

**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ
С ОСТРЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ
(проект)**

Москва 2015

Исполнители

докт. мед. наук, профессор
докт. мед. наук, профессор
канд. психол. наук

В.П. Коханов
В.Н. Краснов
Ю.С. Шойгу

Эксперты

докт. мед. наук, профессор
докт. мед. наук, профессор

В.К. Шамрей
П.В. Морозов

Данные клинические рекомендации разработаны и утверждены Общероссийской общественной организацией специалистов в сфере медицины катастроф и Профильной комиссией по медицине катастроф Минздрава России и предназначены для практических специалистов службы медицины катастроф и иных медицинских работников, принимающих участие в оказании медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях

Содержание

Список сокращений	4
Введение	5
1. Виды острых психических расстройств и их клиническая характеристика	7
2. Психические нарушения при черепно-мозговой травме.....	17
3. Нервно-психические нарушения при черепно-мозговой травме	19
4. Психические нарушения при химических поражениях	24
5. Оказание медико-психологической помощи населению в чрезвычайных ситуациях	28
6. Психолого-психиатрическая разведка	31
7. Организация психолого-психиатрической помощи	32
8. Психиатрическая помощь на этапах медицинской эвакуации	34
9. Порядок оказания психолого-психиатрической помощи	35
10. Экстренная психологическая помощь в зоне чрезвычайной ситуации.....	41
11. Заключение	42
Литература	46

Список сокращений

АД – артериальное давление

АСФ – аварийно-спасательные формирования

в/в – внутривенно

в/м – внутримышечно

ВСМК – Всероссийская служба медицины катастроф

МВД России – Министерство внутренних дел Российской Федерации

Минздрав России – Министерство здравоохранения Российской Федерации

Минобороны России – Министерство обороны Российской Федерации

МЧС России – Министерство Российской Федерации по делам гражданской обороны,
чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий

МРЦМК – межрегиональный центр медицины катастроф

Р-р – раствор

р/д – раз в день

ТЦМК – территориальный центр медицины катастроф

ЧМТ – черепно-мозговая травма

Введение

Клинические рекомендации подготовлены рабочей группой Профильной комиссии по медицине катастроф Министерства здравоохранения Российской Федерации и основаны на анализе 20-летнего опыта работы медицинских учреждений Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК) – Минздрава России, Минобороны России, МЧС России, МВД России – по оказанию медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях (ЧС) с доказательностью IC.

В отечественной медицине проблемы, связанные с оказанием психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях (ЧС) и катастрофах, традиционно решались с позиций клинической психиатрии. Развивающиеся в этих условиях реакции и состояния рассматривались как психогенные нарушения, обусловленные действием «психической травмы». Их причинная зависимость от внешних воздействий считалась одним из основных критериев для понимания сущности и диагностики данного класса нарушений. Сегодня на смену «психической травме» пришел «стресс», с которым современная психиатрия и медицинская психология связывают развитие психолого-психиатрических последствий ЧС и событий катастрофического характера, которые рассматриваются как посттравматические стрессовые расстройства. Это относится, прежде всего, к войнам, землетрясениям, железнодорожным катастрофам и другим, клинические последствия которых описываются и широко обсуждаются в психиатрической и психологической литературе.

Проводимое с начала прошлого века изучение позволило выделить особую группу «аффективных, связанных с вазомоторно-эндокринными расстройствами, катастрофических реакций», развивающихся под влиянием «резких, внезапных, травмирующих событий и способных у определенных лиц вызвать психозы. Сложились также представления, что патогенность

травмирующих психику событий и ситуаций определяется не только силой, скоростью и длительностью действия этих факторов, но и особенностями личности и состоянием исходной «почвы» пострадавших («внутренних условий»). Особое внимание обращалось и на то, что «серьезные душевные травмы и переживания могут существенным образом изменить психофизическую конституцию личности». Большинство отечественных психиатров того периода соглашались, что сложность этиопатогенеза таких психогений, тесное переплетение эндогенных и психогенных (экзогенных) механизмов, как и недостаточная разработанность многих биологических аспектов, являлись основным препятствием к созданию научно обоснованной классификации данного класса психических расстройств. Как отмечали М.В.Коркина и соавт. (1995) в отдельной главе учебника психиатрии, посвященной психическим расстройствам при стихийных бедствиях и катастрофах, «не существует единой их классификации». Видные отечественные психиатры, исходя из собственного опыта, считали целесообразным выделить «реактивных» симптомокомплексов, структура которых определялась в основном скоростью развития чрезвычайной ситуации и продолжительностью действия их патогенных факторов. Исходя из этого, ими выделялись аффективные реакции катастрофического характера, реактивные психозы и различные формы неврастения, возникающие у исходно здоровых лиц в условиях ЧС. К реактивным психозам относили реактивные депрессии, шизоидные и параноидные реакции, а также описанные П.Б.Ганнушкиным их эпилептоидные и истерические варианты.

Эти формы были уточнены и расширены в ходе исследований, проведенных во время Великой Отечественной войны и в послевоенный период. Выделялись острые (шоковые), подострые и затяжные реактивные психозы. Развитие шоковых реакций преимущественно связывалось с войнами и масштабными стихийными бедствиями и катастрофами, а

имеющие более сложную клиническую структуру подострые и затяжные формы – с личностно значимыми событиями и ситуациями, сохраняющими свою актуальность в течение сравнительно длительного периода времени.

В современной литературе психические расстройства при стихийных бедствиях и катастрофах рассматриваются как психогенные нарушения, среди которых наиболее характерными являются реактивные психозы (аффективно-шоковые реакции и истерические психозы, представленные, главным образом, истерическим сумеречным помрачением сознания). Наряду с острыми психотическими состояниями выделяются также непсихотические расстройства в виде расстройств невротического уровня – от невротических реакций до неврозов и невротических развитий.

Опыт медицины катастроф свидетельствует, что такой подход отечественных психиатров к оценке развивающихся в условиях ЧС психических нарушений в большей мере отвечает формирующейся в условиях ЧС клинической реальности.

1. Виды острых психических расстройств и их клиническая характеристика

Острые аффективные реакции (аффективно-шоковые) отличаются разнообразием своих проявлений, но в целом могут быть сведены к двум основным формам – *фугиформным* реакциям (двигательное возбуждение с изменениями сознания по типу сумеречных состояний) и реактивному *ступору* (состояние психической и двигательной заторможенности). В том, и в другом случаях их психопатологическая структура определяется выраженными аффективными нарушениями в виде страха, ужаса, выраженной тревоги, нередко с растерянностью, нарушениями когнитивной (познавательной) деятельности, психомоторным возбуждением (хаотическим, нецеленаправленным), либо ступором с оцепенением, «застыванием» на месте, несмотря на опасность для жизни.

Наряду с этим отмечаются и многочисленные *соматовегетативные* расстройства, являющиеся обязательным компонентом острых психотических состояний – резкая бледность или покраснение кожных покровов, перепады АД, тахикардия, ощущение удушья, потливость, озноб, дизурические и диспептические нарушения, повышение температуры и др.

В ряде случаев в условиях ЧС выявляется *реактивная депрессия*, которая возникает при действии кратковременных, но объективно тяжелых психотравмирующих факторов. Такое состояние обычно развивается не сразу, а по мере осознания трагической утраты (чаще всего гибель родных и близких). Основными психопатологическими проявлениями являются аффект глубокой тоски, переживание неразрешимости сложившейся ситуации, отчаяние, утрата перспективы, суицидальные мысли, идеи самообвинения и самоуничтожения. Для таких лиц характерны: замкнутость, двигательная заторможенность, недостаточно модулированная речь, затруднения интеллектуальной деятельности. Возможно возникновение обманов восприятия в виде иллюзий и галлюцинаций, по содержанию связанных с ЧС.

При *тревожном варианте депрессии* чаще всего отмечаются аффективные реакции гиперкинетического типа, сопровождающейся двигательным беспокойством, тревогой до ажитированных (возбужденных) приступов отчаяния, в связи с чем лица с тревожной депрессией представляют собой группу суицидального риска из-за возможности совершения ими самоубийств, особенно в начальные периоды развития этих состояний.

Возможно также возникновение *реактивного параноида* с патологической *интерпретацией* отдельных явлений или всей ситуации, которым сопутствуют изменение сознания, отсутствие критики, тревога, страх, слуховые галлюцинации, отражающие содержание психической травмы. У пожилых людей реактивные параноиды могут проявляться

чувственным ипохондрическим бредом. Такого рода параноиды возникают на фоне эмоционального напряжения, обычно тревожного типа. В этих случаях существенна роль «измененной почвы», поскольку реактивные параноиды часто развиваются у лиц с остаточными явлениями органического поражения головного мозга, у соматически ослабленных, при переутомлении, недосыпании и т.д.

Острым реактивным параноидам обычно предшествует период выраженной тревоги, беспокойства, «предчувствия беды», после чего возникает бред отношения, преследования, особого значения, сопровождающийся галлюцинациями (галлюцинаторно-параноидное состояние). Настроение у этих больных можно определить, как тревожно-тоскливое с выраженным аффектом страха и в этом состоянии они могут быть возбужденными. На высоте психоза наблюдаются расстройства сна, который носит тревожный, поверхностный характер, с кошмарными сновидениями.

У части пострадавших могут развиваться по механизмам подражания **индуцированные психозы** («психическое заражение»). Индуктором обычно являются психически больные люди или лица, подверженные панике. Индуцированные психозы часто выявляются у лиц с интеллектуальными нарушениями, повышенной впечатлительностью и психопатическими чертами личности (преимущественно истерического типа). Удаление их от источника индуцирующих воздействий позволяет достаточно быстро нормализовать их состояние.

К реактивным психозам также относятся *истерические психотические реакции*, представляющие собой кратковременные эпизоды сумеречного состояния («помрачения») сознания или состояния аффективно-суженного сознания, связанные с действием факторов ЧС. Помимо таких нарушений сознания возможно развитие депрессивной и ажитированной *псевдодеменции* с расстройствами мышления, психомоторики, эмоций. Таких пострадавших

отличает их неспособность осмыслить ситуацию, растерянность, интеллектуальная несостоятельность. Они не могут решить простейшую задачу, ответить на вопрос обыденного содержания и неожиданно правильно ответить на действительно сложный вопрос.

Реактивные психозы всегда находились в центре внимания клинических психиатров отечественной школы. Полученный ими клинический опыт и знания и сегодня остаются востребованными в медицине катастроф. В настоящее время эти психические нарушения стали достаточно редким явлением. При землетрясении в Нефтегорске (1995), как и в Спитаке (1988), число пострадавших с реактивным галлюцинозом, ступорозной депрессией, явлениями псевдодеменции в среднем составляло 3,2%, а при железнодорожной катастрофе под Уфой (1989) их число не превышало 2% случаев.

Среди патологических форм ситуационного реагирования у пострадавших более часто выявляются однотипные *субступорозные* состояния (в среднем 6,8%). В одних случаях они проявляются депрессивной симптоматикой, в других – безучастностью по типу «эмоционального паралича». Наряду с ними в «*остром*» периоде ЧС отмечаются также кратковременные «панические» эпизоды и состояния растерянности с пассивной подчиняемостью. Реже – с элементами негативизма в виде попыток отказа, сопротивления или противодействия.

В отечественной психиатрии давно сложилось мнение о барьерной роли реактивных психозов, развитие которых связывается с филогенетически старыми механизмами психической и физиологической защиты. В условиях реальной опасности такие защитные «катастрофические» реакции направлены главным образом на сохранение жизни и выживание. Об этом свидетельствует их благоприятный прогноз и характер течения, так как все они практически всегда заканчиваются выздоровлением и полным исчезновением грубых расстройств психотического уровня. Более того, в

психиатрии катастроф накопилось немало данных относительно прогностически положительного значения *непсихотических форм* психологически понятных ситуационных реакций (в том числе и «аномальных»). Отсутствие такого непосредственного реагирования (соматовегетативного, депрессивного, неврозоподобного и др.), как показывают исследования, существенно повышает риск развития отставленных и, как правило, затяжных болезненных состояний.

В «остром» периоде ЧС различные варианты таких непсихотических и психологически понятных ситуационных реакций отмечаются у подавляющего числа пострадавших, которые редко становились предметом специальных исследований. Особого внимания среди них заслуживают примитивные психогении, где речь идет о расстройствах кратковременного характера, развивающихся у здоровых людей, включая детей, в условиях «напряжения», связанного с ЧС. Они проявляются раздражительностью, различными по выраженности эмоциональными расстройствами, аффективностью, «отклонениями» в поведении, активным поиском выхода из сложившейся ситуации, «заострением» особенностей характера. Такие психогении отличает отсутствие истерических, выраженных и стойких неврологических, соматических, вегетативных расстройств, а также доброкачественный характер течения. При оказании помощи и нормализации ситуации они претерпевают быстрое обратное развитие, заканчивающееся полным выздоровлением.

При большинстве ЧС в структуре ответного реагирования у пострадавших и спасателей достаточно частыми стали выявляемые в среднем в 50% случаев сравнительно легкие и умеренные *расстройства познавательных (когнитивных) функций*. В традиционной клинической психиатрии таким расстройствам, которые скорее можно отнести к проблемам «психологии катастроф» нежели психиатрии, в отличие от более грубых форм, не уделялось специального внимания. Вследствие этого

они пока не нашли своего места в современных классификациях и поэтому редко оказываются в поле зрения специалистов.

Как и «примитивные психогении» они возникают уже в первые часы и дни сразу после ЧС и при внешне сохранном поведении проявляются снижением качества восприятия, внимания, памяти, интеллектуальной продуктивности, эмоциональной неустойчивостью и элементами дезориентировки в ситуации. При отсутствии своевременной и адекватной помощи у таких лиц нарастает ухудшение общей поведенческой адаптации, самочувствия, продуктивности интеллектуальной деятельности, снижение выносливости к психическим нагрузкам, критики «к себе» и окружающему. Более заметными и выраженными становятся отдельные, эпизодические проявления дезорганизации мышления и профессиональной несостоятельности.

Такие расстройства психологического уровня, не достигающие уровня собственно психической патологии, не носят очерченного синдромального характера. Их отличает отсутствие субъективного ощущения «нездоровья», «болезни», сохранность общения с окружающими, хотя не всегда и во всем достаточно продуктивного. Будучи условно «функциональными», такие расстройства обычно быстро проходят при нормализации ситуации, как и при оказании своевременной и адекватной помощи. При отсутствии помощи они могут длительное время сохраняться, чаще всего в виде отдельных проявлений психической истощаемости, «парциальных» расстройств памяти, интеллектуальной продуктивности. Однако в неблагоприятных условиях жизнедеятельности они могут претерпевать дальнейшее развитие с постепенным феноменологическим усложнением проявлений.

Расстройства такого уровня выявляются не только среди различных социально-профессиональных групп пострадавшего населения, но и у специалистов аварийно-спасательных формирований (АСФ). Их следует

квалифицировать как поведенческие расстройства, требующие участия для их коррекции специалистами экстренной психологической помощи.

Среди пострадавшего в ЧС населения достаточно часто выявляются и такие психологически понятные ситуационные реакции и состояния как расстройства *невротического уровня*. От расстройств собственно психологического уровня их отличает не только большая стойкость психических, преимущественно эмоциональных, проявлений, но и выраженность сопутствующего им соматического и вегетативного сопровождения.

Реакции невртического уровня характеризуются эмоциональной напряженностью, лабильностью «аффекта», колебаниями настроения, преимущественно тревожным характером переживаний с включениями страха. Лица с такими расстройствами, как правило, эмоционально, односторонне и недостаточно адекватно воспринимают и оценивают ситуацию, они неуверены в себе; с трудом осмысливают происшедшее и склонны к принятию спонтанных решений. У них ухудшается концентрация внимания; отмечается замедленный или неравномерный темп ассоциативных процессов и общее снижение продуктивности деятельности.

В части случаев у таких пострадавших обнаруживаются элементы или эпизоды растерянности, своего рода сужение поля восприятия, соответственно и содержания сознания, носящие непсихотический характер, поскольку у них сохраняется возможность установления контакта с окружающим, а также критическое, хотя и неполное, отношение к окружающему и своему поведению.

После ЧС такие психические состояния сравнительно быстро клинически оформляются в виде двух основных *неспецифических* и наиболее распространенных симптомокомплексов, а именно: астенических и расстройств тревожно-депрессивного спектра.

Астенические состояния развиваются как результат факторов ЧС

истощающего действия либо как остаточные явления перенесенного психотического эпизода. Различные их варианты проявляются сенсорной и эмоциональной гиперестезией, несвойственной ранее раздражительностью. Проявления собственно астении характеризуются, с одной стороны, повышенной раздражительностью, вспыльчивостью, несдержанностью, гневливостью, с другой – крайней психической и физической истощаемостью, непереносимостью любого напряжения, склонностью к ипохондрии, эмоциональной неустойчивостью вплоть до недержания аффекта.

Среди витально-соматических проявлений астении отмечаются признаки повышенной чувствительности к проприо- и интероцептивным раздражениям в виде тяжести в голове, сдавливающих головных болей, давления в теле, нарушений сна и аппетита. Наряду с этим отмечаются разнообразные вазовегетативные нарушения, чаще всего принимающие форму вегетативных пароксизмов с тахикардией, ознобом, повышением АД.

При отсутствии своевременной помощи и при сохраняющихся неблагоприятных условиях на смену раздражительной слабости приходят вялость и угнетенность с эпизодическими переживаниями тоски, с общим дистимическим фоном настроения. Усложнение структуры психических расстройств происходит за счет более выраженных дистимических расстройств, витализации астении и соматоформных расстройств.

Непсихотические депрессивные состояния различаются глубиной и выраженностью своих проявлений. Они возникают после ЧС по мере осознания пострадавшими тяжести утраты близких, собственного морального и материального ущерба. В структуре таких депрессий на передний план выступает подавленное, тоскливое настроение. Тоскливый аффект часто оказывается связанным с переживаниями тревожного ряда, со сверхценными опасениями, навязчивостями, чувством неуверенности в своих силах, идеями самообвинения и собственной малоценности. Наряду с

«парциальным» двигательным беспокойством появляется идеаторная (умственная) и двигательная заторможенность, замедление темпа движения, речи, снижается общая активность, побуждение к деятельности. При выраженных депрессивных состояниях этого уровня отмечаются типичные для них психомоторные и соматовегетативные расстройства, нарушения сна и аппетита. Расстройства сна проявляются затрудненным засыпанием, частыми пробуждениями среди ночи, укорочением его длительности и ранним утренним пробуждением.

Дистимические (астено-депрессивные) состояния составляют определенные трудности для их диагностики и характеризуются тем, что невыраженные собственно аффективные расстройства, как правило, скрываются за фасадом соматических жалоб. В качестве таких соматических «масок» депрессии выступают диффузные головные боли, усиливающиеся к вечеру, кардиалгии, нарушения сердечного ритма, анорексия, «общее» недомогание, нарушения сна. Такие лица часто оказываются вне поля зрения психиатров и безуспешно лечатся у других специалистов в соответствии с предъявляемыми ими жалобами.

У лиц с личностными особенностями, с повышенной впечатлительностью, внушаемостью, тревожно-мнительными чертами характера возможно развитие *тревожно-фобических и обсессивно-фобических (навязчивый страх) расстройств*. Они характеризуются чувством внутренней напряженности, беспокойством, тревогой, которые сохраняются после прекращения воздействия факторов ЧС и отражают повторное переживание (воспроизведение) угрожающих жизни событий. На этом фоне возможны приступы страха, продолжающиеся от нескольких минут до одного часа. Они возникают в закрытых помещениях, на открытых пространствах, в транспорте. Попадая в указанные места, пострадавшие испытывают страх, сопровождающийся двигательным беспокойством, ощущением нехватки воздуха, сердцебиением, потливостью, тремором

конечностей и другими соматовегетативными проявлениями. На высоте переживаний страха может утрачиваться критическая оценка своего состояния и поведения. В современных диагностических категориях такого рода состояния обычно относят к «паническим приступам». Речь в данном случае идет не о панике как массовой патологической реакции, а о тревожно-вегетативных кризах со склонностью к рецидивам.

Современная клиническая психиатрия при лечении психической патологии исходит из понимания всей сложности ее психобиологической сущности, необходимости своевременной и точной диагностики и возможности адекватно воздействовать на различные звенья патологического процесса. *Реактивные психозы* в остром периоде ЧС хорошо известны и многие практические вопросы, связанные с их диагностикой и лечением, успешно решаются клинической психиатрией. В их клинической картине основное место занимают аффективная патология и расстройства сознания.

В то же время лечение *непсихотических* форм психических нарушений представляет значительные трудности для клинической психиатрии, особенно для психиатрии катастроф. Большинство психиатров признается, что эти состояния крайне трудны для терапии и сегодня не существует каких-либо универсальных схем и стандартных методов их лечения. Эти трудности обусловлены, прежде всего, полиэтиологичностью такого рода нарушений, неспецифичностью, полиморфизмом их проявлений, синдромальной «неочерченностью» состояний и т.п. Наличие «универсальных», неспецифических проявлений при всех видах расстройств непсихотического уровня, отсутствие между ними четких границ, частые переходы одной формы в другую делают проблему их нозологической принадлежности не принципиальной.

При лечении непсихотических форм нарушений более значимой в практическом плане является ориентация не на нозологическую, а на синдромальную оценку, позволяющую, исходя из уровня расстройств,

определять конкретные кардинальные «симптом- и синдром-мишени». К их числу относятся, прежде всего, астенические, эмоциональные и психовегетативные расстройства.

Своевременное их купирование и лечение именно в острый период ЧС становится важным и едва ли не главным условием не только предупреждения их клинического усложнения и последующего развития, но и «расплывания» психолого-психиатрических и медико-социальных последствий ЧС.

2. Психические нарушения при черепно-мозговой травме

Существующие классификации выделяют 3 формы черепно-мозговой травмы (ЧМТ) – сотрясение, ушибы и сдавления мозга. Для психиатрической практики медицины катастроф в остром периоде ЧС наибольшее значение имеют *сотрясения* и *ушибы мозга*. Тяжелые ушибы со сдавлением и открытые травмы являются, главным образом, прерогативой нейрохирургов и невропатологов.

1. Сотрясения мозга – наиболее легкая форма травматического поражения, наблюдающаяся практически во всех случаях закрытой травмы головного мозга, которая в остром периоде характеризуется диффузной стволовой симптоматикой и принципиальной ее обратимостью.

2. Ушибы мозга средней тяжести – травматическое повреждение мозговой ткани в области ушиба или в области противоудара, сопровождающееся не угрожающей жизни общемозговой, очаговой полушарной и стволовой симптоматикой, а также нарушениями ликворо- и гемодинамики с последующими структурно-органическими изменениями очагового характера.

3. Тяжелые ушибы мозга – травматическое поражение с угрожающей жизни симптоматикой стволового и подкоркового характера и необратимыми органическими изменениями. В 60% случаев тяжелые ушибы сочетаются со

сдавлением мозга, обусловленным внутричерепными гематомами, вследствие чего выделяют ушибы со сдавлением и без сдавления.

Дифференциальная диагностика сотрясения и ушиба мозга является сложной клинической проблемой. До сих пор они рассматриваются как разные состояния. Однако на практике разграничение этих состояний, как и выделение более тяжелых и более легких повреждений на основании только клинических данных, далеко не всегда представляется возможным.

Отмечено, что сотрясения и ушибы одной и той же силы в одних случаях могут протекать без выраженных клинических проявлений, в других – сопровождаться тяжелой клинической симптоматикой и отчетливыми изменениями органического характера. Этот давно известный в клинической психиатрии факт имеет особое значение для оказания адекватной помощи пострадавшим данного профиля, поскольку последствия травмы определяются не только ее тяжестью, но также исходным состоянием организма (до получения травмы) и особенностями сложившейся «актуальной» обстановки ЧС. «Утяжеляющими» факторами могут быть предшествующее длительное эмоциональное напряжение, физическое и интеллектуальное «переутомление», недоедание, раннее перенесенные травмы, ранения, заболевания, конституционные и возрастные особенности.

В клинической практике в большинстве случаев закрытой травмы головного мозга не представляется возможным дифференцировать влияние *коммоции* и *контузии*, так как в той или иной мере они сочетаются друг с другом. Так, контузии могут сопровождаться сотрясением, а сотрясение мозга – ушибами основания и ствола мозга.

Другой практической проблемой острого периода травмы мозга является дифференциация травматического шока и сотрясения мозга. Критерием в этом случае, как считают исследователи, может служить состояние сознания. Это обосновывается тем, что даже самый тяжелый шок может не сопровождаться потерей сознания, тогда как нередко и самые легкие

сотрясения мозга способны приводить, пусть к кратковременному, но все же «выключению» сознания. Длительность его потери служит наиболее объективным критерием как тяжести, так и прогноза травматического повреждения мозга.

В психиатрической клинике в зависимости от характера и степени тяжести психопатологических проявлений ЧМТ выделяют:

- *синдром нарушенного сознания* – кома запредельная, кома глубокая, кома умеренная, сопор, оглушение глубокое, оглушение умеренное, оглушение легкое (*обнубиляция*);
- *синдром измененного состояния сознания психотического уровня* – разного вида спутанность, транзиторная общая амнезия, корсаковский синдром, «сумеречное» состояние сознания, бредовые, галлюцинаторно-параноидные психозы;
- *синдромы субпсихотического уровня* – нарушения в эмоциональной сфере (гипомании, эйфории с расторможенностью, различные по структуре субдепрессивные и депрессивные состояния, дисфории и др.);
- *синдромы непсихотических психических расстройств* – различные варианты неврозоподобных и психопатоподобных состояний.

3. Нервно-психические нарушения при черепно-мозговой травме

Наряду с психической травмой частыми поражениями в ЧС являются и общие физические травмы, в том числе ЧМТ.

Легкая степень сотрясения мозга – наблюдается в подавляющем числе случаев и сопровождается кратковременным (от нескольких секунд до 1–3 мин) изменением состояния сознания по типу оглушения с заторможенностью. На этом фоне отмечаются сомато- и вазовегетативные нарушения, проявляющиеся побледнением кожных покровов, атонией мышц конечностей, гипотонией, сниженной реакцией зрачков на свет, замедлением или учащением пульса, недостаточным его напряжением.

Нередко возникают рвота, тошнота, головокружения. Позднее возникают головные боли – самый постоянный симптом при ЧМТ. Расстройства памяти при данной степени травмы носят легкий характер, проявляются некоторым снижением способности к произвольному воспроизведению материала, прошедших событий. Наряду с этим может возникнуть общая слабость, легкое недомогание, нарушения сна, «подергивания» или «стягивание» мышц рук и ног, различного вида «телесные сенсации».

Сотрясения мозга средней степени тяжести – более выраженное расстройство сознания. После потери сознания развивается адинамия, головная боль, появляются головокружения, тошнота, рвота, спонтанный нистагм. Выраженными становятся вегетативные расстройства и нарушения сердечно-сосудистой регуляции.

Расстройства памяти проявляются в затруднениях или даже невозможности произвольного воспроизведения происшедшего. Непроизвольное воспроизведение создает впечатление гипермнезии, когда воспоминания носят детализированный характер и окрашены в яркочувственные тона.

Лица, получившие ЧМТ в боевой обстановке или в условиях ЧС, заметно реже, чем получившие травму в мирное время, страдают ретроградной амнезией, лучше вспоминают события, предшествующие травме, и более полно рассказывают о ней. Вместе с тем затрудняется фиксация текущих событий, нередко отмечаются *экмнезии*, т.е. перенос событий прошлого в настоящее.

Нарушения памяти могут сочетаться с расстройствами ориентировки во времени, когда пострадавшие затрудняются в разделении прошлого и настоящего, не могут воспроизвести или неполно вспоминают даты прошлых и текущих событий, порой утрачивают чувство времени, которое может

«тянуться» очень медленно или слишком быстро «лететь». В отдельных случаях в острой фазе коммоции возможны психотические расстройства.

При тяжелых сотрясениях мозга чаще всего развивается достаточно сложная клиническая картина, когда имеет место тесное переплетение симптоматики коммоции и контузии. Признаками тяжелого сотрясения мозга являются выраженные и длительные нарушения сознания от сопора до комы, сочетающиеся с «нейровегетативным синдромом».

Симптоматика *сотрясения* головного мозга в ближайшие дни после ЧМТ подвергается достаточно быстрому обратному развитию. Напротив, симптомы *ушиба* сохраняют свою актуальность в течении первых 7–10 сут или начинают прогрессировать со второго-третьего дня. Обратная динамика клинических проявлений отмечается со 2-й недели.

Симптоматика ушиба и ее динамика определяются характером самой травмы и перифокальных явлений, зависящих от гемо- и ликвородинамики. При локализации очага в функционально значимых отделах мозга чаще всего развиваются стойкие признаки выпадения функций. Для перифокальных явлений более характерно позднее развитие и нарастание симптомов, а в стадии обратного развития – их сравнительно быстрый регресс. Появление фокальных эпилептических приступов в остром периоде, особенно джексоновского типа, свидетельствует о наличии локальной гематомы, тогда как в более позднем периоде они могут встречаться значительно чаще. Прогрессиентность (тенденция к развитию) симптоматики ЧМТ всегда вызывает подозрения на формирование внутричерепных гематом, запоздалая или ошибочная диагностика при которых достигает 60%.

Важное диагностическое и прогностическое значение имеет также и динамика восстановления сознания. При сотрясениях мозга вслед за восстановлением сознания, как правило, наступает сонливость, адинамия, тогда как при ушибах мозга чаще отмечаются явления психомоторного возбуждения, эйфории.

Собственно психические нарушения могут развиваться как в остром, так и в отдаленном периоде ЧМТ. В остром периоде наиболее типичными и частыми психическими нарушениями являются расстройства сознания.

Оглушение характеризуется значительным повышением порога восприятия внешних раздражителей. Пострадавшие в этом состоянии часто отвечают невпопад, после долгой паузы или не отвечают совсем. Реакция на болевые раздражения снижена или отсутствует. Эмоционально они вялы, безучастны к происходящему и двигательно заторможены.

Сопор – более глубокое нарушение сознания с потерей ориентировки в окружающей обстановке и собственной личности. Такие пострадавшие лежат с закрытыми глазами, производя впечатление спящих; под влиянием уколов, щипков способны ответить элементарными двигательными реакциями или мимическими движениями. На короткий период возможен выход из этого состояния с вялой реакцией на окружающее, но без его осмысления. Зрачковые, глотательные и корнеальные рефлексy при сопорозном состоянии остаются сохранными.

Коматозное состояние – еще более глубокая степень нарушения сознания с утратой всех видов ориентировки, с отсутствием каких-либо реакций на внешние раздражители, сочетающаяся с соматовегетативными нарушениями. Оно характеризуется полной обездвиженностью, ареактивностью, общей мышечной гипотонией, редким дыханием, едва уловимым пульсом, отсутствием чувствительности зрачковых и сухожильных рефлексов. Обратное развитие при коматозном состоянии, как и при сопорозном, начинается с постепенного восстановления безусловно рефлекторной деятельности, а затем и двигательной активности. Выход из комы сопровождается непродолжительным состоянием спутанности, восстановлением сознания, ориентировки в окружающем, при этом проявления ограниченной ретро- и антероградной амнезии могут сохраняться.

В остром периоде травмы, особенно при действии дополнительных астенизирующих факторов, возможно развитие *делирия*, при котором сознание собственной личности сохраняется. Это состояние возникает остро с ложной ориентировкой в месте и времени, с наплывом сценopodobных, чувственно окрашенных зрительных, слуховых и тактильных галлюцинаций в сопровождении страха и психомоторного возбуждения. Под влиянием галлюцинаций, переживаний страха пострадавшие нередко совершают агрессивные поступки.

Особой разновидностью помрачения сознания, которое возникает в острый период травмы, является *сумеречное состояние* сознания. Оно развивается внезапно и так же заканчивается. К числу основных его проявлений относится нарушение ориентировки с отрывочным восприятием окружающего в сочетании с расстройствами настроения, преимущественно в виде аффекта страха, тоски, гнева. Привычные автоматические действия могут оставаться сохранными. Однако поведение резко нарушается, если на фоне суженного сознания возникают переживания страха, тревоги, ужаса, особенно с появлением галлюцинаций устрашающего содержания. В этом состоянии пострадавшие становятся возбужденными, агрессивными и опасными для окружающих.

После нормализации сознания последствия травмы могут оформляться в виде различных симптомокомплексов, преимущественно непсихотического характера. В одних случаях после травмы развивается состояние *«раздражительной слабости»*, проявляющееся повышенной раздражительностью, неадекватными причинам бурными реакциями недовольства. После реакции наступает слабость, вялость, безразличие. Пострадавшие становятся обидчивыми, эмоционально несдержанными, нетерпеливыми, злобными, гневливыми. Эмоциональные расстройства проявляются чаще всего в виде приступов. Такие неврастеноподобные состояния, как правило, сопровождаются выраженными вегетативными

нарушениями в виде тахикардий, гипергидроза, усиленного или инвертированного симптома Ашнера, значительными колебаниями АД. Наряду с этим выявляются головные боли, кардиалгии, потливость, похолодание в дистальных отделах конечностей. Практически во всех случаях наблюдаются расстройства сна.

В других случаях нарушения носят менее выраженный характер. Они отличаются полиморфизмом, транзиторностью, клинической неопределенностью своих проявлений, относительной сохранностью поведения. В отдельные периоды может иметь место ситуационно обусловленное усиление эмоциональной и вегетативной симптоматики.

Все вышеуказанные проявления способны в благоприятных условиях и при оказании адекватной помощи претерпевать обратное развитие, которое в различные сроки заканчивается выздоровлением. Однако при повторных ЧМТ, инфекционных или соматических заболеваниях, при действии дополнительных астенизирующих факторов такого рода состояния могут приобретать уже более стойкий характер или затяжное течение.

4. Психические нарушения при химических поражениях

Проблемы химического поражения, связанного с массовым отравлением населения в результате аварий на химическом производстве, нарушением транспортировки и хранения химических веществ, уничтожением запасов химического оружия, всегда относились к числу актуальных и практически значимых задач клинической психиатрии, включая психиатрию катастроф.

Если интоксикационные психозы давно находятся в поле зрения специалистов, то многие вопросы клиники непсихотических форм психических расстройств токсической природы нуждаются в дальнейшем уточнении.

Психические нарушения могут возникнуть при действии всех видов токсических веществ. В этом их действии на психику можно выделить как

неспецифические, общие, так и предпочтительные для определенных химических агентов симптомокомплексы. Особенностью такого рода психических нарушений является то, что один и тот же химический фактор в зависимости от дозы, скорости и продолжительности воздействия, индивидуальной чувствительности организма способен вызывать различную клиническую картину. С другой стороны, одна и та же клиническая картина может возникать при поражении различными токсическими продуктами.

Изучение динамики психических нарушений при отравлении токсическими веществами в условиях предельно допустимых концентраций выявило определенные закономерности в их развитии. Сравнительно рано возникают астенические расстройства, сопровождающиеся явлениями вегетососудистой дистонии. Вначале эти расстройства проявляются в рамках защитно-приспособительных реакций в ответ на действие токсического фактора. При отсутствии своевременной медицинской помощи и при более длительных его влияниях астенические и вазовегетативные расстройства приобретают более устойчивый характер. Они в целом мало чем отличаются от астенических состояний другого генеза. Такие состояния проявляются повышенной утомляемостью, эмоциональной лабильностью, «готовностью» к слезам, головными болями, головокружениями, гипергидрозом, колебаниями АД, нарушениями сна в виде сонливости или, напротив, бессонницей. Более выраженный характер при этом носят соматовегетативные нарушения. При относительной монотонности астенической симптоматики нередко возникают сомато- и вазовегетативные пароксизмы.

При сохраняющемся действии химических агентов и при дополнительном влиянии истощающих факторов клиническая картина заметно усложняется. Нарастает утомляемость, раздражительность, снижается настроение, углубляются сенситивные реакции, сужается круг интересов. Большую выраженность приобретают вазовегетативные

расстройства, которые нередко носят характер «вегетативной бури», сопровождаясь резкой слабостью, парестезиями, алгиями. Обычными становятся жалобы на тягостные, неприятные ощущения в виде жжения, покалываний, пульсации, на непереносимость резких звуков, запахов. Аффективные расстройства в основном проявляются дистимическими нарушениями, различной степени выраженности депрессивными состояниями с переживаниями тревоги, страха. На этом фоне возможно возникновение нарушений восприятия в виде элементарных гипнотических слуховых, зрительных, тактильных галлюцинаций, а также «параноидной настроенности» с идеями отношения. У некоторых лиц наблюдается нарастание психоастенических черт, неуверенности в себе, ипохондричности, тревожных опасений, обидчивости, повышенной впечатлительности, психической истощаемости, утомляемости и др.

Выделяют различные варианты астенических состояний:

- астеноневротические;
- собственно астенические;
- астенодепрессивные с тревогой, навязчивостями;
- астеноипохондрические;
- астенические с продуктивной психопатологической симптоматикой;
- астеноорганические.

По мнению исследователей, эти варианты, по существу, являются определенными этапами в развитии психической патологии при действии токсических факторов.

Таким образом, на начальных этапах формирования астенического симптомокомплекса, связанного с нарушениями нейрорегуляторных механизмов, обнаруживается значительное сходство с неврастеническими нарушениями. В последующие периоды со все большей отчетливостью выступают как психопатологические, так и неврологические проявления, отражающие нарастание органических изменений. Они характеризуются

повышенной истощаемостью, ухудшением памяти, обеднением интеллектуальной деятельности, медлительностью. Аффективные реакции становятся застойными и инертными, а сами аффективные расстройства проявляются в виде депрессивных и тревожных симптомокомплексов. Отчетливо обнаруживаются неврологические знаки, повышенная чувствительность к различного рода воздействиям, явления слабодушия, разнообразные соматовегетативные нарушения с общим тревожным фоном настроения и ипохондрическими включениями.

В оформлении клинической картины при химических поражениях имеет значение характер самого химического агента. Так, например, у пострадавших с *сероуглеродной* интоксикацией рано выявляется неврозоподобная симптоматика с вазовегетативными расстройствами. Часты «кризовые» состояния по типу диэнцефальных. В структуре астенического синдрома отмечается готовность к паранойяльным образованиям, выявляются расстройства в сфере восприятия.

При *ртутных* отравлениях заметное место занимают аффективные нарушения по типу эмоциональной несдержанности, взрывчатости, гневливости, проявляющихся по незначительному поводу. Наряду с этим постепенно формируются психоастенические черты характера.

В остром периоде психические нарушения определяются тяжестью химического поражения. При поражениях *легкой* степени клиническая картина определяется астеническими и неврозоподобными нарушениями; при *средней* – психические расстройства представлены, в основном, синдромами расстройства сознания – делириозным, аментивноподобным, состоянием «астенической спутанности», онейроидом или их сочетанием. При *тяжелом* отравлении, как правило, имеют место состояния сопора и комы, при которых влияние индивидуальных особенностей и характера самого яда практически полностью нивелируются.

В ближайшие периоды после восстановления сознания наиболее частыми являются астенические, невротические и психопатоподобные состояния. Депрессивные состояния в большинстве случаев проявляются либо в виде явлений заторможенности, вялости, апатии, либо в виде выраженного снижения настроения, сопровождающегося напряженностью, тревогой, страхом.

В отдаленных периодах (спустя 6 мес и более) на фоне невротических и психопатоподобных состояний возможно формирование психоорганического синдрома. Наиболее часто он возникает после химического поражения, проявляясь повышенной психической и физической истощаемостью, раздражительной слабостью, гиперестезиями, аффективной лабильностью, дисмнестическими, соматовегетативными нарушениями, расстройствами сна. Общий тон настроения снижен, утрачивается инициативность, интерес к окружающему.

5. Оказание медико-психологической помощи населению в чрезвычайных ситуациях

Основной целью психиатрической помощи является защита и сохранение психического, соматического и «профессионального» здоровья пострадавших и пораженных, проведение лечебно-профилактических и эвакуационных мероприятий, принятие мер по предупреждению развития и распространения ближайших и отдаленных психических, психосоматических и медико-психологических последствий ЧС.

Данный вид помощи регламентируется Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (ФЗ № 33585-01, раздел 2, статья 16 от 02.06.1992) и оказывается в соответствии с «Положением об организации и содержании психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях», утвержденным Минздравом России от

02 февраля 1996 г. и Приказом Минздравсоцразвития России № 325 от 24 апреля 2002 г.

Адекватность организации психиатрической помощи и успешность ее оказания определяются правильным пониманием психобиологической сущности и всей сложности патогенетических механизмов, возникающих в условиях ЧС психических расстройств. Такие расстройства являются результатом системных взаимодействий различных по своей природе факторов (*физических, биологических, психологических, социальных*). Ни один из воздействующих факторов ЧС сам по себе не может служить объяснением всего многообразия выявляемых нарушений. В то же время, каждый из них на определенном этапе может приобретать ведущее значение и определять тем самым структуру и динамические особенности развивающихся расстройств.

Основным элементом в организации психиатрической помощи являются психиатрические и психолого-психиатрические бригады быстрого реагирования в составе полевых лечебных учреждений (госпиталей), сформированных на базе ВЦМК «Защита», психиатрических клиник и больниц федерального, регионального и территориального уровня. Создание бригад позволяет разворачивать силы и средства в очаге или вблизи очага поражения, оперативно решать вопросы их усиления, ориентироваться в структуре возникающих психических нарушений и в наиболее ранние сроки оказывать квалифицированную и специализированную помощь. Деятельность бригад обеспечивает не только непрерывность и преемственность лечебно-профилактических мероприятий, но и предупреждает дальнейшее развитие медико-психологических последствий ЧС.

В соответствии с современными этико-деонтологическими и правовыми нормами оказание психиатрической помощи в ЧС должно отвечать основным требованиям безопасности. Это относится, прежде всего, к

обоснованному применению наиболее щадящих, адекватных методов и средств и к соблюдению гражданских прав пострадавших, предполагающих максимальную добровольность такой помощи, но лишь в той мере, которая возможна и оправдана в конкретных условиях.

Эффективность психиатрической помощи в основном определяется квалификацией специалистов, качеством сортировки, своевременной эвакуацией и адекватностью оказываемой помощи.

Основными задачами психиатрической помощи являются:

- выбор эффективных и адекватных состоянию методов и средств с учетом особенностей психических расстройств, возникающих в очаге поражения, на этапах медицинской эвакуации, в ближайшие и отдаленные периоды после ЧС;
- прогнозирование психиатрических, психосоматических и медико-психологических последствий ЧС и принятие необходимых организационных решений и комплексных мер по снижению и предупреждению их негативного влияния на состояние психического и соматического здоровья в различных возрастных и социально-профессиональных группах населения;
- проведение своевременных и адекватных лечебно-профилактических, эвакуационных и реабилитационных мероприятий, направленных на коррекцию и стабилизацию психического состояния пострадавших и эвакуацию всех нуждающихся по назначению;
- принятие системных мер медицинского, правового и социально-психологического характера по защите лиц с психическими нарушениями, возникшими в ближайшие и отдаленные периоды после ЧС;
- подготовка (переподготовка) организаторов здравоохранения, специалистов медицины катастроф и членов аварийно-спасательных формирований в области организации и содержания психиатрической

помощи, предупреждения развития и ликвидации психолого-психиатрических последствий ЧС.

Решение этих задач является важным условием сохранения психического и соматического здоровья пострадавших и пораженных, восстановления их работоспособности и поддержания профессионального долголетия членов аварийно-спасательных формирований, участвующих в ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

6. Психолого-психиатрическая разведка

Для успешного решения организационных задач психиатрической помощи большое значение имеет *психолого-психиатрическая* разведка, являющаяся одним из видов медико-санитарной разведки, как важного элемента сохранения здоровья населения. Она проводится с целью объективной оценки сложившейся в очаге поражения и возле него медико-санитарной ситуации и прогноза возможных психиатрических медико-психологических и медико-социальных последствий ЧС.

Психолого-психиатрическая разведка включает:

- сбор информации о состоянии психического и соматического здоровья пострадавшего при ЧС населения, анализ и объективную оценку сложившейся в очаге поражения психологической и психиатрической ситуации;
- определение объема работы по оказанию помощи пострадавшим и пораженным с расчетом необходимых для этого сил и средств;
- оценку состояния существующих психиатрических учреждений, наличие персонала и необходимого для оказания помощи имущества;
- установление маршрутов и путей эвакуации в ближайшие от очага поражения психиатрические учреждения для оказания пораженным и пострадавшим специализированной помощи.

7. Организация психолого-психиатрической помощи

При организации психолого-психиатрической помощи решаются задачи нескольких уровней оказания помощи пострадавшим и членам аварийно-спасательных формирований:

- первичной экстренной;
- первичной доврачебной;
- первичной неотложной врачебной;
- врачебной с элементами специализированной медико-санитарной;
- исчерпывающей специализированной помощи.

Первичная (экстренная) медико-санитарная помощь, являющаяся основой системы медицинской помощи, включает, прежде всего, «сортировку» и далее, мероприятия, направленные на организацию экстренной доврачебной, первичной неотложной врачебной, первичной врачебной с элементами специализированной и исчерпывающей специализированной психолого-психиатрической помощи пострадавшими и членам АСФ.

Первичная доврачебная психолого-психиатрическая помощь оказывается психологами и медицинскими работниками. Она включает:

- выявление, изоляцию и выведение с помощью спасателей и сотрудников правоохранительных органов из угрожающей жизни зоны лиц с выраженным психомоторным возбуждением, острыми психотическими реакциями с неадекватными формами поведения, угрожающими жизни самих пострадавших и окружающих их лиц;
- выявление и изоляцию «отрицательных лидеров» для предупреждения развития панических реакций и распространения среди населения проявлений отклоняющегося поведения (преступное, аморальное поведение, в том числе агрессивное).

Первичная неотложная врачебная помощь оказывается находящимися в зоне поражения, врачами бригад скорой помощи и врачами других специальностей. Она включает:

- купирование острых психотических проявлений;
- проведение медицинской сортировки, основным критерием которой служит наличие или отсутствие у пострадавших психотических форм психических расстройств, подготовку их к эвакуации;
- принятие мер по успокоению лиц с непсихотическими формами психических расстройств и по организации медико-психологической поддержки пострадавших для снижения общего возбуждения среди населения.

Первичная врачебная с элементами специализированной психолого-психиатрической помощи оказывается сразу после ЧС в очаге поражения или возле него в ближайший период после происшедшего события силами психиатрических и психолого-психиатрических бригад. Данный вид помощи включает:

- объективную оценку состояния психического здоровья пострадавшего в ЧС населения;
- диагностику выявляющихся психических нарушений и лечение реактивных психозов;
- возобновление прерванного лечения пострадавших с хроническими психическими и неврологическими заболеваниями, нуждающихся в систематическом лечении для предупреждения обострения болезненных проявлений, существенно осложняющих положение как самих больных, так и их ближайшего окружения;
- оказание адекватной психиатрической помощи и психолого-психиатрической поддержки пострадавшим с непатологическими формами психических расстройств;

- проведение психиатрами, врачами скорой помощи, медицинскими психологами, работавшими в психиатрических клиниках, сортировки пострадавших психического профиля с распределением на тех, кто нуждается в неотложной помощи и тех, кто может быть по состоянию направлен в ближайшие к зоне поражения психиатрические учреждения для временной их госпитализации.

Исчерпывающая специализированная психолого-психиатрическая помощь предусматривает принятие исчерпывающих мер по диагностике, лечению, медицинской, психологической и социально-профессиональной реабилитации пострадавших и пораженных и по снижению риска рецидива психических нарушений. Такую помощь оказывают в медицинских организациях системы психиатрической помощи населению.

8. Психиатрическая помощь на этапах медицинской эвакуации

На этапах медицинской эвакуации психиатрическая помощь предусматривает:

- купирование психических расстройств, представляющих угрозу для жизни пораженных и окружающих их лиц;
- определение очередности эвакуации и объема психиатрической помощи в зависимости от тяжести психического состояния пострадавших;
- подготовка нуждающихся в неотложной психиатрической помощи к эвакуации с принятием мер по предупреждению возможных осложнений, связанных с изменением психического состояния, и по обеспечению транспортировки пострадавших без ухудшения их актуального психического и соматического состояния;
- при невозможности своевременной эвакуации принятие мер по организации развертывания психоизолятора для временного размещения пораженных на базе полевых лечебных учреждений, местных психиатрических диспансеров, больниц и психосоматических отделений и

оказание им психиатрической помощи в необходимом объеме силами работающих в них психиатров.

9. Порядок оказания психолого-психиатрической помощи

В первую очередь помощь оказывают лицам, находящимся в остром психотическом состоянии и представляющих опасность для себя и окружающих лиц. В эту группу входят пораженные с нарушениями сознания, грубой дезорганизацией мышления, не позволяющей установить с ними вербальный контакт, с выраженным психомоторным возбуждением и ступором.

Во вторую очередь помощь оказывают тем, кому она может быть отставлена во времени и тем, кто по своему психическому состоянию доступен для эвакуации.

В последнюю очередь психиатрическая помощь оказывают тем, кто нуждается в психолого-психиатрической поддержке, т.е. лицам с психологически понятными реакциями и с легкими формами психических расстройств.

Для службы медицины катастроф большое значение имеет принятие мер по предупреждению дальнейшего развития непосредственных, ближайших и отдаленных психолого-психиатрических последствий ЧС, которые выходят за рамки чисто клинических проблем психиатрии. Это обусловлено прежде всего их распространенностью и практической значимостью.

К числу непосредственных и ближайших последствий относятся функциональные когнитивные расстройства, выявляющихся уже в первые дни после ЧС не только у пострадавших, но и у членов АСФ. Они проявляются снижением «качества» познавательных функций (восприятия, внимания, памяти, интеллектуальной продуктивности и др.) в сочетании с негрубыми нарушениями эмоциональной устойчивости, снижением поведенческого контроля и выносливости к нагрузкам. При нормализации

ситуации и при оказании своевременной помощи эти сравнительно легкие формы ситуационного «психолого-психиатрического реагирования», претерпевают быстрое и без каких-либо последствий обратное развитие. При неблагоприятных условиях они приобретают устойчивость и сохраняются в виде общего снижения поведенческой адаптации, колебаний настроения, элементов дезориентировки в ситуации, признаков ухудшения аналитических функций и профессиональной несостоятельности. При выполнении профессиональных, административных функций эти расстройства нередко становятся причиной провоцирования или усугубления ЧС антропогенного характера, обусловленных так называемым «человеческим фактором».

К непосредственным, возникающим в «остром» периоде ЧС, особенно при терактах, последствиям относится ситуационно обусловленный «синдром заложника», проявления которого могут сохраняться в течение достаточно длительного времени. Он развивается под влиянием страха в основном у «незрелых», внушаемых личностей, а также у лиц «ослабленных» действием астенизирующих факторов или ранее перенесенными заболеваниями. Его психопатологический спектр включает в себя психовегетативные и депрессивные расстройства тревожного и тревожно-тоскливого типа. В психологическом плане состояние пострадавших характеризуется алогизмом суждений, некритическим отношением к окружающему, стремлением игнорировать реальные факты и очевидные противоречия, упорством в отстаивании своих убеждений и полной их зависимостью от ситуации.

Для предупреждения этих последствий первоочередными мерами являются:

- активное выявление лиц с психическими нарушениями;
- динамическое наблюдение за «актуальным» психолого-психиатрическим состоянием пострадавших и качеством профессиональной деятельности спасателей;

- контроль за длительностью пребывания специалистов в зоне поражения и принятием мер по временному их отстранению от активной деятельности.

Ближайшие последствия, отражающие эмоциональное отношение и личностную значимость для пострадавших происшедших событий, развиваются спустя 1–2 мес после ЧС. Как сравнительно устойчивые психолого-психиатрические явления они отличаются своей синдромальной незавершенностью, отчетливой зависимостью от внешних влияний, значительной представленностью астенических и соматических расстройств.

При дополнительных вредных воздействиях происходит их структурное усложнение с формированием устойчивых состояний (симптомокомплексов), сходных с собственно клиническими синдромами (астеническим, психовегетативным, неврозоподобным, психопатоподобным, депрессивным, психоорганическим).

Такие состояния описываются как «аномальные реакции», «варианты субклинического реагирования», «непатологические невротические проявления», ситуационно обусловленные «преневротические», «препсихотические», «дезадаптационные» состояния.

Отдаленные психолого-психиатрические последствия ЧС по своим масштабам существенно превосходят собственно медицинские, связанные с гибелью людей, полученными травмами, ожогами, отравлениями. С ними связывается эффект *«расплывания катастроф»* за счет психосоциальных последствий и «вторичных жертв».

В *психиатрическом* плане они проявляются значительным ростом (более чем в 2 раза) числа депрессивных состояний, расстройств невротического уровня, увеличением смертности, потребления алкоголя и психотропных средств. В общемедицинской практике после ЧС существенно возрастает, особенно в первичном ее звене, число пациентов с различными стрессобусловленными психосоматическими нарушениями (сердечно-

сосудистыми, гастроэнтерологическими, психовегетативными, стойкими нарушениями сна, мигренеподобными расстройствами и др.). Больше половины пострадавших (58,2%) становятся «носителями симптомов».

В *психологическом* плане в отдаленные периоды после ЧС при отсутствии необходимой социальной поддержки и своевременной психолого-психиатрической помощи у пострадавших на индивидуальном уровне возникают определенные изменения личности. Они становятся внушаемыми, мнительными, восприимчивыми к простой и конкретной информации, склонными к примитивной трактовке всего происходящего. У них падает интерес к отдаленным целям, меняется смысл жизни, изменяются ценностные ориентации, теряется способность объективно оценивать и решать противоречия, возникающие в новых после ЧС условиях жизни. Такие психологические последствия определяются как *«деморализации личности»*. На этом фоне возникают и распространяются слухи, мистические представления, аномальные формы поведения, неадекватного индивидуального и коллективного реагирования, что ведет к невротизации населения и росту «новых синдромов («катастроф», «ожидания», «выживших», «обманутых надежд» и др.).

Отдаленные социально-психологические последствия ЧС проявляются в виде:

- «рентного синдрома» или синдрома «социального иждивенчества», в основе которого лежит стремление пострадавших извлечь личные выгоды из происшедших событий (право на вознаграждение, материальную помощь, льготы и др.). Борьба за них становится для пострадавших смыслом жизни, а болезненные проявления делаются желательными. Это приводит к формированию в сознании таких лиц образа «тяжело больного», к «уходу в болезнь», ведущих к углублению реально существующей симптоматики и к стойкой фиксации болезненных нарушений;

- различных форм отклоняющегося (девиантного) поведения, в том числе агрессивного и уголовно наказуемого (делинквентного) характера. С одной стороны, они проявляются в качестве действий отдельной, обладающей определенными особенностями личности, с другой – как следствие «перестройки» общественных отношений, порождающих в «субъективном мире» личности различные значимые для нее и нерешаемые противоречия;

- постситуационного «индигенного конфликта» как формы массового реагирования, отражающего, наряду с другими факторами, специфику и особенности местных условий.

Как показывает практика, число непосредственных жертв и психолого-психиатрических последствий ЧС во многом зависят от характера и масштабности происшедших событий.

Особенностью *стихийных бедствий* (землетрясений, наводнений, ураганов) является то, что они сравнительно ограничены во времени, в равной степени затрагивают все население региона и воспринимаются пострадавшими как «неизбежное», неподотчетное человеку значимое событие, которое прямо затрагивает их ближайшую личностную и социальную перспективу. В зависимости от происшедших ситуационно обусловленных изменений на микро- и макросоциальном уровнях последствия такого рода событий могут носить не только региональный, но и федеральный характер.

Особенностью *антропогенных, техногенных* катастроф (локальные вооруженные конфликты, радиационные, химические) является то, что они оказывают более продолжительное и комплексное влияние на различные социально-профессиональные группы населения и воспринимаются ими как события, обусловленные главным образом «человеческим фактором». Длительные переживания, связанные с интеллектуальной переработкой таких личностно значимых событий и ситуаций, их социально-

психологических и социально-экономических аспектов приводят к более распространенным, чем при стихийных бедствиях, психолого-психиатрическим последствиям и к «расплыванию катастроф» за счет «вторичных» жертв (родных и близких пострадавших).

Для руководителей здравоохранения, членов АСФ и пострадавшего населения значение психолого-психиатрических последствий во многом остается недостаточно понятным. В связи с этим до настоящего времени сохраняются представления о психиатрической помощи при ЧС как об исключительно медицинской проблеме, что, как показывает опыт психиатрии катастроф, не соответствует реальной действительности.

При организации данного вида специализированной помощи следует учитывать, что в условиях ЧС у исходно психически и соматически здоровых лиц выявляется широкий спектр психических расстройств – от психологически понятных реакций и проявлений доклинического уровня допсихических состояний, сопоставимых с клинически очерченными синдромами. Важно учитывать, что в результате ЧС у значительного числа лиц возникают преходящие «функциональные» расстройства, снижающие качество психического здоровья и профессиональной деятельности. Они часто остаются вне поля зрения специалистов и в неблагоприятных условиях, при отсутствии своевременной и адекватной психолого-психиатрической помощи такие расстройства способны претерпевать дальнейшее развитие с формированием, особенно в отдаленные периоды ЧС, устойчивых собственно психических нарушений.

Одной из задач организации психиатрической помощи является подготовка различных специалистов, принимающих участие в ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, в плане ознакомления их с особенностями организации помощи в разные периоды после ЧС, с вопросами взаимодействия различных специалистов, с психологическими и социальными аспектами и особенностями клиники выявляемых нарушений.

10. Экстренная психологическая помощь в зоне чрезвычайной ситуации

Данный вид помощи представляет собой систему мероприятий (комплекс мер), направленных на оптимизацию актуального психического состояния пострадавших, близких и родственников погибших и пострадавших при ЧС, на снижение рисков возникновения массовых негативных реакций и профилактику ситуационно обусловленных неблагоприятных, психических последствий.

Профилактические мероприятия, проводимые в процессе ликвидации последствий ЧС, включают как отдельные специальные методы психологического воздействия, так и организацию особой среды, окружающей пострадавших, близких и родственников погибших и пострадавших в результате ЧС.

Экстренная психологическая помощь пострадавшему при ЧС населению является неотъемлемой составной частью мероприятий по ликвидации последствий ЧС и осуществляется силами и средствами психологической службы МЧС России.

Основными критериями привлечения специалистов психологической службы для оказания экстренной психологической помощи пострадавшему населению в зоне ЧС и при пожарах является наличие психотравмирующего события, связанного с гибелью, ранениями или угрозой жизни и/или здоровью людей.

Профессиональная деятельность психологов в зоне чрезвычайной ситуации включает в себя оказание экстренной психологической помощи пострадавшим и проведение мероприятий по поддержанию работоспособности специалистов, участвующих в ликвидации последствий ЧС.

Основными задачами экстренной психологической помощи в зоне ЧС являются:

- нормализация актуального психического состояния пострадавших, а также родственников и близких погибших и пострадавших в условиях ЧС;
- снижение рисков возникновения массовых негативных реакций;
- поддержание работоспособности специалистов, участвующих в ликвидации последствий ЧС;
- организация особой среды, окружающей пострадавших, родственников и близких погибших в ЧС в ходе ликвидации непосредственных последствий ЧС;
- создание психологической обстановки, обеспечивающей оптимальные условия для проведения аварийно-спасательных и других неотложных работ;
- минимизация непосредственных негативных психолого-психиатрических последствий в зоне ЧС.

11. Заключение

В деятельности специалистов экстренной психологической помощи по минимизации и ликвидации последствий ЧС выделяют 2 направления:

1. Практическое:

- борьба с паникой и принятие неотложных мер по «управлению хаосом»;
- выявление в толпе «отрицательных лидеров» или группы «лидеров», своим поведением и примером увлекающих за собой толпу и способствующих усилению паники;
- работа с пострадавшими в состоянии горя и острой стрессовой реакции;
- урегулирование межличностных и межгрупповых конфликтов;
- предупреждение суицидального поведения;
- снижение интенсивности общей психологической напряженности и поведенческого возбуждения отдельных лиц или групп населения.

2. Организационное:

- участие в организации выведения пострадавших в максимально короткие сроки из зоны, представляющей реальную опасность для их жизни и здоровья;
- организация взаимодействия с представителями служб, ведомств и организаций, принимающих участие в ликвидации последствий ЧС;
- проведение мероприятий по снижению общей эмоциональной напряженности населения с использованием средств массовой информации;
- участие в мероприятиях, направленных на изоляцию пострадавших с признаками психических нарушений, создание необходимых условий для их жизнедеятельности.

Схема оказания психиатрической помощи пострадавшим в острый период ЧС

Характер психического расстройства	Методика купирования	
Двигательное возбуждение	Фиксация к носилкам с использованием подручных средств	
Неадекватное поведение с дезорганизацией спасательных мероприятий	Хлорпромазин 2,5%-ный р-р – 2–3 мл в/м с кордиамином 7–10 кап. Левомепромазин 2,5%-ный р-р – 2 мл в/м с кордиамином 7–10 кап.	
Изменения психического состояния с агрессивными, аутоагрессвными проявлениями, колебания уровня сознания, с явлениями спутанности	Перициазин 4%-ный р-р – 5–10 кап. Тиаприд 5%-ный р-р – 2–4 мл в/м с кордиамином 7–10 кап.	
Острая реакция страха	Феназепам 0,1%-ный р-р – 2–4 мл в/м При гипотонии: сульпирид 5%-ный р-р – 2–4 мл в/м	
Витализированная депрессия с суицидальным риском	Кломипрамин – 25–50 мг в/м с кордиамином 7–10 кап. При гипотонии: сульпирид 5%-ный р-р – 2–4 мл в/м	
Неотложная помощь с элементами специализированной		
Характер психического расстройства	Методика купирования	
	при начальных проявлениях	при выраженных проявлениях
Истерические расстройства	Феназепам – 1 мг 2 р/д Этифоксин – 50 мг 2–3 р/д	Перициазин 4%-ный р-р – 5–10 кап. 3 р/д или Хлорпромазин 2,5%-ный р-р – 2 мл
Судорожные и бессудорожные пароксизмы, серии судорожных приступов	Диазепам 0,5%-ный р-р – 2–4 мл в/в или в/м Магния сульфат 25%-ный р-р – 10 мл в/м Фенобарбитал – 50 мг 3 р/д	Диазепам 0,5%-ный р-р – 2–4 мл – в/в или в/м Дифенин – 100 мг 3 р/д (до 900 мг) Финлепсин – 200 мг – 2–3 р/д (до 600–1200 мг) Пантогам – 500 мг 3 р/д
Выраженное психомоторное возбуждение, измененное состояние сознания	Хлорпромазин 2,5%-ный р-р – 2–3 мл в/м с кордиамином 7–10 кап. Левомепромазин 2,5%-ный р-р – 2 мл в/м с кордиамином 7–10 кап. Феназепам 0,1% р-р 2–4 мл в/м При сурдомутизме: Хлористый кальций 10%-ный р-р – 5–10 мл в/в	
Острое галлюцинаторно-бредовое состояние	Левомепромазин 2,5%-ный р-р – 2 мл в/м х 2 р/с с кордиамином 7–10 кап. или Тиаприд 5%-ный р-р – 2–4 мл в/м с кордиамином 7–10 кап.	
Депрессия с двигательной и идеаторной заторможенностью	Имипрамин 1,25%-ный р-р – 2 мл в/м или Сертралин – 50–100 мг (суточная доза) или Пирлиндол – 150–300 мг/сут	

Депрессия с тревогой	Флувоксамин – 50 – 100 мг/сут или Миансерин – 30–60 мг/сути Амитриптилин – 12,5–50 мг 3 р/д	
Депрессия с выраженной соматизацией, ипохондрическими и фобическими проявлениями	Флувоксамин – 25–50 мг/сут Миансерин – 30–60 мг/сут или Мапротилин – 100–200 мг (суточная доза)	
Терапевтические мероприятия при ЧМТ в условиях ЧС		
Характер психического расстройства	Методика купирования	
	при легкой форме травмы	при тяжелой форме травмы
Острый период ЧМТ	Фенибут – 250 мг 3 р/д	По возможности обеспечение покоя, наблюдение за изменением состояния 5%-ный р-р глюкозы, с витаминами группы В – 250–500 мг в/в кап.
Посттравматическая церебрастения	Фенибут – 250 мг 3 р/д Сальбутиамин – 200 мг 2 р/д	Пирацетам 20%-ный р-р – 5 мл 2 р/д в/м в течение 7–10 дней
Астеническая симптоматика в сочетании с аффективными, пароксизмальными расстройствами, вегетативными нарушениями	Афобазол – 10 мг 3 р/д, Фенибут – 250 мг 3 р/д Пантогам – 500 мг вечер или Фенотропил – 25–50 мг 2 р/д в дневное время (до 7 дней) + Зопиклон – 7,5 мг на ночь	Пантогам – 250–500 мг х 2 р/с Фенибут – 750 мг/с Тофизопам – 50 мг р-в – в дневное время Зопиклон – 7,5 мг на ночь При стойкой бессоннице: зопиклон – 7,5 мг на ночь Феназепам – 1,0–1,5 мг При доминировании тревоги: Миансерин – 30–60 мг*

* –суточная доза

Литература

1. Александровский Ю.А., Лобасмтов О.С., Спивак Л.И., Щукин Б.П. Психогении в экстремальных условиях. – М.: Медицина, 1991. – С. 93.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства //Руководство для врачей. М., 2000. – С. 400.
3. Александровский Ю.А. Психогенные расстройства, наблюдаемые во время и после экстремальных ситуаций, М., 2001. С 28.
4. Банщиков В.М., Невзорова Т.А. Психиатрия. – М.: Медицина, 1969. – С.341.
5. Брусиловским Л.Я., Бруханский Н.П., Сегалов Т.Я. Землетрясение в Крыму и невропсихический травматизм. – М., 1928. – С. 107.
6. Гиляровский В.А. К вопросу о посттравматических реактивных гипохондрических синдромах //Журн. невропатол. и психиатр., 1943. – Т. 12. – Вып. 1. – С. 76–77.
7. Гиляровский В.А. Старые и новые проблемы психиатрии. – М., Медгиз, 1946. – С. 194.
8. Гиляровский В.А. Психиатрия М.: Медгиз, 1954. С.
9. Гуревич М.О., Серейский М.Я. Учебник психиатрии. – М.-Л.: Госиздат, 1928. – С. 400.
10. Давиденков С.Н. Неврозы //Энциклопедический словарь военной медицины. – М.: Медгиз, 1948. – Т. 3. – С. 12–78– 1286.
11. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия. М.: «Медицина», 1995. – С. 606.
12. Кекелидзе З.И. Принципы оказания психолого-психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях //Психиатрия и психофармакология, 2001, № 4. –С. 123 – 129.
13. Коханов В.П., Краснов В. Н. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций. – М. 2008. – С. 432.
14. Краснов В.Н. Острые стрессовые расстройства как проблема психиатрии катастроф: клинические и организационные аспекты //Социальная и клиническая психиатрия, 2005. № 2. – С.5–10.
15. Краснушкин Е.К. Психогении военного времени //Нервные и психические заболевания военного времени: Сб. науч. работ под ред. А.С. Шмарьяна. – М., 1948. – С. 245–252.

16. Нечипоренко В.В., Шамрей В.К. Некоторые дискуссионные вопросы психиатрии катастроф //Медицина катастроф, 1997. – № 1(17). – С. 109–118.
17. Осипов В.П. Основы распознавания психозов и психотических состояний в практике военного врача //Вопросы психиатрической практики военного времени. Л.: Медицинская литература, 1941 – С. 3–37.
18. Осипов В.П. Вопросы психиатрического распознавания и определения годности к военной службе. – Л., 1944
19. Панюшкина Н.П., Соколовский Л.М., Пудовиков А.С. Опыт работы психиатрической бригады при землетрясении в пос. Нефтегорск //Ж. Медицина катастроф, 1996, № 1 (13). – С. 58–60.
20. Попов Е.А. Неврастения. Астенические состояния и неврозы истощения //В кн.: Опыт советской медицины в Великой отечественной войны 1941–1945 г.г. – М.: Медгиз, 1949. – Т. 26. – С. 43–50.
21. Попов Е.А. О некоторых неясных и спорных сторонах в проблеме неврозов //Журн. невропат. и психиатр., 1954. – № 5. – С. 380–388.
22. Портнов А.А., Федотов Д.Д. Учебник психиатрии. – М.: Медицина, 1971. – С. 467.
23. Психиатрия чрезвычайных ситуаций. Руководство. В 2 т. //Под ред. Т.Б.Дмитриевой. М. 2004. Т.1 –С.361. Т– 2. –С. 415.
24. Сухарева Г.Е. Психогенные реакции военного времени //Журн. невропат. и психиат., 1943. –Т. 12. – В. 2. – С. 3–10.
25. Сухарева Г.Е. Роль вредностей военного времени в клинике психических заболеваний //Проблемы психиатрии военного времени. 4-й сборник науч. раб. психиатрической б-цы им. Кащенко к 50-лет. Юбил. – М., 1945. С. 255–271.
26. Шамрей В.К. Медико-психологические и психиатрические проблемы психиатрии катастроф//Актуальные проблемы психиатрии войн и катастроф. СПб, 2007. С. 38–53.