проявляться различные психические ре­акции.

Дрожь. Человек, только что переживший аварию, нападение или ставший свидетелем происшествия, сильно дрожит.

Признаки: дрожь начинается внезапно — сразу после инци­дента или спустя какое-то время, человек не может удержать в руках мелкие предметы, зажечь спичку. Со стороны это выгля­дит так, будто он замерз. Однако причина в другом: так орга­низм «сбрасывает» напряжение. Человек не может по собствен­ному желанию прекратить эту реакцию. Реакция может продол­жаться до нескольких часов. После прекращения дрожи человек чувствует сильную усталость и нуждается в отдыхе.

Помощь: создать условия для нервной «разрядки». Без нее напряжение останется внутри, в теле, и вызовет мышечные боли, а в дальнейшем может привести к развитию таких серьезных за­болеваний, как гипертония, язва и др.

Нужно усилить дрожь. Возьмите пострадавшего за плечи и сильно, резко потрясите в течение 10—15 секунд. При этом про­должайте разговаривать с ним, иначе он может воспринять ваши действия как нападение. После завершения реакции желатель­но уложить его спать.

Плач. Когда человек плачет, в организме вырабатываются ве­щества, обладающие успокаивающим действием. Хорошо, если рядом есть кто-то, с кем можно разделить горе.

Признаки: человек уже плачет или готов разрыдаться, подра­гивают губы; в настроении пострадавшего ощущается подавлен­ность; в отличие от истерики нет возбуждения в поведении.

Помощь: создайте условия для нервной «разрядки».

Не оставляйте пострадавшего одного. Установите с ним фи­зический контакт (возьмите за руку, погладьте его по голове).

Применяйте приемы «активного слушания»: периодически произносите «да», «хорошо», кивайте головой. Повторяйте за пострадавшим отрывки фраз, в которых он выражает свои чув­ства; говорите о своих чувствах и чувствах пострадавшего. Не ста­райтесь успокоить пострадавшего. Дайте ему возможность вы­плакаться и выговориться, «выплеснуть» горе, страх, обиду.

Не задавайте вопросов, не давайте советов, выслушайте!

Истерика. Истерический припадок может длиться от не­скольких минут до нескольких часов.

Признаки: сознание сохраняется; чрезмерное возбуждение, множество движений, театральные позы; эмоционально насы­щенная речь, крики, рыдания; после припадка - упадок сил.

Помощь: удалите зрителей и успокойте присутствующих. Останьтесь с пострадавшим наедине, если это не опасно для вас. Не удерживайте его.

Неожиданно совершите действие, которое может сильно уди­вить пострадавшего (с грохотом уроните предмет, резко крикни­те на него). Дайте понюхать нашатырный спирт. Говорите с по­страдавшим короткими фразами, уверенным тоном, например: «выпей воды», «умойся». Не потакайте его желаниям. Не уде­ляйте непосредственного внимания, но не покидайте постра­давшего. Уложите пострадавшего спать, наблюдайте за его со­стоянием.

Ступор. Одна из самых сильных защитных реакций организ­ма, проявляется после сильнейших нервных потрясений, когда человек затратил столько энергии на выживание, что сил на контакт с окружающим миром нет. (Длиться от не­скольких мин. до неск час)

Признаки: резкое снижение или отсутствие произвольных дви­жений и речи; отсутствие реакций на внешние раздражители (шум, свет, прикосновения); «застывание» в определенной позе, оцепенение или полная неподвижность; возможно напряжение отдельных групп мышц.

Помощь: кончиками указательных пальцев массируйте пост­радавшему точки, расположенные на лбу, четко над глазами, ров­но посредине между линией роста волос и бровями. Ладонь сво­бодной руки положите на грудь пострадавшего. Подстройте свое дыхание под ритм его дыхания. 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.

Существуют простые приемы восстановления самоконтроля в очаге бедствия, например, при испуге, рекомендуется сделать глубокий вдох и выдыхать воздух сквозь плотно сжатые зубы.

Не рекомендуется с целью снятия страха прибегать к приему спиртного, так как его даже незначительная передозировка мо­жет нарушить координацию движений и способность правиль­но оценивать обстановку. Не рекомендуется также прием успо­каивающих лекарственных средств без назначения врача из-за возможности побочного действия.

Пострадавшие, которые находятся в состоянии сильного пси­хомоторного возбуждения или в состоянии агрессии и представляют опасность для окружающих, долж­ны быть зафиксированы с помощью специальных ремней, или длинным полотном, или полотенца­ми, или простынями с соблюдением определенных правил так, чтобы не навредить больному.Это — эффективное и простое средство спасения. Фиксирование является также необходимым условием транспортировки данной категории пострадавших. Во время спасательных работ в зоне ЧС по возможности должны быть минимизированы паническая суета, возгласы безнадежности, крики, плач, приводящие к снижению темпа и качества аварийно-спасательных мер.

Особое место в период ЧС занимает угроза развития состояний паники. Индукторы паники (паникеры) — люди, которые обладают выразительными движениями, гипнотизирующей силой криков, ложной уверенностью в целесообразности своих действий. Ста­новясь лидерами толпы в ЧС, они могут создать общий беспорядок, быстро парализующий целые коллективы, лишающий людей возможности оказывать взаимо­помощь, соблюдать целесообразные нормы поведения. Прекращение паники возможно при наличии сильной лич­ности, которая способна внести элементы рациональности в си­туацию, захватить «руководство», предложить образец поведе­ния, способствующий восстановлению нормального эмоциональ­ного состояния толпы и прекращению паники.

С ранних этапов стрессовой ситуации важно, чтобы каждый занимался своим делом с полным соблюдением всех требований дисциплины. Оправдан принцип демократического единонача­лия, когда распоряжения ответственного лица подлежат безус­ловному выполнению, поскольку они отражают мнение боль­шинства специалистов и в создавшихся условиях вызваны необ­ходимостью.

Большое значение имеет психологиче­ское состояние самого спасателя. Спокойное и уверенное пове­дение в сочетании с высокой профессиональной подготовкой гарантирует успех в работе спасателя в очаге ЧС.

Важнейшим элементом медико-психологической помощи являются психопрофилактические мероприятия.

В период повседневной деятельности при отсутствии ЧС проводится подготовка населения в области за­щиты от ЧС природного и техногенного ха­рактера. Она организуется в рамках единой системы подготовки населения в области гражданской обороны и защиты населения от ЧС и осуществляется по соответствую­щим группам в организациях (в том числе в образовательных организациях), а также по месту жительства.

Методическое руководство, координация и контроль за подготовкой населения в области защиты от чрезвычайных ситуа­ций возложены на Министерство Российской Федерации по делам ГО, ЧС и ликви­дации последствий стихийных бедствий.

В период действия психотравмирующих экстремальных фак­торов ЧС важнейшими психопрофилакти­ческими мероприятиями являются:

* организация четкой работы по оказанию медицинской по­мощи пострадавшим с психическими расстройствами;
* объективная информация населения о медицинских ас­пектах ЧС;
* помощь руководителям в пресечении панических настро­ений, высказываний и поступков среди пострадавших;
* привлечение легко пострадавших к спасательным и не­отложным аварийно-восстановительным работам.

По окончании действия психотравмирующих факторов чрез­вычайной ситуации психопрофилактика включает:

* доведение объективной информации населению о послед­ствиях ЧС;
* доведение до сведения населения данных о возможностях медицинской науки в отношении оказания медицинской помощи на современном уровне;
* профилактику возникновения рецидивов психических расстройств и развития соматических нарушений в резуль­тате нервно-психических расстройств;
* медикаментозную профилактику отсроченных психиче­ских расстройств.

Медико-психологическая помощь сотрудникам аварийно-спа­сательных формирований. Проведение работ в экстремальных условиях требует от спасателя полной мобилизации его физи­ческих и душевных сил.

Физиологические резервы организма небезграничны и рано или поздно наступает их истощение. В основе резервов лежат индивидуальные особенности человека, кроме того, многое за­висит от специфики его профессиональной деятельности. Оп­тимальное время оказания помощи пострадавшим колеблется от нескольких часов и даже минут до нескольких недель. В пер­вом случае реальная опасность для жизни спасателя определяет­ся минутами и часами, во втором — неделями.

Опыт подбора групп, работающих в условиях смертельной опасности, показал, что существуют две категории спасателей.

Первая категория спасателей характеризуется высокой эф­фективностью деятельности с первых же минут пребывания в экстремальных условиях. Спасатели, относящиеся к этой груп­пе, работают с полной отдачей, нередко используя нестандарт­ные решения с просчитанным и оправданным риском для жизни. К сожалению, через несколько дней у них резко снижаются функциональные резервы организма и способность прогнози­рования реальной опасности как для себя, так и для окружаю­щих. На конечном этапе спасательных работ эффективность их деятельности близка к нулю, а вероятность создания ими кри­тических ситуаций, ведущих к гибели, резко возрастает.

Эта категория людей, после непродолжительного пребыва­ния в опасной зоне должна быть отправлена на отдых, где наряду с общепринятыми методами психологической разгрузки им дол­жна активно проводиться фармакологическая коррекция.

Вторая категория спасателей характеризуется меньшей эф­фективностью деятельности, но продолжительность их работы в экстремальных условиях существенно выше (до нескольких де­сятков дней). Причина таких различий кроется в индивидуаль­ных особенностях регуляторных функций центральной нервной системы человека.

Распространенность психических нарушений у спасателей, снижение их трудоспособности определяют необходимость ока­зания им ранней медико-психологической помощи непосред­ственно после выхода из зоны чрезвычайной ситуации.

Оказание помощи в экстремальных условиях представляет собой труд, характеризующий­ся чрезвычайно нервно-психическим и физическим напряже­нием всего организма лиц, оказывающих помощь (не только медицинскую) в очаге катастрофы.

Очень важно в этих условиях сохранить хладнокровие и уве­ренность в себе, суметь подавить панику, неминуемо возникаю­щую в местах массовых бедствий и являющуюся одной из глав­ных причин гибели большого числа людей, оказавшихся в этой ситуации.