

**ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ  
КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

*“Согласовано”*

*Председатель УМС  
Комитета здравоохранения*

*Л.Г.Костомарова*

*“Утверждаю”*

*Председатель  
Комитета здравоохранения*

*А.П.Сельцовский*

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СТРАТЕГИИ  
РАЗВИТИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ И МЕДИКО-  
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ  
СИТУАЦИЯХ И ПРИ ИХ ПОСЛЕДСТВИЯХ**

***Методические рекомендации  
(№32)***

*Главный психотерапевт  
Комитета здравоохранения  
Ю.П.Бойко*

**Москва 2001**

**Учреждение-разработчик:** Комитет здравоохранения г.Москвы,  
Городская психотерапевтическая  
поликлиника №223

**Составители:** к.м.н. Ю.П.Бойко (руководитель),  
д.м.н. Г.Д.Каминский, к.м.н. П.П.Сельцовский,  
к.м.н. А.И.Аппенянский, Н.Е.Кыров,  
к.м.н. Э.Л.Гончарова, В.А.Петухов,  
к.м.н. Э.В.Каминская

**Рецензенты:** ведущий научный сотрудник Научного центра  
психического здоровья РАМН д.м.н. В.Ю.Воробьев,  
заведующий отделом организации экстренной  
помощи НПЦ ЭМП к.м.н. В.И.Потапов

**Предназначение:** для специалистов в области экстренной меди-  
цинской помощи, врачей-психотерапевтов,  
медицинских психологов, главных специали-  
стов органов здравоохранения, руководителей  
и работников амбулаторно-поликлинических и  
стационарных лечебных учреждений

Данный документ является собственностью  
Комитета здравоохранения Правительства Москвы  
и не подлежит тиражированию и распространению  
без соответствующего разрешения

## **Введение**

Отечественная и зарубежная практика службы экстренной медицинской помощи доказывает настоятельную необходимость развития совершенствования психотерапевтической помощи пострадавшим и внедрения комплексного подхода (медико-психологического, психотерапевтического и психиатрического) в оказание медицинской помощи и профилактике психических расстройств в условиях чрезвычайных ситуаций (ЧС). Назрела настоятельная необходимость в организации комплексной антистрессовой специализированной медицинской помощи, с выделением последовательных этапов медико-психологической, психотерапевтической и психиатрической помощи.

Данный подход позволяет также осуществлять возможно более раннее начало психокоррекционных мероприятий и психотерапевтического лечения, глубина, направленность и объемы которых зависят от ситуации, индивидуума и динамики развития событий в условиях ЧС.

Основой концепции помощи и алгоритмов действия медицинских и немедицинских психологов, врачей-психотерапевтов, врачей-психиатров в условиях ЧС является установленная отечественным и мировым опытом структура и динамика развития расстройств психического здоровья населения в зоне ЧС, в период ближайших и отдаленных последствий.

При отсутствии своевременно предпринятых лечебных мероприятий острая реакция на стресс (F43.0), возникающая в первые часы после катастрофы, может трансформироваться в дальнейшем в посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1), неблагоприятное развитие которого затягивается на многие годы и может вылиться в стойкие изменения личности после переживания катастрофы (F62.0). Поэтому задачей экстренной и отсроченной психотерапевтической помощи является, наряду с проведением лечебных мероприятий, возможно более ранняя комплексная профилактика социальной дезадаптации пострадавших.

В современном понимании психотерапия как гуманистически ориентированная медицинская наука и прогрессивная медицинская практика, направленная на сохранение и поддержание полноценного душевного здоровья, является сердцевиной антистрессовой специализированной медицинской помощи в условиях ЧС.

Обязательность психотерапевтической и медико-психологической помощи определяется необходимостью наблюдения пострадавших с первых часов катастрофы и психолого-психотерапевтического сопровождения в комплексном лечении на всех этапах медицинской эвакуации.

Без такого сопровождения последствия для пострадавших, подвергшихся воздействию стрессогенных факторов, могут быть весьма неблагоприятны. Кроме того, в ряде случаев оказывается целесообразным психологическое консультирование при принятии решений по управлению спасательными работами в зоне ЧС, в том числе задач медицинского обеспечения и управления здравоохранением (организация потоков пострадавших, труда спасателей, работа с родственниками и др.).

### **Цель, задачи и принципы оказания антистрессовой специализированной медицинской помощи в условиях ЧС**

Антистрессовая специализированная медицинская помощь в условиях ЧС осуществляется на основе этапной схемы организации лечебных мероприятий: догоспитальный, госпитальный этапы и последующее наблюдение в специализированных амбулаторно-поликлинических ЛПУ психотерапевтического и психиатрического профиля .

*Объектом* указанного вида специализированной помощи являются лица, подвергшиеся стрессовым воздействиям, возникающим при развитии чрезвычайной ситуации.

Это, прежде всего, население, находящееся непосредственно в зоне ЧС и сотрудники соответствующих служб, осуществляющих в зоне ЧС спасательные и иные работы. Также это лица, эвакуированные из зоны ЧС, в том числе раненые и больные. И, наконец, это лица, не находившиеся в зоне ЧС, но подвергшиеся воздействию стрессовых факторов, обусловленных информацией о ЧС.

Антистрессовая специализированная медицинская помощь (с включением в нее медико-психологической, психотерапевтической и психиатрической медицинской помощи) является самостоятельным элементом экстренной медицинской помощи (экстремальной медицины), ее органическим составным компонентом.

*Цель* антистрессовой специализированной медицинской помощи в условиях ЧС: профилактика острых панических реакций, психогенных нервно-психических нарушений; психопрофилактические и психогигиенические мероприятия, направленные на повышение адаптационных возможностей индивида; психотерапия возникших пограничных нервно-психических нарушений, предотвращение трансформации адаптивной стрессовой реакции в посттравматические стрессовые расстройства, психопрофилактика у пострадавших, родственников и спасателей, а также психологическое сопровождение организационно-медицинских решений в зоне ЧС.

**Задачи** антистрессовой специализированной медицинской помощи в зоне ЧС:

— раннее выявление в зоне ЧС лиц с психическими расстройствами, в том числе лиц, проявляющих деструктивную активность, мешающих проведению спасательных и иных работ в зоне ЧС;

— раннее выявление в зоне ЧС 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 из числа указанных выше контингентов, оформление медицинской документации (учета) для последующего наблюдения, психотерапевтического и психиатрического лечения в амбулаторно-поликлинических или стационарных ЛПУ;

— осуществление экстренных лечебных и профилактических психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий;

— осуществление доступных мер профилактики расстройств психического здоровья у лиц, находящихся в зоне ЧС и эвакуированных из него.

**Принципами** оказания комплексной антистрессовой (медико-психологической, психотерапевтической и психиатрической) специализированной медицинской помощи в условиях ЧС являются:

**- в части организации помощи -**

— осуществление оперативного и предварительного планирования с использованием соответствующих схем в зависимости от происхождения, масштаба, опасности и продолжительности действия фактора ЧС, разработка психологических основ управления в условиях ЧС, прогнозирование возможных последствий и динамики развития ситуации;

— сочетание широты охвата населения (распространенность латентно начинающихся и субкомпенсированных расстройств составляет до 50% численности населения в очаге) и строгой адресности помощи по показаниям (с учетом манифестности клинических проявлений, силы травмы или психотравмирующего фактора, особенности личности пациента, обстоятельств, результатов обследования и т.д.);

— ориентация сил и средств антистрессовой специализированной медицинской помощи на оказание медицинской помощи как пациентам с острыми психотическими проявлениями, так и с проявлениями психических расстройств непсихотического регистра;

— необходимость охвата медико-психологической, психотерапевтической и психиатрической помощью различных групп: пора-

женных, пострадавших, родственников, родных и близких, спасателей, работников иных служб, работающих в зоне ЧС;

— эшелонированность ввода сил и средств медико-психологической, психотерапевтической и психиатрической помощи по мере потребности;

**- в части содержания помощи -**

— этапность оказания помощи пациентам с психическими расстройствами: первичная помощь (включая разъяснительную и информационную психопрофилактику), квалифицированная помощь, специализированная помощь, как в амбулаторно-поликлинических, так и в стационарных и санаторных условиях;

— максимально раннее начало психокоррекционных мероприятий, психотерапевтического и психиатрического лечения, обеспечение наряду с экстренной также и отсроченной медико-психологической, психотерапевтической и психиатрической помощи и последующего наблюдения, создание возможности, в случае желания пациента, последующего наблюдения у врача, начавшего лечение;

— сочетание выявления пациентов с уже развившимися психическими проявлениями с прогнозированием и профилактикой развития у них различных кризисных состояний (например, психозов, суицидов и др.);

— возможность последующего наблюдения как в специализированном стационаре, так и в специализированном амбулаторно-поликлиническом учреждении психотерапевтического или психиатрического профиля;

— сочетание помощи в очаге поражения и оказания психотерапевтической помощи пострадавшим на всех этапах эвакуации, включая стационары, куда эвакуируются лица с травмами, ожогами, отравлениями продуктами сгорания и др.;

— использование заблаговременно составленных алгоритмов действия при различных видах помощи: медикаментозная терапия, психотерапия, эвакуация, последующие наблюдения при различных расстройствах психотического и непсихотического спектра (конкретизация всех аспектов действия персонала в условиях чрезвычайных ситуаций);

— обеспечение возможности длительного наблюдения за пациентами и взаимодействие с органами правопорядка и социальной защиты — так называемое «социальное посредничество»;

**- в части кадрового обеспечения -**

— привлечение всех медицинских работников, работающих в зоне ЧС, в оказании первичной медицинской помощи при возни-

кающих в условиях чрезвычайных ситуаций психических расстройств различного характера;

— развертывание специально подготовленных бригад (бригады) комплексной антистрессовой помощи, прицельно ориентированных на оказание специализированной помощи и профилактику психических расстройств в зоне ЧС;

— необходимость включения в состав бригады комплексной антистрессовой помощи лиц с различным уровнем и направленностью квалификационной подготовки: фельдшер, прошедший специальное обучение, психолог, медицинский психолог, врач-психотерапевт, врач-психиатр;

— проведение предварительного специального обучения медицинского и немедицинского персонала, работающего в зонах ЧС по вопросам оказания помощи при возникающих психических расстройствах (обучение проводится на местах заранее), единая база и школа подготовки разных специалистов, их предварительная подготовка в области психотерапии, медицинской психологии и психологии управления в условиях массивного стрессового давления, проведение периодических учебных мероприятий командно-штабных учений (КШУ).

### **Распространенность психических расстройств в условиях ЧС**

При планировании мероприятий по оказанию экстренной и отсроченной медико-психологической, психотерапевтической и психиатрической помощи, а также психологическому сопровождению зоны ЧС учитываются следующие данные о распространенности состояний, при которых необходимо оказание этих видов помощи.

1. По данным отечественных и зарубежных исследований психиатров распространенность выраженных психических нарушений в зонах ЧС оценивается как 10%. Еще в классических работах отечественной психиатрической школы было показано, что указанные виды психических реакций развиваются у людей с отягощенным преморбидным фоном (психопатии, акцентуации характера, исходные невротические расстройства, скрытые эндогенные заболевания и др.). Выявляются острые реакции на стресс с выраженными изменениями сознания, внимания, дезориентацией, психомоторным возбуждением либо ступором F43.0 (здесь и далее коды МКБ-10). Особое значение приобретают расстройства, попадающие под рубрику F44 (диссоциативные [конверсионные] расстройства), а именно F44.0 — частичная или полная амнезия, F44.1 — диссоциативная fuga (двигательная буря), F44.2 — состояние диссоциативного ступора, F44.3 — транс и одержимость,

F44.5 — диссоциативные конвульсии. Указанные расстройства сопровождаются двигательными нарушениями и представляют опасность, так как могут вызвать феномен психической индукции, поэтому требуют проведения лечебно-эвакуационных мероприятий.

2. По данным выборочных исследований в зонах ЧС, проведенных с участием врачей-психотерапевтов и медицинских психологов, распространенность пограничных психических расстройств в условиях ЧС составляет 40—50%. Это F43.1 — посттравматическое стрессовое расстройство, F42.2 — расстройство адаптации, F43.20 — кратковременная депрессивная реакция, F43.21 — пролонгированная депрессивная реакция, F43.22 — смешанная тревожная и депрессивная реакция, F43.23 — с преобладанием других эмоций, F43.24 — с преобладанием нарушения поведения, F43.25 — смешанное расстройство эмоций и поведения, F43.28 — другие специфические преобладающие симптомы, F45 — соматоформные расстройства (психические расстройства с конкретными соматическими масками), F51.4 — ужасы во время сна (ночные ужасы), F51.5 — кошмары, F62 — стойкое изменение личности после переживания катастрофы, F93.0 — тревожные расстройства у детей, вызванные разлукой. Все эти состояния требуют систематического преемственного наблюдения у врача-психотерапевта и медицинского психолога.

Значительная часть спасателей, представителей других привлеченных служб имеют, как правило, невыявленные состояния, невыраженные, неманифестированные, частично компенсированные пограничные психические расстройства, что обуславливает необходимость проведения мероприятий психопрофилактики в этой конкретной группе. В структуре расстройств этой группы, при предварительной (первичной) диагностике в зоне ЧС, предлагается выделять невротический, психосоматический и поведенческий варианты.

С учетом различного характера выявленных расстройств (в аспекте качественной и количественной характеристики) планируются следующие виды помощи различным контингентам:

— экстренная и отсроченная психотерапевтическая и медико-психологическая помощь у 40—50% пораженных с расстройствами непсихотического спектра, родственников и спасателей;

— психиатрическая помощь, ориентированная на 10% пораженных с психиатрическими диагнозами и манифестными проявлениями (порядок оказания помощи описан в разделе «Силы и средства антистрессовой специализированной медицинской помощи в условиях ЧС»).

На примере крупномасштабных катастроф (например, Улутелякская катастрофа в Башкортостане, при которой помощь оказы-



валась традиционными способами без привлечения необходимых сил и средств психотерапевтической и медико-психологической помощи) выявлено, что через 5—6 лет после катастрофы у пострадавших стали выявляться посттравматические стрессовые расстройства, выражающиеся в мучительных переживаниях повторности катастрофы, навязчивых воспоминаниях, бессоннице, сновидениях, кошмарах, неадекватных реакциях на окружающих, агрессии, замкнутости, постоянной угрозы существования, ощущениях безнадежности и опустошенности, отчужденности и социальной отторженности.

В то же время на примере взрывов жилых домов в Москве, в ликвидации медицинских последствий которых участвовала московская служба экстренной медицинской помощи, врачи-психотерапевты и медицинские психологи Городской психотерапевтической поликлиники №223 Комитета здравоохранения Москвы, показано, что раннее начало психотерапевтических мероприятий и организация последующего специализированного наблюдения и надлежащего медико-социального обеспечения предотвращает развитие у значительной части пострадавших и иных лиц, находящихся в зоне ЧС, посттравматических стрессовых расстройств.

### **Психотерапевтическая помощь в системе антистрессовой специализированной медицинской помощи**

Для выбора варианта психотерапевтического воздействия необходимо оценить следующие факторы:

- общее состояние пациента, наличие, характер и тяжесть соматической патологии;
- регистр (психотический, непсихотический), выраженность и длительность психического расстройства;
- выраженность дезадаптации в связи с расстройствами;
- результаты предшествующего лечения.

Следуя принципу этапности оказания помощи, распределение сил и средств медико-психологической, психотерапевтической и психиатрической помощи ведется с учетом основных параметров психического состояния пострадавших, а именно: наличие психотических либо непсихотических проявлений психических расстройств.

В таблице 1 отражены базовые критерии психотических и непсихотических расстройств, которые необходимо учитывать для быстрой дифференциальной диагностики состояний в зоне ЧС.

Показаниями к эвакуации в специализированные учреждения в связи с расстройствами психического здоровья является наличие следующих состояний пораженных:

— психические расстройства психотического регистра (психомоторное возбуждение, ступор) — в психиатрический стационар;  
 — психические реакции с признаками панического реагирования, угрожающие развертыванием явлений «психической индукции», выраженная заторможенность, не достигающая выраженности ступора, другие признаки неадекватного поведения — в мобильный психотерапевтический кабинет, психотерапевтические отделения и кабинеты амбулаторных и стационарных ЛПУ.

**Табл. 1. Дифференциальные признаки психотических и непсихотических психических расстройств**

Психотические расстройства	Непсихотические расстройства
Грубая дезинтеграция психики, формальными признаками которой являются галлюцинации, бред	Адекватность психических реакций, реальность по содержанию, но их неадекватная заостренность по силе и частоте проявления из-за резкого изменения чувствительности, реактивности - поводом для реакции становятся незначимые или малозначимые ситуации
Исчезновение критики (некритичность), невозможность осмысления реальной ситуации и своего места в ней, прогнозирования ее развития, в том числе в связи с собственными действиями, больной не осознает свои психические (болезненные) ошибки, наклонности, несоответствия	Сохранение критичности, но часто утраченной, эмоционально заостренной
Исчезновение способности руководить собой, своими действиями, памятью, вниманием, мышлением, поведением исходя из личностных реальных потребностей и оценки ситуации, своей морали, жизненных ценностей, возникает неадекватная реакция на события, факты, людей и на самого себя	Слабости при регулировании своего поведения, ситуационная зависимость психопатологических проявлений

В практике психотерапевтической помощи в связи с ЧС используется три основных подхода:

- когнитивно-бихевиоральная психотерапия;
- психодинамическая психотерапия;
- гуманистически-экзистенциальная психотерапия.

**Когнитивно-бихевиоральная психотерапия** помогает пострадавшему осмыслить случившееся, реалистически оценить происшедшее и вместе с пострадавшим определить степень мнимого или реального ущерба, нанесенного ситуацией, освоить новые способы эмоционального и практического реагирования на ситуацию.

Конкретная технология этого подхода зависит от того, какой реальный ущерб индивидууму нанесен катастрофой. Врач-психотерапевт устраняет синдром кривого зеркала («у страха глаза велики»). Особенно эффективен данный вариант терапии при неадекватно

оцениваемых утратах (материальные потери, мнимые потери) и чрезмерной пессимистичности в оценке обстановки и ситуации с ходом спасательных работ. При тотальных психических травмах, отражающих реальный и невосполнимый витальный ущерб для личности, применяется активизация и коррекция механизмов психологической защиты — краткосрочная психодинамическая психотерапия, а также экзистенциально-гуманистическая психотерапия.

**Психодинамический подход** означает учёт влияния бессознательных психических сил, динамически взаимодействующих с процессами защиты, для облегчения и возобновления функционирования, совершенствования приспособляемости и адаптации субъекта, усвоения более эффективных форм поведения в благоприятной атмосфере лечения.

Концепция краткосрочной психодинамической психотерапии состоит в том, что невротические реакции пациента, связанные с катастрофой или ее последствиями (утратой и др.) в том случае, если они не угрожают жизни пациента и окружению, рассматриваются как защитные (адаптивные) поведенческие реакции, требующие понимания и поддержки со стороны окружения. Парадигма психодинамической психотерапии включает поддержание в реагировании механизмов катарсиса: с одной стороны, «дать выплакаться», «дать отлежаться», «побыть в одиночестве» и др., а с другой стороны — дать вспомнить психотравмирующую ситуацию, осуществить ее когнитивную и эмоциональную оценку. Весьма эффективным в этом плане представляется вербализация — словесное описание психотравмирующей ситуации, собственных переживаний пострадавшего.

Учитывается потребность пострадавших рассказать об обстоятельствах катастрофы, наиболее страшных и значительных сценах и событиях. «Проговаривание» наиболее неприятных переживаний позволяет уменьшить аффективное напряжение, структурировать эмоции и активизировать целенаправленную деятельность пострадавших или иных лиц.

**Экзистенциально-гуманистическая традиция** в психотерапии предусматривает взгляд на человека как на активного, стремящегося к развитию, самоутверждению и расширению своих возможностей, преодолевающего сопротивление в постоянном позитивном личностном росте. Патология понимается как неосуществленность возможностей, отчуждение, как результат подавления внутренних переживаний и утрату соответствия им, как отказ от реальности.

Роль психотерапевта в экстремальной ситуации — поддерживать благородные начала в человеке, порой глубоко сокрытые от него самого; повысить самооценку, и, следовательно, дееспособность

человека с целью нивелировки его отчуждения от себя, своих горестей и невзгод, от мира; способствовать укреплению мнения пациента о его высоком предназначении в условиях данной конкретной катастрофы; подвигнуть пациента к открытию им для себя адекватного сложившимся условиям нового смысла жизни, пониманию уникальности и универсальности его собственной природы; способствовать непосредственности переживаний и самовыражению пациента при понимающей и взаимодействующей позиции врача. Такой подход включает как трансперсональное, так и интерперсональное измерение.

Концепция экзистенциально-гуманистической терапии опирается на апелляцию к глубинно-ценностным и высшим ориентирам личности. В этом случае не исключается обращение к религиозным ценностям. Последнее возможно при наличии соответствующих знаний у психолога, медицинского работника. Возможно привлечение культуральных и этнических установок, установок к долгу, чести, присяге. Особенностью экзистенциально-гуманистической терапии в условиях ЧС, является то, что исключаются поверхностно-философские высказывания, лжемудрствования, назидательный тон. Значительно активизируются невербальные методы общения («красноречивое молчание», проявление при помощи мимики, эмпатии врача, молчаливо понимающая эмпатическая поведенческая тактика, за которой просматривается максимальное сочувствие и сопереживание). Не приемлемы такие штампы как: «возьмите себя в руки». Позже возможны подходы, нацеленные на мобилизацию собственных внутренних сил. Данный вид терапии предпочтительно корректен для осуществления врачом или психологом, имеющим личный опыт преодоления стрессовых ситуаций, пережившим личный опыт утрат.

В рамках указанных выше подходов особое значение имеет проведение информационной психопрофилактики и мотивация пострадавших в плане обращения к врачу-психотерапевту, медицинскому и немедицинскому психологу. До сведения пострадавших и других лиц, находящихся в зоне ЧС, доводится информация об устанавливаемом властями порядке в зоне ЧС, что для пострадавших носит принципиальный характер. Большое значение имеет оперативная подготовка, издание и раздача информационных листовок как средства информационной терапии. Основным условием успешности практики психотерапевтической помощи при ЧС является создание привлекательного для пострадавших и иных лиц в зоне ЧС имиджа медицинской антистрессовой бригады, работающей в очаге и осуществляющей необходимую, эффективную и полезную для конкретных пострадавших деятельность.

В последние годы предложены специальные методики, направленные на выработку психологической устойчивости и обеспечения экстренной психологической реабилитации жертв терроризма и спасателей, основанные на идеомоторных навыках расслабления и преодоления стресса (Х.М.Алиев, 2001). Этот метод с успехом применялся по отношению к взрослым и детям при террористических актах в Кизляре и Каспийске.

### **Психофармакотерапия**

В зоне ЧС в зависимости от тяжести состояния наряду с психотерапией могут применяться лекарственные средства парентерального и непарентерального способа введения.

Из препаратов перорального применения могут применяться как препараты психотропного действия, так и плацебо. Таблетка парацетамола, полученная из рук врача, сопровождаемая вниманием, сочувствием и вовремя сказанным словом может иметь значительный успокоительный эффект и помочь концентрации внутренних сил пациента. Традиционные медицинские средства (таблетки или настойка валерианы, раствор корвалола) также могут быть использованы. Перспективно применение таблетированных препаратов, относящихся к группе антидепрессантов (коаксил, прозак, фуварин, миансерин), транквилизаторов (феназепам, мезапам, элениум, клонезепам), малых нейролептиков (сонапакс).

Из средств нового поколения можно отметить апробированные в условиях Городской психотерапевтической поликлиники №223 отечественный препарат ноотропного действия интраназального применения — семакс. Перспективно применение этого препарата в сочетании с антидепрессантами, а удобная лекарственная форма делает особо целесообразным его применение в условиях ЧС (систематическое применение препарата и краткосрочный курс на 1—3 приема).

Использовании препаратов парентерального применения возможно как в изолированно, так и в сочетаниях. По результатам крупномасштабной Улу-Теляжской катастрофы в Республике Башкортостан хорошо зарекомендовал себя коктейль (раствор в готовом виде) из реланиума и седуксена в сочетании с амитриптилином, как для пострадавших, так и для их родственников.

Ниже представлены наиболее распространенные схемы терапии психических расстройств психотического регистра.

Для купирования психомоторного возбуждения проводят физическое ограничение с помощью медицинского персонала или сопровождающих лиц. Внутримышечно вводится литическая смесь: 2—3 мл 2,5% раствора аминазина, 2 мл 1% раствора димедрола, 1 мл

2—3% раствора промедола и 5—8 мл 25% раствора сульфата магния. При отравлении холинолитиками аминазин противопоказан.

При реактивных состояниях первая врачебная помощь оказывается с учетом формы нервно-психического расстройства.

Для купирования фугиформной реакции вводится внутримышечно смесь аминазина (2—3 мл 2,5% раствора), димедрола (2 мл 1% раствора), кордиамина (1—2 мл), магния сульфата (3—5 мл 25% раствора). Альтернативно назначается внутрь один из транквилизаторов: феназепам (0,0005 г), мепротан (0,6—0,8 г в сутки), диазепам (0,005 г).

Больным с психогенным сумеречным расстройством сознания назначается внутрь феназепам (0,001—0,007 г). При затяжных формах психогенного сумеречного состояния больных эвакуируют в профильный стационар.

Больным с реактивными параноидом вводят внутримышечно аминазин 2—3 мл 2,5% раствора с димедролом 3 мл 1% раствора, кордиамином 1—2 мл и магния сульфатом 5 мл 25% раствора 3 раза в день. Затем на этапах эвакуации назначается лечение нейролептиками.

При указанных выше состояниях могут быть применены и иные схемы медикаментозной терапии, рекомендованные Министерством здравоохранения РФ.

### **Силы и средства антистрессовой специализированной медицинской помощи**

Наряду с ориентацией всех специалистов немедицинского и медицинского профиля на оказание психологической поддержки пострадавшим контингентам в зоне ЧС, исходя из сформулированных выше принципов оказания медицинской помощи при психических расстройствах в зоне ЧС, представляется целесообразным создание специализированного формирования медицинской службы ЧС — бригады комплексной антистрессовой (медико-психологической, психотерапевтической и психиатрической) помощи.

Структура и профессиональный состав бригады комплексной антистрессовой помощи представлены на схеме 1 и в таблице 2.

Бригада комплексной антистрессовой помощи состоит из:

- звеньев первичной антистрессовой помощи;
- группы (кабинета) психотерапевтической и медико-психологической помощи (мобильная психотерапевтическая группа — МПГ или мобильный психотерапевтический кабинет — МПК);
- центральной группы (кабинета) психотерапевтической и медико-психологической помощи;
- группы экстренной психиатрической помощи.

Количественно потребность в перечисленных формированиях обоснована в разделе «Планирование потребности в комплексной антистрессовой помощи».

**Схема 1**  
**Структура бригады комплексной антистрессовой помощи (БСП)**



Данные формирования являются постоянными или временными структурными подразделениями различных действующих лечебно-профилактических учреждений г.Москвы, где укомплектовываются штатами и снабжаются медицинским имуществом.

В зоне ЧС указанные структурные подразделения включаются в состав бригады комплексной антистрессовой помощи, которая в свою очередь входит в состав службы экстренной медицинской помощи, работающей в очаге. Предварительное формирование бригады комплексной антистрессовой помощи осуществляется при головном психотерапевтическом учреждении города.

Схема работы подразделений бригады комплексной антистрессовой помощи, а также комплектация сил и средств подразделений бригады, представлены на схеме 2 (представленные термины могут быть изменены в соответствии с общей терминологией, рекомендованной Центром экстренной медицинской помощи) и в таблице 2.

Подразделения бригады комплексной антистрессовой помощи, прежде всего звенья первичной антистрессовой помощи, проводят активное выявление пострадавших, нуждающихся в неотложной помощи, пациентов с манифестными психиатрическими проявлениями, направляют их (по обращаемости за помощью и активно) для оказания специализированной помощи на последующих этапах

(группа или кабинет психотерапевтической и медико-психологической помощи в зоне ЧС, стационары и др.). Звенья первичной антистрессовой помощи в составе врача-психотерапевта, фельдшера (а в ряде случаев и психолога), обходят зону поражения по указанному руководителем аварийно-спасательных работ маршруту, производят выявление пострадавших и их направление в мобильные психотерапевтические кабинеты или группу экстренной психиатрии.

Следует отметить, что оказание психотерапевтической и медико-психологической помощи возможно только на добровольной основе, поэтому сопровождение пострадавших до места назначения (фельдшером или психологом) осуществляется только в случаях расстройств психотического уровня, либо при выраженных соматических нарушениях.

**Схема 2**



В задачи бригады входит экстренная ситуационная разъяснительная психотерапия, информационная психопрофилактика с задачей небольших листовок-визиток, содержащих краткие указания, где можно получить психотерапевтическую помощь и почему это является необходимым. Это является одним из элементов первичной профилактики угрожающих постстрессовых расстройств.

Психологическая поддержка заключается в нивелировке и уменьшении чувства страха у пострадавших, т.к. известно, что в кризисных



ситуациях от страха погибает больше, чем от воздействия реального разрушительного фактора. Во время спасательных работ в зоне катастроф, стихийных бедствий должны быть приняты меры для исключения панической суеты, возгласов безнадежности, криков, плача, приводящих, как установлено, к снижению темпа и качества аварийно - спасательных мер. Наряду со словами надежды и уверенности психологи отвлекают и переключают внимание лиц, находящихся с состоянием возбуждения.

**Табл. 2 . Состав и оснащение бригады комплексной антистрессовой помощи**

	<b>Звено первичной антистрессовой помощи</b>	<b>Мобильная психотерапевтическая группа (кабинет)</b>	<b>Группа экстренной психиатрической помощи</b>
Состав	Врач-психотерапевт и фельдшер, в ряде случаев психолог	Врач-психотерапевт, медицинский психолог	Врач - психиатр (со специальной подготовкой по клинической фармакологии), фельдшер, санитар скорой помощи
Задачи	Выявление нуждающихся в помощи, экстренно – ситуационная разьяснительная психотерапия и информационная психопрофилактика (см. раздел «Психотерапевтическая помощь в системе антистрессовой специализированной медицинской помощи»).	Краткосрочные варианты психотерапии (см. раздел «Психотерапевтическая помощь в системе антистрессовой специализированной медицинской помощи»)	Купирование реактивных психозов введением лекарственных препаратов (см.раздел «Психофармакотерапия»)
Оснащение	Сумка санитарная Комплект лекарственных средств психотропного действия (транквилизаторы, антидепрессанты, ноотропы). Обезболивающие средства Носимое громкоговорящее устройства (мегафон), средства мобильной связи	Палатки (УСТ), оснащенные внутренними перегородками Автобус (предпочтительно с 3 выходами), специально оборудованными для проведения индивидуальной и групповой психотерапии. Комплект лекарственных веществ психотропного действия (транквилизаторы, антидепрессанты, нейролептики, ноотропы) Носимое громкоговорящее устройства (мегафон), средства мобильной связи	Автомашина для оказания скорой медицинской помощи, укладка скорой медицинской помощи, комплект лекарственных средств психотропного действия (транквилизаторы, антидепрессанты, нейролептики, ноотропы), средства мобильной связи

Наиболее важное мероприятие организационно-медицинского плана — не допустить скопление больших групп (родственников, пострадавших), возможное разделение этих групп и проведение индивидуальной терапии или терапии в малых управляемых группах.

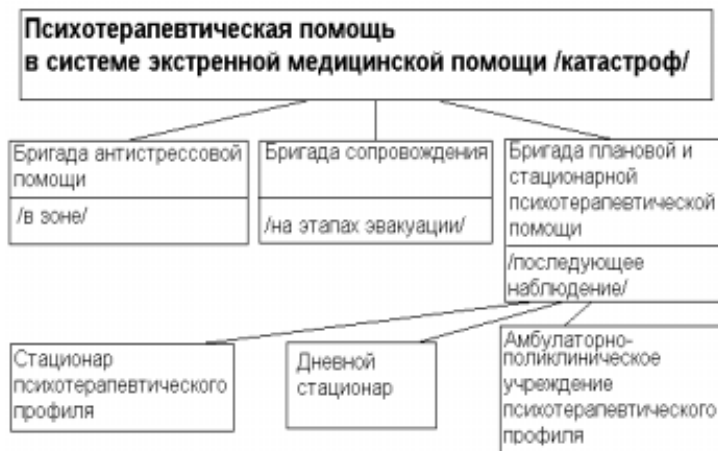
Экстренная психиатрическая помощь с психофармакологической коррекцией оказывается пациентам с манифестными психотическими проявлениями группой экстренной психиатрической помощи.

Мобильными психотерапевтическими группами (кабинетами) оказывается экстренная психотерапевтическая и медико-психологическая помощь пораженным с проявлениями непсихотического регистра, родственникам и спасателям. Мобильные психотерапевти-

ческие кабинеты разворачиваются в палатках или же в других приспособленных местах (кинотеатрах, школах, переоборудованных помещениях общественных организаций и др.) в непосредственной близости от мест сбора пострадавших. Центральная мобильная психотерапевтическая группа разворачивается рядом с пунктом первичной медицинской помощи, где оказывается помощь пострадавшим и вблизи площадки для машин скорой медицинской помощи. Мобильные психотерапевтические кабинеты могут быть разбиты в специальных (или временно приспособленных) автобусах с 3-мя выходами.

Эффективность помощи определяется комплексным воздействием с учетом решения социальных проблем пострадавших (размещение, выделение жилья, помощь в розыске близких, материальная помощь и проч.). С этой целью пациенты после оказания медико-психологической и психотерапевтической помощи направляются в соответствующие подразделения штаба по ликвидации последствий катастрофы.

**Схема 3**



Особенностью оказания психотерапевтической помощи в сравнении с другими видами специализированной медицинской помощи является необходимость длительного медицинского наблюдения. Для этого из числа городских ЛПУ выделяются учреждения, составляющие основу бригады плановой и стационарной психотерапевтической помощи: стационар психотерапевтического профиля, дневной стационар и лечебно-консультативные отделения головного амбулаторно-поликлинического учреждения психотерапевтического профиля (схема 3).

В Москве головным амбулаторно-поликлиническим учреждением психотерапевтического профиля является Городская психотерапевтическая поликлиника №223 Комитета здравоохранения.

Доставка (перевод) пациентов для динамического наблюдения в амбулаторно-поликлинические и стационарные учреждения психотерапевтического профиля имеет решающее значение, особую актуальность имеет преимущество амбулаторно-поликлинического и стационарного этапов оказания помощи пострадавшим.

### **Планирование потребности в комплексной антистрессовой помощи**

В настоящее время существует настоятельная потребность включения комплексной медико-психологической, психотерапевтической и психиатрической помощи в план медицинского обеспечения мероприятий по ликвидации и снижению тяжести последствий в связи с ЧС (план действий по преодолению медико-санитарных последствий ЧС). Наиболее целесообразно внесение дополнений в лечебно-эвакуационный раздел плана.

В то же время при крупномасштабных катастрофах, террористических актах и прочих чрезвычайных ситуациях с выраженными отрицательными медико-социальными последствиями целесообразна подготовка самостоятельного раздела плана. В этот раздел могут быть включены: мероприятия по оказанию экстренной и отсроченной медико-психологической и психотерапевтической помощи, психиатрической помощи, алгоритмы действий дифференцированно по группам (пострадавшим, родственникам и спасателям), прогнозу развития ситуации в различных группах и при различных сценариях дальнейшей динамики ЧС, мероприятия по медико-психологической проработке чрезвычайной ситуации, в т.ч. информационной психопрофилактике, последующему наблюдению за ситуацией, психологическим основам управления в зоне ЧС, комплексной реабилитации пострадавших. Конкретная формулировка раздела производится в соответствии с разработками Центра экстренной медицинской помощи Комитета здравоохранения Москвы.

Для правильного планирования комплексной антистрессовой помощи в условиях ЧС необходима оценка происхождения, распространенности и силы чрезвычайной ситуации.

По происхождению чрезвычайные ситуации бывают: природного (землетрясения, наводнения и т.д.), техногенного (например, аварии на АЭС), криминального и военного характера.

По масштабу чрезвычайные ситуации различаются в зависимости от территории и количества вовлеченных людей (потерявших

кров, работу, питание, семью и т.д.), количеству погибших, больных и раненых, числу персонала, привлеченного для ликвидации последствий, а также площади очага на местности.

По выраженности опасности для жизни и здоровья населения в очаге различают чрезвычайные ситуации с реальной, вероятной, и маловероятной опасностью.

По законченности воздействия комплекса отрицательных факторов (физических, химических, биологических) различают ситуации, при которых действие факторов закончено (при этом опасность повторения ситуации отсутствует), действие факторов продолжается, возможно усиление действия факторов, в том числе подъема выраженности факторов до максимального (пикового уровня).

При составлении плана медицинского обеспечения действия в очаге, в том числе в аспекте определения потребности в комплексной антистрессовой помощи, производится оценка очага и зоны поражения по указанным выше критериям.

При этом учитывается, что доля пострадавших лиц с выраженными нарушениями психических функций (нарушениями психотического спектра) не имеет линейной зависимости от уровня стрессогенности очага поражения. Возрастание доли психических расстройств возможно лишь в случае ситуации с незавершенностью воздействия, когда при невозможности эвакуации пострадавших из зоны ЧС, они находятся в условиях постоянного риска неблагоприятного развития условий, представляющих опасность для жизни (постоянное ощущение угрозы для жизни, скученность расположения, другое).

Количественное планирование числа мобильных психотерапевтических кабинетов осуществляется после ориентировки на местности и исходя из числа пунктов концентрации пострадавших и количества пострадавших и спасателей.

Мобильные психотерапевтические кабинеты развертываются непосредственно в зоне поражения в безопасных местах вблизи от площадки разбора раненых (принимают поток пациентов из очага поражения, выявленных звеньями первичной антистрессовой помощи, группами экстренной психиатрии, а также обратившихся самостоятельно).

Они также принимают нуждающихся в помощи пациентов, выявленных на сортировочной площадке, в штабе, пункте социальной помощи пострадавшим, в местах сосредоточения пострадавших, в местах временного размещения пострадавших, на площадках или иных местах опознания трупов, в местах размещения родственников, в стационарах на этапах эвакуации.

Количественное планирование числа мобильных психотерапевтических групп осуществляется по количеству контингентов, которым необходимо оказывать психотерапевтическую и медико-психологическую помощь, размещению их в зоне ЧС и ее площади. Выделяются пострадавшие, родственники и персонал. Также учитывается их численность.

В случае необходимости отдельно выделяется группа, ориентированная на информационную психопрофилактику и психолого-управленческое консультирование. В последнюю группу привлекается руководящий состав соответствующих специализированных формирований.

Общая потребность в помощи исчисляется, исходя из конечной цели оказания психотерапевтической и медико-психологической помощи — 50% пострадавших. Оснащенность медикаментами для экстренной психиатрической помощи планируется из расчета 10% численности пострадавших. В то же время конкретная очередность развертывания мобильных кабинетов и активации мобильных групп определяется поэтапно (эшелонированно) — по мере открытия возможности и потребности. Учитывается динамика факторов, вызвавших ЧС (при неблагоприятной динамике факторов решающее значение имеет эвакуация, в этом случае кабинеты развертываются на этапах медицинской эвакуации).

Целесообразно открытие психотерапевтических кабинетов в отделениях и стационарах, где концентрируются пострадавшие (бригады сопровождения — см. схему 3). Учитывая, что в вопросах оказания психотерапевтической помощи решающую роль играет мотивированность пациентов, полномасштабное развертывание кабинетов сопрягается с работой по ориентированию различных служб, населения, родственников и т.д.

Ниже приведен условный расчет потребности в психотерапевтической и медико-психологической помощи в зоне ЧС, составленный на основании приказа Минздрава от 22.07.87 г. №902 «Об отмене планирования и оценке работ амбулаторно-поликлинических учреждений по числу посещений» и материалов «Справочника по организации работы амбулаторно-поликлинических учреждений (нормативные материалы)». - М.-Грант.-1999.-1248 с.

Потребность в экстренной психотерапевтической и медико-психологической помощи в зоне ЧС на 1000 человек, пострадавших и находящихся в зоне поражения или в непосредственной близости от нее, составляет:

- звенья первичной антистрессовой помощи (ЗСП) — 2;
- группа (кабинет) психотерапевтической и медико-психоло-

гической помощи (мобильная психотерапевтическая группа — МПГ или мобильный психотерапевтический кабинет — МПК) — 1;

— центральная группа (кабинет) психотерапевтической и медико-психологической помощи (ЦМПГ, ЦМПК) — 1;

— группа экстренной психиатрической помощи (ГЭП) — 1.

Данным составом бригада работает в 1 смену продолжительностью 12 часов. Затем необходима замена состава.

Увеличение срока работы в очаге в связи с обстоятельствами возможно, но не более 24 часов при условии обязательного между-сменного отдыха, длительность которого определяется в установленном законодательством порядке.

НПЦ ЭМП  
Тираж 100 экз.

