

УДК 616.89-13-115

*М.П. Боро***ОРГАНИЗАЦИЯ И СОДЕРЖАНИЕ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ВСЛЕДСТВИЕ ВЗРЫВА ГАЗА В ЖИЛОМ ДОМЕ**

Донецкая областная клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр

Ключевые слова: чрезвычайные ситуации, психолого-психиатрическая помощь, психотерапия

В течение последних десятилетий отмечается рост числа различных чрезвычайных ситуаций (ЧС), особенно антропогенных. Учащение ЧС приводит к увеличению числа не только лиц, у которых возникает острая реакция на стресс, но и вторичных жертв (родственники, соседи, просто люди, получившие информацию о ЧС из средств массовой информации, ликвидаторы и т.д.). Помимо этого ускоряются темпы накопления в населении лиц с более длительными психическими и поведенческими расстройствами, такими, как посттравматические стрессовые расстройства и расстройства адаптации.

Станет ли то или иное событие чрезвычайной ситуацией и насколько тяжелыми будут его последствия, зависит от многих факторов. Важную роль в этом играет сложившееся мнение личности о той или иной ЧС, ведущие стратегии поведения личности в конкретной ситуации. К особенностям антропогенных ЧС относятся появление чувства ярости и агрессивность, направленные на лиц которых они считают виновниками ЧС. В части случаев агрессия может быть направлена на лиц оказывающих жертвам помощь (спасателей, врачей). Следует учитывать также и скученность населения в эпицентре ЧС на момент его возникновения; фактор внезапности [1].

Вместе с тем не достаточно исследованы вопросы касающиеся структуры психогений возникающих при такого рода антропогенных ЧС, как взрывы газа в многоэтажных домах крупных, густонаселенных городов. Такие чрезвычайные

ситуации по классификации, утвержденной постановлением Кабинета Министров Украины от 24 марта 2004 года № 368, относятся к ЧС регионального уровня [2] и, к сожалению, участились как в Украине, так и в России и др. странах СНГ.

Проблемы психологических последствий пребывания людей в чрезвычайных ситуациях или условиях аварий, катастроф, которые угрожают жизни и здоровью, относятся, в настоящее время, к наиболее актуальным в Украине, что подтверждается соответствующими нормативными актами. Создание решением сессии Донецкого облсовета ОКПНБ – медико-психологического центра явилось отражением учащения в крупном промышленном регионе аварий на угольных шахтах и других ЧС. Общее научное и методическое руководство деятельностью медико-психологической службой в рамках Государственной службы медицины катастроф (постановление Кабинета Министров Украины от 4.06.1997 № 343) осуществляет МЗ Украины через Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии (УНИИ ССПН). На базе ОКПНБ-МПЦ созданы, в рамках штатного расписания, 4 психолого-психиатрические бригады (в одну из которых вошел единственный в Донецкой области «телефон доверия»). Руководители бригад прошли подготовку на цикле информации и стажировки по теме: «Сучасні питання психіатрії катастроф в Україні». В МПЦ накоплен опыт оказания психотерапевтической помощи УЛПА на ЧАЭС, а также пострадавшим в результате аварий на шахтах в Донецкой области [3].

Материалы и методы исследования

Целью настоящей работы было психолого-психиатрическое изучение лиц, пострадавших в результате взрыва газового балона в девятиэтажном доме одного из районов города и эффектив-

ности оказания им психотерапевтической и психиатрической помощи.

Специализированные комплексные психотерапевтические бригады постоянной готовности

согласно плана оказания медицинской помощи пострадавшим вследствие ЧС управления здравоохранения Донецкой облгосадминистрации были направлены к месту компактного расселения семей, пострадавших в результате взрыва газового баллона в девятиэтажном доме г. Донецка. Работа психотерапевтов была организована в две смены (12 часов), так как некоторые «взрослые» пострадавшие в первой половине дня занимались решением своих бытовых и других хозяйственных вопросов либо находились на работе.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведенные исследования позволили разделить психические феномены у пострадавших на две основные группы. В первую группу вошли расстройства в виде дисгармонических психологических реакций, не структурирующихся в рамках психопатологического синдрома. Такие реакции отмечены у всех детей, как школьного, так и дошкольного возраста (20 случаев). У взрослых они не зафиксированы.

Психогении составили 74 случая (70%). У 26 взрослых (30% пострадавших) отмечалась коморбидность аффективных расстройств с алкоголизацией без развития зависимости и психоза. В 28 (32,9%) случаях взрослого контингента отмечена острая реакция на стресс (F 43.0). Расстройства адаптации, преимущественно депрессивного регистра 34 (40%) случая (F 43.2 – F 43.21); патохарактерологические реакции (F 43.24), т.е. реакции с нарушением поведения. В двух случаях (2,4%), у больных пожилого возраста (>70 лет), дезадаптация выразилась в декомпенсации органического психосиндрома с тревогой, растерянностью.

Дисгармонические психологические реакции включали такие их формы, как дисгармоничные психовегетативные реакции на стресс, преневротические реакции с постоянно меняющейся картиной разнообразных аффективных, двигательных и психовегетативных симптомов эмоционального напряжения с чувством тревоги, угнетенности, отчаяния, агрессивности, отгороженности, гиперактивности, истероформных и иных ситуационных расстройств. Основной критерий их отграничения от естественных в стрессовой обстановке, «нормальных» проявлений страха и тревоги – это качественные изменения, ограничение способности пострадавших выполнять свои функции. В отличие от психических расстройств патологического, (невротического, характеропатологического или психотического)

Обследовано 105 пострадавших, обратившихся в областной клинический медико-психологический центр, в связи с различными нарушениями психической адаптации.

Всего было осмотрено 45 семей (в том числе не полных). Взрослых – 85 человек, мужчин – 45, женщин – 40, детей – 20 человек. Дети дошкольного возраста – 10, школьного – 10 человек.

Все пострадавшие были обследованы соматоневрологически, а так же по стандартному психиатрическому интервью. При необходимости использовались отдельные психологические опросники.

уровня, симптомы предпатологических реакций весьма изменчивы, скоротечны, не оформлены в структурную систему синдрома. Эмоциональная напряженность сопровождалась взбудораженностью, тревожно-эйфорическим аффективным подъемом, внешне рациональной, но фактически бесцельной деятельностью с непоследовательными решениями и немотивированными переходами от одного действия к другому. Повышенная отвлекаемость сочеталась со слабой распределяемостью внимания, плохим пониманием команд спасателей, родных. Эти изменения приводили к своеобразному рисунку поведения в виде излишней самоуверенности, несобранности, склонности к необдуманному поступкам.

Появление подобных нарушений следует понимать как инициальный признак формирования патогенетического механизма, готовности к болезни, перехода адаптивно-гомеостатической регуляции с оптимального, физиологического регистра на регистр патофизиологический.

Острая реакция на стресс. Неизбежное в период ЧС физическое и психическое перенапряжение, нарушение режимов жизнедеятельности оказывали массивное истощающее действие на организм. Личность становилась открытой и даже более уязвимой для всех психосоциальных стрессоров.

Обстановка ЧС, таким образом, создавала обширную базу многообразных этиологических и патопластических факторов и условий для психогенеза и синдрообразования острых реакций на стресс и других невротических и соматоформных расстройств, соответствующих критериев МКБ – 10.

Следует подчеркнуть, что диагностика их типов, осуществленная по принципу выделения ведущего синдрома, не устанавливала между ними четких границ. Нередко наблюдались взаимопереходы симптоматики и одновременное присутствие разных симптомов. Ведущими, но вместе с тем наименее специфичными в клини-

ке невротических расстройств являлись нарушения эмоционально-аффективной сферы (боязливость, тревожность), настроения (депрессия) и психического тонуса (астения). В структуре копинг-механизмов преобладали стратегии избегания (14 пострадавших - 52%) и самообвинения (16 пострадавших - 60%).

Расстройство адаптации депрессивного регистра, 34 случаев (42,4%). Преобладали астено-депрессивные расстройства среди прочих видов – 18 случаев (~51,2%), они были наиболее тяжелыми и однотипными. По степени выраженности клинических проявлений они были близки к неглубокой реактивной депрессии, в их картине отчетливо отражалось тесное переплетение целого комплекса истощающих эмоциогенных, физиогенных и соматогенных факторов аварийной обстановки. Ситуация воспринималась такими пострадавшими безвыходной. На астеническом фоне постепенно формировался однообразный, маловыразительный тоскливый аффект с витальным оттенком, монотонной боязливостью, ипохондричностью и изредка (2 случая) – с мыслями о самоубийстве. Преобладали установки на изменение ситуации. Среди предрасполагающих факторов, по анамнезу, следует отметить отставание в психомоторном развитии в детстве (в 3 случаях ~ 27% наблюдений).

Астено-депрессивные расстройства были в наибольшей степени связаны с конституциональными факторами и формировались исключительно на фоне имеющихся акцентуаций характера – преимущественно астенических, психастенических и шизоидных. Надо отметить, что только в тех случаях, когда имели место ипохондрические высказывания с патологически преувеличенными опасениями за состояние телесного здоровья, преобладали жалобы на головные боли, головокружение, тремор, нервозность, слабость, плохой сон, что сближает эти реакции с описанием соматоформных расстройств в МКБ – 10. Пациенты обращались за медицинской помощью и к терапевтам, ища у врачей поддержки с целью выхода из стрессогенной обстановки. Ипохондричность обычно сочеталась с тяжелой тревогой и астенией.

При выявлении отдельных признаков психического инфантилизма, отмечалась плохая переносимость нагрузок, постепенно нарастали вялость, утомляемость, раздражительность, отвлекаемость, снижение аппетита, расстройства сна. Пациенты начинали жаловаться на головные боли, чувство усталости, тяжести в голове, сонливость. На окружающих они производили впечатление

замкнутых, пассивных, заторможенных, несобранных.

К патохарактерологическим реакциям отнесены состояния, которые проявляются ситуативно обусловленными патологическими нарушениями поведения, вели к социально-психологической дезадаптации.

Клиника патохарактерологических реакций была тесно связана с конституциональными особенностями, сопутствующими сосудистыми поражениями сосудов головного мозга. В структуре копинг-механизмов преобладали неконструктивные стратегии в виде отказа от преодоления трудностей и враждебности к микросоциальному окружению. Среди патохарактерологических реакций преобладали реакции истероидного типа, которые формировались на почве одноименной акцентуации. Они протекали в виде часто рецидивирующих демонстративных нарушений поведения. Все это сопровождалось ярким экспрессивным выражением чувств: криками, рыданиями, позырством, вспышками раздражения, гнева.

Проведение психотерапевтической и психокоррекционной работы в свете представлений о психической адаптации и дезадаптации в очаге ЧС позволяет реализовать практически любые психотерапевтические методы в целях совершенствования и развития адаптивных систем пострадавших.

В индивидуальной психотерапии отдавалось предпочтение психологическому самоанализу, который проводится психотерапевтом совместно с пациентом по специально разработанной программе. По существу это рациональный анализ адаптивных процессов, которые сознательно или подсознательно пациент использует нерационально, в ущерб успешной адаптации в условиях сложившейся ситуации. Задача психотерапевта состояла в том, чтобы дать возможность пациенту осознать свои действия, понять их защитную роль так, чтобы он мог самостоятельно овладеть ситуацией и решить свою психологическую проблему.

Для проведения групповой психологической коррекции и психотерапии использовалась специально разработанная нами программа тренинга психической адаптивности, рассчитанная на 24 часа занятий психотерапевта с группой пациентов, имеющих сходные психологические проблемы. Понимание психотерапевтом механизмов психической адаптации давало возможность полнее использовать влияние группы на развитие адаптивных психических способностей.

Мы придерживаемся той позиции, что цель психотерапевтической работы с пациентами,

находящимися в состоянии психической дезадаптации, заключается в реабилитации этих больных и в развитии у них компенсаторных систем, повышающих психическую адаптированность. Восстановление целостности нарушенной системы отношений личности, по нашему мнению, является сверхзадачей психотерапевта, которая на практике реализуется относительно редко.

Катамнестическое исследование в ближайшие 3, а затем 6 месяцев после ЧС, показали, что дисгармонические патологические реакции у 12 детей (60%) купировались в первые 3 месяца практически полностью. Через 6 месяцев, у двух детей (10%) развились патохарактерологические (не социализированные) расстройства поведения (изучение причины такой динамики не входило в задачу данного исследования). Острая реакция на стресс депрессивного регистра у взрослых, так же как и расстройства адаптации имели положительную динамику и сохранялись в виде не постоянных нарушений сна, склонности к гипотимическим жалобам в трудных жизненных ситуациях в сочетании с астеническим радикалом со слезливостью, раздражительностью, легкой возбудимостью. У двух пожилых больных патохарактерологические расстройства характеризовались стабильностью. Следует обратить внимание на то, что у 26 пострадавших (30%) сохранялось

копинговое поведение в виде алкоголизации 2-3 раза в неделю. Выявленные поведенческие радикалы формируют устойчивый эмоционально-поведенческий стереотип в виде сочетающихся аффективно-эксплозивного и тревожно-обсессивного симптомокомплексов. Эти лица избегали сами обращаться к врачам.

Таким образом, проведенное исследование показало, что воздействие конкретных стрессоров в условиях ЧС наложило существенный патопластический отпечаток на формирование клинических проявлений, динамику и исход возникших психологических нарушений и психических расстройств.

Диагностика доклинических расстройств представляется исключительно важной, ибо на этом этапе естественные саногенетические механизмы преобладают над патогенетическими. Своевременное психокоррекционное вмешательство может восполнить физиологический дефицит и предотвратить развитие более тяжелых состояний. Понятно, что психокоррекционная работа с этой категорией лиц, а также профилактика подобного рода реакций должна была бы строиться с привлечением психологов, но их наличие в бригаде недостаточно. Показана эффективность новых организационных структур в оказании помощи пострадавшим.

М.П. Боро

ОРГАНІЗАЦІЯ І ЗМІСТ ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНОЇ І ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ ВНАСЛІДОК ВИБУХУ ГАЗУ У ЖИЛОМУ ДОМІ

Донецька обласна клінічна психоневрологічна лікарня – Медико-психологічний центр

Вивчення клініки порушень психічної адаптації, розвиток психогенних психічних розладів, ефективність діяльності психолого-психотерапевтичної бригади при ліквідації надзвичайних ситуацій (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 144-147)

M.P. Bero

THE PROCESS OF ORGANIZING AND THE MATTER OF THE PSYCHOLOGICAL, PSYCHIATRICAL AND PSYCHOTHERAPEUTIC ASSISTANCE TO THE VICTIMS OF A GAS EXPLOSION IN A DWELLING HOUSE

OKPNB – medico-psychological center, Donetsk City, Ukraine

The study of the clinical disfunctions of psychical adaptation, the development of psychological and psychotherapeutic brigade during the liquidation of situations of emergency. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 144-147)

Литература

1. Психиатрия чрезвычайных ситуаций / Сборник научных работ / Под редакцией академика РАМН Т.Б. Дмитриевой. — М: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2003. — 108 с.

2. Постанова КМУ від 24.03.2004 р. № 368. Про затвердження Порядку класифікації надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру за їх рівнями. — Київ

3. Орда О.М., С.І. Табачников, Є.Г. Гриневич, В.В. Домбровська, М.І. Стрюк. Основні принципи та досвід роботи щодо організації забезпечення психолого-психіатричною допомогою постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій, аварій та катастроф техногенного характеру. Архів психіатрії 2(37), 2004. С. 8-14

Поступила в редакцію 24.05.2004