

# ПСИХОФИЗИОЛОГИЯ, ПСИХОДИАГНОСТИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

## МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ АКТАХ

УДК 616.89 (470.45)

Дубинкин В.А., Ивченко А.С.

ГБОУ ВПО ТГМУ «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, г. Владивосток, Россия

## MEDICAL REHABILITATION FOR VICTIMS OF TERRORISM

Dubinkin VA, Ivchenko AS

Pacific State Medical University, Vladivostok, Russia

### Введение

Проблема терроризма является одной из острых проблем развития современной цивилизации [1]. Ежегодно увеличивается количество актов агрессии, приводящих к гибели людей и порождающих нестабильность в обществе. Согласно положению военной доктрины РФ, в мире ожидается увеличение частоты применения высокоточного оружия (в т.ч. электромагнитного, лазерного, инфракрасного и информационного). Но одна из основных внешних опасностей – распространение международного терроризма [2], из-за которого страдает в большей степени мирное население.

Цель настоящей работы – выявление симптомов острых стрессовых расстройств у жертв терактов, анализ работы модели бригадного оказания психолого-психиатрической помощи во время трагедии в Волгограде 29–30 декабря 2013 года, установление алгоритма оказания медицинской помощи пострадавшим и определение важности данного опыта в практической деятельности узкоспециализированных врачей.

Практическая ценность исследования заключается в том, что оно способствует формированию у врачей необходимых компетенций, касающихся организации оказания помощи в зоне теракта, своевременной диагностики острых стрессовых реакций у пострадавших и их дальнейшей успешной реабилитации.

### Результаты и их обсуждение

Террористический акт – действия, создающие опасность гибели людей и наступления иных тяжких последствий, совершаемые в целях дестабилизации деятельности органов власти.

Исследования терроризма чрезвычайно актуальны, но, к сожалению, в отечественной психологии теоре-

тических и практических разработок по этой проблеме сравнительно немного [3].

Количество терактов растет. На международном уровне наблюдается следующая статистика: в 1980 году во всех странах было зафиксировано 500 террористических актов, а в 1985 – уже 800. Наиболее масштабные и шокирующие своей античеловечностью террористические акты пришлись на начало 21-го столетия.

Теракт 11 сентября 2001 года в США унес жизни около 3 тысяч людей. Затем, 23–26 октября 2002 года, уже в Российской Федерации террористы захватили заложников в Доме культуры на Дубровке. Из 916 человек, зрителей и актеров первого российского мюзикла мирового класса «Норд-Ост», более 130 погибли. В 2004 году – трагедия в Беслане: террористы захватили школу, где удерживали взрослых и детей в течение 3-х дней. В результате пострадали 1128 человек, свыше 700 получили ранения, 334 погибли. Все оставшиеся в живых (794 человека) получили тяжелую психологическую травму.

С течением времени стало ясно, что террористические факторы агрессии приводят не только к гибели людей и подрыву стабильности государства, но и к стрессовым психологическим реакциям у оставшихся в живых, которые долгое время сохраняются в сознании каждого потерпевшего.

В 2013 Волгограде в октябре и декабре произошло 3 теракта в крайне многолюдных местах: в троллейбусе, автобусе и железнодорожном вокзале, где погибло 33 человека, 29 из которых погибли на месте, 80 пострадавших получили ранения различной степени тяжести, а 4 человека умерли в стационаре. В очаге поражения сотрудниками психолого-психиатрических бригад была

оказана помощь 21 человеку: пострадавшим с ранениями легкой степени тяжести, работникам вокзала и очевидцам [4].

У пострадавших, их родственников и свидетелей в 56% случаев отмечались острые стрессовые реакции. Чаще всего это проявлялось клинически как страх, истерическая реакция и плач, а также чувство подавленности, безнадежность, отчаяние, которые обострялись в опасности повторения теракта.

Острая реакция на стресс – это расстройство, которое развивается в ответ на необычный физический или психический стресс на фоне психического здоровья и, как правило, стихает через несколько часов или дней.

Обычно течение острой стрессовой реакции включает два этапа [5]. На первом этапе наблюдается растерянность с дезориентацией, сужением восприятия и снижением внимания. Затем развивается тревожное состояние, паника, нарастают проявления вегетативно-соматические симптомов и злости, развиваются отчаяние или ступор. В большинстве случаев выраженность симптомов уменьшается через 24–48 часов после манифестации. После реакции может сохраняться частичная или полная амнезия [6]. Острое стрессовое расстройство часто сопровождается диссоциативными симптомами (ощущение отгороженности и потери связи с реальностью, бесчувствие, дереализация, деперсонализация и диссоциативная амнезия). Кроме того, наблюдаются повторяющиеся переживания травмирующих событий, избегание напоминаний о них и вегетативно-соматические проявления. Острое стрессовое расстройство является предшественником посттравматической стрессовой реакции, и если его длительность превышает 4 недели – ставится диагноз посттравматического стрессового расстройства [7].

Посттравматическое стрессовое расстройство – это затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию исключительно угрожающего или катастрофического характера. Типичными признаками являются эпизоды повторного переживания травмы в виде навязчивых воспоминаний, снов или кошмаров, возникающих на фоне хронического чувства "оцепенелости" и эмоциональной притупленности, отчуждения от других людей, отсутствия реакции на окружающее, ангедонии (снижения или утраты способности получать удовольствие) и уклонения от деятельности и ситуаций, напоминающих о травме. Изредка бывают острые вспышки страха, паники или агрессии, провоцируемые стимулами, вызывающими воспоминание о травме. Характерна повышенная вегетативная возбудимость с усилением реакции испуга и бессонницей. С вышеперечисленными симптомами и признаками обычно сочетаются тревога и депрессия, нередкой является суицидальная идеация, осложняющим фактором которой становится избыточное употребление алкоголя или наркотиков.

Степень проявления стрессовых реакций зависит от индивидуальных свойств личности (ранимости и способности владеть собой). Отсюда вытекает сложность их диагностирования, особенно в условиях оказания экстренной помощи пострадавшим при терактах.

У всех пострадавших при терактах в Волгограде наблюдались объективно:

- покраснение кожных покровов лица (у 30% пострадавших);

- тахикардия (45%);
- моторное напряжение мышечной мускулатуры (25%) [4].

Психологами во время работы с пострадавшими были зарегистрированы такие проявления острой стрессовой реакции как:

- опасения возможного повторения теракта (5%);
- трудности в сосредоточении внимания и его сужение (25%);
- отчаяние, безнадежность, потеря иллюзии Тейлора (утрата веры в то, что события в жизни поддаются контролю) (11%);
- боязнь выходить на улицу и пользоваться общественным транспортом (15%) [4].

Таким образом, острая стрессовая реакция и посттравматическое стрессовое расстройство сопровождаются вегетативными проявлениями, затрагивающими все системы организма. Пусковым механизмом данного процесса является стресс. Часто врачи в стационарах при лечении таких больных основной упор делают на фармакологическую коррекцию вегетативной дисфункции. Но при прекращении медикаментозной терапии все психовегетативные симптомы возобновляются.

Следовательно, в первую очередь пострадавшим необходимо оказывать психотерапевтическую помощь, чтобы разрешить психологический конфликт, вызванный несоответствием сложившихся обстоятельств внешнего мира внутренним потребностям индивида. Общеизвестно, что у человека существует базовая потребность в безопасности и комфорте. Но условия внешнего мира не позволяют их удовлетворить, так как во время теракта заложник испытывает страх за свою жизнь и становится очевидцем гибели других людей. Все системы организма мобилизуются для борьбы с внешними агрессивными факторами. Когда реальная угроза исчезает, реактивность вегетативной системы остается на прежнем уровне, что в условиях мирного времени является патологией. Это обусловлено сильным раздражением центральной нервной системы и формированием доминанты (происходит заикливание на стрессовом событии). Применение фармакологических препаратов у таких больных должно носить лишь вспомогательный характер. Основное лечебное мероприятие – психотерапия.

Существует три основные группы методов, с помощью которых можно оценить собственно психологическое состояние пострадавшего или свидетеля террористического акта:

- субъективно-оценочные методы (направленные на изучение осознаваемых компонентов психических состояний);
- объективные методы (психофизиологические методы и психологические проективные методики) – направленные на изучение неосознаваемых психических состояний;
- методы, направленные на изучение экспрессивного (поведенческого) компонента психических состояний [8].

Все эти методы имеют свои особенности и недостатки. Но следует отметить, что именно психофизиологические методы и психологические проективные методики имеют большие преимущества перед остальными, так как их применение не провоцирует реакции защитного характера (как это делают субъек-

ективно-оценочные методы). Однако применение субъективно-оценочных методов дает возможность более качественно интерпретировать психическое состояние, проводить его дифференциальную диагностику. Ограниченность применения методов, оценивающих экспрессивный компонент, заключается в том, что часто отсутствует возможность обеспечить как прямое наблюдение за субъектом так и наблюдение с использованием видеорегистрации поведения и мимики [8].

Во время терактов в Волгограде 29–30 декабря психолого-психиатрическими бригадами использовался следующий алгоритм оказания помощи пострадавшим и их родственникам.

Первый этап включал в себя прибытие на место теракта специализированных бригад территориального центра медицины катастроф в составе врачей-психиатров, клинических психологов и медицинских сестер, оснащенных медицинскими укладками с психофармакологическими препаратами. Была произведена экстренная оценка ситуации на месте происшествия, установлено взаимодействие с психологической службой Главного управления МЧС России по Волгоградской области и отделением экстренной психологической помощи Волгоградского центра социальной помощи семье и детям «Семья». Были привлечены штатные психологи Минздрава и Минсоцзащиты Волгоградской области, открыта горячая линия телефона доверия МЧС России. Главной задачей было установление доверительного контакта с пострадавшими, их родственниками и родственниками погибших.

На втором этапе помощь оказывалась в условиях стационара. Психологи осуществляли сопровождение родственников в отделения реанимации и при опознании тел погибших. Во время размещения пострадавших в стационаре применялась «дифференцированная госпитализация» [4]. Прибывшие психологи Центра экстренной психологической помощи МЧС России и психологи Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского провели повторный осмотр всех пострадавших. Было организовано круглосуточное дежурство врача-психотерапевта, работал круглосуточный телефон доверия – об этом была размещена информация в СМИ, а пострадавшие и их родственники получили специальные «памятки пережившему катастрофу» [4].

Третий этап – оказание пролонгированной психофармакологической помощи пострадавшим, находящимся в стационаре, а также их родственникам. Работа психолого-психиатрических бригад территориального центра медицины катастроф, а затем и психологов отделения экстренной психологической помощи центра «Семья» заключалась в использовании индивиду-

альной и групповой терапии. В оказание помощи были включены следующие методики:

- приемы активного слушания;
- психологическая поддержка;
- рациональная терапия;
- техника вентиляции эмоций;
- дыхательные техники [4].

Затем была произведена оценка психологического состояния специалистов территориального центра медицины катастроф, участвовавших в ликвидации медико-санитарных последствий теракта, с целью профилактики развития посттравматического стрессового расстройства.

В результате, квалифицированную помощь получили 253 человека:

- 74 чел. – пострадавшие, находившиеся на стационарном лечении;
- 101 чел. – родственники пострадавших;
- 46 чел. – родственники погибших;
- 32 чел. – очевидцы теракта [4].

#### **Заключение**

За счет сотрудничества Волгоградского территориального центра медицины катастроф с другими ведомствами и организациями психологическая помощь была оказана всем пострадавшим и их родственникам. Благодаря информированию очевидцев на месте теракта и взаимодействию со СМИ, была предотвращена паника среди населения. У лиц, участвовавших в ликвидации медико-санитарных последствий теракта, была проведена диагностика стрессовых расстройств. Таким образом, результаты работы психолого-психиатрической бригады Волгоградского территориального центра медицины катастроф доказали эффективность модели бригадного оказания экстренной психологической помощи.

Медицинская реабилитация включает комплексное применение лечебных факторов [9], особое значение приобретает создание преемственности методов восстановительного лечения [10], поэтому врачам, работающим с пострадавшими при терактах, следует помнить, что исключительно фармакологический подход к лечению последствий тяжелых душевных потрясений ведет к подавлению симптомов, но не избавляет от причины расстройства, которое переходит в хроническую форму и отрицательно влияет на качество жизни пострадавшего, приводя к нарушению его социальной адаптации. Развитие медицинской науки вывело оказание специализированной медицинской помощи на новый уровень, что диктует необходимость изменения требований к подготовке кадров [11]. В связи с этим, назрела необходимость при постдипломной подготовке слушателей предусмотреть лекции по психолого-психиатрическим расстройствам людей, ставших жертвами террористических актов.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Метелев С.Е. Современный терроризм и методы антитеррористической деятельности. М.: Омск; 2008; 332 с.
2. Указ Президента РФ от 5 февраля 2010 года № 146 «О Военной доктрине Российской Федерации».
3. Быховец Ю.В. Представления о террористическом акте и переживание террористической угрозы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.: Москва; 2007; 3 с.
4. Шкарин В.В., Ярмолич В.А., Рогаевский А.А., Баканов С.М. Особенности организации и оказания медицинской помощи пострадавшим при террористических актах в Волгограде. Медицина катастроф. 2014; 3: 19–22.
5. Вельтищев Д. Ю. Острые стрессовые расстройства: факторы прогноза и профилактики затяжного течения. Социальная и клиническая психиатрия. 2010; 10 (2): 48–51.
6. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: diagnostic criteria for research (10th revision). WorldHealthOrganization. Geneva: 1992.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: 4th ed. Washington (DC): AmericanPsychiatricAssociation; 1994.
8. Дубинкин, В.А. Факторы агрессии и медицина катастроф. М.: Владивосток: Издательский дом Дальневосточного федерального университета; 2013; 284 с.
9. Иванова Г.Е. Медицинская реабилитация в России. Перспективы развития. Вестник восстановительной медицины. 2013; 5: 3–8.

10. Беляев А.Ф. Здоровье моряков: проблемы и решения. М: Владивосток: Рус.остров; 2010; 312 с.
11. Иванова Г.Е., Стаховская Л.В., Репьев А.П. Правовые основы оказания помощи по медицинской реабилитации. Вестник восстановительной медицины. 2014; 1: 2–5.

#### REFERENCES:

1. Metelev S.E. Sovremennyyterrorizmimetyantitterroristicheskoydejatelnosti [Modern Terrorism and Methods of Anti-Terrorist Activity]. Omsk: 2008; p. 332 (in Russian).
2. UkazPrezidenta RF ot 5 fevralja 2010 goda № 146 «O VoennojdoktrineRossijskojFederacii» [The Military Doctrine of the Russian Federation]. (From Official Website of the President of Russian Federation). Available at: [http://news.kremlin.ru/ref\\_notes/461](http://news.kremlin.ru/ref_notes/461) (accessed 5 February 2010).
3. ByhovecJu.V. Predstavlenija o terroristicheskomakteiperezhivanieterroresticheskogujrozhyteljamiraznyhregionov RF. 2007 (avtoreferat) [The Introduction of an Act of Terrorism and Experience of Terrorist Threat of Inhabitants of Different Regions of the Russian Federation]. 2007(Abtract), Moscow; p.3 (in Russian).
4. Shkarin V.V., Jarmolich V.A.,Rogaevskij A.A., Bakanov S.M. Osobennostiorganizaciiokazaniamedicinskojpomoshhipostradavshimpriterroresticheskikhaktah v volgograde[Specifics of Organization and Delivery of Medical Care of Casualties in Terrorist Attacks in Volgograd].Medicinakatsrof[Disaster Medicine], 2014, no 4, pp. 19–22.
5. Veltishhev D. Ju. Ostryestressovyerasstrojstva: faktoryprognozaiprofilaktikizatzazhnogotechenija[Acute Stress Disorder: Factors That Predict and Prevent the Protracted Course]. Socialnajaiklinicheskajapsihiatrija [Social and Clinical Psychiatry], 2010, vol. 20, no 2, pp. 48–51.
6. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: diagnostic criteria for research (10th revision). World Health Organization. Geneva: 1992.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: 4th ed. Washington (DC): AmericanPsychiatricAssociation; 1994.
8. Dubinkin V.A. Faktoryagressiiimedicinakatastrof [Aggression Factors and Disaster Medicine]. Vladivostok: Publishing House of the Far Eastern Federal University; 2013, p. 284 (in Russian).
9. Ivanova G.E. Medicinskajareabilitacija v Rossii. Perspektivy [Medical rehabilitation in Russia. Development prospects].Vestnikvosstanovitelnojmeditsiny[Herald of regenerative medicine], 2013, no 5, pp. 3–8.
10. Belyaev A.F. Zdorovyemorjakov: problemyreshenija[Health of Seamen: Problems and Solutions]. Vladivostok: RusskyOstrov Publishing House; 2010, p. 312 (in Russian).
11. Ivanova G.E. 1, Stakhovskaya L.V.1, Repyev A.P.Pravovye osnovy okazaniija pomoshhi po medicinskoj reabilitacii [Legal basis for medical rehabilitation assistance]. Vestnikvosstanovitelnojmeditsiny [Herald of regenerative medicine], 2014, no 1, pp. 2–5.

#### РЕЗЮМЕ

Ежегодно увеличивается количество актов агрессии, приводящих к гибели людей и порождающих нестабильность в обществе. Согласно положению военной доктрины РФ, в мире ожидается увеличение частоты применения высокоточного оружия. Одновременно одной из основных внешних опасностей является быстрое распространение международного терроризма, из-за которого страдает в большей степени мирное население.

Цель настоящей работы – выявление симптомов острых стрессовых расстройств у жертв терактов и анализ работы модели бригадного оказания психолого-психиатрической помощи.

Результаты. В настоящей статье обоснована необходимость начала медицинской реабилитации пострадавших непосредственно на месте совершения теракта и доказана эффективность бригадной модели оказания психолого-психиатрической помощи. Раскрыты особенности диагностики острых стрессовых реакций у пострадавших и свидетелей террористических актов, подчеркнута важность этих знаний для узкоспециализированных врачей.

Заключение. Результаты работы психолого-психиатрических бригад доказали эффективность модели бригадного оказания экстренной психологической помощи.

**Ключевые слова:** медицинская реабилитация, террористический акт, посттравматическое стрессовое расстройство, острые стрессовые реакции, психолого-психиатрическая помощь.

#### ABSTRACT

Each year, an increasing number of acts of aggression, leading to loss of life and causing instability in the society. According to the provisions of the Military Doctrine of the Russian Federation, the world is expected to increase the frequency of the use of precision-guided weapons. At the same time one of the main external threats is the rapid spread of international terrorism, because of which suffers mostly civilians.

The purpose of this work – the identification of symptoms of acute stress disorder in victims of terrorist attacks and the analysis of the model Brigadier providing psychological and psychiatric assistance.

Results. In this article the necessity of beginning a medical rehabilitation of victims directly at the scene of the terrorist attack and proved the effectiveness of the brigade model of providing psychological and psychiatric assistance. The features of the diagnosis of acute stress reactions among victims and witnesses of acts of terrorism, stressed the importance of this knowledge for specialized doctors.

Conclusion. The results of the psychological and psychiatric teams have proven the effectiveness of the model Brigadier emergency psychological assistance.

**Keywords:** medical rehabilitation, an act of terrorism, post-traumatic stress disorder, acute stress reaction, psychological and psychiatric care.

#### Контакты:

Дубинкин В.А., Ивченко А.С. E-mail: 500609@bk.ru, ivchenko\_19@mail.ru