

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
КЕМЕРОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
ДЕПАРТАМЕНТ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ



# Медицина в Кузбассе



РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ  
Основан в 2002 году

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР  
А.Я. ЕВТУШЕНКО

**Издатель:**

НП «Издательский Дом  
Медицина и Просвещение»

**Адрес:**

г. Кемерово, 650056,  
ул. Ворошилова, 21  
Тел./факс: 73-52-43

**Шеф-редактор:**

А.А. Коваленко

**Научный редактор:**

Н.С. Черных

**Макетирование:**

А.А. Черных  
И.А. Коваленко

**Директор:**

С.Г. Петров

Издание зарегистрировано в  
Сибирском окружном межрегиональном  
территориальном управлении  
Министерства РФ по делам печати,  
телерадиовещания и средств массовых  
коммуникаций.

Свидетельство о регистрации  
№ ПИ 12-1626 от 29.01.2003 г.

**Отпечатано:**

ООО «АНТОМ», 650004,  
г. Кемерово, ул. Сарыгина, 29

**Тираж:** 500 экз.

Розничная цена договорная

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Агаджанян В.В., Барбараш Л.С., Курилов К.С. —  
зам. главного редактора, Луцик А.А. — зам. главного редактора,  
Михайлуц А.П., Разумов А.С. — ответственный секретарь,  
Швец Т.И., Чурляев Ю.А.

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Ардашев И.П. (Кемерово), Барбараш О.Л. (Кемерово), Брюханов В.М. (Барнаул), Бураго Ю.И. (Кемерово), Галеев И.К. (Кемерово), Глушков А.Н. (Кемерово), Горбатовский Я.А. (Новокузнецк), Громов К.Г. (Кемерово), Гукина Л.В. (Кемерово), Ефремов А.В. (Новосибирск), Захаренков В.В. (Новокузнецк), Золоев Г.К. (Новокузнецк), Ивойлов В.М. (Кемерово), Казакова Л.М. (Кемерово), Колбаско А.В. (Новокузнецк), Копылова И.Ф. (Кемерово), Криковцов А.С. (Кемерово), Новиков А.И. (Омск), Новицкий В.В. (Томск), Подолужный В.И. (Кемерово), Рыков В.А. (Новокузнецк), Сапожков А.В. (Кемерово), Селедцов А.М. (Кемерово), Сыгин Л.В. (Новокузнецк), Темерханов Ф.Т. (Кемерово), Усов С.А. (Кемерово), Устьянцева И.М. (Ленинск-Кузнецкий), Ушакова Г.А. (Кемерово), Хайновская И.Я. (Кемерово), Ханченков Н.С. (Кемерово), Царик Г.Н. (Кемерово), Чеченин Г.И. (Новокузнецк), Шмидт И.Р. (Новокузнецк), Шраер Т.И. (Кемерово).

**Спецвыпуск № 10 – 2004**

**Медицина в Кузбассе: Спецвыпуск № 10-2004: ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ НАСЕЛЕНИЯ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ.** Материалы научно-практической конференции с международным участием. г. Кемерово, 2 ноября 2004 года. - Кемерово: ИД "Медицина и Просвещение", 2004. - 104 с.

*Спецвыпуск содержит материалы научно-практической конференции с международным участием, посвященные проблемам оказания медико-социальной и психологической поддержки населения при чрезвычайных ситуациях.*

**Редакционная коллегия выпуска:**

Лопатин А.А. - председатель,  
Галеев И.К., Евтушенко А.Я., Курилов К.С.,  
Новиков В.Э., Рытенкова О.Л., Швец Т.И.



---

**ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ  
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ  
И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ  
ПОДДЕРЖКИ НАСЕЛЕНИЯ  
ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ**



### *Уважаемые читатели!*

Этот выпуск журнала особенный. Он посвящен общей для всех нас проблеме. Проблема, продиктованной временем и, к сожалению, трагическими событиями - оказанию помощи пострадавшим при чрезвычайных обстоятельствах.

Когда верстался этот номер и планировалось проведение межрегиональной конференции, в нашей жизни еще не было трагедий Беслана и станции метро Рижская г. Москвы, но мы уже пережили собственные - взрывы на шахтах, наводнение на юге Кузбасса.

К счастью, Кемеровской области удалось избежать террористических актов, но сегодня никто не может быть уверенным в том, что терроризм не коснется его региона или города.

У нас имеются и свои собственные особенности. Кузбасс является одним из регионов с высоко развитой промышленностью - угольной, металлургической, химической и др. Наличие большого числа особо опасных предприятий приводят к повышенному риску развития техногенных катастроф и аварий.

А это означает, что мы должны быть готовыми в любой экстремальной ситуации уметь принимать правильные решения и оказывать эффективную помощь пострадавшим - не только медицинскую, но и психологическую и социальную.

Массовые бедствия, спровоцированные воздействием необычных по силе и значимости разнообразных факторов, вызывают, помимо всего прочего, самый негативный эффект — поражают психику человека, нарушают его социальную адаптацию. Практически любой человек, испытавший на себе воздействие событий и ситуаций исключительно угрожающего или катастрофического характера, испытывает те или иные проявления общего стресса. Самостоятельно справиться с его проявлениями могут лишь единицы, а остальным нужна профессиональная помощь специалистов, причем, не только сразу после массовых бедствий, но и длительное время спустя.

В связи с этим для нас важнейшим становится эффективное развитие и совершенствование системы всесторонней защиты населения Кузбасса при чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера. Приоритетные направления здесь очевидны. Это, прежде всего, предупреждение аварий, катастроф и стихийных бедствий, а в случае их возникновения - максимально быстрое проведение аварийно-спасательных работ и помощь пострадавшим.

Поэтому очень важно, чтобы среди спасателей были профессионалы высочайшей квалификации. Ведь от их быстроты и слаженности в работе зависит жизнь пострадавших. Но не менее важно вернуть не только пострадавшему, но и его родственникам душевное спокойствие, уменьшить горечь утрат. До 70% пострадавших нуждаются в той или иной степени психологической и психотерапевтической помощи. Кроме того, практически всем нужна и социальная помощь и поддержка. Все это заставляет нас как можно более серьезно и вдумчиво относиться к подготовке всех тех, кто будет оказывать медико-психологическую и психотерапевтическую помощь пострадавшим, а также к организации этой сложнейшей работы.

Именно этой проблеме и посвящен настоящий выпуск журнала, где обобщен опыт и подходы к решению этих сложнейших вопросов.

Заместитель Губернатора  
Кемеровской области  
по здравоохранению  
и социальной защите населения

К.С. Курилов



БАКУЛИН В.С.

*ГУ Центр госсанэпиднадзора в г. Кемерово*

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ, ВОЗНИКШЕЙ В ХОДЕ ОТДЫХА ДЕТЕЙ В САНАТОРИИ «АВРОРА» Г. СОЧИ

**П**ятого августа 2004 г. Центр госсанэпиднадзора получил из г. Сочи информацию о летальном исходе от менингококковой инфекции ребенка 14 лет, находившегося с 28 июля на отдыхе на базе санатория «Аврора» в составе группы из 35 детей.

По просьбе родителей, главой г. Кемерово было принято решение об экстренном вывозе детей из санатория. Для решения данного вопроса и уточнения эпидемической ситуации на месте, в г. Сочи выехала группа из 3-х специалистов, в состав которой входил заместитель главного врача Центра госсанэпиднадзора. По прибытии было установлено, что других больных менингококковой инфекцией среди детей Кемеровской группы и других отдыхающих санатория нет. В связи с появлением повышенной температуры тела у 5 детей, они были госпитализированы в инфекционное отделение городской больницы № 1 г. Сочи с диагнозом: Острая респираторная инфекция, и в течение 2-х последующих дней выписаны с выздоровлением в санаторий «Аврора» для продолжения отдыха. За два дня до окончания срока пребывания дети, руководители и врач группы были доставлены самолетом в г. Кемерово.

При этом объем противоэпидемических мероприятий в отношении отца умершего ребенка, а так же всех детей группы, проведен своевременно и в полном объеме.

Оценивая возникшую ситуацию, следует отметить ряд отрицательных вопросов:

- отказ матери умершего ребенка от медицинского осмотра и лабораторного обследования в г. Кемерово;

- группа сформирована из детей в возрасте от 9 до 19 лет в количестве 35 чел., что является нарушением санитарных правил МЗ РФ от 1 июня 2003 г.
- руководители и врач группы, не приняв исчерпывающих мер к разрешению ситуации, поставили в известность главу г. Кемерово о немедленном вывозе детей;
- недопустимо широкая огласка врачами санатория информации о летальном случае от инфекционного заболевания привела к нездоровому, порой жестокому, отношению отдыхающих детей к детям Кемеровской группы как «заразным»;
- полная изоляция детей Кемеровской группы в спальном корпусе, запрет на участие в общелагерных мероприятиях, когда все должно ограничиться медицинским наблюдением за детьми, что и делалось;
- запрет самого главного для детей — купания в море — после прививки менингококковой вакциной (никакими документами МЗ РФ данный вопрос не регламентируется);
- устройство на работу врача группы в медпункт санатория, что привело к снижению качества медицинского обслуживания кемеровских детей;
- отсутствие у руководителей и врача группы перечня чрезвычайных ситуаций, памятки о действиях при возникновении чрезвычайных ситуаций, а также телефонов (факсов) органов здравоохранения и территориального Центра госсанэпиднадзора.



ВОЛЫКОВА М.А., КОКОРИНА Н.П.  
*Кемеровская государственная медицинская академия,  
Областной клинический госпиталь ветеранов войн,  
г. Кемерово*

## ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ПРОХОДИВШИХ СЛУЖБУ В УСЛОВИЯХ ЛОКАЛЬНЫХ ВОЙН

Вторая Мировая Война и вооруженные конфликты второй половины XX века не оставили Россию в стороне. В течение последних десятилетий на территории бывшего СССР значительно увеличилось число граждан, подвергшихся психотравмирующему воздействию факторов боевого стресса в различных локальных войнах и вооруженных конфликтах. Среди военных событий особое место, как по продолжительности, так и по числу участников, занимают война в Афганистане и боевые действия в Чеченской республике.

Военные действия наносят не только непосредственные психические и физические травмы лицам, принимающим в них участие, но способны оказывать свое дальнейшее повреждающее действие в течение многих десятков лет, проявляясь в виде различных психосоматических расстройств.

Во всех развитых странах социально-психологическая адаптация ветеранов войн, перенесших психотравмирующее воздействие факторов боевой обстановки, признана актуальной научной и социальной проблемой, которая, несмотря на интенсивные научные исследования, по-прежнему далека от разрешения [Знаков В.В., 1990; Figley Ch.R., 1978; Girolamo G., 1992; Niles D.P., 1994].

По данным ряда авторов, в изучаемой группе лиц гораздо чаще встречаются такие заболевания, как ишемическая болезнь сердца [Falger, 1992 (Netherlands); Kaplan, 1992 (Israel)], гипертоническая болезнь с кризовым течением, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки [McFall, 1992 (USA)], сахарный диабет [Eberly, 1991 (USA)].

Подобные больные нуждаются в специально разработанной программе профилактики и лечения, а также психологической, психосоматической и психосоциальной реабилитации, начатой в наиболее ранние сроки на базе медицинских учреждений (например, госпиталь ветеранов войн).

Отдаленные последствия перенесенных военных действий наносят ущерб не только самой личности пострадавшего и его ближайшему окружению, но и мешают его дальнейшей полноценной интеграции в жизнь общества, наносят ощутимый экономический ущерб государству. Любое правительство, направляющее своих граждан на

войну, должно в их отношении прогнозировать масштабы последствий боевого стресса и предусматривать долгосрочные программы медико-социальной реабилитации [Нечипоренко В.В., Литвинцев С.В., 1997].

Актуальность данной работы состоит в сравнительном изучении психосоматических расстройств среди лиц, перенесших военные действия, как на отдаленных этапах, так и в ближайшие годы.

С этой целью были изучены две группы пациентов, проходивших в 2002-2003 гг. диспансеризацию и курс стационарного лечения в терапевтическом отделении Областного клинического госпиталя ветеранов войн г. Кемерово.

Всего обследовано 104 человека мужского пола. Первую группу составили 60 ветеранов войны в Афганистане, в возрасте от 30 до 52 лет, средний возраст — 41,6 лет. Во вторую группу вошли 44 участника боевых действий (БД) в Чечне в возрасте от 20 до 35 лет, средний возраст — 26,3 лет.

Таким образом, группа ветеранов войны в Афганистане была значительно старше, максимальное количество участников относится к возрастной группе 40-44 лет (46,7 %). Среди пациентов, участвовавших в БД в Чечне, основную долю составили лица 25-29 лет (52,3 %).

Длительность воздействия боевой психической травмы на пациентов первой группы было более продолжительным, чем во второй группе.

Практически все участники БД в Афганистане находились в зоне вооруженного конфликта 1-2 года, максимальное количество приходится на срок 19-24 мес. — 53,4 % (32 человека). Среди участников БД в Чечне только 9,1 % (4 человека) находились в зоне военных действий длительно, а большинство обследованных (88,6 % или 39 человек) проходили военную службу в течение 6 месяцев и меньше.

Всем пациентам было проведено соматическое обследование, включающее клиническое и биохимическое исследование крови и мочи, ЭКГ, ФГДС, УЗИ органов брюшной полости и почек. Исследование НР-теста проводилось у 22 человек, ЭХО-КС — у 18 пациентов. В обязательном порядке все участники БД были осмотрены невропатологом.

Клиническая верификация психосоматических расстройств проводилась в соответствии с



Международной статистической классификацией болезней, травм и причин смерти 10-го пересмотра (МКБ-10).

В первой группе, в которую входили ветераны Афганской войны, патология выявлена у 46 человек, что составило 76,7 % от числа обследованных. Во второй группе, включающей участников БД в Чечне, психосоматические заболевания обнаружены у 32 пациентов (72,7 %).

Таким образом, можно сделать вывод, что ни возраст, ни продолжительность воздействия БПТ, не являются ведущими в процессе формирования психосоматической патологии.

В процессе наблюдения не было получено четкой и достоверной картины давности развития патологических процессов. В большинстве случаев, несмотря на болезненные проявления, ветераны не обращались за медицинской помощью, и соответствующая патология обнаруживалась лишь при проведении диспансеризации. Такого рода снижение внимания к своему здоровью, вплоть до полного безразличия, было типичным для участников БД. Подобное отношение является, прежде всего, следствием «комбатантной анозогнозии» [Сидоров П.И., Лукманов М.Ф. 1997], когда в процессе войны люди постоянно сталкиваются с несоизмеримостью смерти и собственного здоровья.

Наши исследования показали, что в обеих группах преобладали заболевания желудочно-кишечного тракта, представленные хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью, а также патология сердечно-сосудистой системы в форме нейроциркулярной дистонии и гипертонической болезни. При проведении сравнительного анализа по группам, у участников БД в Чеченской республике наиболее часто встречался хронический гастродуоденит, тогда как среди ветеранов Афганских событий удельный вес язвенной болезни и хронического гастродуоденита был примерно одинаков. Среди патологии сердечно-сосудистой системы в первой группе лидирующее положение занимала гипертоническая болезнь, что, по-видимому, обусловлено более старшим возрастом обследованных. Во второй группе ведущее место принадлежало нейроциркулярной дистонии, что объясняется как более молодым возрастом участников, так и небольшой давностью от момента стрессорного воздействия БПТ.

Таким образом, наше наблюдение показало, что развитие психосоматических расстройств у участников БД происходит независимо от возраста и продолжительности воздействия боевой психической травмы, причем в основном поражаются органы желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистая система.







ГАЛЕЕВ И.К., ЦИТКО А.А., ГРЕБЕНКИНА Н.А.  
*Областной центр медицины катастроф,  
г. Кемерово*

## ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Организация психолого-психиатрической помощи пострадавшим при ЧС и членам аварийно-спасательных формирований относится к числу сложнейших проблем психиатрии катастроф. Решение ее связано, прежде всего, с разработкой оптимальных форм организации данного вида специализированной помощи в очаге поражения, на этапах медицинской эвакуации, в ближайшие и отдаленные периоды ЧС. Для этого необходима кропотливая работа, связанная с расчетом сил и средств на всех уровнях медицинского обеспечения пострадавших при ликвидации медицинских последствий чрезвычайных ситуаций.

Цели, задачи и содержание психиатрической помощи определены приказом МЗ РФ № 325 от 24.10.2002 г. «О психологической и психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях», а также «Положением об организации и содержании психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях», утвержденным Минздравом России 02.02.1996 г.

Успех этой работы зависит от понимания психобиологической сущности возникающих при ЧС психических расстройств у пострадавших и участников аварийно-спасательных работ, с учетом всей сложности патогенетических механизмов, включая их биологические, психологические и социальные звенья.

Кроме того, большое значение имеют точность оценки состояния, правильность постановки диагноза, адекватное применение различных методов и средств, прогнозирование психологических и психиатрических последствий ЧС, преемственность всего лечебного процесса и, главным образом, неотложность и адекватность оказываемой помощи.

Следует отметить, что психиатрия катастроф или чрезвычайных ситуаций имеет дело не только с индивидуальными, но и с коллективными реакциями, которые нередки в условиях ЧС, особенно при внезапном ее развитии. Такого рода реакции приводят к панике, «неуправляемому хаосу», агрессивным действиям. Этому вопросу уделяли внимание В.М. Бехтерев, Г. Лебон, К. Ясперс и другие. Особенностью «психологии масс» является ее «особая эффективность», внушаемость, легковерность, предпочтение слухов официальной информации, «заразительность» переживаний и убеждений. Как писал К. Ясперс (1997), «...масса — это «коллективная душа»

людей, объединенных общими чувствами и побуждениями, и утративших всякую свою индивидуальность...». Люди теряют способность мыслить, не имеют своей воли, утрачивают критику. Они склонны к массовым психозам, неконтролируемому возбуждению и актам насилия, грабёжам, убийствам, панике. Все эти особенности определяют сложность задач, которые встают перед психиатрией катастроф при организации помощи пострадавшему населению.

Изучение динамики нарушений психической адаптации позволило установить характерные закономерности их развития. Они выражались в постепенном усложнении психических нарушений, от астенических и психовегетативных до аффективных, а при дополнительных вредных факторах (истощение, неблагоприятные социально-психологические воздействия) — до психосоматических, патохарактерологических и интеллектуально-мнестических.

При продолжительных ЧС или достаточно длительном сохранении их последствий отмечается отчетливая тенденция к устойчивым образованиям, сопоставимым с клинически очерченными синдромами (астеническим, психовегетативным, неврозоподобным, депрессивным, психоорганическим).

Опыт ликвидации медико-санитарных последствий ЧС в Кемеровской области, накопленный в медицине катастроф, позволяет считать, что основными принципами организации эффективной психолого-психиатрической помощи при ЧС являются приближенность, неотложность, адекватность, этапность, которые являются существенным дополнением к общепринятым в практике принципам организации медицинской помощи населению (профессионализм, эффективность, индивидуальность, преемственность).

Департаментом охраны здоровья населения был издан приказ № 505 от 11.06.2003 г. «Организация психологической и психиатрической помощи пораженным в чрезвычайных ситуациях», определивший конкретные задачи для органов управления здравоохранением территорий области и областных учреждений по этим вопросам.

В частности, этим приказом определено, что: - при санпропускниках психиатрических больниц (приемных покоях, регистратурах) должны быть организованы «телефоны доверия», предусмотрев выделение отдельных номеров





телефонов для работы в режиме «горячая линия» с пораженными в ЧС;

- при диспансерных отделениях психиатрических больниц должны быть организованы кабинеты социально-психологической помощи;
- должно быть предусмотрено использование части коечного фонда психиатрических больниц в качестве «кризисного стационара» для госпитализации лиц с психическими расстройствами, поступающих из района ЧС.

Для Кемеровской областной клинической психиатрической больницы, Новокузнецкой городской психиатрической больницы — не ниже установленных планом-заданием на экстренное развертывание приемно-сортировочных отделений, по 100 коек психиатрического профиля в каждом стационаре (приложение № 3 к приказу ДОЗН № 22 от 31.01.2001 г.). Для других территорий области в качестве «кризисных стационаров» должен использоваться коечный фонд близлежащих психиатрических стационаров. В частности, для Кемеровского района, гг. Белово, Гурьевск, Анжеро-Судженск, Мариинск, В.Чебула, Тисуль, Тяжин, Топки, Юрга, Промышленная, Яшкино, Березовский, Тайга, Яя в качестве «кризисного стационара» предусмотрена Областная клиническая психиатрическая больница в г. Кемерово. Новокузнецкая городская психиатрическая больница размещает пострадавших из г. Новокузнецка и Новокузнецкого района, Прокопьевская городская психиатрическая больница — из гг. Прокопьевска, Киселевска, Прокопьевского района, Ленинск-Кузнецкая городская психиатрическая больница — из г. Ленинска-Кузнецкого и Ленинск-Кузнецкого района, Калтанская городская психиатрическая больница — из гг. Калтан, Осинники, Междуреченск, Мыски, Таштагол.

На базе приемного отделения больниц должны разворачиваться *приемно-сортировочные отделения*.

В состав таких отделений входят:

1. *Пост встречи пострадавших*, который разворачивается при въезде на территорию больницы и комплектуется наиболее квалифицированными специалистами. Они обязаны:
  - участвовать в проведении дозиметрического контроля прибывающих из района катастрофы пострадавших;
  - вести журнал регистрации прибывающих пострадавших;
  - при первичном осмотре выделить из больных с психическими расстройствами ходячих и носилочных;
  - выявить подозреваемых на инфекционные заболевания и направить их в инфекционный изолятор;

- сопроводить больных с психическими расстройствами в приемное отделение.

- остальных пострадавших, после оказания им необходимой врачебной помощи, отправить на автомобиле в профилированное ЛПУ, о чем сделать запись в журнале регистрации, с указанием того медицинского учреждения, куда отправлен больной.

2. *Сортировочное отделение*, которое разворачивается в помещении приемного отделения и комплектуется квалифицированными врачами-психиатрами и медицинскими сестрами. Они обязаны:

- осмотреть и зарегистрировать поступающих из очага поражения пострадавших;
- произвести сбор и оформление документов, ценностей и денег;
- направить в инфекционный изолятор пострадавших с подозрением на инфекционные заболевания;
- больных, требующих неотложной медицинской помощи, купирования острого психомоторного возбуждения, направить в перевязочную палату.
- после оформления сопроводить пострадавших в отделение больницы для госпитализации.

3. *Инфекционный изолятор*, разворачиваемый в изолированной комнате приемного отделения и комплектуется квалифицированными медицинскими работниками. В их задачи входит:

- вести прием, регистрацию и тщательный осмотр пострадавших с подозрением на инфекционные заболевания;
- производить у больных забор анализов и их отправку в лабораторию для исследования;
- в случае подтверждения диагноза, направить больного в инфекционную больницу или инфекционное отделение психиатрической больницы;
- в случае не подтверждения диагноза, сопроводить пострадавшего в отделения больницы.

4. *Перевязочная палата*, которая разворачивается на базе приемного отделения и комплектуется квалифицированными медицинскими работниками. Они обязаны:

- останавливать возобновившееся в ходе транспортировки наружное кровотечение;
- восстанавливать проходимость дыхательных путей;
- проводить искусственное дыхание и непрямой массаж сердца;
- вводить обезболивающие и сердечно-сосудистые средства.
- после оказания помощи и регистрации, сопроводить больного в отделение больницы для госпитализации.



Основными задачами отделений являются:

- стационарная лечебно-диагностическая помощь при психических расстройствах, обусловленных (или обострившихся) чрезвычайными ситуациями;
- организация психологической, психотерапевтической, психофармакотерапевтической помощи населению, пострадавшему при чрезвычайных ситуациях;
- проведение дифференциально-диагностических мероприятий в сложных клинических случаях, с последующим проведением экспертизы трудоспособности.

На период ЧС обязанность укомплектовать специализированные подразделения психиатрических учреждений, привлекаемых к оказанию помощи, необходимым транспортом и медикаментами возлагается на начальников управлений здравоохранения, главных врачей ЦГБ, областной психиатрической больницы.

Организационно-методическое руководство работой по оказанию психологической и психиатрической помощи в районе ЧС возложена на Областной центр медицины катастроф.

Приказом ДОЗН КО утвержден список руководителей — координаторов психологической и психиатрической помощи пораженным в ЧС. При этом координаторы психологической и психиатрической помощи должны быть обеспечены мобильной телефонной связью для возможности решения оперативных задач, обучены на циклах тематического усовершенствования «Психологическая и психиатрическая помощь пострадавшим в чрезвычайных ситуациях» в ГНЦ социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского.

Список руководителей-координаторов (с указанием контактных телефонов), специалистов для работы в ЧС ежегодно представляется в Областной центр медицины катастроф.

При возникновении ЧС указанные подразделения переходят на работу в следующем режиме:

1. *Отделения «Телефон доверия»* работают с пораженными от ЧС в режиме «Горячая линия» ежедневно, круглосуточно, без перерывов. Номера телефонов «Горячей линии» на период ЧС объявляются населению с использованием средств массовой информации. В задачу отделений входит работа с пострадавшими, обратившимися по телефону (с использованием принципов «телефона доверия»); принятие сообщений о необходимости оказания специализированной психологической и психиатрической помощи; обеспечение взаимодействия и преемственности в деятельности «кризисного стационара», кабинета социально-психологической помощи, бригад скорой психиатрической помощи; информирование руководителя-координатора о ситуа-

ции, количестве обратившихся пострадавших и их родственников, а также иных сведениях, необходимых для принятия решения о дальнейшей тактике оказания психолого-психиатрической помощи.

2. *Кабинеты социально-психологической помощи* работают ежедневно, круглосуточно, без перерыва, оказывая психологическую, психотерапевтическую и доступную социальную помощь пострадавшим в ЧС и их родственникам, не нуждающимся в стационарном наблюдении. В их задачи входит оказание (в том числе в районе ЧС) амбулаторной помощи лицам с психическими расстройствами, возникшими в результате ЧС.

3. *Отделения кризисных состояний* учреждений здравоохранения работают ежедневно, круглосуточно, без перерывов. В их задачи входит оказание стационарной помощи лицам с психическими расстройствами, возникшими в ЧС.

4. *Врачебные и фельдшерские бригады скорой психиатрической помощи* учреждений здравоохранения работают ежедневно, круглосуточно, без перерывов, во взаимодействии с кабинетами социально-психологической помощи, отделениями кризисных состояний, психоневрологическими диспансерами, диспансерными отделениями и кабинетами, психиатрическими больницами. Они принимают вызовы непосредственно от пострадавших при ЧС или их родственников; из отделений «телефон доверия»; от руководителя-координатора психологической и психиатрической помощи пострадавшим в ЧС; от учреждений здравоохранения.

В их задачи входит оказание неотложной специализированной психиатрической помощи в зоне ЧС и транспортировка пациентов с психическими расстройствами, нуждающихся в психиатрической помощи в условиях стационара.

Создание таких бригад позволяет выдвигать силы и средства возможно ближе к очагу поражения при массовых санитарных потерях, оперативно решать вопросы их усиления, оказывать квалифицированную, с элементами специализированной, помощь в наиболее ранние сроки, ориентироваться в структуре психических нарушений и психолого-психиатрических последствий ЧС, обеспечивать непрерывность и преемственность лечебно-профилактических мероприятий на всех уровнях.

Важной частью работы психиатрических бригад быстрого реагирования является проведение психолого-психиатрической разведки, которая, являясь одним из видов медико-сани-



тарной разведки, проводится с целью прогноза медико-психологических, медико-социальных и психиатрических последствий ЧС, а также для снижения уровня и предупреждения возникновения собственно психических и психосоматических заболеваний. Психолого-психиатрическая разведка включает в себя сбор информации о состоянии здоровья населения и участников ликвидации последствий ЧС в очаге поражения, анализ сложившейся психологической и психиатрической ситуации, определение объема работы по оказанию помощи пострадавшим, с расчетом необходимых для этого сил и средств.

Широкий спектр психических нарушений, от психологически понятных реакций и проявлений преклинического уровня до реактивных психозов и патохарактерологических сдвигов, с позиций системно-динамического подхода расценивается не как очерченные варианты психической патологии, а как этапы адаптационной стратегии индивида (как организма и как личности), отражающие тесную взаимосвязь между стрессовыми событиями, адаптивными ресурсами организма, личности и общепатологическими механизмами развития заболеваний.

Все вышесказанное требует комплексного подхода к проведению лечебно-профилактических

мероприятий на разных этапах развития ЧС с учетом многофакторного характера ее психолого-психиатрических последствий.

В связи с этим, необходим дифференцированный подход к оценке возникающих в ЧС нарушений в зависимости от типа (патологические, не патологические), формы (реакции, состояния, развития), регистра, отражающего глубину поражения ЦНС, и спектра, характеризующего избирательность психопатологических проявлений. На этапе оказания первой медицинской, первой врачебной и квалифицированной психиатрической помощи основным методом лечения является психофармакотерапия, проводимая по принципу клинической обоснованности применения психотропных средств и направленная на купирование психопатологических проявлений; при коррекции и лечении не психотических форм она должна быть дополнена методами психотерапии.

Немедикаментозные методы профилактики, коррекции и лечения должны быть направлены на повышение защитно-приспособительных и резервных возможностей организма. В свою очередь, методы социально-психологической поддержки и социально-трудовой реабилитации пострадавших играют важную роль в предупреждении отдаленных психических и психосоматических последствий ЧС.





ГЕРМАН С.В.

МУ Комплексный центр социального обслуживания населения Центрального района,  
г. Кемерово

## ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ПЕРИОД ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА В УСЛОВИЯХ ЧС

Говоря о психологической помощи лицам, получившим инвалидность, мы особое внимание обращаем на жалобы, с которыми они обращаются к специалистам отделения. Для большинства из них характерны одни и те же нарушения внутреннего равновесия. Этот особый комплекс психологических проблем получил название «Синдром посттравматического стресса». Мы будем говорить о нем, используя термин «Посттравматическое стрессовое расстройство» (сокращенно ПТСР).

Человек умеет приспосабливаться к различным обстоятельствам, с изменением нашей жизни меняемся и мы сами. Происходящие в нас перемены помогают выжить, в какие бы условия мы ни попали.

Поскольку лица, получившие инвалидность, оказались в исключительных по современным меркам условиях, для выживания в этих условиях им требуется приобретение новых способов поведения. Многие из прежних стереотипов поведения пригодны только для прежнего состояния, но перестроится очень трудно.

По каким же признакам можно распознать присутствие посттравматического стресса? Если мы говорим, что тот или иной человек имеет посттравматический стресс, мы подразумеваем прежде всего то, что этот человек пережил травмирующее событие, т.е. испытал нечто ужасное, что случается с людьми не часто. По определению психиатров, *«травмирующим называют событие, выходящее за пределы нормального человеческого опыта»*.

Посттравматический стресс — это не только наличие травмирующего события в прошлом. Такое событие — только часть общей картины, внешнее обстоятельство, которое сыграло свою роль в болезненном процессе.

Другая сторона посттравматического стресса относится к внутреннему миру личности, и связана с реакцией человека на пережитые события. Все мы реагируем по-разному: трагическое происшествие может нанести тяжелую травму одному и почти не затронет психику другого. Очень

важно также, в какой момент происходит событие: один и тот же человек в разное время может реагировать по-разному. Итак, говоря о посттравматическом стрессе, мы имеем в виду, что человек пережил одно или несколько травмирующих событий, которые глубоко затронули его психику. Эти события так резко отличаются от всего предыдущего опыта или причинили настолько сильные страдания, что человек ответил на них бурной отрицательной реакцией. Нормальная психика в такой ситуации, естественно, стремится смягчить дискомфорт: человек, переживший подобную реакцию, коренным образом меняет свое отношение к окружающему миру, чтобы жить стало хоть немного легче.

Потеря душевного равновесия, бурные психические проявления в этом случае совершенно нормальны.

Инвалидность — сильная травма, когда травмирующие события повторяются многократно, и болезненная реакция может сохраниться на многие годы. Например, возникновение боли или обострение заболевания может вызвать острую стрессовую реакцию.

Подобно тому, как мы приобретаем иммунитет к определенной болезни, наша психика вырабатывает особый механизм для защиты от болезненных переживаний. Например, человек, переживший трагическую потерю близких, в дальнейшем подсознательно избегает устанавливать с кем-либо тесный эмоциональный контакт. Получив инвалидность и утратив прежние навыки, социальные контакты, ритм жизни, человек избегает попыток научиться действовать по-новому. Наша задача — помочь справиться с ПТСР, выйти из кризиса.

Когда у человека нет возможности разрядить внутреннее напряжение, его тело и психика находят способ как-то примениться к этому напряжению. В этом, в принципе, и состоит механизм посттравматического стресса. Его симптомы, которые в комплексе выглядят как психическое отклонение, на самом деле не что иное, как глубоко укоренившиеся способы поведения, связанные с жизнью в прошлом.



ГРЕБЕНКИНА Н.А.  
Областной центр медицины катастроф,  
г. Кемерово

## ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ЛАБОРАТОРИИ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СПАСАТЕЛЕЙ

**В** Кузбассе насчитывается порядка 1500 спасателей различных категорий. Из них, около 30 % — специалисты Службы медицины катастроф, около 20 % — спасатели поисково-спасательной службы Кемеровской области, более 50 % — горноспасатели и аварийно-спасательные формирования других министерств и ведомств.

Профессиональная деятельность спасателей протекает в условиях высокого нервно-психического напряжения, вызванного воздействием различных по глубине и длительности экстремальных факторов.

С 1998 года в Областном центре медицины катастроф, на основании постановления правительства РФ от 31.10.96 г. № 1312 «О порядке бесплатной медицинской реабилитации спасателей в РФ», Распоряжения Администрации Кемеровской области от 02.10.97 г. № 948-р «О порядке бесплатной медицинской реабилитации спасателей и организации психофизиологического обеспечения контингентов, принимающих участие в ликвидации чрезвычайных ситуаций в Кемеровской области», создана и работает лаборатория психофизиологического обеспечения спасателей (ЛПФО).

Цель создания ЛПФО — практическое решение комплексных задач психофизиологического отбора и периодического контроля, трудовой экспертизы, функциональной реабилитации, психологической подготовки и поддержки специалистов аварийно-спасательных формирований и Службы медицины катастроф, участвующих в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.

Лаборатория психофизиологического обеспечения является структурным подразделением Областного центра медицины катастроф.

Конкретными *задачами* лаборатории являются:

1. *Психофизиологический профессиональный отбор* кандидатов на работу в аварийно-спасательные формирования и Службу медицины катастроф, с прогнозом поведения кандидатов в ситуациях повышенного риска для жизни и здоровья и в условиях высокой стрессогенности.
2. *Периодический контроль психофизиологического состояния* спасателей, с выдачей рекомендаций по снятию психоэмоционального напряжения.

3. *Психофизиологическая экспертиза трудоспособности* специалистов при их внеочередной аттестации в связи с профессиональными срывами и (или) расстройствами здоровья, влияющими на профессиональную работоспособность.

Для прогнозирования успешности в профессиональной деятельности используются следующие тесты и психофизиологические методики:

- методика многостороннего исследования личности (ММИЛ) — позволяет дать подробный психологический «портрет» обследуемого, с прогнозом вероятности нарушений социальной адаптации (в том числе профессиональных срывов) и описанием наиболее вероятных критических ситуаций, в которых эти срывы могут произойти;
- тест «16 личностных факторов Кэттелла» — позволяет соотнести выраженность индивидуальных черт конкретных лиц с нормативными стандартами;
- тест «Уровень субъективного контроля» — выявляет склонность индивида использовать при оценке ситуации внутренние критерии, исходя из уровня ответственности;
- краткий ориентировочный тест — оценивает уровень интеллектуального развития индивида, дает возможность оценить способность к решению абстрактно-логических задач в условиях дефицита времени.
- экспериментальные психофизиологические методики — дают ценную информацию о базовом состоянии центральной нервной системы и позволяют оценить показатели функциональных резервов организма и его адаптационный потенциал.

При необходимости углубленного исследования (наличие по данным методикам противопоказаний к работе в условиях ЧС), для более тонкой диагностики личности испытуемого, используются метод портретных выборов Сонди; метод цветowych выборов Люшера; методика «Испытание по руке»; метод рисуночной фрустрации Розенцвейга.

4. *Психологическая подготовка* — оптимизация психологических и психофизиологических качеств специалистов, адаптация этих качеств к деятельности в очагах чрезвычайных ситуаций, создание адекватного психологического фона, минимизирующего стресс.
5. *Психофизиологическая реабилитация*, как составная часть медицинской реабилитации.



6. *Медико психологическая помощь*, оказывает-ся совместно с психиатрическими бригадами Службы медицины катастроф профессиональным контингентам, участвующим в ликвидации чрезвычайных ситуаций, и пострадавшему населению.

Заведующей ЛПФО, совместно с врачом-психотерапевтом Областной психиатрической больницы, была оказана медико-психологическая помощь пострадавшим в результате стихийного бедствия природного характера (смерча) в Беловском районе Кемеровской области.

Медико-психологическая помощь заключалась в следующем:

- профилактика острых панических реакций, (собеседования с пострадавшими);
- психотерапия возникших пограничных нервно-психических нарушений (четверо пострадавших);
- медикаментозная профилактика отсроченных психогенных реакций (двое пострадавших).

С момента существования лаборатории, специалистами была проведена большая работа по общей организации процесса психофизиологического обеспечения профессиональных контингентов аварийно-спасательных формирований, принимавших участие в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций. Начато психологическое обследование горноспасателей, спасателей поисково-спасательной службы и специалистов Службы медицины катастроф. Психофизиологическое обследование прошли 604 человека. Из них, 411 человек — специалисты Службы медицины катастроф, 160 человек — спасатели ГУ ГО и ЧС, 33 человека — спасатели ВГСЧ.

В ходе прохождения психофизиологического обследования специалистов Службы медицины катастроф, аттестуемых на статус спасателя в 2000-2004 гг., выявлено, что в 31 % случаев при профотборе и освидетельствовании было дано заключение «противопоказаний к предполагаемой работе не выявлено». Остальные 69 % специалистов допущены к работам по ликвидации последствий ЧС, но им даны рекомендации по режиму труда и отдыха, с учетом их индивидуальных особенностей. Из них, 13 % специалистов вошли в «группу риска», в связи с повышенной вероятностью возникновения болезненных состояний, неадекватных реакций на экзогенные воздействия из-за специфических условий профессиональной деятельности в напряженных и экстремальных ситуациях.

Очень важно отметить, что психологические критерии оценки общего состояния являются наиболее тонким инструментом, с помощью которого возможно не только улавливать едва начинающийся процесс дезадаптации, но и прогнозировать тип реакции у конкретной личности задолго до ситуации стресса.

Лица, выделенные в «группу риска», признаются «рекомендованными условно». Они нуждаются в систематической психологической помощи — коррекции неблагоприятных функциональных состояний и психоэмоциональных нарушений или отклонений. Для них также необходима соответствующая подготовка, направленная на формирование навыков психической саморегуляции в условиях стресса (обязательно с учетом индивидуально-типологических особенностей личности).

«Группа риска» — понятие динамическое. В процессе работы, при успешной адаптации, решении тех или иных социальных, личностных проблем, изменении состояния здоровья с помощью возможностей санаторно-курортного лечения данной категории лиц, «группа риска» может быть снята.

Остальные 56 % — это лица, у которых «не выявлено существенных противопоказаний к участию в работах по ликвидации ЧС». Такой вывод делается при наличии любых индивидуальных особенностей обследуемого лица, исключая обуславливающие принадлежность к «группе риска». Представители этой группы определены как активные, с адаптированной и адекватной реакцией на стресс.

По результатам обследований спасателей Новокузнецкого ВГСО, принимавших участие в ликвидации последствий взрыва на шахте «Есаульская», а также врачей суд-мед экспертов, принимавших участие в ликвидации последствий взрыва метана на шахте «Комсомолец» в Ленинске-Кузнецком (экспертиза трудоспособности после выхода из очага ЧС), выявлено, что 5 % сотрудников имеют противопоказания к дальнейшему участию в работах по ликвидации последствий в очагах ЧС, в связи с развитием у них симптоматики хронического утомления (чувство усталости, снижение мышечной силы, закрепощенность и боли в работающих мышцах, вегетативные дисфункции, нарушение сна) и переутомления (к перечисленным симптомам добавляются пограничные нервно-психические расстройства, обострение хронических заболеваний). Представителям этой группы рекомендовано повторное, углубленное психофизиологическое обследование и индивидуальное консультирование психолога, с целью перепроверки и дополнения изначально полученных результатов и решения вопроса о проведении реабилитационных мероприятий.

Остальные обследованные характеризуются незначительными отклонениями личностных особенностей от популяционных средних и от первоначальных показателей, полученных при первичном освидетельствовании. У них выявлены признаки компенсируемого и острого утомле-



ния. Эти формы утомления, как правило, проходят после обычного отдыха со сном. Эти отклонения находятся на границе предельно допустимых норм и поэтому сделан вывод об отсутствии существенных противопоказаний к работе в условиях ЧС и частичном снижении уровня профессиональной пригодности и трудоспособности таких специалистов. Они также нуждаются в реабилитационных мероприятиях.

Таким образом, используя ряд апробированных и рекомендованных к применению лабораторией психофизиологического обеспечения ВЦМК «Защита» методов и тестов, среди всех обследованных было выделено 3 психологических группы:

1. Стресс-устойчивая, с высокой степенью адаптации и выраженной адекватной реакцией (31 %).
2. Стресс-устойчивая, с адекватной реакцией (56 %).
3. Группа риска — стресс-лабильная с ажитированным компонентом реагирования (15 %) и стресс-лабильная с депрессивным компонентом реагирования (84,2 %).

Такие сугубо индивидуальные различия стресс-реакции считаются обусловленными генетическими особенностями периферической нервной системы, с преобладанием либо симпатической нервной системы, либо системы блуждающего нерва. На основании такого разделения необходимо проводить специфические профилактические мероприятия для предотвращения стрессовых последствий.

Безусловно, совершенно различна и тактика специальных психологических мероприятий, проводимых среди спасателей в каждой из трех вышеперечисленных факторных групп:

В системе подготовки спасателей, проводимой ЛПФО ОЦМК важное место занимает психологическая подготовка с использованием специальной программы психологической поддержки наиболее неустойчивых и лабильных в эмоциональном плане лиц, направленная на формирование навыков психической саморегуляции в условиях стресса (обязательно с учетом индивидуально-типологических особенностей личности).

Обследованные специалисты с низким уровнем адаптации к стрессовому воздействию нуждаются в систематической психологической помощи — коррекции неблагоприятных функциональных состояний и психоэмоциональных нарушений или отклонений.

В зависимости от характера выявленных функциональных сдвигов, после участия в работах по ликвидации последствий ЧС, следует проводить лечебно-профилактические и реабилитационно-восстановительные мероприятия.

Одним из эффективных путей повышения качества профессиональной деятельности спасателей является совершенствование профессионального психологического отбора, который должен обязательно учитывать и эффективность деятельности специалистов при воздействии экстремальных факторов. Все кандидаты в аварийно-спасательные формирования Кемеровской области в обязательном порядке проходят психофизиологическое освидетельствование в ЛПФО ОЦМК.

Проведенные психофизиологические исследования своей конечной целью имеют разработку эффективных медико-психологических мероприятий, снижающих стрессовые нарушения и повышающих адаптацию организма спасателей к стрессовым воздействиям.





ГРЕБЕНКИНА Н.А.  
*Областной центр медицины катастроф,  
г. Кемерово*

## МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

**В** очаге чрезвычайной ситуации в медико-психологической помощи нуждаются не только пострадавшее население, но также их родственники и спасатели.

### МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШЕМУ НАСЕЛЕНИЮ В ОЧАГЕ ЧС

Оказание медико-психологической помощи в условиях катастроф и стихийных бедствий пострадавшему населению относится к приоритетным медицинским мероприятиям в ЧС, что особенно актуально для легкопораженных, у которых развитие психических (в первую очередь психогенных) нарушений приобретает зачастую ведущее значение в клинической картине, в значительной степени определяя тяжесть и прогноз их соматического состояния.

В условиях катастроф и стихийных бедствий нервно-психические нарушения у значительной части населения проявляются в диапазоне от состояния дезадаптации и невротических, неврозоподобных реакций до реактивных психозов.

Их тяжесть зависит от многих факторов: возраст, пол, уровень исходной социальной адаптации, индивидуальные характерологические особенности, дополнительные факторы к моменту катастрофы (одиночество, наличие на попечении детей, больных родственников, собственная беспомощность: беременность, болезнь и т.д.).

*Цели и задачи медико-психологической помощи:*

- профилактика острых панических реакций, психогенных нервно-психических нарушений;
- повышение адаптационных возможностей индивида;
- психотерапия возникших пограничных нервно-психических нарушений.

К наиболее перспективным методикам «объективизации» психических нарушений относятся психофизиологические, что в определенной степени позволяет оценивать общее состояние организма (в т.ч. психическое), трудоспособность, эффективность проводимой терапии, а также прогнозировать психическое здоровье пострадавших: оценка субъективного восприятия времени, оперативной и зрительной памяти, активного внимания, комбинаторных способностей, времени простой и сложной сенсомоторной реакции и др.

В период действия психотравмирующих экстремальных факторов важнейшими психопрофилактическими мероприятиями являются организация четкой работы по оказанию медицинской помощи пострадавшим с психогениями; объективная информация населения о медицинских аспектах стихийного бедствия (катастрофы); помощь руководителям в пресечении панических настроений, высказываний и поступков; привлечение легко пострадавших к спасательным и неотложным аварийно-восстановительным работам.

По окончании действия психотравмирующих факторов психопрофилактика включает: объективную информацию населения о последствиях стихийного бедствия, катастрофы, их влиянии на нервно-психическое здоровье людей; доведение до сведения населения данных о возможностях науки в отношении оказания медицинской помощи на современном уровне; профилактику возникновения рецидивов психических расстройств (т.н. вторичная профилактика) или развития соматических нарушений в результате нервно-психических расстройств; медикаментозную профилактику отсроченных психогенных реакций.

Проведение психотерапии и психопрофилактики необходимо реализовывать в двух направлениях. Во-первых, со здоровой частью населения в виде профилактики острых панических реакций и/или отсроченных «отставленных» нервно-психических нарушений. Во-вторых, следует проводить психотерапию и психопрофилактику лиц с развившимися нервно-психическими нарушениями.

Характерной особенностью терапии в таких ситуациях является то, что она проводится в экстремальных условиях: на месте происшествия, в приспособленных помещениях, палатках.

Технические сложности ведения спасательных работ в зонах катастроф определяют ситуацию относительно продолжительного пребывания пострадавших в условиях полной изоляции от внешнего мира.

Основываясь на опыте специалистов из Владивостока (Яцков Л.П., Белокобыльский Н.Д., Глушков М.А., Яцков П.Л.), наиболее оптимальной формой психотерапевтической помощи пострадавшим на первом этапе является информационная психотерапия. Она применяется в экстренном порядке. Ее целью является психологическое поддержание жизнеспособности тех,



кто жив, но находится в полной изоляции от окружающего мира (землетрясения, разрушения жилищ). Сеансы информационной терапии реализуются через систему звукоусилителей.

Информирование населения о ситуации должно осуществляться непрерывно, сведения должны быть полными, объективными, правдивыми, но и, в разумных пределах, успокаивающими. Четкость и краткость информации делают ее особо действенной и доходчивой, а отсутствие или запаздывание порождают непредсказуемые последствия.

После освобождения пострадавших из-под обломков строений психотерапию продолжают (прежде всего, амнезирующую) в стационарных условиях, в сочетании с релаксантами и антидепрессантами.

Во время спасательных работ в зоне катастроф категорически должны быть запрещены паническая суета, возгласы безнадежности, крики, плач, приводящие, как установлено, к снижению темпа и качества аварийно-спасательных мер. Особое место в период чрезвычайной ситуации занимает угроза развития состояний паники. Индивидуальные панические расстройства определяются аффективно-шоковыми реакциями. При их развитии, особенно одновременно у нескольких пострадавших, возможно их влияние друг на друга и на окружающих, приводящее к массовым индуцированным эмоциональным расстройствам, сопровождающимся «животным» страхом. Индукторы паники (паникеры) — люди, которые обладают выразительными движениями, гипнотизирующей силой криков, ложной уверенностью в целесообразности своих действий. Становясь лидерами толпы в чрезвычайных обстоятельствах, они могут создать общий беспорядок, быстро парализующий целые коллективы, лишаящий людей возможности оказывать взаимопомощь, соблюдать целесообразные нормы поведения. «Эпицентром» развития массовой паники обычно являются быстро внушаемые истерические личности, отличающиеся эгоистичностью и повышенным самолюбием.

Прекращение паники возможно при наличии сильной личности, которая способна внести элементы рациональности в ситуацию, захватить «руководство», предложить образец поведения, способствующий восстановлению нормального эмоционального состояния толпы и прекращению паники.

С ранних этапов стрессовой ситуации важно, чтобы каждый занимался своим делом, с полным соблюдением всех требований деонтологии. Оправдан принцип демократического единоначалия, когда распоряжения ответственного лица подлежат безусловному выполнению, поскольку они отражают мнение большинства специалис-

тов и в создавшихся условиях вызваны необходимостью.

## МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ РОДСТВЕННИКАМ ПОСТРАДАВШИХ

Следующей группой людей, к которым применяется психотерапия в условиях ЧС, являются родственники пострадавших. Для них применим весь комплекс психотерапевтических мероприятий: поведенческие приемы и методы, направленные на снятие психоэмоционального возбуждения, тревоги, панических реакций; экзистенциальные приемы и методы, направленные на принятие ситуации утраты, устранения душевной боли, поиск ресурсных психологических возможностей для дальнейшей жизни.

Психологи, психотерапевты и психиатры должны корректировать настроение родственников, своевременно и умело переключать их внимание на другие вопросы, интересоваться их бытом, нуждами (с учетом этнопсихологических особенностей), не мешая им при этом «выплакать» горе для уменьшения степени эмоционального напряжения. На госпитальном этапе может подключаться психоаналитически ориентированная психотерапия.

Прибытие на место катастрофы транспортных средств, спасателей с соответствующим оборудованием и материальным обеспечением является важным терапевтическим воздействием, уменьшающим эмоциональный стресс у пострадавших.

Принято считать, что первая помощь значительной части пострадавших оказывается непосредственно на месте поражения или поблизости от него в порядке само- и взаимопомощи. Однако для лиц с психогенными расстройствами (особенно при психомоторном возбуждении) реальность взаимопомощи и, особенно, самопомощи по понятным причинам весьма сомнительна. Следовательно, этому контингенту первая медицинская помощь должна оказываться в очагах массового поражения или в районах стихийных бедствий личным составом аварийно-спасательных формирований.

Первоочередная задача оказывающих первую медицинскую помощь — выделить пострадавших, находящихся в остром психотическом состоянии и в состоянии психомоторного возбуждения, обеспечить безопасность их и окружающих, ликвидировать обстановку растерянности, исключить возможность возникновения массовых панических реакций. Спокойные, уверенные действия оказывающих первую медицинскую помощь имеют особенно большое «успокаивающее» значение для тех людей, у которых будут проявляться субшоковые (субаффективные) психогенные реакции. Эффективность мероприятий первой помощи бу-



дет зависеть от подготовленности оказывающих ее лиц и наличия необходимых средств, в т.ч. медикаментозных.

#### МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ СОТРУДНИКАМ АВАРИЙНО-СПАСАТЕЛЬНЫХ ФОРМИРОВАНИЙ

Третья группа людей, нуждающихся в медико-психологической помощи в зоне ЧС — спасатели. Проведение работ в экстремальных условиях требует от спасателя полной мобилизации его физиологических резервов, сопряжено с большой физической и эмоциональной нагрузкой. Физиологические резервы организма не безграничны и, рано или поздно, наступают их истощение. В основе резервов лежат индивидуальные особенности человека, кроме того, многое зависит от специфики его профессиональной деятельности.

Оптимальное время оказания реальной помощи пострадавшим колеблется от нескольких часов и даже минут до нескольких недель. В первом случае реальная опасность для жизни спасателя определяется минутами и часами, во втором — неделями. Опыт подбора групп, работающих в условиях смертельной опасности, показал, что существуют две категории спасателей.

Первая категория спасателей характеризуется высокой эффективностью деятельности с первых же минут пребывания в экстремальных условиях. Спасатели, относящиеся к этой группе, работают с полной отдачей, нередко используя

нестандартные решения с просчитанным и оправданным риском для жизни. К сожалению, через несколько дней у них резко снижаются функциональные резервы организма и способность прогнозирования реальной опасности, как для себя, так и для окружающих. На конечном этапе спасательных работ эффективность их деятельности близка к нулю, а вероятность создания ими критических ситуаций, ведущих к гибели, резко возрастает. Эта категория людей, после непродолжительного пребывания в опасной зоне, должна быть отправлена на отдых, где, наряду с общепринятыми методами психологической разгрузки, им должна активно проводиться фармакологическая коррекция.

Вторая категория спасателей характеризуется меньшей эффективностью деятельности, но продолжительность их работы в экстремальных условиях существенно выше (до нескольких десятков дней). Причина таких различий кроется в индивидуальных особенностях регуляторных функций центральной нервной системы человека.

Распространенность психических нарушений у спасателей, снижение их трудоспособности определяют необходимость оказания им ранней психиатрической помощи непосредственно после выхода из зоны ЧС, что позволит предотвратить терапевтическую резистентность, выработать адекватные формы профилактики и лечения психических расстройств и сохранить работоспособность специалистов.





ДАВЫДОВА Н.Н.

*Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово*

## ВЛИЯНИЕ ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ШАХТЕРОВ С ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИМИ СТАДИЯМИ ОТКЛОНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

**П**о данным периодических медицинских осмотров, проводимых сотрудниками КемГМА в рамках программы «Здоровье человека Сибири», уровень распространенности лиц с «поломкой» адаптационных механизмов на стадиях неспецифических изменений составил 116,7 случаев на 1000 подземных рабочих. В нее входили лица с функциональным напряжением (61,4 %), перенапряжением (32,5 %) системы адаптации, и ее срывом (6,1 %). Проводилось изучение основных систем организма до и после работы, через 2-5 часов восстановительного периода, наступающих под влиянием шахтной среды и выполняемых производственных нагрузок.

С физиологических позиций они характеризовались наличием у подземных рабочих в дорабочий период неблагоприятных типологических ЭЭГ (условно-нормальные кривые), сниженной пластичностью нейродинамических процессов на фоне слабо выраженного психофизиологического напряжения.

По окончании смены, среди шахтеров с донозологическими состояниями наблюдалась 2-я стадия умственного утомления (27,3-36,2 % обследованных с напряжением и срывом процессов адаптации). Последняя сопровождалась гиперсинхронизацией биоэлектрической активности, рассогласованием и неустойчивостью нервных процессов, ухудшением внимания. Производственные нагрузки приводили к росту в 2,1 раза численности лиц с «систолической» и «диастолической» гипертензией, минутного и ударного объемов крови, уменьшению общего и периферического тонуса сосудов, к смене типов кровообращения в сторону доминирования гиперкинетического, регистрации на ЭКГ синусовых тахикардий, компенсаторному увеличению вентиляционных показателей, индекса напряжения систем адаптации, содержания лизоцима и секреторных иммуноглобулинов в слюне, падению частоты мышечных сокращений по данным ЭМГ сгибателей предплечья.

Заслуживает внимания, что в группе с функциональным напряжением систем адаптации межсистемные взаимодействия (15 пар) к концу

смены ослабевали или меняли знак, в то время как у горняков с перенапряжением адаптационных систем организма они усиливались в 2,2 раза, и по 7 показателям превышали верхние границы нормы. Так, увеличивались модули связей нейроритмов коры больших полушарий с показателями функции внешнего дыхания, кровообращения, адаптации, а также связи последней с неспецифической резистентностью, артериальным давлением, мышечной работоспособностью.

Выявленные межсистемные взаимодействия позволяют сделать вывод, что стабильность функционирования у горнорабочих с перенапряжением систем адаптации поддерживается за счет напряжения систем жизнеобеспечения и неспецифической защиты. Процессы реституции в группах с донозологическими состояниями в первые часы отдыха характеризовались развитием торможения, что приводило к ухудшению уровня функционирования кровообращения и дыхания. В более позднем периоде отдыха (через 5 часов) не восстановленными оставались в-активность и реактивность мозга. Симпатическое влияние вновь возрастало и обеспечивало возвращение до исходного уровня АДС, увеличение насосной функции сердца на 5 %, периферического тонуса сосудов — на 6,2-10,3 %. Стабилизировались типы кровообращения, показатели функции внешнего дыхания, но предрабочего периода они не достигали.

В связи с выявленными изменениями, для уменьшения после сменного утомления и активизации процессов восстановления, использовались комплекс воздействия через день хлоридно-натриевых ванн, токов СВЧ в область трапецевидной мышцы спины, в сочетании со светопроцедурной лампой «Солюкс», курс лечения игло-рефлексотерапии. Полезный эффект выражался в улучшении подвижности нервных процессов (76,1 % обследованных), концентрации и переключении внимания, восстановлении АД, показателей адаптации, физической работоспособности. Общие уровни ЗВУТ сокращались в 1,9 раза, а длительность пребывания на больничном листе — с 8,9 дней до 6,3 дней.



ДАВЫДОВА Н.Н., КОКОРИНА Н.П.  
*Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово*

## ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ШАХТЕРОВ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РАБОТ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ

Работы в подземных условиях остаются наиболее опасными для жизни, в силу наличия в технологии их ведения травмоопасных операций (крепления, оформления ниш, управления техникой), внезапных экстремальных ситуаций (обвалов, возгорания газа и др.). Однако высокий профессиональный риск остается одним из малоизученных психофизиологических факторов в труде шахтеров. С целью оценки возникающих при этом изменений, нами проводилось определение кортизола в слюне, как показателя, характеризующего уровень эмоционального напряжения. Измерялись артериальное давление (АДс, АДд), частота пульса (ЧП), жизненная емкость легких (ЖЕЛ/ДЖЕЛ), оцениваясь субъективно эмоциональное состояние.

В предрабочем периоде выделено 3 группы подземных рабочих: с содержанием кортизола в пределах нормы (17-23 нм/л), на 15 % и более его превышающим и меньше нормы. При выполнении травмоопасных операций, у шахтеров с нормальным содержанием кортизола в слюне показатели АД, ЧП, ЖЕЛ/ДЖЕЛ свидетельствуют о гипермобилизации профессионально-важных функций. До начала выполнения операций коэффициенты корреляции имели достоверную среднюю или сильную связь. На этапе окончания выполнения операций содержание кортизола при зачистке ниш увеличивалось в 2 раза, при креплении — в 1,1 раза, при управлении комбайном — в 3,4 раза. Восстановление контрольных показателей (АД, ЧП, ЖЕЛ/ДЖЕЛ) совпадало с полным восстановлением кортизола слюны при зачистке ниш, продолжающемся его ростом при креплении (45 % от исходного) и незначительным снижением после управления техникой (63 % до исходного). Последнее позволяет констатировать, что у подземных рабочих данной группы возникает состояние адекватной мобилизации, и имеющее место рассогласование (усиление без изменения знака связи между показателями) вполне допустимо по цене деятельности.

Во 2-й группе шахтеров, с повышенным уровнем содержания кортизола в слюне в исходном

состоянии, выполнение травмоопасных операций повышало активность коры надпочечников, увеличивая выброс кортизола при зачистке ниш в 1,8 раза, при креплении — в 1,3 раза, при управлении техникой — в 1,4 раза. После завершения операций отмечалось отставание активации процессов восстановления. В данной группе взаимосвязь кортизола с АДд приобретала среднюю силу, что свидетельствует о повышении риска развития сердечно-сосудистой патологии.

Горнорабочие со сниженной реактивностью коры надпочечников составили 3-ю группу. Корреляционные плеяды перед выполнением операции отличались мозаичностью значений по силе и знаку. Выполнение работ активизировало экскрецию кортизола при зачистке ниш в 8 раз, при креплении — в 13,7 раз, при управлении комбайном — в 4,1 раза. Восстановительные процессы отсутствовали или изменялись незначительно. Почти у всех шахтеров усиливалась ранее отсутствовавшая связь с одним из показателей сердечно-сосудистой или дыхательной систем, что создает прогностически неблагоприятный фон формирования общих и профессиональных заболеваний.

Оценке с точки зрения изменения гормонального фона подвергались экстремальные ситуации. Крайняя степень возбуждения, сочетающаяся с чувством тревоги, регистрировалась при внезапных авариях, сопровождалась повышением выброса кортизола в 15,8 раз по сравнению с исходным. Характерным являлось торможение восстановления.

Таким образом, выполнение травмоопасных операций и экстремальные ситуации (аварии) приводят к поведенческим реакциям, сопровождающимся значительным выбросом кортизола, торпидностью его восстановления, что не исключает возможности истощения коры надпочечников. Последние могут служить причиной появления запрещенных состояний в конце смены и, при длительном воздействии, формирования донозологических и преморбидных отклонений в состоянии здоровья.







ЕГОРОВА Н.В.

*МУ Комплексный центр социального обслуживания населения Заводского района,  
г. Кемерово*

## ПРОГРАММА ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ УХОД ЗА ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ И ИНВАЛИДАМИ, ОКАЗАВШИМИСЯ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

**П**ринятый закон РФ «О социальном обслуживании населения» и нормативные акты к нему, предъявляют более высокие требования к системе организации в не стационарных условиях, что, в свою очередь, требует повышения уровня профессиональной подготовки работников социальной сферы.

Сложная, социально-экономическая ситуация в стране, высокие темпы старения населения, рост цен и кризисных ситуаций у населения обуславливают значимость социальной защиты граждан пожилого возраста и инвалидов.

На территории Заводского района находятся 4 зоны паводкового затопления, это поселки Комиссарово, Плешки, Улус и несколько улиц поселка Пионер. В этих зонах проживают около 1500 человек. Из них 500 человек находятся на надомном обслуживании в МУ КЦСОН Заводского района города Кемерово.

Значительное увеличение численности обслуживаемых лиц, находящихся в кризисных ситуациях, повышение требований к качеству самого обслуживания остро ставят проблему профессиональной подготовки социальных работников, которая должна носить комплексный характер. Вследствие переживания кризисной ситуации, у человека возникает посттравматический стресс. Это не только наличие травмирующего состояния в прошлом, это часть общей картины, внешнее обстоятельство, которое сыграло свою роль в болезненном процессе. Когда у человека нет возможности разрядить внутреннее напряжение, его тело и психика находят способ как-то адаптироваться к этому напряжению, и поэтому на плечи социального работника ложится груз негативных проявлений в поведении, являющихся следствием переживания кризисной ситуации.

Симптомы, которые в комплексе выглядят как психическое отклонение,

на самом деле не что иное, как глубоко укоренившиеся способы поведения, связанные с экстремальными событиями в прошлом. Социальный работник должен обладать не только высокими морально-этическими качествами, но и глубоко понимать проблемы подопечных, учиться общаться с ними и снимать стресс, оказывать разнообразную практическую помощь.

Основной целью проекта является сохранение жизненного потенциала пожилых граждан и инвалидов, находящихся на надомном обслуживании и в отделении срочной социальной помощи (основные клиенты — это лица, попавшие в кризисную ситуацию, пенсионеры и инвалиды, имеющие пенсию ниже прожиточного минимума, одинокие и пр.), а также создание мотивации для сохранения активной жизненной позиции и для компенсации возникшего дефицита активных отношений, повышение стрессоустойчивости и эмоциональной стабильности.

Данная программа включает в себя 21 час занятий, предназначена для обучения социальных работников, работающих в отделениях социального и социально-медицинского обслуживания на дому с людьми, попавшими в кризисную ситуацию (таблица).

Большое значение придается ознакомлению с основами возрастной психологии, психопатоло-

**Таблица**  
**Программа обучения социальных работников,**  
**обслуживающих на дому людей, попавших в кризисную ситуацию**

| Темы занятий                                                                    | Объем и вид занятий (час) |               |              |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------|--------------|
|                                                                                 | всего                     | теоретических | практических |
| Психосоциальное консультирование как технология социальной работы               | 3                         | 1,5           | 1,5          |
| Тяжелые переживания и горе в старости                                           | 3                         | 1,5           | 1,5          |
| Посттравматические расстройства у лиц пожилого возраста                         | 3                         | 1,5           | 1,5          |
| Особенности течения и клинических проявлений посттравматического стресса        | 3                         | 1,5           | 1,5          |
| Особенности течения периода адаптации к стрессу                                 | 3                         | 1,5           | 1,5          |
| Физические упражнения, направленные на снятие стресса                           | 3                         | 1,5           | 1,5          |
| Пути и методы разрешения кризисных ситуаций через работу с отделениями МУ КЦСОН | 3                         | 1,5           | 1,5          |





гии, обучению практическим навыкам социально-психологической поддержки пенсионеров и инвалидов, находящихся в кризисной ситуации, приемам оказания различных видов помощи и самопомощи. Процесс обучения включает в себя различные формы занятий: лекции, семинары, беседы, практикумы по психо-социальному консультированию. По окончании курса проводится контроль знаний по всему пройденному материалу. Приоритетными направлениями в работе Центра являются:

- расширение спектра услуг отделений социального, социально-медицинского, срочного обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов;

- улучшение информационно-консультативной деятельности для немобильных клиентов;
- разработка и внедрение новых форм и видов работы специалистов по социальной работе с населением, обслуживаемым МУ КЦСОН.

В данный момент в МУ КЦСОН работают «Школы управленческого персонала» для АУП, для специалистов по социальной работе — 1 раз в неделю. Эффективность работы можно будет оценить спустя определенный период времени, но, несомненно, работа по подготовке специалистов по социальной работе — важный компонент нашей профессиональной деятельности. Кроме того, специалисты по социальной работе подвержены, как никто другой, синдрому эмоционального сгорания.





ЕПАНЧИНЦЕВА Е.М., СЕМКЕ В.Я.  
ГУ Научно-исследовательский институт психического здоровья  
Томского научного центра СО РАМН,  
г. Томск

## КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ СОСТОЯНИЙ

Очевидный интерес к проблеме посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) обусловлен расширением масштабов таких экстремальных ситуаций, как стихийные бедствия, техногенные катастрофы, вооруженные конфликты. Вопросы психического здоровья военнослужащих, участвующих в современных локальных войнах, являются на сегодняшний день одной из наиболее актуальных для отечественной психиатрии задач. Согласно МКБ-10, посттравматическое стрессовое расстройство представляет собой отставленную или затяжную реакцию на стрессовое событие либо ситуацию исключительно угрожающего, катастрофического характера, которые могут вызвать дистресс практически у любого человека.

На основе многостороннего клинко-феноменологического, динамического обследования 154 лиц с ПТСР с возрасте от 20 до 45 лет, нами проведено клинко-патогенетическое изучение психического здоровья комбатантов (участников военных действий). Психогенный фактор боевого стресса во всех случаях является ведущим и симптомообразующим. Основой дисфункциональных состояний в экстремальных условиях боевой обстановки явились психические расстройства пограничного уровня, которые в соответствии с проведенным структурно-динамическим и патогенетическим анализом были распределены нами на три подгруппы: невротическую — 91 чел. (59,1 %), патохарактерологическую — 43 чел. (27,9 %) и невротическую, психопатоподобную — 20 чел. (13,0 %).

*Невротический вариант ПТСР* у комбатантов характеризовался определенной этапностью своего формирования. В клинической динамике нами выделены следующие этапы: *острый* (77 %) — по типу невротических реакций (длительностью от 3-6 месяцев до 1 года); *подострый* (20,9 %) — стадия структурирования ведущего клинического синдрома — невротическое состояние (развивался в среднем спустя 1-3 года после перенесенного боевого стресса), и *конечный* (2,1 %) — переход болезни в хронический статус — невротическое развитие (формировался под воздействием хронических психотравмирующих ситуаций или в результате суммации ряда невротических реакций спустя 3 и более лет после перенесенной боевой психотравмы). Для нев-

ротического варианта ПТСР среди базисных синдромов являлись следующие психогенно обусловленные образования. К ним относятся следующие синдромы.

*Астенический синдром* (24,1 %) — у комбатантов в процессе адаптации к «мирной жизни» превалировало понижение физического тонуса, ощущение «хронической усталости», вялости, невозможности расслабиться и «отключиться» от навязчивых воспоминаний о войне, преимущественно в вечернее и ночное время. Ранние пробуждения усиливали утреннюю астению, что дезадаптировало пациента в микро- и макросоциуме (в том числе приводило к нарастанию ухудшения социально-трудовых навыков, неуверенности в себе, в правильности своих поступков), вызывало усугубление личностной дисгармонии.

*Астеноагрессивный синдром* (49,4 %), наряду с астенической симптоматикой, включал в себя нарушения сна в виде затрудненного засыпания, раннего пробуждения, поверхностного сна с кошмарными сновидениями по фабуле военного содержания, носящих интрузионный характер, отсутствием чувства отдыха при пробуждении. Во сне пациенты были беспокойными, вздрагивали, кричали, совершали «защитные» действия, нередко «нападая» на своего партнера в постели. Резко пробуждались, что сопровождалось вазовегетативными проявлениями, в том числе тахикардией, гипергидрозом, тягостным чувством страха.

*Для астеноцефалгического синдрома* (15,4 %), на фоне «общей разбитости», обследованным были характерны неприятные ощущения «тяжести», «несвежести» в голове; цефалгии были, как правило, двухсторонние, диффузные, с преобладанием в затылочно-теменных или теменно-лобных отделах, могли меняться по интенсивности в течение дня, в зависимости от эмоциональных конфликтов и нервно-психического напряжения.

*Тревожно-фобический синдром* наблюдался у 11,0 % комбатантов; усиление тревоги имело ассоциативную связь с боевыми стрессорами. Внезапный шум, яркие вспышки света (например, праздничные фейерверки, салюты), просмотры теле-, радиопередач о войне приводили к снижению настроения, внутренней напряженности, раздражительности; они выглядели беспокойными, жаловались на «невезение», предчувствие каких-либо неприятностей, что нарушало



привычный ритм жизни. Высокий уровень тревоги сочетался, как правило, с опасениями за свое здоровье; наиболее частыми являлись нозофобии — кардиофобии, канцерофобии, алиенофобии.

Важной феноменологической особенностью данного типологического варианта являлась отчетливая связь клинической картины заболевания с боевым стрессом, причем в картине актуального состояния находили отражение психотравмирующие обстоятельства. В ходе осуществления терапевтических мероприятий наблюдалась достаточная благоприятная регрессионная динамика.

*Патохарактерологический вариант ПТСР* (27,9 %) наблюдался у лиц с выраженной акцентуацией характера и выявлялся при более неблагоприятной клинической динамике, в эту группу входили 43 чел. Ведущими в структуре пограничных нарушений данного варианта являлись нарастание аномальных личностных свойств, от первоначальной патохарактерологической симптоматики до выявления выраженных черт аномального личностного облика («комбатантной психопатизации»), с отчетливым нарушением социальной адаптации.

Для обследованных данной анализируемой группы характерно преобладание ( $p < 0,05$ ) препсихопатических качеств (55,8 %), в сравнении с акцентуированными и гармоничными (32,5 % и 11,6 %). В 30,2 % случаев наблюдалось патохарактерологическое формирование по эпилептоидному типу, в 20,9 % — по возбудимому, в 13,9 % (в равной степени) — по психастеническому и гипертимному, в 7,0 % — по истерическому и в 2,3 % — по сензитивному типам. Личностные черты, приобретенные в специфических условиях войны, на момент пребывания в экстремальных условиях военных действий, в тот период носили нестойкий характер. Однако, непосредственно после возвращения, сами комбатанты, их близкие и коллеги по работе отмечали определенную измененность, что было особенно заметно на фоне общего благополучия. На данном этапе характерологические особенности заострились еще больше, а в ряде случаев приобретали ярко выраженные патологические качества. Заострение личностных черт нередко отвечало основным критериям «уродств характера» и выявляло психопатологические феномены «комбатантной психопатизации».

Наблюдаемые личностные девиации в 25,6 % случаев приводили к выраженной семейной дезадаптации, формально адаптированными в семье были 41,9 % комбатантов, не имели собственных семей — 16,3 % человек. Полная семейная адаптация отмечалась лишь у 16,3 % обследованных. Анализ производственной адаптации среди работающих пациентов показал преобладание преиму-

щественно профессиональной — 53,5 %. Они, как правило, устраивались работать охранниками, сторожами, где можно было использовать накопленные в боевой обстановке привычки, навыки и умения. Остальные (16,3 % человек), в силу своих личностных особенностей, преимущественно, с эпилептоидными и эксплозивными чертами характера, были полностью дезадаптированы и в семье, и на работе.

При *неврозо-, психопатоподобном типологическом варианте ПТСР* у комбатантов наблюдались полиморфные психовегетативные, психосоматические и психоорганические состояния. Они возникали, как правило, под воздействием не только психогенных, но и массивных соматогенных (сердечно-сосудистых, желудочно-кишечных, эндокринных) вредностей, экзогенно-органических (травматического, интоксикационного генеза) поражений головного мозга. «Прорыву в сому» чаще всего способствовали «генетические дефекты» либо истощение резервных адаптационных механизмов.

Заболевание манифестировало *стойкими цефалгическими* расстройствами (30 %) спустя 1-3 года после органического поражения головного мозга (чаще это было связано с перенесенными контузиями и ранениями в голову). Комбатанты отмечали чрезвычайно тягостный характер болевых ощущений («распирающие», «жара внутри головы», «голова словно чугунная») и терапевтическую резистентность в отношении анальгетических и сосудорасширяющих средств; упорные агрипнические жалобы с пугающими кошмарными сновидениями («несу оторванную голову солдата», «кончаются боеприпасы, а в меня стреляют», «просыпаюсь с ощущением липкой теплой крови на руках, чувствую даже ее запах» и т.п.), сложные ипохондрические переработки по типу кардиалгических включений, склонности к аггравации и рентным установкам.

При *дистимико-цефалгических* образованиях (30,0 %), наряду с выраженной цефалгической симптоматикой, отмечалась тенденция к углублению личностных изменений. Резкость, максимализм суждений, грубое поведение свидетельствовали о перерастании стойкой астенизации в психопатизацию.

*Дистимико-дисфорический* вариант (20,0 %) отличался наличием стойкого расстройства настроения в виде сочетания напряженных аффектов тоски и злобы, выявлялись выраженные поведенческие нарушения — конфликтность со вспышками ярости и гнева, застреванием на отрицательно окрашенных переживаниях, склонностью к разрушительным действиям, вплоть до криминальных поступков, злоупотребление алкоголем, с преобладанием атарактической мотивировки.



В отдельных случаях (в 10,0 %) наблюдались *эпилептиформные пароксизмы* по типу abortивных приступов (судорожные подергивания мимической мускулатуры, устремление взгляда в одну точку с резким побледнением лица и внезапным прерыванием деятельности), имевших достаточно отчетливый психогенный запуск и связь с ЧМТ в анамнезе. В случае, когда на первый план выступали прогрессирующие церебрально-органические нарушения, наблюдался переход к общеорганическому снижению личности (в 10,0 % случаев).

Клиническая картина ПТСР складывается из многочисленных описаний психогений, возникающих и формирующихся в условиях чрезвычайных ситуаций боевой обстановки, в том числе у участников боевых действий (комбатантов). Речь идет о совокупной характеристике военных конфликтов — в рамках «поствьетнамского», «афганского», «чеченского» синдромов. В отличие от острой стрессовой реакции, они возникают не в момент психотравмирующего воздействия, а в более отдаленные сроки, после выхода комбатанта из боевой ситуации. Клиническое содержание психопатологического состояния наполнено переживаниями сцен военных действий, насилия, пыток, воспоминаниями о боевых друзьях, чувством страха за свою жизнь, кошмарными сновидениями, плаксивостью, депрессивными реакциями с конверсионными симптомами, снижением некоторых когнитивных функций и ослаблением контактов с ближайшим окружением. Пугающие, устрашающие сны в деталях воспроизводят все пережитое, сопровождаясь ощущениями «липкого пота», сердцебиениями, чувством «спирания в груди» и т.п.

К облигатным симптомам ПТСР может быть отнесено повторное переживание боевого события по типу навязчивых проявлений (интрузии),

носящих характер стойких, непроизвольных, чрезвычайно живых реминисценций (*flash-bachs*) при напоминании (в радио-, телепередачах и др.) или попадании в ситуации, хотя бы опосредованно напоминающие стрессовую. Характерны тревожные руминации (с напряженным «прокручиванием» в сознании актуальных аспектов травматического стресса и «упущенных» возможностей предотвратить перенесенное) и переживания чувства вины перед погибшими, их родными. Несколько реже наблюдаются реакции избегания (стремление к уклонению от разговоров, пребыванию в местах боевых действий), с заметным усилением вялости, безынициативности или же, напротив, признаки повышенной активации, раздражительности, затрудненной концентрации внимания и т.д. Аддитивное поведение объясняется, как правило, желанием «снять напряжение», «забыться», «наладить сон».

Таким образом, формирование посттравматического стрессового синдрома является существенным, но далеко не единственным феноменологическим проявлением реакции на боевой стресс и возникающее при этом адаптационное (или психодезадаптационное) состояние. Пока человек пребывает в условиях боевых действий, собственно психопатологической картины не возникает: необходима его многоуровневая личностная «переработка» в обстановке мирной жизни. Психогенно-травматический опыт не всегда воспринимается личностью как негативный, дестабилизирующий, дезорганизирующий основные жизненные функции, даже при отрицательном отношении к своему непосредственному участию в боевых действиях преморбидно адаптированным, гармоничным натурам удается преодолеть естественные, психологически объяснимые реакции на интенсивный стресс.



ИГНАТОВ С.Т.

МУЗ Городская станция скорой медицинской помощи,  
г. Прокопьевск

## ДЕЙСТВИЯ СЛУЖБЫ СМП ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ И ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ЕЕ С ДРУГИМИ СЛУЖБАМИ

Город Прокопьевск входит в число категорийных. Исходя из количества аварийно-опасных химических веществ (АХОВ), он относится к III-й степени опасности. Гидроузел и ст. Прокопьевская опасны при выбросе хлора, в 15-ти км от района города Тырган располагается тайга, поэтому не исключена возможность лесных пожаров. На территории города большая вероятность дорожно-транспортных происшествий (ДТП). Опасность пожаров и взрывов представляют шахты, швейная и табачная фабрики, автобазы, мелькомбинат. Город расположен в сейсмически опасной зоне, поэтому неизбежны землетрясения с возможными толчками до 7 баллов по шкале Рихтера. В городе нет крупных рек, поэтому наводнения и паводки не угрожают, однако в районах Зенковских уклонов и Ясной поляны могут быть подтопления. Атмосферу загрязняют шахты, множество мелких котельных, автотранспорт.

За последние 8 лет в г. Прокопьевске произошел рост числа и тяжести техногенных ава-

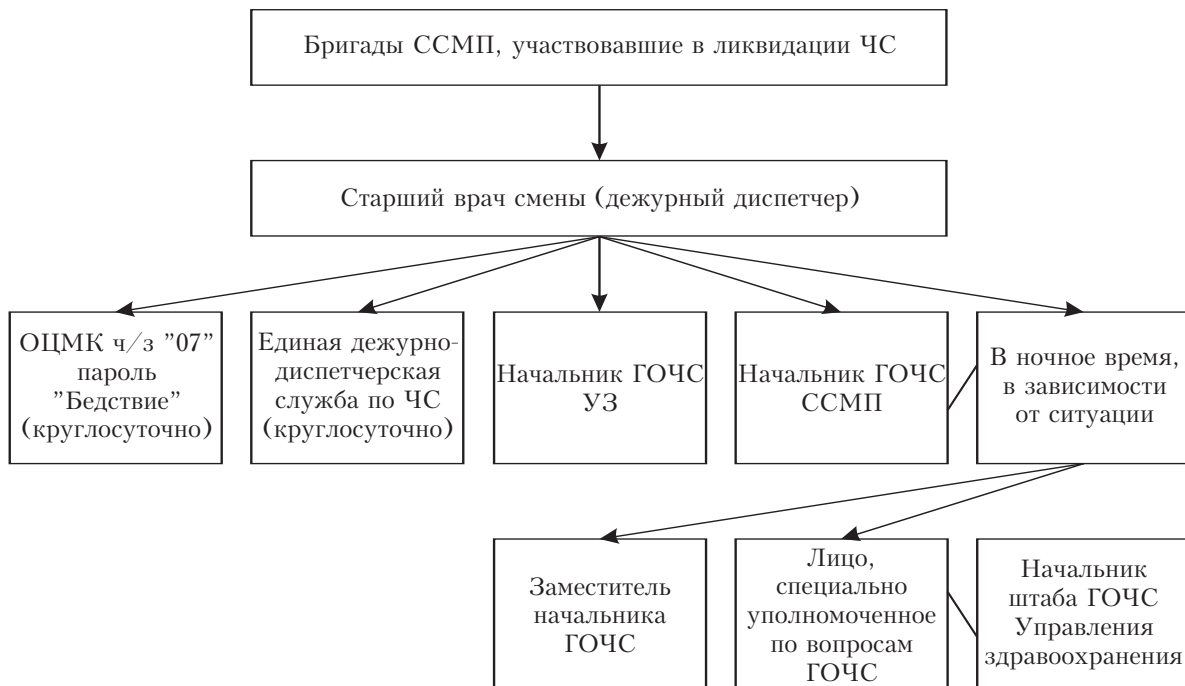
рий, с 14 до 27 со значительными медико-социальными потерями (в 1996 г. — 55 чел., в 2003 г. — 122 чел.).

В этой связи существенно выросло значение скорой медицинской помощи (СМП), как одного из ведущих звеньев при чрезвычайных ситуациях (ЧС). Достаточно сказать, что за последние 8 лет Городская станция скорой медицинской помощи 178 раз участвовала в ликвидации медицинских последствий ЧС, а в зону бедствия были направлены 332 фельдшерских, врачебных и специализированных бригад.

Как правило, первыми, кто прибывает на место ЧС, являются бригады СМП. Поэтому службе СМП отведена функция оповещения не только структурных подразделений станции, но и различных служб и ведомств, которые призваны участвовать в ликвидации последствий ЧС.

Для систематизации и четких действий старшего врача смены нами была разработана схема оповещения о ЧС (схема 1), которую он немедленно использует при принятии вызова «массовая катастрофа или ее угроза».

Схема 1  
Схема информации о ЧС





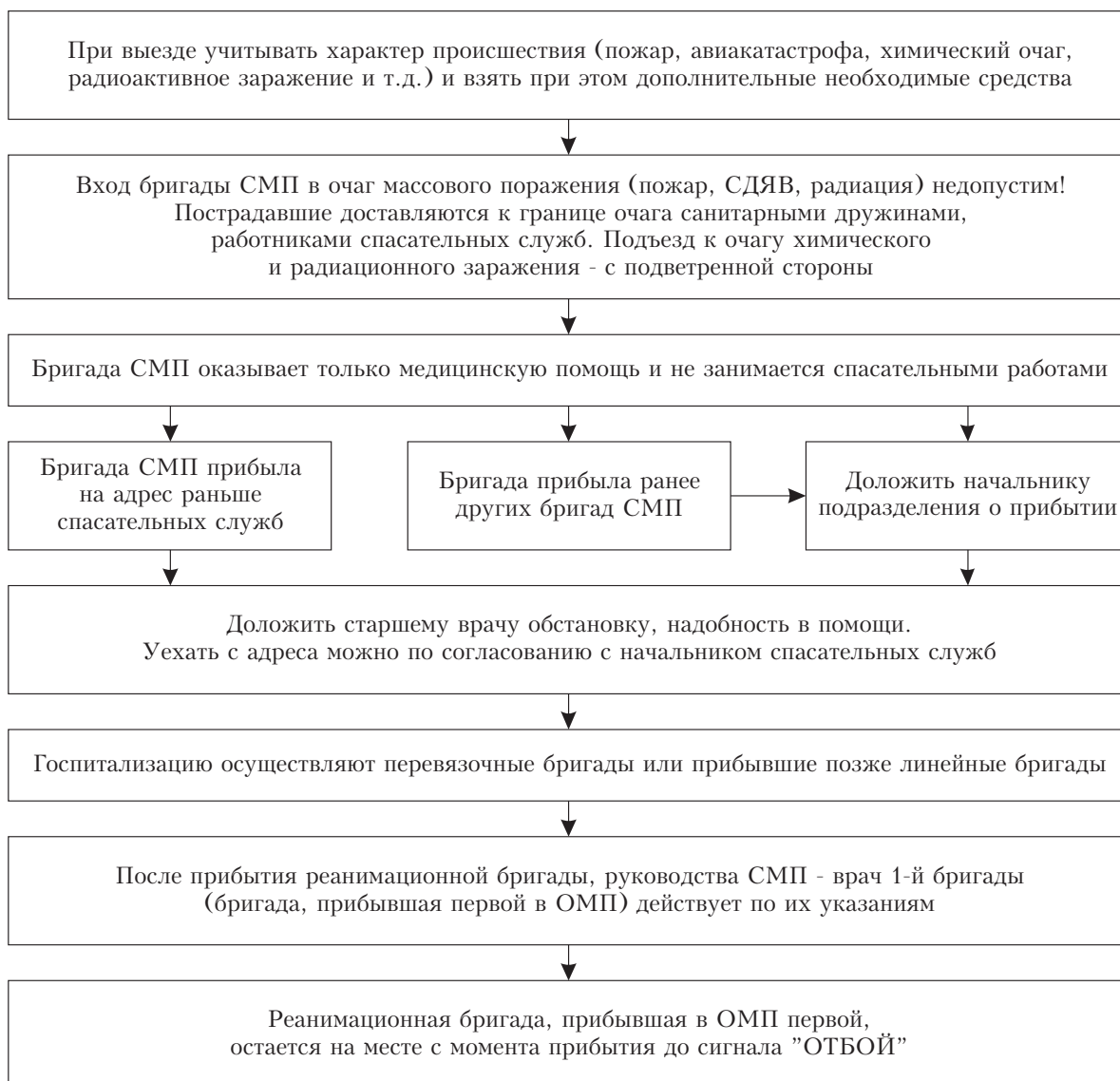
В свою очередь, для выездных бригад разработан протокол действий при ситуации «массовая катастрофа» (схема 2).

Об успешности взаимодействий СМП с другими службами свидетельствует ликвидация медицинских последствий ДТП, произошедшего 19 октября 2002 г. в г. Прокопьевске, когда идущий впереди на подъем в гору неисправный трамвай потерял управление, покатился вниз, и на большой скорости столкнулся с позади идущим трамваем. В результате столкновения пострадали 41 человек, в том числе 2 ребенка, на месте погибли 3 человека.

Первое сообщение о ДТП поступило в 16.35 ч на пульт «03» от неизвестного мужчины: «...на

трамвайной остановке «Перекресток» перевернулся трамвай, много пострадавших...». На место ДТП «аварийно» со станции диспетчером была направлена специализированная психоневрологическая бригада и, по рации, линейная фельдшерская, которая в это время находилась примерно в 2-2,5 км от места происшествия и поэтому уже через 5 минут, прибыв на место аварии, начала оказывать помощь пострадавшим. Через 2 минуты после фельдшерской, на место аварии прибыла специализированная бригада, врач которой взял на себя функции руководства по эвакуации и сортировке пострадавших и затребовал дополнительное количество бригад. Все прибывшие бригады впоследствии находились в его распоря-

**Схема 2**  
**Схема действий бригад СМП при ситуации "массовая катастрофа"**







жении. Время прибытия последующих бригад с момента возникновения ДТП составило:

- от 0 минут до 10 минут — 4 бригады;
- от 10 минут до 15 минут — 5 бригад;
- от 15 минут до 25 минут — 1 бригада;
- от 25 минут до 40 минут — 2 бригады;
- от 40 минут до 45 минут — 2 бригады.

Всего было задействовано 15 бригад, из них: специализированных — 3; врачебных общепрофильных — 4; фельдшерских — 8.

Для проведения технических работ по извлечению пострадавших из-под частей вагона (резка металла и пр.) было задействовано отделение военизированного горноспасательного отряда г. Прокопьевска.

С момента поступления сигнала и до окончания ликвидации медицинских последствий ЧС оперативное руководство работой бригад «скорой помощи» осуществлял старший врач смены.

Были оповещены следующие структуры (схема 3).

Кроме того, о возможном поступлении большого количества пострадавших сразу же была

предупреждена Областная травматологическая больница.

Обслужено на месте ДТП 37 человек, из них 2 ребенка. Направлено на госпитализацию 34 пострадавших. В этот день обратились за СМП из дома из числа пострадавших в этой чрезвычайной ситуации 4 человека, из них госпитализировано 2 человека (двое отказались от госпитализации). Из числа отказных на следующий день обратился повторно 1 человек, который был госпитализирован. Общее число госпитализированных составило 37 человек (90,2 %), из них 2 детей.

Время окончания спасательных работ на месте ЧС — 18.25 ч, т.е. через 1 час 50 минут с момента ее возникновения.

Всего в ликвидации медицинских последствий ДТП приняли участие 50 человек. Старший врач смены была награждена медалью «За особый вклад в развитие Кузбасса III степени». 42 человека награждены Почетными грамотами, Благодарственными письмами Губернатора области, Департамента охраны здоровья населения и Администрации города.

**Схема 3**  
**Схема организации взаимодействия**





КАЗЕННЫХ В.В., КУПРИЯНОВА И.Е., ЖАТКИН О.А.  
*Томский военно-медицинский институт,  
ГУ Научно-исследовательский институт психического здоровья  
Томского научного центра СО РАМН,  
г. Томск*

## МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕСТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

**В**оинская служба предъявляет повышенные требования к состоянию здоровья военнослужащих. Семке В.Я. и Аксенов М.М. [4] считают, что в условиях восточного региона страны, помимо патогенных социальных влияний, необходимо считаться с рядом специфических экстремальных средовых факторов, существенно ослабляющих организм и подготавливающих его к невротическому реагированию.

По мнению Власенко В.И. [1], Каркищенко П.П. [2], климатические и географические особенности районов службы усложняют адаптацию к новому стереотипу жизни, в основе которого лежат значительные физические и психоэмоциональные нагрузки. Начальный этап приспособления курсанта в новых условиях жизнедеятельности может быть крайне вариабельным. Во многом он определяется мощностью потенциально дестабилизирующего фактора, исходным состоянием психического и соматического здоровья, личностными особенностями. Наличие психоэмоциональных или соматических проблем суживает возможности приспособления в субэкстремальных условиях, что проявляется «усугублением» прежних психических дефектов, присоединением к ним новых, снижением резистентности организма, обострением протекающих в хронической форме соматических заболеваний [3].

Мы проанализировали типы психотравмирующих ситуаций, определивших развитие пограничных нервно-психических расстройств (ПНПР) у военнослужащих — курсантов 1-го и 2-го курсов отделения подготовки фельдшеров ТВМедИ. ПНПР были диагностированы нами у 19 курсантов (9,9 % от общего количества респондентов). Оказалось, что наиболее значимыми факторами для развития расстройств у военнослужащих явились служебные психотравмирующие обстоятельства, причем доминируют конфликты с командирами и сослуживцами (68,4 % и 84,2 %), в большинстве случаев обусловленные характерологией или следствием болезненного состояния. Среди семейно-бытовых обстоятельств безусловное первенство принадлежит графе «Смерть и тяжелые заболевания близких» (42,1 %). Психогении, по Куприяновой И.Е. (2002), были глубинные, все курсанты потеряли кого-то из родных (мать или отца). Необходимо отметить, что

смерть родителей относится к глубинным психогениям, сравнимым с катастрофами. У большинства имело место сочетание ряда психотравмирующих обстоятельств. Изучение длительности психотравмирующих факторов, в которых находились обследованные курсанты, убедительно показало значение их затяжного характера (у 11 чел. из 19). У 8 военнослужащих имело место сочетание длительно и остро действующих психогений. Все это свидетельствует о том, что у подавляющего большинства курсантов с диагностированными ПНПР нервно-психическое перенапряжение имело хронический характер.

Нами оптимизированы клинико-организационные принципы превенции и реабилитации ПНПР у военнослужащих. Медико-педагогические коррекционные программы разрабатывались с учетом преобладающих индивидуальных типологических особенностей, и были основаны на общих и индивидуализированных принципах психокоррекционного подхода. Дифференцированный выбор мер коррекции, предназначенный для использования психологами, медицинскими работниками и командирами подразделений, направлен на оптимизацию психического состояния военнослужащих, на совершенствование у них способности анализировать жизненные ситуации, овладевать дифференцированным восприятием действительности, уметь преодолевать стресс, использовать произвольную эмоциональную самостимуляцию и укрепление воли.

Основными задачами вторичной профилактики пограничных нервно-психических расстройств у военнослужащих явилось активное выявление больных ПНПР, их наблюдение и своевременное лечение, преимущественно без отрыва от службы, с целью предупреждения прогрессирования и хронизации заболевания, восстановления социально-трудовой адаптации.

С учетом клинико-динамической структуры выявленных ПНПР, военнослужащим предлагались 4-я и 5-я лечебно-профилактические и реабилитационные программы.

4-я программа проводилась курсантам, у которых диагностировано невротическое или неврозоподобное состояние на органически или соматически отягощенном фоне. Лечение осуществлялось в медицинском пункте полка, амбулаторно, под наблюдением психиатра. Терапия



предполагала использование транквилизаторов седативного действия (феназепам, элениум, реланиум), антидепрессантов, «мягких» нейролептиков (сонапакс). Схема лечения подбиралась индивидуально, в зависимости от преобладания в психическом статусе того или иного синдрома. Обязательным являлось проведение психотерапевтической коррекции (аутотренинг, рациональная и суггестивная психотерапия) и психопрофилактических мероприятий (регуляция режима службы и отдыха, формирование здорового образа жизни, оптимизация межличностных контактов как внутри группы курсантов и командиров, так и семейных). После прохождения курса терапии осуществлялось динамическое наблюдение психиатра, дополнительное психологическое консультирование, проведение подерживающих курсов терапии амбулаторно.

5-я программа лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий проводилась курсантам, у которых были диагностированы ПНПР. Мероприятия в рамках этой программы разрабатывались строго индивидуально, при участии представителей медицинской и командно-административной системы, и включали 3 этапа. 1-й этап — создание «социальной ниши», в рамках которой снижается нагрузка на систему психического приспособления. На этом этапе была велика роль командира роты и командиров взводов. Ими обеспечивался контроль за адаптацией курсанта в коллективе, дозирование нагрузки, как учебной, так и служебной, осуществлялся контакт с семьей и родственниками курсанта, сослуживцами. 2-й этап — медицинский, включающий курс стационарного лечения в специализированном отделе-

нии Центрального военного госпиталя. 3-й этап — профилактический, с решением вопроса о возможности дальнейшего пребывания военнослужащего в субэкстремальных для него условиях.

Таким образом, проведенный нами анализ факторов, определивших развитие ПНПР у военнослужащих, выявил преобладание служебных психотравмирующих обстоятельств и психогений семейно-бытового характера, причем у большинства имело место сочетание ряда психотравмирующих обстоятельств. Меры профилактики постстрессовых расстройств у военнослужащих включали медико-педагогические коррекционные программы, разработанные с учетом преобладающих индивидуальных типологических особенностей, и были основаны на общих и индивидуализированных принципах психокоррекционного подхода. Проведенные реабилитационные мероприятия способствуют лучшей социальной адаптации военнослужащих, что иллюстрирует положительная динамика критериев качества жизни.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Власенко, В.И. Психологическая защита в оценке психического здоровья на этапах профессиональной адаптации военного врача /В.И.Власенко: Автореф. дис. ... к.м.н. — Томск, 1997. — 25 с.
2. Каркищенко, Н.Н. Лекарственная профилактика /Каркищенко Н.Н. — М., 2001. — С. 752.
3. Семке, В.Я. Психогении современного общества /Семке В.Я. — Томск, 2003. — 408 с.
4. Семке, В.Я. Пограничные состояния (региональные аспекты) /Семке В.Я., Аксенов М.М. — Томск, 1995. — 180 с.





КИРИЧЕНКО И.Ю.

*Главное управление по делам гражданской обороны  
и чрезвычайным ситуациям Кемеровской области*

## РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СПАСАТЕЛЕЙ, ВЫПОЛНЯЮЩИХ СЛУЖЕБНЫЕ ЗАДАЧИ ПО ЛИКВИДАЦИИ ЧС

### ПЕРЕД ВЫПОЛНЕНИЕМ СЛУЖЕБНОЙ ЗАДАЧИ:

1. Хорошо отдохни перед выполнением служебной задачи. Помни, что в любом деле успех начинается с тщательной подготовки, со способности заставить себя заняться ею.
2. Если позволяет обстановка, перед самым началом выполнения служебной задачи сделай 5-10 резких физических упражнений, выразительных, ударных жестов, как это делают каратисты. Это сбросит лишнее напряжение, позволит сконцентрировать волю, активизировать ум, внимание, повысит скорость реакций.
3. Тебе известны твои отрицательные мысли и чувства. Сделай все, чтобы для них не было места в твоём сознании и подсознании. Включи в дело положительные чувства.

Мысленно повтори 3-5 раз каждую из следующих формул:

- я спокоен;
- я обладаю безупречной выдержкой и самоконтролем;
- я обладаю чувством справедливости;
- я уверен в себе и принимаю четкие решения;
- я устойчив к воздействию стресса;
- я владею ситуацией;
- я предусмотрел все детали обстановки, вплоть до мелочей;
- я готов действовать.

### В ХОДЕ ВЕДЕНИЯ СПАСАТЕЛЬНЫХ РАБОТ:

1. Победить можно лишь при максимальной концентрации сил, мастерства, собранности. Не допускай недооценки и переоценки своих сил.
2. Побеждает всегда тот, кто лучше разобрался в обстановке, кто глубже продумал действия. Тщательно продумывай свои действия. Старайся предвидеть возможные трудности и продумывай, как их предупредить и преодолеть. Проигрывай в уме предстоящие действия по несколько раз, каждый раз критически оценивая их правильность. Постоянно ищи пути их усовершенствования.
3. Береги себя, но не будь трусом, не давай страху овладеть тобой. Ни на секунду не теряй бдительность, разумную осторожность, расчетливость. Будь профессионалом, делающим серьезную мужскую работу.

4. Не расслабляйся ни на секунду, следи за обстановкой. Не упускай из виду даже мелких деталей. Если что-то непонятно, удвой внимание и бдительность, разберись, а не лезь на рожон.
5. Постоянно контролируй свои действия и оценивай их. Держи свои нервы в руках, мысленно командуй себе резко и решительно: «Спокойно, не психуй! Ты хорошо подготовлен! У тебя все получается!» Действуй с расчетом и смело!
6. Помни, что в условиях ЧС бывают мгновения, когда кажется, что выдержать невозможно, когда у тебя все держится «на волоске». Но твоя выдержка, твоя воля, твой ум, твое мастерство — высоки. На твоей стороне интересы людей. Это делает тебя сильнее.

### В ХОДЕ ДЕЙСТВИЙ ПЕРИОДИЧЕСКИ ПОВТОРЯЙ «ПРО СЕБЯ»:

- я уверен в своих силах;
- я чувствую себя собранным и спокойным при любых обстоятельствах;
- я легко и быстро принимаю решения;
- я умею использовать опасность с выгодой для себя;
- я выполняю любой приказ командира;
- я справлюсь с любой задачей.

### РАССЛАБИВШИСЬ И ОТДОХНУВ, ПОМОГИ СЕБЕ МОБИЛИЗОВАТЬСЯ.

Мысленно повтори несколько раз:

- я способен не замечать того, что меня раздражает;
- я готов к выполнению новой служебной задачи;
- я уверен в своих знаниях;
- я уверен в своих товарищах;
- мои товарищи уверены во мне;
- я уверен в своих командирах;
- я уверен в правоте своих действий;
- я готов к действиям.

**ПОМНИ! ТЫ — ГЛАВНАЯ СИЛА В ЛИКВИДАЦИИ ЧС, ОТ ТЕБЯ ЗАВИСИТ УСПЕХ!**

### КАК ОКАЗАТЬ ПЕРВУЮ ПОМОЩЬ ЧЕЛОВЕКУ, ПОЛУЧИВШЕМУ ПСИХИЧЕСКУЮ ТРАВМУ:

Под психической травмой (ПТ) понимается переживание большой силы, вызванное воз-



действием психотравмирующих факторов обстановки чрезвычайной ситуации, приводящее к временному расстройству психики различной степени тяжести, частичной или полной потере работоспособности. На ПТ сотрудник может отреагировать в двух основных формах: гиперактивной и тормозной, реже встречается их сочетание.

#### ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ:

1. Гиперактивная форма:
  - метания в поисках укрытия, буйство;
  - истерический смех или плач;
  - крики в сочетании с повышенной активностью;
  - раздражительность и злоба;
  - агрессивность к окружающим.
2. Заторможенность:
  - состояние ступора;
  - апатия, заторможенность движений;
  - обморочное состояние.
3. Общие симптомы:
  - пугливость;
  - регресс возраста (детские реакции);
  - бессвязное бормотание;
  - сильная дрожь;
  - частые мочеиспускания;
  - расстройство желудка и прочее.

#### САМЫЕ ДОСТУПНЫЕ, ПРОСТЫЕ И ЭФФЕКТИВНЫЕ СРЕДСТВА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ В КРИЗИСНОЙ СИТУАЦИИ:

- тактильные контакты — коснуться, похлопать по плечу и т.д.;
- контакт глазами;
- ободряющие слова;
- шутки (даже грубоватые, возможен «черный юмор», но абсолютно исключается всяческая деструктивная (разрушающая) критика);
- научитесь сочувствовать; выслушайте, если пострадавшему нужно выговориться; будьте также честны относительно ваших собственных чувств;
- научитесь оказывать поддержку; если необходимо, поддерживайте пострадавшего для того, чтобы помочь ему; старайтесь понимать его; продолжайте выражать любовь и оказывать поддержку, даже если пострадавший старается оттолкнуть вас;
- распространяйте достоверную информацию о ЧС; это позволит избежать панических, депрессивных настроений и «синдрома толпы» (паникеров необходимо изолировать от людей, панику следует немедленно пресечь).

#### НЕЛЬЗЯ:

- бить пострадавшего по щекам;
- кричать;
- приказывать;
- угрожать ему чем-либо;
- это может только усугубить травму!

#### *МНОГОЕ В СТРЕССОВОЙ СИТУАЦИИ ЗАВИСИТ И ОТ ВАС ЛИЧНО.*

#### ЧТО ПОМОГАЕТ ОСЛАБИТЬ СТРЕСС:

1. Высвобождение дыхания или управление дыханием: при возникновении стрессовой ситуации, в течение 3-х минут дышите медленно, спокойно, глубоко. Если хотите, посчитайте до пяти, пока делаете вдох, и до семи, пока делаете выдох. (Затрата большого количества времени на выдох создает мягкий, успокаивающий эффект).
2. Старайтесь сосредоточиться на контроле за своими действиями.
3. Делайте все как можно более точно.
4. Стремитесь контролировать не только себя, но и окружающих, ситуацию в целом.
5. Постарайтесь увидеть себя со стороны.
6. Постарайтесь представить со стороны всю ситуацию.
7. Не поддавайтесь эмоциям, прикажите себе думать над своей задачей, для этого задайте себе три вопроса:
  - «Кто я?»
  - «Где я нахожусь?»
  - «Какова моя задача (Что я должен делать)?».
8. Чтобы прийти в себя, постарайтесь вслух, если это возможно, описать себе ситуацию, в которой вы оказались, но не давайте ей эмоциональных оценок.
9. Постарайтесь воспринимать все окружающее сразу целиком.

#### ЧТО ПОМОГАЕТ ОСЛАБИТЬ СТРЕСС В СИТУАЦИИ СВЕРХСТРЕССА:

1. Если вы потеряли на какое-то время чувствительность к внешним воздействиям или не можете справиться с эмоциями страха или паники, сделайте себе больно и сосредоточьтесь на ощущении боли.
2. Если вами овладела растерянность, постарайтесь почувствовать положение своего тела в пространстве, сосредоточьтесь на ощущениях, которые приходят от позиции тела, температуры воздуха, давления окружающих предметов.
3. Если не можете собраться с мыслями — позвоните себя по имени, попробуйте решить несколько простейших математических задач.



## ЧТО ТАКОЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС (ПТС)?

Это нормальная психологическая и эмоциональная реакция на травму (болезненные, шокирующие переживания), которая носит, чаще всего, временный характер, в зависимости от силы психологической травмы и ее значения для человека.

После травмы многие ощущают, что их жизнь изменилась. То, что раньше казалось безопасным и хорошо знакомым, может внезапно восприниматься как опасное и непредсказуемое.

## КТО ЧАЩЕ ВСЕГО СТРАДАЕТ ОТ ПТС?

Всякий, кто переживает сам или становится очевидцем травматического события.

## ПТС ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ ТАКИХ СОБЫТИЙ, КАК:

- Автомобильные или авиационные катастрофы, техногенные катастрофы. Утрачивается доверие к современным технологиям.
- Природные катастрофы. Некоторые люди, пережившие ураганы, наводнения, землетрясения и пр., опасаются, что природа может разбуживаться снова.

Дети тоже страдают от травмы. Дети могут переживать ПТС в результате тех же самых событий, а также, когда родители умирают, дети часто ощущают себя покинутыми и отверженными.

Сотрудники служб быстрого реагирования по чрезвычайным происшествиям. Могут испытывать ПТС под воздействием последствий чрезвычайных ситуаций.

## ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ПТС:

Обычно они возникают немедленно или через короткое время после психической травмы. Они могут исчезать на короткое время и появляться снова, даже спустя годы. К симптомам ПТС относятся:

- *навязчивые воспоминания, или «флешбэки»* — часто пострадавшие не могут справиться с болезненными воспоминаниями о травме, всплывающими в сознании в какие-то моменты времени;
- *ночные кошмары и бессонница* — люди, находящиеся в посттравматическом стрессовом состоянии, часто воспроизводят обстоятельства травмы в своих сновидениях; страх ночных кошмаров вызывает бессонницу;
- *депрессия* — чувства досады, безнадежности и одиночества могут продолжаться в течение длительного времени;

- *отсутствие интереса* — люди, страдающие ПТС, часто не могут испытывать удовольствие от семейной жизни, работы, хобби и общения с друзьями;
- *«вина за выживание»* — многие пострадавшие от ПТС испытывают чувство вины за собственное выживание, вины перед теми, кто не сумел выжить;
- *эмоциональные всплески* — люди с ПТС часто испытывают сильные эмоции (напряжение, страх, злобу и т.д.), выходящие из-под контроля;
- *раздражительность или повышенная возбудимость* — многие пострадавшие теряют способность к расслаблению и отдыху; они напряжены, постоянно ощущают себя «на страже», стараясь избегать всего, что напоминает им о травме.

## В РЕЗУЛЬТАТЕ НАЛИЧИЯ ЭТИХ СИМПТОМОВ У ПОСТРАДАВШИХ МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ:

- повышенная конфликтность во взаимоотношениях с людьми;
- злоупотребление алкоголем и лекарственными препаратами;
- самоизоляция.

Для восстановления необходимо время. Пострадавшим необходимо объяснять, что они не виноваты в том, что с ними произошло. Обсуждение своих переживаний с членами семьи, друзьями или профессионалами приносит облегчение.

ПТС поддается коррекции. Пострадавшие получают помощь в решении своих проблем от психиатра, психолога или иного специалиста в области психического здоровья.

## ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ПТС ПСИХИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ?

Нет, это всего лишь один из способов, при помощи которого психика пытается справиться с тяжелыми событиями.

## ТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС МОЖЕТ БЫТЬ ПРЕОДОЛЕН!

**ПОМНИ! ПОЛНОСТЬЮ ИЗБЕЖАТЬ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ В ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ ОБСТАНОВКЕ НЕВОЗМОЖНО.**

**ПРИ ПОЯВЛЕНИИ У ТЕБЯ КАКИХ-ЛИБО ИЗ ВЫШЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ, НЕ СТЕСНЯЙСЯ ОБРАЩАТЬСЯ К СВОИМ КОМАНДИРАМ, МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ И ПСИХОЛОГУ. ОНИ ТЕБЕ ПОМОГУТ!**





КОКОРИНА Н.П., ЛОПАТИН А.А., ШЕВЦОВА М.А.  
*Кемеровская государственная медицинская академия,  
МУЗ Наркологический клинический диспансер,  
г. Кемерово*

## ДЕКОМПЕНСАЦИИ У ПСИХОПАТИЧЕСКИХ ЛИЧНОСТЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

**П**сихологические и психопатологические последствия травматического стресса выражаются в посттравматическом стрессовом расстройстве, которое впервые было выделено в МКБ-10 в качестве самостоятельного расстройства (ПТСР), возникающего как затяжная или отсроченная реакция на ситуации, сопряженные с серьезной угрозой жизни или здоровью. Личностные особенности могут в части случаев способствовать возникновению ПТСР, и иметь отражение в течении или в клинической картине.

Нами наблюдалась больная, которая перенесла военную ситуацию на своей Родине, была свидетелем, как убивали ее близких, насиловали женщин, увозили куда-то молодых людей, которых она больше не видела. Была вынуждена уходить из дома, прятаться сначала у знакомых, у соседей, длительное время жить в подвалах, кое-как питаться. Погибли родственники — муж и два брата.

После окончания боевых действий вернулась в свой дом. В это время, когда опасность миновала, стала чувствовать себя совершенно больной, плохо спала, испытывала чувство беспокойства, тревоги, по ночам возникали немотивированные страхи, прислушивалась, особенно в ночное время, к обычным шумам и шорохам, все казалось зловещим. Резко снизился аппетит, за несколько месяцев потеряла значительно в весе.

Обращалась к врачам различных специальностей, но те ничего не находили, а болезненные жалобы расценивали, как жалобы избалованной девочки. Через год после возникновения заболевания решила переехать к родственникам, которые жили в Сибири, в частности, в Кузбассе.

По их совету обратились в отделение кризисных состояний наркологического диспансера г. Кемерово.

При обследовании были выявлены истерические черты в преморбиде личности больной. Она характеризовалась родственниками как впечатлительная, демонстративная, эмоционально лабильная женщина. В семье ее считали хрупкой, нуждающейся в заботе и опеке. Особенно внимательно к ней относился муж.

При первом обращении в отделение кризисных состояний, она прибыла туда, окруженная толпой родственников, требующих предоставить

больной наиболее комфортные условия, в дальнейшем родственники посещали больную ежедневно, проверяя, все ли представляется ей согласно договору о лечении.

Первые дни больная предъявляла жалобы на плохой сон, но особенно ее волновало снижение веса. Требовала рассказать ей о действии каждого из назначенных лекарств, боясь, что оно будет способствовать похуданию. Вела себя крайне демонстративно. Очень избирательно относилась к врачам и персоналу, была капризна, подчеркивала свое отношение к искусству, часто говорила о своей одаренности. Фиксирована на своей худобе, услышав рекламу по телевизору о средстве, способствующем похуданию, швырнула в экран стул. Сторонилась мужчин, «они хамы, скоты». Не собиралась возвращаться на Родину, пока не наберет достаточный, с ее точки зрения, вес. Проведено лечение антидепрессантами, психотерапией. Состояние значительно улучшилось, выписана домой.

В течение 7 месяцев жила в доме у братьев, все родственники заботились о ней, исполняли ее желания, финансовых затруднений не испытывала. Через 7 месяцев состояние ухудшилось, связывает это с тем, что начала посещать индивидуальные сеансы психотерапии, в ухудшении состояния обвиняет врача. Сообщает, что появилась тяжесть в ногах, в бедрах, «как будто бы плитой придавило», комок в горле, не может видеть мужчин, кажется, что «они за мной гонятся». Продолжает беспокоиться о своей худобе, хотя за 6 месяцев прибавила в весе 8 кг. Соглашается с этим неохотно. Получала лечение нейролептиками, транквилизаторами, проходила сеансы групповой психотерапии. Постепенно состояние улучшилось, вышеперечисленные жалобы исчезли, с улучшением выписана.

Данный клинический пример показывает, что специфичность реагирования в стрессе обуславливается не только характером психотравмирующего воздействия, но психологическими особенностями субъекта, его преморбидными качествами. Не внешние, а внутренние психологические процессы являются определяющими для ответного реагирования. Это необходимо учитывать для разработки лечебно-реабилитационных программ пациентам с установленным ПТСР.



КОКОРИНА Н.П., ВОЛЫКОВА М.А.  
*Кемеровская государственная медицинская академия,  
 Областной клинический госпиталь ветеранов войн,  
 г. Кемерово*

## ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ СТРЕССОВЫЕ РАССТРОЙСТВА У УЧАСТНИКОВ ЛОКАЛЬНЫХ ВОЙН (ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ СООБЩЕНИЕ)

В последнее десятилетие признается все возрастающая значимость психогенной патологии. Она включает психогенные физиологические реакции, как правило, завершающиеся выздоровлением, посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР /PTSD), психосоматические заболевания, неврозы. О распространенности психосоматической патологии свидетельствует, что около 80 % всех болезней, так или иначе, связаны с психогенными воздействиями (Коршунов Н.И. и соавт., 1991; Менделевич В. и соавт., 1992). Рост техногенных и природных катастроф (авария на Чернобыльской АЭС, землетрясения и др.), войн и вооруженных конфликтов (Вьетнам, Афганистан, Чечня) указывает на распространенность ПТСР.

Возникая до прямого контакта с реальной витальной угрозой, боевой стресс продолжается вплоть до выхода из зоны военных действий. Перенесенный боевой стресс является состоянием предпатологическим, дестабилизирующим, ограничивающим функциональный резерв организма, увеличивающим риск дезинтеграции психической деятельности и стойких соматовегетативных дисфункций (Снедков Е.В., Литвинцев С.В., Нечипоренко В.В., 2001).

Несмотря на многочисленные исследования по проблеме ПТСР, многие ее аспекты остаются неизученными, требуют уточнения сведения, касающиеся клинических и параклинических критериев их ранней диагностики, организации лечения участников войн, реадaptации, реабилитации и ресоциализации ветеранов (Семке В.Я., 2003).

С целью изучения психосоматической и соматической патологии лиц — участников локальных войн (Афганистан, Чечня), были изучены две группы пациентов,

проходивших в 2002-2003 гг. диспансеризацию и курс стационарного лечения в терапевтическом отделении Областного клинического госпиталя ветеранов войн г. Кемерово.

**Таблица 1**  
**Характеристика психосоматических заболеваний у ветеранов войны в Афганистане различного возраста**

| Нозология                  | 30-34 года |      | 35-39 лет |      | 40-44 года |      | 45-49 лет |      | 50 и > лет |      |
|----------------------------|------------|------|-----------|------|------------|------|-----------|------|------------|------|
|                            | Абс.       | %    | Абс.      | %    | Абс.       | %    | Абс.      | %    | Абс.       | %    |
| Хронический гастродуоденит | 2          | 66,6 | 3         | 25,0 | 9          | 26,4 | 1         | 16,7 | 2          | 20,0 |
| Язвенная болезнь           |            |      | 2         | 16,7 | 9          | 26,4 | 3         | 50,0 | 1          | 10,0 |
| НЦД                        |            |      | 3         | 25,0 | 1          | 3,0  |           |      |            |      |
| Гипертоническая болезнь    |            |      | 2         | 16,7 | 9          | 26,4 | 1         | 16,7 | 2          | 20,0 |
| ИБС                        |            |      |           |      | 1          | 3,0  |           |      | 1          | 10,0 |
| Бронхиальная астма         | 1          | 33,4 | 1         | 8,3  | 3          | 8,9  |           |      |            |      |
| Нейродермит                |            |      | 1         | 8,3  | 2          | 5,9  |           |      |            |      |
| Сахарный диабет            |            |      |           |      |            |      | 1         | 16,6 | 4          | 40,0 |
| Итого:                     | 3          |      | 12        |      | 34         |      | 6         |      | 10         |      |
| в %                        | 4,2        |      | 18,3      |      | 52,2       |      | 10,0      |      | 15,3       |      |

**Таблица 2**  
**Характеристика психосоматических заболеваний у участников боевых действий в Чечне различного возраста**

| Нозология                  | 20-24 года |      | 25-29 лет |      | 30-34 года |      | 35 и > лет |      |
|----------------------------|------------|------|-----------|------|------------|------|------------|------|
|                            | Абс.       | %    | Абс.      | %    | Абс.       | %    | Абс.       | %    |
| Хронический гастродуоденит | 8          | 57,1 | 8         | 42,0 | 1          | 33,3 |            |      |
| Язвенная болезнь           | 2          | 14,3 | 3         | 15,8 |            |      |            |      |
| НЦД                        | 4          | 28,6 | 4         | 21,0 | 1          | 33,3 | 1          | 25,0 |
| Гипертоническая болезнь    |            |      | 1         | 5,3  |            |      | 1          | 25,0 |
| ИБС                        |            |      |           |      |            |      | 2          | 50,0 |
| Бронхиальная астма         |            |      | 1         | 5,3  |            |      |            |      |
| Нейродермит                |            |      | 1         | 5,3  | 1          | 33,4 |            |      |
| Сахарный диабет            |            |      | 1         | 5,3  |            |      |            |      |
| Итого:                     | 14         |      | 19        |      | 3          |      | 4          |      |
| в %                        | 35,0       |      | 47,5      |      | 7,5        |      | 10,0       |      |



Всего обследовано 104 человека мужского пола. Первую группу составили 60 ветеранов войны в Афганистане, в возрасте от 30 до 52 лет, средний возраст — 41,6 года. Во вторую группу вошли участники боевых действий в Чечне в количестве 44 человека, в возрасте от 20 до 35 лет. Средний возраст их составил 26,3 года.

Распределение заболеваний по возрасту у участников БД отражено в таблицах 1 и 2.

Сравнительный анализ распространенности психосоматических заболеваний у участников военных действий в Чечне показал, что степень соматических расстройств у них была более выражена. Так, в возрастных группах до 25 лет в 57,1 % случаев у них диагностировался хронический гастродуоденит, в 14,3 % случаев — язвенная болезнь, в 28,6 % случаев — нейро-цирку-

ляторная дистония. В возрастной группе 25-29 лет, несмотря на некоторое уменьшение случаев хронического гастродуоденита и НЦД (соответственно, 42,0 % и 21,0 %), язвенная болезнь диагностировалась уже в 15,8 % случаев, гипертоническая болезнь — в 5,3 %, бронхиальная астма, нейродермит и сахарный диабет — также в 5,3 % случаев.

Таким образом, несмотря на то, что воздействие стрессора (нахождение в условиях военных действий) у них было короче, чем у воинов-«афганцев», психосоматическая патология у «чеченцев» была более выражена. Это может быть объяснено неполноценным преморбидом, более интенсивным характером стресса и присоединившимися употреблением алкоголя и психоактивных веществ.





КОКОРИНА Н.П., ДАВЫДОВА Н.Н.  
*Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово*

## НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПОДЗЕМНЫХ ГОРНОРАБОЧИХ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ

**К**линико-эпидемиологическим методом исследовались 3400 трудоспособных подземных рабочих 2-х шахт Кузнецкого угольного бассейна. Проведенное исследование показало, что распространенность невротических расстройств после перенесенных аварийных ситуаций у рассматриваемого контингента составила 19,2 % среди всех пограничных нервно-психических расстройств или 32 случая на 1000 работающих. Изучение клинической структуры невротических расстройств показало, что они были представлены невротическими реакциями и невротическими состояниями.

Отличительной чертой невротических расстройств у подземных горнорабочих было преобладание в их структуре обсессивно-фобических нарушений, как в рамках реакций, так и при невротических состояниях.

Формирование обсессивно-фобических расстройств во всех случаях было связано непосредственно с профессиональной деятельностью шахтеров под землей, а именно, с пребыванием в аварийных ситуациях, опасных для здоровья и жизни рабочих.

Среди подземных горнорабочих с развившимися посттравматическими невротическими нарушениями преобладали молодые люди в возрасте до 30 лет (37 %). С возрастом количество лиц с данной патологией уменьшалось. У больных до 30 лет наблюдались преимущественно невротические состояния, у лиц в возрасте 31-40 лет — невротические реакции, у горнорабочих более старшего возраста различий в числе реакций и состояний не было.

Содержание обсессивно-фобического синдрома во всех случаях отражало аварийную ситуацию, что в дальнейшем неблагоприятно влияло на профессиональную деятельность рабочих. Чаще всего встречались фобии — травмофобии, фонетофобии, танатофобии. Поэтому именно эта группа шахтеров была в наибольшей степени дезадаптирована в производственных условиях. Можно было отметить, что чем старше были шахтеры и чем более психосоциально они сориентированы, тем более выражены у них проявления этих фобий.

Как правило, наблюдавшиеся нами обсессивно-фобические расстройства развивались у шахтеров после минования непосредственной опасности для жизни, после выхода на поверхность.

При развивающейся картине невроза у подземных горнорабочих в течение нескольких дней после минования аварийной ситуации оставался бес-

покойным сон, несколько месяцев они испытывали стереотипные сновидения, воспроизводящие стрессовую ситуацию. Спуск в шахту для них был труден, хотя они реально оценивали обычный риск при подземных работах и возможность повторения аварии. В части случаев через 2-3 месяца состояние спонтанно улучшалось, и рабочие спокойно вспоминали об аварии. В других — сновидения, повторяющие аварийную ситуацию, прекращались, но при работе в подземных условиях эти лица испытывали дискомфорт, неприятные ощущения со стороны сердца в виде кардиалгий, сердцебиения, чувства замирания или остановки сердца. Нередко возникали головные боли, головокружения, ощущение нехватки воздуха. Шахтеры постоянно прислушивались к обычным производственным шумам, трескам, и нередко индуцировали окружающих своей тревогой и напряженностью. В то же время, они не прекращали работу под землей, чаще из-за необходимости выработать подземный стаж или из-за высокой зарплаты.

Наибольшее количество больных с обсессивно-фобическими расстройствами имели стаж 1-5 лет и 10-15 лет. Возникновение этих расстройств в младших стажевых группах можно объяснить трудностями адаптации в этот период при работе в подземных условиях. У подземных горнорабочих со стажем 16-20 и более 20 лет эти нарушения возникали значительно реже.

Анализ преморбидных особенностей лиц с невротическими расстройствами показал, что в большинстве наблюдаемых случаев можно было говорить о неполноценном преморбиде в виде акцентуации или о психопатическом складе характера. В структуре личности преобладали черты нерешительности, сензитивности, это были малообщительные, робкие люди. Реже встречались черты неустойчивости и эксплозивности.

Анализ профессиональных вредностей (степени физической тяжести труда, нервно-эмоциональной напряженности, категории вредности и опасности труда) свидетельствует о том, что степень физической тяжести труда не имеет существенного значения для формирования вышеописанных нарушений. Так, наибольшее количество наблюдаемых занимались трудом средней тяжести (40,4 %), тяжелым трудом занимались 26,6 % рабочих, очень тяжелым трудом — 33 %.

Гораздо большее влияние на формирование невротических нарушений имела нервно-эмоциональная напряженность трудовых процессов и



класс вредности и опасности труда. С возрастанием степени напряженности трудовых процессов увеличивалось и количество подземных горнорабочих с невротическими нарушениями — от 18,3 % у лиц со средней степенью напряженности труда, 28,4 % у лиц с напряженным трудом, и до 53,3 % у лиц с очень напряженным трудом.

63,3 % шахтеров с невротическими расстройствами были заняты трудом 3(3) категории и только 36,7 % — трудом 3(2) категории.

Полученные данные необходимо учитывать при разработке реабилитационных программ, проводимых подземным горнорабочим, попавшим в аварийные условия.





КОКОРИНА Н.П., ДАВЫДОВА Н.Н.  
*Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово*

## ВЛИЯНИЕ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЙ ТРУДА НА ШАХТЕРОВ С СУБКЛИНИЧЕСКИМИ ДЕКОМПЕНСАЦИЯМИ НА ОТДАЛЕННЫХ ПЕРИОДАХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ (ЧМТ) ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ

**Т**равмы головного мозга встречаются во многих отраслях промышленности, но их наибольшее количество приходится на горнорабочих, занятых подземной добычей угля (112 случаев на 1000 человек). Изучение на отдаленных этапах ЧМТ легкой степени у шахтеров показало, что в 30 % случаев они практически выздоравливали, в 58,3 % случаев наблюдались субклинические декомпенсации латентно протекающей травматической болезни головного мозга, в 11,7 % случаев выявлен психоорганический синдром травматической этиологии. Особенностью течения субклинических декомпенсаций легких ЧМТ являются высокие уровни ЗВУТ, обусловленные повторным травмированием (65 %), а также значительным количеством дней нетрудоспособности по простудным заболеваниям. Это определяет значимость изучения особенностей реакции организма на производственные нагрузки, и на их основе разработки методов профилактики и лечения легких ЧМТ на отдаленных этапах.

Предрабочая готовность в группе с субклиническими декомпенсациями легких ЧМТ сопровождалась более выраженными сдвигами ЦНС у 63,2 % обследованных (уменьшение распространенности основного ритма, межполушарная асимметрия, наличие слабовыраженной связи нейронных ритмов и патологической активности). У 46 % наблюдаемых отмечены отклонения от нормальных значений артериального давления (АД), доминирование гипокINETического типа кровообращения, напряжение систем адаптации и местной защиты (Ig A, G). Показатели функции внешнего дыхания (ФВД) находились в пределах условной нормы. Сменные нагрузки в 71,4 % случаев приводили к истощению ЦНС (усиление медленной активности, межполушарной асимметрии), возможностей к сосредоточению и переключению внимания. За счет напряжения систем адаптации (на 22,3 %) и их взаимодействия с показателями ФВД увеличивались ЖЕЛ (15 %), объем форсированного выдоха (8,4 %), АД, периферический тонус сосудов

(9,5 %), повышался сдвиг в сторону наиболее неблагоприятного, гиперкинетического, типа кровообращения. На ЭКГ выявлялись нарушения (у 55 %) автоматизма, проводимости и обменных процессов. К концу смены отмечалась тенденция к снижению показателей местной защиты (лизозим – 7,5 %, Ig A и G – 8,3 и 23,1 %). Физическая работоспособность уменьшалась умеренно. Через 2 часа отдыха глубина процессов торможения в ЦНС нарастала. Наблюдались уменьшение центрального контура регуляции вегетативной нервной системы, рост АД, гиперреакция центральной гемодинамики (повышение ударного, минутного объемов крови, удельного периферического сопротивления сосудов). После 5 часов отдыха отмечались усиление симпатического влияния, стабилизация АД и тонуса сосудов. Типы кровообращения оставались на уровне 1-го цикла, необходимая потребность в O<sub>2</sub> поддерживалась за счет ЖЕЛ. Следовательно, ход изменений внутренней среды в период отдыха у обследованных с субклиническими формами ЧМТ обусловлен ЦНС, усилением или ослаблением адаптационных механизмов, системой кровообращения.

Для предупреждения прогрессирования субклинического течения легких ЧМТ, под влиянием экстремального воздействия факторов производственной среды, шахтерам назначались аутогенная тренировка с биологической обратной связью (БОС), латеральная светотерапия, прием настойки левзеи. Перед началом проведения БОС специалисты индивидуально выясняли психотравмирующие факторы. Занятия предусматривали обучение приемам саморегуляции, релаксации, аутотренинга, социотренинга. Контроль результатов показал высокую их эффективность (83 %) по степени воздействия на ЦНС (данные ЭЭГ, РЭГ), уменьшению гипертензивного эффекта, активизации неспецифической защиты. Отдаленный результат характеризовался уменьшением ЗВУТ (в случаях – 40,8 %, в днях – 44,3 %) по классам психических расстройств, количеству травм, уровням простудной заболеваемости.





КОЧКИНА Т.В., МЕДВЕДЕВА Н.В.  
МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой,  
г. Кемерово

## СИСТЕМА ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА К ДЕЙСТВИЯМ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

В системе подготовки медицинского персонала МУЗ ГБ № 1 им. М.Н. Горбуновой действиям в чрезвычайных ситуациях уделяется должное внимание знанию о предполагаемых чрезвычайных ситуациях техногенного и природного характера на территории Кемеровской области и в г. Кемерово, углубленному изучению ликвидации последствий, возможных санитарных потерь и оказанию медицинской помощи всех уровней.

Согласно организационно-методическим указаниям Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области и Управления здравоохранения г. Кемерово, обучение проводится по 13-часовой программе. Программа состоит из 6 часов теоретической подготовки и 7 часов отработки практических навыков.

При обучении особое внимание уделялось темам:

- основы медицинской сортировки в чрезвычайных ситуациях;
  - организация и объем первой и доврачебной помощи в чрезвычайных ситуациях;
  - травматический и ожоговый шок; клиника, диагностика, лечение;
  - синдром длительного сдавления; клиника, диагностика, лечение;
  - особенности оказания экстренной медицинской помощи при психических расстройствах и реактивных состояниях.
- В процессе обучения использовались:
- пособия по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций,
  - семинары-тренинги,
  - методические указания по организации и ведению спасательных работ в очаге поражения,
  - наглядные пособия,
  - видеофильмы.

В рамках данной программы в 2004 г. обучено: врачей — 159 чел., среднего медицинского персонала — 187 чел.

С администрацией больницы проведен цикл занятий по теме «Действия руководящего состава по предотвращению террористических действий». Согласно плана мероприятий УЗА г. Кемерово, на базе стационара больницы, на случай возникновения чрезвычайных ситуаций, планируется перепрофилирование 60 коек токсико-терапевтического профиля для приема пострадавших. Данный раздел работы возложен на коллектив с вы-

сокой профессиональной подготовкой: врачи — высшая категория — 2 чел., первая категория — 1 чел.; средний медицинский персонал — высшая категория — 4 чел., первая категория — 2 чел.

С целью подготовки персонала, осуществляющего медицинское обеспечение данной категории пораженных, в отделении проведены тренировки и учения на тему «Организация медицинской помощи населению от взрыва взрывчатых веществ на железнодорожных путях в районе завода КЭМЗ».

В соответствии с планом основных мероприятий МУ Управление здравоохранения г. Кемерово, на базе травматологического отделения, с бригадой экстренной медицинской помощи проведено учение на тему «Организация и ликвидация медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций и проведение лечебно-эвакуационных мероприятий при возникновении террористических актов на химически опасном объекте города».

Цели учения:

- совершенствование практических навыков руководящего состава и управление медицинским формированием БЭМП при организации и проведении ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций;
- проверка готовности БЭМП к действиям в чрезвычайных ситуациях.

Бригада сформирована из квалифицированных медицинских работников: врачи — 1 категория — 2 чел., средний медицинский персонал — высшая категория — 4 чел., первая категория — 2 чел.

В период подготовки к учению, с персоналом бригады экстренной медицинской помощи проведены занятия по 24-часовой программе по медицине катастроф по темам:

- медицинская сортировка пострадавших при чрезвычайных ситуациях;
- термическая травма при чрезвычайных ситуациях; отморожения, ожоги; ожоговый шок; клиника, диагностика, оказание экстренной медицинской помощи и лечение на этапах эвакуации;
- терминальные состояния и оказание экстренной медицинской помощи; основы сердечно-легочной реанимации;
- особенности оказания экстренной медицинской помощи и лечения детям, беременным женщинам и роженицам в чрезвычайных ситуациях.



С личным составом БЭМП проведена тактическая тренировка по теме «Организация и оказание экстренной медицинской помощи при огнестрельной и термической травме».

Участники тактико-специального учения показали хорошую теоретическую подготовку и владение практическими навыками, профессиональный подход к решению поставленной задачи.

Управлением здравоохранения дана следующая оценка учению: «БЭМП — оценить, как готовы к выполнению задач».

При работе с медицинским персоналом и населением по вопросам действий в чрезвычайных ситуациях техногенного и природного характера, возможных террористических актов уделяется внимание пропаганде направленной на убедительное и аргументированное разъяснение социально-экономической значимости мероприятий — защита от чрезвычайных ситуаций, цели, задачи, роль и место в общей системе политических, экологических мер.

В этих целях активно используются:

- средства массовой информации,
- наглядные пособия,
- информационные стенды «Терроризм — угроза обществу»,
- семинарские занятия на тему «Работа БЭМП в условиях чрезвычайных ситуаций».

С целью проведения практических и теоретических занятий, в больнице создан методический кабинет. В кабинете имеются тематическая литература и методические пособия по организации оказания медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях техногенного и природного характера, возможных террористических актов. Практические занятия проводятся на имитаторе ран, муляжах, с использованием шин и перевязочного материала.

Кроме этого, медицинский персонал получает знания по действиям при чрезвычайных ситуациях на сертификационных циклах повышения квалификации по специальности. За 9 месяцев 2004 года на сертификационных циклах обучено: врачей — 34 чел., среднего медицинского персонала — 21 чел.

Подразделения МУЗ ГБ № 1 постоянно участвуют в учениях по делам ГО и ЧС, проводимых в городе и Центральном районе. За большой вклад в повышение готовности обеспечения безопасности населения коллектив больницы неоднократно отмечался почетными грамотами и благодарственными письмами территориального управления Центрального района. По итогам смотра-конкурса на лучшую организацию по подготовке и оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, МУЗ ГБ № 1 им. М.Н. Горбуновой заняло 1-е место в Центральном районе г. Кемерово.



КРИЧЕВСКИЙ А.Л., ГАЛЕЕВ И.К., ТОРГУНАКОВ А.П., ПОГОРЕЛОВ Е.А.,  
АЛЬТШУЛЕР Е.М., САЛЬСКИЙ А.В., ВОЛЖЕНИН В.В.

*Областной центр медицины катастроф,*

*Городская клиническая больница № 2,*

*г. Кемерово*

## АНАЛИЗ И ПУТИ СНИЖЕНИЯ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ МНОГОФАКТОРНОМ ТЕРМИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ

**В**зрыв метана и угольной пыли в шахте — одна из наиболее характерных и опасных для жизни шахтеров катастроф. Эти катастрофы встречаются систематически в угледобывающих регионах мира, стран СНГ и России. Главным угледобывающим регионом России является Кузбасс.

Основной причиной смерти при поражениях, как показывает анализ литературы и актов судебно-медицинской экспертизы, является многофакторное поражение — комбинация отравления окисью углерода, ожогов и повреждение легких.

Наиболее опасным для жизни пораженных является вариант этой травмы, сопровождающийся шоком. Смерть у пораженных в наибольшем проценте случаев наступает в течение ближайших 48-72 часов, до выведения их из шока, напоминающего по клиническому течению и ряду компонентов патогенеза ожогового шока I-ую фазу ожоговой болезни.

Тяжесть ожогового шока при этом усугубляется клинической картиной отравления угарным газом, выраженной дыхательной, циркуляторной и тканевой гипоксией в связи с ожогом верхних дыхательных путей, трахеи и даже бронхов, изменением гемодинамики по типу шоковой и поражением крови «кровяным ядом» типа СО, когда с кровью значительно теряется способность присоединения и переноса кислорода в ткани.

Гемическая гипоксия при этом варианте ожогового шока носит особо тяжелый характер. Это связано не только с образованием карбоксигемоглобина, не способного переносить кислород, и блокадой дыхательных ферментов, содержащих двухвалентное железо. При отравлении угарным газом значительно усиливается связь между гемоглобином и кислородом. Вследствие этого, даже оставшийся в крови пораженного оксигемоглобин теряет способность легко отделять от своей молекулы кислород, что затрудняет его перенос в ткани.

Помимо этого, под влиянием тепла, в момент ожогов снижается объем циркулирующих эритроцитов (на 20-30 % при тяжелых ожогах) вследствие их разрушения.

В то же время, резко увеличивается потребность организма пораженного в кислороде, а расстройства сердечно-сосудистой системы ухудшают транспорт кислорода к тканям; происходят

тяжелые нарушения микроциркуляции в связи с гемоконцентрацией и увеличением вязкости крови, гемолизом и анемией, маскируемой гемоконцентрацией [9].

Изложенное показывает, что многофакторный характер этого тяжелого комбинированного поражения обуславливает синдром взаимного отягощения, усугубляющий тяжесть ожогового шока и увеличивающего процент летальности в ближайшие часы и сутки после данного поражения. Летальность в периоде шока при многофакторном поражении возрастает более чем в 2 раза. Если диагноз многофакторного поражения своевременно и правильно поставлен, то объем и последовательность противошоковых мероприятий должны проводиться в соответствии с особенностями воздействия на организм каждого из вышеназванных факторов.

Именно этому контингенту, с учетом других, вышеприведенных клинических признаков многофакторного термического поражения, видимо, стоит проводить более интенсивную противошоковую терапию. Для этого следует дополнительно включить применение перфторана — кровезаменителя с газотранспортной функцией, позволяющего осуществить доступ кислорода к ишемизированным тканям и внелегочным путям. Поскольку практически у всех тяжело пораженных есть ожог верхних дыхательных путей (ОВДП) и респираторный дистресс-синдром взрослых (РДСВ), перфторан целесообразно вводить и в трахею, чтобы осуществить жидкостную или частичную жидкостную вентиляцию легких (ЖВЛ или ЧЖВЛ), эффективность которой при РДСВ известна.

В настоящее время мы располагаем 12 клиническими наблюдениями, показывающими, что дополнительная внутривенная инфузия перфторана в комбинации с его интратрахеальным введением при шоке от многофакторной термической травмы позволила спасти всех, несмотря на тяжесть поражения; индекс тяжести поражения (ИТП) превышал у всех, с учетом термоингаляционной травмы, 80 баллов. Трое из них получили тяжелую многофакторную травму — сочетание ожога кожи IIА-IV ст. с термоингаляционным поражением. У двух из них было отравление угарным газом на пожаре, у одного — ожог дыхательных путей. Остальные 9 человек получили комбинированное поражение (термотоксическую травму)



при взрыве метана и угольной пыли в шахтах Кузбасса. Двум шахтерам, начиная с догоспитального этапа, в дополнение к стандартным противошоковым мероприятиям, проведена внутривенная инфузия 200 мл перфторана, а семи — перфторан был включен в комплекс интенсивной терапии в остром периоде термотравмы, в периоде ожогового шока. После проведения бронхоскопии, у пораженных с ожогами верхних дыхательных путей перфторан вводился эндотрахеально либо по типу ингаляций, либо лаважа легких, либо инфузией в трубку при ИВЛ.

У всех 12 пораженных зафиксирован тяжелый ожоговый шок. Ни один из них не погиб. Всем, по выведении из шока, проведена кожная пластика на местах ожогов IIБ-IV ст. и ампутация фрагментов кисти с ожогами IV ст. В настоящее время часть пораженных закончили восстановительное лечение, часть, находясь в периоде реконвалесценции, восстановительное лечение продолжают.

Изложенное показывает, что дополнение противошоковой терапии тяжело пораженным с многофакторной термотравмой инфузией перфторана внутривенно с любым вариантом жидкостной вентиляции легких перфтораном позволяет сократить количество жертв при катастрофах на угледобывающих предприятиях.

#### ВЫВОДЫ:

Многофакторные термические поражения отличаются от термотравмы в чистом виде рядом особенностей клинической картины, учет которых имеет существенное значение при выборе оптимального объема помощи тяжелопораженным, с целью сокращения количества жертв.

Летальность в периоде ожогового шока с ОВДП у этого контингента можно сократить до полнением инфузии перфторана и проведением жидкостной вентиляции легких с перфторуглеродными соединениями.





КУЗЬМИНЫХ Л.М.

*МУ Центр психолого-педагогической помощи населению,  
г. Ленинск-Кузнецкий*

## ИТОГИ ИСПОЛНЕНИЯ ПРОЕКТА ТАСИС «РЕАБИЛИТАЦИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, УЧАСТВОВАВШИХ В ЛОКАЛЬНЫХ ВОЕННЫХ КОНФЛИКТАХ»: ОПЫТ, ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ

**В**оеннослужащие, принимавшие участие в боевых действиях, имеют большое количество психологических проблем, связанных со стрессами военных действий. Это проявляется в агрессии, неумении расслабиться, напряженности, отсутствии или потере интереса к жизни и стремлении избегать того, что может напомнить о травмирующих событиях войны. При возвращении домой они скрывают травмы, не обращаются за медицинской и психологической помощью.

На стрессы, полученные в ходе боевых действий, накладываются новые, связанные с трудностями социальной адаптации к гражданской жизни. У них возникают трудности с общением, пониманием, трудоустройством. Часто, со школьной скамьи или после профтехучилища, не устроившись на работу, молодые люди призываются в армию. После возвращения к мирной жизни у них нет опыта работы, трудового стажа, часто — необходимого образования и уровня квалификации.

Поэтому так остро встают вопросы оказания им квалифицированной социально-психологической помощи.

В 2003 году Центр впервые столкнулся с этой проблемой. Была подготовлена программа, получившая название «Чеченский синдром», по оказанию психологической помощи сотрудникам УВД. Программа получила поддержку Евросоюза, и с января 2004 года Центр психолого-педагогической помощи населению приступил к реализации проекта на территории нашего города «Реабилитация военнослужащих, принимавших участие в локальных конфликтах».

Вопросы оказания психологической помощи и поддержки участникам боевых действий имеют особое значение в реабилитации данной категории лиц. Однако, они невозможны без системы оказания социальной, профессиональной, медицинской и иных видов помощи указанной категории военнослужащих. Поэтому многие мероприятия мы проводили совместно с УСЗН города и различными организациями и учреждениями, которые занимаются вопросами оказания помощи указанной категории лиц.

Задачи проекта ставили вопросы повышения квалификации и обучения специалистов, работающих в Центре. С февраля по июль эксперты нашего проекта провели 4 обучающих курса по

вопросам оказания социально-психологической помощи и поддержки участникам боевых действий и членам их семей при тяжелых утратах и потерях, в т.ч. семьям военнослужащих, погибших при исполнении воинского долга. Психологи также получили знания работы с постстрессовыми расстройствами, связанными с участием в боевых действиях и методами реабилитации в индивидуальной и групповой терапии. Также мы познакомились с опытом поддержки военного персонала в странах Европейского союза и регионах России.

Специалисты центра также прошли обучение на базе Областного дома-интерната по программе социальной реабилитации и оккупациональной терапии. Это позволило нам приступить к оформлению комнаты релаксации в центре.

В это же время изучался и происходил обмен опытом со специалистами учреждений и организаций, занимающихся вопросами оказания социально-психологической помощи и поддержки в городах Кемеровской области: Анжеро-Судженске, Юрге, Кемерово.

Полученные знания помогли специалистам Центра начать самостоятельную работу в направлении создания психологической службы по оказанию помощи участникам боевых действий и членам их семей.

В рамках проекта были проведены исследование и анализ проблем участников боевых действий и их родственников, а также вдов матерей погибших военнослужащих, в т.ч. по телефону доверия и обращениям в СМИ.

Были разработаны и апробированы анкеты «Участнику боевых действий и локальных конфликтов» и «Анкета женам, матерям, родным и близким военнослужащих, принимавших участие в локальных конфликтах». Это позволило выявить трудности и проблемы, с которыми сталкивается военнослужащий, вернувшийся с войны.

Получены следующие результаты исследования на территории нашего города:

- вопрос прав и льгот волнует каждого воевавшего в Чечне и Афганистане;
- каждому человеку не хватает внимания и поддержки;
- почти каждый второй человек имеет проблемы со здоровьем и каждый второй — жилищные проблемы;



- каждый третий человек имеет проблемы с трудоустройством;
- каждый пятый человек испытывает материальные проблемы и хочет учиться или повысить уровень квалификации.

Родственников волнуют те же проблемы и психическое состояние мужей и сыновей.

В ходе реализации проекта, Центр выступил с рядом инициатив и предложений по оказанию психологической помощи и поддержки участникам боевых действий и членам их семей, и предложил следующие мероприятия:

1. Группы «встреч и общения», которые помогут восстановить здоровье и душевное равновесие, поднять настроение и решить психологические проблемы.
2. Индивидуальные психологические консультации для нуждающихся.
3. Тренинги по запросу группы, объединяющей участников боевых действий, их жен, матерей, близких и родных.
4. Беседы, лекции по любой психологической теме.
5. Сеансы телесно-ориентированной терапии для снятия напряжения.
6. Сеансы психологической разгрузки.
7. Профессиональные консультации по выбору профессии.
8. Программу «Трамплин» по преодолению психологических проблем при поиске работы и повышению конкурентоспособности на рынке труда.
9. Группы выходного дня и совместные праздники.
10. Работа с детьми с помощью метода сказкотерапии.

При этом помощь специалистов Центра участникам боевых действий и членам их семей оказывалась бесплатно.

И, самое главное, помощь, которая так необходима военнослужащим, оказалась востребованной.

С марта 2004 г. встречи с участниками боевых действий и членами их семей, которые специалисты Центра проводили совместно с УСЗН, стали постоянными.

В марте 2004 г. была проведена встреча военнослужащих с представителями центра и Управления социальной защиты населения. Намечен план работы по взаимодействию участников боевых действий и структур города — с представителями службы занятости и администрации города по связям с общественностью, со специалистами по вопросам жилья (присутствовало 25 чел.).

В апреле 2004 г. состоялась встреча военнослужащих с представителями вышеуказанных структур. Они ознакомились со своими правами и льготами (присутствовало 20 чел.).

В мае 2004 г. состоялась встреча членов семей военнослужащих со специалистами центра. Они ознакомились с вопросами психологической помощи.

В июне 2004 г. была проведена встреча участников боевых действий в Чеченской республике с представителями городского отделения общероссийской общественной организации «РОССИЙСКИЙ СОЮЗ ВЕТЕРАНОВ АФГАНИСТАНА», где обсуждался вопрос о вступлении в эту организацию (присутствовало 20 чел.).

В июле на встрече военнослужащих было принято решение вступить в организацию ветеранов Афганистана. В состав оргкомитета вошли 3 человека — участники локальных БД в Чеченской республике. Написали заявление о вступлении в организацию 12 человек.

Психологи центра стали проводить конкретную психологическую работу по реабилитации участников боевых действий и членов их семей.

С мая 2004 г. проводится психологическое консультирование — 14 консультаций.

Прошли реабилитацию по телесно-ориентированному методу психокоррекции 4 человека.

Справочно-консультативную помощь получили 37 человек. В настоящее время организован регулярный прием психолога каждую среду и субботу.

Специалисты Центра смогли передать полученные знания и провели первые обучающие семинары для студентов ВУЗов и социальных работников УСЗН по распространению опыта проекта. Они смогли передать свой опыт и на семинаре, проведенном в июле в г. Таштагол, где были собраны специалисты из нескольких городов.

Работая во взаимодействии с другими организациями и ведомствами, мы хорошо понимаем, насколько важна информационная поддержка мероприятий проекта. Для организации психологической помощи участникам боевых действий была проведена большая информационная и разъяснительная работа в СМИ, на радио и телевидении города, района и области для укрепления и поднятия статуса данной категории граждан. А в качестве образца выбраны особенные духовные ценности, а именно, сострадания и долга перед этой категорией граждан. Кстати, сами участники боевых действий выразили желание получать больше информации о них самих в СМИ.

В виду отсутствия достаточной информационной-просветительской работы, связанной с объяснением последствий посттравматического стрессового расстройства, которым страдают до 80 % военнослужащих, стали постоянными информационные сообщения с объяснениями особенностей ПТСР, тяжести несвоевременного обращения за помощью к специалистам.





В рамках проекта издан буклет с информацией о помощи, предоставляемой военнослужащим и членам их семей, и, в том числе, содержащим разъяснения по поводу тех проблем, с которыми они могут столкнуться, вернувшись с войны, и психологических особенностей состояния, важности профилактических мероприятий.

Центр получил большую поддержку со стороны экспертов проекта: Тони Видмер решил острую проблему нехватки оргтехники и подарил телевизор, видеомэгнифон и оргтехнику, которые оказывают большую помощь специалистам Центра в проведении сеансов релаксации, вечеров встреч.

Проект продолжится до декабря 2004 года, но для нас это означает только то, что задач будет больше, и они будут сложнее. В будущем в нашем Центре будет создана психологическая служба по оказанию помощи и поддержки участникам боевых действий и членам их семей. Будет подготовлена программа по социально-психологической реабилитации военнослужащих и членов их семей. Это направление работы станет одним из главных в работе Центра. Мы готовы также распространять наш опыт и оказывать помощь другим категориям населения, пострадавшим в чрезвычайных ситуациях.





КУЗЬМИНЫХ Л.М.  
МУ Центр психолого-педагогической помощи населению,  
г. Ленинск-Кузнецкий

## ПЕРВЫЕ ИТОГИ ПРОЕКТА ПРОГРАММЫ ТАСИС В Г.ЛЕНИНСК-КУЗНЕЦКИЙ «РЕАБИЛИТАЦИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ПРИНИМАВШИХ УЧАСТИЕ В ЛОКАЛЬНЫХ КОНФЛИКТАХ» РЕАЛИЗУЕМОГО «ЦЕНТРОМ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПО- МОЩИ НАСЕЛЕНИЮ» (ЦПППН)

### I. ЗАДАЧИ ПРОЕКТА

1. Создание модели сотрудничества между различными ведомствами (организациями, учреждениями), занимающимися проблемами военнослужащих, побывавших в «горячих точках».
2. Обучение специалистов для работы с бывшими военнослужащими, принимавшими участие в локальных конфликтах.
3. Повышение авторитета Центра психолого-педагогической помощи населению и усиление его взаимодействия с организациями и учреждениями, занимающимися вопросами оказания социально-психологической помощи и поддержки бывшим военнослужащим и членам их семей.
4. Разработка конкретных методик, позволяющих оценить нуждаемость в реабилитационных услугах участников боевых действий и членов их семей.
5. Улучшение качества жизни бывших военнослужащих, принимавших участие в локальных конфликтах и усиление их индивидуальной адаптации и социальной интеграции.

### II. ПРОВЕДЕННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

С января по сентябрь 2004 г. состоялись встречи и обсуждения экспертов проекта с руководителями и специалистами Администрации и Департамента социальной защиты населения Кемеровской области (ДСЗН), а также учреждений и организаций г. Ленинска-Кузнецкого: Администрации города, Управления социальной защиты населения (УСЗН), Объединенного военного комиссариата, Управления здравоохранения, Городского центра занятости населения, Общественной организации «Социальный центр молодежи», Фонда поддержки малого предпринимательства, Кузбасского областного педагогического института, Муниципального учреждения культуры «Краеведческий музей», с представителями Кемеровской областной общественной организации «Российский Союз ветеранов Афганистана», с участниками боевых действий на

территории Чеченской республики и республики Афганистан, с психологами различных учреждений и организаций города, с представителями СМИ. Был намечен план мероприятий по взаимодействию и сотрудничеству в ходе реализации проекта.

Состоялись посещения и обмен опытом со специалистами отделения социальной адаптации граждан, уволенных с военной службы, принимавших участие в локальных войнах и вооруженных конфликтах Областного Дома ветеранов г. Кемерово, отделения медико-социальной реабилитации граждан, уволенных с военной службы, прошедших локальные войны и вооруженные конфликты, в санатории для ветеранов Великой Отечественной войны «Лебязье» (Юргинский район Кемеровской области), Дома милосердия в г. Анжеро-Судженск. Приняли участие в семинаре по современным проблемам реабилитации участников боевых действий и локальных войн, проводимом ДСЗН совместно с руководителями общественных объединений Кемеровской области в г. Березовский.

19.02.04. проведен Круглый стол «Межсекторное взаимодействие в оказании помощи бывшим военнослужащим, принимавшим участие в локальных военных конфликтах» совместно с членами городской межведомственной комиссии по делам военнослужащих, граждан, уволенных с военной службы, и членов их семей, представителями администрации и общественными объединениями города.

С 24 по 26 февраля 2004 г. и с 4 по 6 апреля 2004 г. проведены два обучающих курса для психологов и специалистов по социальной работе, сотрудников ЦПППН (11 специалистов).

С 19 по 21 мая 2004 г. проведены обучающие семинары для психологов города и района, работающих с бывшими военнослужащими и членами их семей (40 специалистов).

С 24 по 25 мая 2004 г. проводилось обучение психологов ЦПППН на базе Областного дома-интерната по программе социальной реабилитации и оккупационной терапии (3 специалиста).



Со 2 по 3 июня 2004 г. проведены обучающие семинары для социальных работников и специалистов УСЗН и ЦПППН (20 человек).

С 20 по 27 июня 2004 г. организована и осуществлена программа визита по обучению и обмену опытом сотрудников отделения социальной адаптации граждан, уволенных с военной службы, принимавших участие в локальных войнах и вооруженных конфликтах Областного Дома ветеранов г. Кемерово в Москву, Ногинск Московской области и Тверь, в Центры социальной адаптации бывших военнослужащих и членов их семей, при поддержке эксперта проекта Тони Видмера.

С 10 по 12 июля 2004 г. проведен обучающий семинар по распространению опыта проекта в Таштаголе для специалистов Кемеровской области, работающих с бывшими военнослужащими и членами их семей (15 специалистов).

Выходят регулярные сообщения в СМИ и на телевидении города о мероприятиях, проводимых ЦПППН в рамках проекта.

Проведены исследования и сделан анализ обращений участников боевых действий и членов их семей по проблемам социально-психологического характера (около 100 человек).

В связи с увеличением техногенных аварий на шахтах, проведены исследование и анализ социально-психологических проблем шахтеров (400 человек).

Изучается опыт и происходит обмен опытом со специалистами учреждений и организаций, занимающихся вопросами оказания социально-психологической помощи и поддержки в г. Ленинске-Кузнецком и городах Кузбасса: Кемерове, Анжеро-Судженске, Юрге. Совместно с экспертами проекта изучается передовой опыт различных регионов России и стран ЕС.

Подготовлен и находится в стадии завершения договор о сотрудничестве между ЦПППН и военным комиссариатом городом, а также Областным «Домом ветеранов» г. Кемерово по взаимодействию в решении социально-психологических проблем бывших военнослужащих и членов их семей.

Осуществляется сотрудничество с общественными организациями Кемеровской области.

Специалисты ЦПППН осуществляют подготовку и проведение семинаров и Круглых столов с представителями различных организаций и учреждений города и района, занимающимися проблемами бывших военнослужащих и членов их семей, а также организуют встречи с участниками боевых действий и общественными организациями, представляющими интересы этой категории граждан.

Проводятся публикации в научно-методических сборниках по проблемам военнослужащих,

принимавших участие в локальных конфликтах, и членов их семей.

Совместно с экспертами проекта, специалисты ЦПППН осуществляют подготовку программы по социально-психологической реабилитации бывших военнослужащих, принимавших участие в локальных военных конфликтах, и членов их семей.

Разработана и апробирована анкета «Участнику боевых действий и локальных конфликтов», а также анкета «Женам, матерям, родным и близким военнослужащих, принимавших участие в локальных конфликтах» для выяснения потребностей граждан этой категории и степени удовлетворенности уровнем предоставляемых услуг.

В рамках проекта проведены исследование и анализ проблем участников боевых действий и их родственников, а также вдов и матерей погибших военнослужащих, в т.ч. через обращение к ним в СМИ и по телефону доверия ЦПППН. Первые результаты анализа обращений предъявлены на заседании Круглого стола 19.02.04 г.

Экспертами проекта предложена на рассмотрение возможность внедрения элементов нового подхода на территории Ленинска-Кузнецкого в обеспечении обслуживания и поддержки с точки зрения интеграции в сообщество военнослужащих, принимавших участие в локальных конфликтах, и членов их семей.

Разработан пакет документов (рекомендации участникам боевых действий по самопомощи, рекомендации родственникам о поддержке своих родных, вернувшихся из зоны боевых действий, информация о правах и льготах для данной категории граждан, анкеты), который вручается бывшим военнослужащим и членам их семей на каждой встрече, проводимой ЦПППН и УСЗН.

Издан буклет, в котором содержится информация об основных правах и льготах для участников боевых действий, адреса и телефоны организаций и учреждений города, которые отвечают за их реализацию, информация о психологических проблемах, с которыми приходится столкнуться каждому вернувшемуся из зоны боевых действий. Буклеты распространяются по учреждениям города и вручаются каждому военнослужащему.

Во время встреч, организованных сотрудниками ЦПППН и УСЗН, произошло знакомство участников встречи со своими правами и льготами (март 2004 г.); встречи с представителями структур города: службы занятости, специалистами по вопросам жилья, представителями администрации города по связям с общественностью, во время которых они могли получить ответы на самые острые и животрепещущие для них проблемы (апрель 2004 г.). Члены семей бывших во-



еннослужащих смогли познакомиться с вопросами оказания психологической помощи (май 2004 г.). На встречах в июне и июле бывшие военнослужащие, совместно с сотрудниками ЦППН, встретились с представителями общественной организации бывших воинов-«афганцев», на которых обсуждался вопрос об общественном объединении вернувшихся из зоны боевых действий в Чеченской республике. Было принято решение о вступлении последних в городское отделение Кемеровской областной общественной организации «Российский Союз ветеранов Афганистана». Был избран оргкомитет, в который вошли 5 человек, из них 3 человека — представители участников боевых действий в Чеченской республике, заявление о вступлении в организацию написали 12 человек.

Психологи ЦППН провели для бывших военнослужащих 14 консультаций. Реабилитацию по телесно-ориентированному методу психокоррекции прошли 4 человека. В УСЗН выделены путевки на санаторно-курортное лечение. Проведено переобучение в службе занятости. Сотрудниками ЦППН оказана справочно-консультативная помощь 37 чел. Прием психолога осуществляется каждую среду и субботу, с 12.00 до 15.00.

### III. ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Изучен опыт оказания социально-психологической и социально-медицинской помощи указанной категории граждан различных ведомств (организаций, учреждений) в Кемеровской области. Принято решение о распространении этого опыта в различных районах Кузбасса и регионах России с помощью обучающих семинаров, конференций и публикаций.

Намечены пути сотрудничества и взаимодействия исполнителей городской программы Ленинска-Кузнецкого «Социальная адаптация военнослужащих, граждан, уволенных с военной службы, и членов их семей на 2003-2005 гг.» по вопросам: медико-социальной реабилитации; трудоустройства; обеспечения жильем; реализации основных социальных льгот и гарантий; проведения торжественных мероприятий, связанных с памяtnыми датами и событиями; молодежной, информационной политики; поддержки предпринимательства, общественных объединений и подготовки кадров к работе с участниками боевых действий и членами их семей.

Подготовлены и находятся в стадии завершения договора о сотрудничестве между ЦППН и военным комиссариатом г. Ленинск-Кузнецкий, а также Областным «Домом ветеранов» г. Кемерово, по решению социально-психологических проблем бывших военнослужащих, при-

нимавших участие в локальных конфликтах, и членов их семей.

Принято решение о включении в состав городской Межведомственной комиссии по социальным вопросам военнослужащих, граждан, уволенных с военной службы, и членов их семей, председателя городского отделения Общероссийской общественной организации Российский Союз ветеранов Афганистана В.С. Русских.

Повышение квалификации 70 специалистов — психологов и социальных работников — различных организаций и учреждений города, района и области, работающих с участниками боевых действий и членами их семей, по вопросам оказания социально-психологической помощи и поддержки при тяжелых утратах и потерях, в т.ч. семьям военнослужащих, погибших при исполнении воинского долга, а также кризисным состояниям, последствиям посттравматического стрессового расстройства и методам реабилитации в индивидуальной и групповой терапии участников боевых действий. А также по темам: «Система поддержки военного персонала в странах ЕС», «Работа социальных служб в мировой практике», «Профессиональные стрессы социальных работников, синдром эмоционального выгорания».

Происходит расширение сферы деятельности Центра в связи с увеличением категорий населения, которым оказывается психологическая помощь.

Проходит передача опыта и знаний, полученных в ходе реализации проекта. Сотрудниками ЦППН проведены первые обучающие семинары для студентов ВУЗов города и социальных работников УСЗН по распространению опыта проекта.

Сотрудниками ЦППН разработаны и апробируются новые программы по оказанию психологической помощи участникам боевых действий и членам их семей («Трамплин», «Твори себя заново», «Психологическая помощь в работе с «острым» горем»). Проводятся групповая работа и индивидуальные психологические консультации с гражданами этой категории. Увеличилось количество обращений населения города за помощью к специалистам ЦППН. Растет авторитет Центра.

Готовится к изданию пособие по индивидуальной реабилитации и социальной интеграции бывших военнослужащих в гражданское общество (ноябрь 2004 г.).

Получены результаты социально-психологического исследования проблем бывших военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях, и членов их семей на территории г. Ленинска-Кузнецкого, позволяющие оценить потребности данной категории граждан в тех



или иных реабилитационных мероприятиях. Вопрос прав и льгот волнует каждого воевавшего в Чечне и Афганистане. Каждому не достает внимания и поддержки. Почти каждый второй имеет проблемы со здоровьем и каждый второй — жилищные проблемы. Каждый третий имеет проблемы с трудоустройством. Каждый пятый человек испытывает материальные проблемы. Каждый пятый хочет учиться или повысить свой уровень образования. Родственников волнуют те же проблемы, а также проблемы психического состояния своих мужей и сыновей. Почти все родственники погибших военнослужащих испытывают проблемы со здоровьем и нуждаются в медицинской помощи, в т.ч. в реализации льгот на предоставление лекарственных препаратов. Все родственники погибших военнослужащих испытывают недостаток внимания со стороны Министерства обороны.

Развернута информационная работа в СМИ о результатах работы проекта с целью формирования положительного отношения к участникам боевых действий, достойного их боевых заслуг, с тем, чтобы данная категория граждан и члены их семей ощущали поддержку, внимание и забо-

ту со стороны общества и государства, а также понимание, ободрение и принятие.

Сотрудниками ЦПППН и УСЗН города организованы встречи участников боевых действий и членов их семей с исполнителями и экспертами проекта, администрацией города, органами военного управления, организациями и учреждениями, ответственными за исполнение городской программы по социальной адаптации данной категории граждан, и представителями общественных объединений, представляющих их интересы (6 встреч, присутствовало более 100 человек).

Проводится информационная поддержка профилактики последствий посттравматического стрессового расстройства, которым страдают до 50 % военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях, и важности своевременного обращения за психологической помощью к специалистам.

В ЦПППН создается служба психологической помощи бывшим военнослужащим, принимавшим участие в локальных военных конфликтах, и членам их семей. Психологи центра проводят индивидуальные консультации для бывших военнослужащих, и членов их семей, а также групповую работу по реабилитации.



## УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ И ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ, КАК «МАСКА» ПТСР У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

**Т**равматический стресс — это переживания особенного рода, результат особого взаимодействия человека и окружающего мира. Это нормальная реакция на ненормальные обстоятельства, состояние, которое возникает у человека, который пережил нечто, выходящее за рамки обычного человеческого опыта, например, угрозу жизни, смерть или ранение другого человека, участие в боевых действиях, насилие, стихийные бедствия и катастрофы и т.д. (С.Л. Соловьева, 2003).

Нами наблюдались больные, мужчины в возрасте 20-35 лет, поступившие на лечение в отделение кризисных состояний по поводу зависимости от алкоголя. Все они были участниками локальных войн в Афганистане или Чечне. Некоторые были в плену.

Клинико-психопатологическое и экспериментально-психологическое исследования показали, что, несмотря на то, что госпитализация больных была связана с употреблением алкоголя и ПАВ, у них диагностировалось посттравматическое стрессовое расстройство, которое можно было отнести к хроническому или отсроченному, так как оно возникало спустя 3-6 месяцев и более после воздействия стрессорного фактора (участие в боевых действиях).

Клиническая картина ПТСР складывалась из пониженного настроения с периодической генерализацией тревоги, постоянного ожидания угрозы, когда любые звуки воспринимались как враждебные, обычные явления — как опасные. Больные сообщали о том, что боятся встать у окна, ожидая выстрела снайпера, в толпе проходящих людей видят угрожающие жесты и мимику.

В то же время, они отмечали повышенную агрессивность, «иду по улице и мне все ненавистны, хочется взять автомат и всех расстрелять». Необходимо отметить, что критика к этим переживаниям оставалась полной, но агрессивные тенденции в некоторых случаях реализовались. Так, наблюдались случаи, когда бывшие участники локальных войн собирались для празднования какой-либо знаменательной даты, и, будучи в состоянии алкогольного опьянения, устраивали драки, громили магазины, хулиганили.

У всех обследуемых наблюдались плохой сон, кошмарные сновидения со стереотипными переживаниями во сне травмирующей ситуации (обстоятельства пребывания в зоне боевых действий, плен, пытки и гибель товарищей).

Родственники отмечали, что больные стали отгороженными, угрюмыми, не встречались с бывшими друзьями, их общение ограничивалось встречами с товарищами по участию в военных действиях. С ними они употребляли алкоголь в больших количествах, иногда в течение 2-3-х дней, иногда пьянство носило одиночный характер.

Вышеперечисленные обстоятельства побуждали родственников обращаться к наркологам, так как они полагали, что их дети во время военных действий «разболтались, распустились». Разъяснения врачей о причинах пьянства обследуемых родственниками не воспринимались.

Лечебно-реабилитационные программы наблюдаемым больным складывались из психофармакологического лечения и психокоррекционной работы. Как правило, в течение двух, трех месяцев наступало улучшение, и больные выписывались домой. Перед выпиской с родственниками проводились повторные беседы, объяснялись первые признаки болезни, подчеркивалось, что возобновление пьянства может свидетельствовать об обострении состояния.

Несмотря на это, в большинстве случаев родственники продолжали считать употребление алкоголя больными распущенностью и, в ряде случаев, пытались принимать по отношению к ним при возобновлении пьянства дисциплинарные меры, скандалили, унижали больных. К наркологам не обращались — «не удобно было». В результате, повторная госпитализация чаще всего проводилась не вовремя, а в одном случае больной совершил законченный суицид.

Таким образом, наши наблюдения позволяют говорить, что во многих случаях, при диагностике алкоголизма у бывших участников локальных войн, для разработки адекватных лечебно-реабилитационных программ, необходимо исключать наличие посттравматического стрессового расстройства.





МАРТЫНОВ А.Н.

*Главное управление по делам гражданской обороны  
и чрезвычайным ситуациям Кемеровской области*

## ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ СИСТЕМЫ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ И ТЕРРИТОРИИ КУЗБАССА ОТ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ ПРИРОДНОГО И ТЕХНОГЕННОГО ХАРАКТЕРА

Э то, прежде всего, предупреждение аварий, катастроф, стихийных бедствий, а в случае их возникновения — максимальное сокращение времени реагирования на них и эффективное проведение аварийно-спасательных и других неотложных работ. Основное внимание обращается на предупреждение чрезвычайных ситуаций, связанных с пожарами в местах массового пребывания людей, в образовательных учреждениях, на потенциально опасных объектах, а также с терактами и ДТП.

Эффективность реагирования на ЧС во многом зависит от возможностей органов управления ГОЧС. Сегодня в муниципальных образованиях продолжают организационно-штатные мероприятия по созданию единых органов управления, занимающихся решением задач в области ГО, защиты населения и территорий от ЧС и пожарной безопасности.

Не меньшее внимание уделяется обучению руководящего состава всех уровней, специалистов аварийно-спасательных формирований, населения, в т.ч. не занятого в сферах производства и обслуживания, их моральной и психологической подготовке, умелым и осмысленным действиям в чрезвычайных ситуациях.

Еще одно из приоритетных направлений — совершенствование взаимодействия со средствами массовой информации, достоверное и своевременное информирование населения по каналам телевидения, радио, в печати об опасностях чрезвычайных ситуаций, способах выживания при их возникновении и о ходе проведения работ по ликвидации их последствий.

В настоящее время, когда в стране продолжается работа над законами в области защиты населения и территорий от ЧС, пожарной безопасности, спасения людей на водных акваториях, внимание уделяется разработке соответствующих правовых актов на областном и муниципальном уровнях (в соответствии с требованиями Постановления правительства РФ от 31.12.2003 г. № 794), внесению дополнений и изменений в действующие.

Вместе с тем, есть значимая проблема. Существуют большие трудности в создании нормативно-правовой базы, подготовке и проведении организационно-технических мероприятий в сфере безопасности, т.к. до сих пор сохраняется ве-

домственная разобщенность, различные подходы к оценке масштабов ЧС, то есть до сих пор отсутствуют единые критерии отнесения различных аварийных ситуаций к чрезвычайным. Несмотря на то, что постановлением Правительства утверждена классификация ЧС, в каждом ведомстве остаются свои подходы.

Формируются мобильные пожарно-спасательные формирования для решения специальных задач по предупреждению и ликвидации ЧС, в том числе для оперативного реагирования на последствия ДТП, аварий на транспорте и происшествий на водных объектах. Так, в г. Анжеро-Судженске заканчивается обустройство и подготовка личного состава нового, созданного в этом году по инициативе Губернатора, пожарно-спасательного формирования. Особое внимание в последние годы уделяется отбору и улучшению качественного состава кадров. Из многих кандидатов в спасатели на службу принимаются только единицы, те, кто прошел профессиональный, медицинский и психологический отбор.

Опыт спасательных работ показывает, что требования к психологической подготовке самих спасателей, их умениям в этой сфере значительно возрастают из-за необходимости оказания спасенным безотлагательной медико-психологической помощи непосредственно в местах аварийных работ. В этом смысле спасатель первым сталкивается с проблемой оказания такой помощи пострадавшим.

Как следует из замысла Программы подготовки спасателя, обязательные условия успеха ее реализации — наличие соответствующих специалистов и современной учебно-материальной базы. Что касается специалистов, профессиональных психологов, в т.ч. и со значительным опытом практической работы, учитывая масштабы и характер выполняемых за последнее время спасателями работ, то можно говорить о хронической их нехватке.

Вместе с тем, расширение сферы деятельности спасателей в рамках защиты населения требует и определенной систематической подготовки специалистов-психологов. На наш взгляд, лучшим вариантом решения этой проблемы был бы переход на организованную переподготовку наших психологов на базе головных специализированных научных учреждений, лучших учебных центров России. Определенные условия (при наличии финансовых средств) могут быть созданы и в рамках учебного



центра ППС (противопожарной службы). На начальном этапе к работе могли бы привлекаться специалисты местных ВУЗов и медучреждений, в последующем можно было бы опираться на собственные силы, с использованием современной компьютерной техники и соответствующих программ.

Сложнее представляется создание современной учебно-материальной базы психологической подготовки, которая не может быть ограничена компьютерными классами и самыми современными программами. Все необходимые элементы полигонной базы также могут быть размещены на территории УЦ ППС. Поскольку решение обеих вышеперечисленных составляющих — дело весьма затратное и сложное, оптимальный путь — принятие и реализация областной целевой программы.

Еще одно направление, требующее пристального внимания, — совершенствование системы мониторинга и прогнозирования ЧС, повышение эффективности системы сбора, обработки и передачи информации на основе современных технологий. Наибольшую опасность для населения и территории области представляют циклические природные явления и возможные техногенные ЧС на угольных, химически-, пожаро- и взрывоопасных объектах, на линиях магистральных трубопроводов, а также отдельные крупные аварии на железных и автодорогах при перевозке опасных грузов.

В последнее время, реализуя стратегическую политику государства, подразумевающую необходимость заранее выявлять появление опасностей, вырабатывать и согласовывать решения по управлению ими, чрезвычайные службы области много внимания уделяют прогнозированию возникновения и масштабов ЧС. Для этого в Главном управлении по делам ГОЧС создан и функционирует территориальный Центр мониторинга, лабораторного контроля и прогнозирования чрезвычайных ситуаций (ТЦМПЧС). Его специалисты работают в тесном контакте с аналогичными подразделениями территориальных и федеральных органов исполнительной власти.

Взаимодействие осуществляется на основе двусторонних и многосторонних договоров и соглашений, в которых отражены все вопросы представления и обмена информацией о состоянии поднадзорных объектов. Полученная информация, а также статистические данные за прошлые годы, позволяют с достаточно высокой степенью достоверности (до 60 %) прогнозировать возникновение ЧС, особенно природного характера.

Кроме того, эффективное управление риском требует не только внимательного наблюдения за возможностью возникновения и его размером, но также осуществления стратегии минимизации потерь и убытков. Для выполнения такого рода задач на одной системной основе проводится рабо-

та по созданию определенных методик и алгоритмов, которые необходимо апробировать и утвердить в установленном порядке.

Основную роль в обеспечении защиты населения и территорий от ЧС природного и техногенного характера играет Комиссия ЧС области по предупреждению и ликвидации ЧС и обеспечению пожарной безопасности, которую возглавляет 1-й заместитель Губернатора. В соответствии с годовыми планами работы, ежегодно на своих заседаниях она рассматривает вопросы предупреждения ЧС, и принимает меры, направленные на снижение рисков и смягчение их последствий.

#### СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ РАБОТ ПО ЛИКВИДАЦИИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Руководители всех рангов и их подчиненные должны знать и неукоснительно выполнять требования действующего законодательства в области защиты от ЧС. В первую очередь, речь идет о Федеральном законе «О защите населения и территорий от ЧС природного и техногенного характера», Постановлении Правительства РФ № 794 от 31.12.2003 г.

Вторым важнейшим условием надежной защиты территорий и населения от ЧС является организация и обеспечение тесного взаимодействия между потенциально опасными объектами, а также этих объектов с территориальными звеньями РСЧС, получение своевременной информации об угрозах и возникновении ЧС, подготовка сил ликвидации чрезвычайных ситуаций.

При ликвидации последствий ЧС должны быть привлечены профессионалы, независимо от ведомственной принадлежности, владеющие умениями и навыками работы в условиях различных ЧС по разработанным и согласованным алгоритмам действий.

Кроме того, складывающаяся обстановка, в Кузбассе и в целом по стране, опыт ликвидации крупномасштабных ЧС с большими людскими и материальными потерями, диктуют необходимость создания для таких случаев достаточного количества профильных медицинских бригад с участием психиатров, медицинских психологов, психотерапевтов. Укомплектование пожарно-спасательных формирований кадрами, в т.ч. психологами, оснащение их оргтехникой, программными продуктами, психодиагностическими и лечебными приборами, создание и оборудование кабинетов психологической разгрузки.

В то же время, необходимо создать областной медико-психологический реабилитационный Центр для спасателей, что потребует определенной финансовой поддержки со стороны областной администрации и спонсоров.



МИХАЙЛУЦ А.П.

*Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово*

## ТОКСИКО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОПАСНОСТИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ СИТУАЦИЙ С ХИМИЧЕСКИМ ЗАГРЯЗНЕНИЕМ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА И СИСТЕМА МЕР ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ И ЛИКВИДАЦИИ ИХ МЕДИЦИНСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ

Опасность чрезвычайных экологических ситуаций (ЧЭС) с химическим загрязнением атмосферного воздуха определяется риском техногенных аварий и катастроф, токсическими свойствами химических веществ и массой их одномоментного поступления в атмосферу. При этом техногенные аварии и катастрофы относятся к технико-инженерным явлениям, риски которых обусловлены принимаемыми технико-экономическими, техническими и планировочными решениями по размещению и сосредоточению потенциально опасных химических производств, использованию крупногабаритного оборудования большой единичной мощности, по системе мер безопасной эксплуатации объектов, транспортировке сырья и готовой продукции.

Для токсико-гигиенической характеристики ЧЭС с химическим фактором разработана классификация, для которой взяты следующие классифицирующие признаки: масштабы по зоне поражения, поражающие вещества, тяжесть поражения, количество пострадавших. В зависимости от масштаба и зоны поражения, ЧЭС могут возникать в пределах производства, территории предприятия, санитарно-защитной зоны, жилых зон населенного пункта. Поражение людей при ЧЭС может вызываться веществами остронаправленного раздражающе-удушающего действия (хлор, фосген и др.), раздражающего действия (аммиак, гидрохлорид и др.), раздражающего действия с латентным периодом эффектов (азота диоксид, серы триоксид и др.), нейротоксического (формальдегид и др.), общерезорбтивного действия (продукты горения пластмасс, окись этилена и др.). В зависимости от тяжести поражения при ЧЭС с химическим фактором могут наблюдаться физиологический дискомфорт, легкие, средней тяжести, тяжелые формы отравления, смертельные отравления. ЧЭС могут характеризоваться одиночными случаями отравлений, групповыми случаями отравлений, массовыми поражениями людей.

Одним из наиболее информативных показателей вещества, характеризующим возможность создания в атмосферном воздухе поражающих

концентраций и, следовательно, ЧЭС, является коэффициент возможности ингаляционного отравления. Следует также учитывать, что вероятность появления неблагоприятных эффектов у людей зависит от достижения в атмосферном воздухе концентраций, превышающих пороговые концентрации острого действия, и времени воздействия.

В г. Кемерово, вследствие получения, хранения и транспортировки на химических предприятиях значительных масс хлора, аммиака, серной и азотной кислот, формалина и окиси этилена, имеется потенциальная опасность ЧЭС с химическим фактором, при которых, в зависимости от массы и вида названных веществ, поступающих в атмосферу, могут создаваться на расстояниях от места события 0,2-2 км средние смертельные концентрации, на расстояниях 0,8-7,5 км — пороговые концентрации острого действия, на расстояниях 1,3-13 км — концентрации раздражающего действия. При произошедшем в прошлом на одном из предприятий г. Кемерово разливе 2 тонн хлора возникло групповое смертельное отравление работавших в радиусе 250-400 м от места пролива и острые групповые отравления лиц, принимавших участие в ликвидации последствий.

В системе мер по предупреждению отравлений при возникших техногенных авариях и катастрофах целесообразно выделить несколько направлений, включая организационно-технические и медико-профилактические. Среди последних следует обратить внимание на безусловное сохранение здравпунктов и лечебно-профилактических подразделений на объектах, опасных в отношении техногенных аварий с химическим фактором; систематическое обучение медицинского персонала методам диагностики вида отравлений и оказания медицинской помощи, и собственному поведению в зависимости от воздействия вероятных токсикантов; обеспечение медицинского персонала высокоэффективными средствами индивидуальной защиты. При этом необходимо учитывать возможность массовых психозов, неадекватных поведенческих реакций у всех лиц, находящихся в зоне поражения, зна-



---

чительных различий в клинической картине отравлений у лиц, пребывающих в идентичных условиях. Наиболее уязвимыми группами являются лица пожилого возраста, дети и беременные женщины. Из расследования случаев професси-

ональных отравлений, в том числе смертельных, обращали внимание пренебрежение опасностью и появление у пострадавших поведенческих реакций, трудно поддающихся коррекции и убеждениям.





НИКОНОВИЧ С.Д., ДАШКИНА Н.П.  
*МУЗ Городская клиническая станция скорой медицинской помощи,  
Городской отдел медицины катастроф,  
г. Кемерово*

## УПРАВЛЕНИЕ, ОРГАНИЗАЦИЯ И КООРДИНАЦИЯ ДЕЙСТВИЙ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ ГОРОДА КЕМЕРОВО ПРИ «ЧС»

**П**рактика ликвидации медико-санитарных последствий ЧС показывает, что, в основном, они носят локальный и местный характер. Поэтому при проведении лечебно-профилактических мероприятий в чрезвычайных ситуациях важное место отводится службе медицины катастроф городского уровня, силы и средства которых первыми начинают ликвидацию медико-санитарных последствий ЧС.

Служба медицины катастроф (далее СМК) города Кемерово входит в состав службы медицины катастроф Кемеровской области, выполняет свои функции при непосредственном взаимодействии с лечебно-профилактическими учреждениями (далее ЛПУ) города и предназначена для проведения комплекса мероприятий по предупреждению и ликвидации медико-санитарных последствий и медицинского обеспечения населения, пострадавшего в чрезвычайных ситуациях.

В состав СМК города включены управление здравоохранения, станция скорой медицинской помощи с дежурными БСМП и ЛПУ, с созданными на их базе формированиями СМК.

Обеспечение готовности формирований для работы в чрезвычайных ситуациях возложено на руководителей ЛПУ-формирователей.

Скорая медицинская помощь является основой СМК на местном уровне, так как бригады СМП более чем в 99,9 % случаев первыми прибывают на место катастрофы и проводят лечебно-эвакуационные мероприятия при ликвидации ЧС.

В целях совершенствования системы службы медицины катастроф населению г. Кемерово, на базе ГКССМП создан городской отдел медицины катастроф (далее ГОМК). Он выполняет роль штаба службы и предназначен для поддержания в постоянной готовности сил и средств СМК города, организации ликвидации медико-санитарных последствий аварий, катастроф, стихийных бедствий, массовых отравлений и других видов ЧС, а так же для выполнения текущих задач по организации оказания экстренной медицинской помощи населению города Кемерово.

Таким образом, координация управления силами службы медицины катастроф местного уровня осуществляется городским отделом медицины катастроф. Связь поддерживается с управлением

здравоохранения и ЛПУ города по телефонной и факсимильной связи.

Прием информации по чрезвычайным ситуациям ведется круглосуточно через Центральный оперативный отдел ГКССМП дежурным диспетчером и старшим дежурным врачом смены по телефонам «03» и 54-98-79.

Для успешной реализации задач, стоящих перед СМК города, помимо дежурных бригад СМП, используются дополнительно созданные на базе ЛПУ силы службы экстренной медицинской помощи (далее ЭМП): 9 врачебно-сестринских бригад, предназначенных для усиления при необходимости возможностей службы скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе, и 10 бригад специализированных, обеспечивающих оказание квалифицированной и специализированной экстренной медицинской помощи пяти профилей: травматологического, хирургического, токсико-терапевтического, ожогового и инфекционного.

Укомплектованность БЭМП СМК города личным составом составляет 100 %.

Бригады ЭМП постоянной готовности СМК города в повседневном режиме работают для нужд и в соответствии с потребностями ЛПУ-формирователей, а в случае возникновения ЧС используются по распоряжению начальника «УЗ» города.

Городская клиническая станция скорой медицинской помощи в повседневном дежурном режиме работы может одновременно выделить необходимое количество дежурных БСМП (без ущерба для населения города) для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, как служба экстренного реагирования. В район бедствия может быть отправлено сразу 40 БСМП (из них, общего профиля — 22, специализированных — 13, педиатрических — 5), через 1,5 часа — еще три БЭМП ПГ.

Для оказания ЭМП пострадавшим в ЧС, в ЛПУ созданы запасы «НЗ» имущества. В связи с недостаточным финансированием ЛПУ, наличие и размер запаса «НЗ» имущества в ЛПУ составляет от 50 до 100 %.

«НЗ» резерв для пострадавших в ЧС хранится в ЛПУ-формирователях в специальных укладах, определены лица, ответственные за его сохранность.

Запасы «НЗ» резерва могут быть использованы только при возникновении ЧС, выдача его





должна производиться только с разрешения первого руководителя ЛПУ, по согласованию с городским отделом медицины катастроф.

Контроль за наличием, хранением и расходованием финансовых, медицинских и материально-технических ресурсов, их наращиванием осуществляет ЛПУ-формирователь.

Планом-заданием «УЗ» для ЛПУ определено при возникновении ЧС экстренное развертывание приемно-сортировочных отделений и коек для массового приема пострадавших в ЧС пяти профилей: токсико-терапевтических, травматологических, хирургических, ожоговых, инфекционных — всего 2170 коек.

## ПОДГОТОВКА КАДРОВ СМК

Профессиональная подготовка кадров СМК осуществляется в центрах последипломной подготовки специалистов на базе ВЦМК «Защита» МЗ РФ.

На местной базе (в ЛПУ) теоретическая подготовка персонала бригад ЭМП ведется по специальной 24-часовой учебной программе, разработанной организационно-методическим отделом ОЦМК. Практические навыки работы в условиях ЧС отрабатываются персоналом БЭМП на тактико-специальных учениях (ТСУ) и тренировках ежегодно.

## ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СЛУЖБ И ВЕДОМСТВ

Организация мероприятий по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС подразумевает взаимодействие медицинских служб министерств и ведомств, которые могут быть привлечены к ликвидации ЧС.

Для достижения этой цели, ГОМК и медицинские отделы ведомств координируют свою деятельность при планировании, организации и проведении совместных мероприятий по предупреждению и ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, планируют оптимальное использование сил и средств в районах чрезвычайных ситуаций, независимо от ведомственной принадлежности.

В работе сторон используются единые подходы и критерии при прогнозировании и оценке медико-санитарной обстановки при различных ЧС, учитываются реальные возможности медицинских формирований и учреждений.

При режиме повышенной готовности и чрезвычайной ситуации стороны учитывают и согласовывают сложившуюся обстановку, количество пострадавших, организацию медицинского обеспечения пострадавшего населения, организацию эвакуации пострадавших в ЛПУ, вне зависимости от ведомственной принадлежности.

## СИЛЫ И СРЕДСТВА СЛУЖБ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

1. Управление по делам ГО ЧС города.
2. Врачебно-санитарная служба Западно-Сибирской железной дороги, в случае ЧС, представляет 30 коек хирургических и 20 — токсико-терапевтических.
3. Медицинский отдел ГУВД, в случае ЧС, представляет 3 группы ЭМП и 3 группы экстренной психиатрической помощи.
4. Городской ЦСЭН представляет 3 группы эпидемиологической разведки.

## ПЛАНИРОВАНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ

В повседневной деятельности службой медицины катастроф заблаговременно разрабатываются схемы оповещения руководящего и личного состава СМК, планируется организация управления СМК города с медицинскими подразделениями других служб и ведомств, которые могут привлекаться к ликвидации ЧС, организация всех видов медицинской помощи пострадавшему и отселяемому из зоны ЧС населению и личному составу аварийно-спасательных формирований, координируются мероприятия по поддержанию санитарно-эпидемиологического благополучия в зоне ЧС и местах отселения.

Информация об угрозе или возникновении ЧС поступает в ГОМК от старшего дежурного врача ГКССМП.

Уточнение обстановки, которая обусловила введение режима повышенной готовности, производится через оперативного дежурного по ГОЧС города, либо с места возможной ЧС через старшего дежурного врача ГКССМП, который при приеме вызова с места катастрофы (по возможности) держит постоянную связь с вызывающим.

После уточнения складывающейся обстановки, немедленно оповещается начальник управления здравоохранения города.

В район катастрофы высылается оперативная группа, функцию которой обычно выполняет реанимационная бригада СМП, возглавляемая опытным врачом-специалистом.

В соответствии с распоряжением начальника «УЗ» города и в зависимости от условий, вводится в действие «План медико-санитарного обеспечения населения города в ЧС».

Для оперативного оповещения руководящего состава СМК задействуется схема оповещения. В нерабочее время оповещение и сбор руководящего СМК города организуется старшим дежурным врачом ГКССМП.

Руководящий состав и формирования СМК переводятся на режим круглосуточной работы.





Проводится активный сбор информации о медико-санитарной обстановке в зоне катастрофы.

Лечебно-профилактические учреждения города проводят необходимые мероприятия по перепрофилированию коек для приема пострадавшего в ЧС населения.

В зону катастрофы выдвигаются бригады СМП для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС и проведения лечебно-эвакуационных мероприятий.

В районе катастрофы координация мероприятий по ликвидации медико-санитарных пос-

ледствий ЧС возлагается на оперативную группу, возглавляемую высококвалифицированным врачом.

Таким образом, служба медицины катастроф города Кемерово — это централизованная служба, функционально объединяющая медицинские формирования и лечебно-профилактические учреждения города, взаимодействующая с медицинской службой других министерств и ведомств, для организации медико-санитарного обеспечения пострадавшего в чрезвычайных ситуациях населения города.



## ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НАВОДНЕНИИ В Г. КАЛТАН

Организация медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях и катастрофах в последнее время является актуальным направлением здравоохранения.

По данным ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, до 70 % пострадавших явно реагируют на стресс и требуют, в той или иной степени, психологической и психотерапевтической помощи, у 30 % из них развивается посттравматическое стрессовое расстройство.

Столь существенное значение данной патологии привело к необходимости создания специализированных центров психологической и психиатрической помощи при ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского и при МЧС, являющихся организационно-методологическими базами. Приказом МЗ РФ от 24 октября 2002 г. № 325 «О психологической и психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях» регламентирована организация психолого-психиатрической помощи при ЧС на местах.

Приказом департамента охраны здоровья населения от 11.07.2003 г. № 505 в Кемеровской области определена организационная структура для оказания психологической и психиатрической помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях, утверждено Положение о порядке оказания психологической и психиатрической помощи пораженным в ЧС специализированными подразделениями психиатрических учреждений.

Сформированные на основе указанных нормативных документов бригады сотрудников Кемеровской областной клинической психиатрической больницы (КОКПБ), Новокузнецкой городской психиатрической больницы и Калтанской психиатрической больницы приняли участие в оказании психологической и психиатрической помощи пострадавшим от наводнения, произошедшего 16 апреля 2004 г. в г. Калтане (во время наводнения было затоплено 1500 домов, погибло 9 человек).

Бригада психолого-психиатрической помощи КОКПБ направлена в район бедствия на 4-й день. Она состояла из психологов, психотерапевтов, психиатров (всего 7 человек). Перед отправкой бригады со всеми ее членами была проведена консультативная психопрофилактическая работа, направленная на снижение риска развития у них психологических проблем и повышение эффективности оказания помощи пострадав-

шему населению. Упор делался на формирование следующих основных установок:

1. Понимание того, что в существующей аномальной ситуации реакции пострадавших носят нормальный характер.
2. Готовность идти навстречу пострадавшему, установить контакт и оказать помощь.
3. Готовность к тому, что пострадавший может отвергнуть помощь или усомниться в ее необходимости.
4. Способность избежать самоидентификации с переживаниями жертвы, что позволит сохранить объективность и не усугубить у жертвы негативное посттравматическое восприятие действительности.
5. Понимание необходимости отдыха.

Специфика оказания психологической помощи состояла в отсутствии прямого запроса на ее проведение со стороны пострадавших, что было связано как с отсутствием связи, нарушением инфраструктуры, так и с особенностью восприятия самого факта такой помощи пострадавшими, возможностью критической оценки своего состояния в условиях стресса. В связи с этим, была выбрана форма активного посещения пациентов при проведении подворового обхода. Для более широкого охвата пострадавших бригада была разделена на 3 группы, в каждую из которых входили психиатр и психотерапевт либо психолог.

Использовались основные лечебно-диагностические подходы:

1. Приближенность к передовым этапам оказания медицинской помощи.
2. Оперативность — использование методов экспресс-диагностики и лечения.
3. Простота применения отработанных схем и стандартов медикаментозной терапии.
4. Неотложность — оказание помощи в максимально ранние сроки.
5. Этапность, специфичность и индивидуальность — учет возраста, культуральных особенностей, профессиональных и личностных особенностей.

Первоначально в задачу групп входило:

1. Медицинская сортировка пострадавших:
  - представляющие опасность для себя и окружающих, нуждающиеся в мероприятиях 1-й врачебной помощи (психогенные аффективно-шоковые реакции с возбуждением или сту-



пором; состояния с расстроенным сознанием; обострения прежних психических заболеваний; агрессивная и суицидальная настроенность);

- нуждающиеся в экстренной психолого-психиатрической помощи и немедленной госпитализации в психоневрологический стационар;
  - нуждающиеся в оказании стационарной помощи в плановом порядке;
  - нуждающиеся в амбулаторной психолого-психиатрической помощи в психоневрологическом диспансере;
  - нуждающиеся в консультативной помощи, которая могла быть осуществлена непосредственно при обходе, и заключалась в оказании эмпатийной поддержки, облегчении психосоматической симптоматики, в нормализации функций самоконтроля и саморегуляции. Наиболее легкие формы психотических расстройств;
  - пациенты, которые после введения успокаивающих средств, психотерапии и непродолжительного отдыха, могли приступить к трудовой деятельности;
  - лица, имеющие, помимо психического расстройства той или иной выраженности, соматическое заболевание или травму, обуславливающую тяжесть состояния.
2. Оказание психолого-психиатрической помощи в спектре от неотложной (включая медикаментозную) до консультативной непосредственно в зоне поражения во время эвакуации пострадавшего.
  3. Патронаж лиц с психическими расстройствами, находящимися под диспансерным наблюдением.
  4. Психопрофилактическая работа со спасателями.
- За время работы осмотрено 386 пострадавших, из них 152 мужчины (39,4 %) и 234 женщины (60,6 %), возрастная структура представлена на таблице.

**Таблица**  
**Возрастная структура пострадавших**

| Возраст       | Число пострадавших |       |
|---------------|--------------------|-------|
|               | Абс.               | %     |
| до 25 лет     | 40 чел.            | 10,4  |
| 25-40 лет     | 86 чел.            | 22,3  |
| 40-55 лет     | 124 чел.           | 32,1  |
| старше 55 лет | 136 чел.           | 35,2  |
| Всего:        | 386 чел.           | 100,0 |

Практически 60 % осмотренных пострадавших обнаруживали следующие особенности психоэмоционального состояния:

1. Утрата прежних ориентиров и стандартов, растерянность.

2. Затруднения при выработке новых перспектив, планов, целей из-за нарушений когнитивной сферы вследствие стрессового воздействия.

3. Использование архаичных форм психологической защиты для удержания стресса на индивидуально допустимом уровне.

4. Элементы суженного сознания, с нарушением возможности объективной оценки происходящего, нерациональным поведением, искажение шкалы ценностей.

Однако лишь 38 пациентов (10 %) активно оценивали свое психическое самочувствие как неудовлетворительное (пациенты, находящиеся под диспансерным психиатрическим наблюдением не учитывались).

Структура психических расстройств: пограничный (донозологический) уровень психических расстройств определен у 13 человек, невротический — у 18, психотический — у 7 человек.

Жалобы соматического характера выявлены у 210 пациентов (55 %). Жалобы на подъем А/Д отмечали 25 % обследованных, боли в сердце — 13 %, боли в суставах — 10 %, простудные явления — 22 %, легкие травмы — 13 %, обострения хронических заболеваний — 17 % пациентов. У 21 % пациентов, предъявляющих жалобы соматического характера, при более детальном изучении, выявлена их связь с психогенными нервно-психическими расстройствами пограничного уровня. Данным пациентам даны рекомендации по диспансерному наблюдению.

Обследование показало, что наводнение сопровождается высоким уровнем психических расстройств у пострадавших, которые нуждаются как в экстренной помощи, так и в последующем динамическом наблюдении.

Кроме того, работа с пострадавшими выявила необходимость решения широкого спектра вопросов, зачастую напрямую не связанных с психолого-психиатрической помощью. В связи с этим, первоначально поставленные перед бригадой узко специализированные задачи (медицинская сортировка пострадавших, оказание психолого-психиатрической помощи пострадавшим, патронаж лиц с психическими расстройствами, находящимися под диспансерным наблюдением, психопрофилактическая работа со спасателями) были дополнены задачами организационного характера:

1. Оказание консультативной помощи сотрудникам СМИ по психологическим закономерностям восприятия катастроф и чрезвычайных ситуаций в средствах СМИ и последствиях для пострадавших от катастроф.

2. Взаимодействие со службами, принимающими участие в оказании помощи пострадавшим (социальные органы, органы УВД, ор-



---

ганы жилищно-коммунального хозяйства, спасатели).

3. Сопровождение оказания гуманитарной помощи (т.к. психические расстройства могут препятствовать рациональной оценке нужды в такой помощи).
4. Выработка рекомендаций по динамическому психолого-психиатрическому наблюдению на отдаленных этапах лиц, перенес-

ших выраженное стрессовое состояние (как пострадавших, так и не понесших непосредственного урона), и включение их в общую гуманитарную программу помощи территории.

Ориентирование наших специалистов на решение такого широкого спектра задач будет учтено при дальнейшей подготовке бригады психолого-психиатрической помощи.





НОВИКОВ В.Э., ГОРДЕЕВ В.А., ВЬЮШКОВА Н.В., ПАВЛОВ П.В.  
*Областная клиническая психиатрическая больница,  
г. Кемерово*

## НЕКОТОРЫЕ ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ НА УГРОЗУ ЗЕМЛЕТРЯСЕНИЯ

Ожидание возможного стихийного бедствия оказывает зачастую не менее стрессогенное воздействие, чем последствие самого бедствия. Еще в 1928 г. в монографии Л.Я. Брусиловского, Н.П. Бруханского и Т.Е. Сегалова «Землетрясение в Крыму и невропсихический травматизм» был сделан вывод, что в формировании реактивных состояний имеет значение не только «невропсихическая травма» от пережитого (толчки, образование трещин в зданиях, их разрушение, человеческие жертвы и т.п.), но и «постоянное напряжение, тоскливое, боязливое ожидание предстоящего».

Психо-эмоциональные реакции индивида, по мере развития стихийного бедствия, условно разделяют (Ракель Коэн, 2000):

- фаза угрозы,
- фаза непосредственного воздействия,
- фаза ответных реакций,
- фаза близких последствий,
- фаза отдаленных последствий.

Преодоление или приумножение последствий стресса, наступающего в период фазы угрозы, возможно посредством таких психологических механизмов, как изменение, подмена, устранение причины, вызвавшей стресс; изменение субъективной значимости стресс-фактора в плане содержания и степени угрозы; манипуляция эмоциональным восприятием последствий, с покорным принятием происшедшего. В период землетрясения в Алтайском Крае и наблюдавшейся в это время повышенной сейсмоактивностью в Кемеровской области 4 и 5 октября, на телефоне «прямая линия» Главного управления по ГО и ЧС по г. Кемерово дежурили психологи Кемеровской областной клинической психиатрической больницы. Анализ звонков, поступивших от населения, показал следующее:

- в основной массе (85 человек или 60 %) население спокойно и рационально отнеслось к незначительным колебаниям; звонившие задавали вопрос о сейсмической обстановке и ее прогнозе на ближайшее будущее;
- в то же время, около 30 % (42 человека) нуждались в консультации психолога.

Наиболее многочисленными из обратившихся за помощью психолога, оказались следующие социальные группы:

*Женщины пожилого возраста* — 1-я группа — 22 %. Для этой группы наиболее типичными

(65 % обратившиеся) были жалобы соматического характера (повышение А/Д, головокружение, тошнота и т.д.). Наиболее типичными психологическими реакциями в этой группе были:

- *Соматопсихические нарушения* — одна из обратившихся интересовалась, нет ли в настоящий момент землетрясения, т.к. во время предыдущего толчка у нее отмечались подъем А/Д и тошнота, сейчас вновь возникло подобное соматическое состояние и опасения, не началось ли землетрясение;

- *Тревога* (пограничный уровень), желание выговориться, необходимость сопереживания — как правило, это одинокие женщины («Я понимаю, что сильного землетрясения не будет... Просто мне нужно было, чтобы меня выслушали, вот мы поговорили и мне спокойнее...»);

- *Паника* — в обращении нет цели получения информации, нет потребности в сопереживании, получении помощи; высказывания не всегда последовательны, эмоциональны, экспрессивны («Вы должны мне сказать правду, я понимаю, что вам запретили.... Кто будет нас спасать? Нет, вы обязаны мне сказать, нас наверно должны вывезти? Почему Вы ничего не делаете?»)

*Женщины с детьми до 15 лет* (бабушки и мамы детей) — 2-я группа — 40 %. Практически 70 % высказывали различного рода опасения, тревогу за детей. Превалирующими психологическими реакциями в этой группе были:

- *Тревога за близких* — у некоторых обратившихся эта реакция проявлялась не совсем обычно, так, 3 женщины высказывали опасения за детей, находящихся в различных учебных заведениях, но не в связи с самим землетрясением, а с тем, что «...их выведут раздетыми и она (внучка) простудится...», «...там будет суматоха и он все свои вещи потеряет...», «...их куда-нибудь увезут, а как мы искать будем...»;

- *Сверхмобилизация* — постоянное напряжение, опасение, что в нужный момент не будет «на чеку», запрет на сон;

- *Мобилизующая тревога* — полностью контролировали свое поведение, стремились получить практически значимую информацию, рационально оценивали происходящее; при этом охотно восприняли помощь психолога, поделились своими ощущениями, эмоциями.



При консультативной работе с обратившимися за психологической помощью применялись основные функциональные блоки:

- определение эмоционального состояния обратившегося;
- выявление позитивных и негативных механизмов реагирования на стресс;
- оценка личностных, социальных ресурсов преодоления стресса;
- установление механизмов преодоления стресса, используемых индивидом ранее;
- рекомендации по преодолению психологических и медицинских проблем;
- установка на деятельное преодоление последствий стресса, структурное восстановление повседневной деятельности и формирование краткосрочных и долгосрочных ориентиров.

В заключение хотелось бы отметить, что работа психологов, психотерапевтов, как консультативная, так и информационная, особенно в период угрозы каких-либо катаклизмов, чрезвычайно важна и является составной частью единого информационного обеспечения. Не существует иного способа овладения сознанием масс в острый период, кроме информационного. При этом целесообразно использовать такие информационные направления, как:

- а) информация, связанная с бытовым разрешением возникших проблем;
- б) информация об обслуживающих ситуацию специалистах — врачах, психологах, юристах, администраторах и т.д.;
- в) поддерживающая психологическая, специально организованная, информация.







НОВИЦКАЯ М.С.

МУ Комплексный центр социального обслуживания населения Рудничного района,  
г. Кемерово

## ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ САМООТНОШЕНИЯ И САМОВОСПРИЯТИЯ ЛИЧНОСТИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ СТРЕССОВОМ РАССТРОЙСТВЕ

Одним из важнейших отношений социального и психологического бытия человека является его отношение к самому себе, к собственной личности. Ни одно из проявлений человека, как сознательного субъекта, ни одно из его отношений к окружающему миру и другим людям не обходятся без включения в эти процессы его отношения к самому себе.

Каждое из этих внешних событий имеет и свою внутреннюю сторону; объективное, внешнее изменение взаимоотношений человека с окружающими, отражаясь в его сознании, изменяет и внутреннее, психическое состояние человека, перестраивает его сознание, его внутреннее отношение к другим людям и к самому себе.

Это отношение может быть позитивным («Я»-условие, способствующее самореализации), негативным («Я»-условие, препятствующее самореализации) и конфликтным («Я»-условие, в одно и то же время способствующее и препятствующее самореализации). Вступая в сознание субъекта, отношение к себе семантически оформляется (когнитивная составляющая) и переживается (эмоциональная составляющая). Для обозначения психологического феномена отношения к самому себе применяется термин «самоотношение».

Наиболее общим образованием структуры самоотношения является недифференцированное общее чувство «за» или «против» своего «Я», являющееся суммой позитивных и негативных компонентов по трем эмоциональным осям (уважение, симпатия, близость).

Конкретная социальная ситуация развития оказывает определяющее влияние на содержание и структуру самоотношения в явной или косвенной форме.

В отечественной психологии структура самоотношения личности описана С.Р. Пантелеевым и включает в себя 9 компонентов: закрытость-открытость личности для самой себя, самоуверенность, саморуководство, отраженное самоотношение, самооценочность, самопринятие, самопривязанность, внутренняя конфликтность и самообвинение. Также им разработан диагностический опросник для измерения и оценки данных параметров самоотношения личности.

В нашей работе пойдет речь об изменениях самоотношения личности, пережившей психическую травму.

Посттравматический стресс (ПТС) — это не только наличие травмирующего события в прошлом. Такое событие — только часть общей картины, внешнее обстоятельство, которое сыграло свою роль в болезненном процессе. Другая сторона посттравматического стресса относится к внутреннему миру личности и связана с реакцией человека на пережитые события. Говоря о посттравматическом стрессе, мы имеем в виду, что человек пережил одно или несколько травмирующих событий, которые глубоко затронули его психику. Эти события так резко отличаются от всего предыдущего опыта или причиняли настолько сильные страдания, что человек ответил на них бурной отрицательной реакцией. К числу этих событий относятся и различные техногенные, а также природные катаклизмы, которые человеку пришлось пережить.

Когда у человека нет возможности разрядить внутреннее напряжение, его тело и психика находят способ как-то примениться к этому напряжению. В этом, в принципе, и состоит механизм посттравматического стресса. Его симптомы на самом деле не что иное, как глубоко укоренившиеся способы поведения, связанные с экстремальными событиями в прошлом. При ПТС наблюдаются следующие клинические симптомы.

*Немотивированная бдительность.* Человек пристально следит за всем, что происходит вокруг, словно ему постоянно угрожает опасность.

*Взрывная реакция.* При малейшей неожиданности человек делает стремительные движения.

*Притупленность эмоций.* Бывает, что человек полностью или частично утратил способность к эмоциональным проявлениям. Ему трудно устанавливать близкие и дружеские связи с окружающими, ему недоступны радость, любовь, творческий подъем, игривость и спонтанность.

*Агрессивность.* Встречается психическая, эмоциональная и вербальная агрессивность. Попросту говоря, человек склонен применять силовое давление на окружающих всякий раз, когда хочет добиться своего, даже если цель не является жизненно важной.

*Нарушения памяти и концентрации внимания.* Человек испытывает трудности, когда требуется сосредоточиться или что-то вспомнить, по



крайней мере, такие трудности возникают при определенных, стрессовых, обстоятельствах.

**Депрессия.** В состоянии посттравматического стресса депрессия достигает самых темных и беспросветных глубин человеческого отчаяния, когда кажется, что все бессмысленно и бесполезно. Этому чувству депрессии сопутствуют нервное истощение, апатия и отрицательное отношение к жизни.

**Общая тревожность.** Проявляется на физиологическом уровне, в психической сфере, в эмоциональных переживаниях.

**Приступы ярости.** Не приливы умеренного гнева, а именно взрывы ярости, по силе подобные извержению вулкана.

**Злоупотребление наркотическими и лекарственными веществами.** В попытке снизить интенсивность посттравматических симптомов многие употребляют алкоголь и другие наркотические вещества.

**Непрошенные воспоминания.** Пожалуй, это наиболее важный симптом, дающий право говорить о присутствии посттравматического стресса. В памяти пациента внезапно всплывают жуткие, безобразные сцены, связанные с травмирующим событием. Эти воспоминания могут возникать как во сне, так и во время бодрствования.

**Галлюцинаторные переживания.** Это особая разновидность непрошенных воспоминаний о травмирующих событиях, с той разницей, что при галлюцинаторном переживании память о случившемся выступает настолько ярко, что события текущего момента как бы отходят на второй план и кажутся менее реальными, чем воспоминания. В этом «галлюцинаторном», отрешенном состоянии человек ведет себя так, словно он снова переживает прошлое травмирующее событие; он действует, думает и чувствует так же, как в тот момент, когда ему пришлось спасать свою жизнь.

**Бессонница** (трудности с засыпанием и прерывистый сон). Когда человека посещают ночные кошмары, есть основания считать, что он сам невольно противится засыпанию, и именно в этом причина его бессонницы: человек боится заснуть и вновь увидеть это. Регулярное недосыпание, приводящее к крайнему нервному истощению, дополняет картину симптомов посттравматического стресса. Бессонница также бывает вызвана высоким уровнем тревожности, неспособностью расслабиться, а также непроходящим чувством физической или душевной боли.

**Мысли о самоубийстве.** Пациент постоянно думает о самоубийстве или планирует какие-либо действия, которые, в конечном итоге, должны привести его к смерти. Когда жизнь представляется более пугающей и болезненной, чем смерть, мысль покончить со всеми страданиями может показаться заманчивой. Когда человек доходит

до той грани отчаяния, где не видно никаких способов поправить свое положение, он начинает размышлять о самоубийстве.

**Вина выжившего.** Чувство вины из-за того, что выжил в тяжелых испытаниях, стоивших жизни другим, нередко присуще тем, кто страдает от «эмоциональной глухоты» (неспособности пережить радость, любовь, сострадание и т.д.) со времени травмирующих событий. Многие жертвы посттравматического стресса готовы на что угодно, лишь бы избежать напоминания о трагедии, о гибели близких людей. Сильное чувство вины иногда провоцирует приступы самоуничтожительного поведения.

Именно последний симптом является ярким свидетельством нарушения нормы самоотношения и самовосприимчивости.

Для коррекции нарушений самоотношения успешно используются методы арт-терапевтического воздействия (терапия выражением психологических переживаний через создание продуктов творчества).

Применение арт-терапевтических методов в коррекционной психологической работе позволяет получить следующие позитивные результаты:

- обеспечивает эффективное эмоциональное реагирование, придает ему (даже в случае агрессивного проявления) социально приемлемые, допустимые формы;
- облегчает процесс коммуникации для замкнутых, стеснительных или слабо ориентированных на общение клиентов;
- дает возможность невербального контакта (опосредованного продуктом арт-терапии), способствует преодолению коммуникативных барьеров и психологических защит;
- создает благоприятные условия для развития произвольности и способности к саморегуляции; эти условия обеспечиваются за счет того, что изобразительная деятельность требует планирования и регуляции деятельности на пути достижения целей;
- оказывает дополнительное влияние на осознание клиентом своих чувств, переживаний и эмоциональных состояний, создает предпосылки для регуляции эмоциональных состояний и реакций;
- существенно повышает личностную ценность, содействует формированию позитивной «Я-концепции» и повышению уверенности в себе за счет социального признания ценности продукта, созданного клиентом.

В муниципальном учреждении «Комплексный центр социального обслуживания населения Рудничного района г. Кемерово», для коррекции посттравматических стрессовых расстройств, успешно применяются такие арт-терапевтические методы, как рисуночные техники выражения не-



гативных эмоциональных состояний, анализ травмирующих воспоминаний посредством коллажей и аппликаций, позитивное проектирование будущего через использование пластических видов творчества, эмоциональное отреагирование комплекса вины выжившего через техники про-  
зопоэтического переструктурирования смысла травматической ситуации.

Также для отработки негативных переживаний, связанных с психотравмой, в комплексе с арт-терапией применяются классические психокоррекционные методики. В случаях наличия переживания тяжелой утраты используется специально разработанная в МУ КЦСОН Рудничного района модель психологической помощи данной категории граждан.





НОХРИНА Л.Я., ПЛАТОНОВ Д.Г.  
Областная клиническая психиатрическая больница,  
г. Кемерово

## ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО – ДИАГНОЗ «ФАНТОМ»

Нами было проанализировано 17 историй болезни пациентов, направленных врачами общей практики в отделение неврозов с диагнозом: «Посттравматическое стрессовое расстройство» за последние 3 года. Во всех случаях обращение в отделение неврозов было первичным. Длительность психопатологических расстройств не превышала 6 месяцев. Во всех случаях ухудшение состояния больных по времени было связано с боевыми действиями, смертью близкого человека, разводом, неожиданным увольнением с работы, и сами больные называли вышеупомянутые события в качестве причины их болезненного состояния. Однако в дальнейшем возникли большие трудности с квалификацией их состояния в соответствии с критериями вышеупомянутого диагноза согласно МКБ-10.

Критерии ПТСР в МКБ-10 определены следующим образом:

- больной должен быть подвержен воздействию стрессорного события или ситуации (как краткому, так и длительному) исключительно угрожающего или катастрофического характера, что способно вызвать общий дистресс почти у любого индивидуума;
- стойкие воспоминания или «оживление» стрессора в навязчивых реминисценциях, ярких воспоминаниях или повторяющихся снах, либо повторное переживание горя при воздействии ситуаций, напоминающих или ассоциирующихся со стрессором;
- больной должен обнаруживать фактическое избегание или стремление избежать обстоятельств, напоминающих либо ассоциирующихся со стрессором;
- любое из двух: психогенная амнезия, либо частичная, либо полная, в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора;
- стойкие симптомы повышения психологической чувствительности или возбудимости (не наблюдавшиеся до действия стрессора), представленные любыми двумя из следующих: затруднения засыпания или сохранения сна; раздражительность или вспышки гнева; затруднения концентрации внимания; повышения уровня бодрствования; усиленный рефлекс четверохолмия [1].

Клиническая картина у наших пациентов была представлена тревожно-ипохондрическими проявлениями в виде ощущения сердцебиений,

невозможности расслабиться, беспокойства за свое здоровье, склонности к интерпретации любых ощущений, как проявлений какой-нибудь неизвестной и недиагностированной у них болезни. Психотравмирующая ситуация была подавляема больными эмоционально окрашена, представляя их в роли «жертвы». «Непереносимость» событий представляла в описании больных в виде возникновения у них «какой-то тяжелой болезни», «вызванной» этими событиями. Больные полагали, что теперь имеют право на различные послабления на работе, которые могли бы «компенсировать» им перенесенные страдания.

Причем, более внимательный сбор анамнестических сведений зачастую выявлял данные, которые позволяли отвергнуть событие катастрофического содержания, как психотравмирующее для данного больного.

Так, *пациент Ф., 43 лет, горнорабочий. Поступил в отделение неврозов с жалобами на неприятные ощущения во всем теле колющего и ноющего характера, нарушения сна (трудности засыпания), подавленное настроение, более характерное для первой половины дня, беспокойство по поводу своего здоровья, недоверие к результатам обследований врачей-соматологов, направивших его в отделение неврозов с предварительным диагнозом ПТСР из-за того, что на участке шахты, где больной работал, произошел взрыв, во время которого погибло большое количество шахтеров. Однако в ходе беседы удалось выяснить, что на этом участке больной работал за три года до взрыва, а затем перешел на другой участок, территориально настолько удаленный от первого, что больной ездил туда другим автобусом. А во время самого взрыва находился в отпуске и о событии узнал только через 4 дня после того, как оно произошло. После уточнения этих обстоятельств, больной перестал упоминать о взрыве на шахте, как о психотравмирующем факторе.*

Кроме того, в ходе лечения и бесед с больными для многих из них выяснялись новые обстоятельства, не упомянутые ими при первой беседе. Причем, именно эти обстоятельства и несли для больных реальное психотравмирующее содержание.

Например, *пациентка К., 32 лет, работник МВД. Имела несколько командировок в Чечню, после последней из которых цеховым терапев-*



том она и была направлена в отделение неврозов с предварительным диагнозом ПТСР и с жалобами на подавленное настроение, потерю интереса к жизни, сложности в сосредоточении внимания, расстройства сна (трудности засыпания и частые ночные пробуждения). Кроме того, больная жаловалась на головные боли сдавливающего характера: «как обручем голову охватывает». Во время первой беседы в отделении больная много и охотно рассказывала о трудностях командировок в Чечню, о пережитых ею лишениях, говорила, что постоянно вспоминает об этом. Однако речь ее была оживленной, мимика живой, она легко меняла тему разговора, пыталась шутить и кокетничать с врачом. В дальнейшем с больной проводились дополнительные беседы, во время одной из которых удалось выяснить, что на работе (в Кемерово) сослуживица «оклеветала» больную перед ее начальницей, что имело для нее неприятные карьерные и материальные последствия. Как только больная рассказала об этом, изменилась и клиническая картина ее состояния: она стала гораздо более капризной, изменения в ее состоянии приобрели четкую зависимость от того, как развивалось «ее дело». При ухудшении, реальном, вероятном или даже воображаемом, ее перспектив на то, чтобы добиться «справедливости», больная начинала плакать, высказывала суицидальные мысли шантажного характера, требовала к себе повышенного внимания как медицинского персонала, так и соседей по палате. За все дальнейшее время пребывания в отделении больная ни разу больше не упомянула о командировках в Чечню и после наказания ее обидчицы (о котором больная торжественно рассказала в отделении) состояние ее улучшилось и она попросила выписать ее из отделения.

Таким образом, можно констатировать, что за три года в отделении неврозов Кемеровской областной клинической психиатрической больницы диагноз «Посттравматическое стрессовое расстройство» не был верифицирован ни разу.

Психогенная ситуация катастрофического характера использовалась больными (чаще неосознанно), как повод для изменения тем или иным образом неудовлетворительно сложившихся обстоятельств. В большом числе случаев такие действия больных оказывались успешными в силу экстремального характера восприятия окружающих их людьми тех самых катастрофических событий. Ранее нами [2] была предпринята классификация аффективных расстройств невротического уровня, в зависимости от способа реализации больными вытесненных агрессивных проявлений. Подобная группа пациентов может быть отнесена к экспрессивной группе реализации агрессии, манипулятивной ее подгруппе, где манипуляция происходит не посредством болезненных проявлений, а с использованием психогенно изменившейся окружающей обстановки.

Эти выводы подтверждаются крайней трудностью курации таких больных. Они не склонны сотрудничать с психотерапевтом и состояние их улучшается, главным образом, при достижении ими удовлетворительной для них цели.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Тарабрина, Н. Экстремальная психология. Критерии диагностики ПТСР /Тарабрина Н. //www: psychology.net.ru/articles/20030127105643.html. – 2003.
2. Платонов, Д.Г. Клинико-патогенетические механизмы, лечение и превенция аффективных расстройств невротического уровня /Платонов Д.Г.:Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2004. – 24 с.





ОСУХОВА Н.Г.

*Российский государственный социальный университет,  
г. Москва*

## МОДЕЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЛИЧНОСТИ, ПЕРЕЖИВШЕЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНУЮ СИТУАЦИЮ

**В** центре нашего сообщения — разработка модели психологического сопровождения личности, пережившей чрезвычайную ситуацию.

Сразу обозначим свои методологические позиции. Разрабатывая стратегию и тактику психологической помощи людям, пережившим чрезвычайную ситуацию, мы исходим из представления о субъективном образе мира человека, который А.Н. Леонтьев объявил «ядерным образованием самосознания», а Д.А. Леонтьев уточнил: в нем наиболее полно представлен «мир в человеке и человек в мире». Наше понимание субъективного образа мира близко к понятию «миф» в том культурологическом смысле, который приобрел этот термин сегодня (Э. Кассирер, С. Криппнер, А. Лобок и др.). Это индивидуальный миф человека о себе, других людях, жизненном мире во времени его жизни, целостное психическое образование, которое существует на когнитивном и образно-эмоциональном уровне. В качестве его центрального компонента выступает «образ Я» — система представлений и отношений человека к себе (и всему, что человек считает своим) во времени жизни. В качестве других выступают образ другого человека (близкого и дальнего), образ мира в целом и психологическое время личности. Субъективный образ мира, как личностный миф человека, служит внутренней основой для его самоидентификации, регуляции поведения и осуществления жизненных выборов; он обеспечивает глубинное чувство онтологической уверенности или неуверенности в мире и «спасает» человека от потенциального сумасшествия перед лицом мира, который открывается ему как всевозможностный» (Лобок, 1997).

Прохождение человека через чрезвычайную ситуацию, где он пребывает в роли жертвы, приводит к нарушению содержания структурных компонентов образа мира, а нередко и к его полному разрушению («слому»). Разрушения столь глубоки, что касаются действия двуединого базового механизма бытия и развития личности «идентификация-обособление» (Мушина, 1987): «включается» крайняя негативная форма обособления, -отчуждение (от себя, других, мира), и вся активность приобретает защитный характер. Это могут быть: а) отчуждение от людей и агрессивная активность, направленная на преодоление препятствия любой ценой; б) отчуждение от себя и своих ресурсов,

поиск «спасителя»; в) пассивное, обороняющееся поведение (уход). У всех описанных типов непременно обнаруживаются деформации основных компонентов образа мира.

Эти особенности определяют задачи и психологическое содержание работы с людьми, пострадавшими в чрезвычайной ситуации. Если нарушение или слом произошли, необходима длительная реабилитационная работа по восстановлению разорванных связей человека с самим собой и другими людьми, а также связи прошлого, настоящего и будущего. Результатом такой перестройки является новый образ мира и себя в нем. Итак, прежде всего, «возрождение из боли», т.е. реанимация заблокированных ресурсов развития, затем реконструкция содержания основных структурных звеньев субъективного образа мира и овладение новыми, более продуктивными моделями поведения.

Известны четыре основных модели взаимодействия терапевта и пациента при преодолении кризисных ситуаций: 1) «моральная»; 2) «компенсаторная»; 3) «просветительская»; 4) «медицинская». Эти модели различаются, прежде всего, позицией клиента в процессе.

1. «Моральная» модель. Вербально позицию клиента можно выразить словами: «Я слаб, но я готов сам решать свои проблемы. Другие должны лишь подбодрить и поддержать меня». Гуманистические и экзистенциальные психологи, работающие в данной модели, поощряют человека быть равнодушным к собственной жизни, стимулируют его активность и ответственность.
2. «Компенсаторная» модель наиболее явно представлена в бихевиоризме и НЛП. Позиция клиента такова: «Я — жертва. Со мной произошли события, не зависящие от меня. Научите меня, как с ними справиться, и я тоже буду что-то делать сам».
3. «Просветительская» модель (ее можно увидеть в работе «анонимных алкоголиков»). Позиция клиента очень напоминает позицию провинившегося ребенка: «Я сам виноват в том, что со мной произошло. Другие должны направлять меня, контролировать, говорить, что делать».
4. «Медицинская» модель представлена в психологии психоанализом. Позиция клиента здесь такова: «Я слаб и не несу ответственности за то, что случилось... спасите меня».





При оказании психологической помощи тем, кто пережил чрезвычайную ситуацию, ни одна из этих моделей не работает. Хотя бы потому, что все они предполагают добровольное обращение к психологу и наличие хотя бы минимального запроса (а это несовместимо с чрезвычайной ситуацией).

Необходима особая модель психологической помощи — психологическое сопровождение (Волосников, 1999; Мухина, 1995; Осухова, 2000; Слюсарев, 1992). Психологическое сопровождение — это специально организованный процесс, направленный на создание «переходного пространства», — безопасных условий, где становится возможным выход из негативного отчуждения (от себя, других людей, мира в целом), реконструкция субъективного образа мира человека и восстановление его связей с самим собой, миром людей и обществом. Сопровождение осуществляется на всех этапах перехода от старого, искаженного (или распавшегося) образа мира к новому. Специалист выполняет здесь функцию посредника между человеком и миром.

Осмысливая свой опыт психологического сопровождения людей, переживших чрезвычайные ситуации, и соотнося его с данными научной литературы, мы выделили следующие этапы психологического сопровождения:

1. Создание безопасного пространства, обеспечивающего:
  - а) чувство безопасности в физическом пространстве бытия;
  - б) доверие к специалисту по сопровождению (психологическая безопасность).
2. Работа по возрождению чувств и отреагированию травматического опыта, пробуждаю-

щая у человека желание жить и веру в возможность позитивного будущего.

3. Работа с разрушительными чувствами (в частности, агрессивными). Результатом становится «расчистка» внутреннего пространства.
4. Принятие и укрепление своего «Я»:
  - а) принятие ценности себя и своей жизни (позиция «Я — ценность, доверенная самому себе»);
  - б) осознание себя не частью семьи или группы, а необходимой частью жизни.
5. Расширение внешнего пространства. Изменение отношений к окружающим людям (позиция «Я — один из людей») и способов взаимодействия с ними.
6. Освоение новых жизненных ролей и моделей поведения. Обретение уверенности в своих силах.
7. Готовность к переменам за пределами переходного пространства, в реальной жизни.

Мы понимаем, что это лишь общая модель динамики психологического сопровождения человека, пережившего чрезвычайную ситуацию. Она задает определенную рамку для частных исследований и создания конкретных программ психологической помощи. На ее основе нами были разработаны программы психологического сопровождения, которые подтвердили свою эффективность при апробации. Таковы программы психологической адаптации военнослужащих, уволенных в запас и отставку (Осухова, Скороходова, Шадура, 1999), социально-психологического сопровождения женщин, пострадавших от семейного насилия (Осухова, Малолетняя, 2000), а также реабилитации подростков, эвакуированных из зоны боевых действий в Чеченской республике (Осухова, Шадура, 2002).





ПЛАТОНОВ Д.Г., НОХРИНА Л.Я.  
*Областная клиническая психиатрическая больница,  
г. Кемерово*

## ЗЕМЛЕТРЯСЕНИЕ 27 СЕНТЯБРЯ 2003 ГОДА В КУЗБАССЕ И ЕГО «НЕВРОТИЧЕСКИЕ» ПОСЛЕДСТВИЯ

Землетрясение в Кемеровской области произошло 27 сентября 2003 года. Какой же оказалась клиническая картина и психологические особенности болезненных состояний, непосредственным поводом возникновения которых явилось это стихийное явление? За прошедший год через отделение неврозов Кемеровской областной клинической психиатрической больницы прошли 28 пациентов, ухудшение состояния которых связано либо с самим землетрясением, либо с факторами, ему сопутствующими.

Все пациенты обратились впервые. Основная масса этих больных (21 человек или 75 %) обратились за помощью к психотерапевтам в первые четыре месяца после произошедших событий. 8 больных (25 %) обратились значительно позже — по прошествии 6-8 месяцев. Женщин было 24 человека (85,7 %), мужчин — 4 человека (14,3 %). Каких-то особенностей образовательного уровня и профессиональной принадлежности пациентов выявить не удалось. Были определены следующие диагнозы: Фобическое тревожное расстройство неуточненное (F-40.9), Паническое расстройство (F-41.0), Острая реакция на стресс (F-43.0), Смешанная тревожная и депрессивная реакция (F-43.22), Диссоциативные расстройства, в том числе Диссоциативное расстройство моторики (F-44.4), Соматизированное расстройство (F-45.0), Ипохондрическое расстройство (F-45.2).

Столь значительный полиморфизм в отношении нозологической принадлежности отмеченных расстройств позволил нам сделать лишь одно закономерное наблюдение: чем больше времени проходило с момента землетрясения до момента обращения в отделение неврозов, тем в более тяжелые и затяжные нозологические формы облекалось страдание пациентов (смешанная тревожная и депрессивная реакция и ипохондрическое расстройство).

Клиническая картина во время поступления в отделение была гораздо более однородной и охватывала собой большой спектр тревожных проявлений в виде тревожных предчувствий и опасений, фиксации мыслительной деятельности на психотравмирующем факторе (особенно эту фиксацию провоцировало постоянное и, в то же время, неожиданное прерывание службами ЧС радио и телевизионных передач для сообщения сейсмической обстановки в области). Больные

жаловались на постоянное ощущение «качки», чувство, что «земля проваливается у них под ногами». К этому присоединялось ощущение сердцебиений, тахикардия, сопровождавшиеся паническим страхом за свою жизнь, чувством нехватки воздуха, болями в области сердца и в других частях тела. Кроме того, имели место диссомнические расстройства в виде затруднения засыпания, причем как в связи с боязнью уснуть и «пропустить» возобновление землетрясения, так и без конкретных страхов и опасений.

С самого начала лечения больные были склонны к длительному обсуждению самой темы землетрясения, других стихийных бедствий, высказывали здравые взгляды на сейсмическую обстановку в Кузбассе, проявляли на словах критику к своему поведению во время землетрясения. Однако, рациональная психотерапия была крайне малоэффективна в отношении болезненной симптоматики, и намечавшееся улучшение вскоре трансформировалось посредством присоединения депрессивных проявлений в виде неуверенности в себе, в своей дальнейшей жизни, сниженного фона настроения, ограничения физической подвижности: больные большую часть времени проводили в постели и круг их общения ограничивался непосредственными соседями по палате.

И только присоединение к лечению психотерапевтических методов, в значительной мере использующих те или иные степени измененного состояния сознания, приводили к улучшению состояния больных. На этом этапе большую эффективность демонстрировало назначение пациентам ноотропной терапии и вазоактивных препаратов. Причем, анксиолитики в различной дозировке применялись на протяжении всего периода лечения, а так же назначались пациентам после выписки для самостоятельного амбулаторного лечения.

Следует отметить, что катамнестические сведения дают картину очень хороших результатов лечения, хотя в большинстве случаев катамнез не превышает одного года.

Хотелось бы проанализировать некоторые аспекты «невротических» последствий землетрясения 2003 года в Кузбассе. Нельзя не отметить, что, при сравнительно слабых сейсмических проявлениях, клинические проявления были весьма значительные, стойкие, полиморфные, склонные к хронизации процесса. Причем настолько, что в плане дифференциальной диагностики постоян-



но присутствовало Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

А в отношении лечения данные болезненные состояния требовали применения «трансвых» психотерапевтических методик, что говорит о более глубоких бессознательных переживаниях и формировании малоэффективных психологических защит. Хорошо известно [2], что при формировании «слома адаптации» [3] с человеком должно произойти нечто, что он считает принципиально *невозможным* либо для той среды, в которой он обитает, либо для тех моральных принципов, которые исповедуются людьми вокруг него [4]. Здесь можно отметить, что землетрясение — стихийное бедствие, крайне мало характерное для Кузбасса, особенно его северной части (а все прошедшие через отделение неврозов больные были именно из северных районов Кемеровской области). Таким образом, для людей землетрясение становится *невозмож-*

*ным*, и когда оно все-таки происходит, пусть даже сравнительно несильное, именно эта бессознательно зафиксированная *невозможность* приводит к «адаптационному слоуму» и формирует столь непростую клиническую картину расстройств, описанных выше.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Международная классификация болезней (10-й пересмотр) Классификация психических и поведенческих расстройств. — СПб., 1994. — 303 с.
2. Смирнов, А.В. Последствия перенесенного стресса у лиц, потерявших близких /Смирнов А.В. //Актуальные вопросы клинической и социальной психиатрии. Под ред. О.В. Лиманкина и В.И. Крылова. — СПб., 1999. — С. 161-169.
3. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства /Александровский Ю.А. — М., 2000. — 494 с.
4. Ялом, И.Д. Экзистенциальная психотерапия /Ялом И.Д. — М., 1999. — 576 с.





ПОЛЯК Л.М., ЗУБАРЕВА В.А.

*Кузбасский государственный технический университет,  
ФГУП Российский научно-исследовательский институт горноспасательного дела,  
г. Кемерово*

## ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ ГОРНОСПАСАТЕЛЕЙ

**А**нализ аварийности показывают, что одной из причин осложнения и, как следствие, тяжких последствий аварий является недостаточная подготовленность к действиям в условиях чрезвычайных ситуаций не только подземных трудящихся, но и горноспасателей, так как успех спасения людей и ведение ликвидационных работ зависит от их устойчивости к стрессу и умению противостоять его воздействию.

В настоящее время подготовка спасателей проводится по типовым и отраслевым программам. Эти программы содержат теоретические основы причин возникновения, развития аварий, планы их ликвидации, и регламентируют действия спасателей при ликвидации аварии. К сожалению, в этих программах не уделяется должного внимания вопросам формирования у спасателей психологической настроенности; недостаточно освещены вопросы воспитания осознания необходимости преодоления стресса во время аварийных ситуаций и выбора правильного алгоритма действий.

Спасатели должны обладать необходимыми профессиональными и моральными качествами, быть способными по состоянию здоровья выполнять возлагаемые на них обязанности. К числу этих профессионально необходимых качеств следует также отнести и целый ряд психологических особенностей свойств личности, без оценки кото-

рых невозможно прогнозировать профессиональную пригодность. Установление соответствия свойств и качеств личности требованиям профессии является главной задачей профессионального психологического отбора, который должен осуществляться при приеме кандидатов на службу.

Методы психологического тестирования приобретают особое значение, так как профессиональная деятельность спасателей протекает в условиях эмоционального стресса, обусловленного высокой напряженностью трудового процесса и высокой ответственностью за спасение людей.

Отсутствие психологического отбора спасателей на нервно-психическую устойчивость может стать причиной их неадекватного поведения в аварийной ситуации.

Суждение об особенностях личности спасателей должно основываться на результатах комплексного психологического исследования, включающего в себя методики многостороннего исследования личности.

Предлагаемая методика обучения горноспасателей отличается тем, что, наряду с обучением, предусматривает и психологическое исследование их для выявления предрасположенности и степени устойчивости в аварийных ситуациях.

Для определения профиля личности на основе методик многостороннего исследования разработана программа тестирования горноспасателей на профессиональную пригодность.





РУБЛЕВА О.П., ШЕВЦОВА М.А.  
*Городской центр медико-психологической помощи,  
г. Кемерово*

## ЖЕРТВЫ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ, КАК КРИЗИСНЫЕ АБОНЕНТЫ СЛУЖБЫ ЭКСТРЕННОЙ ТЕЛЕФОННОЙ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

**Н**ередко человек попадает в такие ситуации, когда нет сил дальше жить и кажется, что мир «завалился», потерял смысл существования. Что делать? Как быть? И быть ли вообще? А что впереди? Есть ли у меня будущее? Где взять силы все пережить? Вот вопросы, которые чаще всего возникают у абонентов Телефона доверия от боли и безысходности.

Само назначение Телефона доверия (экстренная психологическая помощь по телефону) говорит о том, что контингент людей, чаще всего обращающихся за психологической поддержкой, — это люди, находящиеся в кризисной ситуации. Причины возникновения такого рода ситуаций могут быть самые различные, но, как правило, это события, выходящие за пределы нормального человеческого опыта (например, военные действия, катастрофы, акты насилия, смерть или утеря близкого человека, стихийные бедствия и т.д.).

Если оценивать подобные обращения в количественном выражении, то абоненты с острой реакцией на стресс и посттравматическим стрессовым расстройством составляют примерно 60 % от общего количества звонков, поступающих на Телефон доверия.

Всех кризисных абонентов можно классифицировать, разделив на несколько групп:

1-я группа — люди, принимавшие участие в военных действиях или проживавшие в зоне военного конфликта;

2-я группа — люди, перенесшие смерть или утрату близкого человека;

3-я группа — люди, пережившие стихийные бедствия и катастрофы;

4-я группа — люди, пережившие насилие.

Кратко проанализируем каждую группу обращений.

В первой группе хотелось бы обратить внимание на абонентов (они составляют примерно 2 % от общего количества кризисных обращений), имеющих проблемы с реабилитацией после военной службы в «горячих точках» (так называемый «чеченский» или «афганский» синдром). Если проанализировать обращения по данной проблеме, то становится ясно, что этой проблеме в реальности уделяется очень мало внимания, фактическая работа по реабилитации этих людей к мирной жизни налажена крайне слабо, хотя говорят об этом очень много. Такие абоненты, как правило, абсолютно оторваны от реальнос-

ти, не понимают, что происходит вокруг них, что приводит их к потере смысла жизни. Очень часто это состояние усугубляется травмами, ранениями, полученными во время прохождения службы, и (или) их последствиями. Для таких абонентов характерны «немотивированная бдительность», взрывная реакция, приступы ярости, злоупотребление алкогольными, наркотическими и лекарственными веществами, суицидальные мысли и действия.

К этой же группе относятся люди, проживавшие в зоне военных действий. Данные обращения менее типичны для нашего региона, но такого рода звонки все-таки присутствуют в практике работы Телефона доверия. Для таких людей характерны чувство страха, полной беспомощности и отчаяния, а также чувство вины перед погибшими родственниками. Все это еще более усугубляется полной социальной дезадаптацией, т.к. эти люди, в силу сложившихся обстоятельств, потеряли все свое имущество и вынуждены мигрировать с привычного для них места проживания.

Вторая группа обращений самая большая по количеству звонков — это примерно 70 % от общего количества кризисных обращений.

Основной причиной звонка данной группы абонентов является внезапная, необратимая утрата «значимого другого», например, смерть ребенка, супруга, родителей и т.д. Данная проблема очень тесно и, порой, неотделимо связана с целым комплексом экзистенциальных проблем, как то — одиночество, потеря смысла жизни и принятие себя как личности во внезапно изменившихся жизненных обстоятельствах. Примерно в 4 % обращений абоненты с данными проблемами выдают суицидоопасные реакции. Необходимо отметить, что, как правило, все абоненты, заявляющие подобные проблемы, имеют крайне неустойчивую самооценку с тенденцией к ее снижению, а также проявляют черты незрелой, инфантильной личности.

Очень похожие реакции наблюдаются у людей при утрате близкого человека. Острые ситуативные реакции чаще всего возникают в результате проблем в межличностных отношениях, как правило, внезапных, неожиданных для звонящего. Преобладающими типами таких проблем являются распад семьи (9,8 %), супружеская измена (1,9 %), разрыв отношений с любимым человеком (9,8 %), проблемы взаимоотношений с близкими людьми (19,6 %). Выраженность суицидальных тенденций в таких



ситуациях определяется, прежде всего, субъективной значимостью близкого человека для абонента, эмоциональной зависимостью абонента от него, степенью завышенности уровня притязаний по отношению к близкому человеку, потребностью в максимальном внимании со стороны партнера.

При характеристике третьей группы абонентов необходимо отметить, что при стихийных бедствиях и катастрофах все абсолютно по-разному реагируют на происходящие события: трагическое происшествие может причинить тяжелую психическую травму одному и почти не затронуть психики другого.

Так, например, в сентябре 2003 г., при землетрясении на Алтае, когда толчки ощущались и в городах Кузбасса, наблюдалось резкое увеличение количества звонков непосредственно сразу после первого толчка. Первоначальная реакция на происходящее — растерянность, страх и беспомощность. Значительные по силе подземные толчки, повторявшиеся в течение некоторого времени после первого землетрясения, поддерживали это психическое состояние, вызывая у значительной части людей состояние тревоги. Причем амплитуда колебалась от незначительной потери душевного равновесия до явных симптомов фобии. После исчезновения психотравмирующего фактора количество звонков плавно снизилось. Через несколько месяцев звонки по данной конкретной проблеме прекратились.

В силу нестабильности социальной обстановки, достаточно большое количество звонков поступает от абонентов четвертой группы — людей, переживших насилие. Из опыта телефонного консультирования можно выделить три типа обращений по данной проблематике:

- непосредственно от жертвы (сразу после происшествия или через определенное время);
- от друзей, родных или близких жертвы;
- от абонентов, испуганных слухами или фактами насилия, желающих получить информацию и поддержку.

Как правило, жертва насилия испытывает потребность в выходе эмоционального напряжения и в выражении накопившихся переживаний. Очень часто жертву преследуют навязчивые идеи самообвинения, основанные на заблуждении, что агрессору не было оказано должного сопротивления.

Необходимо отметить, что примерно в 60-65 % случаев жертвами насилия являются дети, в силу своей незащищенности. В отличие от взрослых, дети часто не понимают, что происходит с ними во время насилия, поскольку окружающие не придают этому значения или лгут. Родители вводят их в заблуждение, называя, например, инцест — любовью, а избиения — дисциплиной.

Дети, подвергшиеся насилию или жестокому обращению, испытывают отчаянную потребность

в близости и страх быть отверженными. Так, например, девочка, изнасилованная отчимом, скрывает это от своей матери из-за страха, что мать ей не поверит. Травма обычно разрушает основы доверия и искажает восприятие близости с родными. Для подвергшегося насилию ребенка стресс становится постоянным, и угроза присутствует всегда.

Отдельное внимание хочется уделить звонкам, поступающим от лиц, испуганных слухами или фактами насилия. Нужно отметить, что такие звонки поступают от людей с определенными личностными особенностями — это, как правило, люди мнительные, с высокой эмотивностью. Часто подобные звонки поступают от абонентов с явно выраженными психическими отклонениями. Так, например, после недавних трагических событий в Беслане с захватом заложников, после массированного обсуждения этой проблемы в средствах массовой информации, резко увеличилось количество звонков от тревожно-мнительных абонентов и абонентов с навязчивыми идеями. Они выражали свою тревогу по поводу начала военных действий («Правда ли, что в Москве началась война?») и страх оказаться в подобной ситуации («А со мной это может случиться?»).

Обобщая все выше сказанное, следует отметить, что кризисные состояния характеризуются интенсивными отрицательными эмоциями: чувством неопределенности, беспокойством, тревогой, переживанием собственной несостоятельности, беспомощности, одиночества, безнадежности, пессимистической оценкой собственной личности, актуальной ситуации и будущего, выраженными затруднениями в планировании дальнейших действий.

Человек, обратившийся за помощью, как правило, преувеличивает экстренность критической ситуации, ему представляется, что для принятия решения у него меньше времени, чем есть на самом деле. У кризисных абонентов также имеют место нарушения личностной идентификации: они уверены в том, что не смогут перенести отрицательные эмоции. Это может послужить возникновению аутоагрессивных тенденций.

Для телефонного консультанта, при работе с подобным рода звонками, крайне важно определить, на какой стадии развития кризисной ситуации находится абонент. Это напрямую связано с оценкой суицидального риска и возможностью оказания помощи абоненту.

Консультант устанавливает контакт с отчаявшимся человеком, поддерживает его, создает отношения доверия, активно участвует в разработке стратегии позитивных перемен, при необходимости блокирует суицидальные действия и осуществляет необходимые консультативные мероприятия.





РЯБИКОВА А.Н.

*МУ Комплексный центр социального обслуживания населения Заводского района,  
г. Кемерово*

## ОКАЗАНИЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЯМ ШАХТЕРОВ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ АВАРИЙНЫХ СИТУАЦИЙ

**К**емеровская область является одним из регионов с высоко развитой промышленностью и, соответственно, повышенным риском техногенных аварий.

Чрезвычайные ситуации, произошедшие на шахтах, крупные аварии, взрыв метана неизбежно влекут за собой большое количество жертв, нуждающихся в оказании психолого-медико-социальной помощи. В квалифицированной помощи психологов нуждаются не только пострадавшие в чрезвычайных ситуациях, но и члены их семей.

Испытания, через которые проходят родственники, и без того пострадавшие от утраты близких, в первые недели после трагедии являются более чем не типичными и не привычными для ситуации острого горя и последующих переживаний:

- большое количество информации, ее открытость и неопределенность; повышенное внимание СМИ;
- не оправдавшиеся надежды;
- утрата родного человека;
- большое количество в одном месте родственников погибших и других людей;
- повышенное внимание государственных деятелей.

Неприкосновенность личной жизни, неприкосновенность человека в состоянии острого горя, не принимаются специалистами и корреспондентами как профессиональные нормы, охраняющие психическое здоровье горящих людей. Не сгоревшее в плаче горе значительно увеличивает риск развития переживания с отклонениями от нормального процесса и нарушениями психического и соматического здоровья.

Примирение с утратой — болезненный процесс, в котором отказ от утраченного человека проходит постепенно, с трудом, с определенными закономерностями (этапами), требующими социально-медико-психологического сопровождения и наблюдения различными специалистами.

Основная цель данного сообщения — показать эффективность совместной работы различных специалистов по оказанию социально-психологической помощи родственникам и членам семей погибших шахтеров. Совместная работа различных специалистов (психологов, врачей-психиатров и т.п.), в конечном счете, направлена на решение определенных задач:

- снятие последствий стресса;
- установление благоприятного социального климата (поощрения, открытости, спонтанности);
- ликвидация последствий на разных этапах переживания горя; профилактика психосоматических реакций у пострадавших;
- установление взаимодействия и оказание научно-методической и практической помощи местной администрации и специалистам по ликвидации отдаленных последствий трагической ситуации, работа с руководителями образовательных учреждений; организация системы психокоррекционной и реабилитационной работы в учреждениях системы образования.

Реализация поставленных задач позволит судить об эффективности оказания социально-психологической помощи родственникам и членам семей погибших шахтеров.



## ТЕРАПИЯ И ПРЕВЕНЦИЯ КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ

**М**ногообразная психогенная патология есть проявление сложных взаимодействий биологических и социально-психологических (микро- и макросоциальных) факторов. Реализация на практике комплексных научных программ в существенной степени зависит от уровня организации региональной и междисциплинарной ответственности за психическое здоровье конкретных групп, слоев общества, от воплощения в жизнь широких общественно-политических преобразований, а также социально-экономических, правовых, культурных проектов. Необходимо стремиться к полному восстановлению социальных функций пациента в тесном контакте с обществом.

Проблема прогнозирования поведения людей в экстремальных условиях деятельности, а также оценка вероятности сохранения их здоровья и работоспособности после воздействия экстремальных факторов привлекают пристальное внимание многих исследователей. В последние годы человечество пережило немало крупных технологических катастроф, явившихся результатом деятельности самих людей. К их числу относятся аварии на химических заводах в Италии, Индии и Германии, а также на атомных электростанциях в Тримайл Айленд (США) и Чернобыле. Однако стихийные бедствия и техногенные катастрофы сопровождаются не только прямыми санитарными потерями, но и психотравмирующими воздействиями, которые приводят к психическим нарушениям разнообразной нозологии. Современные исследования показывают, что в момент воздействия острые реактивные психозы возникают у 10-25 % пострадавшего населения, а на последующих этапах катастрофы нарушения обнаруживаются у 35 %. Причем эти нарушения могут сохраняться у пострадавших на протяжении всей их жизни. Особое место среди экстремальных ситуаций занимают социальные катастрофы, к числу которых относятся войны и военные локальные конфликты. Как известно, психологические и медицинские последствия воздействий психогенных факторов военных конфликтов обуславливают широкий круг нарушений.

При осуществлении социальной поддержки, особенно важно создавать такие ситуации, которые стимулировали бы травмированного человека говорить о своем переживании. Если же травматическое событие произошло с группой людей, то

рекомендуется обсудить его вместе с этой же группой. Обсуждение события должно осуществляться в соответствии с заданными правилами, которые обеспечивают травмированному человеку безопасную ситуацию, в этом случае он сможет прожить свои чувства и получить психологическую поддержку со стороны других членов группы. Саморегуляция и самопомощь способствуют преодолению постстрессовых нарушений, что означает минимизацию негативных последствий, улучшение самочувствия, переработку травматического переживания и интегрирование его в позитивный жизненный опыт личности. Возможны различные стратегии преодоления ПТСР, применяемые на различных этапах. Эффективность стратегии во многом определяется индивидуальными особенностями.

В настоящее время все больше внимания уделяется профилактическим мерам, которые способствуют повышению стрессоустойчивости. Большую роль в их разработке играет идея о том, что знание посттравматических стрессовых механизмов и эффектов в значительной мере способствует возможности распознать их у себя и у других, относясь к этому как к естественному процессу. Для этого рекомендуется решить комплексную триединую задачу на данном этапе: а) познакомиться с посттравматическим стрессом, как с особым целостным состоянием, не сводимым к набору отдельных проявлений; б) проанализировать, что лично для вас означает пребывание в данном состоянии; в) начать работу над индивидуальным стилем преодоления посттравматического стресса.

Основными принципами терапии ПТСР являются комплексность влияния на различные звенья патогенеза, строгая индивидуализация каждого случая, поэтапность проведения лечебно-профилактических мероприятий, учет сопутствующих и предрасполагающих психогенных, соматогенных и экзогенно-органических факторов. Ведение пациентов осуществляется согласно режимам наблюдения: «кризисного», «базисного» и «регрессивного».

На «кризисном» этапе отражается острая стадия заболевания, которая требует всесторонней оценки психотравмирующей ситуации (боевого стресса), с возможностью раннего предотвращения ауто- и аллодеструктивных тенденций. Особенностью этого периода является охранительный характер психотерапевтического воздействия.



«Базисный» этап предусматривает тщательное рассмотрение «внутренней картины» болезни (с оценкой как боевого фактора, так и резервных сил организма); основные лечебные мероприятия осуществляются именно на этом этапе и характеризуются, как лечебно-активирующие.

На «регрессионном» этапе решаются проблемы преодоления торпидности патологического процесса, психотерапевтические методики имеют активирующую направленность (в том числе нейрорлингвистическое программирование, личностно-реконструктивная, «семейная» психотерапия и др.), преследуя основную цель быстрого включения комбатанта в социально-производственную семейную среду, формирования «мотивации на полное выздоровление».

Центральным звеном воздействия является психотерапевтический комплекс. Работа с комбатантами протекает в три этапа: решается проблема преодоления «феномена недоверия», далее оказывается помощь пациенту по отреагированию травматического опыта (работа с чувством вины, избеганием, навязчивостями различного рода, отчужденностью и др.); наконец, проводится анализ и коррекция семейных связей, восстановление отношений с друзьями, обществом.

С учетом выявленных типологических особенностей, клинико-патогенетических и динамических параметров, разработаны пять основных дифференцированных программ реабилитации. Первая реабилитационная программа рекомендуется при лечении пациентов с невротическим вариантом ПТСР, остром типе клинической динамики (длительность заболевания до одного года). Ведущим в программе является применение психотерапевтического комплекса симптоматики. К его задачам относятся дезактуализация боевого стресса, восстановление ослабленных позиций в микро- и макросоциальной сфере в условиях адаптации к «мирной жизни». Обучение методам аутотренинга позволяет комбатантам корригировать такие проявления посттравматических стрессовых расстройств, как диссомнии, повышенная раздражительность, тревожность, эмоциональная напряженность. Психофармакологический комплекс включает прием препаратов из группы адаптогенов (экстракт элеутерококка, золотого корня, левзеи и другие) в первой половине дня, седативных средств растительного происхождения (настойка валерианы, ново-пассит, пустырник) либо терапевтические дозы транквилизаторов с седативным эффектом (сибазон, ивадал) во второй половине дня.

Вторая реабилитационная программа используется для пациентов с подострым типом динамики посттравматических стрессовых расстройств невротического уровня (длительностью от 1 до 3 лет). Основу базисной терапии составляет пси-

хотерапевтическое воздействие с присоединением других методов коррекции (личностно-реконструктивная, семейная, модифицированные методики НЛП, транзактного анализа). Назначаются препараты, снимающие эмоциональную напряженность, выраженную тревожность и нейровегетативную симптоматику. Для этой цели применяются транквилизаторы седативного спектра действия (феназепам, транксен, ксанакс). Исходя из роли повышенной адренергической активности в усилении симптомов ПТСР, в лечении также используются  $\beta$ -блокаторы (обзидан до 40 мг/сут), оказывая в том числе положительный эффект при терапии антиципированных страхов.

Третья реабилитационная программа рекомендована пациентам с патохарактерологическим вариантом ПТСР. Как и в предыдущих программах, базисная терапия строится на комплексном воздействии психотерапии и фармакотерапии. Большое значение придается семейной психотерапии, для своевременной коррекции аномальных внутрисемейных отношений, а также личностно-реконструктивной (ЛРТ), в основе которой лежат реконструкция и гармонизация нарушенной системы отношений личности, послужившей главной причиной декомпенсации. Работа проводится по трем сферам: когнитивной, эмоциональной и поведенческой. Задача *интеллектуального осознания* сводится к осознанию связей «личность-ситуация-болезнь», создавая устойчивую мотивацию для активного участия пациента в психотерапевтическом процессе. Задачами ЛРТ в *эмоциональной сфере* являются точное распознавание и вербализация собственных эмоций, их принятие; переживание заново и осознание прошлого эмоционального опыта; непосредственное переживание и осознание опыта психотерапевтического процесса и своего собственного; формирование более эмоционально благоприятного отношения к себе. Наконец, применительно к *поведенческой сфере*, пациенту помогают увидеть собственные неадекватные поведенческие стереотипы, выработать и закрепить адекватные формы поведения и реагирования на основе достижений в познавательной и эмоциональной сферах. В целом, проведение ЛРТ способствует тренировке резервных возможностей организма, постепенной нивелировке личностных девиаций и установке новых устойчивых социальных контактов. Кроме того, используется одно из направлений «*терапии искусством*» — метод «*проективной арттерапии*», который, помимо лечебного эффекта (преследуя коммуникативные и адаптирующие цели), позволяет получить дополнительный диагностический материал, способствуя выявлению и осознанию трудно вербализуемых проблем и переживаний (учитывая, что одним из базисных



симптомов ПТСР у комбатантов является «избегание»). Вновь приобретенные способы самовыражения, положительные эмоции, возникающие в процессе арттерапии, снижают у пациентов агрессивность, повышают самооценку, улучшая тем самым их адаптационные способности в повседневной жизни. Особенностью терапевтических мероприятий является необходимость купирования выраженных патохарактерологических расстройств. В этих случаях используются корректоры поведения (неулептил, сонапакс) и малые дозы некоторых групп нейролептиков (хлорпротиксен, хлорпромазин). Проводятся курсы общеукрепляющей, симптоматической терапии; выбор фармакопрепарата в этом случае определяется ведущим психопатологическим синдромом. В дальнейшем пациентам рекомендовано посещение поддерживающих психотерапевтических групп, решаются вопросы, связанные с оптимизацией режима труда и отдыха, амбулаторного обращения к врачу.

Четвертая реабилитационная программа предназначена комбатантам с затяжными формами невротоподобной симптоматики экзогенно-органической и соматогенной природы посттравматических стрессовых расстройств. Наряду с использованием нейрометаболической, дегидратационно-рассасывающей, сосудистой, общеукрепляющей терапии, особый акцент придается иммунотерапии. Она применяется с учетом индивидуальных иммунограмм, предъявляемых больными жалоб, анамнестических сведений. Применяются адаптогены растительного (настойка элеутерококка, родиолы розовой, заманихи) и животного (пантокрин, пантогематоген) происхождения, а также собственно иммуномодулирующие препараты, направленные на коррекцию нарушений показателей звеньев иммунитета: иммуномодуляторы (интерферон, лейкоинтерферон); иммуностимуляторы бактериального (бронхомунал, рибомунил), животного (тималин, тактивин, тимоген, миелопид), растительного (иммунал, кламин) происхождения и химические синтезированные (левамизол, пентоксил, метилурацил, лейкоген). В зависимости от ведущего психопатологического синдрома, используется прием психотропных средств седативного действия из группы транквилизаторов бензодиазепинового ряда (феназепам, сигнопам, ксанакс, транксен, новопасит); антидепрессантов (коаксил, леривон, амитриптилин); в-блокаторов (анаприлин); мягких нейролептиков (сонапакс, терален, эглонил, неулептил). При выписке подбираются «поддерживающие» дозы психотропных препаратов, обсуждается систематическое проведение психотерапевтических и общеоздоровительных воздействий.

Пятая программа используется для лечения комбатантов с затяжными психопатоподобными

проявлениями, сформировавшимися на почве экзогенно-органических (травматического, сосудистого, интоксикационного) вредностей (длительность заболевания — более трех лет). В «кризисном» периоде, наряду с психотерапевтическим комплексом, применяются курсы дегидратационно-рассасывающей, ноотропной, сосудистой терапии, с включением активаторов мозгового кровообращения (кавинтон, инстенон, актовегин, препараты никотиновой кислоты). Применение психотропных препаратов проводится в соответствии с основным симптомом-мишенью: нередко используются нейролептики (хлорпротиксен, сонапакс, неулептил) с целью смягчения дистимико-дисфорических проявлений; при лечении соматизированных расстройств — эглонил. Широко применяются иглорефлексотерапия, лечебно-физкультурный комплекс, массаж, социальная поддержка. В терапии данных пациентов необходим длительный поддерживающий курс (он осуществляется как в условиях Реабилитационного центра — амбулаторно, полустационарно, так и, при необходимости, стационарно).

Оценка эффективности реабилитационно-превентивных мероприятий установила их высокую результативность. При невротическом варианте: «А» (полное выздоровление) — 90,1 %; «В» (практическое выздоровление) — 9,9 %; при патохарактерологическом: «А» — 58,1 %; «В» — 34,9 %; «С» (неполное выздоровление) — 7,0 %; при невротическом, психопатоподобном: «А» — 5,0 %; «В» — 50,0 %; «С» — 35,0 %, «Д» (незначительное выздоровление) — 10,0 %. Катамнестическое обследование (средняя продолжительность —  $1,7 \pm 0,5$  лет) выявило устойчивое клиническое выздоровление («А+В») у комбатантов при невротическом варианте ПТСР в 91,9 % случаев; при патохарактерологическом — в 79,6 %; при невротическом и психопатоподобном — в 37,9 % случаев.

Наиболее эффективной технологической моделью оказания поэтапной специализированной помощи комбатантам является Центр по реабилитации лиц, подверженных чрезвычайным стрессовым воздействиям (ЦР). Его функционирование предусматривает оценку степени тяжести длительности ПТСР: при легких острых формах — в условиях амбулаторного звена; при подострых и более затяжных — в полустационарных условиях (ночной, дневной стационары, профилакторий); при стойких, затяжных, трудно курабельных расстройствах — в стационаре.

Основными задачами ЦР являются разработка и внедрение методов раннего выявления больных с ПТСР, улучшение диагностической работы с использованием научно обоснованных клинических, параклинических (биохимических, иммунологических, нейрофизиологических,



ких, генетических, социально-психологических) методов обследования, реализация принципов патогенетического лечения пограничных нарушений, оказание высококвалифицированной социальной поддержки с включением психотерапевтического, психофармакологического и психопрофилактического комплексов. Само-

регуляция и самопомощь при работе в экстремальных условиях могут помочь в краткие сроки реадaptироваться человеку, побывавшему в этой экстремальной ситуации, что не дает развиться ПТСР; таковы смысл и содержательная часть превентологии, как науки о предупреждении личностной патологии.





СЕМКЕ В.Я.

*ГУ Научно-исследовательский институт психического здоровья  
Томского научного центра СО РАМН,  
г. Томск*

## ПСИХИАТРИЯ КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЙ

**Ж**изнь современного человека наполнена массой неясных угроз, тревожных ожиданий, ощущений грядущих потрясений и противоречивых чувств, вызванных действием различных по силе и значимости психотравмирующих факторов — природных, техногенных и социальных катастроф. Сейчас умы государственных политиков, общественных деятелей, военных, ученых заняты поиском «рецептов» предотвращения терроризма, достойного выхода из тупика, консолидации здоровых сил нации — в направлении создания равновесия, взаимопонимания, нравственного возрождения, предотвращения вандализма и человеконенавистничества.

Современная сверхиндустриальная цивилизация характеризуется большим динамизмом и нестабильностью. Оценка психогенного фактора, лежащего в основе большинства психопатологических расстройств личностного и невротического регистра, приобретает чрезвычайную актуальность для нового раздела современной науки — психиатрии кризисных ситуаций. Психическое здоровье населения во многом зависит от структуры и содержания микросоциальной и макросоциальной среды: каждый общественный страт имеет свои социальные и этнические стандарты, которые определяют механизмы личностного реагирования и способствуют превенции психической дезадаптации, которая, в свою очередь, опосредованно отображает уровень индивидуального и общественного благосостояния.

Поведение человека оценивается с учетом социального пространства (толпа, микрогруппа, ближайшее окружение и т.д.), служащего источником возникновения «болезней общения», как совокупности биологических, социальных, культурных и эмоциональных факторов, оказывающих влияние на отношение индивида к данной окружающей среде. Одним из каналов преобразования невротической позиции пациента, достижения нового уровня социально-психологической адаптации может служить трансформация «внутренней картины болезни» во «внутреннюю картину здоровья». Интегративная оценка роли психологических основ культуры, религии, мифологии, традиций, обычаев (естественно, с современных методологических позиций и приемов) облегчает успешное преодоление переживаемого личностью «внутреннего апокалипсиса», обретение душевного равновесия и целостности, психо-

логического катарсиса и выхода индивида из тягостной для него кризисной ситуации.

За короткий период «эпохи перемен» население стран СНГ пришлось пережить ужасные трагедии Чернобыля, землетрясений в Спитаке и на Сахалине, наводнения в Якутии и Восточной Сибири, нескончаемые национальные распри, перераставшие с неумолимой неизбежностью в локальные конфликты (в Фергане, Карабахе, Баку, Тбилиси и др. городах), вспышки религиозного фанатизма, волну финансовых афер и катаклизмов, серию террористических актов (в Буденновске, Буйнакске, в Москве на Дубровке и Волгодонске, а совсем недавно в Беслане). Помимо этого, с упорной последовательностью средства массовой информации передают известия о захвате заложников, пожарах, селях, ураганах, авиакатастрофах, бедствиях вынужденных переселенцев и беженцев, неисчислимым материальным и моральным потерям, возникающих в результате социальной незащищенности и непредсказуемости.

К чрезвычайным ситуациям относятся события, которые выходят за рамки обычного житейского опыта человека или коллективного опыта окружающей его микросоциальной среды; с психологической точки зрения, они могут вызвать стресс у каждого, вне зависимости от его прежнего опыта или социального положения: природные катастрофы (смерчи, ураганы, цунами, наводнения, сходы лавин, землетрясения и др.), производственные крупномасштабные аварии (антропогенные, техногенные, экологические катастрофы), а также социальные катаклизмы, связанные со сменой социально-политического устройства общества. Антропогенные катастрофы могут возникнуть в условиях больших и экологически небезопасных производств, при техногенных авариях, войнах. Эти факторы чужды окружающей среде и, в силу высокой токсичности, вызывают у человека значительно больший ужас, чем природные явления и катаклизмы. В последнее время высказывается точка зрения, что психиатрия из всех медицинских наук наиболее резистентна к быстрым изменениям, связанным с новейшими технологиями, в силу чего точные предсказания в отношении ее развития невозможны. Это требует скорейшего «наведения мостов» со смежными дисциплинами и упорядочения большого накопленного клинико-динамического и фундаментального материала.





Из большого перечня медико-психологических понятий на данную тему, затронем лишь несколько «ядерных» терминов. Кризис означает перелом, тяжелое переходное состояние. При появлении симптомов болезненного расстройства важна взвешенная оценка кризисной ситуации, установление «критических» точек жизни, предотвращение саморазрушающего поведения (тщательный анализ внешних и внутренних влияний, вклад психогенных, личностных, сомато-органических факторов). Конфликт отражает противостояние, столкновение противоположных интересов, взглядов, стремлений; в социально-психологическом плане речь идет о «распрях, разногласии, споре, грозящем серьезными интерперсональными противоречиями». Проблема преодоления, совладания критических ситуаций в ходе онтогенетического развития личности подводит нас к рассмотрению таких психологических образований, как психологическая защита, копинг-поведение, компенсация, переживание, поисковая активность.

Из всего разнообразия психогенных нарушений, вызванных воздействием необычных по силе и значимости макросоциальных вредностей, выделим особую диагностическую категорию — посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), содержащуюся в МКБ-10 и оцениваемую нами с клинико-динамических и превентивных позиций. К причинам его возникновения относят психогении при массовых бедствиях: природные — климатические (ураганы, смерчи, наводнения) и сейсмические (землетрясения, извержения вулканов, цунами), а также вызванные человеком — взрывы, пожары, несчастные случаи на транспорте и в промышленности, биологические, химические и ядерные катастрофы; к числу «умышленных» бедствий отнесены террористические акты, мятежи, социальные волнения, войны.

Согласно МКБ-10, ПТСР возникает как отставленная и затяжная реакция на стрессовые события и ситуацию «исключительно угрожающего или катастрофического характера, которая в принципе может вызвать общий дистресс почти у каждого человека». Формирование посттравматического стрессового синдрома является существенным, но не единственным, феноменологическим проявлением реакции на боевой стресс и возникающее при этом адаптационное (или психодезадаптационное) состояние. Пока человек пребывает в условиях боевых действий, собственно психопатологической картины не возникает: необходима его многоуровневая личностная «переработка» в обстановке мирной жизни. Психогенно-травматический опыт не всегда воспринимается личностью как негативный, дестабилизирующий, дезорганизирующий ос-

новные жизненные функции, даже при отрицательном отношении к своему непосредственному участию в боевых действиях, преморбидно адаптированным, гармоничным натурам удается преодолеть естественные, психологически объяснимые реакции на интенсивный стресс.

Изучаемые нами на протяжении последних двух десятилетий, расстройства адаптации определяются в случаях, когда идентифицированный психосоциальный стресс не достигает крупномасштабного, катастрофического размаха, а возникающие при этом невротические, аффективные и личностные реакции легко выражены и кратковременны по протяженности (не свыше 2-3 месяцев). Острая реакция на стресс развивается непосредственно вслед за тяжелым психическим или физическим потрясением (уже в первые часы психотравмирующего воздействия) и характеризуется генерализованными тревожными расстройствами, чувством отчаяния или безнадежности, бессмысленной гиперактивностью, довольно быстрой обратной регрессионной динамикой. Психогенные непатологические реакции протекают на уровне физиологически сохранных вегетативно-сосудистых и психологически объяснимых симптомов: преобладание эмоциональной напряженности, соматовегетативных, гипотимических проявлений (при критической оценке происходящего и адекватной, целенаправленной деятельности). Психогенные невротические состояния представлены структурированными и относительно стабильными пограничными расстройствами в их «классических» формах проявления (истерические, диссоциативные, депрессивные, навязчивые, тревожно-фобические, астенические картины, «невроз истощения» и т.д.). Острые реактивные психозы сопровождаются аффективными «шоковыми» реакциями, кратковременными изменениями сознания, состояниями двигательного возбуждения (или заторможенности) и др. Затяжные психогенные психозы клинически оформлены в структурированные депрессивные, параноидные, истерические симптомокомплексы (среди последних типичны псевдодеменция, пуэрилизм, синдром Ганзера и др.). Их прогностическая оценка и исход (при несомненном учете фактора чрезвычайного, кризисного влияния на индивида) зависят от трех «составляющих» факторов: особенности психотравмирующего воздействия, индивидуальнотипологической личностной реакции на случившееся, организационных (социальных, медико-психологических) мероприятий на разных этапах кризисной ситуации.

В последние полтора-два десятилетия в общественной и медицинской сфере все большее распространение получает понятие «экологическая катастрофа», охватывающее изучение экстре-



мальных, «кризисных» ситуаций, оставляющих в результате своих вредоносных воздействий необратимый, многолетний токсикогенный эффект. Действие такого рода техногенных катастроф трудно предсказуемо, а степень ущерба для общественного и индивидуального здоровья не поддается прогнозу и превентивному влиянию. Полученные нами в ходе многолетних исследований результаты свидетельствуют о тесном взаимодействии саногенетических и патогенетических механизмов, представленных основными группами эндогенных и экзогенных влияний (психогенными, соматогенно-органическими, конституционально-биологическими и личностными). Можно с уверенностью прогнозировать все возрастающую роль окружающей среды (производственной, природной, социальной) на показатели психического здоровья индивида и популяции, что, в свою очередь, приведет к выявлению скрытых резервных механизмов приспособления и реагирования на предъявляемые стимулы.

Причудливое взаимодействие социальных и природных факторов, мощный антропогенный прессинг на функциональные системы человеческого организма создают предпосылки к настоящему и грядущему ухудшению показателей психического здоровья нации. Констатация негативного прогноза должна предусматривать поиск выхода из наметившегося кризиса. Он видится, с медико-социальных позиций, в расширении объема и функций превентивной психиатрии — прежде всего, тех ее разделов, которые связаны с анализом социальных и биологических факторов, с поиском путей интегральной профилактики хронических неинфекционных заболеваний человека. Вопросы экологической патологии, в том числе психиатрической и наркологической, приобрели первостепенное значение в связи с крупномасштабными преобразованиями среды обитания человека. Усиление процессов загрязнения окружающей среды непосредственным образом связано с растущей индустриализацией и урбанизацией территориально-промышленных комплексов. Систематическое превышение в человеческой популяции допустимых антропогенных нарушений уже привело к существенному напряжению эндогенной и экзогенной экологической обстановки, что наиболее показательно в ряде регионов. При этом следует иметь в виду, что скорость технологического преобразования общества в значительной степени превышает адаптационные возможности конкретного индивида, а это, в свою очередь, чревато затратами здоровья, болезненной ломкой физиологических и биологических механизмов приспособления.

Масштабы неблагоприятного воздействия современного производства на окружающую среду достигли в настоящее время катастрофических

размеров: свыше 300 ареалов страны отличаются сложной экологической обстановкой, вызывающей перенапряжение и даже полом адаптационных свойств организма. Результатами таких экологических воздействий являются напряжение демографических процессов, увеличение интенсивности миграции, деформация структуры семьи. Состояние здоровья есть важнейший индикатор экологического риска индустриальных регионов и его оценка, прогноз тенденций изменения здоровья должны стать неперенным условием в процессе разработки проблем первичного предупреждения и коррекции патологических процессов человека и его потомства. Социально-экономические и климатогеографические условия восточного региона России являются существенными факторами, во многом влияющими на показатели психического здоровья и психической патологии. Промышленное освоение обширнейших сибирских и дальневосточных территорий сопряжено с необходимостью трудовой деятельности в экстремальных природных условиях. Различные экзогенные вредности малой и средней интенсивности ведут к дестабилизации функционирования человеческого организма, которая проявляется на донозологическом уровне в неспецифических экстранозологических реакциях психической адаптации-деадаптации.

Данные экологической генетики показывают, что экзогенные факторы действуют на развитие нервно-психических заболеваний двумя путями: прямо — как провоцирующие реализацию генетической предрасположенности воздействия; косвенно — через конституциональные особенности, формируя их, определяя их пластичность и модифицируя норму реакции. Наряду с этим, исследование роли личностных факторов в патогенезе пограничных состояний убедительно показывает, что в становлении жесткой (ригидной) структуры ребенка и взрослого человека, проявляющейся в разнообразных фиксированных, неадаптивных (вплоть до патологических) форм поведения решающую роль играет как «экология тела» (климат, питание, загрязнение среды, радиация и т.д.), так и «экология души» (социально-психологические факторы семейной, школьной среды, «улицы»).

В целом, оценка и интерпретация критериев ранней диагностики и профилактики пограничных состояний должны проводиться, по нашему мнению, с учетом ряда принципов, важнейшими из которых являются следующие:

- принцип системности в оценке состояния защитно-приспособительных сил организма, предусматривающий исследование как центральных, так и периферических звеньев адаптационных механизмов. В качестве интегральных критериев адаптации индивида, наряду с ха-



рактической клинической структуры состояния психоэмоционального напряжения, выступает степень выраженности тревожности и ригидности личности обследуемого, нейродинамические показатели взаимоотношений полушарий головного мозга, дисбаланса нейротрансмиттерной, гипоталамико-адреналовой, эндогенно-опиатной и иммунной систем организма;

- принцип дифференцированности, указывающий на необходимость интерпретации результатов исследования с учетом индивидуальных, популяционных, региональных, этнических и экологических особенностей формирующейся нервно-психической патологии;
- клиничко-прогностический принцип, определяющий конкретный вклад полученных данных в построение индивидуального прогноза и выделение факторов риска возникновения ПАС-ПДАС, а на базе — и клинически развернутых форм пограничных состояний.

В конкретной неблагоприятной экологической ситуации (под воздействием патогенных факторов «малой» интенсивности или же грубых экзогенно-органических влияний) адаптация к субэкстремальным природным условиям достигается за счет значительного напряжения, а в некоторых случаях и «полома» многоуровневых защитно-приспособительных систем. Сложное экологическое положение в Сибирском регионе имеет свои специфические, весьма острые проблемы: исторически сложившаяся слабость социнфраструктуры, крайне негативная динамика медико-демографических процессов (резкое увеличение социально-экологических стрессов, усиление миграционных процессов, нарастание числа нищих, бомжей, других групп «высокого социального риска») может привести к переходу от проявлений экологического напряжения к состоянию экологического кризиса. В новых экономических условиях, сопряженных с коренным преобразованием общественно-политического уклада жизни, важнейшее значение приобретает уровень основного нервно-психического здоровья (или нездоровья) работников промышленных предприятий, составляющих главную часть всего трудоспособного населения страны.

Конкретные результаты изучения психического здоровья у лиц, занятых на производстве

с высоким риском аварий (взрыво- и пожароопасность, радиационное воздействие и т.п.), обнаруживают формирование патологических сдвигов в более ранние сроки, значимость хронических психогений (вследствие взрыво- и пожароопасности технологического процесса) в первые 2-3 года работы, постепенное нарастание органических «знаков» поражения мозга токсического генеза (признаки церебрально-соматической астенизации, снижение толерантности психофизиологических нагрузок), выявление стойких субдепрессивных радикалов. По мере нарастания трудового стажа в условиях данного производства происходит структурирование патологического развития личности (астеноипохондрического, дистимического и иного вариантов). Предупредительные мероприятия наиболее эффективно осуществляются в рамках трехзвеновой организационной модели, включающей территориальные учреждения города, где расположен обследуемый промышленный объект (цеховой здравпункт, МСЧ предприятия, психотерапевтическая и наркологическая службы горздравотдела); региональный центр пограничных состояний; связующее звено в виде мобильной реабилитационной бригады (из научных сотрудников исследовательского института). В связи с полиморфизмом внешних дестабилизирующих факторов, предусмотрено использование разнообразных комплексных воздействий — сочетание психопрофилактических, психотерапевтических и психофармакологических мероприятий.

В целом, для преодоления возможных внутриличностных конфликтов в подстерегающих индивида «кризисных» ситуациях весьма важно постижение причин их возникновения и последующее понимание путей их преодоления. Социально-психологическое понимание конфликтных и кризисных состояний облегчает избегание «подводных рифов», способствует расширению творческих возможностей личности, смягчает, и даже предупреждает, психотравмирующие ситуации, возможные при столкновении с непредвиденными интерперсональными обстоятельствами, повышая тем самым производственный потенциал и качество интеллектуальной деятельности.





ФРОШКАЙЗЕР Т.В

*Управление социальной защиты населения,  
г. Ленинск-Кузнецкий*

## ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ УПРАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ Г. ЛЕНИНСКА-КУЗНЕЦКОГО ПО РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА «РЕАБИЛИТАЦИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, УЧАСТВОВАВШИХ В ЛОКАЛЬНЫХ ВОЕННЫХ КОНФЛИКТАХ: УПРАВЛЕНИЕ, ОРГАНИЗАЦИЯ, КООРДИНАЦИЯ»

Основные направления деятельности по социальной защите населения за последние 10 лет практически определились: это работа с пожилыми, инвалидами, семьями с детьми, предоставление льгот и гарантий и т.д.

В этих рамках возникают как новые проблемы, так и творческие пути их решения.

А в последние 2 года появилось совершенно новое направление — это работа по социально-психологической адаптации бывших военнослужащих.

Актуальность данной проблемы обусловлена:

- нахождением военнослужащих, уволенных с военной службы, и членов их семей в сфере социального риска;
- необходимостью единого понимания особенностей военной службы и согласования усилий всех уровней власти;
- намеченными мерами по значительному сокращению численности Вооруженных сил РФ и особенностями военной службы в современных условиях.

Учитывая остроту ситуации, сложившейся в области реализации государственной политики в вопросах социальной адаптации военнослужащих, граждан, уволенных с военной службы, приобретающих все большую масштабность и актуальность в связи с переходом Вооруженных сил на контрактный принцип комплектования, 16 июня 2004 г. в Совете Федерации Федерального собрания РФ состоялось заседание «Круглого стола» на тему «Государственная политика в области социальной адаптации граждан, уволенных с военной службы».

Органам местного самоуправления рекомендовано усилить работу по вопросам социальной адаптации военнослужащих, граждан, уволенных с военной службы, и членов их семей. В основу практической деятельности — положить разработку и реализацию целевых программ.

В нашем городе, распоряжением администрации города от 23.12.2002 г. № 1031, утверждена Программа «Социальная адаптация военнослужащих, граждан, уволенных с военной службы, и членов их семей на 2003-2005 годы», которая пре-

дусматривает работу по 6 направлениям, объединенным в разные разделы программы.

В целях координации деятельности органов городского самоуправления, распоряжением администрации города от 14.02.2002 г. № 114, создана межведомственная комиссия по социальным вопросам военнослужащих и членов их семей, которую возглавляет заместитель главы города по социальным вопросам. В состав комиссии входят руководители всех структурных подразделений администрации и силовых структур, что свидетельствует о том, что в городе социальная защита военнослужащих, граждан, уволенных с военной службы, и членов их семей, не сужена до предоставления социальных льгот и гарантий, а представляет собой комплексную систему социальной реабилитации и адаптации.

Управлению социальной защиты населения в этой работе отводится координирующая роль. Для решения этой задачи, в структуре отдела социальных проблем управления создан сектор по работе с бывшими военнослужащими и членами их семей в составе 2-х человек и справочно-консультационный пункт.

За 2003 год и первую половину 2004 года в справочно-консультационный пункт обратилось 1548 человек, в том числе по вопросам:

- санаторно-курортного лечения — 41 человек;
- о льготах участникам боевых действий — 1108 человек;
- по трудоустройству — 208 человек;
- по жилищным вопросам — 153 человека.

В конце 2002 — начале 2003 года проведен мониторинг данной категории населения. На сегодняшний день в базе данных УСЗН значатся 846 бывших военнослужащих и членов их семей, в том числе: ветераны боевых действий на территории Чеченской республики — 526 чел.; ветераны боевых действий на территории республики Афганистан — 175 чел.; ветераны боевых действий на территории других государств — 11 чел.; родители погибших военнослужащих — 71 чел.; вдовы умерших военнослужащих — 23 чел.; военнослужащие, не имеющие особой категории — 40 чел.



Результаты мониторинга показали, что, в силу множества перенесенных социально-экономических проблем, данная категория жителей города продолжает оставаться в группе лиц социального риска. Так, в трудоустройстве нуждаются 138 чел.; вообще не имеют профессии 238 чел.; не имеют жилья 223 чел. Исходя из выявленных проблем, определены основные разделы названной программы.

Одной из задач является трудоустройство и профориентация бывших военнослужащих и членов их семей. В 2003 г. Центром занятости населения заключен договор с военным комиссариатом по оказанию содействия по подбору кадров из числа обратившихся военнослужащих для службы в Российской Армии по контракту. На доске объявлений в Центре занятости населения размещены объявления военного комиссариата о необходимом количестве для службы в Российской Армии по контракту. За 8 месяцев 2004 г. военным комиссариатом призвано на контрактную службу 31 чел. В Центр занятости населения за 18 месяцев 2003-2004 гг. обратились 32 военнослужащих, из них были трудоустроены 10 чел., направлены на профподготовку 9 чел., 15 чел. получили услуги по профориентации, 5 чел. из числа военнослужащих сняты с учета за непосещение службы занятости. На переобучение данной категории из средств Федерального бюджета израсходовано 14 тыс. руб.

С апреля 2003 года в поликлиниках города проводится диспансеризация военнослужащих и членов их семей. За этот период прошли диспансеризацию 255 чел. В ходе диспансеризации выявлено, что 91 чел. (38 %) страдают хроническими заболеваниями. Медицинские учреждения города готовы обеспечить 100 % диспансеризацию, однако проблема по-прежнему заключается в низкой активности данной категории граждан. В отделении для ветеранов 1-й горбольницы выделено 2 койко-места, но воспользовались его услугами только 2 человека. В областном госпитале пролечены 11 чел.

На сегодняшний день решен вопрос обеспечения санаторно-курортным лечением ветеранов боевых действий в санатории «Лебяжье», в этом санатории организовано отделение медико-социальной реабилитации ветеранов на 20 коек.

За 8 месяцев 2004 года в санатории «Лебяжье» поправили свое здоровье 14 ветеранов боевых действий и трое родителей погибших военнослужащих.

Оказывать поддержку и взаимодействовать с общественными организациями, особенно с Российским союзом ветеранов Афганистана — одна из задач УСЗН. К сожалению, следует отметить, что активности со стороны членов организации явно недостаточно. Тем не менее, 25 июня

2004 года в актовом зале УСЗН состоялось заседание Областного Правления «Российского союза ветеранов Афганистана» после которого активность членов союза возросла. Было переизбрано правление городского союза ветеранов Афганистана, в состав которого вошли 2 воина-афганца и 3 воина-чеченца.

Совместно с городским отделением «Российского союза ветеранов Афганистана», 12.02.2004 г. организована поездка воинов-афганцев и родителей погибших на губернаторский прием в честь 15-й годовщины вывода Советских войск из Афганистана. В актовом зале УСЗН 17 и 24 апреля 2004 г. проведена встреча ветеранов боевых действий со специалистами различных структур и ведомств, которые ответили на вопросы, поступившие в их адрес, а 16 июля 2004 г. проведена встреча с родителями и вдовами погибших военнослужащих.

Отдельным разделом программы является оказание психологической помощи военнослужащим, принимавшим участие в боевых действиях, так как более половины участников боевых действий возвращаются домой с посттравматическими стрессовыми расстройствами, имеющими такие проявления, как раздражение, агрессия, отсутствие или потеря интереса к жизни.

Последствия посттравматических расстройств не исчезают со временем, а становятся причинами стойкого дезадаптивного поведения участников боевых действий. И сами они понимают эту проблему. Об этом свидетельствуют результаты мониторинга — 91 чел. заявили о необходимости оказания им психологической помощи. Специалистами Центра психолого-педагогической помощи населению было заявлено проектное предложение в Европейский Союз на получение технического содействия в рамках программы Тасис.

Программа Тасис осуществляется по инициативе Европейского Союза и уже имеет опыт работы в Кемеровской области более чем по 30 проектам, и с начала 2004 г. действует в нашем городе по теме: «Реабилитация военнослужащих, принимавших участие в локальных конфликтах.

Задачами проекта, который рассчитан на год, являются:

- внедрение обучающих программ с целью передачи знаний и опыта, разработанного Европейским Союзом;
- создание базы психодиагностических методик и учебно-методических материалов по проблемам военнослужащих;
- разработка специализированных учебных курсов для психологов.

Руководят проектом Тони Видмер и Тьерри Ламборион. Практически осуществляют проект консультанты-эксперты: психологи из г. Москвы Агеева Жанетта Геннадьевна и Краснова Ольга





Викторовна и доцент кафедры психологии Кемеровского университета Филатова Елена Витальевна.

И сегодня уже можно подвести первые итоги проекта, реализуемого Центром психолого-педагогической деятельности населению. Так, с января по сентябрь проводились встречи и обсуждения экспертов проекта с руководителями и специалистами служб здравоохранения, военкомата, центра занятости, социального центра молодежи, психологами различных учреждений, в результате чего изучен опыт оказания социально-психологической помощи. Намечены пути сотрудничества и взаимодействия по данному вопросу. Принято решение о распространении этого опыта в различных районах Кузбасса с помощью обучающих семинаров, публикаций.

19 февраля проведен организационный семинар по выполнению проекта на тему «Межсекторное взаимодействие в оказании помощи бывшим военнослужащим, принимавшим участие в локальных военных конфликтах», в котором участвовали 42 человека. Начата работа по практическому обучению психологов. Проведен цикл обучающих курсов для психологов не только на-

шего Центра, но и других учреждений города и области; в результате которых повышена квалификация 70 специалистов по вопросам оказания социально-психологической помощи при тяжелых утратах и потерях, а также по темам: «Система поддержки военного персонала в странах ЕС», «Работа социальных служб в мировой практике», «Профессиональные стрессы социальных работников». Об этом выходят регулярные сообщения в СМИ, в результате чего происходит расширение деятельности центра, увеличилось количество обращений населения города к специалистам ЦППП.

Управление осуществляет организационно-техническую функцию, участвуя в проведении семинаров, круглых столов, выездных семинаров по обмену опытом, обеспечивает необходимое взаимодействие всех структур и ведомств.

Учитывая, что работа по социальной защите и социальной адаптации бывших военнослужащих практически началась только 1,5 года назад, уверена, что реализация Программы будет способствовать снижению социальной напряженности в обществе путем многоплановой работы с военнослужащими, гражданами, уволенными с военной службы, членами их семей.







ЦИТКО А.А., КУНГУРОВ В.С., ГРЕБЕНКИНА Н.А.  
*Областной центр медицины катастроф,  
г. Кемерово*

## СТРУКТУРА И ЗАДАЧИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ БРИГАД ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

**П**сихиатрическая помощь при всех видах чрезвычайных ситуаций является необходимым звеном в системе общемедицинских мероприятий Службы медицины катастроф, ориентированных на оказание помощи большим группам пострадавших.

Опыт ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, накопленный в медицине катастроф, позволяет считать, что основными принципами организации эффективной психолого-психиатрической помощи при ЧС являются:

- приближение психиатрической помощи к очагу поражения;
- обязательность адекватной сортировки;
- обязательность психиатрической помощи пораженным хирургического и терапевтического профиля;
- преемственность и последовательность в оказании психиатрической помощи;
- комплексность проведения лечебных и организационных мероприятий.

Психиатрическая помощь пострадавшим в ЧС осуществляется в настоящее время специалистами бригад специализированной медицинской помощи психиатрического профиля, которые являются функциональными организационными структурами, формирующимися на базе службы медицины катастроф на федеральном, региональном и территориальном уровнях.

Для осуществления задач психиатрии катастроф, в структуре Областного Центра медицины катастроф созданы штатные специализированные психиатрические бригады скорой медицинской помощи.

### 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 1.1. Психиатрическая бригада специализированной медицинской помощи (БСМП) является штатным мобильным формированием Центра медицины катастроф и предназначена для организации и оказания специализированной помощи пострадавшим с острыми реактивными психозами, а также другими психическими расстройствами в чрезвычайных ситуациях.
- 1.2. Психиатрическая бригада формируется органами управления здравоохранения на базе областной психиатрической больницы.

1.3. В режимах повседневной деятельности и повышенной готовности психиатрическая бригада подчиняется руководителю учреждения-формирователя и находится в оперативном подчинении директора Областного Центра медицины катастроф.

В режиме ЧС общее руководство деятельностью бригады возлагается на областной Центр медицины катастроф.

- 1.4. В состав психиатрической бригады входят:
  - руководитель бригады (врач-психиатр) — 1,
  - врач-психиатр — 1,
  - врач-психофизиолог — 1,
  - медицинская сестра — 2.
- 1.5. Назначение и изменение личного состава бригады осуществляется приказами руководителя учреждения-формирователя.
- 1.6. Обеспечение бригады медицинским, санитарно-хозяйственным и специальным имуществом проводится учреждением-формирователем по принципу приоритетного обеспечения, согласно табеля оснащения.
- 1.7. Доставка бригады к месту работы при возникновении ЧС осуществляется транспортом учреждения-формирователя.

### 2. ЗАДАЧИ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ БСМП

- 2.1. В режиме повседневной деятельности на БСМП психиатрического профиля возлагается поддержание постоянной готовности к работе в чрезвычайных ситуациях путем совершенствования теоретических знаний и практических навыков по оказанию всех видов психиатрической помощи и лечению пострадавших с острыми реактивными психозами.
- 2.2. В режиме чрезвычайной ситуации — организация и оказание квалифицированной специализированной медицинской помощи пострадавшим, в том числе:
  - организация и проведение медицинской сортировки пострадавших;
  - организация оказания первой врачебной помощи в очаге стихийных бедствий, аварий и катастроф;
  - организация квалифицированной специализированной медицинской помощи в специализированном лечебном учреждении;
  - оказание консультативно-методической помощи другим отделениям.



### 3. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ

- 3.1. В объем медицинской помощи психиатрической БСМП пострадавшим с выраженными психическими расстройствами входят следующие мероприятия:
- дифференциально-диагностическая оценка психических расстройств;
  - купирование реактивных состояний в очаге;
  - эвакуация больных с реактивными психозами и выраженными невротическими расстройствами;
  - лечение больных с невротическими расстройствами до их эвакуации;
  - лечение пострадавших в ЛПУ и специализированных медицинских учреждениях;
  - профилактика невротических, астенических, психосоматических расстройств среди пострадавших, их родственников, персонала аварийно-спасательных формирований.

### 4. ОБЯЗАННОСТИ РУКОВОДИТЕЛЯ УЧРЕЖДЕНИЯ-ФОРМИРОВАТЕЛЯ

Руководитель учреждения-формирователя несет прямую ответственность за формирование БСМП и их готовность к выполнению возложенных на них задач.

Руководитель учреждения-формирователя обязан:

- 4.1. Укомплектовать БСМП специалистами.
- 4.2. Обеспечить БСМП транспортом, табельным имуществом и определить порядок его хранения и обновления.
- 4.3. Организовать оповещение специалистов БСМП, их сбор при получении указания Центра медицины катастроф, доставку БСМП в пункт сбора для отправки в район ЧС.
- 4.4. Организовывать специальную подготовку персонала БСМП и их аттестацию.
- 4.5. Контролировать рациональное использование и учет рабочего времени персонала БСМП.

### 5. ОБЯЗАННОСТИ ЛИЧНОГО СОСТАВА ПСИХИАТРИЧЕСКИХ БСМП

- 5.1. Руководитель бригады назначается приказом главного врача учреждения-формирователя, по согласованию с руководством областного Центра медицины катастроф, из числа высококвалифицированных специалистов, имеющих опыт организаторской работы. Руководитель БСМП обязан:
- организовать специальную подготовку медицинского персонала и поддерживать бри-

гаду в постоянной готовности к работе в чрезвычайных ситуациях;

- обеспечить своевременное и полное получение табельного имущества бригады и подготовку его к работе;
- оказывать консультативно-методическую помощь специалистам лечебно-профилактических учреждений в районе ЧС.

#### 5.2. Специалисты бригады подчиняются руководителю бригады.

Специалисты бригады обязаны:

- совершенствовать навыки работы в составе бригады;
- принимать участие в проведении медицинской сортировки, организации психиатрической помощи и организации эвакуации пораженных;
- осуществлять организационно-методическую помощь специалистам лечебно-профилактических учреждений в районе ЧС.

Создание таких бригад позволяет выдвигать силы и средства возможно ближе к очагу поражения при массовых санитарных потерях, оперативно решать вопросы их усиления, оказывать квалифицированную, с элементами специализированной, помощь в наиболее ранние сроки, ориентироваться в структуре психических нарушений и психолого-психиатрических последствий ЧС, обеспечивать непрерывность и преемственность лечебно-профилактических мероприятий на всех уровнях.

Общие цели и задачи психиатрической помощи в очаге ЧС:

- выявление пострадавших, находящихся в остром психотическом состоянии и в состоянии психомоторного возбуждения;
- предупреждение панических реакций и агрессивных форм поведения, т.е. принятие мер по «управлению хаосом»;
- купирование острой психотической симптоматики;
- медицинская сортировка;
- подготовка пострадавших к эвакуации из очага поражения.

Поставленные задачи решаются в ЧС поэтапно либо одновременно на четырех уровнях.

1. *Оказание первой медицинской помощи* — включает выявление пострадавших, находящихся в остром психотическом состоянии и в состоянии психомоторного возбуждения, и организацию эвакуации их из очага поражения, предупреждение панических реакций и агрессивных форм поведения.

Обеспечивается специалистами БСМП ОЦМК и спасателями аварийно-спасательных формирований.

2. *Оказание первой врачебной помощи* — состоит в купировании острой психотической сим-



птоматики, медицинской сортировке и подготовке пострадавших к эвакуации из очага поражения.

Эвакуацию пострадавших, находящихся в психомоторном возбуждении, необходимо осуществлять санитарным транспортом в положении лежа и обязательно с сопровождающим (пострадавшие с психогениями отрицательно реагируют на меры стеснения, поэтому использовать их надо только в случаях крайней необходимости). Для снятия чрезмерного возбуждения используют в/м инъекции успокаивающих средств (аминазин, тизерцин, феназепам, диазепам). Инъекции, при необходимости, повторяют 2-3 раза в сутки и обязательно производят за 20-30 минут пред эвакуацией в стационар.

Все лица с нарушением сознания, мышления, с двигательным беспокойством, выраженной депрессией, после оказания первой врачебной помощи, подлежат направлению в психоневрологический стационар, с использованием специального санитарного транспорта в сопровождении медицинского персонала, обеспеченного необходимыми медикаментами.

При сочетанной травме, в зависимости от тяжести полученных повреждений, пострадавшие эвакуируются в профильный стационар после оказания им необходимой помощи, направленной на ликвидацию (или профилактику) нервно-психических нарушений.

Обеспечивается врачами психиатрической бригады и других бригад специализированной медицинской помощи ОЦМК.

3. *Оказание квалифицированной помощи с элементами специализированной* в очаге поражения или у очага поражения при массовом поступлении пострадавших включает в себя установление точного диагноза, объективную оценку возникающих реакций и состояний, прогнозирование возможного развития психических нарушений в период ЧС, проведение квалифицированной сортировки с распределением всех пострадавших по группам и оказание им адекватной помощи. Установление диагноза и квалифицированная сортировка являются важными элементами данного ви-

да помощи, т.к. при этом закладывается основа для эффективного лечения, успешной реабилитации и предупреждения ближайших и отдаленных психических последствий ЧС.

В первую очередь, помощь оказывается лицам, представляющим опасность для себя и окружающих. Это пораженные с нарушениями сознания, грубой дезорганизацией мышления, с невозможностью установления с ними вербального контакта, с выраженным психомоторным возбуждением, либо ступором, т.е. все те, кто находится в остром психотическом состоянии.

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

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

Обеспечивается врачами-психиатрами психиатрических бригад СМК.

4. *Оказание испытывающей специализированной помощи* в лечебных учреждениях системы психиатрической помощи населению — предусматривает лечение, реабилитацию, психологическую, социальную и трудовую адаптацию пострадавших.

Обеспечивается врачами-психиатрами, психотерапевтами Областной психиатрической больницы, городских психиатрических больниц.

Из всего выше сказанного следует, что принципиальной установкой в очагах поражения должно быть оказание психолого-психиатрической помощи основной массе пострадавших. Учитывая, что даже в обычной обстановке распространенность психических заболеваний среди населения находится на довольно высоком уровне, при организации этапного лечения не следует забывать официальных рекомендаций Минздрава России об оказании психиатрической помощи на всех этапах медицинской эвакуации, что в большинстве случаев позволяет купировать острые стрессовые состояния.



## ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ОЖГОВОЙ БРИГАДЫ ПОСТОЯННОЙ ГОТОВНОСТИ ОБЛАСТНОГО ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ В УСЛОВИЯХ ЧС

В последние два года распространенность ожогов в России вновь начала нарастать и составила, в среднем, 294,2 случая на 10 тысяч населения. В Кемеровской области, из-за насыщенности промышленными предприятиями, этот показатель оказался выше — 337 случаев на 10 тысяч населения. Создание в системе здравоохранения службы медицины катастроф и организация бригад постоянной готовности позволило организовать помощь пострадавшим с термическими поражениями на новом уровне.

Сформированная на базе ожогового отделения городской больницы № 2 бригада оснащена всем необходимым для оказания помощи пострадавшим уже в ближайшие 2 часа после ЧС. Квалифицированные кадры находятся на постоянном дежурстве и состоят из врачей комбустиологов, реаниматологов и эндоскопистов, операционных и медицинских сестер. По распоряжению оперативного дежурного Центра, бригада собирается в отделении и готовится к приему пострадавших. Часть бригады выдвигается на транспорте лечебного учреждения в очаг, где немедленно приступает к сортировке пострадавших и оказанию помощи, при этом пострадавшие делятся на 4 группы:

1. К первой группе относятся пострадавшие с поражениями, явно несовместимыми с жизнью, и безнадёжным прогнозом. Им проводится сострадательная терапия, и они выводятся в последнюю очередь.
2. Ко второй группе относятся лица с травмами, прогноз которых относительно неблагоприятен или сомнителен, но есть надежда их спасти. Это лица с ожогами от 20 до 40 % поверхности тела, с явлениями ожогового шока тяжелой степени. Они эвакуируются в первую очередь, но с обязательным проведением во время транспортировки интенсивной протившоковой терапии, объем которой рассчитывается по формуле Паркланда.

3. В третью группу, в любых условиях подлежащих эвакуации в первую очередь, включают пострадавших с ожогами на общей площади от 10 до 20 % поверхности тела, шоком легкой или средней тяжести или подозрением на него. Оказание помощи им можно отложить до прибытия в отделение специализированной помощи, перед транспортировкой им вводятся обезболивающие препараты, утоляется жажда.

4. И, наконец, к четвертой группе следует отнести пострадавших, сохранивших способность к ходьбе и самообслуживанию, с ожогами на ограниченной площади — до 10 %, явно не угрожающих развитием шока. Они подлежат эвакуации в третью очередь. Впрочем, если их много и они мешают в оказании помощи более тяжелым больным, есть смысл отправить их транспортом лечебного учреждения в первую очередь.

На следующем этапе, в ожоговом отделении, лечение пострадавших продолжается. Приоритетными задачами этого этапа являются:

- оценка тяжести состояния обожженных с определением глубины и площади поражения;
- проведение полного клинического и лабораторного обследования;
- непрерывное круглосуточное осуществление инфузионной программы;
- обеспечение условий для формирования сухого некротического струпа на ожоговой ране;
- осуществление активного хирургического лечения пораженных;
- диспансеризация обожженных;
- проведение комплексного восстановительного лечения.

Соблюдение указанных стандартов, сокращение этапов до двух, применено нами при оказании помощи шахтерам, пострадавшим при взрыве метана на шахте «Таежная», что позволило сохранить жизнь и трудоспособность большей части пострадавших.



ШЕРИНА Е.Н.

*МУ Центр психолого-педагогической помощи населению,  
г. Ленинск-Кузнецкий*

## ИССЛЕДОВАНИЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ ШАХТЕРОВ В СВЯЗИ С ЭКСТРЕМАЛЬНЫМИ СИТУАЦИЯМИ НА ШАХТАХ

**Ш**ахтерский труд является в нашем регионе самым заслуженным, и, в основном, именно работа шахт поддерживает жизнь города. Однако существует немало социально-экономических проблем, связанных с этой категорией граждан.

Вот некоторые цифры. Из 112600 (ста две-надцати тысяч шестисот) жителей города каждый пятый — бывший шахтер.

Из 7000 пенсионеров-шахтеров, пенсия для которых наступает в 45-50 лет, 70 % еще трудоспособных мужчин не могут найти себе работу. Многие пенсионеры-шахтеры утратили здоровье на производстве, и возможность полноценной жизни для них составляет одну из проблем города.

Одной из особенностей труда шахтеров является повышенный риск, связанный с авариями на шахтах. Чрезвычайные ситуации, произошедшие в этом году на шахтах Кемеровской области, показали, насколько важной является экстренная помощь квалифицированных специалистов-психологов.

Поэтому проблемы этой категории граждан не могли не оказаться в центре внимания специалистов нашего Центра. Чтобы получить достоверную информацию о том, какие вопросы более всего волнуют шахтеров, и чтобы помощь, оказываемая им, была наиболее эффективной, сотрудники Центра психолого-педагогической помощи населению подготовили и провели социологический опрос, позволяющий выявить специфику социально-психологических проблем шахтеров.

Опрос проходил в два этапа. Первый этап заключался в предварительном анкетировании шахтеров. Была разработана анкета и проведен опрос. В нем участвовало 80 человек, работающих на трех шахтах города: шахте им. Кирова, «Комсомолец» и «Егозовская». В рабочую смену, перед спуском и после подъема, бригадам из 10-12 человек предлагалось ответить на вопросы анкеты. В том числе, анкеты были распространены и среди не работающих шахтеров пенсионного возраста.

Были получены следующие результаты. На вопрос «Что необходимо сделать для того, чтобы Вы чувствовали наибольшее внимание к Вам и Вашим проблемам?» 56 % респондентов ответили, что для этого необходимо: «Улучшить работу учреждений и организаций, осуществляющих ме-

ры по социальной защите шахтеров» и «Создать активную, реально работающую общественную организацию, которая смогла бы отстаивать права и льготы шахтеров». Это были два наиболее часто встречающихся ответа. На вопрос, какие именно проблемы волнуют шахтеров, 44 % респондентов ответили, что они нуждаются в санаторно-курортном лечении, 35 % — в улучшении жилищных условий, 29 % — в оказании медицинской помощи и 12 % — в материальной поддержке. Так же, 25 % респондентов отметили, что они нуждаются в психологической помощи.

По результатам первого этапа социологического опроса, с помощью экспертов проекта ТА-СИС, была составлена новая анкета, в которую вошли вопросы, охватывающие социальное и психологическое самочувствие людей, работающих на шахтах города; оценку состояния здоровья; социальные гарантии; самоопределение шахтеров после выхода на пенсию; необходимость социально-психологической поддержки, наличия «горячей линии» для шахтеров; участие в общественных организациях; представление самих шахтеров о чрезвычайных ситуациях на шахтах. Таким образом, в анкету, предъявленную на втором этапе опроса, были внесены дополнительные разделы, и она была более конкретизирована.

Всего в исследовании приняли участие 405 человек. Опрос проводился на 5 шахтах города. Были задействованы все специалисты Центра.

Получены следующие результаты: из 405 опрошенных, почти 80 % составили мужчины и около 20 % — женщины; 30 % мужчин пенсионного возраста продолжают работать на шахтах. Вырос уровень образования руководителей на шахтах. Руководители со стажем работы 10-25 лет имеют высшее образование только в 50 % случаев; остальные — средне-техническое профессиональное образование. Но среди молодых руководителей высшее образование имеют уже 75 % мужчин. Среди женщин, работающих на шахтах, 17 % имеют высшее образование и занимают, в основном, должности экономистов, маркшейдеров, а также ламповщиц и операторов стиральных машин.

Что касается отношения к своему здоровью, женщины меньше довольны состоянием своего здоровья. Подземные рабочие более вниматель-





ны к своему здоровью, чем руководители, что подтверждается анализом обращений к врачу — 50 % проходчиков регулярно обращаются с теми или иными проблемами к врачам.

На вопрос «Что планируете делать после выхода на пенсию?», 66 % мужчин и 73 % женщин ответили «продолжить работу». Основным мотивом продолжения работы является материальный.

Чтобы выяснить, на кого ложится основная нагрузка по материальному обеспечению семьи, был задан вопрос о количестве работающих в семье. На шахтах 26 % семей, где единственным работающим является женщина; 70 % из них имеют иждивенцев. Эти женщины сталкиваются с проблемами материальными, психологическими, воспитания детей. Семьи, где единственным работающим является мужчина, составили 38 %. Из них, 42 % не имеют иждивенцев, но нам удалось выявить семьи, где на одного работающего мужчину приходится от 4 до 6 иждивенцев.

Для выяснения особенностей профессиональной деятельности шахтеров, был задан вопрос о том, что они понимают под экстремальной ситуацией на шахте. По мнению женщин, для них самым страшным следствием экстремальной ситуации на шахте является гибель людей. Руководители видят больше потенциальных проблем и последствий сложившихся ситуаций (таблица).

**Таблица**  
**Чрезвычайное происшествие на шахте**

| Ситуации                 | Проходчики | Руководители |
|--------------------------|------------|--------------|
| Авария, взрыв            | 61 %       | 52 %         |
| Материальные затруднения | 18 %       | 15 %         |
| Затрудняюсь ответить     | 12 %       | 3 %          |
| Выброс газа              | 5 %        | 5 %          |
| Опасность травмы, травма | 3 %        | 12 %         |
| Пожар                    | 1 %        | 8 %          |
| Потеря работы            | -          | 5 %          |
| Отключение энергии       | -          | 2 %          |

В 61 % случаев опрошенные считают экстремальной ситуацией на шахтах аварию, взрыв, пожар; в 18 % — материальные затруднения. Руководители в 5 % случаев понимают под экстремальной ситуацией потерю работы.

Одним из наиболее важных составляющих профессиональной деятельности для мужчин является материальный фактор. Но не только задержки и невыплаты зарплаты, но и проблемы, связанные с обеспечением путевками и спецодеждой.

Оценивая условия проживания, мужчины менее требовательны и прихотливы, чем женщины. Среди мужчин, оценивающих условия проживания как плохие, 27 % занимают руководящие должности.

Женщины и мужчины демонстрируют единство мнений по поводу участия в общественных организациях. 78 % женщин и 76 % мужчин не понимают роли общественных организаций. Хотят участвовать в работе общественных объединений лишь 22 % женщин и 24 % мужчин.

Отношение и женщин и мужчин к наличию «горячей линии» (телефона доверия) также совпало. Нуждаются в телефоне доверия 80 % мужчин и 94 % женщин. Большинство мужчин и женщин (74 %) считают желательным и необходимым наличие такой линии.

Такая же тенденция сохраняется и по отношению к наличию психолога на предприятии: 60 % мужчин и 80 % женщин положительно относятся к наличию психолога на предприятии.

Таким образом, анализ 2-х социологических опросов позволяет сделать следующие выводы:

1. Шахтеров волнуют проблемы материальной обеспеченности; это, очевидно, связано с большим количеством иждивенцев в их семьях; 33 % респондентов рассматривают невыплату или задержку заработной платы экстремальной ситуацией на шахте.
2. Опрошенные предлагают улучшить работу учреждений и организаций, осуществляющих меры по социальной защите шахтеров. Как один из вариантов повышения внимания к своим проблемам, шахтеры выбирают создание активной, реально работающей общественной организации, однако не видят своего участия в ее работе.
3. Совершенно необходимыми представляются для шахтеров введение должности психолога на шахте, создание «горячей линии» и телефона доверия.
4. Полученные данные требуют от психологов совершенствования форм работы по оказанию социально-психологической помощи шахтерам и предъявляют новые требования к деятельности психологов Центра.

Предложением нашего Центра является создание бригад чрезвычайного реагирования, которые могли бы оказывать экстренную психологическую помощь во время чрезвычайных происшествий на шахтах, участие в создании «горячей линии» и телефона доверия, а также организация на шахтах работы психологов, в которых нуждаются шахтеры.





ШИРЯЕВ Г.П., БОНДАРЕВ В.Г., АБРОСИМОВ В.Д.  
*МУЗ Клиническая психиатрическая больница № 12,  
г. Новокузнецк*

## ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ МЕЖВЕДОМСТВЕННЫМИ БРИГАДАМИ

**Ч**резвычайные ситуации (ЧС) и события, включая войны, акты террора, стихийные бедствия, техногенные катастрофы, становятся уделом большого числа людей, и приводят к возникновению психических расстройств. В докладе ВОЗ «О состоянии здравоохранения в мире в 2001 г.» отмечено, что «от одной трети до половины всех пострадавших людей, в итоге, страдают от психического дистресса».

По прогнозам различных исследователей, тенденции к уменьшению ЧС в ближайшее десятилетие не намечается. Стрессовые события или пролонгированная тяжелая психотравма являются основным причинным фактором возникновения психических расстройств. В эту категорию расстройств включаются острые реакции на тяжелый стресс и расстройства адаптации во всех возрастных группах, а также посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), симптомы которого также можно рассматривать как нарушение адаптации, ведущее к неадекватному социальному функционированию.

К патологическим реакциям острого периода (от нескольких часов до 2-3 дней) относят аффективно-шоковые реакции с элементами ступора или гиперактивностью с изменением сознания вплоть до глубокого оглушения, острые тревожно-фобические состояния со сложными психологическими феноменами, зависящими от типа личности.

Острый постстрессовый период практически совпадает с фазой спасения пострадавших. В этот период особое значение представляют безошибочная оценка психического состояния пострадавших, оказание неотложной психиатрической помощи (психофармакотерапия) и рекомендации для последующей эвакуации.

По миновании острого периода, необходимо подключение специалистов-психологов и социальных работников для совместного решения вопросов адаптации личности в новых постстрессовых обстоятельствах. Успешность и своевременность помощи названных специалистов во многом опре-

деляет саму возможность развития ПТСР, как отставленную во времени затяжную реакцию на исключительно угрожающее, катастрофическое событие, а при его развитии — придаст ПТСР клинически менее выраженный характер.

Уже при таком схематичном отображении порядка оказания помощи пострадавшим при ЧС, просматривается необходимость включения специалистов разных ведомств в эту работу на ранних этапах. Идея «бригадного» оказания помощи не нова, она широко внедряется в большой психиатрии экономически благополучных стран. Но если бригадное обслуживание психически больных в России для большинства психиатрических клиник — дело отдаленного будущего, то оказание urgentной медико-психолого-социальной помощи при ЧС уже сегодня представляется нам по силам.

У нас есть небольшой опыт оказания психолого-психиатрической помощи пострадавшим и их семьям при взрыве на шахте Зыряновской (1998 г.) и пострадавшим от внезапного наводнения в поселке Малышев Лог (2004 г.). Этот опыт дает возможность предложить следующее. Под эгидой региональных или крупных городских управлений МЧС следует создать межведомственные специализированные бригады медико-психолого-социальной помощи, в состав которых вошли бы психиатры, социальные и медицинские психологи, специалисты службы социальной защиты с достаточными полномочиями. Специалисты бригад должны получить соответствующее обучение по неотложной психиатрической и психологической помощи пострадавшим на семинарах и практических занятиях в обстановке, способствующей срабатываемости и сплоченности членов бригады. Отбор спасателей, их высокая медико-психологическая подготовка к стрессу, могли бы быть одной из функций специалистов бригады. По-видимому, целесообразно обучение спасателей психологическим приемам и, на доступном уровне, отдельным вопросам организации психолого-психиатрической помощи.



ШПИЛЯНСКИЙ Э.М.  
МУ Управление здравоохранения администрации,  
г. Кемерово

## ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИЧЕСКИМИ ТРАВМАМИ

В 2003 году сотрудниками Института социально-экономических проблем в здравоохранении был проведен анализ экономической эффективности внедрения многоэтапной дифференцированной медицинской помощи в условиях многоуровневой системы, в рамках программы госгарантий, в трех муниципальных больницах Кузбасса (больницы № 1 и № 29 г. Новокузнецка, больница № 2 г. Кемерово) за период 2001-2003 гг.

Согласно полученным данным, затраты на стационарное лечение в больницах г. Новокузнецка снизились на 15-22 %, в отделении термической травмы (имеет статус областного ожогового центра) Кемеровской городской клинической больницы № 2 затраты увеличились на 13,2-28 %. Такой результат объяснили тяжестью ожоговой болезни, сложностью и длительностью ее лечения, высокой летальностью и значительной инвалидизацией госпитализированных пациентов.

Однако итог работы стабильного коллектива, высококвалифицированных специалистов, постоянно работающих над повышением качества медицинской помощи, внедрением новейших технологий лечения термических травм, заставил глубоко изучить причины имевшего место дефицита финансовых ресурсов на фоне эффективно зарекомендовавших себя организационных технологий.

Ежегодно в ожоговый центр поступает более 700 пациентов из Кузбасса, других регионов России и ближнего зарубежья. Анализ медицинских карт больных с термическими травмами за 1995-2003 гг. позволил прийти к выводу, что эффективно работающая в городе многоуровневая система оказания медицинской помощи с ее маршрутами (коррекция неотложных состояний — интенсивное лечение — круглосуточное пребывание — дневной стационар — стационар на дому — амбулаторное лечение) имеет здесь свою специфическую особенность.

Причин много, но одна из главных, которая стала настоящим бедствием для медицинского персонала — это пьянство. Пациенты, поступающие в центр в состоянии алкогольного опьянения, составляют 10,6-11,5 % от всех госпитализированных. 80 % из них — лица трудоспособного возраста, мужчин в 4 раза больше, чем женщин, 39,5-48,2 % не работают, 58 % живут в ветхих неотапливаемых жилищах, коммунальных кварти-

рах, общежитиях, бараках, или вообще не имеют постоянного места жительства, у некоторых нет паспорта, полиса медицинского страхования.

Круглосуточный стационар — это единственное место их жизнеобеспечения. Большинство из «алкогольных пациентов» задерживается здесь надолго. В 2003 году длительность пребывания больного на койке в среднем по городу составила 11,8 дней, по больнице № 2 — 11,1 дней, в ожоговом центре — 21,4 дней, «алкогольные пациенты» занимали койку 26,2 дней. Высока «алкогольная смертность». В 2003 г. летальность по городу составила 2,1 %, в больнице — 2,2 %, в отделении термической травмы — 8,7 %, среди «алкогольных пациентов» — 38,8 %.

Ожоговая койка — самая дорогостоящая. Средняя стоимость 1-го койко-дня в стационарах города составляет 490 руб., в больнице № 2 — 548 руб., в отделении термической травмы — 576 руб.; общая стоимость лечения одного отмороженного — 15888,9 руб., одного обожженного — 21976,8 руб. По данным экономической службы больницы, от средств, затраченных на содержание всех хирургических отделений, 62 % идет на обеспечение ожогового центра, 75 % всех инфузионных сред (кровь, кровезаменители) расходуется для лечения больных с термическими травмами. 85-90 % «алкогольных пациентов» доставляются в центр скорой медицинской помощью. Средняя стоимость вызова «скорой» — 382 руб., вызова бригады к обожженному или отмороженному больному — 530 руб.

Выписавшись из больницы, не имея близких, родственников, благоустроенного жилья, средств к существованию, многие из «алкогольных пациентов» вновь возвращаются на больничную койку с гнойными осложнениями, рубцовыми контрактурами и деформациями, необратимыми изменениями костно-суставного аппарата. И опять длительное дорогостоящее лечение, пожизненная инвалидность или смерть.

Эта «алкогольная проблема» стала предметом консультаций работников управления здравоохранения с учеными Института социально-экономических проблем в здравоохранении, ведущими специалистами Ожогового центра, Наркологического диспансера, Управления социальной защиты населения, Больницы восстановительного лечения, Станции скорой медицинской помощи, Городской больничной кассы «Кемерово». Вывод участников консультаций однозначен: полный



курс лечения и реабилитации этих пациентов должен осуществляться в госпитальных условиях. Необходима модель, совмещающая лечение и реабилитацию реконвалесцентов, эффективная с медицинской, социальной и экономической точек зрения.

Так родился пилотный проект использования ожоговой койки в нескольких направлениях. Для этого в ожоговый центр к конкретному больному будут приглашены специалисты из соответствующих лечебно-профилактических учреждений города.

Реабилитологи займутся восстановлением функций пораженных органов. Психологи помогут адаптироваться в сложившейся сложной жизненной ситуации. Необходимую помощь пострадавшим окажут социальные работники — с 5 ноября 2003 г. действует совместный приказ Управления здравоохранения и Управления социальной защиты населения Администрации г. Кемерово о взаимодействии при работе с пациентами, находящимися на стационарном лечении и нуждающимися в социальном уходе и жизнеустройстве после выписки из стационара. Наркологи, с согласия пациентов, проведут свой курс специальной терапии. Они считают, что это возможно, так как пациенты с термической

травмой проходят длительный курс лечения и реабилитации. На больничной койке у них «вынужденная трезвость». Это тот случай, когда «боль может стать импульсом к спасению, может заставить человека задуматься о своем будущем, о своей жизни» (С. Храмов /Мед. газета. — 2004. — № 51).

Изучив предложения специалистов, сотрудники Института социально-экономических проблем в здравоохранении приступили к разработке соответствующих алгоритмов для всех участников проекта.

Таким образом, учитывая специфику патологических состояний пациентов с термическими травмами, будет дан новый импульс для дальнейшего развития многоуровневой системы оказания медицинской помощи, что позволит повысить эффективность лечения и реабилитации попавших в беду людей, требующих нестандартного подхода к решению их проблем, и эффективно использовать ресурсы здравоохранения.

Поставлена сложная задача — надо сформировать команду единомышленников. Руководству больницы № 2 и врачам-комбустиологам, несмотря на имеющиеся трудности, предстоит создать необходимые условия для работы всем участникам эксперимента.



## СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ТЯЖЕЛЫМИ ТЕРМИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ

Более 700 пациентов из г. Кемерово, Кемеровской области, других регионов России и ближнего зарубежья ежегодно поступают в отделение термических поражений при Городской клинической больнице № 2, получившее статус Областного ожогового центра.

Над повышением качества медицинской помощи этим пострадавшим постоянно работает персонал центра. Стационар оснащен современным медицинским оборудованием и аппаратурой. На базе Центра функционирует комбустиологическая бригада, имеющая все необходимое для оказания первой помощи. Стабилен и высоко профессионален состав врачебных и сестринских кадров.

Диагностическая, лечебная, научно-исследовательская работа ведется совместно с кафедрой общей хирургии Кемеровской государственной медицинской академии. Это позволяет внедрять современные эффективные технологии лечения термических травм:

- продолжается освоение метода трансплантации клеточных культур фибробластов, что дает уменьшение смертности, в первую очередь, детей;
- начата работа по применению клеточных культур для закрытия обширных раневых поверхностей;
- широко применяется ауто- и гомопластика для восстановления целостности кожных покровов и т.д.

В 2003 году Метод применения культивированных клеток человека для хирургического лечения глубоких ожогов удостоен Диплома I-й степени Международной медицинской выставки-ярмарки «Мединтекс».

Сегодня спасают больных, тяжесть травм которых еще 2-3 года назад была несовместима с жизнью. В то же время, основные показатели, по которым оценивается качество медицинской помощи, не удовлетворяют врачей-комбустиологов. На результат их деятельности — уровень инвалидности и смертности, эффективную работу койки, экономические показатели — значительный негативный отпечаток накладывает употребление пациентами алкоголя и наркотиков (табл. 1).

В последние годы отмечается утяжеление ожогового травматизма, отсюда — увеличение

Таблица 1  
Число больных, поступивших в Центр

| Год  | Всего | В т.ч. в состоянии алкогольного опьянения |      |
|------|-------|-------------------------------------------|------|
|      |       | Абс.                                      | %    |
| 2000 | 717   | 76                                        | 10,6 |
| 2001 | 664   | 69                                        | 10,4 |
| 2002 | 726   | 83                                        | 11,4 |
| 2003 | 769   | 85                                        | 11,0 |

сроков лечения. В 2003 году длительность пребывания больного на койке по больнице составила 11,1 дней, в ожоговом центре — 21,4 дней. Пациенты, доставленные в состоянии алкогольного опьянения, занимали койку 26,2 дней.

Менее суток провели в отделении 12 пораженных — все умерли; 10 суток — 2 человека, двое не выжили; до 20 суток — 24 больных, 12 из них похоронили; до 3-х суток — 13 травмированных, трое скончались (табл. 2). От 30 до 100 суток находились на больничной койке 30 пострадавших, 7 из них спасти не удалось. 240 дней боролись врачи за жизнь 28-летнего мужчины, получившего ожог во время пожара (85 % площади тела) в состоянии сильного алкогольного опьянения. Спасти жизнь молодому человеку не удалось.

Таблица 2  
Число больных, умерших в Центре

| Год  | Всего |               | В состоянии алкогольного опьянения |               |
|------|-------|---------------|------------------------------------|---------------|
|      | Абс.  | % летальности | Абс.                               | % летальности |
| 2000 | 59    | 8,0           | 18                                 | 30,5          |
| 2001 | 50    | 7,5           | 19                                 | 38,0          |
| 2002 | 62    | 8,6           | 21                                 | 33,9          |
| 2003 | 67    | 8,7           | 26                                 | 38,8          |

В состоянии алкогольного опьянения пациенты получают ожоги и отморожения при разных обстоятельствах. Бытовые травмы составляют 90-95 % от всех термических поражений. Как правило, 35-40 % приходится на отморожения: «найден в не отапливаемом помещении или на улице...»; «уснул на снегу...»; «избит хулиганами и доставлен с черепно-мозговой травмой...».

Травмы от ожогов пламенем составляют 40-45 %: «тушил пожар...»; «в пьяной ссоре сосед облил бензином и поджог...»; «уснул с непога-



щенной сигаретой...»; «уснул у костра на мусорной свалке...».

От ожогов горячей жидкостью страдают 10-15 % пациентов: «облил себя и детей кипятком...»; «опрокинул на себя кастрюлю с супом...»; «упал в колодец с горячей водой...».

Контактные ожоги становятся причиной 5-10 % тяжелых термических травм: «упал на раскаленную печь...»; «уснул в тепловом колодце у горячей трубы...».

Из-за игнорирования правил пользования электричеством, химикатами получают ожоги 3-5 % больных.

Обстоятельства «алкогольного травматизма» дают картину социального состава пациентов.

Показатели 2003 года:

Мужчин — 68 человек (78,8 %), женщин — 17 человек (21,2 %).

Пациентов трудоспособного возраста — 68 человек (80,8 %).

Пациентов репродуктивного возраста — 40 человек (47,5 %).

Рабочих — 22 человека (25,8 %), служащих — 2 человека (2,3 %).

Пенсионеров, в том числе инвалидов — 13 человек (15,2 %).

Не работающих — 48 человек (56 %).

58 % пациентов проживают в коммунальных квартирах, разваливающихся частных домах, общежитиях и домах барачного типа.

За последние годы Администрациями области и города проведен комплекс мероприятий для улучшения социального положения людей без определенного места жительства, вынужденных переселенцев, беженцев, людей, живущих за чертой бедности: открыты муниципальные приюты, дома-интернаты для одиноких и престарелых граждан, инвалидов, людей, страдающих психоневрологическими заболеваниями. Организованы специальные стационары для «БОМЖей», разработана технологическая карта их лечения и социальной реабилитации.

Принятые меры дали возможность заметно сократить поступление этой категории лиц в лечебно-профилактические учреждения. Однако еще много людей проживают в области без документов, занимаются попрошайничеством, перебиваются случайными заработками. Как правило, именно эти люди становятся пациентами ожогового центра.

Известно, что эффективность лечения во многом зависит от участия, степени активности самого пациента в лечебном процессе. Это особенно важно за пределами больницы — последующий уход за пострадавшими имеет огромное значение для предупреждения их инвалидности и смертности. Но большинство из «алкогольных пациентов» вновь возвращаются в не отапливае-

мые дома, тепловые колодцы; за ними некому ухаживать; они не нужны даже ближайшим родственникам; они не имеют возможности приобрести лекарства, обеспечить хотя бы скудное питание; у них нет средств на транспортные расходы.

В результате, начинаются гнойные осложнения, образование рубцовых контрактур и деформаций, необратимые изменения костно-суставного аппарата, и вновь — больничная койка, длительное дорогостоящее лечение, пожизненная инвалидность или смерть.

В 2003 году «алкогольные пациенты» находились на лечении 2224 койко-дней.

**Таблица 3**  
**Стоимость лечения больных в Центре (руб.)**

| Год  | Стоимость 1 койко-дня | Стоимость лечения 1 отмороженного | Стоимость лечения 1 обожженного |
|------|-----------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| 2002 | 462,8                 | 13876,8                           | 19202,4                         |
| 2003 | 576,0                 | 15888,9                           | 21976,8                         |

90 % больных доставляются в центр Службой скорой медицинской помощи. Стоимость вызова комбустиологической бригады составляет 382 рубля. Общая стоимость лечения этих пациентов составила более 1,5 млн. рублей. В сложившейся ситуации врачи не задают себе вопрос, необходимый при оценке качества медицинской помощи: «Зачем мы делаем то, что делаем?».

На этот вопрос ответ дает Кодекс врачебной чести: «...задача медиков — гуманистическое служение человеку, независимо от обстоятельств, в силу которых человек становится нуждающимся в нашем участии и профессиональной помощи...».

Перед нами стоит извечный вопрос: «Что делать?».

Для 80 % таких пациентов эффективно работающая в области многоуровневая система оказания медицинской помощи с ее маршрутами (коррекции неотложных состояний — интенсивного лечения — круглосуточного пребывания — дневного стационара — стационара на дому — амбулаторного лечения) не применима. Их невозможно долечивать в амбулаторно-поликлинических условиях.

Необходима модель, совмещающая лечение и реабилитацию реконвалесцентов, эффективная с медицинской, социальной и экономической точек зрения.

Эта проблема стала предметом изучения и консультаций с учеными Института социальной гигиены и организации здравоохранения, ведущими специалистами Управления здравоохранения города, Ожогового центра, Наркологического диспансера, Службы социальной защиты, работниками правоохранительных органов.



Вывод однозначен: начало и завершение лечения и реабилитации этих пациентов должно осуществляться в госпитальных условиях.

В настоящее время начинается капитальный ремонт и реконструкция Ожогового центра, планируется организация отделения сестринского ухода и восстановительного лечения, закрепление за отделением социальных работников.

Наркологи проведут лечение этих людей от алкогольной и наркотической зависимости непосредственно в больнице.

Юристы помогут с оформлением необходимых документов — получение паспорта, полиса медицинского страхования, пенсионных дел.

Социальные работники займутся решением вопросов привлечения пациентов к посильной

трудовой деятельности, устройства в дома инвалидов и т.д.

Таким образом, многоуровневая многоэтапная система организации медицинской помощи получит новый ракурс дальнейшего развития, с учетом специфики патологических состояний пациентов с термическими травмами, а объединение усилий комбустиологов, наркологов и психологов с использованием одной и той же больничной койки для лечения нескольких видов патологии одновременно позволит более рационально использовать ресурсы здравоохранения и обеспечит повышение эффективности лечения и реабилитации попавших в беду людей, требующих нестандартного решения их проблем.







ЯНЕЦ И.С., ЛОПАТИН А.А., СОМОВА О.П.  
МУ Управление здравоохранения администрации города,  
Городской клинический наркологический диспансер,  
г. Кемерово

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ НА СТРЕССОВУЮ СИТУАЦИЮ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

**П**сихологические последствия травматического стресса в своем крайнем проявлении выражаются в посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР). В МКБ-10 ПТСР было впервые выделено в качестве самостоятельного расстройства, которое возникает как затяжная или отсроченная реакция на ситуации, сопряженные с серьезной угрозой жизни или здоровью (такие, как природные и техногенные катастрофы, боевые действия, пытки и т.д.), и могут возникать практически у любого человека.

Дети, являясь самой незащищенной и уязвимой частью населения, полностью зависят от взрослых. В то же время, они, также как и взрослые, часто попадают в условия различных катастроф. Известно (С.Л. Соловьева, 2003), что основными травмирующими факторами для них являются угроза здоровью и жизни, смерть близких, физические травмы. Помимо таких факторов, как угроза здоровью или жизни близкого или самого ребенка, важным травмирующим обстоятельством является ощущение ребенком своей беспомощности. Детям, перенесшим такую травму, в большинстве случаев свойственно наличие всех симптомов посттравматического стрессового расстройства (навязчивое воспроизведение травматической ситуации, избегание мест, связанных с травматическим событием, повышенная физиологическая возбудимость и нарушение функционирования).

Нами наблюдались 35 детей и подростков в возрасте 11-15 лет, уехавших в г. Сочи на отдых. После прибытия в пансионат, один из мальчиков, находившийся в группе, скоропостижно скончался в результате менингококковой инфекции. Сам факт неожиданной смерти оказался для всей группы тяжелым психотравмирующим фактором, так как известно, что когда ребенок сталкивается со смертью, она предстает перед ним с двух сторон: во-первых, он становится свидетелем смерти близкого человека, в данном случае, сверстника, во-вторых, осознает, что он сам смертен.

В связи со случившимся, в группе был объявлен карантин, включающий строгую изоляцию детей от других отдыхающих. Дети не имели права выходить за очерченную территорию, их отдельно кормили, не разрешали купаться и т.д.

Кроме того, владельцы пансионата вели себя неэтично, публично обвиняя детей в том, что

«они занесли заразу». Воспитатели были в состоянии паники, плакали, рыдали, тем самым, усиливая тревогу в группе.

Под влиянием сложившейся ситуации практически у всех детей возникло посттравматическое стрессовое расстройство. Наблюдались генерализация тревоги, страх заражения и смерти, плохой сон. Многие дети отказывались от приема пищи. В одних случаях это объяснялось боязнью занести заразу в организм вместе с пищей, в других — реакцией протеста: «Что я, не человек, после всех есть». Дети были угрюмы, разделились на подгруппы, между собой мало общались, и плохо контактировали с приехавшими из г. Кемерово врачами. Все настаивали на прерывании отдыха и выезде домой.

Особенное отношение в группе сложилось к мальчику, который проживал в одной комнате с умершим. Его считали заразным, избегали с ним общаться, пытались соблюдать территориальную дистанцию.

В связи с этим, у мальчика развилось депрессивное состояние, сочетающееся с реакциями протеста. Он демонстративно заходил в комнату умершего, подолгу там оставался, трогал оставшиеся вещи, был угрюм, не контактировал с врачами. После того, как были получены хорошие анализы, такое состояние сменилось на гипоманиакальное с раздражительностью. Неадекватно веселился, шутил, задирали всех, быстро раздражался. Не снимал темных очков.

После того, как было принято решение прервать отдых, психологический климат в группе изменился. Дети стали мягче, улучшился межличностный контакт, все деятельно готовилось к отъезду.

По прибытии в Кемерово, дети были обследованы инфекционистами, психологами и психиатрами. У 8 человек наблюдались нарушения сна, опасения, что у них может обнаружиться инфекция, эпизоды тревоги. У мальчика, который некоторое время находился в психической изоляции от группы, фон настроения был снижен, он по-прежнему носил темные очки, категорически отказывался говорить о переживаниях во время психотравмирующей ситуации на юге, хотя на другие темы беседовал охотно.

Детям, у которых были выявлены вышеописанные расстройства, проводились групповая и индивидуальная психотерапия, которая



---

была направлена на создание новой когнитивной модели жизнедеятельности и аффективную переоценку травматического опыта. Целью психотерапевтического лечения являлась помощь в освобождении от преследующих воспоминаний о прошлом и интерпретации последующих эмоциональных переживаний, как на-

поминаний о травме, а также в том, чтобы дети активно включались в настоящее.

Проведенный через месяц осмотр показал, что практически во всех случаях наблюдалось улучшение. Только у трех пациентов оставалось неустойчивым настроение и наблюдались эпизодические нарушения сна.





## ОГЛАВЛЕНИЕ

|                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Бакулин В.С.</i><br>ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ<br>ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ, ВОЗНИКШЕЙ<br>В ХОДЕ ОТДЫХА ДЕТЕЙ В САНАТОРИИ<br>«АВРОРА» Г. СОЧИ .....5                                           | <i>Кириченко И.Ю.</i><br>РЕКОМЕНДАЦИИ<br>ДЛЯ СПАСАТЕЛЕЙ,<br>ВЫПОЛНЯЮЩИХ<br>СЛУЖЕБНЫЕ ЗАДАЧИ<br>ПО ЛИКВИДАЦИИ ЧС .....31                                                                                                                                                |
| <i>Волыкова М.А., Кокорина Н.П.</i><br>ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА<br>У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ПРОХОДИВШИХ<br>СЛУЖБУ В УСЛОВИЯХ ЛОКАЛЬНЫХ ВОЙН .....6                                             | <i>Кокорина Н.П., Лопатин А.А., Шевцова М.А.</i><br>ДЕКОМПЕНСАЦИИ<br>У ПСИХОПАТИЧЕСКИХ<br>ЛИЧНОСТЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ<br>ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ .....34                                                                                                                |
| <i>Галеев И.К., Цитко А.А., Гребенкина Н.А.</i><br>ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ<br>ПОМОЩИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМУ<br>ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМ СИТУАЦИЯМ .....8                                                 | <i>Кокорина Н.П., Волыкова М.А.</i><br>ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ СТРЕССОВЫЕ<br>РАССТРОЙСТВА У УЧАСТНИКОВ ЛОКАЛЬНЫХ<br>ВОЙН (ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ СООБЩЕНИЕ) .....35                                                                                                                |
| <i>Герман С.В.</i><br>ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ<br>В ПЕРИОД ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО<br>СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА В УСЛОВИЯХ ЧС ....12                                                  | <i>Кокорина Н.П., Давыдова Н.Н.</i><br>НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА<br>У ПОДЗЕМНЫХ ГОРНОРАБОЧИХ<br>В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ .....37                                                                                                                                |
| <i>Гребенкина Н.А.</i><br>ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ<br>ЛАБОРАТОРИИ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО<br>ОБЕСПЕЧЕНИЯ СПАСАТЕЛЕЙ .....13                                                                           | <i>Кокорина Н.П., Давыдова Н.Н.</i><br>ВЛИЯНИЕ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ<br>УСЛОВИЙ ТРУДА НА ШАХТЕРОВ<br>С СУБКЛИНИЧЕСКИМИ<br>ДЕКОМПЕНСАЦИЯМИ<br>НА ОТДАЛЕННЫХ ПЕРИОДАХ<br>ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ<br>(ЧМТ) ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ .....39                                                 |
| <i>Гребенкина Н.А.</i><br>МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ<br>ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ .....16                                                                                                 | <i>Кочкина Т.В., Медведева Н.В.</i><br>СИСТЕМА ПОДГОТОВКИ<br>МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА<br>К ДЕЙСТВИЯМ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ<br>СИТУАЦИЯХ .....40                                                                                                                                 |
| <i>Давыдова Н.Н.</i><br>ВЛИЯНИЕ ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ ТРУДОВОЙ<br>ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ<br>СОСТОЯНИЕ ШАХТЕРОВ С ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИМИ<br>СТАДИЯМИ ОТКЛОНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ .....19                    | <i>Кричевский А.Л., Галеев И.К.,<br/>Торгунаков А.П., Погорелов Е.А.,<br/>Альтшулер Е.М., Сальский А.В., Волженин В.В.</i><br>АНАЛИЗ И ПУТИ СНИЖЕНИЯ<br>ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ МНОГОФАКТОРНОМ<br>ТЕРМИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ .....42                                                |
| <i>Давыдова Н.Н., Кокорина Н.П.</i><br>ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ<br>ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ<br>ШАХТЕРОВ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РАБОТ<br>В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ .....20                    | <i>Кузьминых Л.М.</i><br>ИТОГИ ИСПОЛНЕНИЯ ПРОЕКТА ТАСИС<br>«РЕАБИЛИТАЦИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ,<br>УЧАСТВОВАВШИХ В ЛОКАЛЬНЫХ<br>ВОЕННЫХ КОНФЛИКТАХ»:<br>ОПЫТ, ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ .....44                                                                                   |
| <i>Егорова Н.В.</i><br>ПРОГРАММА ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ<br>ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ<br>УХОД ЗА ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ<br>И ИНВАЛИДАМИ, ОКАЗАВШИМИСЯ<br>В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ .....21 | <i>Кузьминых Л.М.</i><br>ПЕРВЫЕ ИТОГИ ПРОЕКТА<br>ПРОГРАММЫ ТАСИС<br>В Г. ЛЕНИНСК-КУЗНЕЦКИЙ<br>«РЕАБИЛИТАЦИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ,<br>ПРИНИМАВШИХ УЧАСТИЕ<br>В ЛОКАЛЬНЫХ КОНФЛИКТАХ»<br>РЕАЛИЗУЕМОГО «ЦЕНТРОМ<br>ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ<br>ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ» (ЦППН) .....47 |
| <i>Епанчинцева Е.М., Семке В.Я.</i><br>КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКАЯ<br>ОЦЕНКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ<br>СТРЕССОВЫХ СОСТОЯНИЙ .....23                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <i>Игнатов С.Т.</i><br>ДЕЙСТВИЯ СЛУЖБЫ СМП ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ<br>СИТУАЦИЯХ И ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ<br>ЕЕ С ДРУГИМИ СЛУЖБАМИ .....26                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <i>Казенных В.В., Куприянова И.Е., Жаткин О.А.</i><br>МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕСТРЕССОВЫХ<br>РАССТРОЙСТВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ .....29                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                        |



|                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Лопатин А.А., Селедцов А.М.,<br/>Зорохович И.И., Шевцова М.А.</i><br>УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ<br>И ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ,<br>КАК «МАСКА» ПТСР<br>У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ .....51                                                                                      | <i>Поляк Л.М., Зубарева В.А.</i><br>ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО<br>ОБУЧЕНИЯ ГОРНОСПАСАТЕЛЕЙ .....73                                                                                                                                                                     |
| <i>Мартынов А.Н.</i><br>ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ<br>В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ<br>СИСТЕМЫ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ<br>И ТЕРРИТОРИИ КУЗБАССА<br>ОТ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ<br>ПРИРОДНОГО И ТЕХНОГЕННОГО ХАРАКТЕРА .....52                                                        | <i>Рублева О.П., Шевцова М.А.</i><br>ЖЕРТВЫ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ,<br>КАК КРИЗИСНЫЕ АБОНЕНТЫ СЛУЖБЫ<br>ЭКСТРЕННОЙ ТЕЛЕФОННОЙ МЕДИКО-<br>ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ .....74                                                                                                    |
| <i>Михайлуц А.П.</i><br>ТОКСИКО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ<br>ХАРАКТЕРИСТИКА ОПАСНОСТИ<br>ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ<br>СИТУАЦИЙ С ХИМИЧЕСКИМ<br>ЗАГРЯЗНЕНИЕМ АТМОСФЕРНОГО<br>ВОЗДУХА И СИСТЕМА МЕР<br>ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ И ЛИКВИДАЦИИ<br>ИХ МЕДИЦИНСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ .....54 | <i>Рябикова А.Н.</i><br>ОКАЗАНИЕ СОЦИАЛЬНО-<br>ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ<br>СЕМЬЯМ ШАХТЕРОВ<br>ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ<br>АВАРИЙНЫХ СИТУАЦИЙ .....76                                                                                                                               |
| <i>Никонович С.Д., Дашкина Н.П.</i><br>УПРАВЛЕНИЕ, ОРГАНИЗАЦИЯ<br>И КООРДИНАЦИЯ ДЕЙСТВИЙ<br>СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ<br>ГОРОДА КЕМЕРОВО ПРИ «ЧС» .....56                                                                                                      | <i>Семке В.Я., Епанчинцева Е.М., Аксенов М.М.</i><br>ТЕРАПИЯ И ПРЕВЕНЦИЯ<br>КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ .....77                                                                                                                                                                   |
| <i>Новиков В.Э., Гордеев В.А.,<br/>Галеев Э.К., Устьянцев Д.Г.</i><br>ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ<br>МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ<br>ПРИ НАВОДНЕНИИ В Г. КАЛТАН .....59                                                                                               | <i>Семке В.Я.</i><br>ПСИХИАТРИЯ КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЙ .....81                                                                                                                                                                                                                |
| <i>Новиков В.Э., Гордеев В.А.,<br/>Вьюшкова Н.В., Павлов П.В.</i><br>НЕКОТОРЫЕ ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ<br>РЕАКЦИИ НА УГРОЗУ ЗЕМЛЕТРЯСЕНИЯ .....62                                                                                                                  | <i>Фрошкайзер Т.В.</i><br>ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ УПРАВЛЕНИЯ<br>СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ<br>Г. ЛЕНИНСКА-КУЗНЕЦКОГО<br>ПО РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА<br>«РЕАБИЛИТАЦИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ,<br>УЧАСТВОВАВШИХ В ЛОКАЛЬНЫХ ВОЕННЫХ<br>КОНФЛИКТАХ: УПРАВЛЕНИЕ,<br>ОРГАНИЗАЦИЯ, КООРДИНАЦИЯ» .....85 |
| <i>Новицкая М.С.</i><br>ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ<br>САМООТНОШЕНИЯ И САМОВОСПРИЯТИЯ<br>ЛИЧНОСТИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ<br>СТРЕССОВОМ РАССТРОЙСТВЕ .....64                                                                                                | <i>Цитко А.А., Кунгуров В.С., Гребенкина Н.А.</i><br>СТРУКТУРА И ЗАДАЧИ<br>СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ<br>БРИГАД ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ<br>СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ .....88                                                                                                       |
| <i>Нохрина Л.Я., Платонов Д.Г.</i><br>ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ<br>РАССТРОЙСТВО – ДИАГНОЗ «ФАНТОМ» .....67                                                                                                                                                 | <i>Чернобай Н.А., Альтшулер Е.М.,<br/>Сальский А.В., Шрайнер С.В.</i><br>ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ<br>ОЖОГОВОЙ БРИГАДЫ ПОСТОЯННОЙ<br>ГОТОВНОСТИ ОБЛАСТНОГО ЦЕНТРА<br>МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ В УСЛОВИЯХ ЧС .....91                                                               |
| <i>Осухова Н.Г.</i><br>МОДЕЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО<br>СОПРОВОЖДЕНИЯ ЛИЧНОСТИ,<br>ПЕРЕЖИВШЕЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНУЮ<br>СИТУАЦИЮ .....69                                                                                                                                       | <i>Шерина Е.Н.</i><br>ИССЛЕДОВАНИЕ<br>СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ<br>ПРОБЛЕМ ШАХТЕРОВ В СВЯЗИ<br>С ЭКСТРЕМАЛЬНЫМИ<br>СИТУАЦИЯМИ НА ШАХТАХ .....92                                                                                                                           |
| <i>Платонов Д.Г., Нохрина Л.Я.</i><br>ЗЕМЛЕТРЯСЕНИЕ 27 СЕНТЯБРЯ<br>2003 ГОДА В КУЗБАССЕ И ЕГО<br>«НЕВРОТИЧЕСКИЕ» ПОСЛЕДСТВИЯ .....71                                                                                                                           | <i>Ширяев Г.П., Бондарев В.Г., Абросимов В.Д.</i><br>ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ<br>ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ<br>МЕЖВЕДОМСТВЕННЫМИ БРИГАДАМИ .....94                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                | <i>Шпилянский Э.М.</i><br>ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РЕШЕНИЯ<br>ПРОБЛЕМ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ<br>С ТЕРМИЧЕСКИМИ ТРАВМАМИ .....95                                                                                                                                           |



*Шпилянский Э.М.*

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ  
ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ  
ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ТЯЖЕЛЫМИ  
ТЕРМИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ .....97

*Янец И.С., Лопатин А.А., Сомова О.П.*

ОСОБЕННОСТИ  
ПСИХИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ  
НА СТРЕССОВУЮ СИТУАЦИЮ  
В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ .....100

