ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

КАФЕДРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

Лекция по Безопасности жизнедеятельности

**Тема: Первая помощь при психических расстройствах у пострадавших в чрезвычайных ситуациях**

**Введение**

На исходе XX столетия произошло громадное количество бедствий и катастроф, мир буквально захлестывает эпидемия террористических актов. Все чаще дети и взрослые попадают в условия техногенных катастроф, стихийных бедствий, подвергаются насилию, становятся заложниками.  Понятия экстремальных, кризисных и чрезвычайных ситуаций еще не получили исчерпывающего определения. Представляется, что недостаточно рассматривать их лишь с точки зрения объективных особенностей, не принимая во внимание психологические составляющие, такие, как, например, восприятие, понимание, реагирование и поведение людей в таких ситуациях. Человек так или иначе психологически вовлечен в экстремальную ситуацию: как ее инициатор, или как жертва, или как очевидец. Катастрофы и стихийные бедствия могут стать непосредственными причинами острых психических расстройств. Знания аспектов оказания первой помощи требуют острые (в том числе внезапно развившиеся) расстройства психики (бред, галлюцинации, психомоторное возбуждение и др.). Кроме того, иногда приходится оказывать помощь при развитии психических расстройств у пациентов с различными заболеваниями внутренних органов (например, при высокой температуре, пневмонии, инфаркте миокарда и др.). Данные состояния сопровождаются неправильной оценкой и трактовкой происходящего, нелепыми поступками, когда действия больного становятся опасными для себя и окружающих.

**Учебный вопрос I.**

**Общая характеристика факторов ЧС потенцирующих психические расстройства и виды психической реакции на них.**

Психопатологические расстройства в экстремальных ситуациях имеют много общего с развивающимися в обычных условиях. Однако есть и существенные **различия**:

1) Вследствие множества психотравмирующих факторов расстройства одномоментно возникают у большого числа людей.

2) Клиническая картина не носит строго индивидуального, как обычно, характера, а сводится к достаточно типичным проявлениям.

3) Пострадавший вынужден продолжать активную борьбу с последствиями стихийного бедствия (катастрофы), чтобы выжить самому и защитить близких. То есть для ЧС характерно длительное по времени воздействие психопатологического фактора.

4)  Настоящее бедствие наступает тогда, когда кончается действие стихии и начинается проявление основного объема психических расстройств, являющихся следствием прямого воздействия факторов ЧС или их следствия (гибель близких, утрата материального имущества, утрата здоровья). Именно поэтому в современных условиях все более актуальными становятся вопросы психологической и психосоциальной работы с различными категориями людей, побывавших в экстремальных ситуациях.

При осуществлении экстренной психологической помощи необходимо помнить, что жертвы стихийных бедствий и катастроф страдают от следующих **факторов, вызванных экстремальной ситуацией** (Everstine, 1993):

**1.** **Внезапность.** Лишь немногие бедствия ждут, пока потенциальные жертвы будут предупреждены – например, постепенно достигающие критической фазы наводнения или надвигающийся ураган, шторм. Чем внезапнее событие, тем оно разрушительнее для жертв.

**2.** **Отсутствие подобного опыта**. Поскольку бедствия и катастрофы, к счастью, редки – люди часто переживают их в момент стресса.

**3. Длительность**. Этот фактор вариабелен. Например, постепенно развивавшееся наводнение может так же медленно и спадать, а землетрясение длится несколько секунд и приносит гораздо больше разрушений. Тем не менее, у жертв некоторых длительных экстремальных ситуаций (например, в случаях угона самолета) психотравматические эффекты могут умножаться с каждым последующим днем.

**4.** **Недостаток контроля**. Никто не в состоянии контролировать события во время катастроф; может пройти немало времени, прежде чем человек сможет контролировать самые обычные события повседневной жизни. Если эта утрата контроля сохраняется долго, даже у компетентных и независимых людей могут наблюдаться признаки «выученной беспомощности».

**5.** **Горе и утрата.** Жертвы катастроф могут разлучиться или потерять кого-то из близких; самое наихудшее – это пребывать в ожидании вестей обо всех возможных утратах. Кроме того, жертва может потерять из-за катастрофы свою социальную роль и позицию.

**6.** **Постоянные изменения**. Разрушения, вызванные катастрофой, могут оказаться невосстановимыми: жертва может оказаться в совершенно новых и враждебных условиях.

**7.** **Экспозиция смерти.** Даже короткие угрожающие жизни ситуации могут изменить личностную структуру человека. Повторяющиеся столкновения со смертью могут приводить к глубоким изменениям на регуляторном уровне. При близком столкновении со смертью очень вероятен тяжелый психический кризис.

**8.** **Моральная неуверенность**. Жертва катастрофы может оказаться перед лицом необходимости принимать связанные с системой ценностей решения, способные изменить жизнь, – например, кого спасать, насколько рисковать, кого обвинять.

**9.** **Поведение во время события**. Каждый хотел бы выглядеть наилучшим образом в трудной ситуации, но удается это немногим. То, что человек делал или не делал во время катастрофы, может преследовать его очень долго после того, как другие раны уже затянулись.

**10.** **Масштаб разрушений.** После катастрофы переживший ее, скорее всего, будет поражен тем, что она натворила с его окружением и социальной структурой, что несомненно может оказать влияние на психоэмоциональную сферу человека.

Травмирующее воздействие различных неблагоприятных факторов, возникающих в опасных для жизни условиях, на психическую деятельность человека подразделяется на:

**1)** **непатологические психоэмоциональные** (в известной мере физиологические) **реакции**;

**2)** **патологические состояния** – психогении (реактивные состояния).

 - Для первых характерна психологическая понятность реакции, ее прямая зависимость от ситуации и, как правило, небольшая продолжительность. При непатологических реакциях отмечается снижение, но не утрата работоспособности, возможность общения с окружающими и критического анализа своего поведения. Типичными для человека, оказавшегося в катастрофической ситуации, являются чувства тревоги, страха, подавленности, беспокойства за судьбу родных и близких, стремление выяснить истинные размеры катастрофы (стихийного бедствия). Такие реакции также обозначаются как состояние стресса, психической напряженности, аффективные реакции и т.п.

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

**Учебный вопрос II.**

**Стадии психо-эмоционального состояния пострадавших, подвергшихся воздействию психотравмирующих ситуаций** **в ЧС.**

Оказавшиеся в экстремальных ситуациях люди проходят в своих психологических состояниях **ряд этапов**. Классификация последовательных стадий в динамике состояния людей после психотравмирующих ситуаций (Решетников и др. (1989)):

1. **«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,

- увеличением скорости мыслительных процессов,

- проявлениями безрассудной смелости (особенно при спасении близких),

 - снижением 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. До 30% обследованных при субъективной оценке ухудшения состояния одновременно отмечают увеличение работоспособности в 1,5–2 раза и более.

2. «**Психофизиологическая демобилизация**».

Длительность до 3 суток. Для абсолютного большинства обследуемых 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,

- склонностью к депрессивному состоянию,

- изменениями функций внимания и памяти (как правило, обследованные не могут достаточно четко вспомнить, что они делали в эти дни).

- тошнотой, «тяжестью» в голове, неприятные ощущения со стороны желудочно-кишечного тракта, снижение (даже отсутствие) аппетита.

3. «**Стадия разрешения**»

Наблюдается на 3–12 сутки после стихийного бедствия.

Характеризуется:

- относительной стабилизацией настроения и самочувствия,

- у большинства сохраняются пониженный эмоциональный фон, ограничение контактов с окружающими,

- гипомимия (маскообразность лица),

- снижение интонационной окраски речи,

- замедленность движений.

К концу этого периода появляется желание «выговориться», реализуемое избирательно, направленное преимущественно на лиц, которые не были очевидцами стихийного бедствия. На фоне субъективных признаков некоторого улучшения состояния объективно отмечается дальнейшее снижение физиологических резервов:

- нарастают явления переутомления. Средние показатели физической силы и работоспособности (в сравнении с нормативными данными для исследованной возрастной группы) снижаются на 30%, а по показателю кистевой динамометрии – на 50% (в ряде случаев – до 10–20 кг). В среднем на 30% уменьшается умственная работоспособность.

4. «**Стадия восстановления».**

Начинается с 12-го дня после катастрофы.

Характеризуется:

- активизацией межличностного общения,

- нормализацией эмоциональной окраски речи и мимических реакций,

- впервые после катастрофы могут быть отмечены шутки, вызывавшие эмоциональный отклик у окружающих,

- восстанавливаются нормальные сновидения.

Несмотря на положительную динамику стадийности течения психо-эмоциональной реакции, длительное нахождения человека в состоянии психического напряжения в очаге стихийного бедствия, может стать причиной различных форм нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой, иммунной и эндокринной систем.

**Учебный вопрос III.**

**Характеристика и оказание первой помощи при основных вариантах психо-эмоциональных расстройств у пострадавших в ЧС.**

У человека в экстремальной ситуации могут появляться следующие варианты психо-эмоциональных расстройств (Крюкова и др., 2001):

* бред
* галлюцинации
* апатия
* ступор
* двигательное возбуждение
* агрессия
* страх
* истерика
* нервная дрожь
* плач

**Бред и галлюцинации.**

К основным признакам бреда относятся ложные представления или умозаключения, в ошибочности которых пострадавшего невозможно разубедить.

Галлюцинации характеризуются тем, что пострадавший переживает ощущение присутствия воображаемых объектов, которые в данный момент не воздействуют на соответствующие органы чувств (слышит голоса, видит людей, чувствует запахи и прочее).

***Первая помощь:***

1. Обратитесь к медицинским работникам, вызовите бригаду скорой психиатрической помощи.

2. До прибытия специалистов следите за тем, чтобы пострадавший не навредил себе и окружающим. Уберите от него предметы, представляющие потенциальную опасность.

3. Изолируйте пострадавшего и не оставляйте его одного.

4. Говорите с пострадавшим спокойным голосом. Соглашайтесь с ним, не пытайтесь его переубедить. Помните, что в такой ситуации переубедить пострадавшего невозможно.

**Апатия**

Может возникнуть после длительной напряженной, но безуспешной работы; серьезной неудачи, отсутствия видимого смысла своей деятельности; неудачи в спасении, и т.д. В состоянии апатии человек может находиться от нескольких часов до нескольких недель.

Характеризуется:

- ощущением усталости,

- безразличное отношение к окружающему,

- вялость, заторможенность,

- медленная, с длинными паузами речь.

При отсутствии помощи апатия может перейти в депрессию (тяжелые и мучительные эмоции, пассивность поведения, чувство вины, ощущение беспомощности перед лицом жизненных трудностей, бесперспективность и т.д.).

***Первая помощь:***

1. Поговорите с пострадавшим. Задайте ему несколько простых вопросов: «Как тебя зовут?»; «Как ты себя чувствуешь?»; «Хочешь есть?».

2. Проводите пострадавшего к месту отдыха, помогите удобно устроиться (обязательно снять обувь).

3. Возьмите пострадавшего за руку или положите свою руку ему на лоб.

4. Дайте пострадавшему возможность поспать или просто полежать.

5. Если нет возможности отдохнуть (происшествие на улице, в общественном транспорте, ожидание окончания операции в больнице), то больше говорите с пострадавшим, вовлекайте его в любую совместную деятельность (прогуляться, сходить выпить чаю или кофе, помочь окружающим, нуждающимся в помощи).

**Ступор**

Ступор – одна из самых сильных защитных реакций организма. Она наступает после сильнейших нервных потрясений (взрыв, нападение, насилие), когда человек затратил на выживание столько энергии, что сил на контакт с окружающим миром уже нет. Ступор может длиться от нескольких минут до нескольких часов.

Основными признаками ступора являются:

- резкое снижение или отсутствие произвольных движений и речи;

- отсутствие реакций на внешние раздражители (шум, свет, прикосновения, щипки);

- «застывание» в определенной позе, оцепенение, состояние полной неподвижности;

- возможно напряжение отдельных групп мышц.

 При отсутствии помощи, это состояние приведет к физическому истощению, опасным для жизни ситуациям связанным с отсутствием действий для их избегания.

***Первая помощь:***

1. Согните пострадавшему пальцы на обеих руках и прижмите их к основанию ладони. Большие пальцы должны быть выставлены наружу.

2. Кончиками большого и указательного пальцев массируйте пострадавшему точки, расположенные на лбу, над глазами ровно посредине между линией роста волос и бровями, четко над зрачками.

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

4. Человек, находясь в ступоре, может слышать и видеть. Поэтому говорите ему на ухо тихо, медленно и четко то, что может вызвать сильные эмоции (лучше негативные). Необходимо любыми средствами добиться реакции пострадавшего, вывести его из оцепенения.

**Двигательное возбуждение**

Иногда потрясение от критической ситуации (взрывы, стихийные бедствия) настолько сильное, что человек перестает понимать, что происходит вокруг него, лишается способности логически мыслить и принимать, решения. Двигательное возбуждение обычно длится недолго и может смениться нервной дрожью, плачем, а также агрессивным поведением

Основными признаками двигательного возбуждения являются:

- резкие движения, часто бесцельные и бессмысленные действия;

- ненормально громкая речь или повышенная речевая активность (человек говорит без остановки, иногда абсолютно бессмысленные вещи);

- часто отсутствует реакция на окружающих (на замечания, просьбы, приказы).

***Первая помощь:***

1. Используйте прием «захват»: находясь сзади, просуньте свои руки пострадавшему под мышки, прижмите его к себе и слегка опрокиньте на себя.

2. Изолируйте пострадавшего от окружающих.

3. Говорите спокойным голосом о чувствах, которые он испытывает. («Тебе хочется что-то сделать, чтобы это прекратилось? Ты хочешь убежать, спрятаться от происходящего?»)

4. Не спорьте с пострадавшим, не задавайте вопросов, в разговоре избегайте фраз с частицей «не», относящихся к нежелательным действиям (например: «Не беги», «Не размахивай руками», «Не кричи»).

5. Помните, что пострадавший может причинить вред себе и другим.

**Агрессия**

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

Основными признаками агрессии являются:

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

- нанесение окружающим ударов руками или какими-либо предметами;

- словесное оскорбление, брань;

- мышечное напряжение;

- повышение кровяного давления.

***Первая помощь:***

1. Сведите к минимуму количество окружающих.

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

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

4. Демонстрируйте благожелательность (даже если вы не согласны с пострадавшим, не обвиняйте его самого, а высказывайтесь по поводу его действий. Иначе агрессивное поведение будет направлено на вас. Нельзя говорить: «Что же ты за человек!» Следует сказать: «Ты ужасно злишься, тебе хочется все разнести вдребезги. Давай вместе попытаемся найти выход из этой ситуации»).

5. Старайтесь разрядить обстановку смешными комментариями или действиями.

6. Агрессия может быть погашена страхом наказания:

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

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

 **Страх**

Психо-эмоциональная реакция человека, чаще всего обусловленная ранее испытанными негативными ситуациями, вызвавшими чувство гипертрофированной охранительной реакции.

Пример: Ребенок просыпается ночью от того, что ему приснился кошмар. Однажды попав в автомобильную катастрофу, мужчина не может снова сесть за руль. Человек, переживший землетрясение, отказывается идти в свою уцелевшую квартиру.

К основным признакам страха относятся:

- напряжение мышц (особенно лицевых);

- сильное сердцебиение;

- учащенное поверхностное дыхание;

- сниженный контроль над собственным поведением.

Панический страх, вызвать оцепенение или, наоборот, возбуждение, агрессивное поведение. При этом человек плохо контролирует себя, не осознает, что он делает и что происходит вокруг.

***Первая помощь:***

1. Положите руку пострадавшего себе на запястье, чтобы он ощутил ваш спокойный пульс. Это будет для него сигналом: «Я сейчас рядом, ты не один!».

2. Дышите глубоко и ровно. Побуждайте пострадавшего дышать в одном с вами ритме.

3. Если пострадавший говорит, слушайте его, выказывайте заинтересованность, понимание, сочувствие.

4. Сделайте пострадавшему легкий массаж наиболее напряженных мышц тела.

**Нервная дрожь.**

После экстремальной ситуации появляется неконтролируемая нервная дрожь (человек не может по собственному желанию прекратить эту реакцию). Так организм «сбрасывает» напряжение. Реакция продолжается достаточно долго (до нескольких часов), после чего человек чувствует сильную усталость и нуждается в отдыхе

Основные признаки данного состояния:

- дрожь начинается внезапно – сразу после инцидента или спустя какое-то время;

- возникает сильное дрожание всего тела или отдельных его частей (человек не может удержать в руках мелкие предметы, зажечь спичку);

***Первая помощь:***

1. Нужно усилить дрожь (возьмите пострадавшего за плечи и сильно, резко потрясите в течение 10–15 секунд).

2. Продолжайте разговаривать с ним, иначе он может воспринять ваши действия как нападение.

3. После завершения реакции необходимо дать пострадавшему возможность отдохнуть.

4. Нельзя:

* обнимать пострадавшего или прижимать его к себе;
* укрывать пострадавшего чем-то теплым;
* успокаивать пострадавшего, говорить, чтобы он взял себя в руки.

**Истерика**

Истерический припадок длится несколько минут или несколько часов.

Основные признаки:

- сохраняется сознание;

- чрезмерное возбуждение, множество движений, театральные позы;

- речь эмоционально насыщенная, быстрая;

- крики, рыдания.

***Первая помощь:***

1. Удалите зрителей, создайте спокойную обстановку. Останьтесь с пострадавшим наедине, если это не опасно для вас.

2. Неожиданно совершите действие, которое может сильно удивить (можно дать пощечину, облить водой, с грохотом уронить предмет, резко крикнуть на пострадавшего).

3. Говорите с пострадавшим короткими фразами, уверенным тоном («Выпей воды», «Умойся»).

4. Не потакайте желаниям пострадавшего.

5. После истерики наступает упадок сил. Уложите пострадавшего спать. До прибытия специалиста наблюдайте за его состоянием.

**Плач**

Когда человек плачет, внутри у него выделяются вещества, обладающие успокаивающим действием.

Основные признаки данного состояния:

- человек уже плачет или готов разрыдаться;

- подрагивают губы;

- наблюдается ощущение подавленности;

- в отличие от истерики, нет признаков возбуждения.

Если человек сдерживает слезы, то не происходит эмоциональной разрядки, облегчения. Когда ситуация затягивается, внутреннее напряжение может нанести вред физическому и психическому здоровью человека.

***Первая помощь:***

1. Не оставляйте пострадавшего одного.

2. Установите физический контакт с пострадавшим (возьмите за руку, положите свою руку ему на плечо или спину, погладьте его по голове). Дайте ему почувствовать, что вы рядом.

3. Применяйте приемы «активного слушания» (они помогут пострадавшему выплеснуть свое горе): периодически произносите «ага», «да», кивайте головой, то есть подтверждайте, что слушаете и сочувствуете; повторяйте за пострадавшим отрывки фраз, в которых он выражает свои чувства; говорите о своих чувствах и чувствах пострадавшего.

4. Не старайтесь успокоить пострадавшего. Дайте ему возможность выплакаться и выговориться.

5. Не задавайте вопросов, не давайте советов. Ваша задача – выслушать.

**Учебный вопрос 4.**

**Особенности психо-эмоциональной реакции ребенка в ЧС. Общие принципы оказания первой помощи при психических расстройствах в ЧС.**

***Помощь ребенку.***

Ребенок, пережив насилие по отношению к себе или став свидетелем нанесения увечий другим людям в ЧС, испытывает такие же сильные чувства, что и взрослый (страх повторения события, разрушение иллюзии справедливости мира, беспомощность). Прямое насилие над ребенком может оказаться психологически слишком трудным, непереносимым для него, что выразится в молчании и оцепенении.

***Особенности психо-эмоциональной реакции ребенка в условиях ЧС:***

1) У ребенка фиксируется в памяти картина события, с представлением самые страшные моменты происшедшего (например, изуродованных, раненых людей,картины ДТП).

2) Ребенок может испытывать чувство вины (считать причиной события свое поведение).

3) Ребенок, переживший психотравмирующее событие, не видит жизненной перспективы (не знает, что будет с ним через день, месяц, год; теряет интерес к ранее привлекательным для него занятиям).

Для ребенка пережитое событие может стать причиной остановки личностного развития.

***Первая помощь:***

1. Дайте ребенку понять: вы всерьез относитесь к его переживаниям и вы знали других детей, которые тоже через это прошли («Я знаю одного смелого мальчика, с которым тоже такое случилось»).

2. Создайте атмосферу безопасности (обнимайте ребенка как можно чаще, разговаривайте с ним, принимайте участие в его играх).

3. Посмотрите вместе с ребенком «хорошие» фотографии – это позволит обратиться к приятным образам из прошлого, ослабит неприятные воспоминания.

4. Дайте понять, что чувствовать беспомощность, страх, гнев совершенно нормально.

5. Повышайте самооценку ребенка (чаще хвалите его за хорошие поступки).

Независимо от конкретной ситуации и варианта психического расстройства, в алгоритме оказания первой помощи можно выделить ряд **общих принципов**:

1) Необходимо отвести пострадавшего от источника травмы, предоставить пищу, отдых, безопасное окружение и возможность быть выслушанным.

2) Следует помнить, что любое острое психотическое состояние может представлять угрозу не только для пациента, но и для окружающих, лиц оказывающихпомощь.

3) Неотложные меро­приятия показаны только тем пациентам, состояние которых представляет угрозу для себя и других лиц, в первую очередь при наличии возбуждения и агрессивности, суицидальном поведении больного, состоянии измененного сознания, и требуют квалифицированной медицинской помощи.

 Главными **принципами оказания помощи** перенесшим психологическую травму в результате влияния экстремальных ситуаций являются:

* безотлагательность;
* приближенность;
* ожидание, что нормальное состояние восстановится;
* единство психологического воздействия;
* простота психологического воздействия

**Безотлагательность** означает, что помощь пострадавшему должна быть оказана как можно быстрее.

Смысл **принципа приближенности** состоит в оказании помощи в привычной обстановке и социальном окружении.

**Ожидание, что нормальное состояние восстановится**: с лицом, перенесшим стрессовую ситуацию, следует обращаться не как с пациентом, а как с нормальным человеком. Необходимо поддержать уверенность в скором возвращении нормального состояния.

**Единство психологического воздействия** подразумевает, что источником воздействия на пострадавшего должно выступать одно лицо.

**Простота психологического воздействия** – необходимо отвести пострадавшего от источника травмы, предоставить пищу, отдых, безопасное окружение и возможность быть выслушанным.

**Контрольные вопросы:**

1.Характеристика и оказание первой помощи при ступоре.

2. Характеристика и оказание первой помощи при агрессии.

3. Характеристика и оказание первой помощи при галлюцинациях.