

*На правах рукописи*

**КАЛАШНИКОВ ДМИТРИЙ ИГОРЕВИЧ**

**Психические расстройства у пострадавших от наводнения  
(на примере наводнения в г. Крымск)**

**14.01.06. – психиатрия**

**Автореферат**  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Москва – 2022

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Научный руководитель:**

Доктор медицинских наук **Портнова** Анна Анатольевна

**Официальные оппоненты:**

Доктор медицинских наук, профессор **Петрова** Наталия Николаевна - заведующая кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет».

Доктор медицинских наук, профессор **Менделевич** Владимир Давыдович - заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России.

**Ведущее учреждение:**

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России

Защита диссертации состоится «21» июня 2022 г. в 13.00 часов на заседании Диссертационного совета Д 208.024.01 при Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России по адресу: 119991, г. Москва, Кропоткинский переулок, д.23.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России по адресу: 119034, г. Москва, Кропоткинский переулок, д.23. и на сайте [www.serbsky.ru](http://www.serbsky.ru)

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2022 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета,  
доктор медицинских наук

И.Н. Винникова

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### Актуальность исследования

Наводнение является одной из наиболее тяжелых природных катастроф, неся в себе экстремальный травмирующий фактор для психики человека. Есть регионы, в которых масштаб последствий вовлекает значительную долю населения [Alderman K. et al., 2012; Stanke C. et al., 2002]. Межправительственная группа по проблеме изменения климата ООН представила данные исследования о глобальном потеплении и подъёме уровня мирового океана, который составит к 2100-му году от 10 до 90 см [Birch E. L., 2014], что приведет к учащению и утяжелению природных катаклизмов. Это говорит о том, что потенциальное количество пострадавших от наводнений будет возрастать. Новые задачи стоят перед специалистами по предотвращению и лечению острых и хронических расстройств психогенной природы.

В отечественной научной работ по изучению патогенного влияния наводнений на психическое здоровье пострадавших практически нет, хотя роль природных катастроф в развитии психической патологии изучалась на протяжении многих десятилетий видными российскими психиатрами [Александровский Ю. А., 1991; Дмитриева Т. Б., Положий Б.С., 1994; Кекелидзе З. И., 1997; Гарнов В.М., 2002; Волошин В.М., 2004]. Данные о распространенности посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) после наводнений свидетельствуют о высокой заболеваемости населения после природной катастрофы – от 3,9 до 49 % [North C. S. et al., 2004; Galea S., Nandi A., Vlahov D., 2005; Maltais D. et al., 2005; Bei B. e tal., 2013; Chen L. et al., 2015]. Несмотря на то, что в последние десятилетия внимание ученых приковано к теме влияния наводнений на психическое здоровье населения, работ, посвященных этой теме, мало [Бадмаева В. Д. с соавт., 2013, Колотилин Г. Ф. с соавт., 2017, Бучинский В. С., Буланкин В. П., Кириллов Н. Н., 2020], и не в полной мере изученными остаются аспекты возникновения, течения и исхода психических расстройств у жертв наводнения, роль факторов преморбидных

особенностей, адаптационных ресурсов в развитии этих расстройств и особенностях клинических проявлений. Недостаточная научная разработанность и высокая медико-социальная значимость проблемы психических расстройств у жертв природных чрезвычайных ситуаций (ЧС) определяют актуальность настоящего исследования, которое позволит совершенствовать меры психотерапевтического и коррекционного характера, а также разработать методы профилактики и лечения психических нарушений у жертв наводнений.

К числу одного из крупнейших в РФ за последнее время относится наводнение в Краснодарском крае в 2012 г. По официальным данным МЧС, количество пострадавших от этой катастрофы составило около 53 тыс. человек, из них 29 тыс. потеряли имущество. Погиб 171 человек. Разрушенными оказались свыше 7 тыс. частных домовладений и 185 многоквартирных домов, 18 учреждений образования, 9 объектов здравоохранения, 3 объекта культуры, 2 спортивных объекта и 15 котельных. Всего в зоны подтопления попало около 8000 жилых домов, из них 7200 в городе Крымск. Это определило большое количество пострадавших и позволило провести широкомасштабное исследование как на начальных, так и на отдаленных этапах ЧС. Обследование потерпевших проводилось на разных этапах после ЧС лично соискателем в составе бригады сотрудников ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ.

### **Цель исследования**

Изучение закономерностей формирования психических нарушений у жертв наводнения и разработка на основе полученных данных методов профилактики психических расстройств, возникающих вследствие природных катастроф.

### **Задачи исследования**

1. Провести клиническое описание вариантов и динамики психических нарушений у жертв наводнения в различные периоды после ЧС.

2. Определить значимость факторов (клинических, возрастных, гендерных, личностных, семейных и др.), оказывающих влияние на тяжесть, течение и прогноз выявленных психических нарушений.

3. Изучить особенности формирования хронического стрессового расстройства у пострадавших вследствие наводнений.

4. Разработать дифференцированные подходы к профилактике психических нарушений у жертв наводнения.

### **Научная новизна**

Впервые в результате клинико-динамического исследования в регионе, пострадавшем от наводнения, выявлены значимые для диагностики и профилактики клинические и социально-демографические факторы. С помощью дименсионального подхода показано, что облигатные симптомы стрессовых расстройств имеют различную диагностическую ценность вне зависимости от используемой диагностической системы (МКБ или DSM). Впервые предложено, что симптомы с низкой диагностической ценностью, такие как флэшбэк-симптом и симптомы избегания, могут не учитываться при постановке диагноза. Наряду с этим выделены наиболее значимые для диагностики хронических стрессовых расстройств группы симптомов и ранжирование этих симптомов по степени диагностической значимости. Впервые выделены такие особенности проявлений и динамики стрессовых расстройств, развившихся вследствие наводнений как значительная полиморфность клинической картины, высокая коморбидность с другими психическими расстройствами и большое количество пациентов с неблагоприятным течением стрессовых расстройств.

### **Положения, выносимые на защиту**

1. Наводнение обладает высоким патогенным значением и вызывает выраженные нарушения психической деятельности у большей части населения.

2. Острое стрессовое расстройство, развивающееся у пострадавших от наводнения, характеризуется наличием большим количеством коморбидных симптомов, определяющих полиморфность клинической картины.

3. Стрессовые расстройства, возникающие после наводнения, носят затяжной характер, что определяется рядом факторов неблагоприятного прогноза (социальных, личностных, возрастных и др.). Для определения прогноза заболевания также имеет значение выделение благоприятных факторов.

4. На отдаленных этапах после наводнения сохраняется высокая частота хронических стрессовых расстройств.

5. Известные облигатные симптомы стрессовых расстройств имеют различную диагностическую значимость вне зависимости от используемой диагностической системы.

6. Организация психолого-психиатрической помощи в пострадавшем от наводнения регионе требует учета факторов риска и особенностей течения заболевания.

### **Теоретическая и практическая значимость**

Современные клиническая систематика, типология психических расстройств у жертв природных ЧС, их своевременное выявление, медицинская коррекция имеют практическое значение в аспектах охраны психического здоровья населения. Полученные данные о различии в диагностической ценности симптомов стрессовых расстройств и факторах риска дают теоретические предпосылки для разработки в будущих исследованиях скрининговых методик, позволяющих в условиях масштабных катастроф проводить быструю и достоверную диагностику у потерпевших.

На основании данных, полученных в ходе исследования, разработаны профилактические подходы к оказанию психолого-психиатрической помощи пострадавшим от наводнений с учетом динамики психических нарушений и возрастных особенностей.

Полученные новые данные важны для понимания механизмов формирования психических нарушений вследствие ЧС под влиянием дополнительных патопластических факторов.

### **Внедрение результатов в практику**

Результаты работы и проанализированный опыт был использован при оказании помощи при оказании помощи на отдаленных этапах пострадавшим в г. Крымске. Основные положения работы изложены в пяти научных работах (три из них в рецензируемых журналах), включены в цикл лекций по курсу усовершенствования «Психиатрия ЧС» НМИЦ ПН им. В.П. Сербского. Полученные данные позволяют оптимизировать организацию психолого-психиатрической помощи при наводнениях и могут быть использованы в медицинских учреждениях психиатрами, врачами скорой помощи и медицинскими психологами. Результаты работы внедрены в практическую работу ГБУЗ «Специализированная психоневрологическая больница» Минздрава Краснодарского края.

### **Степень достоверности и апробация результатов**

Достоверность полученных результатов обусловлена репрезентативностью и достаточным объемом выборки пациентов, включенных в исследование. Всего обследовано 336 человек, из них углубленное исследование проведено 135 пациентам. Используемые методы исследования отличаются высокой информативностью и валидностью.

Основные положения диссертации и результаты исследований доложены и обсуждены на заседании VI Национального конгресса по социальной психиатрии и наркологии (Уфа, 18-20 мая 2016г.); I Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Университетская клиника психиатрии: союз науки и практики» (Москва, 25 мая 2016г.); заседание Проблемного совета по социальной, клинической психиатрии и организации психиатрической помощи ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им В.П. Сербского» Минздрава России 16 сентября 2020 г.

По теме диссертации опубликовано 5 работ, из них 3 статьи в ведущих научных рецензируемых журналах, определенных Высшей аттестационной комиссией Министерства образования и науки Российской Федерации.

### **Личное участие автора в получении результатов**

Автор самостоятельно осуществлял обследование и принимал участие в оказании помощи потерпевшим в г. Крымске в составе бригады сотрудников ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ на протяжении полутора месяцев непосредственно после ЧС и на отдаленных этапах. Автором лично проведен анализ отечественной и зарубежной литературы, сформирована база данных, выполнен статистический анализ полученных результатов, сформулированы выводы и практические рекомендации.

### **Объем и структура и работы**

Диссертация изложена на 127 страницах печатного текста и включает следующие основные разделы: введение, обзор литературы, три главы, заключение, выводы, практические рекомендации, а также списка литературных источников (36 отечественных и 70 иностранных), списка сокращений и приложений, где представлены диагностические инструменты, использованные в исследовании таблиц, приложений. Диссертация содержит 6 таблиц и 3 рисунка.

### **Материал и методы исследования**

Исследование проводилось с первых дней наводнения в г. Крымске Краснодарского края во время оказания неотложной психолого-психиатрической помощи и на отдаленных этапах.

Исследование проводилось в три этапа: в острый период ЧС (непосредственно после спасения и на протяжении одного месяца) и в более поздние сроки при формировании хронических нарушений. Выборка обследуемых формировалась сплошным методом.

1 этап соответствовал острому периоду психической травмы в течение 4 недель после ЧС. Обследование проводилось диссертантом во время оказания помощи в составе медицинской бригады, куда помимо психиатра входили

психолог, терапевт. Было обследовано 123 человека. На 2 этапе, во время которого обследование проводилось в срок 6 - 12 месяцев после ЧС, было осмотрено 127 чел. 3 этап осуществлялся через 3 года после ЧС – было обследовано 86 пострадавших при наводнении, из них у 26 (30,2%) были выявлены признаки хронического стрессового расстройства.

Таким образом, всего было обследовано 336 человек (на каждом этапе проводилось поперечное исследование), пострадавших при наводнении в Крымске. Из них у 58 человек выявлены признаки острых стрессовых нарушений и у 77 – хронических стрессовых нарушений. Общее количество клинических наблюдений психопатологических состояний составило 135 пациентов. Возраст обследованных составил от 18 до 65 лет. Преобладали лица женского пола – 54,8%. От всех обследованных получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Клинико-психопатологический метод исследования включал выявление и описание стрессовых симптомов, их группирование с последующей количественной оценкой степени выраженности, анализом динамики, а также социальных, психологических и биологических факторов. Помимо медицинской карты, заполнялись формализованные карты острых и хронических симптомов, анализ которых приведен в соответствующих главах. Систематика нарушений проводилась в соответствии с принятыми классификациями болезней (МКБ-10, DSM-IV). При комплексной оценке влияния различных факторов на возникновение и течение расстройств в качестве контрольной группы сравнения были привлечены данные потерпевших, у которых при обследовании не были обнаружены стрессовые симптомы.

Дополнительную роль играли методы психометрического тестирования: Стэнфордский опросник для лиц с острыми стрессовыми реакциями (SASRQ – Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire), Клинический опросник выраженности симптомов ПТСР (CAPS-4 -- Clinical-administered PTSD Scale), шкалы тревоги и депрессии Бека. Данные клинического обследования 2 и 3

этапов дополнялись методами количественной оценки симптоматики (CAPS-4 - Clinical-administered PTSD Scale).

Достоверность различий и уровень корреляции между признаками с помощью принятых статистических методов обсчета. Основным статистическим инструментом явились таблицы сочтенных частот проявления признаков с последующей оценкой  $\chi^2$  и определения значимых различий частот признаков. Для сопоставления двух рядов выборочных значений по частоте встречаемости какого-либо признака и для сравнения показателей одной и той же выборки использовался критерий Фишера. В работе использовалась программа Statistica v.6.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

В острый период после ЧС было обследовано 123 пострадавших. Почти в половине случаев – у 47,2% (58 человек) были выявлены признаки острой стрессовой реакции различной глубины – F 43.0 (острая реакция на стресс, по МКБ-10).

Клиническая картина ОРС отличалась у потерпевших в г. Крымске выраженной полиморфностью, наличием коморбидной симптоматики и затяжными течением.

Помимо облигатных симптомов, необходимых для диагноза ОРС, из групп повторное переживание травмы, симптомы избегания и повышенной возбудимости, а также диссоциативные симптомы (чувства нереальности происходящего или блокировки эмоций, оцепенения), которые оценивались по данным опросника SASRQ, наблюдались разной глубины нарушения сознания, психомоторные нарушения, соматовегетативные реакции, эмоциональные проявления (тревога, депрессия, чувство вины), которые расценивались нами в качестве показателей тяжести и глубины острого стрессового расстройства.

С наибольшей частотой у потерпевших встречались эмоциональные проявления (тревога, страх, депрессия, чувство вины). Несмотря на то, что эмоциональные проявления ОРС в виде интенсивной тревоги, страха повторения ЧС или страха невозможности справиться с последствиями

наводнения, восстановить жилье и хозяйство наблюдались практически у всех потерпевших, выраженность их была различной. Уровень тревоги оценивался с помощью стандартизированных методик (шкала тревоги Бека). Показатели выше 22 баллов рассматривались в качестве имеющих клиническое значение, и таких пациентов было 75,9%. Вторыми по частоте отмечены нарушения сна (бессонница, кошмары, поверхностный сон) – 63,8%. Нарушения сна фиксировались по субъективной оценке пациентами изменения после ЧС продолжительности сна, его глубины, характера сновидений. Вегетативные симптомы (тахикардия, потливость, повышение температуры тела) выявлены у 62,1% пострадавших. Тяжесть вегетативных расстройств коррелировала с уровнем высоким уровнем тревоги (от 40 баллов по шкале тревоги Бека). Таким образом, наиболее общую совокупность выявленных у пострадавших расстройств составляли эмоциональные нарушения (тревога, страх), соматовегетативные нарушения и нарушения сна. Психомоторные нарушения (периоды возбуждения и заторможенности) наблюдались у 50% и только в первые две недели после ЧС. Нарушения сознания, свидетельствующие о наиболее глубоком (субпсихотическом и психотическом) регистре поражения, были выявлены у 13,8% всех обследованных.

Клиническая картина ОРС имела возрастные особенности. Достоверно чаще в группе старшего возраста (51-65 лет) встречались вегетативные симптомы (тахикардия, потливость, повышение температуры тела) – у 18 человек (90,0% этой возрастной группы) и нарушения сна (бессонница, кошмары, поверхностный сон) – также у 18 человек. Расстройства сознания также наблюдались чаще встречались у лиц старшего возраста, чем у потерпевших других возрастных групп – у 4 человек (20%). Психомоторные нарушения в виде возбуждения (крик, плач, ажитация, истероформные приступы) встречались с такой же частотой, что и заторможенность во всех возрастных группах.

Наличие коморбидной симптоматики в виде генерализованной тревоги, ипохондрических переживаний в сочетании с соматоформными проявлениями,

а также депрессивного аффекта позволило выделить три клинических варианта ОРС, в основу деления которых положены ключевые симптомы (симптомы-мишени) для психотерапевтического и психофармакологического воздействия. Тревожный вариант ОРС (наблюдался у 48,3% пострадавших) характеризуется выраженным тревожным аффектом по типу генерализованной тревоги, ажитацией, нарушениями поведения. Ипохондрический вариант (у 24,1% потерпевших) проявляется обилием жалоб соматического характера, соматовегетативными нарушениями. Адинамический вариант ОРС (27,6%) характеризуется сочетанием депрессивного аффекта и двигательной заторможенностью.

Выявлен широкий круг факторов, оказывающих неблагоприятное влияние на течение острых стрессовых расстройств. Наибольшее значение имеют факторы утраты: в первую очередь гибели родственников, а также полного разрушения жилья, гибели домашних животных.

Социальный статус потерпевших также можно рассматривать в качестве отягощающей предрасположенности: отсутствие постоянного заработка, плохое материальное положение, отсутствие семьи.

Интересно, что достоверных различий между частотой заболеваемости среди мужчин и женщин обнаружено не было как в острый период, так и на отдаленных этапах. Не было обнаружено и достоверного преобладания той или иной возрастной группы среди пострадавших, хотя в пожилом возрасте проявления ОРС были более тяжелыми.

Был выявлен затяжной характер течения симптоматики. Во всех наблюдениях длительность нарушений была больше трех дней (т.е. не как регламентировано в критериях ОРС, по МКБ-10). Мы наблюдали пролонгированные острые реакции еще на протяжении месяца. Редукция симптоматики на протяжении первого месяца была различна. Наименьшей редукции подвергались нарушения сна и тревога. Вегетативные и психомоторные проявления редуцировались быстрее. Примерно в 20% случаев наблюдалось прогрессирование (утяжеление) нарушений, что позволяло

предполагать неблагоприятное течение (хронизацию) стрессового расстройства и переход от ОРС к посттравматическому стрессовому расстройству как хроническому заболеванию.

Через три года у 36,2% (26 человек) потерпевших от наводнения выявлялись признаки хронического стрессового расстройства. Таким образом, отмечалось снижение болезненности в регионе на 11% за три года, хотя систематическую помощь большинство потерпевших не получали. При этом несмотря на уменьшение количества стрессовых расстройств, наши данные при сравнении с данными эпидемиологических исследований при подобных ЧС, демонстрируют достаточно высокие показатели распространенности. На это, по всей видимости, оказали влияние особенности данной ЧС. Поэтому помимо изучения в рамках задач исследования социальных, психологических и биологических факторов, нами были выделены особенности наводнения в Крымске: 1. Внезапность затопления из-за отсутствия оповещения и быстрого подъема воды, что явилось причиной гибели большого количества людей. 2. Длительность ликвидации последствий, вызванная сильными повреждениями жилых домов и полностью разрушенной инфраструктурой. 3. Отсутствие помощи и поддержки со стороны местных властей. 4. Неблагоприятная эпидемиологическая обстановка, обусловленная большим количеством погибшего домашнего скота, загрязнением питьевой воды, погодными условиями (высокие влажность и температура создавали условия для заражения и распространения инфекционных заболеваний). 5. Высокая вероятность повторения наводнения. Вышеперечисленные особенности наводнения в Крымске обусловили, по нашему мнению, пролонгацию воздействия вторичных психотравмирующих факторов и более высокую распространенность хронических психических нарушений на отдаленных этапах после ЧС.

Хронические стрессовые расстройства были выявлены на отдаленных этапах у 36,2% обследованных, из них ПТСР у 24,9% и расстройство

адаптационных реакций (РА) у 11,3%. Весь период наблюдения составил от 6 месяцев до 3 лет.

Помимо облигатных симптомов, требующихся для установления диагноза хронического стрессового расстройства, нами фиксировались другие симптомы, выявлялись у наблюдавшихся потерпевших: пониженное настроение, нарушения поведения (делинквентность, конфликтность, агрессивность), тревога, страх смерти, невербальные реакции (например, соматические симптомы, боли, и др.), чрезмерное употребление алкоголя. Мы рассматривали их в качестве коморбидных. С наибольшей частотой встречались (в порядке убывания): переживания при напоминании о ЧС (67,5%), соматические симптомы (63,6%), тревога (62,3%), навязчивые воспоминания (59,7%), настороженность (57,1%), трудности концентрации внимания (53,2%), чрезмерные реакции испуга (53,2%), потеря интереса к окружающему (51,9%), депрессивное настроение (51,9%). Выделенные нами с достаточной частотой наряду с облигатными другие (коморбидные симптомы) свидетельствуют о вероятной необходимости рассматривать их как характерные для хронических стрессовых расстройств.

Для подтверждения этой гипотезы был проведен не только количественный показатель частоты встречаемости симптомов, но и интенсивность выраженности каждого симптома. Было выявлено разнообразие клинических проявлений ПТСР и неравнозначности их при оценке состояния. Интенсивность (тяжесть) симптомов была различна и не коррелировала с частотой. Т.е. симптом мог иметь выраженность у одного пациента «очень часто», но встречаться редко в выборке. Примером такого соотношения может считаться флэшбэк-симптом, который наблюдался в группе пациентов только у одного человека, но с интенсивностью в 3 балла («очень часто»). Наименьшая интенсивность отмечалась у симптомов, относящихся к кластеру «блокировка эмоциональных реакций и деятельности» (ср. 1,80 баллов), но встречалась больше, чем у половины пациентов. Сделано предположение, что сочетание

интенсивности выраженности симптома имеют определенную диагностическую значимость.

Наиболее интенсивные симптомы, оцененные по 4-балльной шкале (CAPS-33), и имеющие наиболее частую встречаемость представлены ниже:

- навязчивые воспоминания о ЧС ( $2,13 \pm 0,7/59,7\%$ ),
- переживания при напоминании о травме ( $2,11 \pm 0,9/67,5\%$ ),
- трудности засыпания ( $2,21 \pm 0,9/33,8\%$ ),
- трудности концентрации внимания ( $2,04 \pm 0,9/53,2\%$ ),
- настороженность ( $2,20 \pm 1,5/57,1\%$ ),
- чрезмерные реакции испуга ( $1,33 \pm 1,9/53,2\%$ ),
- потеря интереса к окружающему ( $1,80 \pm 1,1/51,9$

С достаточной интенсивностью и частотой встречались также другие (коморбидные) симптомы – депрессивное настроение, тревога, соматические симптомы). В то же время симптомы, относящиеся к группе «Избегание» встречались реже и имели меньшие частоту и выраженность. Таким образом наибольший клинический вес имеют симптомы повышенной возбудимости, повторного переживания психической травмы, а также тревожное расстройство, депрессия и соматоформные нарушения.

Определены факторы, имеющие значение при формировании хронической психической патологии вследствие ЧС. Поскольку из 213 обследованных человек у 77 человек (36,2%) были выявлены симптомы стрессового характера разной степени выраженности, а 136 таковых не проявляли, то для дальнейшего анализа эти лица вошли в контрольную группу. Это позволило определить значимость факторов, которые могут иметь вероятностное значение при формировании хронической психической патологии. К наиболее значимым факторам для возникновения хронических стрессовых можно отнести: возраст старше 50 лет ( $p < 0,05$ ); потеря во время ЧС родственников ( $p < 0,01$ ), утрата жилья ( $p < 0,01$ ), полученные в ЧС физические повреждения ( $p < 0,05$ ); отсутствие постоянных заработков ( $p < 0,01$ ) и неудовлетворенность материальным положением ( $p < 0,05$ ); особенности

личности - тревожные ( $p < 0,05$ ) и демонстративные ( $p < 0,01$ ) черты, а также злоупотребление алкоголем ( $p < 0,01$ ) и наличие предшествующего наводнению травматического опыта в анамнезе ( $p < 0,01$ ). Кроме того, отсутствие семьи (разведенный статус ( $p < 0,05$ ) или вдовство ( $p < 0,01$ )) - также можно рассматривать, как отягощающий фактор. Такой показатель как пол не показал в нашем исследовании статистически значимых различий в группах лиц с признаками ПТСР и здоровых.

Если в острый период ЧС патогенное значение имеют непосредственные факторы наводнения, такие как гибель родных, утрата жилья и домашнего хозяйства, то на отдаленных этапах после ЧС количество факторов расширяется за счет ряда микросоциальных влияний (изменения условий жизни, материального положения, смена места жительства), помимо этого значение приобретают особенности личности, которые создают почву для формирования хронических расстройств.

На основании исследования в острый период в очаге ЧС и на отдаленных сроках были сформулированы задачи для каждого этапа оказания психолого-психиатрической помощи и разработаны принципы профилактических мероприятий после наводнения, которые отражены в специальном разделе диссертации («Практические рекомендации»).

Профилактические мероприятия должны проводиться в отношении всех лиц, переживших наводнение. Формирование хронических затяжных стрессовых расстройств является нежелательным исходом любой ЧС. Для реализации этих мероприятий необходимо участие психиатра и психолога при ликвидации последствий в зоне ЧС.

Можно свести профилактические задачи к следующим: формирование группы риска для развития хронических стрессовых расстройств, мотивация и формирование комплаентности у пациентов во избежание отказов от получения помощи (психообразование), обеспечение населения доступной психологической и психиатрической помощью, предотвращение психосоциальных осложнений.

В группу риска для затяжного течения стрессовых нарушений можно отнести потерпевших старше 50 лет, не работающих, понесших утраты близких и хозяйств, неженатых/незамужних, с плохим материальным положением, злоупотребляющих алкоголем, перенесших дополнительные стрессовые события в истории жизни, имеющие тревожные либо демонстративные черты характера, не получившие кризисную помощь в острый период ЧС.

В значительной мере отсутствие кризисной помощи на ранних этапах после ЧС и в более поздние сроки (по нашим данным, 66,7% всех пострадавших не получали помощь) можно объяснить не только малой доступностью профессиональной помощи и нехваткой подготовленных для работы с потерпевшими специалистов в небольших населенных пунктах, но и малой мотивированностью на получение помощи, стигматизацией психиатрии и психиатров и незнанием особенностей реагирования психики на стрессовые ситуации. Включение психообразовательных программ в связи с вышесказанным является важным компонентом в системе профилактических мероприятий.

Меры профилактики психосоциальных осложнений на отдаленных этапах рассчитаны на предотвращение дезадаптивных проблем, вызванных стрессовыми нарушениями. К таким осложнениям мы отнесли утрату социальных контактов, потерю работы, внутрисемейные конфликты и разводы, уходы из дома, алкоголизацию и пр. По нашему мнению, пострадавшие от наводнения и имеющие симптомы стрессового расстройства должны находиться под наблюдением психолога и психиатра проходить ежегодную реабилитацию с обязательной поддержкой со стороны органов социальной защиты.

## **ВЫВОДЫ.**

1. Острое стрессовое расстройство развивается у 47,2% взрослого населения, пострадавшего от наводнения, и хронические стрессовые расстройства – у 36,2%. В структуре острых психических расстройств преобладают эмоциональные проявления (тревога, страх, депрессия, чувство

вины), нарушения сна (бессонница, кошмары, поверхностный сон), вегетативные изменения (тахикардия, потливость, повышение температуры тела). Наличие коморбидной симптоматики позволяет выделить три варианта острого стрессового расстройства в зависимости от преобладания клинической симптоматики: тревожного (48,3% всех пациентов) ипохондрического (24,1%) и адинамического (27,6%). Психопатологические реакции в острый период после наводнения носят затяжной характер и коррелируют с тяжестью утрат, полученных при чрезвычайной ситуации.

2. Формированию хронических стрессовых расстройств способствуют факторы неблагоприятного прогноза, наибольшее значение из которых имеют: значительные утраты вследствие ЧС близких родственников, жилья, подсобного хозяйства), плохое материальное положение, отсутствие семьи, возраст старше 50 лет, неполучение психолого-психиатрической помощи в острый период ЧС, особенности личности в виде тревожности и демонстративности. К благоприятным факторам, способствующим стрессоустойчивости, относятся: возраст 18-25 лет, наличие семьи, хорошее материальное положение.

3. Хронические стрессовые расстройства, развившиеся вследствие наводнений, имеют особенности проявлений и динамики: значительная полиморфность клинической картины, высокая коморбидность с другими психическими расстройствами и сохранение высокого уровня распространенности на отдаленных этапах (снижение частоты стрессовых расстройств в регионе за три года составляет 11%).

Облигатные симптомы стрессовых расстройств имеют различную диагностическую значимость вне зависимости от используемой диагностической системы (МКБ или DSM). Симптомы с низкой диагностической ценностью, такие как флэшбэк-симптом и симптомы избегания, могут не учитываться при постановке диагноза. Наиболее значимы для диагностики хронических стрессовых расстройств следующие группы симптомов: повышенная возбудимость, повторное переживание психической

травмы. Для хронических стрессовых нарушений характерен высокий уровень коморбидности с другими психическими расстройствами: тревожным расстройством, депрессией и соматоформными нарушениями.

4. Применение дифференцированных профилактических подходов при оказании помощи пострадавшему от наводнения населению определяется полиморфностью проявлений заболевания, различной интенсивностью выраженности симптомов и высоким уровнем коморбидности. Профилактические мероприятия должны включать помимо кризисной помощи и максимального приближения специальной помощи к потерпевшим, проведение психообразовательных программ, выявление лиц из группы риска хронических стрессовых расстройств для формирования системы продолженной помощи и поддержки. Оказание помощи в пострадавшем регионе должно проводиться по меньшей мере на протяжении трех лет.

#### **СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:**

1. Портнова А. А., **Калашников Д. И.**, Шпорт С. В. Отдаленные послестрессовые расстройства у пострадавших при наводнении // **Российский психиатрический журнал.** – 2016. – №. 6. - С. 49-54.
2. **Калашников Д. И.**, Кекелидзе, З. И., Портнова, А. А., Шпорт, С. В. Острые стрессовые расстройства у пострадавших от наводнения (на примере наводнения в Крымске) // **Психическое здоровье.** – 2016. – Т. 14. – №. 9. – С. 43-47.
3. **Калашников Д.И.**, Портнова А.А. Особенности оказания психиатрической помощи при наводнениях.// I Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Университетская клиника психиатрии: союз науки и практики», 25 мая 2016 г. – М. – 2016 - С. 62-64
4. **Калашников Д.И.**, Портнова А.А., Шпорт С.В. Отдаленные последствия наводнения в Крымске для психического здоровья пострадавшего

населения. // VI Национальный конгресс по социальной психиатрии и наркологии. 18-20 мая 2016 г. Уфа. – М.: ФГБУ «ФМИЦПНим. В.П. Сербского» Минздрава России, 2016. –С. 150

5. **Калашников Д. И.,** Портнова А. А., Шпорт С. В. Психические расстройства, связанные с наводнением // **Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева.** – 2018. – Т. 50. – №. 1. – С. 61-63.