

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ  
КАЗАХСТАН**

**МИНИСТЕРСТВО ПО ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМ СИТУАЦИЯМ  
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР  
ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И НАРКОЛОГИИ**

**ЦЕНТР МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ**

**Алтынбеков С.А., Исаков Е.С.,  
Негай Н.А., Джолдыгулов Г.А., Аширбеков Б.М., Исакова Б.М.,  
Нурмигамбетова Г.Б., Оспанкулова Д.Е.**

**Экстренная психологическая помощь при чрезвычайных  
ситуациях**

**Методические рекомендации**

**Алматы  
2010**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ  
КАЗАХСТАН

МИНИСТЕРСТВО ПО ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМ СИТУАЦИЯМ  
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР  
ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И НАРКОЛОГИИ

ЦЕНТР МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

Алтынбеков С.А., Исаков Е.С.,  
Негай Н.А., Джолдыгулов Г.А., Аширбеков Б.М., Исакова Б.М.,  
Нурмагамбетова Г.Б., Оспанкулова Д.Е.

Экстренная психологическая помощь при чрезвычайных  
ситуациях

Методические рекомендации

Алматы  
2010

Методические рекомендации разработаны сотрудниками Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии МЗ РК и Центра медицины катастроф МЧС РК

**Рецензенты:**

1. Шахметов Б.А. – доктор медицинских наук, заведующий учебной частью кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии Казахского Национального Медицинского Университета им. С.Д. Асфендиярова.
2. Толстикова А.Ю. – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий отделом клинической психиатрии Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии МЗ РК.

Методические рекомендации рассмотрены и утверждены на заседании Ученого Совета Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии. Протокол № 2 от 2010 г. *В.З. Исмаилов*

**Аннотация**

В методических рекомендациях изложены подходы по оказанию экстренной психологической помощи при чрезвычайных ситуациях. Методические рекомендации предназначены для психологов, врачей-психиатров, специалистов психологической службы медицины катастроф.

**СОДЕРЖАНИЕ**

ВВЕДЕНИЕ .....	4
ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ .....	4
1. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ НА МЕСТЕ ЧС .....	4
1.1 Этапы оказания экстренной психологической помощи при ЧС .....	5
1.2 Общие принципы работы психолога при ЧС .....	7
2. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ .....	8
2.1 Общие закономерности психического реагирования при чрезвычайных ситуациях .....	8
2.2 Типология и динамика психических нарушений при чрезвычайных ситуациях .....	10
3. ОКАЗАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЧС .....	18
3.1 Общие направления экстренной психологической помощи .....	18
3.2 Техники экстренной психологической помощи .....	20
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	23
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ .....	24
ПРИЛОЖЕНИЕ А. Информация об исследовании оценки эффективности коррекции тревожных состояний методом электронного сенсорного воздействия на головной мозг с применением аппарата «Galaxy» .....	25
ПРИЛОЖЕНИЕ Б. ШКАЛЫ ОЦЕНКИ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ .....	27

## ВВЕДЕНИЕ

В последние десятилетия во всем мире наблюдается рост чрезвычайных ситуаций (далее ЧС) самого различного происхождения. Рост числа экстремальных ситуаций (техногенных и природных катастроф, межнациональных конфликтов, террористических актов) диктует необходимость подготовки специалистов, способных оказывать экстренную психологическую помощь жертвам подобных ситуаций. Задачи по оказанию экстренной психологической помощи населению при чрезвычайных ситуациях в настоящее время все еще остаются достаточно новыми для психологов. Это определяет актуальность новых исследований и разработок методических пособий в данной области.

## ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

### 1. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ НА МЕСТЕ ЧС

**Экстренная психологическая помощь** — это система краткосрочных мероприятий, направленная на оказание помощи одному человеку, группе людей или большому числу пострадавших после кризисного или чрезвычайного события в целях регуляции актуального психологического, психофизиологического состояния и негативных эмоциональных переживаний, связанных с кризисным или чрезвычайным событием, при помощи профессиональных методов, которые соответствуют требованиям ситуации.

Оказание экстренной психологической помощи — это самостоятельная область психологической практики. Особенности данной области определяются четырьмя факторами.

1. **Наличие психотравмирующего события.** Оказание экстренной психологической помощи происходит после события, имеющего сильнейшее воздействие на эмоциональную, когнитивную, личностную сферы человека. Это могут быть масштабные чрезвычайные ситуации природного или техногенного характера, или менее масштабные события, также являющиеся мощными стрессогенными воздействиями на человека (ДТП, изнасилование, внезапная смерть близкого человека). Почти всегда такое событие можно охарактеризовать как событие внезапное.

2. **Фактор времени** — экстренная психологическая помощь всегда оказывается в сжатые сроки.

3. **Непривычные для работы специалиста психолога условия** (нет или недостаточно отдельных помещений для работы, плохие бытовые условия и т.д.).

4. **Сконцентрированность в одном месте большого числа людей, нуждающихся в психологической помощи.**

Из вышесказанного можно сделать вывод о том, что экстренная помощь специалиста-психолога — это краткосрочная помощь после сильного негативного стрессогенного воздействия травмирующего события. Основные задачи, на выполнение которых направлена деятельность психолога при оказании данного вида помощи, можно сформулировать следующим образом:

- Поддержание на оптимальном уровне психологического и психофизиологического состояния человека, оказание помощи при острых стрессовых реакциях.
- Предупреждение отсроченных неблагоприятных реакций, в том числе и путем избавления человека от неблагоприятных эмоциональных состояний, возникших непосредственно в результате психотравмирующего события.
- Предупреждение и при необходимости прекращение проявления выраженных эмоциональных реакций, в том числе массовых.
- Консультирование пострадавших, их родных, близких, а также персонала, работающего в условиях ликвидации последствий ЧС, об особенностях переживания стресса.
- Помощь специалистам, принимающим участие в ликвидации последствий ЧС.

#### 1.1 Этапы оказания экстренной психологической помощи при ЧС

Работу по оказанию экстренной психологической помощи можно условно разделить на три этапа. Первый этап подготовительный, второй — этап собственно оказания экстренной психологической помощи, третий — этап завершения работ по оказанию экстренной психологической помощи. На каждом этапе перед психологами стоят свои цели и задачи.

##### 1. Подготовительный этап.

Цель этапа: подготовка развернутого плана действий по оказанию экстренной психологической помощи.

Задачи этапа:

1. **Сбор информации о психологической ситуации, сложившейся в результате ЧС,** для наиболее оптимальной организации работы специалистов. Сбор информации производится по следующей схеме.

- Определение мест, где предстоит работать психологам: места дислокации пострадавших и их родственников, пункты проведения массовых мероприятий: панхиды, опознания, встречи с представителями властных структур.

- Приблизительный подсчет людей, нуждающихся в помощи.

- Выяснение числа специалистов, которые уже работают или приступят к работе в ближайшее время.

- Уточнение времени, мест и примерного количества участников массовых мероприятий.

- Выяснение порядка, времени и места действий, которые необходимо совершить пострадавшим или их родственникам: выплата компенсаций, процесс опознания, получение свидетельств о смерти и т.д.

2. *Определение места и порядка работы каждого специалиста.* Каждый специалист должен знать, что ему предстоит делать на конкретном участке работы.

3. *Составление ориентировочного плана работ.* Решение этой третьей задачи происходит на подготовительном этапе, однако на протяжении всего периода оказания экстренной психологической помощи этот план может изменяться и корректироваться в зависимости от изменяющихся условий деятельности.

## 2. Основной этап.

На основном этапе работ по оказанию экстренной психологической помощи специалисты-психологи работают по двум основным направлениям: помощь специалистам, участвующим в ликвидации последствий ЧС, направленная на обеспечение условий профессиональной деятельности, и помощь пострадавшим в результате ЧС. Содержание деятельности специалистов-психологов может быть различным, оно определяется на подготовительном этапе и отражается в плане работ. Это содержание зависит от специфических характеристик ситуации.

## 3. Завершающий этап.

На завершающем этапе работ по оказанию экстренной психологической помощи решаются следующие задачи:

- Оказание помощи тем лицам, кому это необходимо. Как правило, на завершающем этапе количество пострадавших, находившихся в районе ликвидации последствий ЧС, невелико, однако нуждающиеся в психологической помощи есть.

- Мероприятия по оказанию психологической помощи специалистам, участвующим в ликвидации последствий ЧС. Такие мероприятия возможны и целесообразны на данном этапе, так как интенсивность работ по ликвидации последствий ЧС, оказанию социальной помощи пострадавшим и т.д. снижается, а усталость специалистов, осуществляющих такую помощь, накапливается.

- Обобщение и анализ информации, полученной в ходе работ по оказанию экстренной психологической помощи.

- Составление прогноза развития ситуации на основании обобщения и анализа данных.

## 1.2 Общие принципы работы психолога при ЧС

Деятельность психолога в условиях ЧС регулируется общими принципами, принятыми для оказания психологической помощи. Однако эти принципы в ситуации экстремальной приобретают некоторое своеобразие и соответствии с особенностями условий оказания помощи.

*Принцип защиты интересов пострадавшего.* Особенность применения этого принципа в экстремальных условиях состоит в том, что в отличие от обычных условий деятельности с пострадавшим чаще всего не заключается психотерапевтический договор, как это бывает при консультационной или психокоррекционной работе, то есть не проговариваются границы работы с проблемой. Это происходит потому, что помощь, как правило, направлена на актуальное состояние пострадавшего. Однако, несмотря на это, защита интересов пострадавшего является ведущим принципом работы специалиста-психолога.

*Принцип «не навреди».* Свообразие условий оказания помощи делвет возможным вывести несколько следствий из этого принципа. Первое следствие: краткосрочность оказания помощи, то есть помощь должна быть направлена на коррекцию актуального состояния, вызванного данной ситуацией, одновременно обеспечивая экологичность проводимых мероприятий для будущей жизни пострадавшего. Принципиально неверно проводить психологическую работу с давними, застарелыми проблемами пострадавшего, так как такая работа должна быть пролонгированной.

*Принцип добровольности.* В обычных условиях специалист часто занимает пассивную позицию, ждет, пока пострадавший обратится за помощью. Этот принцип в условиях экстренной психологической помощи трансформируется в особое поведение — специалист-психолог активно, но не навязчиво предлагает свою помощь пострадавшим и всячески демонстрирует людям свою готовность оказать им психологическую поддержку. Такая позиция позволяет, с одной стороны, обеспечить необходимую помощь людям, которые находятся в особом состоянии и зачастую не могут адекватно оценить потребность в помощи, с другой стороны — не нарушает личных границ человека.

*Принцип конфиденциальности.* При оказании экстренной психологической помощи этот принцип сохраняет свою актуальность, однако конфиденциальность может быть нарушена в случае получения психологом информации о том, что действия пострадавшего могут быть опасны для него самого или для окружающих. Такая ситуация может сложиться в том случае, если психолог, например, узнает о готовящейся попытке самоубийства.

*Принцип профессиональной мотивации.* Этот принцип принят для любого вида психологической помощи. В экстремальной ситуации соблюдение его становится особенно важным, так как существует большая вероятность того, что, помимо профессиональной мотивации, у специалиста могут присутствовать другие, иногда более сильные мотивы: мотив самоутверждения, мотив получения социального признания и т.д.

*Принцип профессиональной компетентности* предполагает, что специалист, оказывающий помощь, должен быть достаточно квалифицирован, иметь соответствующее образование и специальную подготовку для работы в чрезвычайных ситуациях. В обычных условиях деятельности психолог при необходимости рекомендует обратиться к другому специалисту, но в чрезвычайных условиях найти другого специалиста часто невозможно. Поэтому в профессиональные обязанности психолога должны входить, в том числе, и такие аспекты, как подготовка до момента выезда на ЧС, умение быстро восстановить высокий уровень работоспособности, используя профессиональные навыки.

## 2. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

### 2.1 Общие закономерности психического реагирования при чрезвычайных ситуациях

Психодиагностика в экстремальных ситуациях имеет свои отличительные особенности. В этих условиях из-за нехватки времени невозможно использовать традиционные диагностические процедуры. В этих ситуациях решающую роль играет способность психолога без промедления, с первых минут общения с пострадавшим, провести квалификацию психического состояния и оказать психологическую помощь в необходимом объеме. Для этого специалист должен знать общий стереотип и основные проявления психологического реагирования человека в экстремальной ситуации, которые протекают по механизмам стрессовой реакции (по Г.Селье).

Результаты анализа литературы, посвященной психологическим последствиям чрезвычайной ситуации (Решетников М.М. с соавт., 1989; Александровский Ю.А., 2001; Малкина-Пых И. Г., 2005 и др.) позволяют рекомендовать для применения в практике следующую классификацию, отражающую последовательность изменений психологического статуса человека после психотравмирующего события (Решетников М.М. с соавт., 1989):

1. «Острый эмоциональный шок». Развивается вслед за состоянием оцепенения и длится от 3 до 5 ч. С одной стороны, в этой фазе может иметь место общее психическое напряжение с предельной мобилизацией психофизиологических резервов, обострением восприятия и увеличением скорости мыслительных процессов, проявлениями безрассудной смелости (особенно при спасении близких), при одновременном снижении критической оценки ситуации, с другой, могут отмечаться психопатологические состояния, отражающие полную дезорганизацию

психической деятельности. Характерной особенностью этого периода является «вегетативный взрыв» с учащением сердцебиения, сухостью во рту, опущенными глазными яблоками и головной болью, жаждой, затрудненным дыханием.

2. «Психофизиологическая демобилизация». Длительность до трех суток. Для абсолютного большинства пострадавших наступление этой стадии связано с первыми контактами с теми, кто получил травмы, и с телами погибших, с пониманием масштабов трагедии («стресс осознания»). Характеризуется резким ухудшением самочувствия и психоэмоционального состояния с преобладанием чувства растерянности, панических реакций (нередко – иррациональной направленности), понижением моральной нормативности поведения, снижением уровня эффективности деятельности и мотивации к ней, депрессивными тенденциями, некоторыми изменениями функций внимания и памяти (как правило, обследованные не могут достаточно четко вспомнить, что они делали в эти дни). Большинство жалуется в этой фазе на тошноту, «тяжесть» в голове, неприятные ощущения со стороны желудочно-кишечного тракта, снижение (даже отсутствие) аппетита. К этому же периоду относятся первые отказы от выполнения спасательных и «расчистных» работ (особенно связанных с извлечением тел погибших), значительное увеличение количества ошибочных действий при управлении транспортом и специальной техникой, вплоть до создания аварийных ситуаций.

3. «Стадия разрешения» – 3-12 суток после стихийного бедствия. По данным субъективной оценки, постепенно стабилизируется настроение и самочувствие. Однако у абсолютного большинства переживших чрезвычайную ситуацию сохраняются пониженный эмоциональный фон, ограничение контактов с окружающими, гипомимия (маскообразность лица), снижение интонационной окраски речи, замедленность движений. К концу этого периода появляется желание «выговориться», реализуемое избирательно, направленное преимущественно на лиц, которые не были очевидцами стихийного бедствия, и сопровождающееся некоторой ажитацией. Одновременно появляются сны, отсутствовавшие в двух предшествующих фазах, в том числе тревожные и кошмарные сновидения, в различных вариантах отражающие впечатления трагических событий.

На фоне субъективных признаков некоторого улучшения состояния объективно отмечается дальнейшее снижение физиологических резервов (по типу гиперактивации). Прогрессируют нарастают явления переутомления.

4. «Стадия восстановления». Начинается приблизительно с 12-го дня после катастрофы и наиболее отчетливо проявляется в поведенческих реакциях: активизируется межличностное общение, начинает нормализоваться эмоциональная окраска речи и мимических реакций, впервые после катастрофы могут быть отмечены шутки, вызывавшие эмоциональный отклик у окружающих, восстанавливаются нормальные сновидения. Учитывая зарубежный опыт, можно также предполагать у лиц, находившихся в очаге стихийного бедствия, развитие различных форм

психосоматических расстройств, связанных с нарушениями деятельности желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой, иммунной и эндокринной систем.

## 2.2. Типология и динамика психических нарушений при чрезвычайных ситуациях

В условиях катастроф и стихийных бедствий нервно-психические нарушения проявляются в широком диапазоне: от состояния дезадаптации и невротических, невротизированных реакций до реактивных психозов. Их тяжесть зависит от многих факторов: возраста, пола, уровня исходной социальной адаптации; индивидуальных характерологических особенностей; дополнительных отягчающих факторов на момент катастрофы (одиночество, опечаленность о детях, наличие больных родственников, собственная беспомощность; беременность, болезнь и т.д.).

Психогенное воздействие экстремальных условий складывается не только из прямой, непосредственной угрозы для жизни человека, но и опосредованной, связанной с ее ожиданием. Психические реакции при наводнении, урагане и других экстремальных ситуациях не носят какого-то специфического характера, присущего лишь конкретной экстремальной ситуации. Это скорее универсальные реакции на опасность, а их частота и глубина определяются внезапностью и интенсивностью экстремальной ситуации.

Результаты травмирующего воздействия различных неблагоприятных факторов, возникающих в опасных для жизни условиях, на психическую деятельность человека подразделяется на непатологические психоэмоциональные (физиологические) реакции и патологические состояния – психогенные (реактивные состояния). Для первых характерна психологическая понятность реакции, ее прямая зависимость от ситуации и, как правило, небольшая продолжительность. При непатологических реакциях обычно сохраняются работоспособность (хотя она и снижена), возможность общения с окружающими и критического анализа своего поведения. Типичными для человека, оказавшегося в катастрофической ситуации, являются чувства тревоги, страха, подавленности, беспокойства за судьбу родных и близких, стремление выяснить истинные размеры катастрофы (стихийного бедствия). Такие реакции также обозначаются как состояние стресса, психической напряженности, аффективные реакции и т.п.

В отличие от непатологических патологические реакции и расстройства – психогенные нарушения являются болезненными состояниями, выводящими человека из строя, лишаящими его возможности продуктивного общения с другими людьми и способности к целенаправленным действиям. В ряде случаев при этом имеют место расстройства сознания, возникают психопатологические проявления, сопровождающиеся широким кругом психотических расстройств.

Психопатологические расстройства в экстремальных ситуациях имеют много общего с клиникой нарушений, развивающихся в обычных условиях. Однако есть и существенные различия. Во-первых, вследствие множественности внезапно действующих психотравмирующих факторов в экстремальных ситуациях происходит одномоментное возникновение психических расстройств у большого числа людей. Во-вторых, клиническая картина в этих случаях не столь индивидуальна, как при «обычных» психотравмирующих обстоятельствах, и сводится к небольшому числу достаточно типичных проявлений. В-третьих, несмотря на развитие психогенных расстройств и продолжающуюся опасную ситуацию, пострадавший вынужден продолжать активную борьбу с последствиями стихийного бедствия (катастрофы) ради выживания и сохранения жизни близких и всех окружающих.

Типологическая характеристика психических нарушений непатологического и патологического уровня представлена в таблице 1.

Таблица 1- Психические нарушения, наблюдаемые во время и после экстремальных ситуаций (Александровский Ю.А., 2001)

Реакции и психогенные расстройства	Клинические особенности	
Непатологические (физиологические) реакции	Преобладание эмоциональной напряженности, психомоторных, психовегетативных, гипотимических проявлений, сохранение критической оценки происходящего и способности к целенаправленной деятельности	
Психогенные патологические реакции	Невротический уровень расстройств – остро возникшие астенический, депрессивный, истерический и другие синдромы, снижение критической оценки происходящего и возможностей целенаправленной деятельности	
Психогенные невротические состояния	Стабилизированные и усложняющиеся невротические расстройства – невротизация (невроз истощения, астенический невроз), истерический невроз, невроз навязчивых состояний, депрессивный невроз, в ряде случаев утрата критического понимания происходящего и возможностей целенаправленной деятельности	
Реактивные психозы	Острые	Острые аффективно-шоковые реакции, сумеречные состояния сознания с двигательным возбуждением или двигательной заторможенностью
	Затяжные	Депрессивные, параноидные, псевдодементные синдромы, истерические и другие психозы

Поведение человека во внезапно развившейся экстремальной ситуации во многом определяется эмоцией страха, которая до определенных пределов может считаться физиологически нормальной, поскольку она способствует экстренной мобилизации физического и психического состояния, необходимой для самосохранения. При утрате критического отношения к собственному страху, появлении затруднений в целесообразной деятельности, снижении и исчезновении возможности контролировать

действия и принимать логически обоснованные решения формируются различные психотические расстройства (реактивные психозы, аффективно-шоковые реакции), а также состояния паники.

Наибольшую актуальность для психолога в ситуации чрезвычайной ситуации в аспекте диагностики и необходимости быстрого решения вопроса о необходимой тактике оказания помощи, представляют **психотические нарушения психотического уровня (реактивные психозы)**.

**Аффективно-шоковые реакции** всегда непродолжительны, длятся от 15-20 минут до нескольких часов или суток и представлены двумя формами шоковых состояний – гипер- и гипокINETической. ГипокINETический вариант характеризуется явлениями эмоционально-двигательной заторможенности, общим «оцепенением», иногда вплоть до полной обездвиженности и мутизма (аффективный ступор). Люди застывают в одной позе, их мимика выражает либо безучастность, либо страх. Отмечаются вазомоторно-вегетативные нарушения и глубокое помрачение сознания. Гиперкинетический вариант характеризуется острым психомоторным возбуждением (двигательная буря, фугиформная реакция). Люди куда-то бегут, их движения и высказывания хаотичны, отрывочны; мимика отражает устрашающие переживания. Иногда преобладает острая речевая спутанность в виде бессвязного речевого потока. Люди дезориентированы, их сознание глубоко помрачено.

При **истерических психотических расстройствах** нередко развиваются нарушения сознания. Для истерического сумеречного помрачения сознания характерно не полное его выключение, а сужение с дезориентировкой, обмалами восприятия. В поведении людей всегда находят отражение конкретная психотравмирующая ситуация. В клинической картине заметна демонстративность поведения с плачем, нелепым хохотом, истероформными припадками. К числу истерических психозов относят также истерический галлюциноз, псевдодеменцию, псуризм.

**Острые реакции на стресс** являются условно психотическими, в силу своего преходящего характера. Однако интенсивность и быстрота развития клинических проявлений острой реакции на стресс отражают глубину поражения психической деятельности, что позволяет отнести их по уровню значимости к реактивным психотическим состояниям. Они представляют собой реакции на экстремальную физическую нагрузку или психогенную ситуацию во время стихийного бедствия и обычно исчезают спустя несколько часов или дней. Эти реакции протекают с преобладанием эмоциональных нарушений (состояния паники, страха, тревоги и депрессия) или психомоторных нарушений (состояния двигательного возбуждения, заторможенности), которые вносят в поведение человека элемент непредсказуемости.

При выявлении данных состояний основной задачей психолога является обеспечение условий для оказания, лицам с развившимся реактивным психозом незамедлительной медицинской (психиатрической) помощи.

В отличие от психотических расстройств, которые требуют от психолога преимущественно навыков диагностики, непсихотические нарушения, имеют большую актуальность в связи с необходимостью использования всего арсенала сил и средств психологической службы при ее работе в очаге ЧС. К ним относятся т.н. **адаптационные (приспособительные) реакции (далее АР)**.

АР выражаются в легких или преходящих непсихотических расстройствах, длящихся дольше, чем острые реакции на стресс. В условиях ЧС они наблюдаются у большинства лиц любого возраста. Такие расстройства часто в какой-то степени ограничены в клинических проявлениях (парциальны) или выявляются в специфических ситуациях; они, как правило, обратимы. Обычно они тесно связаны по времени и содержанию с психотравмирующими ситуациями, вызванными тяжелыми утратами. Именно они составляют подавляющее большинство случаев психических нарушений, с которыми сталкивается психолог при работе в очаге ЧС.

К числу наиболее часто наблюдаемых в экстремальных условиях адаптационных реакций относят:

- *депрессивные (кратковременные и затяжные) реакции (реакции утраты);*
- *реакцию с преобладающим расстройством других эмоций (реакцию беспокойства, страха, тревоги и т. д.).*

Депрессивные реакции утраты характеризуются типичной депрессивной триадой симптомов в виде пониженного настроения с трудностями, а иногда невозможностью контролировать свои эмоции, замедленностью мыслительной деятельности с т.н. «депрессивным моноидеизмом», а также заторможенностью двигательных функций. Передним проявлением являются вегетативные нарушения в виде затрудненного дыхания и дыхательных спазмов, неприятных ощущений в теле, снижения аппетита. Критика к своему состоянию обычно сохранена.

Депрессивный моноидеизм выражается в превалировании в высказываниях и мыслительной продукции большого тематик, связанных с перенесенным травмирующим событием, фиксации на них. Наблюдаются некоторые дереализационно-деперсонализационные проявления в виде чувства нереальности происходящего, ощущение увеличения эмоциональной дистанции, отделяющей пациента от других людей (иногда они выглядят призрачно или кажутся маленькими). Многих больных охватывает чувство вины. Человек, которого постигла утрата, пытается отыскать в событиях, предшествовавших смерти, доказательств того, что он сделал для умершего все, что мог? Он обвиняет себя в невнимательности и преувеличивает значение своих малейших оплошностей.

Кроме того, у человека, потерявшего близкого, часто наблюдается утрата теплоты в отношениях с другими людьми, тенденция разговаривать с ними с раздражением и злостью, желание, чтобы его вообще не беспокоили, причем все это сохраняется, несмотря на усиленные старания друзей и родных поддержать с ним дружеские отношения.

Эти чувства враждебности, удивительные и необъяснимые для самих пациентов, очень беспокоят их и принимаются за признаки наступающего сумасшествия. Пациенты пытаются сдержать свою враждебность, и в результате у них часто вырабатывается искусственная, натянутая манера общения.

Резюмируя вышесказанное, можно говорить о пяти признаках, характерных для поведения больных, переживающих депрессивные реакции утраты: 1) физическое страдание; 2) поглощенность образом умершего; 3) чувство вины; 4) враждебные реакции; 5) утрата моделей поведения (Э.Линдеманн, цит. по Соловьевой С.Л., 2003)

Поведенческие проявления других АР определяются вариантом преобладающих эмоций и типологически представлены в виде реакций страха, беспокойства, тревоги. Общим для них является непосредственность, назойливость в общении, сбивчивость речи, заикленность больных на тематиках угрозы своей жизни, здоровью, близким, имуществу, переживаниях о будущем. Неотъемлемым компонентом реакций является массивный вегетативный компонент в виде учащенного сердцебиения и дыхания, ощущений неприятного характера, которые обуславливают «замыкание порочного круга», «подтверждая» обоснованность переживаний больного о своем здоровье и усиливая тревожный аффект.

Необходимо помнить, что, несмотря на, в целом, положительный прогноз, отмеченные реакции требуют принятия неотложных мер психокоррекционного характера в связи с тем, в условиях отставленности психологической помощи могут явиться основой хронических психогенных заболеваний – неврозов.

## 2. РАБОТА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ОЧАГЕ ЧС

### Цели и задачи психологической службы

Как было отмечено выше, ЧС определяет ряд условий, влияющих на тактику психолога, в частности, одномоментность появления и массовость психических нарушений и дефицит времени. В этой связи основной целью работы психологической службы в очаге ЧС должны являться:

Удержание контроля над ситуацией – снижение в очаге ЧС количества пострадавших с выраженными психическими нарушениями, препятствование распространению панических настроений и превращения паники в массовое явление.

Основными задачами в свете этой цели являются:

1. Проведение психологической «сортировки» пострадавших с выделением групп лиц, которым помощь может быть оказана на месте, а также нуждающихся в немедленной и отсроченной эвакуации – диагностические мероприятия. Конечным результатом решения данной задачи будет оказание целевой группе пострадавших медицинской (психиатрической) помощи и отправка их на этап эвакуации (т.е. лица с тяжелыми психическими расстройствами), а также выборка пострадавших,

которым помощь может быть оказана в объеме психокоррекционных мероприятий (лица с непатологическими реакциями).

2. Оказание экстренной психологической помощи на месте – собственно психокоррекционные мероприятия.

3. Участие в привлечении граждан, находящихся в очаге ЧС, с учетом их состояния в организованные и контролируемые мероприятия по ликвидации последствий ЧС – организационные мероприятия. Для решения этой задачи психолог должен помнить о механизмах развития «общего адаптационного синдрома» у человека в экстремальной ситуации, в рамках которого имеет место этап общего психического напряжения с предельной мобилизацией психофизиологических резервов, и организующее начало с постоянным контролем способны сменить «минус на плюс», т.е. обеспечить общественно полезную деятельность вместо развития панических настроений. Очевидно, что необходимым условием для этого является уверенная диагностика психологического статуса.

### Методика экспресс диагностики

В очаге ЧС обычно нет возможности использовать привычные диагностические методики, которые, во-первых, требуют определенных условий, во – вторых, временных затрат. Единственным методом диагностики являются наблюдение и беседа. В этих условиях особую важность приобретает стандартизация диагностических процедур, подразумевающая их алгоритмизацию и количественную оценку. В связи с этим на основе результатов применения клинко-психопатологического метода оценки состояния пациентов, поступивших в стационар РНПЦ ППН с острыми психогенными расстройствами, был разработана и апробирована методика экспресс оценки психического состояния.

Методология – при обследовании медицинской документации 40 пациентов в возрасте от 25 до 40 лет с диагнозами F43.0 Острая реакция на стресс и F43.2 Расстройство приспособительных реакций, были определены объективные клинические характеристики, которые являлись основой для обоснования клинического диагноза. Принимая во внимание существенные и принципиальные отличия работы психиатров и психологов, выбранные параметры ранжировались по «сферам» психической и поведенческой деятельности:

1. Сознание – оценивалась степень ясности сознания (блок А)
2. Общее поведение и мимика – оценивалось степень упорядоченности поведения (блок Б)
3. Мыслительная деятельность – оценивалась степень понимания обращенной речи и простых вопросов (блок Б)
4. Понимание и выполнение инструкций – оценивалась степень понимания и выполнения вербальных команд (блок Б).

Общий вид шкалы представлен ниже (табл.1).

Таблица 1- Шкала экспресс оценки психического статуса

## Блок А

Параметр	баллы
<b>Ориентировка в собственной личности</b>	
• Полная	0
• Частичная	1
• Отсутствует	2
<b>Ориентировка по времени</b>	
• полная	0
• частичная	1
• отсутствует	2
<b>Ориентировка в окружающем пространстве</b>	
• полная	0
• частичная	1
• отсутствует	2
<b>Сpontанная речь</b>	
• Связная, содержательная	0
• Несвязная	1
• Бессмысленная	2

## Блок Б

Параметр	баллы
<b>Поведение</b>	
• двигательная активность упорядочена	0
• двигательная активность нецеленаправленная, хаотичная	1
• микродвижения (включается ступор)	1
• ауто- гетероагрессия	2
<b>Мимика:</b>	
• Спокойное осмысленное выражение	0
• Выражение страха, ужаса	1
• Выражение радости	1
• Плач навзрыд	1
• Равнодушная	2
<b>Ответы на вопросы</b>	
• по сути вопроса	0
• не по сути вопроса	1
<b>Выполнение простых инструкций</b>	
• Выполняет правильно	0
• Выполняет правильно после паузы	1
• Выполняет неправильно	2
• Не выполняет	3

Для каждого параметра была введена система балльной оценки.

В дальнейшем шкала была апробирована на вновь поступивших 40 пациентах РНПЦ ППН с теми же диагнозами. Апробацию проводили 2 группы врачей РНПЦ ППН, которые не были вовлечены в процесс разработки. Одна группа оценивала пациентов с помощью шкалы, другая традиционным клинико-психопатологическим методом. Основой диагностики в обоих случаях являлись наблюдение и беседа. Группа врачей,

использовавшая шкалу, беседовали с пациентами, фиксируя и суммируя баллы на рабочем бланке. Результаты апробации представлены в таблице 2  
Таблица 1- Результаты диагностики психического состояния оцениваемого шкалой и клинико-психопатологическим методом

Инструмент	Точность (правильность) заключения	p*	Затраченное время	p*
Шкала	36	≥0,05	5 минут	≤0,05
Клинико-психопатологический метод	40		25 минут	

Примечание – статистическая обработка проводилась с использованием критерия φ<sup>2</sup>-угловое преобразование Фишера.

Как показали результаты апробации точность синдромального заключения, вынесенного с использованием шкалы, статистически не отличалась от синдромальной квалификации, проведенной с применением клинико-психопатологического метода, однако, время, затраченное на предварительную диагностику, существенно различалось. На основании полученных результатов предложена система интерпретаций выносимых оценок с учетом тактических задач психологической службы в условиях ЧС (таблица 3)

Таблица 3 – система интерпретации оценок психического состояния, полученных с помощью шкалы

Интерпретация оценок блока А	Тактика
0 баллов – сознание ясное.	В экстренной психологической помощи не нуждается
1-4 балла – сознание измененное.	Нуждается в экстренной психологической помощи и решении вопроса об оказании психиатрической помощи
5 и более баллов – сознание близко к помраченному.	Нуждается в экстренной психиатрической помощи
<b>Интерпретация оценок блока Б</b>	<b>Тактика</b>
0 баллов – психическое состояние стабильно удовлетворительно	в экстренной психологической помощи не нуждается
1-4 балла – человек в состоянии дистресса	нуждается в экстренной психологической помощи
5 и более баллов – психическое состояние дестабилизировано (уровень психоза)	нуждается в психиатрической помощи

Модули шкалы (блок А и блок Б) являются достаточно автономными и могут быть применены отдельно друг от друга в зависимости от результатов первого клинического впечатления. Клиническая практика показывает, что если установлен факт помраченного сознания, то все иные клинические проявления становятся второстепенными. В этом случае достаточно результатов оценок блока А. В случае отсутствия симптомов помраченного сознания возможно изолированное применение параметров блока Б. Все это

обеспечивает гибкость и индивидуализацию применения разработанной шкалы при проведении психологической сортировки.

### 3. ОКАЗАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЧС

#### 3.1 Общие направления экстренной психологической помощи

При оказании экстренной психологической помощи необходимо помнить, что обычные методики психологического воздействия часто неприменимы в условиях ЧС, поэтому все терапевтические мероприятия должны учитывать цели и задачи, стоящих перед психологической службой при ее работе в очаге ЧС (см. раздел 2), т.е. иметь сугубо прагматичный характер.

В целом служба экстренной психологической помощи выполняет следующие базовые функции (И.Г.Малкина - Пых, 2005):

- профилактическую, направленную на удержание контроля над ситуацией;

- терапевтическую - непосредственное оказание скорой психологической и (при необходимости) доврачебной медицинской помощи населению;

К наиболее важным профилактическим мероприятиям относится т.н. экстренная «информационная терапия», целью которой является психологическое поддержание жизнеспособности тех, кто жив, но находится в полной изоляции от окружающего мира (землетрясения, разрушение жилищ в результате аварий, взрывов и т.д.). «Информационная терапия» реализуется через систему звукоусилителей и состоит из трансляции следующих рекомендаций, которые должны услышать пострадавшие:

1) информация о том, что окружающий мир идет к ним на помощь и делается все, чтобы помощь пришла к ним как можно быстрее;

2) находящиеся в изоляции должны сохранять полное спокойствие, т.к. это одно из главных средств к их спасению;

3) необходимо оказывать себе самопомощь;

4) в случае завалов пострадавшие не должны принимать каких-либо физических усилий к самозащите, что может привести к опасному для них смещению обломков;

5) следует максимально экономить свои силы;

6) находиться с закрытыми глазами, что позволит приблизить себя к состоянию легкой дремоты и большей экономии физических сил;

7) дышать медленно, неглубоко и через нос, что позволит экономить влагу и кислород в организме и кислород в окружающем воздухе;

8) мысленно повторять фразу: «Я совершенно спокоен» 5-6 раз, чередуя эти самовнушения с периодами счета до 15-20, что позволит снять внутреннее напряжение и добиться нормализации пульса и артериального давления, а также самодисциплины;

9) высвобождение из «плена» может занять больше времени, чем хочется потерпевшим. «Будьте мужественными и терпеливыми. Помощь идет к вам».

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

Другим аспектом профилактической психологической помощи является работа с родственниками людей, находящихся в очаге ЧС. Стратегической целью этой работы является предотвращение распространения панических слухов за пределы очага ЧС, стабилизация «информационного поля». Для этого применяются дистанционные методы - бесперебойная работа «горячих телефонных линий», решающая задачи успокоить людей, укрепить их надежду, а также контактные (в случае непосредственного обращения) методики, включающие весь комплекс психотерапевтических мероприятий:

• поведенческие приемы и методы, направленные на снятие психоэмоционального возбуждения, тревоги, панических реакций;

• экзистенциальные техники и методы, направленные на принятие ситуации утраты, на устранение душевной боли и поиск ресурсных психологических возможностей.

Практическая функция психологической службы выражается в проведении собственно психокоррекционных мероприятий в очаге ЧС. Эта деятельность направлена как на пострадавших, прошедших этап психологической сортировки, так и на спасателей.

Для реализации данной функции полезными окажутся рекомендации, предложенные Б. Гаш и Ф. Ласогга (Lasogga, Gash, 1997), выполнение которых обеспечивает создание раппорта для проведения психокоррекционных мероприятий:

1.. Сразу скажите пациенту, что вы ожидаете от терапии и как долго продлится работа над проблемой. Надежда на успех лучше, чем страх неуспеха.

2. Не приступайте к действиям сразу. Осмотритесь и решите, какая помощь (помимо психологической) требуется, кто из пострадавших в наибольшей степени нуждается в помощи. Уделите этому секунд 30 при одном пострадавшем, около пяти минут при нескольких пострадавших.

3. Точно скажите, кто вы и какие функции выполняете. Узнайте имена нуждающихся в помощи. Скажите пострадавшим, что помощь скоро придет, что вы об этом позаботились.

4. Осторожно установите телесный контакт с пострадавшим. Возьмите пострадавшего за руку или похлопайте по плечу. Прикасаться к голове или иным частям тела не рекомендуется. Займите положение на том же уровне, что и пострадавший. Не поворачивайтесь к пострадавшему спиной.

5. Никогда не обвиняйте пострадавшего. Расскажите, какие меры требуется принять для оказания помощи в его случае.

6. Профессиональная компетентность успокаивает. Расскажите о вашей квалификации и опыте.

7. Дайте пострадавшему поверить в его собственную компетентность. Дайте ему поручение, с которым он справится. Используйте это, чтобы он убедился в собственных способностях, чтобы у пострадавшего возникло чувство самоконтроля.

8. Дайте пострадавшему выговориться. Слушайте его активно, будьте внимательны к его чувствам и мыслям. Пересказывайте позитивное.

9. Скажите пострадавшему, что вы останетесь с ним. При расставании найдите себе заместителя и проинструктируйте его о том, что нужно делать с пострадавшим.

10. Привлекайте людей из ближайшего окружения пострадавшего для оказания помощи. Инструктируйте их и давайте им простые поручения. Избегайте любых слов, которые могут вызвать у кого-либо чувство вины.

11. Постарайтесь оградить пострадавшего от излишнего внимания и расспросов. Давайте любознательным конкретные задания.

12. Стресс может оказывать негативное влияние и на психолога. Возникающее в ходе такой работы напряжение имеет смысл снимать с помощью релаксационных упражнений и профессиональной супервизии. Группы супервизии должен вести профессионально подготовленный модератор.

### 3.2 Техники экстренной психологической помощи

Ниже представлены некоторые методики индивидуального психологического воздействия на пострадавшего в очаге ЧС (И.Г.Малкина – Пых, 2005, Ю.С.Шойгу, 2007):

#### Общие принципы общения с пострадавшими.

1. При работе в зоне ЧС необходимо давать людям короткие, четкие команды в побудительно-наклонении («Выпей воды», «наклонись»).
2. Не должно быть сложных предложений и сложно построенных оборотов в речи (типа «извините, пожалуйста...», «не могли бы Вы...»)
3. Избегать употребления в речи частицы «не».
4. Необходимо демонстрировать уверенность и контроль над ситуацией.
5. Нельзя давать обещания, которые Вы не в состоянии выполнить.

#### Помощь при страхе и тревоге

1. Не оставляйте человека одного. Страх тяжело переносится в одиночестве.
2. Говорите о том, чего человек боится, доказано, что когда человек проговорит свой страх, тот становится не таким сильным. Если человек говорит о том, чего он боится — поддерживайте его, говорите на эту тему.
3. Предложите человеку сделать несколько дыхательных упражнений, например таких: 1. Положите руку на живот; медленно вдохните, почувствуйте, как сначала воздухом наполняется грудь, потом

живот. Задержите дыхание на 1—2 секунды. Выдохните. Сначала опускается живот, потом грудь. Медленно повторите это упражнение 3—4 раза; 2. Глубоко вдохните. Задержите дыхание на 1—2 секунды. Начините выдыхать. Выдыхайте медленно и примерно на середине выдоха сделайте паузу на 1—2 секунды. Постарайтесь выдохнуть как можно сильнее. Медленно повторите это упражнение 3—4 раза. Если человеку трудно дышать в таком ритме, присоединитесь к нему — дышите вместе. Это поможет ему успокоиться, почувствовать, что вы рядом.

4. Постарайтесь занять человека каким-нибудь делом. Этим вы отвлечете его от переживаний.

#### Помощь при плаче

Слезы — это способ выплеснуть свои чувства, и не следует сразу начинать успокаивать человека, если он плачет. Но, с другой стороны, находиться рядом с плачущим человеком и не пытаться помочь ему — тоже неправильно. В чем же должна заключаться помощь? Хорошо, если вы сможете выразить человеку свою поддержку и сочувствие. Не обязательно делать это словами. Можно просто сесть рядом, приобнять человека, поглаживать по голове и спине, дать ему почувствовать, что вы рядом с ним, что вы сочувствуете и сопереживаете ему. Можно держать человека за руку.

#### Помощь при нервной дрожи

После экстремальной ситуации появляется неконтролируемая нервная дрожь (человек не может по собственному желанию прекратить эту реакцию). Так организм «сбрасывает» напряжение.

Если эту реакцию остановить, то напряжение останется внутри, в теле, и вызовет мышечные боли, а в дальнейшем может привести к развитию психосоматических заболеваний.

В данной ситуации:

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

#### Помощь при агрессии

Агрессивное поведение — один из непроизвольных способов, которым организм человека «пытается» снизить высокое внутреннее напряжение. Проявление злости или агрессии может сохраняться достаточно длительное время и мешать самому пострадавшему и окружающим.

Основными признаками агрессии являются:

• раздражение, недовольство, гнев (по любому, даже незначительному поводу);

- нанесение окружающим ударов руками или какими-либо предметами;
- словесное оскорбление, брань;
- мышечное напряжение;
- повышение кровяного давления.

В данной ситуации:

1. Сведите к минимуму количество окружающих.

2. Дайте пострадавшему возможность «выпустить пар» (например, выговориться или «забить» подушку).

3. Поручите ему работу, связанную с высокой физической нагрузкой.

4. Демонстрируйте благожелательность. Даже если вы не согласны с пострадавшим, не обвиняйте его самого, а высказывайтесь по поводу его действий, иначе агрессивное поведение будет направлено на вас.

5. Старайтесь разрядить обстановку смешными комментариями или действиями.

6. Агрессия может быть погашена страхом наказания:

- если нет цели получить выгоду от агрессивного поведения;
- если наказание строгое и вероятность его осуществления велика.

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

**Методики групповой психокоррекции** в условиях ЧС ориентированы на одномоментное вовлечение определенного количества пострадавших с аддитивными расстройствами легкой и умеренной степени. Целью групповой работы является стабилизация психического состояния пострадавших в сжатые сроки. Для этого используются **нейролингвистическое программирование, телесно-ориентированная терапия, арттерапия, краткосрочная позитивная терапия, суггестивные техники, релаксационные методы и методы, направленные на саморегуляцию, рациональная психотерапия.**

В каждой конкретной ситуации специалист-психолог применяет не один конкретный метод, а скорее набор техник, методик, которые сочетаются друг с другом и подходят конкретному пострадавшему. Поэтому подход к оказанию экстренной психологической помощи можно считать эклектическим. В зависимости от ситуации, ее условий, индивидуальных особенностей пострадавшего выбирается или разрабатывается индивидуальная тактика работы с пострадавшим. В этой работе могут быть использованы не только описанные методы, но и другие методы, технологии оказания психологической помощи, которые по своим возможностям соответствуют поставленным целям, задачам и техническим возможностям.

В качестве отдельного метода можно рекомендовать использование специальных, компактных аппаратов, работа которых основана на воздействии звуковых и зрительных стимулов определенной частоты и

громкости на головной мозг человека с целью достижения состояния расслабленности, общего успокоения или, напротив, возбуждения. Сотрудниками РНЦ ППН проведена оценка эффективности аппарата сенсорной стимуляции «Galaxy» при лечении тревожных расстройств, результаты которой позволяют рекомендовать применение аппарата для снижения уровня тревоги у пострадавших в очаге ЧС, а также для проведения последующей реабилитации (приложение А).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Организация и непосредственное оказание психологической помощи жертвам ЧС имеют ряд особенностей, которые определяются факторами, связанными с экстремальными ситуациями.

Работу по оказанию экстренной психологической помощи можно условно разделить на три этапа, на каждом из которых перед психологами стоят свои цели и задачи. Деятельность психолога в подобной ситуации регулируется общими принципами, принятыми для оказания психологической помощи. Однако эти принципы в ситуации экстремальной приобретают некоторое своеобразие в соответствии с особенностями условий оказания помощи.

Экстренная психологическая помощь может быть оказана только в том случае, если реакция человека можно описать как нормальные реакции на ненормальную ситуацию. То есть экстренная психологическая помощь не может быть оказана тем людям, чьи реакции выходят за пределы психической нормы. В случае, когда реакция человека выходит за пределы нормы, необходима помощь врача-психиатра.

Для психологической службы, работающей в условиях ЧС актуальной является разработка методик экспресс-диагностики психических нарушений и методов эффективного психологического воздействия.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александровский Ю.А. Психические расстройства во время и после чрезвычайной ситуации // Психиатрия и психофармакотерапия. 2001. Т. 3. № 4. С. 32—39.
2. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с. – (Справочник практического психолога).
3. Решетников М.М., Баранов Ю.А., Мухин А.П., Чермнин С.В. Психофизиологические аспекты состояния, поведения и деятельности пострадавших в очаге стихийного бедствия // Психол. журн. 1989. № 4. Т. 10. С. 125—128.
4. Соловьева С. Л. Психология экстремальных состояний. СПб.: ЭЛБИ-СПб. 2003. 128 с.
5. Шойгу Ю.С. Психология экстремальных состояний для спасателей и пожарных. М.-Смысл, 2007- 319 с.