

**Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и  
наркологии имени В.П. Сербского»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

На правах рукописи

**Калашников Дмитрий Игоревич**

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

**14.00.06– психиатрия**

**Диссертация на соискание учёной  
степени кандидата медицинских наук**

**Научный руководитель:  
доктор медицинских наук  
А.А. Портнова**

**МОСКВА – 2022**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений .....	3
<b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....	4
<b>ГЛАВА 1. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С НАВОДНЕНИЕМ. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)</b> .....	9
<b>ГЛАВА 2.МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ</b> .....	23
Краткое описание чрезвычайной ситуации .....	23
Характеристика материала исследования .....	24
Методы исследования .....	28
<b>ГЛАВА 3. ОСТРЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПОСТРАДАВШИХ ОТ НАВОДНЕНИЯ</b> .....	32
Клинические проявления острых стрессовых реакций.....	32
Факторы, влияющие на выраженность острых стрессовых симптомов .....	49
Динамика острых психических нарушений .....	52
<b>ГЛАВА 4. ХРОНИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПОСТРАДАВШИХ ОТ НАВОДНЕНИЯ</b> .....	57
Клинические проявления и динамика .....	57
Факторы риска развития посттравматического стрессового расстройства.....	65
<b>ГЛАВА 5. ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ОТ НАВОДНЕНИЙ И ЛЕЧЕБНО- ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ</b> .....	72
Организация экстренной психолого-психиатрической помощи в острый период чрезвычайной ситуации .....	73
Организация психолого-психиатрической помощи в зависимости от тяжести стрессовых нарушений в острый период .....	74
Массовые психологические реакции в острый период после наводнения.....	77
Особенности психолого-психиатрической работы в острый период после наводнения .....	78
Лечебно-профилактическая помощь при оказании помощи в очаге ЧС .....	80
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b> .....	85
<b>ВЫВОДЫ</b> .....	93
<b>ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ</b> .....	95
Список литературы .....	104
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ</b> .....	116
Приложение 1.....	116
Приложение 2.....	119
Приложение 3.....	121

## **Список сокращений**

МКБ – Международная классификация болезней

ОСР – острая стрессовая реакция

ОРС – острая реакция на стресс

ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство

РА – расстройство адаптации

ЧС – чрезвычайная ситуация

## **ВВЕДЕНИЕ**

Двадцать первый век характеризуется возрастанием различного рода катастроф как техногенных, антропогенных, так и природных. В связи с этим становятся актуальными исследования в области психиатрии чрезвычайных ситуаций. Основными задачами этого раздела теоретической и практической медицины которой ставятся изучение особенностей психологических реакций жертв чрезвычайных ситуаций на психическую травму экстремальной силы и организация профилактической психолого-психиатрической помощи во время и после природной катастрофы и на более поздних этапах.

Наводнения представляют собой комплекс психотравматических факторов для людей всех возрастов. При этом исследований, изучающих влияние этой природной катастрофы на психическое здоровье пострадавших не очень много. В отечественной научной таких работ практически нет, хотя роль других природных катастроф в развитии психической патологии изучалась на протяжении последних десятилетий видными российскими психиатрами [1,8,11;15, 10, 20]

Наводнение является одной из наиболее тяжелых природных катастроф. Есть регионы, в которых масштаб последствий носит глобальный характер [40; 93]. К числу крупнейших в РФ за последнее время относится наводнение в Краснодарском крае в 2012 г.

Данные о распространенности посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) после наводнений свидетельствуют о высокой заболеваемости населения после природной катастрофы – от 3,9 до 49 % [85;45;78;54;67].

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 [97], 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.

Последние десятилетия характеризуются учащением как антропогенных катастроф (вооруженных конфликтов, террористических актов и пр.), так и природных чрезвычайных ситуаций. Изучение влияния этих экстремальных для нормальной жизни ситуаций на психическое состояние населения является одной из самых актуальных задач социальной психиатрии.

В результате ЧС страдают не только те, кто потерпел утраты близких и материальные потери (жилья, другого имущества), но и на те, кто испытал только психологические страдания. У всех потерпевших могут развиваться как развернутые формы стрессовых заболеваний - Посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и Расстройства адаптации (РА), так и отдельные симптомы стрессового расстройства [63, 82, 61, 89].

Существует довольно богатый международный опыт изучения психических расстройств при ЧС, однако до сих пор остаются много неразрешенных вопросов. Большая часть исследований проводится на отдаленных этапах чрезвычайных ситуаций, когда уже сформировались хронические стрессовые расстройства, такие как посттравматическое стрессовое расстройство, расстройство адаптации, тревожные расстройства и пр. В острый период психической травмы в очаге происшествия наблюдения и тем более научные исследования достаточно редки, что объясняется вполне понятными причинами. Не до конца изучены проявления острых психогенных нарушений, их типология, варианты развития болезни, возрастные особенности и отягощающие, способствующие хронизации болезни факторы.

В нашей стране достаточно широко освещены вопросы общего механизма возникновения, классификации психических расстройств

связанных с ЧС, особенности течения ПТСР, организации психолого-психиатрической помощи в очаге ЧС [1, 6, 8, 11;15, 10, 20]. Вопросы исследования психических нарушений у жертв природных катастроф изучены гораздо в меньшей степени, чем пострадавших в результате боевых действий или террористических актов.

Значительный научный интерес представляют аспекты возникновения и динамики расстройств у жертв наводнения, роль личностных преморбидных факторов, саногенных факторов (в т. ч. адаптационных ресурсов) в формировании острых и хронических стрессовых расстройств и особенности клинических проявлений. Актуальность настоящего исследования определяется также недостаточной научной разработанностью и высокой социальной значимостью проблемы психических расстройств у населения, пострадавшего от масштабных природных катастроф. Решение поставленных в настоящем исследовании задач позволяет совершенствовать меры профилактики, психотерапевтической и лечебной помощи жертвам наводнений и других катастроф.

Опыт диагностики, оказания психолого-психиатрической помощи при наводнении в городе Крымск Краснодарского важен и актуален, подобная природная катастрофа может повториться, и изучение случившегося служит подготовкой к развитию событий при возникновении наводнения.

Настоящее исследование касается изучения особенностей и структуры психических расстройств, возникающих вследствие наводнений; изучению разнообразных факторов, имеющих патогенное значение для развития психической патологии, в том числе и вторичных стрессовых факторов; а также вопросов организации и методологии помощи.

## **Цель исследования**

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

Для достижения цели требовалось решение следующих **задач**:

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.

## **Практическая значимость работы**

Практическое значение работы определяется необходимостью формирования современных клинической систематики, типологии психических расстройств у жертв природных ЧС, их своевременное выявление, медицинская коррекция имеют в аспектах охраны психического здоровья населения. На основании данных, полученных в ходе исследования, разработаны принципы оказания психолого-психиатрической помощи пострадавшим от наводнений с учетом динамики психических нарушений и возрастных особенностей.

**Внедрение результатов исследования.** 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» НМИЦПин им. В.П. Сербского. Результаты исследования позволят усовершенствовать систему психолого-психиатрической помощи при наводнениях, а разработанные рекомендации могут быть использованы при других природных психиатриями, медицинскими психологами и другими специалистами.



# ГЛАВА 1. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С НАВОДНЕНИЕМ. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Психические нарушения, вызванные воздействием психотравмирующих факторов ЧС, в том числе природных катастроф, имеют большое значение для показателей здоровья населения целых регионов.

К числу природных катастроф с экстремальным влиянием на психику относят наводнения.

Наводнение является одной из наиболее тяжелых природных катастроф [14, 54, 77, 93]. По данным EM-DAT (Международная база данных по чрезвычайным ситуациям (ЧС), созданная в научно-исследовательском центре ЧС при Католическом университете Бельгии), наводнения являются наиболее распространенными стихийными бедствиями - на их долю приходится 47,4% всех природных катастроф, далее следуют бедствия, связанные с высокими температурами (21,1%), по 10,5% приходится на штормы и пожары, на землетрясения - 7,9%.[97]. Кроме того, наводнения несут наибольшее экономическое бремя среди всех ЧС - 98,2%, далее пожары - 1,8% [98]. При этом прогнозируется, что в связи с изменением климата, частоты осадков и повышением уровня моря произойдет увеличению частоты и интенсивности наводнений во многих регионах мира [39, 80]

В некоторых регионах масштаб последствий носит тотальный характер [1, 93].

По данным С. Stanke и соавторов (2012), за период с 2002 по 2012 г. от наводнений в Европе погибло более 1000 и пострадало более 3,4 миллиона человек [93].

Стресс, вызванный наводнением, поражает людей всех возрастов и способен вызвать или обострить различные психические расстройства, причем в основе психической травматизации немалая роль принадлежит вторичным психологическим и психосоциальным факторам [93, 91].

По данным ВОЗ (2019 г.), почти все пострадавшие от чрезвычайных ситуаций испытывают психологический дистресс, выраженность которого снижается у большинства людей с течением времени в разной степени. При этом у 9% пострадавших, переживших ЧС за последние 10 лет, возникает психическое расстройство тяжелой или среднетяжелой степени[33].

Международные данные свидетельствуют о том, существуют причины, объясняющие большой разброс показателей в идентичных исследованиях, проведенных разными учеными. Одну из причин этого можно определить как терминологические расхождения. Так, диагноз «Острое стрессовое расстройство», зачастую включает в себя термин «Острая реакция на стресс», либо замещается им. Диагноз «Острое стрессовое расстройство» (acute stress disorder) появился в DSM-IV в 1994 для квалификации острого этапа ПТСР у лиц, подвергшихся сильной психической травме. В предыдущих версиях DSM симптоматика у лиц в течение первого месяца после психической травмы квалифицировалась как «Нарушение адаптации». Согласно DSM-IV, острая стрессовая реакция включает симптомы, возникающие сразу после воздействия травмирующего фактора и наблюдаются в течение 48 часов. Острое стрессовое расстройство определяется симптомами, появившимися в период от 48 часов до одного месяца после события. Симптомы, наблюдаемые более одного месяца, соответствуют диагнозу посттравматического стрессового расстройства. Таким образом ОСР рассматривается в качестве начальной стадии ПТСР [48, 50,65], и отличается от него наличием диссоциативных нарушений (флэш-беки, деперсонализация, обманы восприятия и пр.), не характерных для хронических стрессовых расстройств. Таким образом, диагностические критерии ОСР, должны включать еще минимум три диссоциативных

симптома. Можно сказать, что ОСТР, острое ПТСР, хроническое ПТСР являются этапами одного динамического процесса развития болезни, которая может остановиться на каждом из них [26]. Изучение острых психических нарушений вследствие проводится в очаге ЧС крайне редко в силу сложностей организации процесса. В основном это ретроспективные исследования. В DSM-V добавлены критерии негативных изменений в мыслях и настроении, которые произошли после травмирующего события (устойчивые и чрезмерно негативные оценки себя, других или мира (например, «меня не любят» или «мир - злое место»), самообвинение или обвинение других в причине или следствии травмирующего события, персистирующее негативное эмоциональное состояние (например, стыд, гнев или страх), стойкая неспособность испытывать положительные эмоции (например, счастье, любовь, радость) [65].

В использующейся в нашей стране и в Европейских странах МКБ-10 острые психогенные реакция описаны в разделе Невротические и связанные со стрессами расстройства под кодом диагноза «Острая реакция на стресс», в котором перечислены симптомы, развивающиеся после психической травмы и длящиеся не дольше трех дней. Диагноз ПТСР ставится в случаях сохранения симптомов в течение месяца и более. При этом для квалификации симптомов, длящихся от 4 до 30 дней, в перечне заболеваний МКБ-10 диагноза не существует [25].

Систематические исследования состояний, вызванных стрессовым переживанием природных, техногенных катастроф начались с середины прошлого века. Академия наук Соединенных Штатов проводит исследования в которых делаются попытки оценить адаптацию лиц, переживших наводнения, крупные пожары, газовые атаки, землетрясения и иные подобные. Полагая, что информация, полученная при изучении «гражданских» катастроф, может быть использована для оценки воздействия катастроф, связанных с войной (например, ядерная катастрофа) [36].

В этой главе мы постарались охватить две области изучения нарушений, связанных с наводнениями и другими природными катастрофами. Первая – это углубленные клинические исследования, в которых уточняются диагностические критерии ПТСР и ОРС, описываются возрастные, гендерные и иные особенностей, коморбидные расстройства и разрабатываются подходы к оценке состояния.

Второе направление исследований – это разработка оптимальных организационных принципов и медико-психологической (психиатрической и психотерапевтической) помощи на различных этапах после ЧС.

Посттравматическое стрессовое расстройство, ПТСР (posttraumatic stress disorder, PTSD) – это невротическое психическое расстройство, развивающееся после сильного или очень сильного (чрезвычайного) стрессового воздействия. В МКБ-10 ПТСР определяется как «отставленная и/или затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию (кратковременную или продолжительную) исключительно угрожающего или катастрофического характера, которые в принципе могут вызвать дистресс почти у любого человека (например, природные или антропогенные катастрофы, сражения, серьезные несчастные случаи, наблюдение за насильственной смертью других, роль жертвы пыток, терроризма, изнасилования или другого преступления»[25].

В настоящее время не используются принятые в прошлом веке для квалификации сходных расстройств диагнозы «травматический невроз» (Х. Оппенгейм), «невроз страха» (З. Фрейд), «нейропсихический травматизм» [3] и широко использовавшееся в детской психиатрической практике определение «невроз испуга», хотя эти термины достаточно точно отражают феноменологическую сущность.

Критерии ПТСР (как и название диагноза) впервые были представлены в DSM-III в 1980 г. В DSM-III-R были внесены некоторые уточнения и дополнения, в частности особенности симптомов ПТСР у детей. Описание ПТСР в DSM-IV-R практически не отличается от описаний

в DSM-III-R и DSM-V, но содержит незначительные поправки. Так, согласно DSM-IV, высокая интенсивность воздействия стрессора и физическая приближенность к нему создают более высокий риск развития ПТСР. Кроме того, стало происходить расширение критериев заболевания и включение психологических понятий наряду с психиатрическими [41].

В DSM-IV впервые выделяется тип течения – острое (менее 3 месяцев) и хроническое (более 3 месяцев) ПТСР, а также с отставленным началом заболевания - по меньшей мере, через 6 месяцев после стрессорного воздействия. В МКБ-10 такого разделения не проводится.

В МКБ-10 ПТСР как отдельная нозологическая единица описано в разделе F43.2 [25].

Следует отличать ПТСР от Расстройства адаптации (РА). Диагноз РА ставится в случаях, когда симптоматика отвечает критериям В – F ПТСР, однако стрессорный фактор, вызвавший их, не был экстремальным (к примеру, увольнение с работы, развод, потеря какое-либо суммы денег и т.п.), или же если реакция на экстремальную ситуацию не отвечает критериям ПТСР, ОСР или другим реакциям на тяжелый стресс.

В планируемой к внедрению в практику 11 версии МКБ [73] острая стрессовая реакция вынесена из раздела психических расстройств в раздел 24 (Факторы, влияющие на состояние здоровья, или контакт со службами здравоохранения) - в подраздел "Проблемы, связанные с вредными или травмирующими событиями" (QE84). Таким образом, спектр психиатрических нарушений, развивающихся вследствие ЧС сужен до хронических. Это вполне объяснимо, поскольку выраженная психическая реакция на экстремальный раздражитель должна наблюдаться у всех индивидов, а именно отсутствие таковой может свидетельствовать о тех или иных отклонениях в психической деятельности.

В 2022 году планируется переход отечественной системы здравоохранения на МКБ-11, в которой значительные изменения претерпел раздел психиатрии. В частности, ПТСР в МКБ-11 находится в разделе

6B4... - Расстройства, вызванные стрессом (Disorders specifically associated with stress). Согласно определению МКБ-11, ПТСР — это расстройство, которое может развиться после воздействия чрезвычайно угрожающего или пугающего события или серии событий. Он характеризуется следующими особенностями: 1) повторное переживание травмирующего события или событий в форме ярких навязчивых воспоминаний, флэшбеков или ночных кошмаров. Они обычно сопровождаются интенсивными или подавляющими эмоциями, особенно страхом или ужасом, и сильными физическими ощущениями; 2) избегание мыслей и воспоминаний о травматическом событии или событиях, или избегание действий, ситуаций или людей, напоминающих о событии или событиях; 3) постоянное ощущение угрозы, например, повышенная настороженность или усиленная реакция испуга на внезапные раздражители, например, шум. Симптомы сохраняются в течение как минимум нескольких недель и вызывают значительные нарушения в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других важных сферах функционирования [73]. Таким образом, мы видим, что содержание категориальных диагностических критериев не изменилось. При этом острая стрессовая реакция утратила психопатологическое значение, поскольку изъята из раздела «Психические расстройства» и помещена в раздел Q«Проблемы, связанные с вредными или травмирующими событиями» под кодом QE84 «Острая стрессовая реакция». Это достаточно спорное решение, по которому ведутся дискуссии между психиатрами.

Кроме того, в МКБ-11 в разделе 6B4...выделены и другие формы стрессового расстройства: Осложненное ПТСР (6B41 Complex PTSD), Затяжное расстройство горя (6B42 Prolonged grief disorder), Расстройство адаптации (6B43 Adjustment disorder), Расстройство привязанности (6B44 Reactive attachment disorder), Расстройство, обусловленное социальной депривацией (6B45 Disinhibited social engagement disorder), а также Другие формы и Неуточненные формы ПТСР (6B4Y Other specified disorders

specifically associated with stress, 6B4Z Disorders specifically associated with stress, unspecified) [73].

При наводнениях наиболее распространенным видом психических нарушений является посттравматическое расстройство (ПТСР). Кроме того, с данным видом природных катастроф ассоциированы такие расстройства как расстройство адаптации, депрессия, тревога, психозы, нарушения сна и суициды, а также злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами [48, 71, 77, 93, 104].

Некоторые эксперты обоснованно указывают на преимущественное выявление ПТСР при наводнениях и других природных катастрофах и недостаточное внимание к другим типам психических нарушений [93].

Данные о распространенности ПТСР вследствие наводнений значительно различаются в исследованиях, проведенных разными авторами в разных регионах [1, 45, 100].

Через четыре и через шестнадцать месяцев после наводнения в Сент-Луисе в 1992 г. признаки ПТСР наблюдались у 22% и 16% населения соответственно [78].

Высокий уровень выраженности симптомов ПТСР и тревоги у населения районов, пострадавших от наводнений, выявили D. Maltais и соавторы (2000), В. Wei и соавторы (2013) [45, 78].

Исследования отдаленных последствий наводнения в китайской провинции Хунань показали, что через 16 лет признаки ПТСР сохраняются у 15% потерпевших [54].

Заслуживает внимание значительный разброс данных о распространенности ПТСР после наводнения у разных авторов, что объясняется отсутствием единообразия в диагностических подходах.

S. Galea и соавторы (2005), изучив данные за 40 лет по распространенности заболеваемости ПТСР, сравнили показатели при одних и тех же катастрофах, представленные различными авторами [67].

Так, через 14 лет после падения плотины Buffalo Creek в Западной Вирджинии в 1972 г. признаки ПТСР обнаруживались у 14-25% пострадавшего населения [70].

В период до 2 лет в результате различных наводнений на разных континентах признаки ПТСР наблюдались у 34 до 50% людей, а в острый период катастрофы – у 10-90% пострадавших [67].

По данным исследования L.M. Stough и C.S. North (2018), проведенного в Техасе, ПТСР вследствие наводнения и других природных катастроф развивается от одной пятой до одной трети пострадавших лиц, причем в большинстве случаев психические нарушения носят неглубокий и обратимый характер [95].

Обобщенные G.C. David с соавт. (2011 г.) данные о психических расстройствах показывают, что 37,5% жертв наводнений страдают нарушением адаптации, 21,5% имеют депрессивное расстройство, 12% – паническое расстройство, 11,25% – ПТСР и 5,5% тревожное расстройство [58].

По данным М.Г. Погодиной, проводившей психологическое исследование на небольшой выборке пострадавших при наводнении в Крымске, из 62 взрослых человек к этапу переходного периода справились со стрессовой ситуацией 9,7% обследованных; выраженные психические симптомы наблюдались у 40,3% пострадавших [28].

Таким образом, приведенные данные позволяют резюмировать, что распространенность ПТСР в населении, пострадавшем от наводнений, достаточно высока и служит весомой составляющей психического нездоровья населения. Наибольшее число исследований в этой области посвящено анализу последствий природных и техногенных катастроф, военных действий и несчастных и криминальных случаев. Несмотря на то, что, диагностика ПТСР проводится учетом известных диагностических критериев ПТСР, а к вызывающим это заболевание причинам относятся только экстраординарные воздействия, многие авторы склонны



рассматривать практически любое более или менее интенсивное переживание в качестве причинного фактора для развития ПТСР (по данным В.L.Green (1994), у 25% людей, подвергшихся подобному воздействию, развивается ПТСР [69]). Это, по-видимому, создает предпосылки для возникновения различий в частоте диагностики ПТСР и в определении границ заболевания.

Предметом многих исследований является анализ психотравмирующих факторов во время наводнения и других природных катастроф. Этиология ПТСР включает в себя не только различные типы травмирующих ситуаций и предрасполагающие (предрасполагающие) факторы.

Считается, что наибольшая патогенность наводнения связана с гибелью близких и утратой жилья и в этом утверждении нет противоречий, однако дополнительные факторы оцениваются исследователями с различной значимостью [41, 43, 77, 93, 100].

Большую роль в психической травматизации играет длительность пребывания в зоне затопления [70]. Учитываются и такие дополнительные вредоносные фактора наводнений и подтоплений как высокая распространенность инфекций [74], стресс от общения со страховыми агентствами и сложностей, связанных с реконструкцией домов [92]. Последствия для здоровья человека могут возникнуть непосредственно во время наводнения, а также в последующие месяцы [31, 39, 42, 43, 54, 79]

P. Huang и соавторы (2010) на основании исследования 2336 потерпевших показали, что люди, жилье которых было затоплено и повреждено, демонстрировали большее количество симптомов ПТСР и соматических жалоб, более высокий уровень депрессии, тревоги и социальной дисфункции по сравнению с лицами, у которых дома не были повреждены [71].

К возможным предикторам затяжного течения стрессового расстройства отнесено три категории факторов [6]: общая группа факторов

(пол, возраст полученных психической травмы и расовая принадлежность), имеющие относительное значение для развития ПТСР в разных группах населения; группа факторов, менее зависимых от выборки, (уровень образования, психические травмы в анамнезе, плохие условия жизни), а также факторы, имеющие наибольшую прогностическую значимость для развития ПТСР (наличие психического расстройства в анамнезе, эпизодов насилия и жестокого обращения в детстве, наследственная отягощенность психическими расстройствами) .

По отдельности величина воздействия всех факторов риска была умеренной, но факторы, действующие во время или после травмы, такие как тяжесть самой ЧС, отсутствие социальной поддержки и дополнительный жизненный стресс, имели несколько более сильное влияние, чем факторы до травмы [50].

Исследование возрастных, гендерных и иных факторов, оказывающих патопластическое действие на психическое здоровье пострадавших при наводнениях [75, 77], показали высокую уязвимость пожилых людей и лиц женского пола. Зайцева Е.А. и Фастовцев Г.А. (2016) указывали на влияние неблагоприятных стрессовых факторов в детском возрасте, провоцировавших возникновение невротических реакций и повышенной тревожности; преморбидные личностные особенности, специфичность которых проявлялась различными вариантами дисгармоничного сочетания характерологических черт паранойяльного, эпилептоидного, истерического, тормозимого и шизоидного круга [13].

Д.Ю. Вельтищев с соавт. (2008) также исследовали личностную предрасположенность к развитию психогенных расстройств, в т.ч. и депрессивного круга. Авторами выделены особенности восприятия психотравмирующей, зависящие от, различных вариантов личностной аффективности, во многом определяющих психопатологические и некоторые патогенетические особенности тревожного, тоскливого или апатического диапазона стрессовых расстройств депрессивного спектра [8].

При сравнительной оценке проведенных исследований можно сделать умозаключение, что существуют безусловные для развития ПТСР этиологические факторы, при которых важный вклад вносят и предрасполагающие факторы. Это заболевание может развиваться и без предрасполагающих факторов, особенно, если стрессор является чрезвычайно сильным [41]. Индивидуальная уязвимость и социальное окружение модифицируют посттравматические реакции при всех типах стрессовых факторов [88]. Очевидно также, что семейный анамнез (в частности потеря одного из родителей [86; 94]), детские переживания и предшествовавшие психические расстройства могут влиять на развитие ПТСР.

В отечественной научной литературе работ о психических расстройствах вследствие наводнений крайне мало, хотя роль природных катастроф в развитии психической патологии изучалась на протяжении последних десятилетий видными российскими психиатрами [1, 6, 10, 11, 15, 17, 18, 29].

Решающую роль при оказании помощи населению в зоне бедствия играют ее безотлагательный характер и выбор оптимальных подходов [17, 93].

По данным рандомизированного исследования Е.В. Фoa и соавторов (2018), проведенного с участием 370 американских военнослужащих (в том числе 44 женщин), своевременное интенсивное психотерапевтическое вмешательство (в том числе осуществленное с помощью средств электронной коммуникации) способно привести к значительному смягчению симптомов ПТСР, причем отдельные методы психотерапии (например, массажная терапия с максимальной экспозицией) имеют преимущества над другими (предполагающими минимальный контакт) [64].

Подчеркивается, что помощь пострадавшим осуществляется в двух главных направлениях: усиление благотворного влияния окружения (семья и другие родственники) и профессиональная медицинская и

психологическая поддержка с участием психиатров, психологов и других профильных специалистов. Необходимым условием благоприятного прогноза при оказании помощи потерпевшим является взаимодействие социальных, психологических и медицинских служб при дифференциации последней на неотложную медицинскую, экстренную психотерапевтическую и терапевтическую с различной целевой направленностью [24, 55].

Большое значение при оказании помощи пострадавшим придается уменьшению влияния первичных и вторичных психогенных факторов, вызванных наводнением; считается, что организация психосоциальной поддержки населению в зоне катастрофы требует разграничения дистресса, вызванного психической травмой, от других, существовавших до начала травмирующих событий, типов психических нарушений [93].

Ключевую роль в предупреждении и лечении психических расстройств вследствие наводнения играет социальная поддержка [77; 104]. Разработка эффективных протоколов оказания помощи требует уточнения и максимально возможной унификации международной профессиональной терминологии [93].

Особенное значение в уменьшении травмирующего действия катастроф и предупреждении психических расстройств, связанных со стрессом, имеет своевременная и эффективная медицинская и психосоциальная помощь пострадавшим семьям в целом [19, 24, 29].

К сожалению, наводнения, как и другие стихийные бедствия, представляют постоянные поводы для дальнейших исследований в области психиатрии катастроф.

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, что приведет к учащению и утяжелению природных катаклизмов, в том числе наводнений. 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[97, 98].

В психиатрии катастроф существует множество неразрешенных вопросов. Остается неясным, например, насколько тяжелее влияет на психику повторное травматическое воздействие по сравнению с дополнительными факторами, связанными с одиночной перенесенной травмой [95].

Практически отсутствуют данные об отдаленных последствиях наводнений, о динамике и роли прогностических факторов.

Безусловно, эти и многие другие вопросы требуют уточнения в ходе дальнейших исследований.

\*\*\*

Проанализированные в настоящем обзоре данные литературы в достаточной степени отражают современное состояние вопроса психических расстройств, вызванных ЧС, и позволяют выделить следующие аспекты проблемы, требующие дальнейшего уточнения: систематика факторов риска возникновения психических расстройств, обусловленных сильным стрессом; клинико-динамические особенности постстрессовых психических расстройств; определение факторов, определяющих течение заболевания; разработка унифицированных подходов к оказанию медико-реабилитационной и профилактической помощи пострадавшим при ЧС.

## ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

### Краткое описание чрезвычайной ситуации

Одной из крупнейших природных катастроф последнего десятилетия в Российской Федерации является наводнение в Краснодарском крае в 2012 г.

По официальным данным, 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 [96]. Всего в зоны подтопления попало около 8000 жилых домов, из них 7200 в городе Крымск [26]. Ущерб от наводнения составил более 20 миллиардов рублей. Особенностью подвергнутого ЧС региона является сельскохозяйственная занятость населения, т.е. невысокий материальный уровень, и большой удельный вес пожилых людей. В основном пострадавшей оказалась наименее обеспеченная часть населения, ветхие дома которых были сильнее разрушены стихией. Нужно отметить, что бедность является неблагоприятным прогностическим фактором развития как соматических, так и психических последствий ЧС [83, 100]. Кроме того, среди пострадавших оказалось много пожилых людей, многодетных семей, а также большое количество лиц, злоупотребляющих алкоголем. Те, кто лишился жилья, или чье жилье пришло в негодность, были размещены в пункты временного пребывания – в основном школы и детские сады.

Можно выделить следующие отличительные особенности произошедшей ЧС.

1. Внезапность. Несмотря на то, что регион относится к области высокого риска наводнений, население было не готово к произошедшей катастрофе. Оповещений жителей о катастрофе не произошло. Вода поднялась стремительно до 7 метров поздно ночью, когда все спали. Это

привело к тому, что люди не успели забрать документы и ценности, спасти домашних животных. Гибель людей, особенно пожилых, произошла из-за того, что многие не успели покинуть жилище. Практически все потерпевшие выказывали негодование и злость по отношению к властям, не принявшим меры в предотвращении ЧС и предупреждению жителей о необходимости эвакуации. Эксперты также пришли к выводу о том, большое число погибших было обусловлено недостатками системы оповещения населения о чрезвычайных ситуациях[34].

2. Длительность ликвидации последствий. Те дома, которые не были разрушены конструктивно, все равно нуждались в значительном ремонте. Несмотря на большое количество волонтеров и военнослужащих, занимающихся разбором мусора и вывозом и утилизацией погибших животных, восстановление хозяйств затянулось на многие недели.

3. Отсутствие помощи и поддержки со стороны местных властей. Представители администрации города скрылись до начала наводнения, в организации помощи не участвовали. Информирование населения о ходе спасательных работ, о количестве погибших не проводилось. Людям казалось, что от них скрывают правду, что погибших больше полутора тысяч и их тайно вывозят и хоронят за пределами города. Кроме того большинство, с кем мы общались, высказывали уверенность в том, что государство им не компенсирует потери.

4. Большое количество разлагающихся трупов домашнего скота, высокая влажность и жара создавали условия для заражения и распространения инфекционных заболеваний. С целью предотвращения ухудшения эпидемиологической обстановки в городе были развернуты передвижные прививочные пункты, к которым выстраивались большие очереди, в которых нередко вспыхивали конфликты, доходящие до драк.

Подобная специфика обуславливала дополнительную травматизацию населения: вызвала негативные настроения и агрессию, которая была направлена не только на администрацию города и региональные власти, но

и на помогающих специалистов (врачей, спасателей, психологов), волонтеров, друг на друга; создавала конфликтные ситуации, что обуславливало протрагирование психотравмирующего периода и затяжной характер психопатологических реакций.

### **Характеристика материала исследования**

С помощью методов, позволяющих изучить симптомы острых и хронических психических нарушений, развивающихся вследствие наводнения, их динамики, в дальнейшем были сопоставлены данные с возрастными, гендерными, личностными, семейными, социальными и другими факторами.

Исследование проводилось в три этапа: сразу после начала ЧС - в острый период на протяжении месяца и в отдаленных периодах, когда уже сформировались хронические нарушения.

Выборка обследуемых в острый период (1 этап) формировалась сплошным методом. На 2 и 3 этапах -- была сформирована по обращаемости пациентов.

Набор клинического материала в первый период после наводнения имеет определенные трудности, чем объясняется относительно малое количество научных работ на эту тему. В остром этапе решались прежде всего задачи помощи потерпевшему населению.

На отдаленных этапах помимо собственно научных исследовательских задач (изучение и систематика клинических особенностей хронических стрессовых нарушений, анамнестических и катамнестических данных, оценка и анализ различных пато- и саногенных факторов) решались такие вопросы как лечебная и психотерапевтическая помощь, маршрутизация пациентов, психообразовательная поддержка потерпевших и их родственников.

Основным методом исследования послужило клиническое обследование с заполнением специально разработанных карт, позволяющих проводить сравнение анализ встречаемости симптомов в разных возрастных



и гендерных группах и их корреляцию с другими признаками. Как дополнительные мы рассматривали методы патопсихологического тестирования.

Как уже говорилось выше, исследование проводилось в 3 этапа.

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. В 47,2% случаев (у 58 пострадавших – основная группа) были выявлены признаки острой стрессовой реакции различной глубины – F 43.0 (острая реакция на стресс, по МКБ-10).

На 2 этапе, во время которого обследование проводилось в срок 6 - 12 месяцев после ЧС, было осмотрено 127 чел. У 51 человек (40,2%) определялись признаки хронического стрессового расстройства.

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.

Данные клинического обследования 2 и 3 этапов дополнялись методами количественной оценки симптоматики (CAPS-IV -- Clinical-administered PTSD Scale) [103], шкалы тревоги и депрессии Бека [44], клинической личностной оценки.

Таким образом, всего было обследовано 336 человек, пострадавших при наводнении в Крымске. Выявлены признаки острых стрессовых нарушений у 58 человек и у 77 – хронических стрессовых нарушений. Общее количество клинических наблюдений психопатологических состояний обеих основных категорий равнялось 135.

Возраст обследованных составил от 18 до 65 лет. Среди пациентов преобладали лица женского пола (54,8%). Это соответствовало возрастной и гендерной представленностью всех осмотренных пострадавших.

Критериями исключения из исследования послужили наличие психического заболевания в анамнезе, тяжелые травмы головного мозга, полученные при ЧС.

Таблица 1.

Распределение пациентов по полу и возрасту

Возрастная группа Пол	18-25 лет n=28 абс. (%)	26-50 лет n=52 абс. (%)	51-65 лет n=55 абс. (%)	Всего n=135 абс. (%)
Женщины	16 (57,1)	28 (53,8)	30 (54,5)	74 (54,8)
Мужчины	12 (42,9)	24 (46,2)	25 (45,5)	61 (45,2)

Как показывает табл. 1, среди пациентов преобладали лица старшего возраста и женского пола. Лица женского пола преобладали во всех возрастных группах. Это соответствовало возрастной и гендерной представленностью всех осмотренных пострадавших, что наглядно и показано на диаграмме 1.

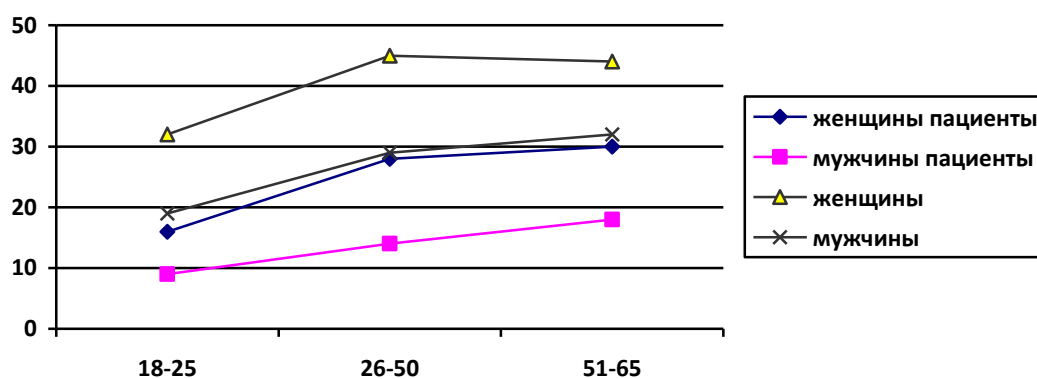
Диаграмма 1



Всего среди осмотренных потерпевших женщин было 199 человек (59,2%), а мужчин 137 человек (40,8%). Среди лиц с выявленными стрессовыми расстройствами было женщин 74 человека (54,8%), а мужчин 61 человек (45,2%).

Диаграмма 2

Половозрастная представленность потерпевших от наводнения с признаками стрессовых расстройств и без таковых



Был проведен анализ влияния гендерной структуры обследованных. Несмотря на преобладание женщин в группе пациентов, достоверных

различий между частотой заболеваемости среди мужчин и женщин обнаружено не было ( $F_{эмп}=1,659$ ,  $p > 0,05$ ). Это отличается от многих исследований, в которых отмечается, что у женщин распространенность ПТСР составляет 10,4%, а у мужчины - 5,0% [76]. Но это различие зависит от типа травм – наиболее оно заметно при насильственных действиях несексуального характера, а в отношении других видов травм данные достаточно противоречивые[59, 99].

### **Методы исследования**

В качестве основных методов исследования в работе были использованы клинико-психопатологический и клинико-катамнестический методы (с использованием специально разработанной формализованной карты, служившей источниками информации о психическом состоянии здоровья).

Для установления диагноза ОРС требуется наличие симптомов из группы диссоциативные, повторного переживания, избегания и возбудимости [25]. Кроме этого, при изучении ОРС мы исследовали четыре группы симптомов:

- 1) нарушения сознания (суженное сознание, сумеречное состояние сознания);
- 2) психомоторные нарушения (возбуждение, заторможенность);
- 3) эмоциональные проявления (тревога, депрессия, чувство вины);
- 4) вегетативные реакции (тахикардия, потливость, повышение температуры тела).

Дополнительную роль играли методы психометрического тестирования: Стэнфордский опросник для лиц с острыми стрессовыми реакциями (SASRQ – Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire) [53], Клинический опросник выраженности симптомов ПТСР (CAPS-4 -- Clinical-administered PTSD Scale), шкалы тревоги и депрессии Бека.

Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ) включает в себя 30 вопросов-утверждений с 5 вариантами ответов – нет (0 баллов), очень

редко (1 балл), редко (2 балла) иногда (3 балла), часто 4 (балла), очень часто (5 баллов). При подсчете только ответы «иногда», «часто» и «очень часто» считаются признаком наличия симптома. Правая часть таблицы с латинскими обозначениями колонок предназначена для подсчета результатов и заполняется исследователем (см. Приложение 1). Для установления диагноза ОРС требуется наличие симптомов из группы диссоциативные, повторного переживания, избегания и возбудимости. Учитывались и суммировались баллы лишь за ответы «иногда», «часто», «очень часто». Таким образом происходила количественная оценка выраженности ключевых симптомов ОРС: таких как диссоциативные, повторное переживание психической травмы, избегание, гипервозбудимость, социальная дисфункциональность. Было показано, что интенсивность симптомов ОРС находилась в интервале от 90 до 150 баллов. Удобство применения SASRQ, как мы убедились на собственном опыте работы в экстремальных условиях, помогает проводить скринингового обследования пострадавших от ЧС в условиях ограниченного времени. Нами было предложено использовать SASRQ врачами других специальностей, а не только психиатрами, что позволяло заподозрить стрессовые симптомы и направить жертву наводнения для диагностики к психиатру.

Отдаленные этапы, т.е. 1 месяц после ЧС, ставили свои задачи: это выявление хронических стрессовых симптомов, описание их клинических особенностей, систематика и оценка тяжести. Нами были составлены формализованные карты хронических симптомов, которые приведены в Приложении (см. Приложение 3), а анализ в главе, посвященной хроническим нарушениям. Нами исследовались следующие группы симптомов (МКБ-10, DSM-IV):

1. Симптомы повторного переживания травматического события

- повторяющиеся навязчивые неприятные воспоминания о ЧС и ее деталях, мысли и представления;

- повторяющиеся тревожные или страшные сновидения о травматическом событии, содержание которых может не сохраняться;
- ощущения и чувства, как будто ЧС снова происходит, включающие те же чувства и переживания, которые ощущались во время ЧС, иллюзии, галлюцинации и диссоциативные флэшбэк-эпизоды, в том числе просоночные и развивающиеся в состоянии интоксикации.
- сильные глубокие переживания, возникающие в ответ на внутренние или внешние стимулы, напоминающие о ЧС;
- физиологические реакции в ответ на внутренние или внешние стимулы, на внутренние или внешние стимулы, напоминающие о ЧС.

2. Постоянное избегание стимулов (раздражителей), напоминающих о травме и эмоциональное оцепенение, или блокировка эмоциональных реакций (numbing). Для постановки диагноза необходимо наличие трех и более из нижеследующих семи критериев:

- усилия, направленные на избегание мыслей, чувств, или разговоров, связанных с травмой;
- усилия, направленные на избегание действий, мест, или людей, которые пробуждают воспоминания о травме;
- неспособность вспомнить важные аспекты травмы (психогенная амнезия);
- заметное снижение интереса или участия в ранее значимых видах деятельности;
- чувство отгороженности или отчуждения от окружающих;
- ограничение диапазона чувств (например, неспособность испытывать чувство любви);
- чувство бесперспективности в будущем (например, отсутствие надежды на карьерный рост, женитьбу, появление детей или нормальную продолжительность жизни).

3. Постоянные симптомы повышенной возбудимости, не наблюдавшейся до травмы. Для диагностики необходимо наличие не менее двух критериев:

- нарушение засыпания или раннее пробуждение;
- раздражительность или вспышки гнева;
- затруднение концентрации внимания;
- повышенная настороженность, сверхбдительность, постоянное ожидание угрозы;
- –чрезмерная реакция испуга.

4. Клинически значимое тяжелое эмоциональное состояние или нарушения в социальной или других важных областях деятельности [25, 41].

Выбранный нами для исследования CAPS -- Clinician-administered PTSD Scale является доступным психодиагностическим золотым стандартом измерения выраженности психических симптомов у лиц с ПТСР. Используемая нами версия включает в себя симптомы, связанные с травматическим опытом у взрослых, сгруппированные в 4 группы, соответствующие диагностическим критериям DSM-IV. используя 4-балльную шкалу оценки частоты от 0 («никогда»), до 3 («очень часто»)[103,104].

Опросник позволяет получить количественное выражение показателей по следующим шкалам (См. приложение 2):

Повторное переживание психической травмы содержит четыре симптома, Блокировка эмоциональных реакций и деятельности – четыре симптома, Избегающее поведение – четыре симптома, Симптомы повышенной возбудимости – шесть симптомов. Таким образом, общий балл может находиться в диапазоне от 0 до 42. Кроме того мы включили учет условно названные Другие симптомы, которые нами наблюдались у

обследованных и могли рассматриваться в качестве коморбидных, — это нарушения поведения, тревожное расстройство, депрессивное настроение, соматические (соматоформные симптомы).

С помощью стандартных статистических методов обсчета были определены достоверность различий и уровень корреляции между признаками. Основным статистическим инструментом явились таблицы сочтаных 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 [3]. В работе использовалась программа Statistica v.6.

## **ГЛАВА 3. ОСТРЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПОСТРАДАВШИХ ОТ НАВОДНЕНИЯ**

### **Клинические проявления острых стрессовых реакций**

В острый период ЧС, т.е. на протяжении четырех недель, было обследовано 123 человека. Обследование проводилось при посещении пунктов временного размещения в г. Крымске, а также во время подворовых обходов в составе полипрофессиональной бригады, куда входили помимо автора, научные сотрудники НМИЦПиН им. Сербского, психиатр и терапевт краевого облздрави, психолог МЧС. Целью обходов служила необходимость приближения медицинской и психологической помощи потерпевшим. Нужно отметить, что не всегда появление бригады врачей вызывало положительную реакцию. В нескольких случаях мы были встречены достаточно агрессивно. Например, потерпевшие говорили: «вас здесь только не хватало», «матрасы принесли? нет? а какого ... тогда пришли» и другие более или менее грубые реплики. Однако после беседы, в



ходе которой мы объясняли цель визита, предлагали медицинскую и помощь, а также информировали о местах выдачи гуманитарной помощи, передвижных прививочных пунктах, других необходимых адресах и телефонах, изменениях в работе инфраструктуры, удавалось преодолеть недоверчивое отношение и провести клиническое и психологическое обследование, взять согласие на углубленное обследование и договориться в случае необходимости о повторной консультации.

Почти в половине случаев (47,2%) у обследованных пострадавших выявлены признаки острой стрессовой реакции различной глубины – F 43.0 (острая реакция на стресс, по МКБ-10). Диагноз устанавливался в соответствии с критериями: повторное переживание травмы, симптомы избегания и повышенной возбудимости, а также диссоциативные симптомы (чувства нереальности происходящего или блокировки эмоций, оцепенения (numbing – англ.))[41].

Кроме того, при изучении ОРС мы исследовали четыре группы симптомов:

- 1) нарушения сознания (суженное сознание, сумеречное состояние сознания);
- 2) психомоторные нарушения (возбуждение, заторможенность);
- 3) эмоциональные проявления (тревога, депрессия, чувство вины);
- 4) вегетативные реакции (тахикардия, потливость, повышение температуры тела) [МКБ-10].

Расстройства всех перечисленных групп были отмечены у наблюдавшихся нами 58 человек.

Длительность симптомов ОРС, согласно МКБ-10 [25], не должна превышать 3 суток. Однако мы наблюдали разной степени выраженности острые реакции, включая такие тяжелые как нарушения сознания с амнезией и психомоторными заторможенностью или возбуждением еще на протяжении месяца В то же время при психической травме чрезвычайной силы, какой подверглись жители Крымска. В этих случаях правомерна

квалификация состояния как острого стрессового расстройства (ОСР), отличающегося от ОРС затяжным характером. ОСР рассматривается в классификации DSM-IV, в то время как аналогичные рубрики в МКБ-10 отсутствуют [18].

Ниже приведена таблица распространенности отдельных симптомов ОРС (или ОСР), т.е. тех, которые возникли сразу после или вовремя происшествия.

**Таблица № 2**

**Частота встречаемости симптомов острой реакции на стресс в разных возрастных группах**

Группы Симптомы	18-25 лет n=15 абс. (%)	26-50 лет n=23 абс. (%)	51-65 лет n=20 абс. (%)	Всего n=58 абс. (%)
<b>Нарушения сознания</b> (суженное сознание, сумеречное состояние)	1 (6,7)	3 (13,0)	4 (20,0)	8 (13,8)
<b>Психомоторные нарушения</b> (возбуждение, заторможенность)	10 (66,7)	11 (47,8)	8 (40,9)	29 (50,0)
<b>Эмоциональные проявления</b> (тревога, страх, депрессия, чувство вины)	12 (80,0)	16 (69,6)	18 (90,0)	44 (75,9)
<b>Вегетативные изменения</b> (тахикардия, потливость, повышение температуры тела)	6 (40,0)	12 (52,2)	18 (90,0)*	36 (62,1)
<b>Повторное переживание травмы</b> (сны, флэшбэк)	5 (33,3)	13 (56,5)	14 (70,0)	32 (55,2)

Группы Симптомы	18-25 лет n=15 абс. (%)	26-50 лет n=23 абс. (%)	51-65 лет n=20 абс. (%)	Всего n=58 абс. (%)
<b>Нарушения сна</b> (бессонница, кошмары, поверхностный сон)	7 (46,7)	12 (52,2)	18 (90,0) *	37 (63,8)
<b>Страхи</b> (повторения ЧС, темноты, одиночества, выхода из помещения)	7 (46,7)	10 (43,5)	15 (75,0)	32 (55,2)
<b>Дереализация</b> (чувство эмоциональной отстраненности, безучастности, равнодушия и др.)	10 (66,7)	12 (52,2)	11 (55,0)	33 (56,9)
<b>Раздражительность,</b> нетерпеливость, гневливость	8 (53,3)	11 (47,8)	11 (55,0)	30 (51,7)
<b>Агрессивность</b>	4 (26,7)	14 (60,9)	10 (50,0)	28 (48,3)
<b>Избегание</b> (воспоминаний, разговоров, мест)*	5 (33,3)	14 (60,9)	9 (45,0)	28 (48,3)

Следует подчеркнуть, что приведенная выше таблица дает лишь общее представление о распространенности отдельных симптомов в различных возрастных группах. С наибольшей частотой в основной группе встречались следующие расстройства: эмоциональные проявления (тревога, страх, депрессия, чувство вины) – 75,9%; нарушения сна (бессонница, кошмары, поверхностный сон) – 63,8%; вегетативные проявления (тахикардия, потливость, повышение температуры тела) – 62,1%. Таким образом, наиболее общую совокупность выявленных у пострадавших

расстройств составляли эмоциональные нарушения (тревога, страх), соматовегетативные дисфункции и нарушения сна.

Характерное развитие ОРС в связи с наводнением в Крымске иллюстрируется следующим клиническим наблюдением.

### *КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР*

*Ольга С., 34 лет. Замужем, мать двоих детей 5 и 11 лет, диспетчер.*

*Живет с семьей в квартире на третьем этаже пятиэтажного дома, находящегося на некоторой возвышенности и поэтому не пострадавшего при наводнении.*

*В ночь наводнения была дома с мужем; дети находились у бабушки (матери Ольги) в ее одноэтажном частном доме.*

*В начале пятого утра Ольга была разбужена звонком матери, сообщившей, что ее дом заливают водой и попросившей поскорее забрать внуков. Уже во время телефонного разговора Ольга почувствовала парализующий, по ее выражению, страх: она с трудом и односложно отвечала матери на ее слова, была не в силах сообразить, что ей в первую очередь нужно сделать. Наконец совладала с собой, разбудила мужа и вместе с ним на автомобиле отправилась за детьми.*

*Они оказались на месте через пятнадцать минут; подъезд к дому оказался затруднен из-за скопления в квартале, где жила мать, жителей окрестных домов и паводка, заливавшего дорогу. В течение всего пути испытывала чувство ужаса, кричала на мужа, чтобы он ехал быстрее; явственно представляла, что ее дети и мать утонули.*

*Хотя мать с детьми уже ждала их у дома, и вся история закончилась благополучно (если не считать того, что дом матери сильно пострадал от наводнения и потребовал серьезного ремонта),*

*в последующие два дня у Ольги было снижено настроение, резко ухудшился сон.*

*В течение первого дня после происшествия не находила себе места, то и дело подходила к детям, трогала их лоб, чтобы убедиться, что они не простудились и не заболели.*

*Попеременно испытывала озноб и чувство жара, из-за чего не могла выбрать оптимальную температуру в доме: открывала и вновь закрывала окна и балкон, включала и выключала вентилятор и кондиционер.*

*Засыпала с трудом, часто просыпалась от пугающих сновидений с одним и тем же сюжетом: дом матери уходит под воду, дети захлебываются, кричат и тонут.*

*Муж, отношения с которым прежде всегда были хорошими, теперь без всяких оснований вызывал раздражение. То и дело кричала на него, придиралась к нему по пустякам.*

*Испытывала постоянный и беспричинный страх за детей; несмотря на жаркую летнюю погоду, первые несколько дней после катастрофы не выпускала их из дома, говорила, что, когда они находятся у нее перед глазами, ей за них спокойнее.*

*Постоянно обвиняла себя в том, что оставила детей ночевать в доме матери и тем самым подвергла их смертельной опасности; по рассказам соседей, многие дома в том районе в ночь наводнения были мгновенно снесены потоком воды, и люди, находившиеся в этих домах, погибли целыми семьями.*

*Не справлялась с привычными домашними делами; все валялось из рук.*

*Временами испытывала отчаяние: считала себя никуда не годной матерью и женой. Испытывала тревогу по любому поводу.*

*По совету матери обратилась за помощью к специалистам из московской группы по оказанию неотложной психолого-психиатрической помощи.*

*Приблизительно через три-четыре дня после двух психотерапевтических вмешательств (когнитивно-поведенческая терапия) психическое состояние нормализовалось.*

*Приведенное клиническое наблюдение характеризуется характерными признаками ОРС: острое развитие в непосредственной связи с травмирующим событием, сочетание всех четырех групп типичных симптомов, быстрое разрешение эмоциональных переживаний и нормализация психического состояния, чему, видимо, способствовало рациональная терапевтическая интервенция.*

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% среди всех лиц с диагнозом ОРС.

Нарушения сна (у 63,8% пациентов) фиксировались при предъявлении соответствующих жалоб, а также по субъективной оценке пациентами изменения после ЧС продолжительности и глубины сна, содержания сновидений. Чаще всего потерпевшие жаловались на трудности засыпания, поверхностный сон с частыми пробуждениями, утреннее отсутствие чувства сна. Кошмарные сновидения, отражающие пережитую ЧС встречались менее, чем у четверти потерпевших.

Третьим по частоте симптомом являлись соматовегетативные нарушения (62,1%). Чаще отмечалась субфебрильная температура, увеличение частоты сердечных сокращений на 10-15% от возрастной нормы, лабильность пульса, потливость, головные боли и боли в животе. Тяжесть вегетативных расстройств коррелировала с уровнем высоким уровнем тревоги (от 40 баллов по шкале тревоги Бека). Вегетативные расстройства явились соматическими проявлениями тревожных состояний. Как правило у пациентов именно жалобы на плохое физическое самочувствие были наиболее значимыми, и они в первую очередь просили им помочь в этом плане. Среди жалоб встречались чаще всего ощущение стеснения в груди и сердцебиения, невозможность вдохнуть полной грудью (гипервентиляция), головокружение, головная боль, тошнота, ощущение озноба, боли или спазмы в животе. При получении жалоб такого характера потерпевшие направлялись к врачу-интернисту для исключения соматического заболевания. В ряде случаев такие состояния были обусловлены обезвоживанием и гипогликемией. Некоторые потерпевшие не испытывали на протяжении нескольких дней чувства жажды или голода и забывали пить и есть. Другие боялись заражения, т.к. о риске кишечных инфекций много говорили из-за неблагоприятной эпидемиологической обстановки. Третьи считали, что думать сейчас о еде грешно, когда погибло столько людей. Естественно, что такой режим приводил к нарушению водно-электролитного обмена, гипогликемии, что ухудшало общее состояние пациентов.

Нарушения сознания, свидетельствующие о наиболее глубоком (субпсихотическом и психотическом) регистре поражения, были выявлены лишь у 13,8% всех обследованных. У всех пациентов (8 человек) они характеризовались кратковременным (от 2-3 минут до 1 часа) выраженным чувством растерянности с непониманием происходящего и осознанием ситуации, доходящими до нарушения ориентировки в месте и времени, неадекватном восприятии и затруднении осмысления катастрофической

ситуации, последующей частичной амнезией этих периодов времени. В двух случаях на фоне суженного сознания развивались галлюцинаторные феномены, что позволило квалифицировать эти состояния как сумеречные расстройства. Это были истинные слуховые галлюцинации, наблюдавшиеся еще в течение 4-5 дней после ЧС. Пациенты слышали шум воды, призывы к эвакуации, оклики по имени. Выраженные диссоциативные нарушения (дереализация), по нашему мнению, могут свидетельствовать о снижении уровня сознания, которые при усугублении состояния приводят к развитию нарушения сознания.

### *КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР*

*Татьяна И. С-ва, 64 года, пенсионерка. Во время наводнения находилась в доме с мужем, который после перенесенного инсульта практически не мог передвигаться. Когда ночью услышала шум и грохот, успела разбудить мужа и подняться с ним на чердак. Испытывала сильный страх, но старалась не показывать мужу вида, чтобы не напугать его, т.к. сильно переживала за его здоровье. Несколько раз слышала голос дочери, который окликал ее с первого этажа. Понимала, что ей это кажется, т.к. дочь находится в другом городе. Потом услышала, как работает телевизор. Вначале решила, что забыла выключить, однако через некоторое время поняла, что у нее слуховой обман, т.к. в доме не было электричества.*

*Вышеописанный пример демонстрирует обманы восприятия, свидетельствующие о снижении уровня сознания на фоне экстремального эмоционального напряжения. Критичное отношение к этим нарушениям является отличительной чертой психогенных галлюцинаций.*

Эпизоды возбуждения и заторможенности наблюдались у 50% пострадавших в течение двух недель после ЧС. Эти состояния как правило провоцировались либо усиливались под влиянием внешних факторов –



очередь за гуманитарной помощью, отказ в получении медикаментов и т.п. Надо отметить, что подобный тип реагирования, включающий импульсивность, моторную гиперреактивность, суетливость, сопровождались тревожным аффектом, равно как и двигательная заторможенность, не были характерны для потерпевших в анамнезе, что и позволяло их рассматривать в качестве стрессовых симптомов. Примерно в половине случаев психопатоподобные реакции наблюдались на фоне употребления алкоголя. Кроме того, отмечался такой феномен как оживленность на фоне эйфории или гипоманиакального аффекта. Эти состояния наблюдались на протяжении двух-трех дней и затем сменялись угнетением с ярко выраженными депрессивными переживаниями. Психомоторная заторможенность проявлялась малоподвижностью, вялостью, уменьшением контакта с окружающими, сопровождалась резко выраженным депрессивным аффектом.

Наиболее ярким примером такой гипердинамической формы ОРС может служить следующий пример.

#### *КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР*

*Татьяна В. П-ва, 45 лет, учительница средней школы. Во время наводнения в городе отсутствовала, т.к. ездила в Краснодар навестить больную родственницу. Дома оставался муж с ребенком. О катастрофе узнала из средств массовой информации. Сразу же поехала домой, по дороге пыталась дозвониться мужу и ребенку, но телефоны были вне зоны. Описывает свое состояние как спокойное, тревогу не испытывала, «действовала как автомат», иногда было ощущение, что происходящее вокруг нереальное, «как в кино». Были мысли о том, что родные могли погибнуть, но эмоций не испытывала – «сердце как окаменело». К дому не смогла подъехать, т.к. улица была затоплена. Смогла добраться до дома свекрови, где и нашла мужа с ребенком. После этого почувствовала сильную усталость и слабость в ногах. Не могла идти и даже держать в руках чашку.*

*Ночью не смогла заснуть. Наутро почувствовала прилив, несмотря на проведенную бессонную ночь. Настроение было приподнятым, много смеялась. Рано утром пошла в церковь, чтобы поставить свечи за спасение, потом добралась до затопленного дома и начала в одиночку выносить мебель на улицу для просушки. Понимала, что физически не справляется с тяжелой мебелью, но испытывала прилив активности и, как потом рассказывала на консультации, ничего не могла с собой поделаться и ей казалось, что она сможет самостоятельно привести в порядок полуразрушенный дом. К вечеру уснула на скамейке около дома, проснулась ночью, стала испытывать тревогу, страх и отчаяние от того, что жилье пришло в негодность. Обратилась за консультацией на 3 день после наводнения с жалобами на выраженный депрессивный аффект, нарушения сна, плаксивость, упадок сил.*

*Этот клинический случай является ярким примером кратковременной психогенной гипомании.*

Эмоциональные проявления характеризовались, прежде всего, тревогой, причем ее выраженность не зависела от возраста пострадавшего.

В первые сутки после ЧС в редких случаях (у 8 человек) наблюдался приподнятый фон настроения, сменившийся затем депрессивным настроением.

Смена аффектов в связи с травмирующими событиями иллюстрируется следующим клиническим наблюдением.

#### *КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР*

*Михаил С., 42 лет, водитель. Житель Ставрополя, в 2011-2014 живший в Крымске в арендованной квартире.*

*Поздним вечером 6 июля 2012 г. находился за рулем большегрузного автомобиля при въезде в Крымск со стороны*

*Новороссийска, когда дорогу внезапно стало заливать водой. Уровень воды быстро достиг полутора-двух метров и продолжал нарастать.*

*На глазах у него смыло водой несколько десятков легковых автомобилей; говорит (очередная беседа состоялась спустя полгода после катастрофы), что до сих пор каждый день слышит в голове крики тонущих и гибнущих людей.*

*Михаил с трудом справился с управлением и смог вывести свой грузовик на возвышенность, где не было воды, и въехать в город.*

*Поставил машину на стоянку и отправился к себе домой. Позвонил жене в Ставрополь, сообщил, что у него все в порядке. Слышал от соседей и из новостей в интернете о масштабах бедствия, о гибели жителей Крымска и автомобилистов на трассе М4. Не верил, что сам чудом спасся.*

*Наутро почувствовал прилив сил; настроение было прекрасным, хотелось петь. Принимался за различные дела, но ни одно из них не доводил до конца. После обеда, услышав по радио, что пострадавшим от наводнения требуется помощь, отправился в район затопления, принялся организовывать группы добровольцев для обеспечения людей одеждой, едой и питьевой водой. Не встретив поддержки со стороны местных жителей, почувствовал, что настроение падает. В последующие дни чувствовал себя угнетенным, не выходил из дома; аппетита не было, почти ничего не ел. Испытывал чувство вины перед погибшими на затопленной водой автомобильной дороге; корил себя за то, что не пришел к ним на помощь и думал лишь о собственном спасении, хотя понимал, что ничего не мог сделать в условиях, когда волна воды высотой в несколько метров мгновенно смывает с дороги десятки автомобилей. Ночной сон был поверхностным, с частыми пробуждениями; помнит обрывки кошмарных сновидений с тонущими людьми; часто снилось, что в воде захлебывается он сам.*

*Отказался он нескольких заказов, полученных по телефону. Днем часами лежал на кровати, глядя в потолок. Почти ничего не ел, только пил воду.*

*Состояние самопроизвольно нормализовалось через несколько дней, после чего Михаил вышел на работу.*

*Эпизодические нарушения сна и кошмарные сновидения с одними и теми же картинками – вал воды на дороге, затопляемые машины, крики людей, она сам в ледяной воде – повторялись в течение многих последующих месяцев.*

Болезненное чувство вины, характерное для эмоционального состояния выживших после ЧС, наблюдалось у 4 человек. В переживаниях самообвинения в том, что не уберегли своих близких. Депрессия достигала максимальной глубины у потерявших родных, друзей и у которых полностью разрушено жилье.

Депрессивные переживания отмечались с одинаковой частотой во всех возрастных группах.

#### КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

*Семен П. О-кий, 28 лет. Во время наводнения находился на ночном дежурстве (работал сторожем на складе). Когда на склад стала прибывать вода, стал звонить домой, где оставалась жена и ребенком и пожилая теща. Соединения не было. Стал испытывать интенсивный страх за близких. Попытался дозвониться начальнику, чтобы отпроситься с работы, но тот не брал трубку. Поскольку на складе находился дорогостоящий товар, побоялся покинуть место работы. Утром его никто не сменил, он оставался до обеда. Не мог найти себе место, испытывал сильную тревогу. Уехав с работы, Семен обнаружил, что его дом полностью разрушен, а семья отсутствует. Остаток дня потратил на поиски близких. Жену и*

*ребенка нашел в больнице (с нетяжелыми ранениями), а на следующий день узнал, что теща погибла. На протяжении двух недель после наводнения отмечал резко сниженный фон настроения, поверхностный сон, не приносящий чувство отдыха. Постоянно думал о том, как мог изменить ситуацию, чтобы не пострадали близкий, анализировал последовательность событий и приходил к выводу, что виноват в смерти тещи и ранениях жены и ребенка. Признается, что возникали даже суицидальные мысли и хотел покончить с собой, т.к. считал, что жена его также считает виновным. После пяти ежедневных психотерапевтических занятий с участием жены Семена состояние значительно улучшилось.*

Возрастные особенности ОРС можно было отметить по двум категориям. Достоверно чаще в группе старшего возраста встречались вегетативные симптомы (тахикардия, потливость, повышение температуры тела) и нарушения сна (бессонница, кошмары, поверхностный сон). Расстройства сознания чаще встречались у лиц в возрастной группе 51-65 лет (различие недостоверно). Психомоторные нарушения в виде возбуждения (крик, плач, агитация, истероформные припадки) встречались с такой же частотой, что и заторможенность во всех возрастных группах. Вегетативные симптомы наблюдались у 62,1% пострадавших, достоверно чаще в старшей возрастной группе.

Острая реакция на стресс у пострадавших выделялась в нескольких вариантах в зависимости от соотношения клинических коморбидных симптомов. Ведущими в клинической картине ОСР были проявления тревожного, ипохондрического, динамического характера.

Для первой группы пострадавших (28 человек, 48,3%) с тревожным вариантом ОСР было характерное состояние психомоторного беспокойства с агитацией, эксплозивными психопатоподобными реакциями. Тревога

носила генерализованный характер. Пациенты много говорили о перенесенной катастрофе, стремясь вспомнить все детали пережитого, часто повторяя обстоятельства (тревожная персеверация). Нередко имели ложные воспоминания, которые опровергались родственниками или свидетелями происшествия. Состояние оживленности сменялось неглубоким прерывистым сном. Потерпевшие испытывали потребность в деятельности, однако эта избыточная деятельность не была продуктивной, а скорее суетливой. Продолжительность сна была не более 4-6 часов в сутки. Вегетативные симптомы наблюдались более чем у половины пострадавших этой группы. Тяжесть вегетативных расстройств в большинстве случаев соответствовала высокому уровню тревоги (выше 36 по шкале тревоги Бека). Повторное переживание травмы проявлялось в виде сновидений, не только отражающих психотравмирующие события, но и другого тревожного или фобического содержания. Также у пострадавших этой группы ОРС сочеталась с агрессивным поведением и экстрапунитивными реакциями. В целом экстрапунитивные реакции при острых стрессовых расстройствах можно расценивать как неизбежные социально-психологические феномены, являющиеся следствием любой чрезвычайной ситуации [29].

Приводим типичное наблюдение описываемых расстройств.

#### *КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР*

*Елена А., 52 лет. Замужем, взрослые дети и внук живут в другом городе.*

*В ночь с 6 на 7 июля 2012 г. вместе с мужем находилась в собственном двухэтажном доме, оказавшемся в зоне затопления.*

*Ночью проснулась от криков людей, шума воды и непривычного для теплой летней погоды чувства холода.*

*Проснувшись, увидела, что пол на несколько сантиметров залит водой, и вода быстро и с шумом прибывает. Разбудила мужа,*

*кричала, чтобы тот помог ей собрать вещи, требовала, чтобы он вызвал службу спасения, чтобы уберечь дом от разрушения. Вязала узлы из простыней и хаотично укладывала туда одежду, посуду, ценные вещи; бросала одни предметы утвари и хваталась за другие. С трудом подчинилась мужу, потребовавшему, чтобы они немедленно покинули дом, в котором стремительно прибывало вода.*

*Находясь в толпе людей, также покинувших свои жилища, видела, что ее дом уходит под воду: вода залила первый этаж, частично затопила второй и подбирается под крышу. В эти минуты, по собственному выражению, чувствовала, как рушится вся ее жизнь.*

*По настоянию дочери вместе с мужем уехала к ней в другой город.*

*В последующие дни испытывала тревогу, беспокойство, толком не спала ночами на протяжении двух недель, лишь проваливалась в неглубокий сон с обрывками пугающих сновидений два-три раза в сутки и не больше чем на час или полтора часа.*

*Часто видела сон, что находится в своей спальне с мужем, а в соседних комнатах спят дочь с зятем и внук; дом наполняется водой, во всем доме не спит только она, пытается встать с постели или закричать, чтобы разбудить своих близких и спасти их от гибели, но несмотря на любые усилия ни встать с постели, ни растолкать мужа, ни произнести хотя бы одно слово.*

*Постоянно обсуждала пережитое с мужем, дочерью и зятем; была не в силах, несмотря на утешения родных, отвлечься от болезненных воспоминаний о ночи, в которую случилось наводнение. Не могла отделаться от навязчивых представлений о том, что они с мужем не смогли спастись и утонули, как некоторые из жителей их района.*

*Пытаясь отвлечься от болезненных переживаний, бралась за хозяйственные дела в доме дочери, но бросала их, чувствуя упадок сил и невозможность ни на чем сосредоточиться.*

*Испытывала безотчетную тревогу. Была раздражительна, нетерпелива, то и дело без особых поводов кричала на мужа. Иногда порывалась ехать в Крымск, чтобы безотлагательно начать постройку нового дома. Требовала от мужа и дочери обращения в государственные органы для получения компенсации за утраченное жилье. Обвиняла их в равнодушии и бездействии.*

*Испытывала головную боль и боль в различных частях тела. Ночами просыпалась то с чувством жара, то с ознобом.*

Ипохондрический вариант расстройства с различными проявлениями соматизации тревоги (головные боли, парестезии, другие телесные сенсации, периодические состояния типа астазии-абазии) наблюдался у 14 человек (24,1%). Пациенты предъявляли жалобы на сердцебиение, боли в сердце, слабость, головные боли. Они высказывали опасения о наличии какого-либо соматического заболевания и неоднократно обращались за медицинской помощью. Чаще всего отмечалась субфебрильная температура (до 37,2 – 37,6°C), увеличение частоты сердечных сокращений до 80-100 ударов в минуту, лабильность пульса, потливость, головные боли и боли в области сердца, желудка. Коморбидная ипохондрическая симптоматика чаще наблюдалась у женщин (различие недостоверно).

#### *КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР*

*Оксана Л., 48 лет. Замужем, мать двоих детей школьного возраста, работник городской администрации.*

*В ночь наводнения находилась в городской квартире, тогда как их частный дом, находившийся в зоне затопления, был разрушен. По-*



*видимому, погибла кошка, находившаяся в запертом доме, и собака, привязанная на цепи во дворе.*

*После катастрофы Оксане надлежало выполнить ряд поручений руководства по оказанию помощи пострадавшим при стихийном бедствии. С трудом справлялась со своей работой: не могла сконцентрироваться ни на одном из множества непрерывно поступающих документов; чувствовала растерянность, тревогу. Иногда возникали приступы сердцебиения с дрожанием рук и потливостью. Периодически появлялась пелена перед глазами, головная боль и трудно описываемое ощущение стеснения в голове, выкручивающие боли в различных частях тела, преимущественно в пояснице.*

*Обратилась за помощью к терапевту; ни терапевт, ни невролог, к которому Оксана была направлена терапевтом, не нашли симптомов органических расстройств.*

*По назначению невролога, квалифицировавшего у нее «вегетососудистую дистонию», без особого эффекта принимала седативные средства.*

*В течение двух недель находилась на больничном; домашние дела удавались легче, чем рабочие вопросы.*

### **Факторы, влияющие на выраженность острых стрессовых симптомов**

Для возможности сравнения возможных факторов, влияющих на тяжесть острой стрессовой реакции мы, оценили их частоту и ее достоверность в основной группе пациентов – 58 человек с наличием признаков ОСР и в контрольной – 65 человек.

**Таблица 3**

**Факторы риска формирования острых психических расстройств**

фактор риска		Пациенты (n=58)		Контрольная (n=65)		Досто вернос ть
		абс.	%	абс.	%	
Пол	м	24	41,4	30	46,2	
	ж	34	58,6	35	53,8	
Возраст	18-25	15	25,9	19	39,7	
	26-50	23	39,7	24	36,9	
	51-65	20	34,5	22	33,8	
Образование	среднее	17	29,3	12	18,5	
	средне- специальное	31	53,4	38	58,5	
	высшее	10	17,2	15	23,1	
Род занятий	пенсионер	16	27,6	17	26,5	
	безработный	21	36,2	9	13,8	p<0,01
	служащий	9	15,5	18	27,7	p<0,05
	рабочий	12	20,7	21	32,3	
Ущерб от наводнения	погибли родственники	18	36,4	0	0	p<0,01
	получил ранения	2	3,4	2	3,1	
	полная утрата жилья	34	58,6	11	16,9	p<0,01
	частичное разрушение жилья	18	31,0	27	41,5	
	гибель скота	32	55,2	16	24,6	p<0,01
Семейное	в браке	12	20,7	32	49,2	p<0,01

положение	холост	21	36,2	17	26,2	
	разведен	21	36,2	10	15,4	p<0,01
	вдов	4	6,9	6	9,2	
Материальное положение (субъективная оценка)	плохое	28	48,3	20	30,8	p<0,01
	среднее	15	25,9	34	52,3	p<0,01
	хорошее	15	25,9	11	16,9	
Злоупотребление алкоголем в анамнезе	Да	14	24,1	7	10,8	p<0,05
Наличие психотравмирующего опыта в анамнезе	Да	19	32,8	11	16,9	p<0,05

Предварительный анализ факторов, которые предположительно влияют на выраженность симптомов ОРС, показал, что она выше в группе лиц, у которых погибли родные (p<0,01), полностью было разрушено жилье (p<0,01), погибли домашние животные (p<0,01). Нужно заметить, что гибель домашних животных (коз, коров, овец), а также приусадебных огородов означало значительное ухудшение материального положения в будущем, особенно, если речь идет о пенсионерах или неработающих людях. Имели значение такие социальные показатели как отсутствие заработка (безработица) (p<0,01), отсутствие семьи (p<0,01), плохое материальное положение (p<0,01) наличие ранений, полученных во время наводнения не имело достоверной связи с развитием острых стрессовых реакций. Злоупотребление алкоголем в анамнезе чаще встречалось в основной группе по сравнению с контрольной (p<0,05). Интересно, что такие показатели как пол и возраст не показали статистически значимых различий в двух группах. Не было и различий в тяжести симптоматики, хотя

нарушения поведения чаще отмечались у лиц мужского пола в разной степени алкогольного опьянения.

### ***Динамика острых психических нарушений***

Длительность симптомов ОРС в большинстве случаев составляла более 3 суток.

У пострадавших при наводнении в Крымске была выявлен затяжной характер течения симптоматики. Примерно в 20% случаев наблюдалось прогрессирующее течение симптоматики, что позволяло предполагать неблагоприятное течение (хронизацию) стрессового расстройства и переход от ОРС к посттравматическому стрессовому расстройству как хроническому заболеванию. Усилению тревожных состояний способствовали недостаточная информированности о распределении продовольствия, питьевой воды, гуманитарной помощи, о порядке получения основных услуг.

*Неблагоприятная динамика острых реакций со склонностью к развитию хронического расстройства отражена в следующем наблюдении.*

### ***КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР***

*Николай М., 28 лет. Женат, детей нет, занимается частной торговлей. Жил в частном доме в долинной части города.*

*В ночь с 6 на 7 июля, несмотря на поздний час, не спал и вместе с женой смотрел телевизор. Внезапно раздался грохот, задрожал пол; стала раскачиваться люстра под потолком. Через несколько секунд через раскрытые окна хлынули вода, мгновенно затопившая комнату и вынесшая наружу Николая вместе с женой и предметами мебели.*

*Николаю с женой удалось выжить, зацепившись за металлическую изгородь через несколько участков от их дома, куда их отволокло водой.*

*Дом оказался разрушен, из всех наружных стен частично уцелела лишь одна.*

*В течение двух дней вместе с женой спали на полу в детском саду, где был развернут пункт по оказанию помощи пострадавшим; затем уехали к родственникам в соседний город, почти не испытавший наводнения.*

*С первых дней после пережитого бедствия чувствовал тревогу, подавленность. Не мог заставить себя заняться делами своей семьи: изготовить дубликаты пропавших при наводнении документов, добиться денежной компенсации за утраченное имущество, связаться со страховой компанией.*

*Резко расстроился сон: подолгу не мог заснуть, и стоило с трудом провалиться в сон, как тут же просыпался от страшных сновидений с одними и теми же картинками: огромная волна мутной воды заполняет комнату, они с женой не в состоянии выбраться наружу.*

*В дневное время почти постоянно видел мысленным взором свой разрушенный дом и снесенные водяным валом дворовые постройки.*

*Настроение было снижено.*

*Чувствовал слабость, периодически возникала дрожь в руках и ногах.*

*В течение нескольких недель не мог заставить себя пойти к разрушенному дому, хотя это было необходимо для оформления документов и получения выплат от страховой компании.*

*Яркие сцены, связанные с пережитым бедствием, представлялись несколько реже, но тем не менее не исчезли вовсе и почти всегда возникали при засыпании.*

*Сон в течение многих месяцев спустя оставался укороченным, поверхностным, изобилующим сновидениями пугающего характера с одними и теми же сценами разрушения своего хозяйства и угрозы собственной гибели в воде.*

*К врачам и психологам (несмотря на советы жены, пережившей случившееся без явных неблагоприятных последствий) не обращался.*

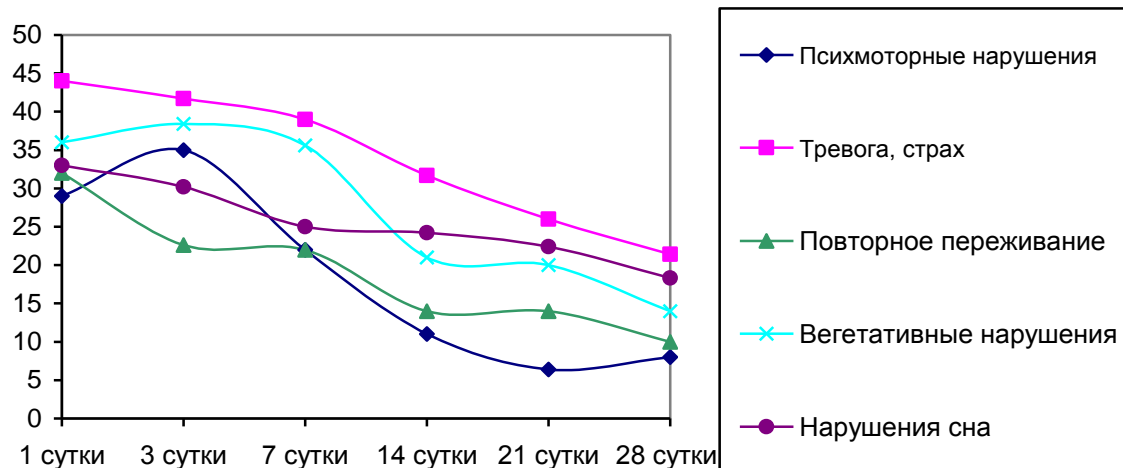
*Чтобы справиться с собой, начал выпивать. Состояние опьянения выраженного облегчения не приносило, но тем не менее употребление алкоголя приняло систематический характер. Нередко напивался пьян; по утрам чувствовал себя плохо, испытывал потребность в опохмелении, но никогда не опохмелялся, полагая, что «опохмелка – это уже алкоголизм».*

*В описанном случае заслуживает внимание трансформация ОРС в посттравматическое стрессовое расстройство. По-видимому, перехода психических нарушений в хроническую форму можно было бы избежать благодаря своевременной психотерапевтической интервенции (а эта возможность в городе была благодаря приезду московских специалистов по оказанию психолого-психиатрической помощи пострадавшим и быстрому обучению местных врачей и психологов) и фармакологическому лечению.*

*Примечательно также появление такого характерного сопутствующего расстройства, вызванного стрессом, как злоупотребление алкоголем.*

Различна была редукция симптоматики на протяжении первого месяца. Как показал анализ клинических наблюдений, на протяжении первого месяца после ЧС наименьшей редукции подвергались нарушения сна и тревога. Вегетативные и психомоторные проявления редуцировались быстрее (см. диаграмму 3).

Динамика острых психических нарушений у жертв наводнения



Завершая характеристику острых психических расстройств у жертв наводнений, необходимо подчеркнуть следующие их особенности.

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).

Психопатологические реакции носят затяжной характер и коррелируют с тяжестью утрат, полученных при ЧС.

Смерть близких родственников, утрата жилья, домашнего скота вызывают развитие более тяжелых и затяжных психических расстройств.

Значительный интерес для дальнейших исследований может представлять наблюдавшееся нами явление массовой панической реакции, развившейся на четвертый день после наводнения. На фоне высокого эмоционального напряжения любые слухи воспринимались как достоверная информация. Отсутствие у населения Крымска данных о причинах наводнения и будущих рисках привело к тому, что брошенная кем-то фраза «с винзавода идет вода» (имелось ввиду предприятие в городе) вызвало панику, приведшую к одновременной попытке всех жителей уехать из

города. Движение на узких улицах города заблокировалось из-за массы автомобильных аварий и люди бежали по улицам, унося на руках детей. Погасить панику удалось через несколько часов, объезжая районы города и успокаивая население.



## **ГЛАВА 4. ХРОНИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПОСТРАДАВШИХ ОТ НАВОДНЕНИЯ**

### ***Клинические проявления и динамика***

Как указывалось выше, на 2 и 3 этапе нами было обследовано 213 человек, у 77 человек (36,2%) были выявлены симптомы стрессового характера. Диагноз ПТСР был установлен у 53 (24,9%). У остальных обследованных (24 человека, 11,3%) наблюдались отдельные симптомы стрессовых расстройств, которые не укладывались в картину ПТСР, но позволяли установить диагноз расстройства приспособительных реакций.

Длительность ПТСР составляла от 1 месяца до 3 лет (весь период наблюдения). Диагноз заболевания устанавливался на основании наличия хотя бы одного симптома из каждой группы признаков [МКБ-10, DSM4]:

1) повторное переживание травмы; 2) блокировка эмоциональных реакций и деятельности; 3) явления избегания; 4) симптомы повышенной возбудимости.

Кроме того, нами учитывались другие симптомы, которые не являются облигатными для постановки диагноза ПТСР, но выявлялись у наблюдавшихся нами потерпевших: пониженное настроение, нарушения поведения (делинквентность, конфликтность, агрессия), тревога, страх смерти, невербальные реакции (например, соматические симптомы, боли, и др.), чрезмерное употребление алкоголя. Мы рассматривали их в качестве коморбидных.

Частота встречаемости симптомов отражена в таблице 4.

## Частота симптомов ПТСР в разных возрастных группах

Симптомы \ Возраст	18-25	26-50	51-65	Количество (n=77) 100%	
	лет (n=15)	лет (n=34)	лет (n=28)	Абс.	%
<b>Повторное переживание психической травмы</b>					
Навязчивые воспоминания	5	23	18	46	59,7
Повторяющиеся сны и ночные кошмары	4	9	11	24	31,2
Переживания при напоминании о ЧС	12	22	18	52	67,5
Диссоциативные симптомы («флэшбэк»)	1	0	0	1	1,3
<b>Блокировка эмоциональных реакций и деятельности</b>					
Уменьшение социальной активности	4	10	17	31	40,3
Потеря интереса к окружающему	3	18	19	40	51,9
Сужение диапазона чувств	2	11	13	26	33,8
Чувство бесперспективности будущего	4	15	18	37	48,1
<b>Избегающее поведение</b>					
Избегание мыслей, чувств, разговоров	7	10	7	24	31,2
Мест и людей, напоминающих о ЧС	10	19	7	36	46,8

Невозможность вспомнить важные аспекты травмы	1	10	12	23	29,9
Отгороженность от окружающих	4	15	17	36	46,8
<b>Симптомы повышенной возбудимости</b>					
Страхи	6	8	16	30	39,0
Трудности засыпания	6	9	11	26	33,8
Частые пробуждения	2	11	12	25	32,5
Трудности концентрации внимания	11	12	18	41	53,2
Настороженность	8	19	17	44	57,1
Чрезмерные реакции испуга	9	21	11	41	53,2
<b>Другие симптомы</b>					
Нарушения поведения	6	9	7	22	28,6
Тревога	8	19	21	48	62,3
Депрессивное настроение	4	21	15	40	51,9
Соматические симптомы, боли, и др.	6	22	21	49	63,6

Как показывает таблица 4, частота встречаемости необходимых для постановки диагноза (облигатных) симптомов неоднородна. Например, из группы «Повторное переживание психической травмы» чаще встречались навязчивые воспоминания и переживания при воспоминаниях о ЧС (различие достоверно). Крайне редко встречались диссоциативные нарушения. «Флэшбэк-симптомы» были выявлены у одного пациента, что составило 1,3%. Можно предварительно говорить о малой значимости этого симптома для диагностики ПТСР, несмотря на частые описания в научной литературе этого диссоциативного феномена, встречающегося у пациентов с ПТСР [48, 102]. Надо заметить, что на остром этапе этот симптом, описанный нами в клинических примерах, встречался у 10 человек (17,2% обследованных). Т.о. можно сделать вывод, что этот симптом более

характерен для острого периода психической травмы и не несет диагностического смысла на отдаленных этапах. Или может свидетельствовать о достаточно тяжелом течении заболевания.

В группе симптомов «Блокировка эмоциональных реакций и деятельности» с достоверной более высокой частотой отмечалась потеря интереса к окружающему (с психопатологической точки зрения можно рассматривать как симптом депрессии наряду с чувством бесперспективности в будущем). Уменьшение социальной активности наиболее заметным было среди пациентов трудоспособного возраста, которые отмечали одновременно утрату прежних интересов, увлечений. Сужение диапазона чувств можно с точки зрения классической психопатологии также рассматривать в качестве депрессивного симптома с анестетическим компонентом («*anaesthesiadolorosapsychica*», психическая анестезия), т.е. с явлениями деперсонализации.

В группе симптомов «Избегающее поведение» достоверных различий в частоте встречаемости не обнаруживалось.

В группе симптомов повышенной возбудимости достоверно чаще выявлялись: трудности концентрации внимания, повышенная настороженность (подозрительность), чрезмерные реакции испуга.

Кроме того, более чем в половине случаев во всех возрастных группах регистрировались симптомы эмоционального расстройства – депрессивное настроение (по шкале Бека от 42 до 58 баллов, ср.  $50,5 \pm 6$ ), тревога (по шкале тревоги Бека от 36 до 61 балла, ср.  $47,9 \pm 8$ ), а также соматические симптомы.

Таким образом, нами были проанализированы частоты встречаемости стрессовых симптомов в выборке и сделан вывод о разнообразии клинических проявлений ПТСР и неравнозначности их при оценке состояния. С наибольшей частотой встречались: Навязчивые воспоминания (59,7% среди всех пациентов), Переживания при напоминании о ЧС (67,5%), Потеря интереса к окружающему (51,9%), Трудности концентрации внимания (53,2%), Настороженность (57,1%), Чрезмерные реакции испуга (53,2%), Тревога

(62,3%), Депрессивное настроение (51,9%), Соматические симптомы (63,6%). Выделенные нами с достаточной частотой наряду с облигатными другие (коморбидные симптомы) свидетельствуют о вероятной необходимости рассматривать их как патогномоничные для хронических стрессовых расстройств.

Характерное для ПТСР сочетание симптомов у жителей Крымска, переживших наводнение, представлено в следующем клиническом наблюдении.

### *КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР*

*Иван П., 43 лет. Женат, отец совершеннолетней дочери. Инженер городских эксплуатационных служб.*

*Во время стихийного бедствия, когда их расположенный в долине дом почти полностью ушел под воду, вместе с женой и дочерью успел покинуть жилище и выбраться наружу, но при этом получил физические повреждения средней тяжести, в том числе сильный удар головой о косяк двери и серьезную травму колена.*

*На следующий день случившегося чувствовал подавленность, оцепенение. Не мог заставить себя пойти на работу, начать необходимые хлопоты, связанные с получением помощи и компенсации за утраченное имущество, и заняться другими насущными делами («опустились руки»).*

*Испытывал чувство пустоты в душе как почти физическое ощущение; казалось, что с разрушенным домом разрушилась его собственная жизнь и жизнь его семьи, и ничего хорошего в будущем их не ждет.*

*Ощущал собственную измененность: никакие события не могли вызвать в нем обычного эмоционального отклика («будто все чувства умерли во мне»).*

*С трудом засыпал и часто пробуждался ночью; окончательно просыпался рано утром и больше уже не мог заснуть. Днем чувствовал себя уставшим, разбитым. Работоспособность была резко снижена. На службе с трудом мог сосредоточиться на рабочих документах, в связи с чем возникали нарекания со стороны руководства.*

*С самого начала и в течение года с лишним (до момента последней встречи с автором диссертации) чувствовал наплывы ярких представлений, связанных с разрушением дома, гибелью соседей; явственно ощущал грохот обрушившейся на город сплошной стены воды. Эти переживания находили отражение в стереотипных кошмарных сновидениях.*

*Продолжал чувствовать эмоциональное оцепенение; казалось, прежние чувства уже никогда не вернутся к нему. Иногда испытывал трудности в понимании обращенной к нему речи: порой требовалось специально сосредоточиться и вслушаться в слова собеседника, чтобы понять, что тот хочет от него.*

*В общении с окружающими, в том числе домочадцами, соседями и коллегами, часто был раздражителен и нетерпелив; иногда испытывал чувство гнева, что прежде не было свойственно ему.*

*Благодаря волевым усилиям и привычке к дисциплине справлялся с работой, но по окончании рабочего дня чувствовал себя разбитым; придя домой, без сил валился на кровать.*

Нами проведен анализ и количественных показателей частоты встречаемости симптомов, и интенсивность выраженности нарушения. Интенсивность и частота встречаемости в группе пациентов отдельных симптомов ПТСР и коморбидной симптоматики оценивалась по шкале CAPS-33: «никогда» - 0 баллов, «иногда» – 1 балл, «часто» – 2 балла, «очень часто» – 3 балла. 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-симptom, 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. Нами было сделано предположение, что сочетание интенсивности выраженности симптома имеют определенную диагностическую значимость.

Таким образом, можно предположить, что наибольшую диагностическую значимость (сочетание высокой интенсивности и частоты) имеют такие симптомы Повторного переживания как навязчивые воспоминания о ЧС ( $2,13 \pm 0,7 / 59,7\%$ ), переживания при напоминании о травме ( $2,11 \pm 0,9 / 67,5\%$ ), Повышенной возбудимости - 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 ( $1,33 \pm 1,9 / 53,2\%$ ), Блокировки эмоциональных реакций и деятельности - потеря интереса к окружающему ( $1,80 \pm 1,1 / 51,9\%$ ). В то же время симптомы, относящиеся к группе «Избегание» встречались реже и имели меньшую частоту и выраженность. С достаточной интенсивностью и частотой встречались также другие (коморбидные) симптомы – депрессивное настроение, тревога, соматические симптомы.

## Интенсивность и частота симптомов ПТСР

Симптомы		Среднее значение (ст. откл.)	n=77 Абс. (%)
Повторное переживание психической травмы	Навязчивые воспоминания	<b>2.13</b> (0.7)	46 ( <b>59,7</b> )
	Повторяющиеся сны и ночные кошмары	1.64 (1.7)	24 (31,2)
	Переживания при напоминании о ЧС	<b>2.11</b> (0.9)	52( <b>67,5</b> )
	Диссоциативные симптомы («флэшбэк»)	3 (0)	1 (1,3)
Блокировка эмоциональных реакций и деятельности	Уменьшение социальной активности	1.18 (1.2)	31 (40,3)
	Сужение диапазона чувств	1.86 (1.1)	26 (33,8)
	Потеря интереса к окружающему	<b>1.80</b> ( <b>1.1</b> )	40 (51,9)
	Чувство бесперспективности в будущем	2.18 (0.9)	37 (48,1)
Избегающее поведение	Избегание мыслей, чувств, разговоров	2.33 (0.5)	24 (31,2)
	Мест и людей, напоминающих о ЧС	2.07 (0.9)	36 (46,8)
	Невозможность вспомнить важные аспекты травмы	1.53 (0.7)	23 (29,9)
	Отгороженность от окружающих	1.86 (1.0)	36 (46,8)
Симптомы повышенной возбудимости	Страхи	2.03 (0.7)	30 (39,0)
	Трудности засыпания	2.21 (0.9)	26 (33,8)
	Частые пробуждения	2.03 (0.9)	25 (32,5)
	Трудности концентрации внимания	<b>2.04</b> (0.9)	41 ( <b>53,2</b> )
	Настороженность	<b>2.20</b> (1.5)	44 ( <b>57,1</b> )
	Чрезмерные реакции испуга	1.33 (1.9)	41 (53,2)
Другие симптомы	Нарушения поведения	2.08 (1.1)	22 (28,6)
	Тревога	1.61 (1.0)	<b>48</b> ( <b>62,3</b> )
	Депрессивное настроение	<b>2.43</b> (1.1)	40 ( <b>51,9</b> )
	Соматические симптомы, боли и др.	<b>2.78</b> (0.2)	49 (63.6)



## **Факторы риска развития посттравматического стрессового расстройства**

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 вследствие ЧС.

*В описанном ниже случае присутствуют как посттравматические симптомы, так и сопутствующие (коморбидные) расстройства, что создает определенные сложности в диагностической квалификации психопатологических симптомов и их систематической оценке.*

### **КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР**

*Кристина Е., 30 лет. Не замужем, работник отдела кадров.*

*С детских лет импульсивна, склонна к перепадам настроения. Всегда испытывала трудности во взаимоотношениях, в том числе с родными, подругами и представителями противоположного пола.*

*Поначалу очаровываясь людьми и даже нередко воспринимая их с восторгом, позже находила в них много недостатков и приходила к полному разочарованию. Находясь в романтических отношениях с мужчинами, требовала, чтобы вся их жизнь была целиком посвящена ей; при отсутствии их готовности жертвовать всем ради нее принималась рыдать, говорила, что покончит с собой, иногда испытывала ненависть к объекту своей привязанности. Считала*

*отношения нежелательными для себя, но всеми силами стремилась к их сохранению.*

*Отношения с коллегами и администрацией также складывались непросто: считала себе недооцененным сотрудником, требовала повышения в должности, обращалась с жалобами на своих руководителей в вышестоящие инстанции.*

*Во время наводнения бодрствовала и, услышав шум и крики на улице, вовремя успела покинуть свою квартиру, расположенную на втором этаже. Дом уцелел, но вода, залившая квартиры первых двух этажей, причинила ее жилищу существенный ущерб, потребовавший позже дорогостоящего ремонта, и привела в негодность всю мебель и бытовые приборы.*

*Сразу после происшедшего почувствовала, что «внутри все сжалось в комок, в том числе все чувства и мысли»; это ощущение в дальнейшем несколько уменьшилось, но не исчезло до конца и сохранялось примерно четыре месяца.*

*Снизилось настроение; временами думала, что ей незачем жить. Была не в состоянии заняться своими бытовыми делами. С трудом выполняла обязанности по работе.*

*То и дело ярко представляла, как идущая стеной вода заполняет ее квартиру до потолка и как она гибнет, не в силах выбраться из дома. Отмеченные представления служили почвой для стереотипных кошмарных сновидений.*

*В общении с окружающими была конфликтной и нетерпимой, что, видимо, послужило одной из причин ее увольнения с работы в связи с сокращением штатов.*

*Требовала от органов власти полной компенсации ущерба, связанного со стихийным бедствием. В случае невыполнения ее требований грозила обращением в Генеральную прокуратуру.*

*Поссорилась со своими подругами и со всеми знакомыми, а также с собственной матерью и человеком, с которым до этого состояла в продолжительных отношениях. Говорила, что пережитые события полностью вскрыли истинную суть этих людей.*

*Стала злоупотреблять алкоголем, что прежде не было ей свойственно. Дважды обращалась за помощью к психологам (вначале к одному, а после к другому), осталась недовольна обоими («я умнее их и сильнее как личность»), не последовала их рекомендациям и не обратилась к психиатру, консультацию которого для возможного назначения антидепрессантов ей посоветовал второй из психологов.*

*Самым тяжелым в своем состоянии считает стойкое снижение настроения и наплывы тягостных воспоминаний и устрашающих представлений, но при этом считает, что никто не может ей помочь (психологи ничего не понимают, а психиатры назначают лекарства, от которых станет только хуже) и со своим душевным состоянием ей надлежит справиться самостоятельно.*

*Приведенный пример отражает нередко возникающие трудности в разграничении расстройств, вызванных стрессом, и расстройств личности (описанный случай, по нашему мнению, в первую очередь позволяет предполагать пограничное расстройство личности).*

*Кроме того, коррекция психического состояния у данной пациентки практически невозможна в связи с негативным отношением к возможным в ее положении видам помощи.*

Были определены и ранжированы по значимости социо-демографические факторы затяжного течения стрессового расстройства (табл5).

Таблица 6

## Факторы риска формирования хронических психических расстройств

фактор риска		Пациенты (n=77)		Контрольная (n=136)		Досто вернос ть
		абс.	%	абс.	%	
Пол	м	25	32,5	61	44,9	
	ж	52	67,5	75	55,1	
Возраст	18-25	12	15,6	54	39,7	p<0,01
	26-50	31	40,3	41	30,1	
	51-65	34	44,2	41	30,1	p<0,05
Образование	среднее	17	22,1	42	30,9	
	средне- специальное	51	66,2	78	57,4	
	высшее	9	11,7	16	11,8	
Род занятий	пенсионер	24	31,2	54	39,7	
	безработный	23	29,9	14	10,3	p<0,01
	служащий	13	16,9	43	31,6	
	рабочий	17	22,1	25	18,4	
Ущерб от наводнения	погибли родственники	28	36,4	11	8,1	p<0,01
	получил ранения	7	9,1	4	2,9	p<0,05
	полная утрата жилья	17	22,1	57	41,9	p<0,01
	частичное разрушение жилья	48	62,3	21	15,4	p<0,01
	гибель скота	32	41,6	36	26,5	p<0,05
Семейное	в браке	22	28,6	65	47,8	p<0,01

положение	холост	21	27,3	33	24,3	
	разведен	23	29,9	30	22,1	p<0,05
	вдов	12	15,6	7	5,1	p<0,01
Материальное положение (субъективная оценка)	плохое	28	36,4	31	22,8	p<0,05
	среднее	35	45,5	64	47,1	
	хорошее	14	18,2	41	30,1	p<0,05
Злоупотребление алкоголем в анамнезе	Да	9	11,7	6	4,4	p<0,01
Наличие психотравмирующего опыта в анамнезе	Да	26	33,8	30	22,1	p<0,01
Особенности личности	Демонстративные	19	24,7	11	8,1	p<0,01
	Эмоционально неустойчивые	13	16,9	16	11,8	
	Эксплозивные	10	13,0	15	11,0	
	Тревожные	25	32,5	26	19,1	p<0,05
	прочие	10	13,0	68	50,0	
Прочие факторы	Отсутствие психиатрической или психологической помощи в острый период ЧС	58	75,3	84	61,8	p<0,05
	Удовлетворенность	27	36,4	75	55,1	p<0,01

	полученной компенсацией					
	Частое употребление алкоголя	25	32,5	36	26,5	

К наиболее значимым факторам для возникновения хронических стрессовых можно отнести: возраст ( $p < 0,05$ ); фактор потери 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 и злоупотребление алкоголем ( $p < 0,01$ ) и наличие травматического опыта в анамнезе ( $p < 0,01$ ). Кроме того, отсутствие семьи (разведенный статус ( $p < 0,05$ ) или вдовство ( $p < 0,01$ )) - также можно рассматривать какотягощающий фактор.

В группе пациентов достоверно чаще, чем в контрольной группе встречались лица, неудовлетворенные нынешним материальным положением и размером полученных компенсаций. Характерно, что 66,7% всех пострадавших (основной и контрольной групп) не получили никакой кризисной помощи в острый период ЧС по причинам необращения или отсутствия доступности.

Такой показатель как пол не показал статистически значимых различий в группах лиц с признаками ПТСР и здоровых.

Если в острый период ЧС нозогенное 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), так и

значение приобретают особенности личности, которые создают почву для формирования хронических расстройств.

Таким образом, исследование показало высокую распространенность стрессовых расстройств после наводнения (в острый период у 47,2% и на отдаленных этапах – у 36,2% обследованных пострадавших), что свидетельствует о высоком патогенном значении наводнения. Клинические проявления ПТСР, развившегося после наводнения отличаются полиморфностью и различной интенсивностью выраженности симптомов. Несмотря на достаточную в последние годы доступность психолого-психиатрической помощи для пострадавших в ЧС, в нашей выборке пациентов с хроническими стрессовыми расстройствами больше половины пациентов не получила ни психологической, ни психиатрической помощи. Если в острый период доступность помощи была достаточно хорошей (об организации помощи в острый период будет рассказано в следующей главе) и ее неполучение было связано не только с низкой заинтересованностью пострадавших непониманием необходимости консультации у специалистов по поводу своего психического состояния, но и занятостью в связи с организацией восстановления документов, получением компенсаций и пр., то на отдаленных этапах тем, что многие пациенты переехали в другие районы, а доступность помощи значительно уменьшилась.

Вышесказанное дает основание утверждать, что работа специалистов в острый период должна закладывать основу для долговременной помощи.

## **ГЛАВА 5. ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ОТ НАВОДНЕНИЙ И ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ**

Многими исследованиями показано, что эффективность оказания психолого-психиатрической помощи лицам, пострадавшим в результате различных ЧС, во многом определяется ее своевременностью [32; 55]. Наше исследование показало, что отсутствие кризисной помощи в острый период психической травмы может являться предиктором развития отдаленных психических нарушений. Три четверти пациентов с хроническими стрессовыми расстройствами в нашей выборке не получили ни психологической, ни психиатрической помощи в острый период ЧС, что можно рассматривать в качестве возможного предиктора хронизации стрессовых расстройств. Низкая обращаемость за психолого-психиатрической помощью можно объяснить несколькими причинами, в ряду которых на первое место выходит недоверчивое отношение к психологам и в большей степени к психиатрам, неуверенность в эффективности кризисной помощи и непонимании риска развития отдаленных последствий для психического благополучия, и в меньшей степени малой доступностью. Доступность помощи при наводнении в Крымске обеспечивалась медицинскими и психологическими службами разных ведомств.

Более чем десятилетний опыт оказания помощи при ЧС сотрудниками НМИЦПН им. В.П. Сербского [15, 18] позволяет использовать разработанные в Отделе неотложной психиатрии и помощи при чрезвычайных ситуациях общие методологические подходы к оказанию психолого-психиатрической помощи пострадавшему при ЧС разным группам населения.



## **Организация экстренной психолого-психиатрической помощи в острый период чрезвычайной ситуации**

Как уже говорилось в предыдущих главах организация и оказание экстренной медико-психологической помощи жертвам наводнения, в том числе и родственникам погибших во время наводнения, проводилось группой специалистов психиатрической службы Краснодарского края (в которую входил и автор диссертационной работы), а также в тесном сотрудничестве с сотрудниками ФГБУ «НМИЦПин им. В.П. Сербского» МЗ РФ, а также психологической службой МЧС и МВД Южного федерального округа.

По прибытии в Г. Крымск специалисты приступили к решению задач по организации психиатрической помощи.

Первая и наиболее важная задача – это объединение и координация деятельности медиков и психологов, специалистов местного и федерального уровня и различных ведомств (МЧС, МВД, Министерство здравоохранения Краснодарского края), а также налаживание взаимодействия с волонтерскими, религиозными и общественными организациями.

Во-вторых, необходимо было определить основные участки работы, что помогло бы охватить специализированной психолого-психиатрической помощи как можно большее количество пострадавшего населения. С этой целью помощь оказывалась в следующих локациях:

- Пункты временного размещения пострадавших в детских садах (№3, 4, 6, 7, 14, 35) две школы (средняя школа №1, школа-интернат), где было размещено более 600 человек.
- Морг крымской больницы, в котором и следственные мероприятия, связанных с опознанием тел погибших.
- Места скопления людей (ДК «Русь», пункты выдачи гуманитарной помощи, здание администрации города, церковь.

- Штабы ликвидации последствий ЧС г. Крымска и п. Нижнебаканский;
- Пункты(временные) вакцинации.
- МБУЗ «Крымская городская больница»; развертывание кабинета психолого-психиатрической помощи.
- Амбулатории п. Нижнебаканский и г. Крымск.
- Дворовые обходы в составе медицинских бригад.
- Посещения на дому по обращениям на пульт МЧС.

Третья необходимая для выполнения задача – это информирование населения о возможностях получения помощи не только психолого-психиатрической, но и социальной, гуманитарной, информационной, волонтерской и пр. Помимо обеспечения всех специалистов и служб информационными флайерами создание круглосуточной службы «Горячая линия» («ГЛ») на базе медицинского учреждения.

Всего на протяжении первого месяца всего помощь была оказана 3693 пострадавшим [2, 18]. Перечисленный охват участков работы говорит о том, что в краткие сроки были организованы взаимодействие и преемственность специалистов, прибывших в регион для оказания помощи.

#### **Организация психолого-психиатрической помощи в зависимости от тяжести стрессовых нарушений в острый период**

Уровень тяжести нарушений у потерпевших, находящихся в разных локациях и, соответственно, уровень вмешательств были различными. Нами были выделены три уровня тяжести состояния потерпевших, которые в определенной степени коррелировали с местом нахождения потерпевших.

Первый уровень – это тяжелые нарушения, вызванные потерей близких людей. Помощь начинала оказываться в месте проведения опознания тел погибших, проведение следственных действий, выдача тел погибших. С точки зрения формирования медицинских бригад, этот участок работы требует обязательного присутствия психиатра и опытных

психологов, подготовленных для работы с кризисными состояниями. Основные состояния, требующие помощи психиатра — это различные проявления ОРС: острая реакция горя, острая аффективно-шоковая реакция (с явлениями помрачения сознания, психомоторного возбуждения или ступора), осложненные формы опьянения. В таких случаях задача психиатра состоит не только в купировании таких состояний, но и в наблюдении за общесоматическим состоянием пострадавшего\*. Кризисная интервенция психиатра включает психотерапевтические методы (поддержка, эмоциональное отреагирование). В редких случаях возникает необходимость применения седативных и транквилизирующих препаратов [20, 15]. Предпочтительное использование психотерапевтических методик объясняется и тем, что медицинские воздействия не должны вызывать у пострадавших сонливости или заторможенности, препятствующих их участию в организационных мероприятиях, решению социальных задач [15]. Все вышеперечисленное обуславливает необходимость поиска и применения средств и методов, отвечающих специфике ситуации [17]. Помощь в морге оказывалась в форме сопровождения потерпевшего на всех этапах опознания, следственных действий, выдачи тел и ритуальных мероприятий. Сопровождение оказывалось как правило совместно психиатром и психологом. Этот вариант комплектования специалистов показал свою наибольшую эффективность. Задачей бригады являлось не только психологическое и медицинское сопровождение, но и, что не маловажно, оказание организационной помощи. Дело в том, что в состоянии сильного эмоционального напряжения человеку сложно ориентироваться при оформлении необходимых документов, понимании порядков действий. В этих случаях необходимо, чтобы рядом был человек, помогающий в этих вопросах, а также напоминающий о необходимости приема пищи, воды, отдыха.

---

\*Такие признаки как побледнение или покраснение кожных покровов, тахикардия, повышение артериального давления, боли в грудной клетке требуют направления к врачу-интернисту.

Второй уровень тяжести состояния мы наблюдали в пунктах временного размещения пострадавших. В эти места размещались лица, жилье которых в результате наводнения пришло в негодность. Значительную долю размещенных в помещениях детских садов и школ составляли люди пожилого возраста и дети. Мы не наблюдали во время оказания помощи в пунктах временного размещения аффективно-шоковых реакций, однако выраженность симптомов острого стрессового расстройства была достаточно высокой наблюдались почти у 70%. Причем симптоматики интенсивностью на протяжении всего время пребывания практически не снижалась. Несмотря на то, что потерпевшие не ощущали новых опасностей, отсутствие сведений о судьбе своих родственников и знакомых, о состоянии жилищ и домашних хозяйств, а также некомфортные условия пребывания (скученность, отсутствие личных вещей, непривычный режим и пр.) составляли дополнительный психотравмирующий фактор.

Третий уровень тяжести нарушений мы определили у потерпевших, оказание помощи которым и обследование проводилось во время подворовых обходов. Как правило, это были поврежденные, но сохранившиеся дома, в которых оставались люди, пытавшиеся привести хозяйство в порядок: убрать грязь из помещений, вытащить и просушить мебель и одежду. Кроме того, в домах оставались люди, которые боялись мародерства и считали необходимым не покидать дома. Во время посещения бригадой, в которую входил терапевт, психиатр, психолог, потерпевшим предлагалась помощь. Наряду с предъявляемыми жалобами на соматическое и психическое здоровье потерпевшие обращались с вопросами о местах выдачи гуманитарной помощи, оформления документов и компенсаций и прочими. Кроме того делились опасениями, требующими разуверений – повторное наводнение, преувеличенное количество погибших (ходили слухи, что погибло более полутора тысяч человек и их тайно хоронят, что никому не компенсируют в достаточном объеме потери

и проч.). Т.о. даже при отсутствии запроса на психологическую или медицинскую помощь, посещение пострадавших на дому нам представляется чрезвычайно важным, поскольку мы предоставляли информацию по организации помощи, изменению инфраструктуры, необходимым телефонам и адресам.

### **Массовые психологические реакции в острый период после наводнения**

Деятельность специалиста в местах массового скопления людей трудно однозначно отнести к области психиатрии, однако присутствие психиатра в таких местах мы считаем крайне необходимым. Особенности реагирования людей в ситуации ЧС отмечаются многими учеными [19, 38, 66, 57]. Анализ поведения толпы не входил в задачи нашего исследования, однако некоторые наблюдения мы считаем ценными и перспективными для дальнейшего изучения.

Высокий уровень тревоги и стресса вызывал несколько типов реакций в местах скопления людей – площадь около дома культуры, пункты выдачи гуманитарной помощи, временные пункты вакцинации. Мы выделили группу людей с альтруистическим поведением, способные к конструктивному взаимодействию с помогающими специалистами и представителями властей. Такие лица воспринимали информацию и задавали вопросы, стараясь планировать свои действия. Другая группа потерпевших, которую мы условно назвали «деструктивная», характеризовалась агрессивным поведением, негативным восприятием информации, недоверчивостью и подозрительностью. Люди с таким типом поведения провоцировали конфликты, пытались пройти без очереди, легко допускали вербальную или физическую агрессию. Третий тип людей характеризовался пассивным поведением, общей растерянностью. При этом они легко привлекались к той или другой группе. Определение различных вариантов поведения людей в местах скопления помогало нам использовать

различные подходы в оказании помощи в предотвращении массовых эмоциональных реакций, в том числе паники и агрессии.

### **Особенности психолого-психиатрической работы в острый период после наводнения**

Оказание психиатрической помощи в острый период ЧС, в том числе в период проведения спасательных и восстановительных работ, который длился в Крымске почти месяц, имеет свои особенности [68, 100, 86].

Во-первых, работа с пострадавшими зависит от того, в каких условиях она проводится. Любая беседа с пострадавшим проводится после того, как врач сообщил о своей специальности и получил согласие на беседу с психиатром. Если помощь оказывается на улице, в местах скопления людей, то она носит, по сути, характер психологического и психотерапевтического консультирования, в иных условиях амбулаторного приема или консультирования в стационаре, необходимо получение письменного согласия. Обследование пострадавших в научных целях проводилось после получения информированного согласия (см. Приложение 3) в наиболее подходящих условиях – пункты временного пребывания и во время подворовых обходов.

Во-вторых, экстренную помощь необходимо оказывать непосредственно в местах пребывания пострадавших как можно в более ранние сроки. Это отвечает принципу приближения помощи потерпевшим, как и информирование о том, где можно получить бесплатную психологическую, психиатрическую и другую медицинскую помощь как очно во время визита, так и вызвав специалиста к себе в место пребывания, так и дистанционно, проконсультировавшись по телефону. Как показывает опыт психолого-психиатрических служб, обращаемость с специалистам нашего профиля после ЧС не превышает 25% [18]. С этой же целью в первые дни краевой психиатрической службой был организован телефон «Горячая линия» для оказания всех видов помощи и поддержки, в том числе и информационной.

В-третьих, у населения Крымска наблюдался крайне высокий уровень тревоги и напряжения, что ставило перед психиатрами и другими специалистами задачу предотвращения массовых панических реакций у пострадавших (см. главу 3), вселение в них уверенности, что подобное не повторится. Панические реакции возникали не менее двух раз на протяжении первых пяти дней после ЧС и продолжались около часа, за который многие успели взять детей, пожилых и направиться из города. Врачам и психологам удавалось погасить паническое настроение, разубеждая жителей в грозящей опасности. Для предотвращения таких реакций было необходимо проведение ряда психосоциальных вмешательств, включающих и разъяснительную работу с населением, так и с представителями администрации и государственных структур, которые общались с потерпевшими не всегда корректно. Целью взаимодействия является объяснение необходимости регулярного информирования родственников пострадавших и остальных жителей города о ходе спасательных мероприятий, состоянии пострадавших. Такое информирование целесообразно проводить приблизительно каждые 3 часа даже при отсутствии объективной информации [17]. В Крымске приходилось обращать внимание властей на недостаточные условия пребывания в пунктах временного размещения. Так, в одном из пунктов были поставлены двухъярусные койки из военной части, в то время как в этом пункте были размещены в основном люди пожилого возраста.

В-четвертых, работа специалистов в очаге ЧС, но и включает не только кризисную помощь в острый период, но и закладывает организационный базис для продолжения на отдаленных этапах помощи пострадавшим. Большая часть пациентов нуждается в длительной поддержке. Организационные мероприятия включают в себя открытие и оснащение кабинетов психолого-психиатрической помощи на базе существующего медицинского учреждения и подготовка психотерапевтов,

детских психиатров и психологов для продолжения работы с пациентами. Закономерность, на которую обратила ВОЗ состоит в том, что «несмотря на весь трагизм чрезвычайных ситуаций и их неблагоприятные последствия для психического здоровья, они открывают возможности для создания устойчивых систем охраны психического здоровья для всех нуждающихся» [33].

### **Лечебно-профилактическая помощь при оказании помощи в очаге ЧС**

Во время работы при оказании помощи пострадавшим в острый период функции психиатра можно определить как профилактическую, лечебную кризисную, и психообразовательную.

Неотложная психолого-психиатрическая помощь пострадавшему населению началась сразу после получения информации о ЧС. Работа на этом этапе включала поддержку и мониторинг психического состояния пострадавших.

**Клиническое обследование потерпевших** включало следующие компоненты:

1. Оценка общего состояния здоровья потерпевших – выяснение, есть ли хронические заболевания в анамнезе, употребление алкоголя, наличие психических заболеваний. Наличие хронических соматических заболеваний (например, гипертонической болезни, стенокардии, сахарного диабета и пр.) делает необходимым уточнение актуального состояния, наличие достаточного количества лекарств, которые постоянно принимает пациент, и направление или сопровождение в случае необходимости в медучреждение.

2. Выявление психических симптомов, связанных с непосредственным воздействием ЧС – стрессовых расстройств, описанных в 3 главе.

3. Выявление вторичных социальных проблем, которые могут отягощать стрессовое состояние человека: нахождение в некомфортных



скученных условиях, отсутствие санитарно-гигиенических условий, вынужденное разлучение с членами семей, отсутствие средств к существованию, отсутствие поддержки со стороны близких, недостаточная информированность о порядке получения гуманитарной помощи, восстановлении документов, продуктивном обеспечении.

После диагностического определения объема вмешательств проводилось информирование пациента о выявленных симптомах, о необходимости и формах вмешательств. Мы считаем, и работа в очаге ЧС это показала, что психообразование при стрессовых во многом повышает комплаентность пациента, поскольку многие не расценивают имеющиеся нарушения психической деятельности как требующие помощи психиатра.

### **Психообразование потерпевших при наводнении**

Во всех случаях мы информировали человека о том:

- что такое острое стрессовое, какие симптомы наблюдаются у него, с чем они связаны, какое течение у заболевания и какой прогноз;
- какие существуют способы лечения;
- какое необходимо лечение в этом случае;
- какой может оказаться продолжительность лечения;
- какие могут быть побочные действия препаратов;
- важно соблюдать рекомендации;
- необходимо опираться на помощь ближайшего окружения (родственников, ухаживающий персонал, социальных работников, медперсонал).

**Лечение острых стрессовых расстройств** проводилось в соответствии с существующими клиническими рекомендациями и включало психотерапевтическое и фармакологическое воздействие. Основными задачами терапевтического вмешательства являлись снижение уровня тревоги; эмоционального возбуждения, восстановления сна, снижение

уровня агрессии; редукция страха, депрессии, восстановление работоспособности.

Предпочтение отдавалось психотерапевтическим методикам, не только из-за малой обеспеченности в очаге ЧС необходимыми препаратами, но и предпочтительной эффективностью немедикаментозных методик при острых стрессовых нарушениях. С учетом высокой потребности у потерпевших выговориться, обсудить обстоятельства катастрофы, возможные причины и виновников, метод эмпатичного выслушивания и поддержки помогал отреагировать пациенту негативные эмоции, уменьшить тревогу и приносил субъективное ощущение облегчения. Психотропные препараты назначались в случае выраженности тревожных и депрессивных симптомов, нарушениях сна, эмоциональной неустойчивости, субъективно дискомфортных соматоформных нарушениях. При этом мы учитывали, что лекарственные средства не должны вызывать у пострадавших сонливости, двигательной заторможенности, которые достаточно часто формируют негативное отношение к лечению и как результат отказ от продолжения терапии.

Длительность наблюдения и лечения составлял один месяц, т.е. период, в течение которого острые стрессовые расстройства либо купируются, либо переходят в хроническую форму[15, 41].

### **Профилактика психических нарушений у пострадавших в результате ЧС**

Основная цель профилактики – это предотвращение формирования хронических стрессовых расстройств, что ухудшает качественные показатели здоровья населения. Таким образом, профилактические мероприятия проводятся в отношении всех пострадавших в результате наводнения вне зависимости от наличия или отсутствия стрессовой

симптоматики. Реализация этих мероприятий включает междисциплинарное взаимодействие специалистов, задействованных ликвидации последствий в зоне ЧС - психиатров и психологов.

Можно свести профилактические задачи к следующим трем: 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.

Поскольку не у всех потерпевших формируются психические нарушения на отдаленных этапах, то одной из задач исследования было запланировано изучение тех факторов риска, которые вероятно могли привести к формированию хронических стрессовых расстройств.

С этой целью было проведено сравнение тех или иных факторов в двух группах – пациентов с признаками хронического стрессового расстройства и контрольной группой (лица, пережившие наводнения, но без признаков заболевания). Достоверное различие частоты встречаемости признака рассматривалось нами в качестве имеющего значение фактора.

Таким образом в группу риска для затяжного течения стрессовых нарушений можно отнести:

- возраст старше 50 лет,
- отсутствие работы или постоянного заработка,
- значительные утраты в результате наводнения – гибель близких, частичное либо полное разрушение жилья, гибель скота,
- семейное положение разведенного или вдового, плохое материальное положение, злоупотребление алкоголем,
- наличие стрессовых событий в истории жизни,
- особенности личности потерпевшего в виде тревожности и демонстративности,

- неполучение психологической или психиатрической в острый период ЧС.

Данная информация должна учитываться при работе с потерпевшими в условиях ЧС.

Прогностически благоприятное значение имеют следующие факторы:

- возраст 18-25 лет,
- семейное положение - в браке,
- хорошее материальное положение.

В значительной мере отсутствие кризисной помощи на ранних этапах после ЧС и в более поздние сроки 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.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Исследование показало, что наводнения являются мощным источником проблем, ухудшающих психическое здоровье населения. Неблагоприятная динамика и выраженность психических расстройств, развивающихся вследствие ЧС, определяется множеством патопластических факторов (психологических, соматически, социальных, и пр.). Воздействие вторичных (дополнительных) психотравмирующих факторов определяет затяжной характер течения стрессовых нарушений и их тяжести. Учащение в последние годы природных катастроф, а также недостаточная изученность последствий наиболее массивной по своему охвату и количеству пострадавших – наводнения, определило актуальность и необходимость данного исследования. К числу крупнейших в РФ за последнее время можно отнести наводнение в Краснодарском крае, произошедшее в 2012 г. Работа в очаге этой ЧС выявила необходимость углубленного клинического изучения психических нарушений, обусловленных стрессовыми факторами наводнения, а также разработки мер профилактики отдаленных психиатрических последствий.

В результате исследования были описаны формы реагирования психики пострадавших на пережитую ЧС, клинические особенности острых психических нарушений и хронических психических нарушений, возникающих у лиц, переживших наводнение. Разработаны методические подходы к оказанию психолого-психиатрической помощи пострадавшим в такой ЧС и к мерам профилактики изложены в форме практических рекомендаций.

Исследование проводилось с начала наводнения в г. Крымске Краснодарского края во время оказания неотложной психолого-психиатрической помощи и на отдаленных этапах. Продолжительность наблюдения составила три года. Были изучены и проанализированы закономерности формирования психических нарушений у пострадавших от

наводнения и на основе полученных данных разработаны профилактические и организационные подходы к оказанию медико-психологической помощи в пострадавшем регионе.

В течение первого месяца было обследовано 123 человека. Затем в более поздние сроки: через 6 - 12 месяцев после ЧС, было осмотрено 127 чел. из основной группы. Через 3 года (на отдаленном этапе) было обследовано 86 пострадавших от наводнения. Таким образом, всего было обследовано 336 человек, пострадавших при наводнении в Крымске. Выявлены признаки острых стрессовых нарушений у 58 человек и у 77 – хронических стрессовых нарушений. Общее количество клинических наблюдений психопатологических состояний обеих основных категорий равнялось 135. Возраст обследованных составил от 18 до 65 лет.

Каждый этап обследования требовал применения различных методов обследования. Задачами исследования были выяснить частоту встречаемости острых стрессовых нарушений, определить факторы, влияющие на выраженность психических нарушений, выявить коморбидную симптоматику и особенности течения.

В острый период после ЧС было обследовано 123 пострадавших. Из них у 47,2% (58 человек) были выявлены признаки острой стрессовой реакции различной глубины – F 43.0 (острая реакция на стресс, по МКБ-10). Через 6 - 12 месяцев после ЧС у 40,2%(51 человек) определялись признаки хронического стрессового расстройства. А через три года у 30,2% (26 человек) потерпевших от наводнения выявлялись признаки хронического стрессового расстройства. Таким образом, отмечается снижение болезненности в регионе на 17% за три года, хотя систематическую помощь большинство потерпевших не получали. Несмотря на снижение количества стрессовых расстройств, наши данные при сравнении с показателями эпидемиологических исследований при подобных ЧС, демонстрируют достаточно высокие показатели распространенности. Вероятно, именно

особенности пострадавшего региона оказали влияние на этот показатель. Поэтому помимо изучения в рамках задач исследования социальных, психологических и биологических факторов, нами были описаны следующие особенности: фатальная внезапность возникновения, не позволившая вовремя покинуть дома, спасти жизни, ценные вещи, домашних животных. Отсутствие оповещения о ЧС усилило психологический дистресс пострадавших, обвинявших руководителей района. Затяжной характер ликвидации последствий, включавшей очистку от грязи, уборку испорченной обстановки, просушку вещей, проветривание помещений, - также можно рассматривать как протрагированный психологический дистресс, усугубивший симптомы стрессовых нарушений. Кроме того, в качестве отягощающих условий можно рассматривать специфику региона – это аграрный район, в структуре населения которого много людей пожилого возраста, а также малообеспеченных и злоупотребляющих алкоголем, что также является факторами риска возникновения стрессовых расстройств.

При диагностике использовали помимо МКБ-10 систему диагностики DSM-IV. Это было обусловлено ограничениями рубрик и диагностических критериев европейской классификации болезней. В соответствии с МКБ-10 длительность симптомов острого стресса не должна превышать 3 суток, а диагноз ПТСР можно установить после нескольких недель до нескольких месяцев [20]. Мы наблюдали длительность острых симптомов после ЧС до одного месяца, т.е. весь период наблюдения.

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

Помимо облигатных симптомов, необходимых для диагноза ОРС, относящихся к повторное переживание травмы, симптомы избегания и повышенной возбудимости, а также диссоциативные симптомы (чувства

нереальности происходящего или блокировки эмоций, оцепенения), наблюдались разной глубины нарушения сознания, психомоторные нарушения, сомато-вегетативные реакции, эмоциональные проявления (тревога, депрессия, чувство вины), которые являются показателями тяжести и глубины острого стрессового расстройства.

С наибольшей частотой у потерпевших встречались эмоциональные проявления (тревога, страх, депрессия, чувство вины) – 75,9%; нарушения сна (бессонница, кошмары, поверхностный сон) – 63,8%; вегетативные изменения (тахикардия, потливость, повышение температуры тела) – 62,1%. Можно сделать заключение о том, что, 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%. Нарушения сознания были выявлены лишь у 13,8% всех обследованных.

Клиническая картина ОРС имела некоторые возрастные особенности. Достоверно чаще в группе старшего возраста встречались вегетативные симптомы (тахикардия, потливость, повышение температуры тела) и нарушения сна (бессонница, кошмары, поверхностный сон). Расстройства сознания чаще встречались у лиц в возрастной группе 51-65 лет. Психомоторные нарушения в виде возбуждения (крик, плач, ажитация, истероформные припадки) встречались с такой же частотой, что и заторможенность во всех возрастных группах.

Наличие коморбидной симптоматики в виде генерализованной тревоги, ипохондрических переживаний и соматоформных проявлений, а также депрессивного аффекта. Поэтому мы выделили три клинических варианта ОРС, в основу деления которых положены ключевые симптомы (симптомы-мишени) для психотерапевтического и психофармакологического воздействия. Тревожный вариант ОРС характеризуется выраженным



тревожным аффектом по типу генерализованной тревоги, ажитацией, нарушениями поведения. Ипохондрический вариант проявляется обилием жалоб соматического характера, соматовегетативными нарушениями. Адинамический вариант ОРС характеризуется сочетанием депрессивного аффекта и двигательной заторможенностью.

Был 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 (коз, коров, овец).

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. Мы наблюдали пролонгированные острые реакции еще на протяжении месяца. 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.

Редукция симптоматики на протяжении первого месяца была различна. Наименьшей редукции подвергались нарушения сна и тревога. Вегетативные и психомоторные проявления редуцировались быстрее

Хронические стрессовые расстройства были выявлены на отдаленных этапах у 36,2% обследованных, из них ПТСР у 24,9% и РА у 11,3%. Весь период наблюдения составил от 6 месяцев до 3 лет.

С наибольшей частотой встречались (в порядке убывания): Переживания при напоминании о ЧС (67,5%), соматические (соматоформные) симптомы у 63,6% пациентов, тревога – у 62,3%, навязчивые воспоминания – у 59,7%, настороженность – у 57,1%, трудности концентрации внимания – у 53,2%, чрезмерные реакции испуга – у 53,2%, потеря интереса к окружающему – у 51,9%, депрессивное настроение – у 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.

В исследовании были проанализированы 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.

Наиболее интенсивные симптомы, оцененные по 4-балльной шкале от 0 до 3, (см. Главу Материалы и методы) (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. Т.о. наибольший клинический вес имели симптомы повышенной возбудимости, повторного переживания психической травмы, а также тревожное расстройство, депрессия и соматоформные нарушения.

Были определены факторы, которые могли иметь влияние на формировании хронической психической патологии вследствие наводнения.

К наиболее значимым факторам для возникновения хронических стрессовых были отнесены: гибель во время ЧС родственников, утрата жилья, возраст старше 50 лет; полученные в ЧС физические повреждения; отсутствие постоянных заработков; особенности личности - тревожные и демонстративные черты, а также злоупотребление алкоголем в анамнезе и наличие травматического опыта в прошлом. Кроме того, отсутствие семьи (разведенный статус или вдовство) - также можно рассматривать как отягощающий фактор. В группе пациентов достоверно чаще, чем в контрольной группе встречались лица, неудовлетворенные нынешним материальным положением и размером полученных компенсаций. Такой показатель как пол не показал статистически значимых различий в группах лиц с признаками ПТСР и здоровых.

Нужно отметить, что если в острый период ЧС патогенное значение имеют непосредственные факторы землетрясения, такие как гибель родных, утрата жилья и домашнего хозяйства, то на отдаленных этапах после ЧС количество патопластических расширяется за счет ряда микросоциальных влияний (изменения условий жизни, материального положения, смена места

жительства), так и 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»).

## **ВЫВОДЫ**

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.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Особенности работы в регионе, пережившем наводнение, анализ научной литературы, дали возможность подготовить рекомендации, которые могут использоваться специалистами, сталкивающимися в своей работе с подобными природными катастрофами. Также при составлении настоящих рекомендаций учитывался обширный опыт сотрудников отдела неотложной психиатрии и помощи при ЧС НМИЦПН им. В.П. Сербского, которые применяли свои знания в самых различных регионах и при разных катастрофах.

Наводнение, в отличие от других ЧС несет в себе ряд факторов, которые усложняют не только развитие и течение стрессовых расстройств, о чем рассказано в соответствующих главах, но и процесс оказания психолого-психиатрической помощи потерпевшим на всех этапах ЧС. К особенностям, которые несут в себе последствия наводнения, вызывающие дополнительный дистресс у населения, можно отнести:

- Нарушение работы инфраструктуры – работы транспорта, связи, торговых точек, включающих доставку продуктов питания.
- Утрата жилья с необходимостью на неопределенное время разместиться в пунктах временного пребывания.
- Утрата домашнего подсобного хозяйства, включающая гибель домашнего скота и птицы, уничтожение садов и огородов, для восстановления которых необходим не один год.
- Внезапность наступления стихии (несмотря на возможности метеорологических служб предсказывать вероятность наводнений), которая не позволяет полностью предотвратить разрушение хозяйств и инфраструктуры.
- Ухудшение эпидемиологической обстановки из-за большого количества погибших животных, несущее риск инфекционных заболеваний.

Часть из этих проблем устраняются в период спасательных работ, например, восстановление документов, инфраструктуры, водоснабжения, устранение риска вспышки инфекционных заболеваний. Другие последствия остаются труднопреодолимыми и требуют значительного времени и затрат. Таким образом психолого-психиатрическая помощь на каждом этапе должна учитывать эти дополнительные психотравмирующие факторы.

**Мероприятия по оказанию психолого-психиатрической помощи в острый период ЧС** (с первого дня и до окончания спасательных работ и до одного месяца). Этап неотложной психолого-психиатрической помощи начинается как можно раньше после ЧС.

Деятельность психиатров в острый период охватывает два направления организационное и лечебно-профилактическое.

**Организационные мероприятия** направлены на выполнение трех основных задач. Первая заключается в оценке сил и средств служб, оказывающих помощь в очаге, прежде всего психологическую и медицинскую, объединении усилий и координации деятельности медиков и психологов и создании единого штаба. Это позволяет распределить специалистов для максимального охвата потерпевших с учетом объема помощи (количество пострадавших и тяжесть нарушений), и наладить между ними взаимодействие. Не следует забывать о необходимости привлекать к организованной помощи волонтерские, религиозные и общественные организации

Вторая задача заключается в определении основных участков работы, что помогает бы охватить специализированной психолого-психиатрической помощи как можно большее количество пострадавшего населения.

Помощь должна быть максимально приближена к потерпевшим. При наводнении можно выделить следующие участки оказания помощи:



- Места скопления людей, в том числе выдачи пункты гуманитарной помощи и размещения информации, храм (при наличии в населенном пункте).
- Медучреждение, где находятся потерпевшие, получившие ранения.
- Места временного размещения пострадавших.
- Морги, в которых проводятся опознания и следственные действия, кладбище.
- Медучреждение, где можно развернуть кабинеты кризисной помощи для амбулаторного приема населения
- Места жительства, которые не покинули люди (как правило оставшиеся восстанавливать жилье или из-за боязни мародерства).

Таким образом, можно выделить по меньшей мере семь мест оказания помощи, форма работы в которых будет отличаться в связи с тяжестью стрессовых нарушений.

Третья необходимая для выполнения задача, которая также служит приближению помощи, – это информирование населения о возможностях получения помощи не только психолого-психиатрической, но и социальной, гуманитарной, информационной, волонтерской и пр. Все специалисты должны обеспечиваться информационными флайерами о местах и возможностях получения всех видов помощи и поддержки.

Создание круглосуточной службы «Горячая линия» («ГЛ») на базе медицинского учреждения необходимо в тех случаях, когда в регионе отсутствует такая форма помощи. Для круглосуточной работы привлекаются психологи, которым проводится кратковременный обучающий курс.

**Лечебно-профилактические мероприятия** по оказанию кризисной помощи ставит перед специалистами нижеследующие задачи.

Первая задача — это осмотр и информирование о необходимости получения помощи максимального количества потерпевших.

Вторая – это определение тяжести имеющихся стрессовых нарушений и маршрутизация потерпевших для определения объема вмешательств.

Третья задача – это определение группы риска для возникновения хронических психических нарушений, ассоциированных с ЧС. Это отвечает требованию профилактики создавать базис полноценной долгосрочной психолого-психиатрической помощи жертвам наводнений их родственникам и «вторичным жертвам».

Четвертая – это оказание лечебной помощи, а именно специализированной психиатрической.

Оценка наличия в регионе достаточного количества специалистов, способных оказывать квалифицированную психолого-психиатрическую помощь на отдаленных этапах, или нехватка кадров ставит вопрос перед региональными органами здравоохранения о подготовке по программам тематического усовершенствования врачей и психологах, работающих в пострадавшем населенном пункте.

Наиболее тяжелые острые стрессовые нарушения наблюдаются у вызванные потерей близких людей. Помощь начинала оказываться в месте проведения опознания тел погибших, проведение следственных действий, выдача тел погибших. Основные состояния, требующие помощи психиатра — это острая реакция горя, острая аффективно-шоковая реакция (с явлениями помрачения сознания, психомоторного возбуждения или ступора), осложненные формы опьянения. Не следует забывать о мониторинговании соматического состояния пострадавшего (такие признаки как побледнение или покраснение кожных покровов, тахикардия, повышение артериального давления, боли в грудной клетке требуют направления к врачу-интернисту).

Кризисная интервенция психиатра включает психотерапевтические методы (поддержка, эмоциональное отреагирование). В редких случаях возникает необходимость применения седативных и транквилизирующих препаратов. Предпочтительнее использовать психотерапевтические методики, т.к. медицинские воздействия не должны вызывать у пострадавших выраженной седации, сонливости или заторможенности, препятствующих их участию в организационных мероприятиях, решению социальных задач.

С учетом высокой потребности у потерпевших выговориться, обсудить обстоятельства катастрофы, возможные причины и виновных, метод эмпатичного выслушивания и поддержки помогает отреагировать пациенту негативные эмоции, уменьшить тревогу и приносит субъективное ощущение облегчения. Психотропные препараты назначаются в случае выраженности тревожных и депрессивных симптомов, нарушениях сна, эмоциональной неустойчивости, субъективно дискомфортных соматоформных нарушениях. При этом необходимо учитывать, что лекарственные средства не должны вызывать у пострадавших сонливости, двигательной заторможенности, которые достаточно часто формируют негативное отношение к лечению и как результат отказ от продолжения терапии.

Длительность наблюдения и лечения составляет один месяц, т.е. период, в течение которого острые стрессовые расстройства либо купируются, либо переходят в хроническую форму.

Помощь в морге оказывается в форме сопровождения потерпевшего на всех этапах опознания, следственных действий, выдачи тел и ритуальных мероприятий. Сопровождение предпочтительней оказывать совместно психиатром и психологом. Немаловажной задачей во время сопровождения является наряду с психологическим и медицинским сопровождением, оказание организационной помощи. Дело в том, что в состоянии сильного

эмоционального напряжения человеку сложно ориентироваться при оформлении необходимых документов, понимании порядков действий. В этих случаях необходимо, чтобы рядом был человек, помогающий в этих вопросах, а также напоминающий о важности приема пищи, воды, отдыха.

В пунктах временно размещения состояние пострадавших наблюдается разной степени тяжести. В эти места размещаются лица, жилье которых в результате наводнения пришло в негодность. Выраженность симптомов острого стрессового расстройства может быть достаточно высокой и достигать распространенности у 70% потерпевших. Причем интенсивность симптоматики может не снижаться на протяжении 3-4 недель, что требует регулярных посещений и наблюдения. Усугубляет состояние временно размещенных лиц то, что у них недостаточно сведений о судьбе родственников и знакомых, о состоянии жилищ и домашних хозяйств. Также некомфортные условия пребывания (скученность, отсутствие личных вещей, непривычный режим и пр.) составляют дополнительный психотравмирующий фактор. Обеспечение информацией временно размещенных лиц является фактором, который может

Учитывая низкую обращаемость за кризисной помощью подворовые (поквартирные) обходы являются важной частью оказания помощи в острый период. Во время подворовых обходов целесообразно посещения бригадой, в которую входит помимо психиатра и психолога терапевт. Это необходимо для оказания общесоматической помощи, особенно, если в регионе проживает достаточно много пожилых людей. Круг вопросов, на которые приходится отвечать во время таких обходов достаточно велик: наряду с предъявляемыми жалобами на соматическое и психическое здоровье потерпевшие обращаются с вопросами о местах выдачи гуманитарной помощи, оформления документов и компенсаций и прочими. Кроме того они постоянно делятся опасениями, требующими разуверений – о возможном повторном наводнении, о количестве погибших и проч. Т. о.

даже при отсутствии запроса на психологическую или медицинскую помощь, посещение пострадавших на дому нам представляется чрезвычайно важным, поскольку они получают информацию по организации помощи, изменению инфраструктуры, необходимым телефонам и адресам.

Широкий охват всех групп населения в пострадавшем регионе позволяет выделить группы риска для возникновения хронических стрессовых расстройств. в группу риска для затяжного течения стрессовых нарушений можно отнести:

- возраст старше 50 лет,
- отсутствие работы или постоянного заработка,
- значительные утраты в результате наводнения – гибель близких, частичное либо полное разрушение жилья, гибель скота,
- семейное положение разведенного или вдового, плохое материальное положение, злоупотребление алкоголем,
- наличие стрессовых событий в истории жизни,
- особенности личности потерпевшего в виде тревожности и демонстративности,
- неполучение (или отказ от) психологической или психиатрической в острый период ЧС.

Одной из важных задач профилактики является мотивация и формирование комплаентности у пациентов во избежание отказов от получения помощи (психообразование) в последующем. Конечно, оказание помощи в острый период является само по себе профилактической мерой в отношении хронизации стрессовых расстройств.

### **Психообразование потерпевших при наводнении**

Включает в себя информирование человека и его близких о том:

- что такое острое стрессовое, какие симптомы наблюдаются у него, с чем они связаны, какое течение у заболевания и какой прогноз;
- какие существуют способы лечения;

- какое необходимо лечение в его случае;
- какой может оказаться продолжительность лечения;
- какие могут быть побочные действия препаратов;
- важно соблюдать рекомендации;
- как важно опираться на помощь ближайшего окружения (родственников, ухаживающий персонал, социальных работников, медперсонал).

Деятельность специалиста в местах массового скопления людей трудно однозначно отнести к области психиатрии, однако присутствие психиатра в таких местах крайне необходимо. Высокий уровень тревоги и стресса вызывает несколько типов реакций в местах скопления людей. Мы выделили группу людей с альтруистическим поведением, способных к конструктивному взаимодействию с помогающими специалистами и представителями властей. Такие лица воспринимают информацию и задают вопросы, стараются планировать свои действия. Другая группа потерпевших, которую мы условно назвали «деструктивная», характеризуется агрессивным поведением, негативным восприятием информации, недоверчивостью и подозрительностью. Люди с таким типом поведения склонны провоцировать конфликты, пытаются пройти без очереди, легко допускают вербальную или физическую агрессию. Третий тип людей характеризуется пассивным поведением, общей растерянностью. При этом они легко привлекаются к той или другой группе. Определение различных вариантов поведения людей в местах скопления помогает использовать различные подходы в оказании помощи в предотвращении массовых эмоциональных реакций, в том числе паники и агрессии.

Тяжесть и динамика психических заболеваний, ассоциированных с наводнением, в значительной степени зависит от качества лечебно-профилактической помощи, оказываемой пострадавшим.

Лица, пострадавшие при наводнениях, нуждаются в длительном наблюдении психолога или психиатра и прохождении ежегодной реабилитации, включающей психологическую помощь. Отсутствие доступности лечебно-профилактической помощи, оказываемой с привлечением органов власти и общественных институтов, может приводить к формированию порочного круга социально-экономического неблагополучия в регионах, переживших бедствие.

## Список литературы

1. Александровский Ю. А., Лобастов О. С., Стивак Л. И. *Психогении в экстремальных условиях.* – М.: Медицина, 1991. – 96 с.
2. Бойко Е. О. и др. *Опыт работы психиатрических служб Краснодарского края в чрезвычайной ситуации в связи с наводнением в г. Крымске в ночь с 6 на 7 июля 2012 г //Психическое здоровье.* – 2012. – Т. 10. – №. 11. – С. 23-26.
3. Боровиков В. П. Популярное введение в современный анализ данных в системе STATISTICA. – 2013.
4. Брусиловский Л. Я., Бруханский Н. П., Сегалов Т. Е. *Землетрясение в Крыму и невropsихический травматизм //М.: Изд-во Наркомздрава РСФСР.* – 1928
5. Букаев О. Н., Малкина Н. В., Бондаренко А. А. *Медико-санитарное обеспечение при наводнениях //XLV Огарёвские чтения.* – 2017. – С. 250-256.
6. Вельтищев Д. Ю. *Острые стрессовые расстройства: факторы прогноза и профилактики затяжного течения //Социальная и клиническая психиатрия.* – 2010. – Т. 20. – №. 2.
7. Вельтищев Д. Ю., Банников Г. С. *Динамика острого стрессового расстройства и депрессивной реакции горя у пострадавших от террористического акта в Беслане //XIV съезд психиатров России.* – 2005. – С. 159-159.
8. Вельтищев Д. Ю., Ковалевская О. Б., Серавина О. Ф. *Стресс и модус предрасположения в патогенезе расстройств депрессивного спектра //Психические расстройства в общей медицине.* – 2008. – №. 2. – С. 34-37.



9. Волошин В.М. Хроническое посттравматическое стрессовое расстройство (клинико-терапевтические аспекты): пособие для врачей. – М. Анахарсис, 2004. – 48 с.

10. Гарнов В.М. Формирование психопатологии в рамках посттравматического стрессового расстройства у лиц, переживших землетрясение. Автореф. дисс..... д.м.н. М. 2002. 35 с.

11. Дмитриева Т. Б., Положий Б.С. Социальная психиатрия: современные представления и перспективы развития // Обзор. психиатр, и мед. психол. им. В.М. Бехтерева. 1994. №2. С. 39-49

12. Етова Р., Годорова Д., Михайлова Ц. Медицинские последствия во время и после наводнения //Состояние здоровья: медицинские, социальные и психолого-педагогические аспекты. – 2016. – С. 648-661.

13. Зайцева Е.А., Фастовцев Г.А. Современные подходы к диагностике атипичных форм посттравматического стрессового расстройства//Общественное психическое здоровье: настоящее и будущее. Сборник материалов VI Национального конгресса по социальной психиатрии и наркологии (Уфа, 18-20 мая 2016 г.). - 2016. С. 132-132.

14. Захарова Н. М., Баева А. С. Опыт оказания медико-психологической помощи пострадавшим при пожаре (на примере пожара в ТРЦ "Зимняя вишня" 25.03. 2018 г. в г. Кемерово) //Психическое здоровье. – 2018. – Т. 16. – №. 10. – С. 24-29.

15. Закон Р. Ф. О порядке проведения биомедицинских исследований у человека //Бюллетень ВАК Минобразования России. – 2002. – №. 3. – С. 46-48.

16. Кекелидзе З. И. Медико-психологическая помощь пострадавшим при стихийных бедствиях и катастрофах: пособие для врачей //М.: Медицина. – 1997.– 11 с.

17. Кекелидзе З.И. Психиатрия чрезвычайных ситуации. в сб. Фармакотерапия в неврологии и психиатрии. – М. – 2002, с. 159-174

18. Кекелидзе З.И., Портнова А.А., Бойко Е.О., Шпорт С.В., Тюменкова Г.В., Борукаев Р.Р., Мальцева А.В., Цекин В.П. «Особенности оказания психиатрической помощи населению при наводнении (Краснодарский край, г. Крымск, 6-7 июля 2012 года)» РПЖ. – 2012. -- №5. – с. 40-45

19. Кекелидзе З. И. Оказание психолого-психиатрической помощи семьям, пострадавшим в чрезвычайных ситуациях, в острый период. – 2010.-20 с.

20. Кекелидзе З. И., Портнова А. А. Критерии диагностики посттравматического стрессового расстройства //Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 2009. – Т. 109. – №. 12. – С. 4-7.

21. Кекелидзе З.И., Портнова А.А., Лаврова Т.Н. Особенности психических расстройств, возникающих у женщин в чрезвычайных ситуациях: Пособие для врачей. - М. 2004. -24 с.

22. Коханов В.П., Краснов В. Н. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций (теория и практика). М.: Практическая медицина, 2008. - 448 С

23. Либерман Ю.; Мороз И.Б.; Михайлова И.В., Морозова В.П., с соавт. Психические расстройства у пострадавших при землетрясении в Армении (по данным обследования в медицинских учреждениях Москвы). – Ж. Невроп. и Психиатр. им. С.С. Корсакова. 1990; 90 (5): 42-46

24. Малышева Е.А. Оценка эффективности оказания помощи больным, перенесшим стресс во время наводнения в городе Крымске Политематический сетевой электронный научный журнал Кубанского государственного аграрного университета. 2015. № 114. С. 117-132.

25. МКБ-10/УСД-10: Клинич. описания и указания по диагностике / ВОЗ; Пер. на рус. яз. под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. - СПб. : Адис, 1994. - 303 с.

26. Молчанова Е. С. Посттравматическое стрессовое и острое стрессовое расстройство в формате DSM-V: внесенные изменения и

*прежние проблемы //Медицинская психология в России. – 2014. – №. 1 (24)*

27. МЧС России официальный сайт URL: <https://www.mchs.gov.ru/deyatelnost/press-centr/novosti/1441518>

28. Погодина М. Г. Особенности психологических характеристик и психических нарушений у жителей Крымска Краснодарского края, пострадавших от наводнения 2012 года //Медико-фармацевтический журнал «Пульс». – 2014. – Т. 16. – №. 2.

29. Портнова А.А. Индигенный конфликт: неблагоприятный тип отсроченного массового реагирования на тяжелый эмоциональный стресс. Ж. неврол. и психиатрии. 2006. 106, № 2. С. 13-16.

30. Посттравматическое стрессовое расстройство/ Под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского, 2005. – 204 с.

31. Просоленко Ю.А., Малышева Е.А., Бурлуцкая А.В. Оценка стрессоустойчивости лиц, находящихся в зоне наводнения в городе Крымске //Современные проблемы науки и образования. – 2015. – №. 6-0. – С. 136-136.

32. Психиатрия чрезвычайных ситуаций Руководство в 2 т. под. ред. З. И. Кекелидзе, М., 2011

33. Психическое здоровье в чрезвычайных ситуациях. Информационный бюллетень ВОЗ. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies>

34. Слабинский В. Ю. Психотерапия пострадавших от землетрясения в 1995 году в Нефтегорске //Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2017. – №. 1. – С. 40-53.

35. Современные опасные экзогенные процессы в береговой зоне Азовского моря/ под. ред. Л. А. Беспаловой.— Ростов-на-Дону: Издательство Южного федерального университета, 2015.— 324с

36. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – 2001.
37. Adshead G. *Psychological therapies for post-traumatic stress disorder. Br J Psychiatry.* 2000 Aug;177.-pp. 144-8.
38. Aguirre B. E. *Emergency evacuations, panic, and social psychology //Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes.* – 2005. – Т. 68. – №. 2. – С. 121-129.
39. Ahern M. et al. *Global health impacts of floods: epidemiologic evidence //Epidemiologic reviews.* – 2005. – Т. 27. – №. 1. – p. 36-46.
40. Alderman K., Turner L. R., Tong S. *Floods and human health: a systematic review //Environment international.* – 2012. – Т. 47. – С. 37-47.
41. American Psychiatric Association. 1994. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., Washington, DC: Author.*
42. Auger C., Latour S., Trudel M., Fortin M. *Posttraumatic stress disorder – victims of the Saguenay flood. Can-Fam-Physician,* 2000;46: 2420-2427.
43. Azuma K., Ikeda K., Kagi N., Yanagi U., Hasegawa K., Osawa H. *Effects of water-damaged homes after flooding: health status of the residents and the environmental risk factors. Int-J-Environ-Health-Res,* 2014; 24 (2): 158-75
44. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA (1988). *An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties Journal of Consulting and Clinical Psychology.* – 1988. – Т. 56. – №. 6. – 893–897.
45. Bei B. et al. *A prospective study of the impact of floods on the mental and physical health of older adults //Aging & mental health.* – 2013. – Т. 17. – №. 8. – С. 992-1002.
46. Blake D. D. et al. *The development of a clinician-administered PTSD scale //Journal of traumatic stress.* – 1995. – Т. 8. – №. 1. – p. 75-90.
47. Brandt M. et al. *Mold prevention strategies and possible health effects in the aftermath of hurricanes and major floods //Morbidity and*

*Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports.* – 2006. – T. 55. – №. 8. – p. 23-26.

48. Bremner J., Southwick, S., & Charney, D. (1995). *Etiology of posttraumatic stress disorder.* In M Mazure (Ed.), *Does stress cause mental illness.* – American Psychiatric Pub, 1995. – T. 46. pp. 68-104

49. Brewin C. R. *Re-experiencing traumatic events in PTSD: New avenues in research on intrusive memories and flashbacks* // *European Journal of Psychotraumatology.* – 2015. – T. 6. – №. 1. – p. 271-80.

50. Brewin C. R., Andrews B., Valentine J. D. *Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults* // *Journal of consulting and clinical psychology.* – 2000. – T. 68. – №. 5. – C. 748.

51. Bryant R.A. *Early predictors of posttraumatic stress disorder* // *Biol Psychiatry.* – 2003. – № 1. – Vol.53(9). – p. 789-795

52. Bryant R. A., Harvey A. G. *Relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury* // *American Journal of Psychiatry.* – 1998. – T. 155. – №. 5. – p. 625-629

53. Cardena E. et al. *Psychometric properties of the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ): A valid and reliable measure of acute stress* // *Journal of traumatic stress.* – 2000. – T. 13. – №. 4. – p. 719-734

54. Chen L. et al. *Prevalence and determinants of chronic post-traumatic stress disorder after floods* // *Disaster medicine and public health preparedness.* – 2015. – T. 9. – №. 5. – p. 504-508.

55. Classen C., Koopman C., Hales R., Spiegel D. *Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress symptoms* // *Am J Psychiatry.* 1998. – Vol 155. – p. 620–624

56. Clemens S. L. et al. *Summer of sorrow: measuring exposure to and impacts of trauma after Queensland's natural disasters of 2010–2011* // *Medical Journal of Australia.* – 2013. – T. 199. – №. 8. – C. 552-555.

57. Cocking C., Drury J., Reicher S. *The psychology of crowd behavior in emergency evacuations: Results from two interview studies and implications*

*for the Fire and Rescue Services //The Irish Journal of Psychology. – 2009. – T. 30. – №. 1-2. – C. 59-73.*

58. David C., Moore A., Walker M. E. *The water/health nexus in disaster medicine: I. Drought versus flood //Current Opinion in Environmental Sustainability. – 2011. – T. 3. – №. 6. – p. 480-485.*

59. Ditlevsen D. N., Elklit A. *Gender, trauma type, and PTSD prevalence: a re-analysis of 18 nordic convenience samples //Annals of general psychiatry. – 2012. – T. 11. – №. 1. – C. 26.*

60. Du W. et al. *Health impacts of floods //Prehospital and disaster medicine. – 2010. – T. 25. – №. 3. – C. 265-272.*

61. Feng S. et al. *Social support and posttraumatic stress disorder among flood victims in Hunan, China //Annals of Epidemiology. – 2007. – T. 17. – №. 10. – p. 827-833.*

62. Few R., Brown K., Tompkins E. L. *Public participation and climate change adaptation //Tyndall Centre for Climate Change Research Working Paper. – 2006. – T. 95.*

63. Figley C. R. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. – Routledge, 2013*

64. Foa E.B., McLean C.P., Zang Y., Rosenfield D., Yadin E., Yarvis J.S., Mintz J., Young-McCaughan S., Borah E.V., Dondanville K.A., Fina B.A., Hall-Clark B.N., Lichner T., Litz B.T., Roache J., Wright E.C., Peterson A.L.; STRONG STAR Consortium. *Effect of prolonged exposure therapy delivered over 2 weeks vs 8 weeks vs present-centered therapy on PTSD symptom severity in military personnel: a randomized clinical trial, JAMA, 2018; 319 (4): 354-364; doi: 10.1001/jama.2017.21242.*

65. Friedman M. J. *Finalizing PTSD in DSM-5: Getting here from there and where to go next //Journal of traumatic stress. – 2013. – T. 26. – №. 5. – C. 548-556.*

66. Helsloot I., Ruitenberg A. *Citizen response to disasters: a survey of literature and some practical implications //Journal of contingencies and crisis management.* – 2004. – T. 12. – №. 3. – C. 98-111.

67. Galea S., Nandi A., Vlahov D. *The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters //Epidemiologic reviews.* – 2005. – T. 27. – №. 1. – C. 78-91.

68. Glick R. L., Berlin J. S., Fishkind A. (ed.). *Emergency psychiatry: Principles and practice.* – Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

69. Green, B. L. *Psychosocial research in traumatic stress: an update. Journal of Traumatic Stress,* 1994, 7,341–362.

70. Green B.L., Lindy J.D., Grace M.C., Gleser G.C., Leonard A.C., Korol M., Winget C. *Buffalo Creek survivors in the second decade: stability of stress symptoms. Am-J-Orthopsychiatry,* 1990; 60 (1): 43-54.

71. Heo, J. H., Kim, M. H., Koh, S. B., Noh, S., Park, J. H., Ahn, J. S., ... & Min, S.. *A prospective study on changes in health status following flood disaster //Psychiatry Investigation.* – 2008. – T. 5. – №. 3. – C. 186.

72. Huang P., Tan H., Liu A., Feng S., Chen M. *Prediction of posttraumatic stress disorder among adults in flood district. BMC-Public-Health,* 2010; 10: 207; doi: 10.1186/1471-2458-10-207.

73. ICD-11/ <https://icd.who.int/en>

74. Ivers L.C. and Ryan E.T., *Infectious diseases of severe weather-related and flood-related natural disasters, CurrOpin Infect Dis,* 2006, 19, 408-414.

75. Jun Wu, Jian Xiao, Tong Li and others, *A cross-sectional survey on the health status and the health-related quality of the elderly after disaster in Bazhongciti, Sichian, China, Wu et al. BMC Public Health,* 2015, P. 3-8

76. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB: *Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. ArchGenPsychiatry.* 1995, 52: 1048-1060. 10.1001/archpsyc.1995.03950240066012.

77. Lamond J.E., Joseph R.D., Proverbs D.G. *An exploration of factors affecting the long-term psychological impact and deterioration of mental health in flooded households. Environ Res, 2015; 140: 325-334; doi: 10.1016/j.envres.2015.04.008.*

78. Maltais D. et al. *Soutien social et santé psychologique de victimes d'inondations //Sciences sociales et santé. – 2005. – T. 23. – №. 2. – C. 5-38.*

79. Maltais, D., Lachance, L., Fortin, M., Lalande, G., Robichaud, S., Fortin, C., & Simard, A. *[Psychological and physical health of the July 1996 disaster victims: a comparative study between victims and non-victims.]. Sante-Ment-Que, 2000; 25 (1): 116-137.*

80. McCarthy J. J. et al. (ed.). *Climate change 2001: impacts, adaptation, and vulnerability: contribution of Working Group II to the third assessment report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. – Cambridge University Press, 2001. – T. 2.*

81. Menne B., Brown L., Muray V., *Floods and health, Fact sheets for health professionals, World Health Organization, Regional office for Europe, 2014, P. 1.*

82. Liu A, Tan H, Zhou J, Li S, Yang T, Wang J, Liu J, Tang X, Sun Z, Wen S. *An Epidemiologic Study of Posttraumatic Stress Disorder in FLOOD Victims in Hunan China. Can J Psychiatry. 2006; 51:350–354*

83. McMahan, M.M., *Disasters and Poverty. Disaster Management & Response, 5 (4), p. 95-97, 2007.*

84. NojiEk., *Flooding and human health, The dangers posed are not always, BMG, volume 321, 2000, 1167*

85. North C. S. et al. *The course of PTSD, major depression, substance abuse, and somatization after a natural disaster //The Journal of nervous and mental disease. – 2004. – T. 192. – №. 12. – C. 823-829.*

86. Norwood A. E., Ursano R. J., Fullerton C. S. *Disaster psychiatry: principles and practice //Psychiatric Quarterly. – 2000. – T. 71. – №. 3. – C. 207-226.*



87. Pfefferbaum B., Nixon S., Tucker, P., Tivis, R., Moore, V., Gurwitch, R., Pynoos, R., & Geis, H. (1999). Posttraumatic stress response in bereaved children after Oklahoma City bombing. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1372-1379.

88. *Posttraumatic Stress Disorder. Acute and Long-Term Responses to Trauma and Disaster/ Edited by C.S. Fullerton, Ursano R.J., 1997*

89. Priebe S, Grappasonni I, Mari M, Dewey M, Petrelli F, Costa A. Posttraumatic stress disorder six months after an earthquake: Findings from a community sample in a rural region in Italy. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2009;44(5):393–397. doi: 10.1007/s00127-008-0441-y.

90. PTSD: National Center for PTSD  
<https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/tsc-40.asp>

91. Rolfe, Margaret I., Sabrina Winona Pit, John W. McKenzie, Jo Longman, Veronica Matthews, Ross Bailie, and Geoffrey G. Morgan. "Social vulnerability in a high-risk flood-affected rural region of NSW, Australia." *Natural Hazards* (2020): 1-20.

92. . Schmidt W, Skala, M. Morbidity surveillance following the Midwest Flood – Missouri, *Morbidity and Mortality Weekly Report* 4248,1993, P. 797-798

93. Stanke C. et al. *The effects of flooding on mental health: Outcomes and recommendations from a review of the literature //PLoS currents.* – 2012. – T. 4.

94. Stoppelbein L., Greening L. Posttraumatic Stress Symptoms in parentally bereaved children and adolescents. *Am. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2000 vol 39 (9): 613-626

95. Stough L.M., North C.S. The association of adverse mental health effects with repeated exposure to disasters. *Ann-Clin-Psychiatry*, 2018; 30 (1): 17-24.

96. Tass.ru URL: <https://tass.ru/info/1298613>

97. *The Intergovernmental Panel on Climate Change Resource of <https://www.ipcc.ch/>*

98. *The OFDA/CRED-International disaster database. Mortality. In: Internationally reported losses. Resource of URL: <http://www.preventionweb.net/countries/bgr/data>.*

99. *Tolin DF, Foa EB: Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. Psychol Bull. 2006, 132: 959-992.*

100. *Ursano, R. J., Fullerton, C. S., Weisaeth, L., & Raphael, B.(ed.). Textbook of disaster psychiatry. – Cambridge University Press, 2017*

101. *Waelveerak W., The quality of life of flood survivors in Thailand, Nakhon Pathom Rajabhat University, Australasian Emergency Nursing Journal17, 2014, P. 19-22.*

102. *Whalley, M. G., Kroes, M. C., Huntley, Z., Rugg, M. D., Davis, S. W., & Brewin, C. R. (2013). An fMRI investigation of posttraumatic flashbacks. Brain and cognition, 81(1), 151-159*

103. *Weathers, F. W., Keane, T. M., & Davidson, J. R. Clinician-Administered PTSD Scale: A review of the first ten years of research. // Depression and Anxiety. – 2001. – T.13, 132-156.*

104. *Weathers F. W., Ruscio A. M., Keane T. M. Psychometric properties of nine scoring rules for the Clinician-Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale //Psychological assessment. – 1999. – T. 11. – №. 2. – C. 124.*

105. *World Health Organization (WHO) et al. International Classification of Diseases 10 th Revision (ICD X) //New York. – 2010.*

106. *Zhong S., Yang L., Toloo S., Wang Z., Tong S., Sun X., Crompton D., FitzGerald G., Huang C. The long-term physical and psychological health impacts of flooding: a systematic mapping. Sci-Total-Environ, 2018; 626: 165-194; doi: 10.1016/j.scitotenv.2018.01.041. [Epub ahead of print]*





У не мог определить, сколько прошло времени																	
У меня была замедленная реакция.																	
Я пробовал поменьше переживать из-за случившегося																	
У меня повторялись неприятные сны об этом событии.																	
Я сильно расстраивался, если что-то напоминало мне о событии																	
Я вздрагивал от неожиданного звука																	
У меня возникли трудности при выполнении будничных необходимых дел.																	
Я не мог понять, кто я и что делаю.																	
Я пробовал не делать того, что напоминало бы мне о событии.																	
Я был перевозбужден, находился на грани срыва																	
Мне казалось, что я наблюдаю за происходящим как посторонний (как будто не со мной происходит).																	
Я старался ни с кем не говорить о произошедшем.																	
Я физически ощущал волнение, когда вспоминал о произошедшем																	
Я не мог вспомнить все подробности происшествия																	
Я пробовал не думать о том, что произошло																	
Знакомые предметы, окружающее казалось мне каким-то другим, незнакомым																	
Неприятные воспоминания о событии возникали и повторялись помимо желания.																	
У меня было ощущение, что я ничего не чувствую. не переживаю.																	

Я чувствовал раздражительность или вспышки гнева.														
Я избегал встречаться с людьми, напоминавшими мне о произошедшем.														
Внезапно возникало чувство, что повторяется происшествие														
В голове возникала пустота														
Довольно большой период времени выпал у меня из памяти.														
После происшествия мне стало трудно общаться с другими людьми														
Мне было трудно сосредоточиваться														
Я чувствовал отстраненность от окружающих.														
У меня было ощущение, что все происходит снова и снова и никогда не кончится														
Я старался находиться подальше от места, где все произошло.														

Clinician- Administered PTSD Scale; (DSM- IV) CAPS-33

ФИО.....

возраст

дата обсл

Имя \_\_\_\_\_ возраст\_\_ пол \_\_ \_\_\_\_\_ дата обслед \_\_\_\_\_

<b>Баллы</b> <b>Симптомы</b>	<u>0-</u> <u>никогда</u>	<u>1- иногда</u>	<u>2 -</u> <u>часто</u>	<u>3 -</u> <u>очень</u> <u>часто</u>
<b>Повторное переживание психической травмы</b>				
Навязчивые воспоминания				
Повторяющиеся сны и ночные кошмары				
Переживания при напоминании о ЧС				
Диссоциативные симптомы («флэшбэк»)				
<b>Блокировка эмоциональных реакций и деятельности</b>				
Уменьшение социальной активности				
Потеря интереса к окружающему				
Сужение диапазона чувств				
Чувство бесперспективности будущего				
<b>Избегающее поведение</b>				
Избегание мыслей, чувств,				

разговоров				
Мест и людей, напоминающих о ЧС				
Невозможность вспомнить важные аспекты травмы				
Отгороженность от окружающих				
<b>Симптомы повышенной возбудимости</b>				
Страхи				
Трудности засыпания				
Частые пробуждения				
Трудности концентрации внимания				
Настороженность				
Чрезмерные реакции испуга				
<b>Другие симптомы</b>				
Нарушения поведения				
Тревога				
Депрессивное настроение				
Соматические симптомы, боли, и др.				
Итого				



**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА  
НА УЧАСТИЕ В ИССЛЕДОВАНИИ [15]**

Вас приглашают принять участие в научном исследовании «Психические расстройства у пострадавших от наводнения», осуществляемого в ФГБУ «НМИЦПН» Минздрава России.

Цель данного документа – предоставить Вам информацию о научном исследовании. В данной форме описаны цели, процедуры, польза, риски, неудобства и меры предосторожности, связанные с научным исследованием.

Прежде чем принять решение об участии в данном научном исследовании, важно, чтобы Вы понимали, зачем проводится и что включает в себя это исследование. Просим Вас уделить время, чтобы внимательно прочитать следующую информацию и, при желании, обсудить ее с людьми, которым Вы доверяете (родственниками, друзьями, Вашим семейным врачом/лечащим/участковым врачом, наблюдающим Вас). Если Вам что-либо неясно или если Вы желаете получить дополнительную информацию, обратитесь к врачу-исследователю из исследовательской группы (врач-исследователь – это врач, который будет Вашим основным контактным лицом в исследовательской группе). Задавайте врачу-исследователю столько вопросов, сколько пожелаете, пока не получите исчерпывающие ответы на все свои вопросы, чтобы Вы смогли в полной мере понять детали исследования.

Ваше участие в данном исследовании является всецело добровольным. Это означает, что Вы можете выбрать, участвовать Вам в исследовании или нет. Если Вы решите не участвовать в исследовании, это не повлечет за собой никаких взысканий. Если Вы согласитесь принять участие в данном исследовании, то до выполнения каких-либо процедур, связанных с исследованием, Вам необходимо подписать и датировать данный Информационный листок участника исследования и форму согласия. Вы не должны подписывать данную форму, если у Вас есть какие-либо вопросы, на которые Вы не получили исчерпывающие ответы. После подписания документа Вы получите оригинальный экземпляр данного документа.

## **Цель и описание научного исследования**

Цель исследования: Изучить особенности психических нарушений у лиц, пострадавших от наводнения.

## **ПРОЦЕДУРЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Вам будут проведены следующие анализы и процедуры:

- Клиническая беседа.
- Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ-C) включает в себя 30 вопросов-утверждений
- CAPS -- Clinical-administered PTSD Scale (34 вопроса-утверждения) [103].

## **Обязанности обследуемого**

Во время участия в данном научном исследовании от Вас потребуется выполнение следующих действий:

- выполнять все необходимые процедуры исследования, следовать указаниям, перечисленным в Информационном листке участника исследования, а также следовать указаниям исследовательского персонала;
- уведомлять врача-исследователя о любых изменениях в состоянии Вашего здоровья и о препаратах, которые Вы принимаете, а также об изменении у Вас возможности принимать участие в данном исследовании; к «препаратам» относятся лекарственные средства, отпускаемые по рецепту и без рецепта, а также витамины или растительные добавки.

Если у Вас возникли какие-либо вопросы, пожалуйста, задайте их врачу-исследователю.

## **РИСКИ ИЛИ НЕУДОБСТВА**

### **Возможные неприятные ощущения, связанные с процедурами исследования**

Риски для ухудшения здоровья отсутствуют

### **Возможная польза**

Ваше участие в исследовании будет способствовать получению информации об особенностях психических расстройств у лиц, переживших

масштабную природную катастрофу, и может принести пользу другим людям в будущем.

По Вашему желанию, Вы можете быть проинформированы о результатах исследования.

### **Альтернативные методы лечения**

Вам не обязательно принимать участие в данном исследовании для того, чтобы получать лечение по поводу имеющегося у Вас заболевания. Если Вы решите не принимать участие в данном исследовании, это никак не отразится на Вашем лечении.

### **Плата участникам исследования за участие в исследовании**

Вам не будут платить за участие в данном научном исследовании.

### **Расходы обследуемых в связи с участием в исследовании**

Ни Вы, ни Ваша страховая компания не будете платить за участие в данном исследовании.

### **Конфиденциальность и разглашение Ваших медицинских записей**

Вся информация о Вас, полученная в ходе исследования, будет сохранена в тайне. Информация о Вас, полученная в ходе исследования, будет добавлена в компьютерную базу данных, куда поступает информация о других участниках исследования. Результаты этого исследования могут быть опубликованы или представлены на медицинских конференциях. Вы не будете осведомлены о том, когда это произойдет. К возможным публикациям относятся научные статьи или книги. Ваша личность не будет раскрыта. Ваше имя и личная информация упоминаться не будут.

Вы имеете право просматривать и корректировать полученные у Вас данные, добавлять информацию или удалять неточную информацию.

Рекомендуем Вам подробно обсудить этот вопрос с врачом-исследователем или сотрудником исследовательского персонала и задать любые вопросы, которые могут возникнуть у Вас касательно передачи информации о Вашем здоровье.

### **Законные права**

Подписывая данный Информационный листок участника исследования, Вы не потеряете никаких своих законных прав как участника научного исследования и не освобождаете врача-исследователя, исследовательский

персонал или исследовательский центр от ответственности за ошибки или намеренное неисполнение своих обязанностей.

### **Добровольное участие/Исключение из исследования**

Врач-исследователь или регуляторные органы, которые рассмотрели и одобрили проведение исследования, имеют право в любое время досрочно прекратить Ваше участие в исследовании с или без Вашего согласия по любой из следующих причин:

- врач-исследователь считает, что прекращение участия в исследовании соответствует Вашим интересам;
- исследование прекращено.

Вы можете прекратить свое участие в научном исследовании в любой момент проведения его процедур. Ваше решение не лишит Вас никаких льгот, на которые Вы имеете право. Прежде чем выйти из данного исследования, уведомите Вашего врача-исследователя о своем желании покинуть исследование.

### **Контактная информация для связи в экстренных случаях/Справочная служба**

Если у Вас возникли какие-либо вопросы или сомнения касательно Вашего участия в этом научном исследовании, или если Вы считаете, что Вам был причинен вред или у Вас имеются жалобы в отношении научного исследования, свяжитесь с [15]:

Локальным этическим комитетом при ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России

Адрес: 107076, Москва, ул. Потешная д.3, стр. 10. Тел:

---

Специалистами, участвующими в проведении исследования, была проведена научная и этическая оценка исследования. Исследование проводится в полном соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 28.12.2013, с изм. от 04.06.2014) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Законом РФ от 02.07.1992 N 3185-1 (ред. от 28.12.2013, с изм. от 04.06.2014) "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", в соответствии с Международной конференцией по гармонизации, другими требованиями законодательства Российской Федерации и стран, принимающих участие в исследовании, согласуются с принципами, заложенными Хельсинской декларацией Всемирной медицинской ассоциации (ВМА) и Приказом

Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 27 сентября 2005 г. N 232-ст «Национальный стандарт российской федерации Надлежащая клиническая практика GoodClinicalPractice (GCP) ГОСТ Р 52379-2005».

## ФОРМА ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА НА УЧАСТИЕ В КЛИНИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ

### ЗАЯВЛЕНИЕ ОБСЛЕДУЕМОГО О СОГЛАСИИ

- Я осведомлен(а) о том, что это научное исследование .....
- Я прочитал(а) и понял(а) данный Информационный листок участника исследования. У меня было достаточно возможностей для принятия решения об участии в данном исследовании.
- Мне разъяснили, что мое участие в данном научном исследовании является добровольным. Я могу принять решение не участвовать в исследовании или выйти из научного исследования в любое время, и это не повлечет за собой никаких взысканий и не лишит меня каких-либо льгот или лечения, на которые я имею право.
- Если я соответствую критериям отбора и хочу принять участие в данном научном исследовании, врач-исследователь может включить меня в это научное исследование.
- Научное исследование или мое участие в нем может прекратиться в любое время без моего согласия по инициативе врача-исследователя или регуляторных органов.
- У меня была возможность задавать врачу-исследователю вопросы касательно данного научного исследования. На все мои вопросы я получил(а) исчерпывающие ответы.
- Я осведомлен(а) о том, как долго я могу участвовать в научном исследовании.
- Я осведомлен(а) о процедурах и анализах, которые могут проводить во время научного исследования.
- Я осведомлен(а) о возможных рисках и пользе от участия в данном научном исследовании.
- Я не отказываюсь от каких-либо своих законных прав, подписывая эту форму.
- Я осведомлен(а) о том, что до начала проведения каких-либо процедур, связанных с исследованием, меня попросят добровольно подписать данный Информационный листок участника исследования.
- Я даю согласие на использование и передачу моих персональных данных в соответствии с условиями, описанными в настоящем Информационном листке участника исследования, и предоставляю доступ к моим медицинским записям специалистам, участвующим в данном

исследовании [15], Этического комитета при ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России или соответствующим регуляторным органам.

**Я даю добровольное согласие на участие в данном научном исследовании ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России.**

**Моя подпись означает, что я получил(а) оригинальный экземпляр данного Информационного листка участника исследования, распечатанный на \_\_\_ страницах, и буду хранить его до окончания моего участия в данном исследовании.**

Имя, отчество, фамилия участника исследования (печатными буквами):

.....  
.....  
.....

Подпись обследуемого.....Дата \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
\_\_\_

**Я разъяснил(а) цель данного научного исследования, процедуры исследования, возможные риски и неудобства, возможную пользу, а также ответил(а) на все вопросы в меру своих возможностей.**

Имя, отчество, фамилия исследователя,  
получающего согласие:... Дмитрий Игоревич Калашников

.....  
...

Подпись исследователя,  
получающего согласие:..... Дата \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
\_\_\_