

*Экспертное  
специализированное  
издание*

Издается с 2000 г.

Библиотечка руководителя

**ПОДПИСНЫЕ  
ИНДЕКСЫ:**

75668 – на казахском языке;  
75669 – на русском языке.

**Учредитель:**

Республиканский учебно-методический  
центр Гражданской защиты  
Министерства по чрезвычайным  
ситуациям РК

**Редакционный совет:**

Мельников Е. Н.  
Енсебаев Б. К.  
Булыбаева Б. О.  
Айнабекова М. Б.  
Нусипжанова А. У.

Отпечатано в типографии  
ТОО «Надежда 2050»,  
г. Кошетау, ул. Баймуканова, 3,  
Тираж: 000. Заказ № 0000

Зарегистрирован Министерством  
по инвестициям и развитию  
Республики Казахстан,  
№12619-Ж от 10. 04. 2012 г.



**В НОМЕРЕ:**

- ♦ Предисловие от редакции.....2
- ♦ Обзорная информация о ЧС природного и техногенного характера, происшедших на территории РК за 9 месяцев 2020 года .....3
- ♦ Постановление Правительства Республики Казахстан от 21 ноября 2005 года № 1142 .....8
- ♦ Воспоминания ветеранов МЧС РК .....12
- ♦ Критерии отнесения организаций к категориям по ГО.....16
- ♦ Пандемия коронавирусной инфекции – 2020.....26
- ♦ Рубрика: «Вопросы и ответы».....34
- ♦ Отклик наших читателей .....39
- ♦ Из опыта работы психолога при ЧС.....41
- ♦ «Учебное пособие по гражданской защите» (книга-2).....47

## ***Уважаемые подписчики журнала!***

Общепризнанный бренд «РУМЦ ГЗ» полностью обновил и усовершенствовал свой интернет-ресурс. Теперь он приобрел современный формат, представляет форму единой информационной базы по всем аспектам гражданской защиты. Организации имеют возможность пользоваться специализированной электронной онлайн библиотекой, в которой вся информация по ГЗ систематизирована и отображена в текстовом, графическом, аудиовизуальном или ином виде. Электронная онлайн библиотека РУМЦ ГЗ функционирует в структуре обновленного сайта [www.tg-oku.kz](http://www.tg-oku.kz).

Главное предназначение обновленного интернет-ресурса остается неизменной, оно тесно связано с основной деятельностью РУМЦ ГЗ, это - информационно-методическое обеспечение функционирования государственной системы ГЗ всех уровней, от республиканского до объектовой подсистемы.

Организации могут пользоваться электронной онлайн библиотекой РУМЦ ГЗ путем оформления подписки. Цена годовой подписки составляет – 57 667 тенге. Подписку на электронную онлайн библиотеку можно оформить через следующие порталы: «Государственная закупка», «Самрук-казына», «Тениз-сервис» и «ЕТБ», в которых РУМЦ ГЗ зарегистрирован под БИН-ом 990 540 004 163. После составления договора и оплаты услуг. Вашей организации автоматически будет предоставлен код доступа и пароль к платному контенту интернет-ресурса.

Подписчикам электронной онлайн библиотеки представляются следующие услуги и широкий спектр возможности:

- постоянная обновляемая нормативная база в сфере ГЗ;
- консультация от высококвалифицированных экспертов Центра, официально аккредитованного Министерством образования и науки РК, по всем проблемным вопросам в сфере ГЗ. Наши эксперты быстро и доступно все разъяснят;
- методические материалы Центра помогут в обучении и подготовке персонала. Наши слайдовые материалы - готовые конспекты для занятий, а рекомендации - шаблоны для проведения учений и тренировок;

Современный контент Центра - эта интернет платформа, направленная на защиту интересов организаций и предприятий по развитию и совершенствованию системы безопасности;

Полную техническую информацию по интернет-ресурсу РУМЦ ГЗ можно получить по телефонам Центра: 274-91-94, 8776-222-20-18, 8775-251-25-95, электронная почта: [kursy@bk.ru](mailto:kursy@bk.ru), [gz\\_center@mail.ru](mailto:gz_center@mail.ru).

С уважением, редакция журнала

**ОБЗОРНАЯ  
ИНФОРМАЦИЯ О ЧС  
ПРИРОДНОГО И ТЕХНОГЕН-  
НОГО ХАРАКТЕРА, ПРОИС-  
ШЕДШИХ НА ТЕРРИТОРИИ  
РЕСПУБЛИКИ  
ЗА 9 МЕСЯЦЕВ 2020 ГОДА**



За девять месяцев текущего года на территории Республики Казахстан зарегистрировано 4 667 743 чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера.

***Были приняты следующие своевременные меры реагирования:***

- подразделениями службы пожаротушения и аварийно-спасательных работ и Республиканским оперативно-спасательным отрядом спасено 9 249 человек, эвакуировано 12 947 человек, оказана первая медицинская помощь 166 пострадавшим, с мест ЧС извлечено 490 тел, совершено 50 112 выездов по тревоге, из них на пожары - 8 845, аварийно-спасательные работы - 7 475, случаи горения, не берущиеся на учет как пожары - 30 010, заведомо ложные вызовы - 73, не подтвердившиеся факты горения - 1 427, прочие - 2 282;

- ГУ «Центр медицины катастроф» оказана медицинская помощь 2 834 пострадавшим, спасен 2 071 человек, эвакуировано 1 028 человек, совершен 3 071 выезд, в том числе трассовыми медико-спасательными пунктами совершено 796 выездов, эвакуировано 822 человека, оказана медицинская помощь 1 564 пострадавшим.

***Организациями, находящимися в ведении МЧС, проведены следующие мероприятия:***

- АО «Казавиаспас» воздушными судами на поисково-спасательные работы, участие в тушении пожаров, переброску личного состава и другие заказы совершено 1 297 вылетов, в том числе по линии санитарной авиации совершено 420 вылетов, транспортировано 409 человек;

- АО «Өрт сөндіруші» спасено и эвакуировано 24 человека, совершено 486 выездов, из них на тушение пожаров 134, проведение аварийно-спасательных работ 31, ликвидацию загораний 321.

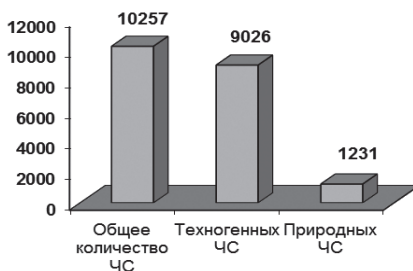
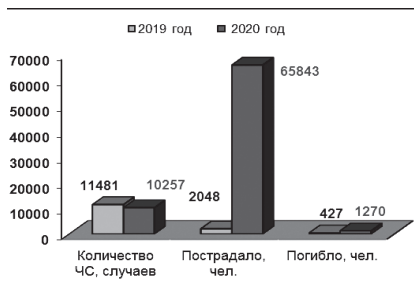
В целях реализации поручения Главы государства по снижению давления на бизнес, контроль в области пожарной безопасности введен только в отношении объектов высокой степени риска и проводится по особому порядку. В рамках контрольно-профилактической деятельности на противопожарное состояние проведены 15 482 проверки, выявлено 48 018 нарушений, привлечено к административной ответственности 9 733 человека, из них оштрафовано 1 957 должностных лиц на сумму 80,9 млн. тенге.

В рамках осуществления государственного надзора в области промышленной безопасности за девять месяцев 2020 года по особому порядку проведено 611 проверок и 377 вне плана. По итогам проверок выявлено 17 163 нарушения, приостановлено 225 объектов и 1 субъект, наложен 681 административный штраф на сумму более 85 млн. тенге.

В средствах массовой информации в целях обучения и информирования населения проведены выступления и опубликовано материалов - 40 463:

5 225 - по каналам телевидения, 11 494 - в печатных изданиях, 13446 - по радио, 10 298 - на лентах информационных агентств.

В результате предпринимаемых превентивных мер и своевременного реагирования профессиональных аварийно-спасательных служб на ЧС по сравнению с аналогичным периодом 2019 года наблюдается снижение количества случаев на 10,7% (на 1 224 случая), но при этом возросло количество пострадавших в 32,1 раза (на 63 795 человека), погибших в 3 раза (на 843 человека), увеличился материальный ущерб на 55,2% (на 1 391 млн. тенге).





Зарегистрировано 10 257 ЧС и случаев природного и техногенного характера, пострадало 65 843 человека, из них погибло 1 270 человек, материальный ущерб составил 3 911,1 млн. тенге.

Сформированные и обобщенные показатели в разрезе областей характеризуют следующую обстановку (в сравнении с аналогичным периодом 2019 года):

- количество ЧС сократилось в областях: Туркестанской на 35,8% (2019г. - 710), Алматинской на 31,4% (2019г. - 1 258), Актюбинской на 24% (2019г. - 722), Жамбылской на 18,7% (2019г. - 711), Карагандинской на 17,8% (2019г. - 1 202), Костанайской на 16,8% (2019г. - 981), Мангистауской на 12,1% (2019г. - 215), г.Нур-Султан на 8,3% (2019г. - 446), г.Алматы на 7,4% (2019г. - 457);

- сократилось число пострадавших в областях: Актюбинской на 68,5% (2019г. - 54), Туркестанской на 64% (2019г. - 272), Карагандинской на 13,2% (2019г. - 68), Костанайской на 11,8% (2019г. - 85), в г.Алматы на 56,2% (2019г. - 73);

- сократилось число погибших в областях: Актюбинской на 75% (2019г. - 16), Туркестанской на 60,6% (2019г. - 33), Карагандинской на 23,3% (2019г. - 30), Кызылординской на 20,8% (2019г. - 24), г.Алматы на 11,1% (2019г. - 9).

*Вместе с тем, в других регионах наблюдается:*

- увеличение количества ЧС в областях: Западно-Казахстанской на 13,6% (2019г. - 455), Восточно-Казахстанской на 10,1% (2019г. - 1 472), г.Шымкент на 118,7% (2019г. - 75);

- увеличение числа пострадавших в областях: Атырауской в 120,7 раза (2019г. - 92), Западно-Казахстанской в 86,6 раза (2019г. - 80), Акмолинской в 58,8 раза (2019г. - 60), Северо-Казахстанской в 56,1 раза (2019г. - 74), Мангистауской в 53,7 раза (2019г. - 29), Восточно-Казахстанской в 23,4 раза (2019г. - 225), Жамбылской в 20,7 раза (2019г. - 202), Алматинской в 16,9 раза (2019г. - 301), г.Нур-Султан в 106,3 раза (2019г. - 133), г.Шымкент в 75,9 раза (2019г. - 69);

- увеличение числа погибших в областях: Мангистауской в 11 раз (2019г. - 6), Западно-Казахстанской в 7,6 раза (2019г. - 15), Атырауской в 6,6 раза (2019г. - 11), Акмолинской в 3,9 раза (2019г. - 27), Восточно-Казахстанской в 3 раза (2019г. - 48), г.Шымкент в 5,8 раза (2019г. - 13), г.Нур-Султан в 18,3 раза (2019г. - 18).

**ЧС техногенного характера** от общего числа ЧС составляют 88%, зарегистрировано 9 026 случаев (снизилось на 11%), при этом пострадало 542 человека (снизилось на 57,6%), из них погибло 257 человек (снизилось на 37,8%).

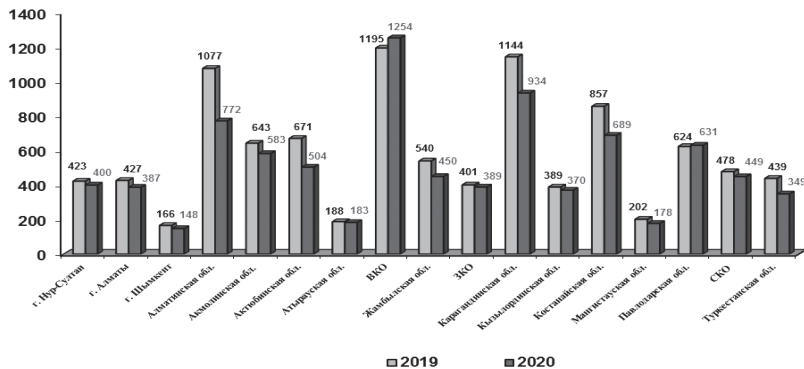
Основная доля случаев техногенного характера приходится на производственные и бытовые пожары (96,1%), за девять месяцев 2020 года произошло 8 670 пожаров (снизилось на 12,1%), при которых 441 человек пострадало (снизилось на 6,8%), из них погибло 228 человек (увеличилось на 13,4%), материальный ущерб составил 1 734,1 млн. тенге (снизился на 21,3%).

Количество пожаров сократилось в областях: Алматинской на 27,9% (2019г. - 1 008), Актыубинской на 23,7% (2019г. - 709), Костанайской на 22,1% (2019г. - 954), Карагандинской на 18% (2019г. - 1 179), Туркестанской на 16,6% (2019г. - 445), Жамбылской на 15,7% (2019г. - 561), Мангистауской на 11,9% (2019г. - 202), г.Шымкент на 10,8% (2019г. - 166), г.Алматы на 9,4% (2019г. - 427), г.Нур-Султан на 5,4% (2019г. - 423).

Увеличение пожаров наблюдается в областях: Западно-Казахстанской на 16% (2019г. - 405), Восточно-Казахстанской на 8,6% (2019г. - 1 358), Кызылординской на 4,1% (2019г. - 393).

К основным объектам возникновения пожаров относятся: жилой сектор 61,8%, транспортные средства - 15,6%, леса - 6,7%, прочие

Количество производственных и бытовых пожаров, происшедших на территории Республики Казахстан за 9 месяцев 2020 г. в сравнении с аналогичным периодом 2019 г.



открытые территории - 5,6%, предприятия торговли - 3,5%, здания и сооружения производственного назначения - 1,5%, степи, луга, пастбища - 1,3%, административно-общественные здания - 1,1%, сельскохозяйственные объекты - 0,9%.



Распространенными причинами возникновения пожаров являются: неосторожное обращение с огнём - 40,7%, нарушение правил монтажа и технической эксплуатации электрооборудования - 28,3%, нарушение правил пожарной безопасности при устройстве и эксплуатации печей - 10%, установленные поджоги - 6%, прямые удары молнии или их вторичные воздействия - 3,8%, нарушение правил пожарной безопасности при эксплуатации бытовых электроприборов - 3,4%, шалость детей с огнем - 2,4%.

**ЧС природного характера** от общего числа ЧС составляют 12%, за девять месяцев 2020 года зарегистрирован 1 231 случай (снизилось на 7,7%), при этом пострадало 65 301 человек (увеличилось в 84,9 раза), из них погибло 1 013 человек (увеличилось в 72,4 раза). Основной причиной увеличения числа пострадавших и погибших является распространение коронавирусной инфекции (COVID - 19).



**НОВЫЕ НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ РК В СФЕРЕ ГЗ**

*От редакции: Уважаемые подписчики! Под рубрикой «Нормативно-правовые акты в сфере гражданской защиты» представляем вашему вниманию постановление Правительства РК № 1142 от 21 ноября 2005 года. Так как основной частью подписчиков журнала являются организации, отнесенные к категориям по Гражданской обороне, им необходимо знать, как осуществляются мероприятия по привлечению организаций и граждан на работы оборонного характера при объявлении военного положения. Данный нормативно-правовой акт определяет регламент этих оборонных работ, которые будут выполнять персонал объектов, продолжающих свою деятельность в военное время, то есть категоризованные объекты по ГО.*

Об утверждении Правил привлечения организаций, граждан и других лиц к выполнению работ оборонного характера, ликвидации последствий применения противником оружия, восстановлению поврежденных, разрушенных объектов, систем жизнеобеспечения населения, а также к участию в борьбе с пожарами, эпидемиями, эпизоотиями.

Постановление Правительства Республики Казахстан от 21 ноября 2005 года № 1142.

В целях реализации Закона Республики Казахстан от 5 марта 2003 года "О военном положении" Правительство Республики Казахстан **ПОСТАНОВЛЯЕТ:**

1. Утвердить прилагаемые Правила привлечения организаций, граждан и других лиц к выполнению работ оборонного характера, ликвидации последствий применения противником оружия, восстановлению поврежденных, разрушенных объектов, систем жизнеобеспечения населения, а также к участию в борьбе с пожарами, эпидемиями, эпизоотиями.

2. Настоящее постановление вводится в действие со дня его первого официального опубликования.

Премьер-Министр  
Республики Казахстан

Утверждены  
постановлением Правительства  
Республики Казахстан  
от 21 ноября 2005 года N 1142

**Правила привлечения организаций,  
граждан и других лиц к выполнению работ оборонного  
характера, ликвидации последствий применения  
противником оружия, восстановлению поврежденных,  
разрушенных объектов, систем жизнеобеспечения  
населения, а также к участию в борьбе с пожарами,  
эпидемиями, эпизоотиями**

1. Настоящие Правила привлечения организаций, граждан и других лиц к выполнению работ оборонного характера, ликвидации последствий применения противником оружия, восстановлению поврежденных, разрушенных объектов, систем жизнеобеспечения населения, а также к участию в борьбе с пожарами, эпидемиями, эпизоотиями (далее - Правила) разработаны в соответствии с Законом Республики Казахстан от 5 марта 2003 года "О военном положении".

2. Организации, независимо от форм собственности, продолжающие функционировать в период военного положения, граждане и другие лица трудоспособного возраста привлекаются к выполнению работ оборонного характера, ликвидации последствий применения противником оружия, восстановлению поврежденных, разрушенных объектов, систем жизнеобеспечения населения, а также к участию в борьбе с пожарами, эпидемиями, эпизоотиями (далее - работы оборонного характера) при объявлении военного положения на всей территории Республики Казахстан или в отдельных ее местностях.

3. Привлечение организаций, граждан и других лиц к выполнению работ оборонного характера организуют органы военного управления через начальников Гражданской обороны местных ис-

полнительных органов - акимов на территории (территориях), где введено военное положение.

4. Решение о привлечении организаций, граждан и других лиц к работам оборонного характера доводится и оформляется соответствующим приказом руководителя органа военного управления через местные исполнительные органы и средства массовой информации, где введено военное положение.

5. Граждане и другие лица являются по вызову начальника Гражданской обороны на территории, где введено военное положение, в указанное место и время для работ оборонного характера.

6. Организации, граждане и другие лица, привлекаемые для работ оборонного характера, выполняют задачи гражданской защиты, предусмотренные законодательством Республики Казахстан в сфере гражданской защиты и международными соглашениями, ратифицированными Республикой Казахстан.

*Сноска.* Пункт 6 в редакции постановления Правительства РК от 02.04.2015 № 173 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

7. Начальники Гражданской обороны местных исполнительных органов - акимы при осуществлении борьбы с пожарами, эпидемиями, эпизоотиями на соответствующих территориях обеспечивают привлекаемых специальной одеждой и приспособлениями.

8. Организации, граждане и другие лица, находящиеся на территории, где введено военное положение, выполняют требования государственных органов, обеспечивающих военное положение и иные работы, возложенные на них законодательством Республики Казахстан.

9. Органы военного управления при привлечении организации, граждан и других лиц к выполнению работ оборонного характера выдают документ, подтверждающий их участие в этих работах согласно приложению к настоящим Правилам. Документ подписывается руководителем органа военного управления и скрепляется печатью.

*Приложение*

**к Правилам привлечения организаций,  
граждан и других лиц к выполнению  
работ оборонного характера,  
ликвидации последствий применения  
противником оружия, восстановлению  
поврежденных, разрушенных объектов,  
систем жизнеобеспечения населения,  
а также к участию в борьбе с пожарами,  
эпидемиями, эпизоотиями**

\_\_\_\_\_ (наименование организации, Ф.И.О. гражданина или другого лица, привлекаемого к выполнению работ)

был(а) привлечен(а) к выполнению \_\_\_\_\_  
(указать вид работы)

\_\_\_\_\_ работ в период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

Название органа военного управления \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. руководителя (подпись руководителя органа военного управления)

М.П.  
" \_\_\_\_\_ "  
(дата подписания)



**Государственной системе гражданской защиты - 25 лет****ВОСПОМИНАНИЯ ВЕТЕРАНОВ МЧС РК**

*От редакции:* Завершаем серию статей под вышеуказанной рубрикой. В №1,2,3 номерах журнала мы познакомили читателей с деятельностью ветеранов, которые стояли в 1995 году на истоке создания государственного комитета по ЧС, заложили фундамент нынешней государственной системы гражданской защиты (далее - ГСГЗ).

В №4 номере журнала страницы летописи читателям раскрывают два ветерана органов ГЗ, которые стояли у истока событий, и они поделятся своими воспоминаниями, это: генерал – майор Исаков Мейрам Кабденович и полковник Базаргельдиев Бахыт Мурзагельдиевич. Оба ветерана в бытность занимали командные должности в системе МЧС РК.

**Гражданская оборона в государственной системе гражданской защиты**

*(воспоминание генерала-майора в отставке Исакова Мейрама Кабденовича, советника Министра по ЧС РК, кавалера ордена "Даңқ" II степени, заслуженного работника службы чрезвычайных ситуаций Республики Казахстан)*

Я в своей военной карьере прослужил в системе Гражданской обороны и чрезвычайных ситуаций Казахстана более 25 лет, начиная с 1989 года. Возглавлял в разные годы штаб ГО области, Управление ЧС Жезказганской области, ДЧС Карагандинской области, Департамент ГО Министерства по ЧС Республики, ДЧС города Астана.

Когда в 1995 году образовывался правопреемник нынешнего ГСГЗ Государственный комитет по чрезвычайным ситуациям воинскую службу проходил в штабе ГО Жезказганской области. В нашей республике не было такой единой службы, никто не представлял ее в таком масштабе и возможностях, которую сейчас она имеет, вплоть до своей ведомственной авиации, аэромобильного спасательного подразделения, санитарных поездов. Слово ВПЕРВЫЕ можно повторять на каждом этапе становления и развития службы. В этом неумолимы особая роль и заслуги ее первых руководителей: Макиевского Н.М., генерал-майора Алтынбекова С.А., Бижанова Н.Х., генерал-майора Петрова В.В., Министра по



ЧС РК генерал-лейтенанта Божко В.К. и многих специалистов разного уровня, военных, спасательных и специализированных подразделений, всех сотрудников. Со многими, из которых мне посчастливилось работать вместе. Делить, конечно нельзя, все выполняли и выполняют единую благородную задачу спасения жизни и здоровья населения, защиты объектов и территории страны.

На заре становления новой системы перед нами был свежий опыт создания спасательной службы России, за которым мы наблюдали, изучали, перенимали и добавляли свое. Готовили кадры в Академии ГЗ РФ. В начале, в г. Алматы и областях экспериментально на различных базах создавали локальные службы спасения под номерами «911,051,511,055», а теперь круглосуточно функционирует единая дежурно-диспетчерская служба «112», которая показала свою эффективность и действенность при угрозе и возникновении ЧС.

Я хорошо помню те далекие годы, когда при стихийных бедствиях и крупномасштабных авариях техногенного характера планировалось использовать формирования ГО, технику строительных и транспортных предприятий. Порой для ликвидации последствий ЧС привлекался персонал промышленных предприятий, военнотружущие и учащиеся. Законодательной базы, которая бы определяла их полномочия, ответственность и порядок взаимодействия не существовало, люди и техника направлялись в зоны бедствия в административном порядке.

Буквально за несколько лет созданная система ГЗ по готовности, подготовке профессионалов вышла на современный уровень. Заслуженно наши коллеги стран СНГ отдавали предпочтение навыкам наших спасателей и в целом государственной системе ЧС РК, после россиян.

Этот уровень казахстанцы более десяти лет доказывали на ежегодных международных соревнованиях «КАЗСПАС».

По прошествии лет, служба ГЗ пользуется авторитетом в государстве, узнаваема в народе. Она имеет заслуженных ветеранов, почетных сотрудников, отмеченных государственными наградами, признанных профессионалов своего благородного дела гражданской защиты.

Сейчас проживаем в мире стремительно развивающихся технологий, опасного изменения природы Земли, глобального всеобщего беспорядка, борьбы за существование государств и народов, «внезапной» мировой пандемии. Чем закончится этот период развития Человечества? Вряд ли знают политики и лидеры самого высокого ранга. Новые вызовы требуют новую стратегию развития службы ГЗ.

**Воинские части МЧС РК - главная сила  
государственной системы ГЗ**

*(воспоминание полковника в отставке*

***Базаргельдиева Бахыта Мурзагельдиевича***)



Согласно нормативно-правовым актам в сфере ГЗ к основным силам государственной системы гражданской защиты, привлекаемым на ликвидацию чрезвычайной ситуации, относятся воинские части Гражданской обороны, которые до 9 сентября 2020 года входили в состав Национальной гвардии МВД РК. Теперь они находятся в ведении возрожденного Министерства по ЧС РК.

В далеком 1993 году постановлением Кабинета Министров РК воинские части ГО (в/ч 28237 и 52859) были переданы Штабу Гражданской обороны страны, а войсковая часть 68303 как узел связи был в составе штаба. Когда в нашей республике ровно 25 лет назад Указом Президента РК был создан Государственный комитет по чрезвычайным ситуациям, эти воинские части ГО стали основой всей группировки сил ГСГЗ.

Мне в жизни выпала большая честь - быть командиром воинской части 68303 в течение 10 лет. Первые периоды службы на этой высокой должности выпали как раз в годы становления и развития Государственного комитета по ЧС.

Главной задачей нашей воинской части как Узла связи было это оповещение государственных органов и обеспечение всеми видами связи для оперативного управления системы гражданской обороной в ходе выполнения мероприятий по защите от чрезвычайных ситуаций в мирное и военное время.

В сентябре 1994 года Кабинет Министров Республики Казахстан своим постановлением утвердил Долгосрочную программу по предупреждению и действиям в чрезвычайных ситуациях. Узлу связи была поставлена задача организовать взаимодействие центральных республиканских органов государственного управления с областными, а при необходимости - с городскими и районными администрациями и комиссиями по ЧС посредством обеспечения каналами дельной связи и силами средствами мобильного узла связи в зоне ЧС. Также постоянно поддерживать связь (управление) с республиканскими министерствами и ведомствами, промышленными транспортно-энергетическими пред-

приятными, дежурными службами различных уровней и силами, привлекаемыми к ликвидации последствий ЧС. Основная нагрузка в ходе выполнения этих задач ложилась на плечи военнослужащих нашей части (Узла связи). Командование и личный состав воинской части 68303 (Узел связи) четко справились с поставленными задачами.

За годы моей службы нами было организовано взаимодействие со всеми действующими системами связи МО, КНБ и МВД.

Также, постоянно проводили совершенствование в тактическом звене управления организация радиосвязи с применением командно-штабных машин и подвижных (мобильных) узлов связи для обеспечения управления спасательными работами непосредственно в зонах ЧС. Организация радиосвязи на маршрутах следования аварийно-спасательных и восстановительных подразделений.

В 1999 году мы обеспечили управление и обмен информацией оперативной группы казахстанских спасателей с кризисным центром АЧС РК, которые были отправлены на проведение поисково-спасательных работ в Турцию. В этой стране было разрушительное землетрясение. Несмотря на большие расстояния, мы – военные связисты, работали четко, все средства радиосвязи функционировали в круглосуточном режиме.

Из моей памяти никогда не сотрутся период работы личного состава части в зоне ЧС в 2003 году, когда на станции Луговое Жамбылской области произошло землетрясение - одно из крупномасштабных ЧС в современной истории Казахстана. За весь период проведения аварийно-спасательных и неотложных работ воинская часть 68303



(Узел связи) обеспечила устойчивую бесперебойную связь республиканского штаба ликвидации ЧС с Правительством РК и АЧС РК.

25 лет - это яркие вехи становления государственной системы ГЗ. Очень отрадно то, что в этот юбилейный год было возрождено МЧС РК, и воинская часть 68303 снова вернулась в ряды спасателей. Я уверен в том, что нынешнее поколение личного состава части способно решать сложные задачи, связанные с гражданской защитой, достойно будет продолжать славную боевую традицию ветеранов.

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРАВОПРИМЕНИТЕЛЬНОЙ ПРАКТИКИ В РАМКАХ ГОСУДАРСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ В ОБЛАСТИ ГО

*Майор Абиров Куанышбек Абаевич –  
офицер Управления ГО Департамента по  
чрезвычайным ситуациям  
города Нур-Султан*



В «Военной доктрине РК», утвержденной Указом Президента РК от 29 сентября 2017 года отмечено, что военно-политическая обстановка в мире характеризуется высокой динамичностью и непредсказуемостью развития, усилением противостояния между мировыми и региональными "державами" за сферы влияния в мире, а также возрастанием роли военной силы в разрешении межгосударственных и внутригосударственных противоречий. В свете современных вызовов и угроз нарастает актуальность и значение Гражданской обороны. Об этом свидетельствуют внесенные серьёзные изменения в мае 2020 г. в некоторые законодательные акты в области мобилизационной подготовки и мобилизации. Качественное и всестороннее выполнение мероприятий Гражданской обороны во многом зависит от планомерного и углубленного государственного контроля в этой области. Ведь каждое нарушение требований законодательных актов в области ГО приводит к снижению обороноспособности страны в целом. Я уверен в том, что с возрождением Министерства по ЧС имеющиеся проблемы в сфере гражданской защиты, в том числе и в области ГО, найдут свои правильные решения.

Президент РК К.К. Токаев в своем ежегодном Послании народу Казахстана от 1 сентября 2020 года четко отметил: «Никакое улучшение законодательства не поможет, если не будет соответствующей правоприменительной практики».

С юридической точки зрения задачами обобщения и анализа правоприменительной практики являются: выявление проблемных вопросов применения органом государственного контроля и надзора обязатель-

ных требований, а также выявления типичных нарушений обязательных требований и подготовка предложений по реализации профилактических мероприятий для их предупреждения.

В своей статье я хочу поделиться с некоторыми характерными проблемами, с которыми проходило мне сталкиваться в ходе практической деятельности, связанные с осуществлением государственного контроля в области ГО. Так как читателями журнала являются в основном представители категорированных объектов по ГО. Думаю, что им полезно будет знать некоторые моменты правоприменительной практики государственного контроля.

***Какие организации подлежат проверке в области ГО и какие виды проверок в отношении их применяются?***

В соответствии с Законом РК «О гражданской защите» государственный контроль в области Гражданской обороны направлен на обеспечение исполнения центральными и местными исполнительными органами, категорированными организациями по гражданской обороне, а также должностными лицами и гражданами требований и мероприятий по гражданской обороне, установленных законодательством Республики Казахстан. То есть, к проверке в области ГО подлежат вышеперечисленные организации.

Напомню, что Законом РК «О гражданской защите» отнесение организаций к категориям по гражданской обороне осуществляется с целью комплексного и дифференцированного проведения мероприятий гражданской обороны в зависимости от государственного, оборонного значения и жизнеобеспечения населения. К особо важной категории относятся организации, на территории которых расположены стратегические объекты, нарушение функционирования которых создает угрозу национальной безопасности и опасность возникновения чрезвычайных ситуаций.

К категорированным относятся организации, нарушение функционирования которых может привести к значительным социально-экономическим последствиям, возникновению чрезвычайных ситуаций регионального и местного масштабов.

Ежегодно акимы областей и городов республиканского значения, столицы совместно с Департаментами ЧС ежегодно подготавливают предложения по отнесению городов к группам, организаций – к категориям

по Гражданской обороне и направляются в уполномоченный орган для утверждения. В моей практике были случаи, когда руководители некоторых категоризированных объектов не знали существующий порядок отнесения организаций к категориям по ГО.

Законодательством Республики Казахстан в целях контроля за соблюдением требований в области гражданской обороны и пресечения их нарушений определен вид профилактической контрольной деятельности, осуществляемой должностными лицами Управления гражданской обороны Министерства по чрезвычайным ситуациям Республики Казахстан. Законом РК «О гражданской защите» (ст.37) четко определен круг должностных лиц, осуществляющих государственный контроль в области гражданской обороны. Эти должностные лица являются государственными инспекторами, они наделены определенными полномочиями по защите интересов государства. Уровень государственных инспекторов зависит от их занимаемой должности.

С мая 2018 года в нашей стране в соответствии с Предпринимательским Кодексом РК субъекты контроля и надзора распределены на 4 группы на основе их оценки риска. Те организации, в отношении которых осуществляется государственный контроль в области ГО, отнесены ко второй группе. В этих организациях проводятся внеплановые проверки, профилактический контроль с посещением и без посещения субъекта контроля. При этом кратность не должна превышать одного раза в год.

### ***Что проверяет государственный инспектор?***

Перечень проверяемых вопросов по ГО определен совместным приказом Министра внутренних дел Республики Казахстан от 30 октября 2018 года № 758 и Министра национальной экономики Республики Казахстан от 30 октября 2018 года № 31 «Об утверждении критериев оценки степени риска и проверочных листов в области пожарной безопасности и ГО». Существует два критерия оценки степени риска в области ГО: объективные и субъективные.

*По объективным Критериям к высокой степени риска относятся:*

- центральные исполнительные органы, их территориальные подразделения;
- местные исполнительные органы областей, городов Нур-Султан, Алматы и Шымкента, городов и районов областей;
- структурные подразделения (организации, учреждения) по органи-



зации и ведению гражданской обороны в местных исполнительных органах областей, городов республиканского значения, столицы;

- организации, на базе которых созданы службы гражданской защиты;
- организации, отнесенные к категориям по гражданской обороне.

К не отнесенной к высокой степени риска (незначительная) относятся:

- подведомственные организации центральных исполнительных органов;
- местные исполнительные органы сельских районов;
- организации, не отнесенные к категории по гражданской обороне, имеющие защитные сооружения и другое имущество гражданской обороны;
- организации, не отнесенные к категории по гражданской обороне, на базе которых созданы эвакуационные пункты.

Определение субъективных критериев осуществляется на основе следующих источников информации, они применяются в отношении субъектов (объектов) контроля, отнесенных к высокой степени риска:

- 1) результатов мониторинга отчетности и сведений, представляемых субъектом контроля отчетов о выполнении мероприятий ГО, предоставляемых в соответствии с приказом МВД РК от 6 марта 2015 года №190 "Об утверждении Правил организации и ведения мероприятий ГО";
- 2) обращений физических и юридических лиц за прошедший год;
- 3) результатов предыдущего профилактического контроля с посещением субъекта контроля.

На основании имеющихся источников информации формируются субъективные критерии, подлежащие анализу. При анализе не применяются данные субъективных критериев, ранее учтенные и использованные в отношении конкретного субъекта (объекта) контроля либо данные, по которым истек срок исковой давности в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

В зависимости от возможного риска и значимости проблемы, единичности или системности нарушения, анализа принятых ранее решений по каждому источнику информации определяются субъективные критерии, которые соответствуют степени нарушения – грубое, значительное и незначительное.

К грубой степени отнесены требования ГО, не выполнение которых

приведет к понижению обороноспособности страны, отсутствие таких важных составляющих аспектов ГО: Плана ГО и Плана действий по ликвидации ЧС, системы управления и связи, защитных сооружений и средств индивидуальной защиты. При этом не готовность этих аспектов ГО также будет признана как грубое нарушение. Требования ГО, отнесенные к значительной и незначительной степени, носят организационный характер.

Перечень проверяемых вопросов по ГО указывается в проверочном листе.

**Проверочный лист** - это перечень требований, включающий в себя только те требования к деятельности проверяемых субъектов, несоблюдение которых влечет за собой угрозу жизни и здоровью человека, окружающей среде, законным интересам физических и юридических лиц, государства.

Итак, государственный инспектор по ГО проверяет:

- наличие и содержание планирующих документов: План ГО и План действий по ликвидации ЧС;
- создание структурного подразделения (работника), специально уполномоченного на решение задач по организации и ведению ГО;
- наличие и исправность системы связи;
- наличие и соответствие содержания в мирное время запасных (городских, загородных), вспомогательных и подвижных пунктов управления;
- создание объектовых формирований гражданской защиты, их оснащенность и готовность;
- создание эвакуационной комиссии;
- наличие и порядок хранения запасов имущества ГО;
- проведение подготовки и обучение населения в сфере ГЗ.

В ходе проверки категоризированных объектов мной были выявлены ряд нарушений и недостатков системного характера. Чаще всего грубое нарушение в области ГО категоризированными организациями допускается в части отсутствия структурного подразделения (работника), специально уполномоченного на решение задач по организации и ведению ГО. Обычно эти обязанности руководитель объекта возлагает на инженера по пожарной безопасности или промышленной безопасности. Встречались в моей практике объекты, где отсутствовали защитные сооружения гражданской обороны, что является грубым нарушением требования нормативно-правовых актов в области ГО.

***Какие наказания предусмотрены законодательством РК за нарушения в области ГО?***

Согласно Кодекса административных правонарушений Республики Казахстан от 5 июля 2014 года № 235-V ЗРК грубое нарушение в области ГО признается противоправным действием (бездействием), которое повлекло неисполнение мероприятий гражданской обороны, что в конечном итоге приведет к понижению обороноспособности страны. То есть, эти грубые нарушения являются административным правонарушением, для них предусмотрено наказание в виде штрафа в размере пятидесяти месячных расчетных показателей.

Дела об административных правонарушениях в области гражданской обороны рассматривает уполномоченный орган в сфере гражданской защиты, а налагает административные взыскания административный суд.

Хочу напомнить, что административное взыскание является мерой государственного принуждения, применяемой уполномоченными на то законом органами (должностными лицами) за совершение административного правонарушения. Никто не может быть дважды привлечен к административной ответственности за одно и то же правонарушение.

***Какими правами наделены государственные инспекторы и субъекты контроля (проверяемая сторона)?***

Госинспектор в период проверки имеет право беспрепятственного доступа на территорию и в помещения субъекта (объекта) контроля, осуществлять аудио-, фото- и видеосъемку, а также привлекать специалистов, консультантов и экспертов государственных органов, подведомственных и иных организаций.

Субъекты контроля, при проведении проверки, вправе не допускать к проверке госинспекторов, прибывших для проведения проверки, в случаях, когда сроки проверки превышены, либо просрочены со сроками, указанными в проверочном листе. Таких прецедентов в моей практике не было. Обычно проверка в области ГО занимает не более 5 рабочих дней.

Также проверяемая сторона вправе обжаловать акт о результатах проверки, предписание об устранении выявленных нарушений в порядке, установленном законодательством РК. Чтобы не допустить подобное нам, государственным инспекторам, осуществляющим государственный контроль в области ГО, необходимо в ходе проверки строго соблюдать все требования нормативно-правовых актов в сфере ГЗ, неукоснительно защищать интересы государства и общества.

**Какие действия государственных инспекторов и субъектов контроля (проверяемая сторона) в ходе проверки являются нарушениями?**

Государственный инспектор в ходе проверки не имеет право:

1) проверять выполнение требований, не установленных в проверочных листах данного органа контроля и надзора, а также если такие требования не относятся к компетенции государственного органа, от имени которого действуют эти должностные лица;

2) требовать предоставления документов, если они не являются объектами проверки или не относятся к предмету проверки;

3) разглашать и (или) распространять информацию, полученную в результате проведения проверки и профилактического контроля и надзора с посещением субъекта (объекта) контроля и надзора и составляющую коммерческую, налоговую или иную охраняемую законом тайну;

5) превышать установленные сроки проведения проверки и профилактического контроля и надзора с посещением субъекта (объекта) контроля и надзора;

6) проводить мероприятия, носящие затратный характер, в целях государственного контроля за счет проверяемых субъектов.

В случаях отказа субъектами контроля в принятии акта о назначении проверки или профилактического контроля и надзора с посещением субъекта (объекта) контроля и надзора, ознакомлении с проверочным листом, а также воспрепятствования доступу должностного лица органа контроля и надзора, осуществляющего проверку или профилактический контроль и надзор с посещением субъекта (объекта) контроля и надзора, к материалам, необходимым для проведения проверки или профилактического контроля и надзора с посещением субъекта (объекта) контроля и надзора, составляется протокол. Протокол подписывается должностным лицом органа контроля и надзора, осуществляющим проверку, и уполномоченным лицом проверяемого субъекта.

Уполномоченное лицо проверяемого субъекта вправе отказаться от подписания протокола, дав письменное объяснение о причине отказа.

В моей практике был такой прецедент, когда одна организация, на базе которой была создана решением акима городская служба гражданской защиты заявила об отказе принять акт о назначении проверки. Приводили самые разные причины, чтобы перенести сроки проверки. Однако мы объяснили руководству организации о том, что согласно Предпринимательского Кодекса РК отказ от получения акта о назначении проверки не

является основанием для отмены проверки. Таким образом, та проверка была проведена в установленные сроки.

### ***Регистрация акта о назначении проверки***

Акт о назначении проверки, в обязательном порядке регистрируется в уполномоченном органе по правовой статистике и специальным учетам.

Регистрация акта о назначении проверки носит учетный характер и используется для формирования и совершенствования ведомственных систем управления рисками.

Наличие регистрации акта о назначении проверки не является доказательством законности такой проверки.

Акт о назначении проверки органом контроля и надзора регистрируется до начала проверки в уполномоченном органе по правовой статистике и специальным учетам путем его представления территориальному подразделению уполномоченного органа по правовой статистике и специальным учетам по месту нахождения проверяемого субъекта, в том числе в электронной форме.

Порядок регистрации актов о назначении проверки, уведомлений о приостановлении, возобновлении, продлении сроков проверки, об изменении состава участников и предоставлении информационных учетных документов о проверке и ее результатах определяется Генеральной прокуратурой Республики Казахстан.

### ***Порядок проведения проверки в области ГО***

Орган контроля и надзора обязан известить в письменном виде проверяемого субъекта о начале проведения внеплановой проверки и профилактического контроля с посещением и без посещения не менее чем за сутки до их начала с указанием предмета проведения проверки.

Должностные лица государственных органов, прибывшие для проверки на объект, обязаны предъявить:

- 1) акт о назначении проверки с отметкой о регистрации в уполномоченном органе по правовой статистике и специальным учетам;
- 2) служебное удостоверение;
- 3) при необходимости разрешение компетентного органа на посещение режимных объектов;
- 4) медицинский допуск, наличие которого необходимо для посещения объектов, выданный в порядке, установленном уполномоченным органом в области здравоохранения.

Началом проведения проверки считается дата вручения проверяемо-

му субъекту акта о назначении проверки, а также ознакомления субъекта контроля с указанием пунктов требований, подлежащих проверке и профилактического контроля с посещением.

### ***Сроки проведения проверки***

Срок проведения проверки устанавливается с учетом объема предстоящих работ, а также поставленных задач и не должен превышать для субъектов микропредпринимательства – пять рабочих дней, для субъектов малого, среднего и крупного предпринимательства, а также проверяемых субъектов, не являющихся субъектами частного предпринимательства, – десяти рабочих дней при внеплановой проверке, не более пятнадцати рабочих дней при проведении профилактического контроля с посещением. Бывают случаи, когда в указанные сроки госинспектор по разным объективным обстоятельствам не укладывается в установленные сроки. В этом случае закон дает ему право продлевать на те же установленные сроки.

Уведомление проверяемого субъекта о приостановлении либо возобновлении проверки производится за один день до приостановления либо возобновления проверки с уведомлением уполномоченного органа по правовой статистике и специальным учетам.

При приостановлении или возобновлении проверки выносится акт о приостановлении либо возобновлении проверки.

Исчисление срока проведения приостановленной проверки продолжается со дня ее возобновления.

Повторное проведение проверки проверяемого субъекта, по которому проверка была приостановлена и не возобновлена в установленные в статье сроки, не допускается.

### ***Что указывает госинспектор в предписании***

В случае выявления каких либо нарушений в ходе проверки госинспектор обязан фиксировать их в предписании, в котором указываются:

- 1) дата, время и место составления предписания;
- 2) наименование органа контроля и надзора;
- 3) фамилия, имя, отчество и должность лица (лиц), проводившего (проводивших) профилактический контроль и надзор с посещением субъекта (объекта) контроля и надзора;
- 4) наименование или фамилия, имя, отчество (если оно указано в документе, удостоверяющем личность) субъекта контроля и надзора,

должность представителя физического или юридического лица, присутствовавшего при проведении профилактического контроля и надзора с посещением субъекта (объекта) контроля и надзора;

5) дата, место и период проведения профилактического контроля и надзора с посещением субъекта (объекта) контроля и надзора;

6) перечень выявленных нарушений в соответствии с пунктами проверочного листа с обязательным указанием степени тяжести нарушения в соответствии с субъективными критериями оценки степени риска;

7) рекомендации и указания на возможные действия по устранению выявленных нарушений с указанием сроков их устранения;

При определении сроков исполнения предписания об устранении выявленных нарушений учитываются:

1) наличие у субъекта контроля и надзора организационных, технических и финансовых возможностей по устранению нарушений;

2) особенности технического состояния используемых производственных объектов.

Завершением срока профилактического контроля с посещением субъекта (объекта) контроля и надзора считается день вручения субъекту контроля и надзора заключения (в случае отсутствия нарушений) либо предписания об устранении выявленных нарушений не позднее срока окончания профилактического контроля и надзора с посещением субъекта (объекта) контроля и надзора, указанного в акте о назначении профилактического контроля и надзора с посещением субъекта (объекта) контроля и надзора.

Завершая свою статью хочу отметить, что за последние годы в нашей стране существенно изменились взгляды и требования в области осуществления государственного контроля в области ГО, в т.ч. при проведении проверок в организациях, отнесенных к категориям по ГО.

Ведущим направлением контрольной деятельности становится применение риск-ориентированного подхода, другими словами, проверять в первую очередь нужно именно те организации, которые имеют особое оборонное и экономическое значение. Направлять все силы на максимальный контроль всех без исключения объектов нецелесообразно и неэффективно, т.е. речь идет об установлении приоритетов в контрольно-надзорной деятельности.



## ПАНДЕМИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ – 2020



*Ильина Вера Васильевна -  
преподаватель РУМЦ ГЗ МЧС РК*

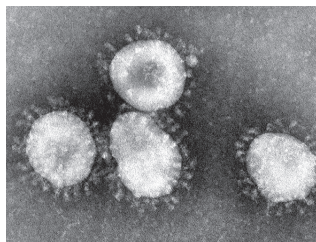
Статья написана в самый разгар пандемии. Хотя вызывающий ее вирус еще полностью не изучен, тем не менее, уже накопился достаточный опыт для противостояния этому опасному заболеванию.

### *Коронавирусы*

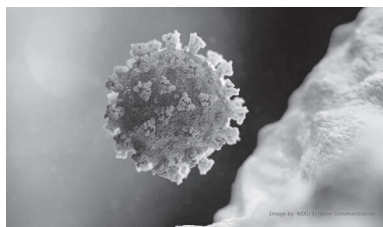
Коронавирусы— семейство вирусов, включающее в себя в настоящее время 43 вида РНК<sup>1</sup> -содержащих вирусов, которые поражают млекопитающих, включая человека, птиц и земноводных. Название связано со строением вируса, шиповидные отростки которого напоминают солнечную корону.

Известны 7 коронавирусов, поражающих человека:

- HCoV-229E — впервые выявлен в середине 1960-х годов;
- HCoV-OC43 — возбудитель выявлен в 1967 году;
- HCoV-NL63 — возбудитель был выявлен в Нидерландах в 2004 г.;
- HCoV-NKU1 — возбудитель обнаружен в Гонконге в 2005 году;



Диаметр различных вирусов -  
80–220 нм (электронно-  
микроскопический снимок)



Момент прикрепления коро-  
навируса к рецептору клетки:  
сцепка S-белка «короны» виру-  
са и рецептора (электронно-  
микроскопический снимок)

- SARS-CoV — возбудитель тяжёлого острого респираторного синдрома, первый случай заболевания которого был зарегистрирован в 2002 году;

- MERS-CoV — возбудитель ближневосточного респираторного синдрома, вспышка которого произошла в 2015 году;
- SARS-CoV-2 — выявленный во второй половине 2019 года, вызвавший пандемию нового типа COVID-19.

Значительное распространение в последние годы получили MERS и SARS.

Ближневосточный острый респираторный синдром MERS — это инфекция, вызывающая заболевание с симптомами, похожими на симптомы гриппа, возбудителем которой является коронавирус.

Тяжелый острый респираторный синдром SARS — это коронавирусная инфекция, вызывающая гриппоподобные симптомы.

COVID-19 представляет собой острое респираторное заболевание, которое может быть тяжелым, и вызвано недавно обнаруженным коронавирусом, получившим официальное название SARS-CoV-2.

### ***Пути распространения***

В основном, вирус SARS-CoV-2 передаётся при контакте, чаще всего воздушно-капельным путем через небольшие капли, выделяющиеся при дыхании, разговоре, а особенно при кашле и чихании. Капли могут перемещаться по воздуху, как правило, на небольшие расстояния, а также оказываться на поверхностях. Самые мелкие капли способны оставаться взвешенными в воздухе в течение более длительных периодов времени. Заражение может произойти при вдыхании такого воздуха, а также после прикосновения к загрязнённой поверхности, а затем к лицу.

### ***Симптомы***

К распространённым симптомам относятся следующие:

- Лихорадка, сопровождаемая повышением температуры;
- Кашель;
- Одышка или затрудненное дыхание;
- Озноб или повторяющиеся приступы дрожи с ознобом;
- Усталость;
- Мышечные боли;
- Головная боль;

---

<sup>1</sup> РНК (рибонуклеиновая кислота) - это одноцепочная молекула, которая служит для образования белка.

- Боль в горле;
- Потеря обоняния и вкуса;

При осложнениях могут возникать острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС) и пневмония (воспаление лёгких). Инкубационный период, то есть отрезок времени от момента заражения до проявления симптомов, обычно, составляет около пяти дней, но вариации могут быть от двух до четырнадцати дней.

У некоторых заразившихся инфекция протекает в лёгкой форме или бессимптомно. Примерно в 15 % случаев заболевание протекает в тяжёлой форме с необходимостью применения кислородной терапии, ещё в 5 % состояние больных критическое, тогда требуется искусственная вентиляция легких.

Риск тяжелого течения заболевания и смерти в случаях COVID-19 увеличивается с возрастом, а также у лиц с уже имеющимися серьезными расстройствами, такими, как заболевания сердца, легких, почек или печени, диабет, иммунодефицитные состояния или тяжелое ожирение.

### ***Пандемия COVID-19 в Казахстане***

Первые случаи коронавирусной инфекции COVID-19 были зарегистрированы на территории Казахстана 13 марта 2020 года. Для предотвращения распространения заболевания Указом президента РК с 16 марта до 11 мая 2020 года в стране был введён режим чрезвычайного положения, во всех регионах объявлен карантин.

На период действия чрезвычайного положения были введены следующие меры и временные ограничения:

- усилена охрана общественного порядка, охрана особо важных государственных стратегических, особорежимных, режимных и особо охраняемых объектов, а также объектов, обеспечивающих жизнедеятельность населения и функционирование транспорта;
- ограничено функционирование крупных объектов торговли;
- приостановлена деятельность торгово-развлекательных центров, кинотеатров, театров, выставок и других объектов с массовым скоплением людей;
- введён карантин, осуществлены масштабные санитарно-противоэпидемические мероприятия, в том числе с участием структурных подразделений Министерства обороны Республики Казахстан и орга-

нов внутренних дел, осуществляющих деятельность в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

- запрещено проведение зрелищных, спортивных и других массовых мероприятий, а также семейных, памятных мероприятий;



Строительство инфекционной больницы из железобетонных модулей в Нур-Султане , (8 апреля 2020 года)



Новую инфекционную больницу открыли в Талдыкоргане (5 октября 2020)

- установлены ограничения на въезд на территорию Республики Казахстан, а также на выезд с её территории всеми видами транспорта, за исключением персонала дипломатической службы Республики Казахстан и иностранных государств, а также членов делегаций международных организаций, направляющихся в страну по приглашению Министерства иностранных дел Казахстана.

Все это позволило удержать ситуацию под контролем и не допустить массовых заражений.

Однако, после ослабления карантинных мер заболеваемость резко пошла вверх. Для сдерживания роста заболеваний 5 июля 2020 года в Казахстане начал действовать режим локдауна. Все объекты торговли и оказания услуг были закрыты, кроме супермаркетов, аптек, кафе (с сохранением социального дистанцирования), аэропортов (осталась только часть внутренних рейсов). Часть сотрудников организаций и предприятий были переведены на удаленную работу, повсюду усилен контроль за соблюдением санитарных норм, введен запрет на проведение всех видов торжеств и ритуальных мероприятий с большим скоплением народа. Эпидемиологическая ситуация нормализовалась.

В момент написания данной статьи во многих странах мира наблюдается вторая волна пандемии. В Казахстане принят целый ряд мер для подготовки к ней.

В начале пандемии коронавирусной инфекции в городах Нур-Султан, Алматы и Шымкенте экстренно были возведены модульные инфекционные клиники. Каждый стационар построили меньше, чем за месяц. По аналогии с ними было запланировано строительство еще 13 инфекционных больниц, часть из которых уже построена.

Согласно приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 июля 2020 года № ҚР ДСМ-78/2020 «О некоторых вопросах организации и проведения санитарно-противоэпидемических и санитарно-профилактических мероприятий» были утверждены Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению возникновения угрозы распространения коронавирусной инфекции».

### **Пандемии в историческом прошлом**

Человечество за все время его существования не раз оказывалось во власти смертоносных пандемий. Ниже приводится дошедшая до нас краткая информация о них.

#### **ЧУМА**

\* Афинская чума (с 230 года до н.э. до 226 года до н.э.)

\* Антонинова чума (165-180 годы н.э.). Эпидемия, которая разразилась в Римской империи. Примерно в эти же годы страшная болезнь охватила Китай.

\* Юстинианова чума (541 — 750 годы н.э.). Первая зафиксированная источниками пандемия чумы в истории человечества. Была названа в честь византийского императора Юстиниана Первого. Возможно, унесла около 90 миллионов жизней в Европе, Азии, Северной Африке.

\* «Чёрная смерть» (1346 — 1353 годы)

Как и Антонинова чума, она свирепствовала в Китае и в Европе, а также, например, в Золотой Орде. Главным переносчиком инфекции стали крысиная и человеческая блоха.

#### **ОСПА**

Оспа в Америке (началась в 16 веке). Европейцы, открывшие Новый Свет, привезли с собой болезни, от которых у аборигенного населения Америки не было иммунитета. В результате погибли большие цивилизации ацтеков и инков.

**ХОЛЕРА**

\* Первая холерная пандемия (1817 — 1824 годы). Холера была эндемичным заболеванием<sup>2</sup>, распространённым в Индии. Однако, в 19 веке всё изменилось. Болезнь начала стремительно распространяться на другие обширные территории. Инфекция распространилась по некоторым странам Азии, также по Европе, России, Северной Америке.

\* Вторая холерная пандемия (1826 — 1837 годы).

\* Третья холерная пандемия (1846 — 1860).

\* Четвёртая и пятая холерная пандемии (1863 — 1875 и 1881 — 1896 годы).

**Пандемии 19-20 вв.****ЧУМА**

\* Пандемия чумы (конец 19 — начало 20 века).

\* Шестая (1899 — 1923) и седьмая (1962—1966) холерные пандемии. Шестая пандемия охватила все континенты, кроме Антарктиды. Седьмая началась в Индонезии, получила название Эль-Тор по названию штамма.

**ГРИПП**

\* «Испанка» (1918 — 1921 годы)

Самая массовая пандемия за всю историю человечества. Испанским гриппом за три года заразились более полумиллиарда человек (почти треть человеческой популяции на планете). Количество погибших оценивают от 20 до 100 миллионов человек. Несмотря на то, что первые больные появились в 1918 году в США, грипп получил название «испанский». Распространению болезни способствовали близившаяся к завершению Первая мировая война и эффективное, благодаря прогрессу, транспортное сообщение между странами. Ситуацию усугубляло отсутствие профилактических мер — несмотря на то, что вакцины для профилактики бактериальных заболеваний уже были известны, знания о вирусах тогда только начали приходить в науку.

\* *Азиатский грипп* (1957 год) и Гонконгский грипп (1968 год).

По данным ВОЗ, вирус H2, который появился в 1957 году (A(H2N2),

<sup>2</sup>Заболевание, характерное для определённой местности

«азиатский грипп»), и вирус H3, который появился в 1968 году (А (H3N2), «гонконгский грипп»), произошли из вирусов гриппа, циркулирующих среди птиц. Азиатский грипп унёс около 2 миллионов жизней, Гонконгский грипп — около миллиона.

\* *Тяжёлый острый респираторный синдром (SARS)* — эпидемия, не ставшая пандемией (2002 — 2003 годы). В СМИ разошлось другое название этой болезни — атипичная пневмония, хотя этим термином обозначается целый класс заболеваний.

\* *Свиной грипп* (2009 — 2010 годы). Пандемия свиного гриппа (он же — «мексиканка») началась в марте 2009 года. Первые случаи заболеваний обнаружили в Федеральном округе Мехико (Мексика). Учёные выяснили, что возбудитель свиного гриппа имеет тот же серотип H1N1, что и возбудитель пандемии «испанки». 11 июня 2009 года ВОЗ объявило эпидемию пандемией. От свиного гриппа за время пандемии скончались более 18 тысяч человек.

### Пандемия COVID-19 – 2020

Пандемия COVID-19 — глобальная пандемия коронавирусной инфекции COVID-19, вызванная коронавирусом SARS-CoV-2. Вспышка впервые была зафиксирована в Ухане, Китай, в декабре 2019 года. 30 января 2020 года Всемирная организация здравоохранения объявила эту вспышку чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение, а 11 марта — пандемией.

Эта эпидемия является первой в истории человечества пандемией, которой удастся противостоять принципиально более эффективными способами, чем предыдущим пандемиям. Благодаря современным достижениям, в практику широко внедряются и новые лекарственные препараты для лечения, и тесты для диагностики, и в скором времени станут доступными новейшие вакцины для профилактики.

В основе этиологической диагностики<sup>3</sup> вирусной инфекции, вызванной SARSCoV-19, лежит выявление РНК SARS-CoV-2 методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Скорость выполнения исследований определяется технологией ПЦР и составляет от 2 до 6 часов для одной постановки реакции. Пропускная способность лаборатории



зависит от характеристик оборудования (автоматическая или ручная пробоподготовка) и количества амплификаторов<sup>4</sup>.

Для нормализации эпидемиологической ситуации можно идти двумя путями, одним из которых является выработка коллективного иммунитета естественным путем, то есть это означает, что вирусом должны переболеть не менее 70% всех людей. Однако, учитывая тяжесть течения заболевания для определенных групп населения и отсутствие эффективного контроля распространения вируса, такой метод может быть крайне опасным, приводя к большому количеству смертельных исходов и значительным перегрузкам систем здравоохранения даже в самых развитых странах мира. Другим, наиболее приемлемым методом борьбы с пандемией на сегодняшний день является массовая вакцинация.

Вакцина призвана создать специфическую восприимчивость против заболевания путем образования и стимулирования в организме человека антител. Разработка вакцины от коронавирусной инфекции – это самый сложный биотехнологический процесс, который проходит в несколько этапов, в том числе и ряда клинических испытаний. Вакцина должна быть не только эффективной, но и абсолютно безопасной. Работа по созданию вакцины от коронавирусной инфекции началась сразу же, как только учеными был полностью расшифрован геном вируса. К исследованиям в этом направлении приступили десятки стран мира, в их числе Россия, Китай, США, Франция. Ведется разработка и отечественной вакцины в Казахстане. В некоторых странах уже приступают к ее производству для массового применения.

По состоянию на 25 октября 2020 года, в ходе пандемии было зарегистрировано свыше 42,6 миллионов случаев заболевания в более, чем в 188 странах мира; более 1,1 миллиона человек скончалось и более 28,8 миллионов выздоровело.

<sup>3</sup>Этиология — раздел медицины, изучающий причины и условия возникновения болезней.

<sup>4</sup>прибор, обеспечивающий периодическое охлаждение и нагревание пробирок

**РУБРИКА: «ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ»**

*В предыдущих номерах журнала редакция отмечала, что для слушателей семинара-тренинга по ГО Центром была разработана «Книга предложений и отзывов», где каждый из них отражал в ней все нерешенные и наболевшие проблемы, которые имеются в своих организациях, отнесенных к категориям по ГО.*

*В каждом номере журнала за 2020 год мы представляли вниманию читателей журнала по три вопроса по гражданской обороне, заданных слушателями семинара, характерных для категоризованных по ГО объектов. По просьбе подписчиков журнала и слушателей семинара редакция продолжает вести на постоянной основе рубрику «Вопросы и ответы».*

*В №4 журнала 2020 года представляем три новых вопроса слушателей семинара ГО. Итак, эти вопросы следующего характера и содержания.*

**Вопрос №1 от Калимурзина Алмаса Кабдоллаевича – генерально-го директора ТОО «BioOperations» Северо-Казахстанской области**

*Содержание вопроса: В ходе занятий семинара-тренинга по ГО преподаватели рассказывали о группировках сил. Хотелось бы подробно узнать информацию о группировках сил: какие формирования ГЗ туда входят и для чего они предназначены?*

*Содержание ответа: В соответствии с приказом МВД РК №190 от 6 марта 2015 года «Правила организации и ведения мероприятий ГО» (имеет юридическую силу) группировка сил представляет сведенные в определенную систему и развернутые (расположенные) соответствующим образом силы гражданской защиты, а также Вооруженных Сил Республики Казахстан, других войск и воинских формирований, привлекаемых для проведения аварийно-спасательных и неотложных работ в зонах чрезвычайных ситуаций и применения современных средств поражения, а также для решения других задач ГЗ.*

*Группировки сил создаются в мирное время, а полное их развертывание завершается в период перевода государственной системы гражданской защиты с мирного на военное время. Создание группировок сил предусматривается планами ГО.*

Состав группировки сил гражданской защиты областей, городов, районов определяется, исходя из наличия сил и средств, имеющихся в распоряжении соответствующих начальников гражданской обороны, с учетом предстоящего перечня и объема аварийно-спасательных и неотложных работ и других решаемых задач в условиях ведения военных конфликтов с использованием современных средств поражения.

Группировка сил гражданской обороны состоит из первого, второго эшелонов и резерва. По условиям обстановки или при незначительных силах группировка сил может состоять из одного эшелона.

Первый эшелон группировки сил предназначен для развертывания и проведения аварийно-спасательных и неотложных работ на объектах, продолжающих производственную деятельность в городе, а также в других местах, где в момент нападения противника могли находиться люди. В состав первого эшелона включаются воинские части гражданской обороны, аварийно-спасательные формирования городов, отнесенных к группам по Гражданской обороне, и объектов, продолжающих производственную деятельность. В зависимости от обстановки в первый эшелон могут включаться также силы гражданской защиты районов, расположенных вблизи городов, отнесенных к группам по Гражданской обороне.

Второй эшелон предназначен для наращивания усилий и расширения фронта аварийно-спасательных и неотложных работ, а также для требующейся замены частей (подразделений) и сил гражданской защиты первого эшелона. В его состав включаются воинские части гражданской обороны и воинские части, выделяемые военным командованием, силы гражданской защиты, не вошедшие в состав первого эшелона, в том числе силы гражданской обороны районов (сельских), расположенных вблизи городов, отнесенных к группам по гражданской обороне, с последующим привлечением сил гражданской защиты отдаленных районов (сельских).

Силы гражданской обороны, входящие в состав того или иного эшелона, с учетом сложившейся в зоне работ обстановки (в том числе радиационной) распределяются по сменам с соблюдением целостности их организационной структуры. В состав смен должны включаться различные по своему предназначению силы и средства, способные проводить весь комплекс аварийно-спасательных и неотложных работ.

Резерв предназначен для решения внезапно возникающих задач и для замены сил гражданской защиты первого и второго эшелонов.

В состав резерва включаются формирования гражданской защиты, не вошедшие в состав эшелонов, силы гражданской обороны отдаленных районов (сельских), а также силы и средства, выведенные из очагов поражения после выполнения поставленных задач.

**Вопрос №2 от Наукеева Самиголлы Сисенбаевича – директора филиала РГП на ПХВ «Казаэронавигация» города Алматы**

*Содержание вопроса: Раньше, то есть во времена ГО, бомбоубежища предназначались для всего населения для защиты их от поражающих факторов ядерного оружия. В настоящее время в нашей стране для какой категории населения предназначаются защитные сооружения гражданской обороны? В каких городах должны строиться убежища, а в каких городах строятся противорадиационные укрытия?*

Содержание ответа. Согласно постановлению Правительства РК №1354 от 19 декабря 2014 года «Правила создания и использования объектов ГО» защитным сооружением гражданской обороны (убежище, противорадиационное укрытие) является инженерное сооружение, специально оборудованное и предназначенное для защиты населения от воздействия поражающих (разрушающих) факторов современных средств поражения. Они относятся к объектам ГО.

Защитные сооружения гражданской обороны создаются для защиты наибольшей работающей смены организаций, отнесенных к категориям по гражданской обороне, а также для защиты нетранспортабельных больных медицинских организаций.

Создание защитных сооружений ГО осуществляется путем:

- 1) строительства защитных сооружений гражданской обороны;
- 2) приспособления помещений в подвальных и цокольных, наземных этажах существующих и вновь строящихся зданий, строений и сооружений или возведения отдельно стоящих;
- 3) использования подземного пространства, в том числе заглубленных сооружений различного назначения, метрополитенов, подземных горных выработок, пещер и других подземных полостей.

Убежища гражданской обороны создаются в городах, отнесенных к группам по гражданской обороне.

Противорадиационные укрытия создаются в городах, не отнесенных к группам по гражданской обороне, и сельских районах.

В военное время при отсутствии или недостаточности защитных сооружений гражданской обороны организации, отнесенные к категориям по гражданской обороне, обеспечивают защиту работников в быстровозводимых убежищах.

В городах, отнесенных к группам по гражданской обороне, городские и загородные запасные пункты управления гражданской обороны размещаются в убежищах.

В городах, не отнесенных к группам по гражданской обороне, городские запасные пункты управления гражданской обороны размещаются в противорадиационных укрытиях.

Загородные запасные пункты управления размещают в убежищах в пределах от 20 до 100 километров от городов, отнесенных к группам по гражданской обороне, в безопасной зоне от возможного катастрофического затопления.

**Вопрос №3 от Галиаскаровой Назгуль Галиаскаровны –начальника участка АО «Пригородные перевозки» Карагандинской области.**

*Содержание вопроса: В связи с пандемией коронавируса часто прерывается трансляция телеэфира и доводится для населения информация по соблюдению карантинных мер. Как эта процедура организуется? Есть ли установленный регламент прерывания телевизионных передач?*

Содержание ответа: Эта процедура называется перехватом телерадиовещания, она регламентирована законом РК «О телерадиовещании» и приказом Министра по инвестициям и индустриальному развитию РК №763 от 16 июля 2015 года.

Уполномоченные органы и должностные лица передают операторам телерадиовещания и теле-, радиокомпаниям технические средства оповещения и носители информации, содержащие видео, текстовые и речевые сообщения об угрозе жизни, здоровью людей и порядке действий в сложившейся обстановке при чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера, а также в интересах обороны, национальной безопасности и охраны правопорядка.

Операторы телерадиовещания и теле-, радиокomпании после получения от оперативных дежурных уполномоченных органов и должностных лиц извещения в течении десяти минут осуществляют прерывание трансляции теле-, радиoproграмм и обеспечивают передачу соответствующей информации населению с носителей информации.

В исключительных, не терпящих отлагательства случаях, для незамедлительного оповещения населения трансляции теле-, радиoproграмм прерываются непосредственно с рабочих мест оперативных дежурных уполномоченного органа в сфере гражданской защиты, оборудованных ведомственными техническими средствами прерывания трансляций теле-, радиoproграмм, с последующим устным (не позднее десяти минут с момента прерывания трансляции).

Разовая продолжительность прерывания трансляций текущих теле-, радиoproграмм не должна превышать пять минут при двух-трехкратном его повторении в течение одного часа.

Передача речевых сообщений в прямом эфире при прерывании трансляции телевизионных и радиoproграмм при необходимости осуществляется оперативными дежурными уполномоченных органов либо дикторами операторов телерадиовещания и теле-, радиокomпаний.

В целях обеспечения надежности сетей телерадиовещания уполномоченный орган в сфере гражданской защиты совместно с операторами телерадиовещания и теле-, радиокomпаниями периодически, не реже одного раза в квартал осуществляют проверку готовности технических средств к прерыванию трансляции телевизионных и радиoproграмм.

*Ответы на вопросы подготовлены преподавательским составом РУМЦ ГЗ*

Отклик наших читателей!

## ПОПОЛНИЛИ СВОЙ БАГАЖ ЗНАНИЙ!

*Начальник Учебно-курсового комбината  
ТОО «Богатырь Комир»  
Шарипова Любовь Викторовна*



Уважаемые коллеги «Республиканского учебно-методического центра Гражданской защиты»!

Выражаю огромную признательность за возможность изучения и познания новых инструментов, применяемых при построении учебного процесса.

Учебные классы, мультимедийные средства, наглядные пособия и другие позитивные элементы учебного процесса помогли слушателям прекрасно усвоить занятия. Из красочно оформленной библиотеки мы много интересной информации узнали про этапы становления и развития государственной системы гражданской защиты.

Ваш высококвалифицированный преподавательский состав своим энтузиазмом объединил отдельные личности в команды и превратил их работу в масштабную творческую деятельность. На все вопросы слушателей преподаватели давали подробные ответы, тем более в доступной форме. Это еще раз свидетельствует о грамотности преподавательского состава Центра.

Сочетание лекционных, практических занятий помогли определить главные тезисы, которые глубоко вошли в наше сознание и будут применены на рабочих площадках предприятия. Особенно всем запомнились практические занятия, где мы в роли должностных лиц местных исполнительных органов в ходе командно-штабного учения проводили условные работы по ликвидации ЧС. Я была назначена на должность председателя эвакуационной комиссии условного города. Мои расчеты по проведению эвакуационных мероприятий оказались верными, и в итоге получила отличную оценку.

Трансляция вашей методики и методов обучения должна распро-



страняться и на другие учебные заведения, как знак высокого качества образовательных услуг.

В ходе занятия нам довели информацию о том, что Центр скоро запускает новый контент на сайте. Было бы отлично иметь отдельный интернет-ресурс по гражданской защите. В практической работе нам часто приходится проводить долгое время за компьютером, искать необходимые материалы, будь то нормативно-правовые акты, будь то другие методические пособия. Ведь моя должность связана с подготовкой и обучением персонала. Чтобы основательно подготовиться к занятиям, мы ищем нужные материалы в интернет пространстве. Теряем из-за этого свое драгоценное время. Порой найденные и скаченные материалы бывают низкого качества в методическом плане. Теперь с помощью интернет-ресурса можно в любое время и в доступной форме ознакомиться всеми материалами по всем аспектам гражданской защиты. Особенно от этого большая практическая польза для сотрудников учебно-курсового комбината нашей компании. Тем более из этого контента мы можем скачать слайдовые материалы для проведения занятий у себя на работе. Кстати, слайдовые материалы Центра выполнены на очень высоком уровне, раскрывают все учебные вопросы изучаемой темы. Их можно смело использовать в качестве конспектов. Также большая практическая польза будет от контента в ходе проведения учений и тренировок. По каждой тренировке имеются четкие методические рекомендации, с указанием шаблонов. Одним словом, в доступной форме все показано и разъяснено.

Вообще, РУМЦ ГЗ в настоящее время является своеобразным показателем в сфере подготовки и обучения населения, который имеет 60-летнюю историю. 60 лет - это богатый опыт, эта сложившаяся традиция. Я рада, что прошла обучение именно в этом Центре. Мой багаж знаний пополнился новой и многочисленной информацией.

Желаю вашему коллективу процветания, развития, профессиональных успехов, достижений, крепкого здоровья и благополучия.



## МЕТОД ДЕБРИФИНГА ПРИ ЧС

**Сычугова Наталья Сергеевна -**  
старший эксперт-психолог, ГУ «Центр  
медицины катастроф» МЧС РК  
Республики Казахстан, г. Нур-Султан

Многие из нас, к сожалению, пережили травмирующую ситуацию. Это могла быть авария, смерть близких, пожар в доме, теракт... После произошедшего состояние психики человека настолько неустойчивое, что его можно сравнить с верхней точкой маятника. На дальнейшую траекторию может повлиять малейшее дуновение ветерка. Первая психологическая беседа со специалистом после экстремальных происшествий имеет особый смысл и предназначение. Ведь в такие моменты люди, как никогда, нуждаются в помощи и поддержке. Дебрифинг - это консультация человека или группы людей, переживших чрезвычайную ситуацию, чаще всего проходит в форме тренинга в первые двое суток после случившегося.

Как возник данный термин? Слово "дебрифинг" - это антоним термина "брифинг". Он широко используется в американском военном деле и означает "инструктаж". Следовательно, "дебрифинг" означает "разбор полетов" или "разговор после".

### *Особенности беседы с жертвами ЧС.*

Беседа с пострадавшими проводится в первые 2 суток после случившегося, так как в этот период большой процент вероятности предотвращения психологических проблем. Максимально заметный эффект дебрифинг имеет в первые сутки, когда человек не успел поспать и употребить транквилизаторы. Если данную беседу приходится отложить, то специалисты замечают, что случившиеся события уже перешли в постоянную память. Поэтому задача психологов - не допустить консолидации следов памяти, минимизировать любые негативные психические проявления после пережитого стресса.

Дебрифинг часто проводится в форме тренинга, когда участники садятся по кругу, но в данном случае предпочитают не оставлять пустого пространства в центре, ведь это не совсем привычная обстановка может восприниматься участниками как угроза. Чтобы сделать условия максимально комфортными, используют круглый стол. Дебрифинг состоит из трех основных частей:

1. Репродукция случившегося.
2. Анализ симптомов и реакций.
3. Мобилизация психологического состояния здоровья.

Кроме того, весь *процесс разделен на фазы*:

Знакомство. Как и в обычном тренинге, участники должны назвать имя и рассказать какую-то информацию о себе.

Изложение фактов. На этом этапе пострадавшие повествуют, что именно им пришлось пережить. Как они поняли, что приближается беда, их дальнейшие действия.

Фаза впечатлений. Участники делятся своими переживаниями, мыслями, эмоциями. Если разговор заходит в тупик, тренер обязан подогреть его вопросами: "Что вы думали о случившемся?", "Как вы оценивали ситуацию вокруг себя?"

Фаза чувств. Самый длинный и важный этап. Многие пострадавшие испытывают не знакомые им ранее эмоции, отчего они кажутся дикими, странными, постыдными. Каждый считает, что такой переворот сознания происходит только с ним, но в ходе разговора понимает, что все переживают аналогичные чувства. Зарождается взаимоподдержка и эмоциональная связь. Этот ключевой момент дебрифинга зависит в первую очередь от тренера, который обязан подтолкнуть участников к искренности.

Фаза симптомов. Ее можно не выделять как отдельную, часто она входит в предыдущую. Ведущий и его помощники (тоже психологи) должны обработать информацию о чувствах участников, дать наставление на будущее, рассказать о возможных психологических проявлениях. Обучение сглаживанию в будущем негативных психологических проявлений. На этом этапе есть возможность договориться еще об одной встрече.

*Экстренная психологическая помощь* – система краткосрочных мероприятий, направленных на регуляцию актуального психоло-

гического, психофизиологического состояния человека или группы людей, пострадавших в результате психотравмирующего события. Своевременно оказанная психологическая помощь (на начальных стадиях) снижает риск развития посттравматического стрессового расстройства, может предотвратить запуск развития психических и соматических заболеваний. Позже специалисты уже работают с травмой.

Специалисты, работающие с людьми, пережившими травматические события (особенно потерю близких людей), соприкасаются со страданиями, болью, горем. В особых случаях психологическая помощь оказывается в экстремальных и чрезвычайных условиях, поэтому те, кто ее оказывает, также подвержены негативному влиянию этих ситуаций.

В процессе работы важно улавливать возникающие у психолога состояния и определять, чем они вызваны, – это контрперенос, или признаки вторичной травмы, или же симптомы профессионального выгорания.

Возникшие контрпереносные чувства, с учетом рефлексии и дальнейшей их проработки, могут повлиять на процесс работы с последующей эффективной динамикой.

«Вторичная травма» заключается в изменениях во внутреннем опыте терапевта после работы с клиентом.

Еще более серьезной проблемой является «профессиональное выгорание». В работах по данной теме также используются близкие, но не идентичные термины – «эмоциональное выгорание», «со-страдательное истощение». Синдром эмоционального выгорания развивается постепенно и имеет предваряющие его реакции в виде эмоционального истощения, раздражительности, нарушения концентрации внимания и других физиологических и психологических явлений. Синдром профессионального выгорания проявляется в снижении работоспособности, в негативных изменениях психических качеств, утрате ценностных ориентаций, смысла деятельности.

Специалистами различных ведомств и учреждений, оказывающих психологическую, психотерапевтическую, психиатрическую и другие виды помощи населению в чрезвычайных и кризисных ситуа-

циях разработаны рекомендации по профилактике развития «профессионального выгорания»:

- профессиональная ориентация, отбор и допуск специалистов к работе;
- система постоянной профессиональной подготовки и переподготовки;
- четкое соблюдение режима работы и отдыха, применение специальных алгоритмов деятельности специалистов и др.;
- система постоянных супервизий (индивидуальных и групповых);
- личная терапия психолога, тренинги и другие индивидуальные и групповые формы работы. Как отмечают опытные психологи, необходима работа со своим опытом столкновения со смертью, свое горе должно быть проработано. Этому отводится значительная часть времени на занятиях по повышению квалификации, направленных на оказание помощи при острых стрессовых расстройствах (ОСР), ПТСР и кризисных состояниях. Хорошей защитой от выгорания является профессиональная идентичность и личностная зрелость. В этом смысле психолог должен быть ресурсным;
- использование методов саморегуляции;
- реабилитационные мероприятия.

### Работа с горем и потерей

Выполняя свой профессиональный долг, психологам и психотерапевтам приходится поддерживать горяющих людей. Для оказания квалифицированной помощи необходимо знать специфику переживаний человеком травматического события.

*Горе* – это очень личный процесс, который по-разному затрагивает людей. Часто реакции людей непредсказуемы. Необходимо знать, что «процесс скорби» охватывает длительный период времени, в течение которого человек, переживший смерть близкого, приспособляется к утрате.

*Острое горе* – синдром с психологической и соматической симптоматикой. Выделяется следующая картина острого горя: физиче-

ское страдание, поглощенность образом умершего, чувство вины, враждебность, утрата моделей поведения. Продолжительность такой реакции, очевидно, определяется тем, насколько успешно индивид осуществляет работу над этим, а именно, выходит из состояния ранней зависимости от умершего, вновь приспосабливается к окружающему миру, в котором потерянного лица больше нет, и формирует новые отношения.

Можно говорить о так называемом патологическом горе, т. е. болезненной реакции, проявляющейся следующим образом:

- отсрочка реакции (или так называемое застревание) на одном из этапов горевания;
- повышенная активность без чувства утраты;
- появление симптомов последнего заболевания умершего;
- психосоматические заболевания;
- социальная изоляция;
- яростная враждебность к отдельным лицам;
- дальнейшая утрата форм социальной активности, вплоть до невозможности выполнять простейшую деятельность самостоятельно;
- депрессия с суицидальными тенденциями.

Дебрифинг не предохраняет от возникновения последствий травмы, но препятствует их развитию и усилению, способствует пониманию причин своего состояния и осознанию действий, которые необходимо предпринять, чтобы облегчить эти последствия. Поэтому дебрифинг — одновременно и метод кризисной интервенции, и профилактика.

Проводить дебрифинг возможно в любом месте, но нужно стремиться к тому, чтобы помещение было удобным, доступным и изолированным. Идеальной обстановкой для дебрифинга является комната, где группа изолирована от внешних вмешательств, таких, например, как телефонные звонки.

**Самое важное** — это организация группового обсуждения.

Оно включает проговаривание, слушание, принятие решений, обучение, следование повестке дня, «приведение» встречи к удовлетворительному завершению и позитивному результату. У ведуще-

го имеются и другие функции, например, использование законов групповой динамики, контроль над перемещением членов группы внутри и вне комнаты, контроль над временем, индивидуальные контакты с теми, чье состояние ухудшилось, и запись происходящего.

Относительно недорогой и простой в проведении, дебрифинг стал стандартной процедурой во многих организациях, члены которых подвергаются стрессовым событиям. Более того, дебрифинг быстро стал наиболее распространенным методом раннего вмешательства не только для спасателей, но и для непосредственно пострадавших. Многие специалисты полагают, что раннее кратковременное вмешательство после травматического события необходимо практически всем.

Таким образом дебрифинг представляет собой организованное обсуждение экстремальной ситуации, совместно пережитой людьми. В ходе дебрифинга решаются следующие задачи:

- проработка впечатлений, реакций и чувств пострадавших;
- формирование у них понимания сущности происшедших событий и психотравматического опыта;
- уменьшение ощущения уникальности и патологичности собственных реакций путем обсуждения чувств и обмена переживаниями;
- мобилизация внутренних ресурсов, групповой поддержки;
- снижение индивидуального и группового напряжения; подготовка к переживанию тех симптомов и реакций, которые могут возникнуть в последующем.

Дебрифинг является не психотерапией, но формой психологической скорой помощи, как медицинская первая помощь к хирургии.



## «УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ПО ГРАЖДАНСКОЙ ЗАЩИТЕ»

(Книга - II)

### Глава I. Порядок оказания экстренной медицинской помощи

#### Тема 12: ПЕРВАЯ ДОВРАЧЕБНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УТОПЛЕНИИ

**Утопление** – терминальное состояние или наступление смерти вследствие аспирации (проникновения) жидкости в дыхательные пути, рефлекторной остановки сердца в холодной воде либо спазма голосовой щели, что в результате приводит к снижению или прекращению газообмена в легких.

**Утопление** - вид механической асфиксии (удушья) в результате попадания воды в дыхательные пути.

**Различают следующие виды утопления:**

1. Истинное («мокрое», или первичное)
2. Асфиктическое («сухое»)
3. Синкопальное
4. Вторичное утопление («смерть на воде»)

**1. Истинное утопление.** Состояние, сопровождающееся проникновением жидкости в легкие, возникающее примерно в 75 – 95% гибели на воде. Характерная длительная борьба за жизнь.

Примерами истинного утопления является утопление в пресной и морской воде.

**Утопление в пресной воде.** При проникновении в лёгкие пресная вода быстро всасывается в кровь, так как концентрация солей в пресной воде намного ниже, чем в крови. Это приводит к разжижению крови, увеличению её объёма и разрушению эритроцитов. Иногда развивается отёк лёгкого. Функция кровообращения прекращается в результате нарушения сократимости желудочков сердца.

**Утопление в морской воде.** Вследствие того, что концентрация растворённых веществ в морской воде выше, чем в крови, при попада-



нии морской воды в лёгкие жидкая часть крови вместе с белками проникает из кровеносных сосудов в альвеолы. Это приводит к сгущению крови. Как правило, при утоплении в морской воде развивается отёк лёгких. Резко нарушается газообмен, возникает остановка сердца.

**При истинном утоплении существует три клинических периода:**  
***а) Начальный период.***

Пострадавший в сознании и ещё способен задерживать дыхание при повторных погружениях под воду. Спасенные неадекватно реагируют на обстановку (одни могут находиться в депрессии, другие – чрезмерно активны и возбуждены). Кожные покровы и видимые слизистые синюшны. Дыхание частое, шумное, может прерываться приступами кашля. Первичная тахикардия и артериальная гипертензия вскоре сменяются брадикардией и последующим снижением артериального давления. Верхний отдел живота, как правило, вздут в связи с поступлением большого количества воды в желудок. Может наблюдаться рвота заглоченной водой и желудочным содержимым. Острые клинические проявления утопления быстро проходят, восстанавливается ориентация, но слабость, головная боль и кашель сохраняются несколько дней.

***б) Агональный период.***

Пострадавший находится без сознания. Пульс и дыхательные движения сохранены. Сердечные сокращения слабые, глухие. Пульс может определяться исключительно на сонных и бедренных артериях. Кожные покровы синюшные, холодные на ощупь. Из рта и носа выделяется пенная жидкость розового цвета.

***с) Период клинической смерти.***

Внешний вид пострадавшего при данном периоде истинного утопления такой же, как в агональном. Единственным отличием является отсутствие пульса и дыхательных движений. При осмотре зрачки расширены, на свет не реагируют.



**2. Асфиктическое утопление.** Происходит вследствие раздражения жидкостью верхних дыхательных путей (без аспирации воды в лёгкие, в ре-

зультате ларингоспазма) и наблюдается у 5—20% всех утонувших. В большинстве случаев, асфиктическому утоплению предшествует предварительное угнетение ЦНС (центральной нервной системы), состояние алкогольного опьянения, удар о поверхность воды. Как правило, начальный период диагностировать не удастся. Дыхание может иметь вид «ложнореспираторного» (при чистых дыхательных путях). Со временем наступает угнетение дыхания и кровообращения и переход в период клинической смерти, который при асфиктическом утоплении длится дольше (4-6 минут).

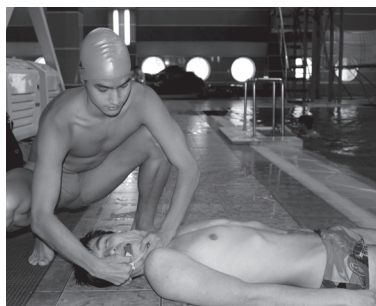
**3. Характеризуется первичной рефлекторной остановкой сердца и дыхания**, вызываемой попаданием даже незначительного количества воды в верхние дыхательные пути. При данном виде утопления первоочередным является наступление клинической смерти. Пульс и дыхание отсутствуют, зрачки расширены (на свет не реагируют). Кожные покровы бледные. Сходный механизм развития имеет, так называемый «ледяной шок», или синдром погружения, развивающийся вследствие рефлекторной остановки сердца при резком погружении в холодную воду.



**4. Вторичное утопление («смерть на воде»)**. Происходит в результате первичной остановки кровообращения и дыхания (инфаркт миокарда, приступ эпилепсии и т.д.). Особенностью данного вида утопления является то, что попадание воды в дыхательные пути происходит вторично и беспрепятственно (когда человек уже находится в периоде клинической смерти).

Изменения, происходящие в организме при утоплении, в частности, сроки умирания под водой, зависят от ряда факторов: от характера воды (пресная, солёная, хлорированная пресная вода в бассейнах), от её температуры (ледяная, холодная, тёплая), от наличия примесей (ил, тина и т. д.), от состояния организма пострадавшего в момент утопления (переутомление, возбуждение, алкогольное опьянение и пр.).

При проведении реанимационных мероприятий крайне важное значение имеет фактор времени. Чем раньше начато оживление, тем



больше шансов на успех. Исходя из этого, искусственное дыхание желательно начинать уже на воде. Для этого осуществляют периодическое вдувание воздуха в рот или в нос пострадавшего во время его транспортировки к берегу или к лодке. На берегу производят осмотр потерпевшего. Если пострадавший не теряет сознания или находится в состоянии лёгкого обморока, то чтобы

устранить последствия утопления, достаточно дать понюхать нашатырный спирт и согреть пострадавшего.

Если функция кровообращения сохранена (пульсация на сонных артериях), но нет дыхания, полость рта освобождают от инородных тел. Для этого её очищают пальцем, обёрнутым бинтом, удаляют съёмные зубные протезы. Нередко рот пострадавшего невозможно открыть из-за спазма жевательных мышц. В этих случаях проводят искусственное дыхание «рот в нос»; при неэффективности этого метода используют роторасширитель, а если его нет, то применяют какой-либо плоский металлический предмет (не сломать зубы!). Что касается освобождения верхних дыхательных путей от воды и пены, то лучше всего для этих целей применить отсос. Если его нет, пострадавшего укладывают животом вниз на бедро спасателя, согнутое в коленном суставе. Затем скользящими движения начинают бить вдоль по спине. Эти манипуляции необходимы в тех случаях реанимации, когда проводить искусственную вентиляцию лёгких невозможно из-за перекрытия дыхательных путей водой или пеной. Проводить эту процедуру надо быстро и энергично. Если в течение нескольких секунд эффекта нет, надо приступить к искусственной вентиляции лёгких. Если кожные покровы бледные, то надо переходить непосредственно к искусственной вентиляции лёгких после очищения полости рта.



Пострадавшего укладывают на спину, освобождают от стесняющей одежды, голову запрокидывают назад, помещая одну руку под шею, а другую накладывают на лоб. Затем выдвигают нижнюю челюсть пострадавшего вперед и вверх так, чтобы нижние резцы оказались впереди верхних. Эти приёмы выполняют с целью восстановления проходимости верхних дыхательных путей. После этого спасатель делает глубокий вдох, немного задерживает дыхание и, плотно прижи-



маясь губами ко рту (или к носу) пострадавшего, делает выдох. При этом рекомендуется зажимать пальцами нос (при дыхании рот в рот) или рот (при дыхании рот в нос) оживляемого. Выдох проводится пассивно, при этом дыхательные пути должны быть открыты.

Если при искусственной вентиляции лёгких из дыхательных путей пострадавшего выделяется вода, которая затрудняет вентиляцию лёгких, надо повернуть голову в сторону и приподнять противоположное плечо; при этом рот утонувшего окажется ниже грудной клетки и жидкость выльется наружу. После этого можно продолжать искусственную вентиляцию лёгких.



Ни в коем случае нельзя прекращать искусственную вентиляцию лёгких при появлении самостоятельных дыхательных движений у пострадавшего, если его сознание ещё не восстановилось или нарушен. или резко учащен ритм дыхания, что свидетельствует о неполном восстановлении дыхательной функции.

В том случае, если отсутствует эффективное кровообращение (нет пульса на крупных артериях, не выслушиваются удары сердца, не определяется артериальное давление, кожные покровы бледные или синюшные), одновременно с искусственной вентиляцией лёгких проводят непрямой массаж сердца (согласно Темы 10).

### ***Краткий алгоритм действий***

Убедись, что тебе ничто не угрожает. Извлеки пострадавшего из воды. (При подозрении на перелом позвоночника — вытаскивай пострадавшего на доске или щите.)

Уложи пострадавшего животом на свое колено, дай воде стечь из дыхательных путей. Обеспечь проходимость верхних дыхательных путей. Очисти полость рта от посторонних предметов (слизь, рвотные массы и т.п.).

Определи наличие пульса на сонных артериях, реакции зрачков на свет, самостоятельного дыхания.

Если пульс, дыхание и реакция зрачков на свет отсутствуют — немедленно приступай к сердечно-легочной реанимации. Продолжай реанимацию до прибытия медицинского персонала или до восстановления самостоятельного дыхания и сердцебиения

После восстановления дыхания и сердечной деятельности придай пострадавшему устойчивое боковое положение. Укрой и согрей его. Обеспечь постоянный контроль за состоянием!

### ***Способ Сильвестра:***



1. Пострадавшего кладут на спину, под лопатки подкладывают небольшой, скатанный из одежды валик, закидывают назад голову и поворачивают её на бок;

2. Оказывающий помощь встаёт на колени у изголовья пострадавшего, берёт за предплечья у локтевого сги-

ба, поднимает руки и отводит из их голову, при этом движении грудная клетка расширяется и воздух входит в легкие;

3. После небольшой паузы (2-3 сек.) поднимают руки пострадавшего, согнутые в локтях, и прижимают к грудной клетке,

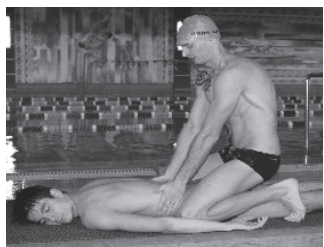




сдавливая её с боков, в результате чего сжимаются лёгкие и происходит выдох;

4. Движение производят не слишком часто, а соответственно нормальному ритму дыхания 16-20 раз в минуту.

### ***Способ Шефера:***



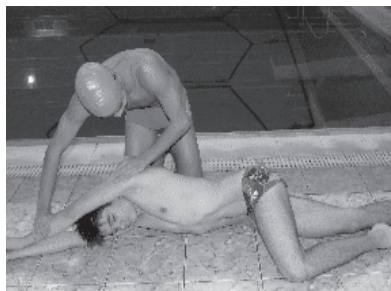
1. Пострадавшего кладут животом вниз, поворачивают его голову на бок. Оказывающий помощь становится на колени лицом к голове пострадавшего и положив ладони выпрямленных рук на нижние рёбра, своим корпусом нажимает на ладони, одновременно наклоняясь вперёд. Откидываясь назад, делаящий

искусственное дыхание, не отнимая рук, прекращает нажим;

2. Для возбуждения дыхания и в особенности деятельности сердца очень полезен массаж, заканчивающийся тем, что оказывающий помощь двумя руками положенными одна на другую производит несильные толчки в грудную клетку в области сердца 70-80 раз в минуту.



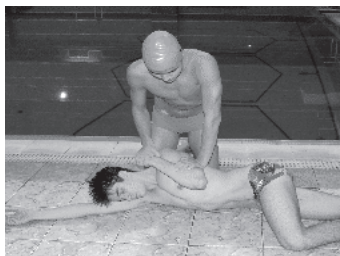
### ***Способ Кольрауша:***



1. Пострадавшего укладывают на правый бок, положив его голову на вытянутую правую руку. Правая нога пострадавшего вытянута. А левая согнута в тазобедренном суставе под прямым углом. Оказывающий помощь находится за спиной пострадавшего;

2. Для выполнения искусственного дыхания оказывающий помощь берёт правой рукой левую руку пострадавшего, сгибает её в локте и своей левой рукой прижимает к груд-





ной клетке, надавливая на область сердца, при этом происходит выдох. Затем левую руку пострадавшего отводят вверх параллельно оси тела и кладут ему на голову, при этом грудная клетка расширяется и происходит вдох;

3. цикл движений должен быть 12-18 раз в минуту.

Пострадавшему от утопления дают теплое питье, согревают и они подлежат срочной госпитализации.

#### **Контрольные вопросы:**

1. Что такое утопление?
2. Какие различают виды утопления?
3. Что такое вторичное утопление?
4. Что нужно выполнять в способе Кольрауша?
5. Нужно ли госпитализировать пострадавшего от утопления?



### **Тема 13: ПЕРВАЯ ДОВРАЧЕБНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЭЛЕКТРОТРАВМАХ, А ТАКЖЕ ПРИ ТЕПЛОВОМ И СОЛНЕЧНОМ УДАРЕ**

Очень часто возникают ситуации, когда действие электрического тока на организм человека, вызывает различные специфические травмы. Поражение происходит при непосредственном прохождении тока через ткани или от ожогов, вызванных сильным выделением тепла. Поэтому, в таких случаях, большое значение приобретает неотложная помощь при электротравме, от которой зависит спасение человеческой жизни. К основным причинам поражения относятся постоянный и переменный ток в ЛЭП, мощные силовые линии на железной дороге, а также статическое электричество в виде разрядов молний.

**Электротравма** – повреждения, возникающие в результате воздействия электрического тока большой силы или разряда атмосферного электричества (молнии).

### ***Степени электрических травм и симптомы***

Травмирование электрическим током классифицируют по степени воздействия на организм.

**Первая** – самая легкая – выражается в судорожных сокращениях мышц. Пострадавший находится в сознании, но при этом ощущает сильную слабость, внезапное чувство разбитости, тошноту, головную боль.

**Для второй** степени характерны сильные, длительные и ощутимо болезненные мышечные спазмы (судороги) с отключением сознания.

**Третья** степень характеризуется продолжительными судорогами мускулатуры, потерей сознания, нарушением дыхания и сбоями в работе сердца.

**При четвертой** степени пострадавший впадает в состояние клинической смерти.

Местные (локальные) проявления электрических травм зависят от ее степени. Могут выражаться как в незначительных поверхностных повреждениях тканей, так и в глубоких ожогах с развитием некроза подлежащих тканей и даже их обугливанием.



### ***Варианты прохождения электрического тока по телу***

Порядок оказания первой доврачебной помощи в случае электрических травм

1. Остановить воздействие электричества на пострадавшего. Если это провод, его надо удалить на безопасное расстояние при помощи любого изолирующего предмета (что угодно из резины или сухого дерева). Бьющий током электроприбор «вырубить», выдернув шнур из источника питания.

2. Оттащить пострадавшего подальше от источника тока, также используя изолирующие подручные средства, обязательно сухие (швабра, резиновый коврик, палка, доска, плотная одежда и пр.). Допускается оттаскивание, держа пострадавшего за его





Верхняя петля  
прохождения тока



Нижняя  
петля



Полная, W-образная  
петля прохождения тока

же одежду, но только если она сухая и не прилипла к телу.

3. Больного положить на ровную поверхность, перевернуть на

бок, расстегнуть одежду и обеспечить хороший приток свежего воздуха. Параллельно с этим оценить степень повреждения организма.

4. Если человек без сознания, смочить ватку нашатырем и поводить под носом пострадавшего. Вдохнув пары, больной скорее придет в чувство.

5. Независимо от того, случилась или нет потеря сознания, срочно вызвать «неотложку». Пока врачи едут, находиться рядом с пострадавшим, успокаивать его (при сохраненном сознании). Можно дать сердечные или успокоительные препараты. Облегчить состояние поможет простая вода или некрепкий сладкий чай.

6. Отсутствие пульса и остановка дыхания требуют незамедлительных реанимирующих действий. Это непрямой массаж сердца и искусственное дыхание.

7. На ожоги кожных покровов наложить стерильную и сухую повязку. Если у пострадавшего есть другие повреждения, вызванные падением после удара тока, (например, ушибы или переломы), оказать соответствующую помощь. Легкие ожоги верхнего слоя кожи можно промыть настоем лекарственных трав (ромашки, календулы, череды). А в период лечения несколько раз в день делать травяные примочки, используя приготовленные настои.

### ***Что категорически нельзя делать при электротравме***

1. Прикасаться к пострадавшему мокрыми и не изолированными руками и предметами, если источник тока не отключен. Браться за одежду пострадавшего, если она мокрая или не отделяется от тела.

2. Оставлять травмированного в одиночестве, даже на минуту.

3. Поить больного горячими напитками,



давать ему кофе, алкоголь.

4. Отказываться от госпитализации, если пострадавший чувствует себя относительно хорошо. Зачастую поражение электрическим током, даже легкое, дает отсроченные осложнения, поэтому важно получить квалифицированное лечение и находиться под наблюдением медиков столько, сколько нужно. Часто электротравма происходит с ребенком, и первая реакция родителей — броситься с голыми руками на источник тока.

Как бы ни было трудно, необходимо остановить себя и включить методичность действий — только так вы сможете помочь своему ребенку. Если электротравму получит и родитель, то малышу он уже помощь оказать не сможет. Повреждения электрическим током влекут не только местные, но и системные нарушения — может серьезно пострадать работа дыхательной, сердечнососудистой и нервной систем. После полученной электротравмы необходимо сделать электрокардиограмму, травматолог оценивает характер и степень повреждения тканей. В ряде случаев необходимы более глубокие исследования, например, МРТ.

*Электротравма — причина инвалидизации и даже смерти.*

### ***Тепловой или солнечный удар. Что делать?***

С приходом лета участились случаи тепловых и солнечных ударов. Однако причиной таких поражений могут быть не только жаркие деньки, но и отдельные производственные факторы.

Всем известно, что солнечный удар, это частный случай теплового удара, когда повышенная температура воздействует на мозг человека в результате перегрева солнечными лучами. Такие поражения могут случаться у лиц производящих работы на открытом воздухе, например, у строителей или работников сельхозпредприятий.

*Тепловой же удар* это следствие перегрева всего организма, когда последний не в состоянии поддерживать нормальную терморегуляцию. В связи с этим, тепловое поражение вполне может случиться

Как распознать  
тепловой  
удар





у работников, занятых на производствах, связанных с повышенными температурами, например, в горячих цехах предприятий сталелитейной и химической промышленности, на других предприятиях при осуществлении кузнечных и других работ, вблизи печей.

*Признаками теплового (солнечного) удара являются:*

- ощущение пульсации висков;
- покраснение кожи, в особенности лица;
- увеличение частоты сердцебиения до ста и более ударов за минуту.

Также возможны:

- сонливость;
- головокружение;
- шум в ушах;
- тошнота;
- рвота.

При тепловых поражениях температура тела может достигать сорока градусов Цельсия. В самых тяжелых случаях пострадавший может потерять сознание.

### ***Первая помощь при тепловом или солнечном ударе***

*Во-первых*, необходимо срочно удалить пострадавшего из зоны повышенной температуры и солнечного излучения в холодное помещение. Если тень обеспечить не удастся, следует прикрыть голову и грудь потерпевшего собственной тенью.

*Во-вторых*, для улучшения вентиляции необходимо снять с пострадавшего одежду. При отсутствии затенения снимать следует только верхнюю стягивающую или плотную одежду.

*В-третьих*, необходимо взбрызнуть потерпевшего водой и интенсивно обмахивать подручными приспособлениями: (папкой, одеждой, полотенцем). Чтобы усилить охлаждение можно поместить пострадавшего в создаваемый вентилятором (кондиционером) поток воздуха.



*В-четвертых*, наложите холодный компресс на грудь и голову пострадавшего и дайте ему обильное питье. Для улучшения циркуляции крови можно растереть конечности. Для растирания можно использовать спирт и крепкие спиртные напитки.

В случае необходимости надо быть готовым к проведению неотложных реанимационных мероприятий, таких как непрямой массаж сердца и искусственное дыхание. Желательно иметь под рукой нашатырный спирт. В тяжелых случаях необходимо обязательно вызвать врача, так как возможно может понадобиться введение специальных лекарственных препаратов.

Известно, что к тепловым и солнечным ударам более склонны люди с нарушениями сердечной деятельности и системы кровообращения. В связи с этим ни в ком случае нельзя внезапно окунать (погружать) пострадавшего в холодную воду. Резкий перепад температуры может привести к сердечному приступу, а то и к полной остановке сердца.

Чтобы предотвратить тепловые (солнечные) удары рекомендуется:

1. При осуществлении работ в жарких условиях использовать спецодежду для предохранения от повышенных температур, а при осуществлении работ на солнце обязательно применять головные уборы.

2. Все работающие в условиях жары должны иметь доступ к источнику питьевой воды и употреблять большое количество жидкости. В жару из-за интенсивного испарения организм теряет ее в огромных количествах, что приводит к сгущению крови, а это может привести не только к нарушению терморегуляции, но и к возникновению инсультов и инфарктов. Для обеспечения нормального солевого баланса пить лучше минеральную воду или специальные водно-солевые растворы.

3. При осуществлении деятельности в условиях жары и на солнце необходимо систематически делать небольшие перерывы для отдыха, желательно оборудовать для этого специальное помещение с кондиционером.

4. По возможности установить на рабочих местах кондиционеры или системы принудительной вентиляции.

### ***КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:***

1. Перечислите степени электрических травм и их симптомы?

2. Перечислите варианты прохождения электрического тока по телу?
3. Что категорически нельзя делать при электротравме?
4. Что делать при тепловом или солнечном ударе?
5. Нужно ли давать обильное питье при тепловом или солнечном ударе?

## Тема 14: ПЕРВАЯ ДОВРАЧЕБНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ (ИНФАРКТ, ИНСУЛЬТ)

**Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ)** – это группа болезней сердца и кровеносных сосудов, в которую входят:



- ишемическая болезнь сердца – болезнь кровеносных сосудов, снабжающих кровью сердечную мышцу;
- болезнь сосудов головного мозга – болезнь кровеносных сосудов, снабжающих кровью мозг;
- болезнь периферических артерий – болезнь кровеносных сосудов,

снабжающих кровью руки и ноги;

- ревмокардит – поражение сердечной мышцы и сердечных клапанов в результате ревматической атаки, вызываемой стрептококковыми бактериями;
- врожденный порок сердца – существующие с рождения деформации строения сердца;
- тромбоз глубоких вен и эмболия легких – образование в ножных венах сгустков крови, которые могут смещаться и двигаться к сердцу и лёгким.

Инфаркты и инсульты обычно являются острыми заболеваниями и происходят, главным образом, в результате закупоривания сосудов, которое препятствует току крови к сердцу или мозгу. Самой распространенной причиной этого является образование жировых отложений на внутренних стенках кровеносных сосудов, снабжающих кро-



вью сердце или мозг. Кровотечения из кровеносного сосуда в мозге или сгустки крови могут также быть причиной инсульта.

Причиной инфаркта миокарда и инсульта обычно является наличие сочетания таких факторов риска, как:

- употребление табака;
- нездоровое питание и ожирение;
- отсутствие физической активности;
- употребление алкоголя;
- повышенное кровяное давление;
- диабет;
- гиперлипидемия.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смерти во всем мире: ни по какой другой причине ежегодно не умирает столько людей, сколько от ССЗ.

### Симптомы инфаркта и инсульта

Зачастую лежащая в основе заболевания болезнь кровеносных сосудов протекает бессимптомно. Инфаркт или инсульт могут быть первыми предупреждениями о заболевании. Симптомы инфаркта включают:

1. боль или неприятные ощущения в середине грудной клетки;
2. боль или неприятные ощущения в руках, левом плече, локтях, челюсти или спине.

Кроме того, человек может испытывать:

1. затруднения в дыхании или нехватку воздуха;
2. тошноту или рвоту; чувствовать головокружение или терять сознание;
3. покрываться холодным потом и становиться бледным.

Женщины чаще испытывают нехватку дыхания, тошноту, рвоту и боли в спине и челюсти.



Наиболее распространенным симптомом инсульта является внезапная слабость в лице, чаще всего с какой-либо одной стороны, руке или ноге. Другие симптомы включают:

1. неожиданное онемение лица, особенно с какой-либо одной стороны, руки или ноги;
2. спутанность сознания;
3. затрудненную речь или трудности в понимании речи;
4. затрудненное зрительное восприятие одним или двумя глазами;
5. затрудненную походку, головокружение, потерю равновесия или координации;
6. сильную головную боль без определенной причины, а также потерю сознания или беспамятство.

Люди, испытывающие эти симптомы, должны немедленно обращаться за медицинской помощью.



## ИНСУЛЬТ

### диагностика (УДАР)

**У-Улыбка.** После улыбка выходит кривая, несимметричная.

**Д-Движение.** Поднять одновременно вверх обе руки - одна из парных конечностей будет подниматься медленнее и ниже.

**А - Артикуляция.** Произнести слово «Артикуляция» или несколько фраз – после инсульта дикция нарушается, речь звучит заторможено или просто странно.

**Р-Решение.** Если вы обнаружили нарушения хотя бы в одном из пунктов (по сравнению с нормальным состоянием) – пора принимать решение и звонить в скорую помощь. Расскажите диспетчеру, какие признаки инсульта (УДАРа) вы обнаружили.



### Чего не нужно делать?

1. Думать: «Потерплю немного, и все как-нибудь пройдет», горстями глотать обезболивающие.

2. Самому садиться за руль и ехать в ближайшую поликлинику или больницу.

Вот порядок действий в том случае, если вы заподозрили инфаркт миокарда (сердечный приступ):

1. Без промедления вызываем «скорую». Оптимальное время от начала болей до восстановления кровотока в закрытой тромбом артерии — не более 90 минут.

2. Даем пациенту разжевать большую таблетку аспирина (500 мг). Если у вас дома есть только кардиологический (низкодозовый) аспирин (кардиомагнил 75 мг или тромбо-АСС 100 мг), то надо разжевать сразу 4 таблетки. Для чего это нужно? Для того чтобы попытаться «растолкать» тромбоциты, которые устремились в зону тромбоза. Аспирин ведь обладает свойством, препятствующим агрегации (слипанию) тромбоцитов.

3. Собираем все имеющиеся дома медицинские документы и кардиограммы. Они помогут врачам быстро оценить ситуацию.

4. Встречаем «скорую».

А теперь хорошие новости. Если доктор хорошо лечит пациента, перенесшего инфаркт миокарда, а пациент, в свою очередь, аккуратно соблюдает рекомендации, то пациенту можно:

- Вернуться к работе и активному образу жизни.
- Заниматься физкультурой.
- Летать самолетами и путешествовать.
- Вести активную жизнь.

Одним словом, для большинства больных инфаркт миокарда — не «приговор», но тревожный сигнал, заставляющий задуматься о том, что сердце и сосуды требуют бережного отношения.

#### 5 правил здорового сердца



**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:**

1. Какие болезни входят в группу сердечно-сосудистых заболеваний?
2. В результате чего происходят инфаркты и инсульты?
3. Опишите симптомы инфаркта и инсульта?
4. Что такое УДАР?
5. Чего не нужно делать при инфаркте и инсульте?

## **Тема 15: ПЕРВАЯ ДОВРАЧЕБНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ СДЯВ И ПРИ ОБЛУЧЕНИИ**

Острые отравления развиваются как острые заболевания при воздействии на организм химических веществ, обладающих токсическими свойствами. В соответствии с принятой терминологией, отравлениями называются только те интоксикации, которые вызваны «экзогенными» ядами, то есть поступившими в организм извне.

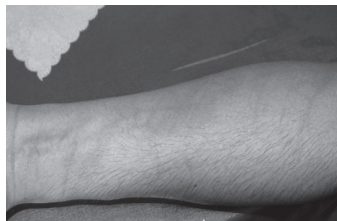
*Пути проникновения яда в организм:*



1. Пероральный (внутрь через рот).
2. Парентеральный (минуя полость рта):
3. Ингаляционный (через дыхательные пути);
4. Накожный (через незащищенные кожные покровы и слизистые оболочки);
5. Инъекционный.

К настоящему времени зарегистрировано более 300 видов экзогенных отравлений. Острые бытовые отравления происходят в результате случайного (около 80 %), реже – умышленного (около 18 %) приема веществ, обладающих высокой токсичностью. Не исключена возможность отравлений на производстве (около 2 %).

Бытовые отравления можно разделить на алкогольные, случайные и суицидальные. Алкогольные отравления возникают при чрезмерном употреблении алкоголя, случайные вызываются ошибочным приемом внутрь различных химических веществ и медицинских препаратов, суици-



дальные возникают при приеме ядовитых веществ с целью самоубийства у психически неуравновешенных лиц. Производственные отравления происходят в результате несоблюдения правил техники безопасности, несовершенства технологических процессов, а также при авариях на химических предприятиях и в лабораториях. У детей отравления развиваются после употребления лекарственных и ядовитых веществ, несъедобных плодов и др. Биологические отравления развиваются вследствие попадания внутрь растительных ядов, а также от укусов ядовитых насекомых и змей.

По характеру токсического действия на организм химические вещества можно разделить на следующие группы:

1. Нервно-паралитического действия (вызывают бронхоспазм, судороги и паралич):

- фосфорорганические вещества (хлорофос, карбофос, дихлофос);
- никотин;
- боевые отравляющие вещества (V-газы, зарин, зоман).

2. Кожно-резорбтивного действия (вызывают местные воспалительные и некротические изменения в сочетании с общетоксическими резорбтивными явлениями):

- дихлорэтан;
- гексахлоран;
- боевые отравляющие вещества (иприт, люизит).

3. Общетоксического действия (вызывают гипоксию, судороги, коллапс, отек мозга, параличи):

- синильная кислота и ее производные;
- угарный газ;
- алкоголь и его суррогаты.

4. Удушьяющего действия (вызывают отек легких):

- окись азота;
- боевые отравляющие вещества (фосген, дифосген).

5. Слезоточивого и раздражающего действия (вызывают раздражение наружных слизистых оболочек):

- пары кислот, щелочей, кремния;
- хлорпикрин;
- боевые отравляющие вещества («Си-Эс», адасит).

6. Психологического воздействия (вызывают нарушения психологической активности сознания):

- наркотики;
- атропин;
- боевые отравляющие вещества («Би-Зет», ЛСД - диэтиламид ли-зергиновой кислоты).

Яды оказывают на организм местное и общее воздействие, которое зависит от характера яда и пути его попадания в организм. Нередко близкие по химическому строению вещества оказывают разное воздействие. В то же время имеются отравляющие вещества, существенно различающиеся по своей структуре, но вызывающие сходное повреждение. Яды, обычно, действуют в малых дозах и их токсическое действие одинаково у всех людей, хотя отравляющая доза может быть индивидуальной.

### **Отравления сильно действующими ядовитыми веществами**

Растет ассортимент применяемых в промышленности, сельском хозяйстве и быту химических веществ. Некоторые из них токсичны и вредны. При проливе или выбросе в окружающую среду способны вызвать массовые поражения людей, животных, приводят к заражению воздуха, почвы, воды, растений. Их называют сильнодействующими ядовитыми веществами (СДЯВ).

Крупными запасами ядовитых веществ располагают предприятия химической, целлюлозно-бумажной, оборонной, нефтеперерабатывающей и нефтехимической промышленности, черной и цветной металлургии, промышленности минеральных удобрений. Значительные их количества сосредоточены на объектах пищевой, мясомолочной промышленности, холодильниках, торговых базах, в жилищно-коммунальном хозяйстве.

В большинстве случаев, при обычных условиях СДЯВ находятся в газообразном или жидком состояниях. Однако при производстве, использовании, хранении и перевозке газообразные вещества, как правило, сжимают, приводя в жидкое состояние. Это резко сокращает за-

нимаемый ими объем. При аварии в атмосферу выбрасывается СДЯВ, образуя зону заражения. Двигаясь по направлению приземного ветра, облако СДЯВ может сформировать зону заражения глубиной до десятков километров, вызывая поражения людей в населенных пунктах.

Часто встречающиеся отравления СДЯВ:

**Аммиак** – бесцветный газ с резким удушливым запахом, едкий на вкус; летуч, взрывоопасен; химически активен; воздушно-аммиачная смесь тяжелее окружающего воздуха. Применяется аммиак для производства азотной кислоты и ее солей, нитрата и сульфата аммония, мочевины; при крашении тканей; в медицине (нашатырный спирт); в качестве хладагента в холодильниках; для производства удобрений. Жидкий аммиак – хороший растворитель большинства органических и неорганических соединений. Аммиак приводит к развитию выраженной мышечной слабости, нарушению координации движений, резкому снижению способности мозговой ткани усваивать кислород. Острые отравления аммиаком на производстве возможны при аварийных ситуациях. Пары сильно раздражают слизистые оболочки и кожные покровы, вызывают жжение, покраснение и зуд кожи, резь в глазах, слезотечение. При соприкосновении жидкого аммиака и его растворов с кожей возникает жжение, возможен ожог.

При легких отравлениях возникает насморк, першение и боль в горле, слюнотечение, осиплость голоса, гиперемия слизистых оболочек верхних дыхательных путей и глаз.

*При тяжелых отравлениях* – сильный приступообразный кашель с пенистой мокротой, чувство саднения и боли в груди, удушье, головная боль и боли в желудке, рвота, временная слепота, задержка мочи. Наступает резкое расстройство дыхания и кровообращения. Возможно развитие воспаления легких, реже – токсического отека легких. Возникает сильное возбуждение. При пероральных отравлениях возникают резкие боли в горле, по ходу пищевода, в желудке, обильное слюнотечение, кровавая рвота, кашель, тахикардия, коллапс. При действии в высоких концентрациях аммиак вызывает поражение кожных покровов, возможны химические ожоги глаз.

**Хлор** – зеленовато-желтый газ с резким специфическим запахом, в 2,5 раза тяжелее воздуха. Применяется хлор для хлорирования воды;

для получения пластмасс, инсектицидов, растворителей, глицерина и т.п.; как отбеливающее и дезинфицирующее средство; при изготовлении спичек и горючих смесей для фейерверков.

При легких отравлениях жалобы на боль, жжение в груди, першение в горле, сухой кашель, небольшое затруднение дыхания, резь в глазах, слезотечение. Дыхание с удлинённым выдохом, как при приступе бронхиальной астмы, что связано со спазмом гладкой мускулатуры мелких бронхов.

При отравлении средней степени тяжести присоединяются боль в груди, сухой мучительный кашель, рвота. Полное клиническое выздоровление наступает через 10 – 15 дней.

При тяжелых отравлениях развиваются явления токсического отека легких. Общее состояние тяжелое: развиваются кома, судороги; нарушается координация движений, сознание теряется; удушье, возможна асфиксия.

**Азотная кислота** – летучая бесцветная жидкость, дымит на воздухе с образованием желтого облака, высоко токсична. Пары окислов азота тяжелее воздуха в 3,2 раза. Растворяясь в воде, образует азотную и азотистую кислоты. Смеси азотной кислоты и окислов азота с органическими веществами взрывоопасны и самовоспламеняются. Попадая на кожу в капельножидком состоянии, азотная кислота образует сухой струп зеленовато-желтого цвета с покраснением и отеком прилегающих тканей, длительным (40-50 дней) заживлением и образованием рубца. Чрезвычайно чувствительны к действию азотной кислоты глаза. Даже при легком поражении, через несколько дней, может наступить омертвление роговицы. Вдыхание паров азотной кислоты приводит к химическому ожогу дыхательных путей и легких, нарушению газообмена, одышке, токсическому отеку легких. При высоких концентрациях раздражающее действие окислов азота может привести к развитию асфиксии, судорог, остановке дыхания, смерти.

**Ртуть** - чрезвычайно токсичный материал. И сам этот металл, и все его соединения относятся к I-му, самому высокому, классу опасности. Особенно опасны органические соединения ртути. Любопытно, что сама по себе металлическая ртуть практически не оказывает вредного воздействия на организм - наиболее опасны ее пары. Од-



нако не спешите радоваться: ртуть - это единственный металл, который начинает испаряться уже при комнатной температуре -  $+18^{\circ}\text{C}$ ! Причем обнаружить пары ртути можно только с помощью специальных приборов, так как они бесцветны и не обладают никаким запахом.



Для живого организма не бывает безопасных доз паров этого коварного металла. Вот почему так опасно оставлять без внимания разбитый дома градусник или люминесцентную лампу: мельчайшие капельки ртути могут рассыпаться на крошечные шарики-капельки и закатиться в щели и другие труднодоступные места, откуда начнут испаряться и отравлять всё живое вокруг.

Ртуть, которая попадает в организм человека, выводится наружу очень медленно, и распределяется по всем органам. При вдыхании она накапливается, прежде всего, в лёгких, а затем - в крови, печени, почках, в желудочно-кишечном тракте и в головном мозге. В зависимости от количества ртути, попавшего в организм, и длительности ее воздействия различают острые и хронические отравления ртутью.

Острые отравления ртутью сравнительно редки - они происходят при получении большой дозы ртути за короткий промежуток времени. Но даже острое отравление начинается лишь спустя несколько часов после начала отравления (от 8 до 24). Человек ощущает металлический вкус во рту, тошноту, отсутствие аппетита. Начинается головная боль, рвота, боль при глотании, десны набухают и кровоточат. Появляются сильные боли в животе, часто понос, кашель, одышка, может развиваться воспаление легких, температура поднимается до  $38-40^{\circ}\text{C}$ . Через несколько дней наступает смерть.

### ***Первая помощь:***

При отравлении хлором и аммиаком:

1. необходимо эвакуировать пострадавшего из очага поражения или прервать контакт с отравляющим веществом;
2. вызвать бригаду скорой помощи;
3. обеспечить доступ кислорода открыв окно, расстегнув стесняющую одежду;

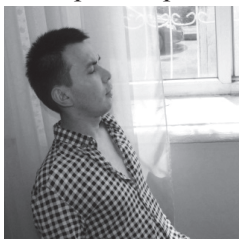
4. **при хлоре** - промыть глаза, носовые ходы, прополоскать рот 2% раствором пищевой соды (1 ч. л. соды на стакан воды объемом 200 мл) или большим количеством проточной воды; при аммиаке - дополнительная эффективность полосканий обеспечивается при добавлении 5 % лимонной или глютаминовой кислоты в воду;

5. дать щелочное питье (минеральная вода, молоко);
6. провести ингаляцию питьевой содой;
7. закапать в глаза вазелиновое или оливковое масло;
8. обеспечить физический и психоэмоциональный покой.

**Если отравление вызвано употреблением хлор содержащей жидкости, необходимо промыть желудок (для этого надо выпить 1–1,5 л теплой воды и вызвать рвотный позыв, надавив на корень языка)**

**При остром отравлении ртутью необходимо:**

1. удалить пострадавшего из места отравления;
2. дать ему выпить 2 стакана воды, желательно с добавлением марганцовки (слабый раствор);
3. спровоцировать рвоту;



4. прополоскать ротовую полость, горло слабым раствором марганцовки;
5. выпить пару стаканов воды;
6. промыть желудок, прием слабительного.

**Важно! Активированный уголь против тяжелых металлов неактивен, поэтому его применение НЕ ЭФФЕКТИВНО!**

**Отравления радиоактивными веществами**

При воздействии ионизирующих излучений на человека (от про-



никающей радиации и радиоактивно зараженной местности) в его организме возникают биологические процессы отмирания и разложения клеток, что приводит к нарушению жизненных функций отдельных органов и систем. В результате этого у пораженных людей развивается специфическое заболевание - лучевая болезнь. Лучевая болезнь может развиваться как при внешнем облучении организма, так и при попадании радиоактивных веществ (РВ) внутрь через органы дыхания и пищеварения.

Для профилактики лучевой болезни и оказания первой медицинской помощи применяют противорадиационные препараты (радиозащитные средства) из аптечки АИ-2. Содержащиеся в ней средства находятся в соответствующих гнездах и заключены в пеналы различной окраски и формы, что облегчает поиск необходимого препарата.

В зоне радиоактивного заражения за 30-60 минут до начала предполагаемого облучения принимают, запивая водой, радиозащитное средство № 1 - шесть таблеток за один прием из гнезда № 4. В случае если население употребляет молоко от коров, находящихся на зараженной территории, следует принимать радиозащитное средство № 2 из гнезда № 6 по одной таблетке ежедневно в течение 10 дней.

### ***Первая помощь:***

В первую очередь, необходимо устранить или максимально уменьшить воздействие радиоактивных веществ. На территории, зараженной РВ, прежде чем пораженных доставить в убежище или эвакуировать на незараженную территорию, проводят частичную дезактивацию их одежды и частичную санитарную обработку открытых участков кожи, при этом следят, чтобы радиоактивные вещества не попали на раны и ожоги. При нахождении на зараженной территории, пораженные должны быть в средствах индивидуальной защиты. При появле-

нии начальных признаков лучевой болезни (головокружение, тошнота, рвота и др.) принимают одну таблетку противорвотного средства из гнезда № 7 (пенал голубого цвета). В случае возникновения желудочно-кишечных расстройств после радиоактивного облучения принимают противобактериальное средство № 2 из гнезда № 3 (пенал белого цвета): в первые сутки семь таблеток в один прием, в последующие двое суток по четыре таблетки в один прием. В случае подозрения, что РВ попали внутрь организма, необходимо принять срочные меры к их выведению. Для этого следует принять адсорбент – 25-30 граммов активированного угля. Через 15-20 минут после приема адсорбента промывание желудка: пораженный должен выпить 2-3 литра воды, а затем механическим путем вызвать рвоту, раздражая пальцем корень языка и одновременно надавливая на поджелудочную область. После этого необходимо повторить прием адсорбента и выпить солевое слабительное (до 25 граммов), которое ускоряет удаление радиоактивных веществ из желудочно-кишечного тракта.

***КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:***

1. Назовите пути проникновения яда в организм?
2. Как называется СДЯВ, который обладает резким удушливым запахом и едкий на вкус?
3. Что нужно делать при отравлении хлором или аммиаком?
4. Что нужно делать при отравлении радиоактивными веществами?
5. Что нужно делать при отравлении ртутью?

**Тема 16: ОРГАНИЗАЦИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ДОВРАЧЕБНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЧС ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА**

**Эпидемия** – широкое распространение инфекционной болезни, значительно превышающее обычно регистрируемый на данной территории уровень заболеваемости людей. Заболеваемость определяется отношением числа заболеваний за определенный период времени (например, за год) к числу жителей данного региона.



**Инфекционные (заразные) болезни** – обширная группа заболеваний, вызываемых болезнетворными бактериями, вирусами, простейшими, грибами. Общей особенностью инфекционных заболеваний людей является распространение инфекционного начала – заражение (инфицирование) других лиц.

К переносчикам инфекции относятся: насекомые, паразитирующие на человеке (блохи, вши), а также комары, мухи, клещи, москиты; грызуны (крысы, мыши, хомяки и др.). Капельный путь передачи инфекции имеет место при кашле, чихании, когда мельчайшие частицы слизи, слюны распространяются на расстояние до 6 м. Пути распространения инфекции во время эпидемии могут также стать: водный и пищевой (например, при дизентерии и брюшном тифе); воздушно-капельный (например, при гриппе); трансмиссивный (при малярии и сыпном тифе) и др. Может иметь место сразу несколько путей передачи возбудителя инфекции.



**Эпидемии** – одно из самых губительных для человека опасных природных явлений. Статистика свидетельствует о том, что инфекционные заболевания унесли больше человеческих жизней, чем войны. Симптомы многих болезней описаны в древнейших рукописях цивилизаций Египта, Индии, Шумера и др.

Первое упоминание о чуме встречается в древнеегипетском манускрипте и относится к IV в. до н.э.

Некоторые инфекционные заболевания свойственны только людям: азиатская холера, натуральная оспа, брюшной тиф, сыпной тиф и др. Существуют также общие для человека и животных заболевания: сибирская язва, сальмонеллез, пситтакоз, туляремия и др.

**Наибольшую опасность представляют следующие заболевания.**

**Чума** – острое инфекционное зоонозное заболевание, которое вызывается чумными микробами-возбудителями, способными распространяться по всему организму и приводить к образованию очагов

поражения в различных органах и тканях. Это самое заразное и тяжелое заболевание из группы инфекций, вызываемых болезнетворными микробами. Основные носители инфекции в природе – крысы, суслики, мыши, тарбаганы, блохи. В нашей стране природные очаги инфекции среди грызунов – Забайкалье, Нижнее Поволжье, Кавказ (заболевания людей чумой не регистрировались с 1936 г.).



Инкубационный период при заболевании чумой – 2–6 суток. Признаки заболевания: озноб, сильная головная боль, помрачение сознания, температура достигает 40°C. Смертность без лечения достигает 100%.

Профилактические мероприятия: эпидемиологическая разведка в природных очагах (эпизоотологические обследования, наблюдение за населением и животными), прививки живой вакцины. С целью заблаговременной и экстренной профилактики в полевых условиях и в жилищах уничтожают грызунов и блох. При возникновении эпидемического очага больных госпитализируют, общавшихся с ними изолируют и подвергают профилактическому лечению; проводят дезинфекцию, вводят карантинно-ограничительные меры.

**Холера** – острое инфекционное заболевание человека, вызываемое холерными вибрионами. Естественный источник возбудителей холеры – люди, выделяющие холерные вибрионы во внешнюю среду. Возбудители холеры передаются фекально-оральным способом (с зараженной водой, в результате употребления загрязненной пищи, несоблюдения режима личной гигиены и т.д.). Инкубационный период – от нескольких часов до 5 суток (чаще всего – 2–3 суток). Заболевание начинается с острой диареи, к которой затем присоединяется рвота. В результате происходит обезвоживание организма, падает артериальное давление, температура тела понижается до 35–34°C.

Профилактика заболевания сводится к очистке сточных вод, охране водоемов, обеспечению населения доброкачественной питьевой водой, санитарному контролю за производством и реализацией пищевых продуктов. Больных госпитализируют. Лица, общавшиеся с ними, также подлежат госпитализации и обследованию. В эпидемическом очаге



устанавливают карантин, проводят обследование для выявления больных и бактерионосителей, а также дезинфекционные мероприятия. После ликвидации очага холеры за переболевшими и бактерионосителями осуществляют диспансерное наблюдение.

**Сибирская язва** – общее инфекционное заболевание людей и животных. Заболевание у человека характеризуется высокой температурой и образованием на коже и слизистых оболочках специфических карбункулов либо развитием воспалительных изменений в легких или кишечнике с явлениями кровоточивости. Инфекция обычно передается через поврежденную кожу. В редких случаях бацилла внедряется через слизистые оболочки дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта. Смертность без лечения – до 100% (при кожной форме – до 15%).

**Вирусный гепатит типа А** – инфекционное заболевание человека, которое вызывается специфическим вирусом и протекает с преимущественным поражением печени. Клинически вирусный гепатит проявляется симптомами желтухи, расстройством обмена веществ. Механизм передачи инфекции – фекально-оральный.



**Ящур** – острое вирусное заболевание животных, характеризующееся лихорадкой и поражениями слизистой

оболочки ротовой полости, кожи вымени и конечностей. Оно может передаваться и человеку.

Наиболее восприимчивы к ящуру крупный рогатый скот и свиньи. Зараженные животные выделяют вирус во внешнюю среду с молоком, слюной, мочой и калом, в результате чего происходит инфицирование помещений, пастбищ, водоемов, кормов, транспортных средств.

Профилактика заболевания животных включает предотвращение заноса возбудителя, контроль за импортом и передвижением животных, продаж продуктов животного происхождения, перевозом кормов, вакцинацию, дезинфекцию.

При обнаружении ящура на неблагополучное в этом отношении хозяйство или населенный пункт накладывают карантин, вводят



ограничения в хозяйственную деятельность. Больных животных изолируют, запрещают их ввоз и вывоз, вывоз необезвреженного молока, мяса при вынужденном убое.

**Крымская геморрагическая лихорадка (КГЛ)** - природно-очаговая инфекционная болезнь, требующая проведения мероприятий по санитарной охране. Она характеризуется различной тяжестью клинического течения с геморрагическим и без геморрагического синдрома. Инкубационный период - 1-14 дней, в среднем - 4-6 дней.

Возбудителем КГЛ является РНК-содержащий вирус Крымской-Конго геморрагической лихорадки (ККГЛ), относящийся к семейству *Bunyaviridae* подгруппа *Nairovirus*, относится ко II группе патогенности.

Природно-очаговая по КГЛ территория приурочена к степным, полупустынным и лесостепным ландшафтам. Основное значение в качестве резервуара и переносчика вируса имеет клещ *H. marginatum*, который сохраняет вирус пожизненно.

В лесостепных ландшафтах численность *H. marginatum* снижается, и роль переносчика и, возможно, основного резервуара вируса КГЛ играют клещи других видов, в частности, *D. marginatus*.

Основными прокормителями имаго клещей в хозяйственных условиях являются крупный (КРС) и мелкий рогатый скот (МРС), а также зайцы, ежи, а преимагинальных фаз клещей - птицы семейства врановых (грачи, вороны, сороки) и куриных (куропатки, индейки). Эти птицы и животные способствуют широкому распространению переносчиков на значительные расстояния.

Человек заражается инокуляционным (присасывание клещей) и контаминационным (раздавливание клещей при снятии их со скота, втирание экскрементов в кожу при нападении клещей) путями передачи инфекции. Возможен гемоконтактный путь передачи (убой и разделка КРС и МРС, снятие шкур и разделка тушек зайцев, контакт с кровью больных людей - взятие крови на исследование, внутривенные вливания, остановка маточных и носовых кровотечений). При авариях в условиях лабораторий возможно аспирационное заражение.



В подавляющем большинстве случаев условием, способствующим заражению, является нахождение людей на энзоотичных по КГЛ территориях (трудовая деятельность, связанная с животноводством и сельскохозяйственными работами, охота, туризм, отдых на природе), поэтому отдельные случаи и групповые заболевания этой инфекцией регистрируются преимущественно в сельской местности. Характерны весенне-летняя сезонность (апрель-август) и определенный профессиональный состав больных (пастухи, доярки, скотники, владельцы индивидуального поголовья, лица, занятые в забое скота, в полеводческих и других сельскохозяйственных работах).

### **Принципы обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения**

Принципами обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения являются:

1. реализация прав граждан на охрану здоровья, благоприятную среду обитания и санитарно-эпидемиологическое благополучие, обеспечиваемых проведением комплекса мер организационного, экономического, правового и воспитательного характера;
2. превентивность деятельности по предотвращению вредного влияния на здоровье населения факторов окружающей среды;
3. обязательность компенсации ущерба здоровью человека, причиненного предприятиями, учреждениями, организациями и гражданами в результате несоблюдения санитарных правил и норм, гигиенических нормативов;
4. гласность в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

### **Порядок предоставления медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях**

Медицинская помощь населению при чрезвычайных ситуациях, введении режима чрезвычайного положения предоставляется в зависимости от:



1. Категории чрезвычайной ситуации, а также характера и масштабов их медико-санитарных последствий;

2. При объектовых чрезвычайных ситуациях оказание медицинской помощи пораженным (больным) осуществляется организациями здравоохранения в режиме повседневной деятельности;

3. При возникновении местных, региональных и глобальных чрезвычайных ситуаций, а также введении режима чрезвычайного положения вводятся в действие силы и средства службы медицины катастроф;

4. Медицинская помощь при чрезвычайных ситуациях, введении режима чрезвычайного положения предоставляется методом этапного лечения пораженных (больных) в соответствии с характером поражения, степенью тяжести в сочетании с медицинской эвакуацией по назначению.

На первом этапе, непосредственно в зоне чрезвычайной ситуации и/или на ее границах, на территории, где введен режим чрезвычайного положения, экстренная медицинская помощь оказывается силами службы экстренной медицинской и психологической помощи уполномоченного органа в сфере гражданской защиты, аварийно-спасательных подразделений, формирований медицины катастроф и медицинской службы гражданской защиты, а также территориальных медицинских организаций, сохранивших свою работоспособность.

На втором этапе медицинская помощь оказывается в организациях здравоохранения, находящихся за пределами зоны чрезвычайной ситуации, территории, где введен режим чрезвычайного положения.

5. Для оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, введении режима чрезвычайного положения могут быть привлечены и использован: персонал и материально-технические средства организаций здравоохранения, юридических и физических лиц, занимающихся медицинской и фармацевтической деятельностью, а также транспорт-



ных организаций в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан и другими нормативно-правовыми актами.

6. Для проведения мероприятий экстренной медицинской помощи в организациях

здравоохранения заблаговременно создаются и содержатся формирования медицины катастроф постоянной готовности. Порядок создания и правила работы формирований медицины катастроф определяются уполномоченным органом в сфере гражданской защиты по согласованию с уполномоченным органом в области здравоохранения.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:**

1. Что такое эпидемия?
2. Какие заболевания представляют наибольшую опасность?
3. Перечислите принципы санитарно-эпидемиологического благополучия?
4. Какие существуют этапы лечения больных?
5. Какое насекомое является переносчиком КГЛ?

## **Глава II. Порядок оказания экстренной психологической помощи**

### **Тема 1: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ**

#### **1.1 Особенности состояния, поведения и деятельности людей в экстремальных ситуациях**

Чрезвычайные ситуации получают в современных социально-политических условиях все более широкое распространение. Все чаще дети и взрослые попадают в условия техногенных катастроф, стихийных бедствий, подвергаются насилию, становятся заложниками



ми террористов, жертвами военных конфликтов. Каждый из нас может оказаться в такой ситуации, которую принято называть чрезвычайной. Что же такое чрезвычайная ситуация? Чрезвычайными называются ситуации, угрожающие жизни, здоровью, имуществу человека или

природной среде. Они нередко влекут за собой большое количество людских жертв, являясь причиной сильных эмоциональных переживаний у пострадавших людей и длительных нарушений психического состояния и поведения.

Кто же может помочь человеку, оказавшемуся в опасности? Для этого существуют специально подготовленные службы спасения, но немаловажно и то, как действует сам человек во имя спасения себя и своих близких.

Каждый из нас должен хорошо понимать, что одним из важных факторов, определяющих устойчивость человека к воздействию чрезвычайных ситуаций, является культура безопасности человека. Это означает, что каждый из нас обладая определенными знаниями и умением контролировать свои эмоции, способен противостоять опасности, бороться и выживать.

Немаловажно, как действует человек во имя спасения себя и своих близких. Чем быстрее вы сориентируетесь при возникновении экстремальной ситуации, примете решение и выберете правильный способ действий, тем больше у вас будет шансов остаться живым, здоровым и невредимым. Конструктивное поведение в ЧС во многом зависит от степени подготовленности людей к действиям в экстремальных условиях.

Отрабатывая действия и навыки, научаясь выживать в различного рода чрезвычайных ситуациях на практике и в теории, мы можем проявить большую способность к адекватным действиям в кризисных ситуациях. Помимо обучения, воспитание также будет влиять на нашу способность выживать. Заключается она в общей направленности человека на борьбу, на жизнь, на победу. Часто выживает тот, кто стремится выжить, кто борется со стихией и с обстоятельствами, кто может собрать свою волю в кулак и сломить превратности судьбы.

***Выделяют три типа отношения человека к самому себе, которые влияют и на его поведение в стрессе:***

- отношение к себе как к «жертве» экстремальной ситуации, фиксация на подобном отношении усугубляет стресс, можно назвать это отношение примитивно-эгоистическим;
- сочетание отношения к себе как к «жертве» с пониманием себя



как «ценности», доверенной себе же, оно способствует самосохранению личности;

- отношение к себе, как к одному из ряда людей, - этот тип больше всего способствует сохранению эффективной деятельности при стрессе.

Неадекватная завышенная или, наоборот, заниженная самооценка, недостаточная уверенность в себе и своих силах снижает способность к адаптации в стрессе. Ресурсы личности, наоборот, способствуют сохранению самообладания в стрессе, быстрейшему выходу из травматических ситуаций.

В соответствии с работами Национального института психологического здоровья (США) психические реакции при катастрофах подразделяются на четыре фазы: героизма, «медового месяца», разочарования и восстановления.

**Героическая фаза** начинается непосредственно в момент катастрофы и длится несколько часов, для нее характерны альтруизм, героическое поведение, вызванное желанием помочь людям, спастись и выжить. Ложные предположения о возможности преодолеть случившееся возникают именно в этой фазе.

**Фаза «медового месяца»** наступает после катастрофы и длится от недели до 3–6 мес. Те, кто выжил, испытывают сильное чувство гордости за то, что преодолели все опасности и остались в живых. В этой фазе катастрофы пострадавшие надеются и верят, что вскоре все проблемы и трудности будут разрешены.

**Фаза разочарования** обычно длится от 2 месяцев до 1–2 лет. Сильные чувства разочарования, гнева, негодования и горечи возникают вследствие крушения надежд.

**Фаза восстановления** начинается, когда выжившие осознают, что им самим необходимо налаживать быт и решать возникающие проблемы, и берут на себя ответственность за выполнение этих задач.

**«Острый эмоциональный шок».** Развивается вслед за состоянием оцепенения и длится от 3 до 5 ч. Характеризуется общим психическим

напряжением, предельной мобилизацией психофизиологических резервов, обострением восприятия и увеличением скорости мыслительных процессов, проявлениями безрассудной смелости (особенно при спасении близких) при одновременном снижении критической оценки ситуации, но сохранении способности к целесообразной деятельности. В эмоциональном состоянии в этот период преобладает чувство отчаяния, сопровождающееся ощущениями головокружения и головной боли, сердцебиением, сухостью во рту, жаждой и затрудненным дыханием.

### **«Психофизиологическая демобилизация».**

Длительность до трех суток. Для абсолютного большинства 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, понижением моральной нормативности поведения, снижением уровня эффективности деятельности и мотивации к ней, депрессивными тенденциями, некоторыми изменениями функций внимания и памяти. Большинство людей жалуются 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 техни-

кой, вплоть до создания аварийных ситуаций.

**«Стадия разрешения»** – 3–12 суток после стихийного бедствия. По данным субъективной оценки, постепенно стабилизируется настроение и самочувствие. Однако у абсолютного большинства людей 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 из-



бирательно, 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. Прогрессивно нарастают явления переутомления. В среднем на 30% уменьшается умственная работоспособность.

**«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.

## ВОПРОСЫ:

*(Выберите один правильный вариант ответа)*

1. Стадия восстановления, при которой активизируется межличностное общение, начинает нормализовываться эмоциональная окраска речи и мимические реакции, появляются шутки, вызывающие эмоциональный отклик у окружающих, начинается:

- 1) с 5-го дня;
- 2) через месяц;
- 3) после 12-го дня;
- 4) другой вариант.

2. Расположите в хронологическом порядке стадии психофизиологических состояний и поведения пострадавших в очаге ЧС:

- 1) острый эмоциональный шок;
- 2) разрешение;

- 3) отставленные реакции;
- 4) психофизиологическая демобилизация;
- 5) восстановление;
- 6) витальные реакции.

## 1.2 Группы пострадавших в чрезвычайных ситуациях

Чрезвычайная ситуация влечет за собой разрушения в различных сферах человеческой деятельности. Но одним из самых значимых последствий, безусловно, являются разбитые человеческие судьбы. Среди них – те, кто был в самом эпицентре трагедии; те, кто потерял близких в этом эпицентре, а также все те, кто так или иначе был причастен к трагическому событию (видел, слышал и т.п.). Вольно или невольно любой такой человек может примерять на себя произошедшее событие, осознавая порой, как близко от него прошла беда.



Однако группы людей в разной степени вовлечены в чрезвычайную ситуацию: кто-то получил физические травмы, кто-то стал свидетелем события, кто-то увидел репортаж об этом событии. В самом общем виде все категории пострадавших принято делить на первично и вторично пострадавших. Выделяют следующие группы пострадавших:

1. **Жертвы** – это пострадавшие, изолированные в очаге ЧС (например, люди, находящиеся в завале под плитами при землетрясении, зажатые в машине при автомобильной катастрофе или находящиеся на крыше затопленного дома, дереве при наводнении).



2. **Пострадавшие**. К этой группе относятся люди, которые пострадали физически или материально, но уже не находящиеся в самом очаге ЧС. Это люди, у которых разрушен дом, потеряно имущество, а так же те, кто потерял своих родных, близких или не имеющие информации об их судьбе.

**3. Очевидцы (свидетели)** – это люди, оставшиеся и физически и материально невредимыми, но являющиеся очевидцами трагического события (падение самолета рядом с местом их проживания, взрыв в соседнем доме). Данная категория лиц так же получает психологическую травму, так как люди в подобных обстоятельствах часто примеряют произошедшее на себя и своих близких, ставя себя на место пострадавших людей.

**4. Наблюдатели (или зеваки)** – это люди, непосредственно не участвовавшие в чрезвычайной ситуации, но прибывшие на место события, получив информацию о произошедшем из различных источников (средства массовой информации, знакомые).

**5. Телезрители.** К данной группе относится категория людей, которые получили информацию о трагическом событии благодаря средствам массовой информации, способным оказать сильное влияние на людей, используя некоторые технологии манипулирования общественным сознанием. Часто информационная среда характеризуется значительным преобладанием эмоционального фона над рациональными оценками и объективным беспристрастным анализом произошедшего. Нагнетание эмоций представителями прессы способствует снижению адаптационных возможностей организма людей, блокированию механизма поиска рационального выхода из трудных жизненных ситуаций, ведя человека к ощущению беспомощности, отождествлению его с «плохой судьбой» своей страны, безысходностью. Все это ведет к формированию у людей негативных психических реакций, увеличению психосоматических и обострению хронических заболеваний. Таким образом, в жертву приносятся здоровье многих людей.

Необходимо отметить, что люди со слабой психикой и низкой психологической устойчивостью являются наиболее уязвимой категорией данной группы.

**6. Специалисты, участвующие в аварийно-спасательных мероприятиях.**

**7. Родственники специалистов, участвующих в ликвидации последствий ЧС.**

Важно отметить, что данная категория является весьма значимой. Состояние родных и близких может усугубляться тем, что работающие

специалисты не всегда могут позвонить и успокоить родных и в этом случае им остается следить за происходящим через средства массовой информации, где ход событий освещается, не всегда достоверно, что может породить свои собственные надуманные версии происходящего. Такое ожидание может стать для близких психотравмирующей ситуацией.

***Особенности работы с группами пострадавших:***

***Жертвы:*** пострадавшие, изолированные в очаге ЧС.

***Задачи психологической помощи:***

- информационная поддержка;
- индивидуальная работа с пострадавшими.

***Работа с «Жертвой» включает в себя 3 этапа***

1. работа с «жертвой» до приезда спасателей (родственники, свидетели, очевидцы);
2. работа с «жертвой» в течение аварийно-спасательных работ;
3. работа с «жертвой» после ее извлечения (передача мед. работникам, родственникам).

***Основные принципы работы:***

1. Стараться держать человека в сознании;
2. При общении быть «заговаривающим» лицом;
3. При возможности – поддерживать физический контакт;
4. Сбор информации, информационная поддержка;
5. Поиск ресурса, построение перспективы на будущее.

***Сбор информации:***

1. Имя;
2. Как физическое самочувствие (что болит, где влажно, как дышит);
3. Что вокруг (звуки, запахи, свет, температура);
4. Кто еще был с ним во время трагедии;
5. Кто может находиться поблизости.

***Информация для «жертв»:***

- Информация о том, что специалисты прибыли и делают всё для его спасения.
- Находящиеся в изоляции должны сохранять спокойствие, т.к. это одно из главных средств к их спасению.
- Пострадавшие не должны принимать каких-либо физических усилий к самозащите.

- Максимально экономить свои силы;
- Закрывать глаза для большей экономии физических сил.
- Дышать медленно, неглубоко и через нос, что поможет сэкономить влагу и кислород в организме и кислород в окружающем воздухе и т.д.

- Высвобождение из «плена» может занять больше времени, чем хочется потерпевшим. (Будьте мужественными и терпеливыми. Помощь к Вам идет).

- Комментировать действия спасателей по извлечению пострадавшего.

- Комментировать состояние самого пострадавшего.

*Общение с пострадавшим после его извлечения:*

Даете понять пострадавшему, что вы передаете другим специалистам, которые сделают все, что в их силах, чтобы ему помочь.

- *Пострадавшие материально или физически:* потерявшие своих родных или близких, либо не имеющие информации об их судьбе.

*Задачи психологической помощи:*

- выявление группы риска;
- работа с острыми аффективными реакциями;
- создание сети социальной поддержки (телефон горячей линии, социальные и ритуальные службы, антикризисные центры).

*Основные принципы работы:*

- необходимо дать возможность отреагировать аффективное состояние (ОСР);

- базовый момент помощи - поиск психологического ресурса;
- необходимо активно подключать людей к деятельности (оформление документов, подготовка к похоронам и т.д.);

- лица с симптомами психиатрических заболеваний направляются в медицинские пункты для оказания им соответствующей психиатрической помощи.

*Очевидцы* : люди, проживающие в непосредственной близости от места трагедии.

*Задачи психологической помощи:*

- ориентация очевидцев на оказание помощи пострадавшим другим групп;

- снижение риска возникновения массовых негативных реакций.

*Основные принципы работы:*

- работа с аффективными реакциями, связанными с чрезвычайной ситуацией;

- привлечение людей к посильной деятельности с целью снижения уровня неадекватной поведенческой активности.

*Наблюдатели, зеваки.*

*Задачи психологической помощи:*

- отслеживание вероятности возникновения массовых негативных реакций.

*Основные принципы работы:*

- выявление инициаторов негативных массовых реакций и удаление их с места массовых скоплений людей.

*Телезрители.*

*Задачи психологической помощи:*

- Работа с посттравматическим стрессовым расстройством.

*Основные принципы работы:*

- Как при работе с психологической травмой.

*Спасатели. Психологи. Медики. Другие специалисты.*

*Задачи психологической помощи:*

- профилактика ПТСР;

- сохранение профессионального здоровья и профессионального долголетия;

- профилактика профессионального выгорания.

## ВОПРОСЫ:

1. Человек, на глазах которого произошел взрыв бытового газа в жилом доме, относится к группе пострадавших:

1) обездоленные;

2) наблюдатели (зеваки);

3) жертвы;

4) несчастные;

5) специалисты экстремального профиля;

6) телезрители;

7) очевидцы (свидетели);

8) пострадавшие.

2. Человек, находящийся под завалом, относится к группе пострадавших:

- 1) обездоленные;
- 2) наблюдатели (зеваки);
- 3) жертвы;
- 4) несчастные;
- 5) специалисты экстремального профиля;
- 6) телезрители;
- 7) очевидцы (свидетели);
- 8) пострадавшие.

## Тема 2: ОСТРЫЕ СТРЕССОВЫЕ РЕАКЦИИ (ОСР)

В момент, когда происходит чрезвычайное событие, жизнь человека разделяется на две жизни: до произошедшего события (где все было предсказуемо, сохранялся привычный уклад вещей, и было ощущение надежности и безопасности в завтрашнем дне), и после события (где ничего невозможно предугадать, совершенно неясно, что делать дальше и как продолжать жизнь). Для человеческого организма любое такое травматическое событие – это большой стресс. Организм пытается мобилизоваться, собрать все ресурсы для адаптации в ненормальной ситуации. А потому, поведение людей в такие моменты кажется



непредсказуемым и неадекватным. Человек находится в особом психологическом состоянии. Это состояние в медицине и психологии принято называть острой реакцией на стресс. В международном классификаторе болезней (МКБ-10) острое стрессовое определяется как быстро проходящее

расстройство значительной степени тяжести у людей без психических отклонений в ответ на психологический или физиологический стресс, исключительный по своей интенсивности.

Специалисты говорят об острой реакции на стресс в том случае, когда наблюдаются следующие симптомы:



- человек может находиться в состоянии оглушенности, могут также наблюдаться тревога, гнев, страх, отчаяние, гиперактивность (двигательное возбуждение), и т.д., ни один из симптомов не преобладает длительно;

- симптомы проходят быстро (от нескольких часов до нескольких суток);

- есть четкая временная связь (несколько минут) между стрессовым событием и появлением симптоматики.

Человек, переживающий подобное состояние, нуждается в помощи специалиста – психолога или психиатра.

В психологии такой вид помощи называется экстренной психологической помощью.

### ***2.1 Оказание экстренной психологической помощи при острых стрессовых реакциях***



***Экстренной психологической помощью*** называется система краткосрочных мероприятий, направленная на оказание помощи одному человеку, группе людей или большому числу пострадавших в чрезвычайном событии, целью, которой является *регуляция актуального психологического состояния при помощи профессиональных методов.*

Важно понимать, что экстренная психологическая помощь не может оказываться людям с психиатрическими заболеваниями. Показателями таких заболеваний являются бред и галлюцинации. При подозрении на психиатрическое заболевание необходимо по возможности обезопасить себя, окружающих и самого пострадавшего и как можно раньше обратиться за помощью к психиатрам.

Острые реакции, в основе которых лежит травматический стресс, сопровождаются кратковременным нарушением адаптации.

Они характеризуются снижением или потерей:

- критичности восприятия окружающего (ситуация и собственное поведение оценивается искажённо);

- целесообразной деятельности (человек не понимает, что необходимо сделать в данный момент, из-за чего совершает неадекватные для данной ситуации действия или поступки);

- контакта с окружающими (в чрезвычайной ситуации, как правило, возникает ощутимая сложность в установлении контакта с пострадавшими).

### **Диагностика ОСР**

Острые стрессовые реакции дифференцируются в зависимости от вида и степени выраженности.

Длительность той или иной реакции, как правило, зависит от продолжительности стрессора:

-при смягчении или устранении стрессора – симптомы начинают **редуцироваться** не ранее, чем через 8 часов;

-при сохранении стрессора – не ранее, чем через 48 часов.

*ОСР имеют различные степени тяжести:*

- 1) легкая;
- 2) средняя;
- 3) тяжелая.

**в зависимости от двух групп симптомов: А и Б.**

**Группа А включает критерии:**

- опасения (беспокойство о будущих неудачах, ощущение волнения, трудности в сосредоточении и др.);

- моторное напряжение (суетливость, головные боли, напряжения, дрожь, невозможность расслабиться);

- вегетативная гиперактивность (потливость, тахикардия, эпигастральный дискомфорт, головокружение, сухость во рту и пр.).

**Группа Б имеет следующие симптомы:**

- отход от ожидаемого социального взаимодействия;
- сужение внимания;
- очевидная дезориентировка;
- гнев или вербальная агрессия;
- отчаяние или безнадежность;
- неадекватная или бессмысленная гиперактивность;
- неконтролируемая, крайне тяжелая грусть.

1) Легкая степень – имеет проявления симптомов только группы А.

2) Средняя степень – симптомы группы А и не менее 2-х симптомов группы Б.

3) Тяжелая степень определяется в случае, когда имеются симптомы группы А и не менее 4-х симптомов группы Б, либо возникает диссоциативный ступор.

Выделяются различные виды острых стрессовых реакций: плач; истероидные реакции; агрессивное поведение; психомоторное возбуждение; нервная дрожь; апатия; ступор; страх.

Работа с каждым из них имеет свою специфику. Но также существуют общие принципы работы, которые необходимо учитывать при оказании экстренной психологической помощи пострадавшим с острыми стрессовыми реакциями.

***Ключевые моменты при оказании помощи человеку с ОСР:***

1. Не оставлять человека одного.
2. Дать ощущение большей безопасности.
3. Оградить от посторонних зрителей.
4. Создать у пострадавшего ощущение, что он не остался один на один со своей бедой.
5. Употреблять четкие короткие фразы с утвердительной интонацией.
6. Постараться свести реакцию к плачу.

При работе с острыми реакциями важно помнить о том, что многие из реакций могут перейти в другую, например: психомоторное возбуждение – в апатию и т.п. В связи с этим необходимо снимать реакции при первых её проявлениях, не давая углубиться симптоматике или перерасти реакции в более яркую, а также не оставлять человека сразу после купирования реакции, так как она может возобновиться.

Для понимания и лучшей дифференциации острых стрессовых реакций приведена таблица, в которой указано наличие или отсутствие критериев, свойственных при проявлении острых стрессовых реакций.

**Особенности состояния человека при различных ОСР**

|  |                               |                             |                       |
|--|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------|
|  | целесообразность деятельности | критическая оценка ситуации | контакт с окружающими |
|--|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------|

|                           |     |     |     |
|---------------------------|-----|-----|-----|
| Плач                      | +   | +   | +   |
| Истерика                  | -   | +/- | +   |
| Агрессия                  | -   | +/- | +   |
| Психомоторное возбуждение | -   | -   | -   |
| Нервная дрожь             | +/- | +   | +   |
| Апатия                    | +/- | +/- | +/- |
| Ступор                    | -   | +/- | -   |
| Страх                     | +/- | +/- | +/- |

«-» - отсутствует

«+» - присутствует

«+/-» - частично

**Ошибки при оказании экстренной психологической помощи:**

Ошибки при оказании помощи пострадавшим можно разделить на три группы:

1. организационные;
2. ошибки оказания психологической помощи;

Например: неверное начало разговора с пострадавшими. Например: «Добрый день...», «Как настроение?...» (в чрезвычайных условиях это звучит неуместным).

3. ошибки поведения.

Например: критика коллег на виду у пострадавших (что может подорвать авторитет не только обсуждаемого человека, но и представителей всей структуры в целом, что приведет к недоверию, увеличит дистанцию, а также может нарушиться ранее установленный контакт).

**Общие принципы общения с пострадавшими:**

- При работе в зоне ЧС необходимо давать людям короткие, четкие команды в побудительном наклонении. Например: Встань...Выпей воды...

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

- Избегать в речи употребления частицы «не»;

- Демонстрировать уверенность и контроль над ситуацией. В вашем голосе и поведении не должны звучать неуверенность, сомнения, а тем более паника;

- Речь должна быть плавная (не рубленая по слогам), медленная с элементами внушения: «Я рядом, помощь пришла! «Слушай меня!», «Надо жить!»;

- Использовать приемы присоединения;

- Глаза на одном уровне;

- Использовать приемы косвенного внушения (3 да, или, пресуппозиция);

- Контролировать информацию, которая может быть случайно услышана пострадавшим.

***При переживании кризисной ситуации чаще всего встречаются такие реакции как:***

- Плач;

- Истероидные реакции;

- Агрессивное поведение;

- Психомоторное возбуждение;

- Нервная дрожь;

- Апатия;

- Ступор;

- Страх.

#### ***а) Плач***

Плач является реакцией, которая позволяет отреагировать негативные эмоции, поэтому реакцию плача можно рассматривать как нормальную и даже желательную реакцию в ситуациях тяжелого стресса. Поэтому крайне важно дать реакции плача состояться.

#### ***Признаки:***



- человек уже плачет или готов разрыдаться;

- подрагивают губы;

- наблюдается ощущение подавленности;

- в отличие от истерики нет возбуждения в поведении.

### **Помощь:**

- Нежелательно оставлять пострадавшего одного, необходимо позаботиться о том, чтобы рядом с ним кто-то находился, желательно, чтобы это был близкий или знакомый человек.

- Можно и желательно поддерживать физический контакт с пострадавшим. Это поможет человеку почувствовать, что кто-то рядом, что он не один.

- Применение приемов «активного слушания» помогает присоединиться к человеку на вербальном уровне, что обеспечивает возможность состояться реакции плача, выплеснуть свое горе.

- Говорите о своих чувствах и чувствах пострадавшего.

- Не задавайте вопросов, не давайте советов.

### **б) Истероидные реакции**

#### **Признаки:**

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

#### **Помощь:**



- Удалите зрителей, создайте спокойную обстановку;
- Если это не опасно для Вас, оставайтесь с пострадавшим наедине;
- Неожиданно совершите действие, которое может остановить истерику (можно дать пощечину, облить водой, с грохотом уронить предмет, резко крикнуть на пострадавшего);
- Говорите с пострадавшим короткими фразами, уверенным тоном («выпей воды», «умойся»);

- После истерики наступает упадок сил. В этом случае уложите пострадавшего спать;

- До прибытия специалиста наблюдайте за его состоянием;
- Не потакайте желаниям пострадавшего.

### ***в) Агрессивное поведение***

#### ***Признаки:***

- раздражение, недовольство, гнев (по любому, даже незначительному поводу);
- нанесение окружающим ударов руками или какими-либо предметами;
- словесные оскорбления, брань;
- мышечное напряжение, увеличение кровяного давления.

#### ***Помощь:***

- Сведите к минимуму количество окружающих.
- Дайте пострадавшему возможность «выпустить пар» (например, выговориться или «избить» подушку).
- Поручите пострадавшему работу, связанную с высокой физической нагрузкой.
- Демонстрируйте благожелательность. Старайтесь разрядить обстановку смешными комментариями или действиями.
- Агрессия может быть погашена страхом наказания: если нет цели получить выгоду от агрессивного поведения, если наказание строгое и вероятность его осуществления велика.

### ***Психомоторное возбуждение***

Человек перестает понимать, что происходит вокруг него. Единственное, что он может делать - это двигаться. Движения могут быть совсем простые («я побежал, а когда пришел в себя оказалось, что не знаю где нахожусь») или достаточно сложные («я что-то делал, с кем-то разговаривал, куда-то бежал, но ничего не могу вспомнить»).





### **Признаки:**

- движения резкие;
- бесцельные и бессмысленные действия;
- ненормально громкая речь;
- часто отсутствует реакция на окружающих.

В таком состоянии человек может причинить вред себе и другим.

### **Помощь:**

- Необходимо поймать человека с помощью приема «захват».
- Изолируйте пострадавшего от окружающих.
- Сделайте массаж позитивных точек.
- Говорите спокойным голосом, не спорьте, в разговоре избегайте фраз с частицей «не».

***Психомоторное возбуждение может смениться нервной дрожью, плачем, а также агрессивным поведением.***

#### **г) Нервная дрожь**

Посредством неконтролируемой нервной дрожи тело «сбрасывает» напряжение. Если эту реакцию остановить, то напряжение останется в теле и может стать причиной мышечных болей и других болезней.

### **Признаки:**

Дрожь начинается внезапно сразу после инцидента или спустя какое-то время, сильное дрожание всего тела или отдельных его частей (человек не может удержать в руках мелкие предметы, зажечь сигарету).

***Помощь: оказывать только при отсутствии травм и поврежденных***

Нужно усилить дрожь. Для этого возьмите пострадавшего за плечи и сильно резко потрясите в течение 10 – 15 секунд, во время этого разговаривайте с ним, иначе человек может воспринять это как нападение.

Неверно: обнимать или прижимать пострадавшего к себе, укрывать его, успокаивать, говорить, чтобы он взял себя в руки.

#### **д) Апатия**

Непреодолимая усталость, такая, что любое движение, слово дается с огромным трудом. Полное равнодушие и безразличие, какие бы то ни было проявления эмоций отсутствуют.



### **Признаки:**

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

### **Помощь:**

- Поговорите с пострадавшим. Задайте ему несколько простых вопросов («Как Вас зовут?», «Как ты себя чувствуешь?», «Хочешь есть?»).

- Проводите пострадавшего к месту отдыха, помогите удобно устроиться (обязательно снять обувь), возьмите за руку или положите руку ему на лоб. Дайте человеку возможность поспать или просто полежать.

- Если нет возможности отдохнуть, то, разговаривая с пострадавшим, вовлекайте его в любую совместную деятельность (прогуляться, сходить выпить чая или кофе, помочь окружающим, нуждающимся в помощи).

### **е) Ступор**

Человек неподвижен, сидит в одной позе и ни на что не реагирует, как бы оцепенев.

### **Признаки:**

- резкое снижение или отсутствие произвольных движений и речи;
- отсутствие реакций на внешние раздражители (шум, свет, прикосновение, боль);
- «застывание» в определенной позе;
- оцепенение, состояние полной неподвижности;
- возможно напряжение отдельных групп мышц;
- часто ограниченные координированные движения глаз.

### **Помощь:**

- Сложите пострадавшему пальцы на обеих руках на основании большого пальца.
- Массируйте пострадавшему кончи-



ками большого и указательного пальцев точки, расположенные на лбу над глазами ровно посередине между линией роста волос и бровями.

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



- Говорите пострадавшему на ухо тихо, медленно и четко то, что может вызвать сильные эмоции (лучше негативные).

Важно любыми средствами добиться реакции пострадавшего, вывести его из оцепенения.

### з) *Страх*

#### *Признаки:*

- напряжение мышц (особенно лицевых);
- сильное сердцебиение;
- учащенное поверхностное дыхание;
- сниженный контроль собственного поведения.

Панический страх, ужас может побудить к бегству, вызывать оцепенение, агрессивное поведение. При этом человек плохо контролирует свои действия и не осознает, что происходит вокруг.

#### *Помощь:*

• Помните, что страх может быть полезным, когда помогает избегать опасности. Поэтому бороться со страхом нужно тогда, когда он мешает адекватным ситуации действиям.

• Положите руку пострадавшего себе на запястье, чтобы он ощутил Ваш спокойный пульс – это сигнал: «Я сейчас рядом, ты не один». Дышите глубоко и ровно. Побуждайте пострадавшего дышать в одном с Вами ритме.

• Сделайте пострадавшему легкий массаж наиболее напряженных мышц тела.



- Если пострадавший говорит, слушайте его, выражайте заинтересованность, понимание, сочувствие. Используйте отвлекающие занятия, не требующие сложных интеллектуальных действий.

- Поработайте с образом страха: визуальным и телесным.
- Можно использовать технику «вынесение страха вовне».

Если Вы находитесь рядом с человеком, получившим психическую травму в результате воздействия экстремальных факторов (при теракте, аварии, потере близких, трагическом известии физическом или сексуальном насилии и т.п.), не теряйте самообладания.

Поведение пострадавшего не должно Вас пугать, раздражать или удивлять. Его состояние, поступки, эмоции – это нормальная реакция на ненормальные обстоятельства.

Позаботьтесь о своей психологической безопасности.

Не оказывайте психологическую помощь в том случае, если Вы этого не хотите (неприятно или др. причины). Найдите того, кто может это сделать.

Придерживайтесь принципа: «Не навреди».

Не делайте того, в пользу чего Вы не уверены. Ограничьтесь тогда сочувствием и как можно быстрее обратитесь за помощью к специалисту (психотерапевту, психиатру, психологу).

### ВОПРОСЫ:

1. Реакция на стресс в экстремальной ситуации проявляется в виде:

- 1) тревоги;
- 2) депрессии;
- 3) ОСР.

2. Ключевые моменты при оказании помощи человеку с ОСР:

- 1) собрать толпу вокруг человека с ОСР;
- 2) использовать фразы без частицы «не»;
- 3) дать ощущение большей безопасности;
- 4) не разрешать человеку плакать;
- 5) оградить от посторонних зрителей;
- 6) создать ощущение того, что человек не остался один на один со своей бедой;

- 7) оставить человека одного наедине со своим горем;
  - 8) употреблять четкие короткие фразы с утвердительной интонацией;
  - 9) постараться свести реакцию к плачу.
3. Правильные варианты действий при истероидной реакции у пострадавшего:
- 1) не совершать для пострадавшего неожиданных действий;
  - 2) говорить с пострадавшим короткими фразами, уверенным тоном;
  - 3) удалить зрителей, создать спокойную обстановку;
  - 4) мгновенно пригласить психиатра;
  - 5) по окончании истерики – вовлечь в какую-либо деятельность.
4. Правильные варианты действий при проявлении агрессии:
- 1) предложить успокоиться и отдохнуть;
  - 2) дать возможность «выпустить пар»;
  - 3) погрузить в работу, связанную с высокой физической нагрузкой;
  - 4) не обращать внимания – сам успокоится.
5. Правильные варианты действий при апатии:
- 1) вступить в разговор с таким пострадавшим, задавая прямые вопросы;
  - 2) дать ему возможность отдохнуть;
  - 3) вовлечь в любую совместную деятельность;
  - 4) не стоит обращать внимания.
6. Привлечение психиатра необходимо при такой реакции у человека, как:
- 1) ступор;
  - 2) истерика;
  - 3) бредовое состояние;
  - 4) галлюцинации;
  - 5) апатия.
7. Правильные варианты действий при двигательном возбуждении пострадавшего:
- 1) остановить человека с помощью приема «захват»;
  - 2) остановить человека, подставив ему подножку;
  - 3) ни в коем случае не останавливать человека;

- 4) на время изолировать от окружающих;
- 5) нет необходимости изолировать такого пострадавшего от окружающих – под взглядом людей быстрее успокоится.

### Тема 3: ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ СУИЦИДЕ

О самоубийствах не принято говорить. Самоубийц издавна хоронили за воротами кладбищ и до сих пор не отпевают в церкви. Случаи самовольного ухода из жизни часто замалчиваются или игнорируются, а сама тема самоубийства окутана множеством мифов, суеверий и иррациональным страхом. Предубеждения, связанные с суицидальным поведением, так сильно укоренились в массовом сознании, что влияют не только на отношение к самоубийствам обывателей, но и могут лежать в основе неконструктивной позиции специалистов к суициду.

Давайте рассмотрим самые распространенные предубеждения, связанные с суицидальным поведением и реальное положение дел.

#### *Мифы и предупреждения Реальность*

|  |   |
|--|---|
| 1. Самоубийство совершается в основном психически ненормальными людьми   | Это самый распространенный миф. Однако исследования показывают, что 80-85 % людей из числа лишивших себя жизни были практически здоровыми.  |
| 2. Самоубийство невозможно предотвратить. Если человек решил покончить с собой, то никто и ничто не сможет его остановить. | Кризисный период имеет определенную продолжительность, и «потребность в самоубийстве» у подавляющего числа людей является лишь временной. В этот период человек нуждается в душевной теплоте, помощи и поддержке. |
| 3. Существует некий определенный тип людей, склонных к самоубийству.   | Самоубийства совершают люди различных психологических типов. Все зависит от силы психотравмирующей ситуации и личностной оценки ее как непереносимой.   |

|  |   |
|--|---|
| 4. Не существует никаких признаков, которые указывали бы на то, что человек решил-ся на самоубийство.  | Самоубийству, как правило, предше-ствует необычное для данного челове-ка поведение. Об этом свидетельствуют определенные «знаки беды», которые необходимо знать людям из ближайше-го социального окружения человека.  |
| 5. Человек, который го-ворит о самоубийстве, никогда его не совер-шает.  | Большинство людей, совершивших самоубийство, накануне сообщало о своих намерениях товарищам, колле-гам, родственникам, но их либо не по-нимали, либо не придавали значения соответствующим высказываниям.   |
| 7. Если человек совер-шил попытку само-убийства, он никогда не повторит этого сно-ва.  | Если человек совершил неудачную по-пытку самоубийства, то риск повтор-ной попытки очень высок. Причем наи-большая ее вероятность – в первые 1-2 месяца.   |
| 8. Влечение к само-убийству передается по наследству.  | Это утверждение никем не доказано. Если в семье были случаи самоубий-ства или их попыток, то вероятность их совершения другими членами семьи действительно возрастает. Хотя фа-тальной зависимости здесь нет.   |
| 9. Снижению уров-ня самоубийств способствует актив-ная просветительская деятельность, пропа-ганда в СМИ, расска-зы о том, почему и как люди совершают само-убийства. | Исследования показывают, что суще-ствует непосредственная зависимость между сообщениями о самоубийствах и возрастанием суицидальной актив-ности. В печати и других СМИ необхо-димо обсуждать не сам факт суицида, а какими способами можно разрешать сложные жизненные проблемы и кон-фликты. |



10. Прием алкоголя помогает снять суицидальные переживания.

Употребление алкоголя с целью избавления от тягостных переживаний зачастую вызывает противоположный эффект – обостряет тревогу, повышает значимость переживаемого конфликта и тем самым способствует самоубийству.



**Что же такое суицид?** В различные исторические периоды и в разных странах по-разному отвечали на этот вопрос. Современные психологи определяют суицид следующим образом.

**Суицид** - это форма кризисного реагирования, в основе которой чаще всего лежит переплетение острого психологического кризиса, индивидуальных особенностей и качеств и провоцирующих внешних обстоятельств. Все люди, сталкиваясь с суицидентом, реагируют на него по-разному. Кого-то самоубийцы пугают, у кого-то вызывают презрение, отвержение или усмешку. Специфика экстренной психологической помощи суициденту состоит в том, что человек, оказывающий ее, лично и эмоционально очень сильно вовлечен в ситуацию. Таким образом, при оказании подобной помощи задействован не только ум или навыки помогающего, но и чувства, моральные и нравственные установки, ценностные ориентации - т.е. личность в широком смысле этого слова. Специалист должен искренне верить, что суициденту есть ради чего жить, иначе он не сможет помочь самоубийце повернуться к жизни лицом.

*Под суицидоопасным кризисом* понимается острый психологический кризис, такого масштаба и интенсивности, что весь предыдущий жизненный опыт человека не может подсказать выхода из ситуации, которую он считает невыносимой и сопровождающийся острым эмоциональным состоянием.

Для всех суицидентов не зависимо от того, что привело человека к желанию проститься с жизнью, характерно определенное состояние,

опосредующее невозможность взглянуть на возникшие проблемы с другой стороны и увидеть возможные пути их разрешения.

### **Состояние суицидента:**

- Туннельное состояние сознания – концентрация на своей боли;
- Ощущение полного одиночества;
- Потребность в установлении неформального, доверительного, «теплого» контакта;
- Потребность в сопереживании, эмоциональной поддержке;
- Сосредоточение внимания на неодолимых трудностях в жизни, на мыслях об отсутствии потенциальных возможностей решения возникших проблем;
- Замкнутость, стремление к уединению, вплоть до полной изоляции, утрата интереса к окружающему;



Весь период времени от появления первых пассивных суицидальных мыслей до суицидального акта квалифицируется специалистами как **пресуицид**. Он характеризуется последовательной подготовкой человека к принятию решения о самоубийстве. Период пресуицида может длиться при остром течении – минуты, а при хроническом пресуициде – месяцы.

Пресуицид завершается **суицидальным актом** – самоубийством или покушением на него.

**Суицидальный акт** является внешней формой суицидального поведения. **Суицидальный акт** – целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни.

Специалисты подразделяют суициды на несколько видов. Определить, с каким суицидом мы имеем дело необходимо для того, чтобы выбрать оптимальную стратегию работы и подход к тому или иному суициденту, что обеспечит высокую эффективность и экологичность действий спасателя.

### **Виды суицидальных попыток:**

**Демонстративный суицид**, при котором попытка самоубийства не имеет цели ухода из жизни, однако в результате неверной оценки

ситуации возможен летальный исход. При совершении такого рода попытки человек может осознавать или не осознавать свои истинные намерения (изменение социальной ситуации в благоприятном для себя направлении: разрешение социальной проблемы, наказание виновных, избавление от ожидаемых неприятностей, обращение на себя внимания со стороны значимых людей, желание доказать кому-либо что-либо).

**Аффективный суицид** представляет собой импульсивную реакцию человека на внезапно возникшее острое психотравмирующее событие. От демонстративного суицида такие действия отличаются отсутствием манипуляций, связанных с собственной смертью, а от истинного суицида - отсутствием сознательной проработки причин и условий самоубийства, мощной побудительной силой поведенческих актов, готовностью покончить с жизнью даже в присутствии посторонних, преодолевая их попытки воспрепятствовать суициду.

**Истинный суицид** - осознанные действия, целью которых является самоубийство. Для этого вида суицидального поведения характерно: совершение всех действий скрытно, при отсутствии свидетелей; использование «надежных» способов самоубийства.

Истинное самоубийство совершается с целью ухода из жизни обдуманно и осознанно, для такого самоубийства имеются достаточно веские основания. Обычно к этому событию человек готовится заранее: приводит в порядок свои дела, отдает долги, распоряжается своим имуществом. Иногда перед самоубийством нет долгих приготовлений (самоубийство вследствие распада государства, падения политического режима, ликвидации организации или ведомства, финансового кризиса и т.д.), однако человек в таких случаях заранее предусмотрел такую возможность и поставил себе условия (если случится определенное событие, то я совершу самоубийство). Предотвратить такое самоубийство в момент совершения попытки достаточно сложно по двум причинам. Во-первых, попытка самоубийства совершается вдали от возможных свидетелей, продуман механизм действия. Во-вторых, решение человека было не спонтанным, он взвесил различные варианты, потратил много времени на подготовку.

Однако в реальной ситуации виды суицидального поведения мо-

гут быть смазаны и не настолько однозначны. Так, например, неверно говорить о том, что демонстративный суицид - это только шантажное поведение, а шанс погибнуть при этом не намного больше, чем от несчастного случая. Большинство людей, совершая такую попытку, искренне считают, что хотят умереть, и именно в этих случаях участие других людей может оказаться решающим. Также существуют шансы предотвратить истинное самоубийство, если на этапах внутреннего суицидального поведения кто-то из близких или сослуживцев заметил состояние человека и обратился за помощью.

**Постсуицид**, начинающийся вслед за попыткой суицида подразделяется на четыре типа (критический, манипулятивный, аналитический, суицидально-фиксированный постсуицид) по трем основным критериям: актуальность конфликта, отношение к совершенной попытке суицида, наличие суицидальных тенденций. По тому, как человек оценивает свою суицидальную попытку, во многом, можно прогнозировать возможность ее повторения.

Что же является причиной суицида, что подталкивает человека к самовольному отказу от существования? Суицидальное поведение, как правило, является полимотивированным и вызвано не одной, а несколькими одновременно действующими и взаимодействующими переменными.

Эти переменные составляют *причину, повод и факторы суицидального поведения*, которые необходимо разделять между собой.

**Фактор** - это такой комплекс явлений, который не ведет к суициду напрямую, но может повышать суицидный риск. Факторы существенно влияют не только на действия причин, но и на характер следствий. Одни и те же причины в неодинаковых условиях приводят к различным следствиям. Таким образом, фактор это те обстоятельства жизни индивида или особенности личности, которые потенциально являются стрессогенными и негативно сказываются на психологическом благополучии, например возрастные и личностные кризисы, материально-бытовые проблемы, профессиональная несостоятельность и т.д.

**Причина суицидального поведения** - все то, что вызывает и обуславливает суицид. Помимо главной причины, в формировании су-

ицидального поведения, могут участвовать еще и второстепенные причины. Анализируя причины суицидов, приходится повсеместно встречаться с тесной зависимостью их от условий. От причины следует отличать повод. Причиной могут быть разные состояния или ситуации - развод, увольнение, постановка психиатрического диагноза и т.д.

**Повод** - это событие, которое выступает толчком для действия причины. Повод носит внешний, случайный характер и не всегда служит звеном в цепи причинно-следственных отношений. Повод часто сравнивают с последней каплей, это может быть незначительная ссора с кем-то из близких, неудача в каком-либо начинании и т.д.

**Суицидальные факторы** могут быть ситуативные (т.е. связанные с конкретной психотравмирующей ситуацией), пролонгированные (комплекс стрессогенных событий и явлений, воздействующий на человека продолжительное время) и стабильные (устойчивые потенциально стрессогенные социально-демографические, физические, психологические особенности индивида и условия его жизни). Суицидальные факторы могут быть связаны с личностной, семейной, профессиональной и социально-экономической сферами.



Наиболее распространенные суицидальные факторы, которые могут привести к суицидоопасному кризису, рассмотрены психологами достаточно подробно и широко известны.

**Психологи выделяют следующие основные суицидальные факторы:**

- потеря значимого другого, болезнь, смерть близких или ребенка;
- развод, неудачная любовь;
- измена, ревность, конфликты в семье;
- физическое насилие, сексуальное насилие, психическое насилие (шантаж, угрозы, оскорбления);
- дефолт, вынужденная миграция, безработица;
- профессиональная несостоятельность;
- социально-экономические затруднения, долговые обязательства;
- затруднения в поиске партнера, установлении межличностных отношений, социальная изоляция;

- одиночество, тоска, усталость;
- нежелательная беременность;
- постановка психиатрического/соматического диагноза, получение тяжелой инвалидности;
- раскаяние в преступлении, страх наказания, тюремного заключения;
- религиозные мотивы;
- подражание кумиру;
- увольнение, потеря высокого поста, исключение из учебного заведения;
- публичное унижение, коллективная травля;
- проигранная война, неудачный мятеж;
- трудности адаптации военнослужащих к условиям воинской деятельности (в первые и последние 6 месяцев службы), неуставные отношения и т.д.

Для всех самоубийц характерно также внутреннее амбивалентное отношение к суициду. Люди, совершающие самоубийство, испытывают двойственное отношение к жизни и смерти, даже в тот момент, когда они кончают с собой. Они желают умереть, но одновременно хотят, чтобы их спасли. Именно на эту часть человека, желающую жить, мы и должны опираться, оказывая психологическую помощь при попытке самоубийства.

Кроме суицидальных факторов на формирование суицидального поведения оказывают значительное влияние антисуицидальные факторы. Они оказывают человеку существенную поддержку и помогают справиться с кризисными состояниями, являясь своеобразной «прививкой» от суицида.

**Общие антисуицидальные факторы выражаются в следующих конкретных формах:**

- эмоциональная привязанность к значимым близким;
- поддержка семьи и друзей;
- выраженное чувство долга: обязанности по отношению к собственным детям, родителем, близким, профессиональный долг и т.д.;
- боязнь причинить себе физическое страдание;
- наличие эстетических критериев — нежелание выглядеть некрасивым даже после смерти;

- представление о позорности и греховности суицида; учет общественного мнения и избегание осуждения со стороны окружающих;
- наличие разнообразных жизненных, творческих, деловых, семейных, профессиональных и других планов и замыслов;
- опыт совладания с проблемами.

***Общая схема экстренной психологической помощи при попытке самоубийства:***

1. Сбор информации; принятие решения о том, кто и какую помощь будет оказывать;
2. Оценка летальности (оценка вероятности совершения попытки самоубийства);
3. Присоединение к суициденту;
4. Поиск и актуализация ресурса;
5. Стадия «выслушивания»;
6. Стадия «поворота на 180°»;
7. Завершение ситуации.

***Этап 1. Сбор информации.*** Схема сбора информации строится из предпосылки о том, что времени практически нет. Исходя из этого, были выделены те аспекты, которые крайне важны для работы. Это такие данные как:

- *Пол, примерный возраст* (необходимо для того, чтобы оценить вероятность совершения попытки)
- *Повод* (какие события предшествовали совершению попытки суицида). Необходимо для выбора темы разговора.
- *Наличие\отсутствие* психиатрического диагноза (важно для выбора стратегии помощи и обеспечения собственной безопасности)
- *Алкогольное или наркотическое опьянение* (хронический алкоголизм). Важно для оценки летальности, выбора стратегии разговора.
- *Кто присутствует из значимых людей* (важно т.к. во многих случаях у близких можно получить дополнительную информацию, а также это помощь и поддержка для суицидента в последующие периоды).
- *Были ли другие попытки самоубийства у суицидента* (т.к. возможно хроническое суицидальное поведение).

Небольшое количество вопросов, которые необходимо выяснить



позволяет собрать информацию и сделать необходимые для работы выводы в короткие сроки.

### ***Этап 2. Оценка летальности.***

На втором этапе работы мы осуществляем оценку риска летальности. Несмотря на то, что этот этап очень короткий, он очень важен для определения стратегии дальнейшей работы. Невозможно со 100% точностью предсказать, закончится ли суицидальная попытка смертью или нет. Однако, опираясь на статистические данные, можно оценить, насколько велик риск совершения такой попытки и определить, относится ли суицидент к группе риска.

#### ***Общие правила для оценки летальности таковы:***

- Необходимо учитывать пол суицидента:

Мужчины чаще совершают самоубийства, чем женщины (1\4).

Женщины чаще совершают попытки самоубийства, не заканчивающиеся летальным исходом.

- Необходимо учитывать возраст суицидента: Группы риска - подростки и мужчины 20-30 лет. Люди старше 60 лет.

- Необходимо учитывать состояние психики суицидента:

Человек, находящийся в состоянии наркотического или алкогольного опьянения, скорее совершит попытку самоубийства. Хронические алкоголики и наркоманы вообще составляют группу риска.



- Наличие психического заболевания увеличивает риск завершеного суицида.

- Важно при оценке летальности учитывать и наличие антисуицидальных факторов.

### ***Этап 3. Присоединение к суициденту.***

Присоединение к суициденту является следующим этапом работы. Это первое, что должен сделать специалист, оказывающий помощь потенциальному самоубийце.

Человек, решившийся расстаться с жизнью, воспринимает весь мир как враждебный. Он нуждается в помощи, но не признает этого и отвергает попытки поговорить с ним. В такой ситуации присоединение чрезвычайно важно, оно помогает установить контакт между специалистом и суицидентом, давая почувствовать последнему, что человек,

оказывающий ему помощь, является союзником, соратником, помогающим ему справиться с кризисной ситуацией, а не выступает от лица враждебного мира.

***Основные правила общения с суицидентом:***

- Обращайтесь к собеседнику по имени;
- Используйте приемы косвенного внушения;
- Если суицидент заговорил с вами – опирайтесь в разговоре на ту часть его, которая хочет жить.

***Этап 4. Поиск и актуализация ресурса.***

В любой ситуации, даже если она кажется самой негативной, существуют положительные моменты. Такими моментом может быть факт того, что само событие уже произошло, то, что человеку удалось выжить, наличие жизненного опыта («все, что не убивает меня, делает меня сильнее») и т.д. Важно найти такие моменты для суицидента, сконцентрировать его внимание на том, что эти моменты есть. Показать ему уникальность его жизненного опыта и пользу этого опыта для окружающих и него самого.

*Ресурс понимается как положительные моменты в сложившейся ситуации. Ресурс это не выход из кризисного состояния, но он помогает человеку найти в себе силы решать сложившуюся ситуацию.*

***Этап 5. Стадия «выслушивания».*** Основная задача этой фазы «следовать» за суицидентом; слушать его и не навязывать свою точку зрения. Это становится особенно важным, если вспомнить о том, что человек, находящийся на грани попытки самоубийства, противопоставляет себе весь окружающий мир, а если он рассказывает о своей боли и проблемах другому человеку, это означает, что тоненькая ниточка, возникающая в результате присоединения между потенциальным самоубийцей и его собеседником становится прочнее, человек начинает доверять специалисту, видит в нем реального союзника. Здесь крайне важно обладать навыками эмпатического слушания и удерживаться от оценок, советов и не подсказывать варианты выхода из ситуации.

***Этап 6. Стадия «поворота на 180°».*** Стадия переворота это чаще всего очень быстрая и очень эмоциональная стадия. Основная задача этой стадии - показать суициденту ситуацию с совершенно иной стороны. Необходимо «повести» суицидента за собой, актуализировать

ресурс, заставить его работать. Эта стадия крайне важна для благополучного завершения ситуации, ведь недостаточно того, что у человека появился союзник. Этот союзник, совершив переворот ситуации, помогает суициденту вновь повернуться к миру лицом. Для этого вся ситуация должна предстать потерпевшему в совершенно другом виде, с другой стороны.

### ***Этап 7. Стадия завершения.***

После стадии «переворота на 180°» наступает фаза завершения. Нельзя бросать суицидента на этом этапе. Необходимо понимать, что на стадии завершения у суицидента возможны такие реакции как:

- Плач;
- Агрессивные реакции;
- Апатия и сонливость;
- Эйфорические состояния.

Корректировать состояние человека в этом случае нужно по схеме работы с острыми стрессовыми реакциями.

Необходимо помнить, что не всегда описанный выше алгоритм работы с суицидентом можно реализовать. Действовать необходимо в зависимости от контекста конкретной ситуации и состояния суицидента, ориентируясь на перечисленные выше направления работы и при первой возможности передать пострадавшего специалистам (психологам, психиатрам, бригаде скорой помощи).

### **ВОПРОСЫ:**

1. Смыслами обращения через суицид, являются:
  - 1) протест, месть;
  - 2) призыв к помощи, поиск сочувствия или признания;
  - 3) избегание (наказания, страданий от болей...);
  - 4) самонаказание;
  - 5) отказ от существования.
2. Виды суицида:
  - 1) истинный;
  - 2) ложный;
  - 3) хладнокровный;
  - 4) аффективный;

- 5) демонстративный;
- 6) сглаженный.
3. Составляющие психологической работы при попытке суицида:
  - 1) сбор информации;
  - 2) оценка летальности;
  - 3) использование приемов присоединения;
  - 4) правильные, с вашей точки зрения, советы;
  - 5) поиск ресурса.

#### **Тема 4: ГРУППОВОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЛЮДЕЙ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ. ПАНИКА.**

Существуют такие сугубо «человеческие» явления, которые, несмотря на свою общественную природу, подчиняются законам стихии. И именно таким явлением считается толпа, в которой возникает давка. Условиями для этого явления могут быть футбольные матчи между популярными командами, выступления знаменитых артистов, различные массовые праздники, а также другие случаи, вызывающие большое скопление людей.



**Толпа** — это бесструктурное скопление людей, лишенных ясно осознаваемой общности целей, но взаимно связанных сходством эмоционального состояния и общим объектом внимания. Конечно, толпа имеет свои особенности, которые необходимо учитывать. К таким особенностям относятся ее кратковременность и

бесструктурность, эмоциональная возбудимость, сходство эмоционального состояния участников, пространственная близость и контактность, общий объект внимания, отсутствие общей осознанной цели.

Давка, то есть неконтролируемое передвижение толпы, возникает только тогда, когда по недосмотру администрации города или сил правопорядка людской поток становится неуправляемым, кроме того, причиной появления давки может стать экстремальная ситуация, взрыв или опасность взрыва, стихийное бедствие.

Толпа не возникает произвольно, в образование толпы участвуют следующие механизмы: слухи и эмоциональное кружение (циркулярная реакция).



**Эмоциональное кружение** (циркулярная реакция) – это взаимное заражение, то есть передача эмоционального состояния на психофизиологическом уровне.

В самом общем виде психическое заражение представляет собой невольную подверженность человека к определенным психическим состояниям, возникающим в толпе. В связи с тем, что схожие психические состояния (гнев, испуг и т.д.) возникают у большинства участников толпы, срабатывает механизм многократного эмоционального усиления, ускорения эмоционального воздействия. Это приводит к общему настроению и решимости. Разумеется, циркулировать может не только веселье, но и скука, страх, ярость.

Эмоциональное кружение стирает индивидуальные различия. Ситуативно снижается роль личного опыта, индивидуальной и ролевой идентификации, здравого смысла. Индивид чувствует и поведенчески реагирует, «как все». Происходит эволюционная регрессия: актуализуются низшие, более примитивные пласты психики. Регрессия способна подчас достигать невероятных глубин. У человека, охваченного эмоциональным кружением, повышается восприимчивость к импульсам, источник которых находится внутри толпы и резонирует с доминирующим состоянием, и одновременно снижается восприимчивость к импульсам извне. Соответственно усиливаются барьеры против всякого рационального довода. Поэтому в такой момент попытка воздействовать на массу логическими аргументами может оказаться несвоевременной и просто опасной.

*Существуют разные типы толпы.* Различают толпу агрессивную, экспрессивную, паническую, стяжательскую. Впрочем, как мы часто видим, одна толпа может легко переродиться в другую, что порой приводит к большим неприятно-



стям. Так агрессивная толпа очень просто может переродиться в паническую. Стоит только раздастся пронзительному женскому крику, как тут же возникает паника. Именно женщины и дети чаще всего приводят к началу паники, поскольку обладают минимальным порогом возбудимости, а их крики раздаются на высокой частоте и в стрессовой ситуации оказывают разрушительное влияние на психику. Нет ничего хуже толпы, которая объята паникой — путь к спасению она прокладывает по телам людей.

Для того чтобы предупредить подобное, нужно стараться не попадать в такие места, где сконцентрировано слишком большое количество людей. Для этого необходимо соблюдать такие простейшие рекомендации: если толпа находится на большой площади, избегать ее центральной части, стараться не попадать в людской поток, направленный в какой-либо узкий проход или коридор. При участии в массовом городском празднике необходимо выбрать место, где плотность скопления не является чрезмерной, в лучшем случае — наименьшей, а также избегать мощных направленных потоков, если большое количество людей пытается выйти со стадиона или ипподрома через узкий выход. Лучше переждать основной наплыв и потерять несколько минут, чем подвергать себя опасности.

*Если все-таки такая опасная ситуация возникла, как себя вести?*

В центре большой толпы, которая не сдерживается какими-либо границами, лучшей поведенческой рекомендацией является покорное следование всем движениям толпы. Соппротивление только ухудшит положение, подорвет силы, которые понадобятся на тот случай, когда из ситуации неожиданно представится выход. Любое ответвление улицы, переулка, двор дома, подъезд могут стать спасительными. При приближении к ним необходимо приложить все свои силы и ловкость, чтобы не упустить этого шанса. Не следует, по возможности, приближаться вплотную к различным железным решеткам, стеклянным окнам и витринам, при неконтролируемом смещении людей они могут стать чрезвычайно опасными.

Еще один опасный для жизни момент может возникнуть при выходе с какого-либо спортивного или музыкального мероприятия. Здесь нужно контролировать ситуацию и при малейшей опасности увлечения против вашей воли массой окружающих людей стараться зацепиться за что-нибудь, находящееся рядом с вами или на вашем пути. Как толь-

ко появляется возможность вырваться в боковой проход, коридор либо повернуть обратно, необходимо ею воспользоваться. Может быть, эта возможность будет единственной, и ее нельзя упускать.

Вообще, самым трудным для человека в такой опасной ситуации является сохранение сил. Само по себе движение внутри толпы, которому невозможно противостоять, очень утомляет, а если оно вызывает еще и эмоциональную и психическую реакцию, то шансов на то, что силы, необходимые для выхода из толпы, сохранятся, остается мало. Необходимым условием для спасения является хладнокровие и расчет.

***Предлагаем вам несколько простых рекомендаций, как не стать жертвой толпы:***

1. *Не идите против толпы.* При необходимости пересечь толпу пересекайте ее по касательной или по диагонали. При этом следуя движению шашечной фигурки. Соотносите свою скорость со скоростью приближения к вам людей.

2. *Не смотрите в глаза людям в толпе и не двигайтесь, опустив глаза в землю.* Первое нежелательно, потому что контакт глаза в глаза на доли секунды лишает вас ориентации. Вы и ваш визави становитесь не отдельными личностями, а как бы одним целым. Короткое время, которое потребуется вам на то, чтобы “считать” информацию друг о друге, а также установить трансакцию, может отнять у вас самое главное – скорость и секунды на принятие решения. То есть то, что и обеспечивает человеку выживание в критических ситуациях. Иногда, контакт глаза в глаза нейтрализует и не дает действовать спонтанно. Движение с опущенными глазами это движение жертвы. Так движется тот, кто в любой момент ждет удара извне. В толпе, где преобладают доминантные, животные инстинкты жертва выхватывается из общего поля молниеносно и может спровоцировать агрессию. Поэтому самым правильным будет выработать взгляд направленный чуть ниже лица с включением, так называемого периферийного зрения. Этот взгляд позволит вам отслеживать всю ситуацию в целом, не фиксируясь на отдельных деталях. Кроме того, этот взгляд не будет провоцирующим и агрессивным, так же как не будет он слабым и





призывающим. Потренируйтесь смотреть так в безопасной обстановке и включайте такой взгляд всегда, когда чувствуете дискомфорт.

3. Освободитесь от колющихся и режущих предметов. Снимите очки, шарф, косынку на шее, галстук, туфли на высоких и неустойчивых каблуках.

4. В плотной толпе нельзя наклоняться, поднимать упавшую вещь. Если Вы споткнулись и начинаете падать, постарайтесь удержаться на ногах, схватившись за впереди идущих.

5. В большом помещении обратите внимание, где еще выход. Помните, если толпа уплотнилась, то приближаться к стенам опасно. В большом зале, спортивном сооружении, при возникновении экстремальной ситуации наиболее опасны проходы между секторами, стеклянные двери и ограждения к которым вас могут прижать.

6. Находиться рядом с работниками милиции опасно, т.к. именно на них, как правило, направляется агрессивность толпы.

7. При применении слезоточивого газа закройте рот и нос платком. Если глаза оказались поражены, быстро и часто моргайте, чтобы слезы вымыли химическое средство. В любом случае лучше всего покинуть место применения газа.

### ***Профилактика образования толпы.***

При работе в местах большого скопления людей необходимо применять *профилактические меры* с целью снижения возможности возникновения толпы. Таких приемов достаточно много:

#### ***1. Работа с населением:***



- Отвлечение людей, хотя бы на непродолжительное время от источника опасности, страха. Вовлечение людей в активные действия: борьбу со стихией, спасательные работы, оказание помощи престарелым, инвалидам, упаковку вещей для эвакуации или других отвлекающих занятий;

- Простые и понятные указания о действиях и правилах поведения, возможных способах и средствах защиты в возникшей ЧС;

- Если очаг опасности возникает в здании, в помещении, где находится большое количество людей, то немедленно открываются выходы.

2. Работа спасательных подразделений и информационно-разъяснительная работа:

- Подготовка руководящего состава формирований, спасателей к действиям в подобных ситуациях;

- Четкое управление, постоянный контакт руководящего состава с оперативными и вспомогательными силами, участвующими в ликвидации;

- Чем тяжелее складывается ситуация, тем суровее должна быть реакция на паникеров.

- Организованная информационно-разъяснительная работа. Своевременное определение очагов напряжения. Своевременная, достоверная информация об аварии или катастрофе. Речь или передаваемое сообщение могут оказать на людей более эффективное воздействие по сравнению с другими способами, и первостепенную роль играет содержание сообщения и тон. Недостаток информации порождает сплетни и слухи, создает неопределенность;

- Хорошо подготовленная и информированная группа людей, даже в сложной обстановке, имеет шансы предотвратить панику. Изолирование душевнобольных, снятие острых реакций у кричащих, успокоение их способствует созданию спокойной деловой обстановки;

- Исключение из обихода слов и фраз «паника», «катастрофа», «спасайся, кто может»;

3. Использование силы, резких команд и грубых распоряжений, т.е. директивных методов управления должно быть очень осторожным, ответственным и проводиться с учетом индивидуальных и коллективных психологических проявлений. Например, выстрел вверх может только усилить панику.

4. Разделение большого скопления людей на малые группы. Ими легче управлять.

5. Разрядка ситуации с помощью музыки.

Если толпа возникла, то есть способы, которые позволяют управлять ею. К ним можно отнести:

- переориентирование внимания (как только внимание людей в толпе оказывается распределенным между несколькими объектами, сразу же образуются отдельные группы);

- объявление по громкоговорителю о том, что скрытыми камерами осуществляется видеосъемка участников толпы;

- обращение к участникам толпы с названием конкретных фамилий, имен, отчеств, наиболее распространенных в данной местности; применение мер по локализации действий;

- применение более сильного шокового воздействия; использование ритма, ритмичной музыки;

- обращаться к толпе лучше человеку с низким и громким голосом. Лучше доверить это мужчине. Для управления толпой применяются убеждение (если позволяет время), категорический приказ, использование силы и даже устранение наиболее злобных паникеров.

### **ВОПРОСЫ:**

1. К какому виду толпы можно отнести людей, выражающих агрессию, жажду обладания чем-либо:

- 1) действующая толпа;
- 2) агрессивная толпа;
- 3) экспрессивная толпа;
- 4) этническая толпа.

2. Что характерно для эмоционального заражения (циркулярной реакции):

- 1) повышенная восприимчивость к импульсам в толпе;
- 2) стирание индивидуальных различий;
- 3) взаимное заражение – передача эмоционального состояния;
- 4) усиление индивидуальных проявлений.

3. К направлениям управления толпой можно отнести:

- 1) воздействие на толпу извне и изнутри;
- 2) логическую аргументацию;
- 3) переключение внимания на другой объект;
- 4) использование ритма;
- 5) использование брандспойта.