

# **ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ**

В основе организации оказания психолого-психиатрической помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях (ЧС) лежат следующие принципы.

## **Системность**

Системность подразумевает организацию (выстраивание) службы психолого-психиатрической помощи на основании учета переменных, существенно влияющих на эффективность оказания специализированной помощи.

К таким переменным относятся политическая ситуация в стране и регионе, развитие социальной инфраструктуры и уровень оснащенности медицинской службы, ее укомплектованность необходимыми медицинскими кадрами и т.д.

Системность также подразумевает предварительную оценку последствий тех или иных действий, предпринимаемых властями и медицинскими управленцами.

## **Многоуровневость**

Многоуровневость психолого-психиатрической помощи состоит в осуществлении необходимых мероприятий учреждениями различных уровней (федерального, регионального, местного), что дает возможность оказания пострадавшим оптимального объема помощи не только в эпицентре ЧС, но и в специализированных тыловых учреждениях.

## **Принцип единоначалия**

Функционирующие в эпицентре ЧС и за ее пределами психиатрические модули, объединенные в службу психолого-психиатрической помощи, осуществляют свою деятельность как структура исполнительной власти (учреждения линейного подчинения), основанная на принципе единоначалия. Принцип единоначалия исключает одновременное поступление противоречивых приказов (распоряжений), что крайне затрудняет работу при дефиците времени.

## **Дифференцированность**

На начальных этапах развития медицины катастроф психиатрическая помощь относилась ко второму эшелону помощи, и на первом этапе она сводилась главным образом к получению максимально достоверной информации о ЧС. Необходимая специализированная помощь оказывалась лишь бригадой психиатрической помощи (направляемой, как правило, из федерального центра).

В зависимости от особенностей ЧС на месте катастрофы разворачиваются различные модули («горячая линия», психосоматическое отделение, кабинет психолого-психиатрической помощи, выездная бригада психолого-психиатрической помощи), что дает возможность оказать дифференцированную психологическую и психиатрическую помощь в эпицентре ЧС.

## **Доступность**

В эпицентре ЧС различные модули располагаются в наиболее часто посещаемых пострадавшим населением местах (поликлиниках, больницах, на станции скорой медицинской помощи, реже - в психоневрологическом диспансере, административном здании местного самоуправления). В случае необходимости пострадавших посещают на дому.

Важным посылом доступности оказания помощи является возможность ее получения в любое время (работа учреждений в круглосуточном режиме), безвозмездно и анонимно (по желанию обратившегося).

## **Этапность**

Как известно, ЧС представляет собой хаос, имеющий свои внутренние закономерности развития. Психолого-психиатрическая служба, осуществляя мониторинг развития событий, необходимую помощь оказывает, исходя из этапов развития ЧС. (Примером может служить оказание помощи при захвате заложников в г.Беслане, где на начальном этапе помощь оказывалась родственникам заложников, а затем самим заложникам).

## **Последовательность**

Последовательность оказания специализированной помощи проявляется в двух видах:

1. Часть пострадавших, которым оказывается психолого-психиатрическая помощь в эпицентре ЧС, нуждается в последовательном продолжении оказания им помощи в специализированных психиатрических (психоневрологических) санаторно-курортных учреждениях.

2. Последовательность оказания помощи также подразумевает постепенную передачу (после разрешения ЧС) оказания психолого-психиатрической помощи пострадавшим местным органам здравоохранения.

### **Комплексность**

Комплексность оказания помощи в ЧС носит двоякий характер.

В подавляющем большинстве случаев психолого-психиатрическая помощь в эпицентре ЧС оказывается не только врачами-психиатрами, но и психологами. Причем часть психологов по мере необходимости работают с населением без опознавательных «бейджиков». Последнее, как известно, способствует оптимизации оценки «психологического напряжения» в среде пострадавших.

Помимо этого комплексность проявляется и в оказании врачами-психиатрами помощи пострадавшим, получившим как физическую, так и психологическую травму. В данном случае комплексность подразумевает оказание пострадавшему всесторонней медицинской помощи.

В соответствии с разработанным «Положением о классификации чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» и федеральным законом «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера», по масштабу распространения и тяжести последствий чрезвычайные ситуации подразделяются на следующие виды:

**локальная** - пострадали не менее 10 человек, либо нарушены условия жизнедеятельности не более 100 человек, либо материальный ущерб составляет не более 1 тыс.

минимальных размеров оплаты труда на день возникновения ЧС и зона ее не выходит за пределы территории объекта производственного или социального назначения;

**местная** - пострадали свыше 10, но не более 50 человек, либо нарушены условия жизнедеятельности свыше 100, но не более 300 человек, либо материальный ущерб составляет свыше 1 тыс., но не более 5 тыс. минимальных размеров оплаты труда на день возникновения и зона ее не выходит за пределы населенного пункта, города, района;

**территориальная** - пострадали свыше 50, но не более 500 человек, либо нарушены условия жизнедеятельности свыше 300, но не более 500 человек, либо материальный ущерб составляет свыше 5 тыс., но не более 0,5 млн минимальных размеров оплаты труда на день возникновения ЧС и зона ее не выходит за пределы субъекта Российской Федерации;

**региональная** - пострадали свыше 50, но не более 500 человек, либо нарушены условия жизнедеятельности свыше 500, но не более 1000 человек, либо материальный ущерб составляет свыше 0,5 млн., но не более 5 млн. минимальных размеров оплаты труда на день возникновения чрезвычайной ситуации и зона ЧС охватывает территорию двух субъектов Российской Федерации;

**федеральная** - пострадали свыше 500, либо нарушены условия жизнедеятельности свыше 1000 человек, либо материальный ущерб составляет свыше 5 млн минимальных размеров оплаты труда на день возникновения ЧС и зона ЧС выходит за пределы более чем двух субъектов Российской Федерации;

**трансграничная** - поражающие факторы выходят за пределы Российской Федерации, либо ЧС, которая произошла за рубежом, затрагивает территорию Российской Федерации.

В течение последнего времени отмечается неуклонный рост как природных, так и антропогенных ЧС. В возникновении ЧС важную роль играют такие факторы, как увеличение населения земного шара (особенно его плотности в мегаполисах), парниковый эффект и внедрение новых технологий. Коль скоро

на эти факторы человечество не в силах воздействовать, дальнейшее нарастание количества ЧС представляется весьма вероятным.

Как известно, возрастание количества ЧС приводит к постоянному увеличению в обществе числа лиц с различными психическими расстройствами, обусловленными воздействием разнообразных стрессогенных факторов, что ставит перед необходимостью создания психологической и психиатрической службы, оказывающей помощь пострадавшим в ЧС.

Оказание психолого-психиатрической помощи населению в ЧС предполагает создание психологической и психиатрической службы, которая обеспечит проведение необходимых мер (предварительных, лечебно-диагностических, реабилитационных) на федеральном, региональном, местном уровнях и в эпицентре ЧС, что в конечном итоге будет способствовать уменьшению числа жертв и материального ущерба от ЧС. Следует отметить, что объем оказываемой помощи в том или ином регионе в значительной мере также зависит от:

- политической ситуации в стране и регионе;
- уровня развития социальной инфраструктуры;
- уровня медицинского обеспечения населения.

**К мероприятиям федерального уровня относятся:**

1. Разработка и совершенствование концепции оказания психолого-психиатрической помощи в ЧС.

2. Прогнозирование новых видов ЧС. Под прогнозированием понимается не только расчет вероятности возникновения тех или иных природных, смешанных или антропогенных ЧС, но и социальных ЧС, обусловленных в первую очередь изменением политических и социально-экономических устоев общества и формированием в населении различных групп, интересы которых противоречат интересам общества.

3. Формирование постоянных групп психолого-психиатрической помощи, которые участвуют в оказании помощи в эпицентре ЧС, как самостоятельно, так и в

составе медицинских или иных подразделений немедленного реагирования.

4. Изучение общих закономерностей течения психических расстройств, связанных с ЧС, разработка новых методов их экспресс-диагностики и терапии. (Особенно актуальной представляется разработка методов экспресс-диагностики и терапии острой реакции, так как именно в этот период специалистам необходимо поставить правильный диагноз в максимально сжатые сроки).

5. Разработка критериев экспертной оценки психических расстройств, возникающих во время и после ЧС (разработка экспертных критериев весьма актуальна, так как после ЧС (особенно после смешанных и антропогенных) нередко возникают рентные установки).

6. Организация курсов повышения квалификации врачей-психиатров, психотерапевтов и психологов, ответственных за оказание психолого-психиатрической помощи на местах, издание научной и учебно-методической литературы по психиатрии, посвященной вопросам организации оказания помощи в ЧС.

7. Подготовка и проведение учений, имитирующих различные ЧС, во время которых отрабатывается последовательность действий психиатров, психотерапевтов и психологов, принимающих участие в ликвидации последствий ЧС. Особое внимание при этом следует уделять взаимодействию врачей различных специальностей, а также медицинских работников и представителей других служб.

### **Мероприятия регионального уровня**

1. Составление плана мероприятий, направленных на оказание помощи в ЧС, возникновение которых вероятно в данном регионе.

2. Формирование постоянно действующей общественной группы (штаба) психолого-психиатрической помощи.

3. Организация циклов повышения квалификации для врачей-психиатров, психотерапевтов, интернистов и психологов, ответственных за оказание психолого-психиатрической помощи.

4. Организация учений и участие в них различных федеральных и ведомственных учреждений.

5. Регулярное участие в проверке готовности к оказанию помощи в ЧС соответствующих учреждений и служб.

### **Организация работы на местном уровне**

Для оказания в ЧС психолого-психиатрической помощи населению на местах в первую очередь представляется целесообразным выделение в психоневрологических (психиатрических) учреждениях лиц, ответственных за проведение необходимых мероприятий. Как правило, ответственность за это направление возлагается на заместителя главного врача по специальной работе (гражданской обороне).

Заместитель главного врача по специальной работе (или иное ответственное лицо) должен составить план оказания помощи в ЧС, в котором необходимо осветить следующие вопросы:

1. Природные или смешанные ЧС, которые могут иметь место в зоне обслуживания.

2. Учреждения с повышенным риском возникновения ЧС, находящиеся в регионе обслуживания.

3. Вероятное количество первичных и вторичных жертв при предполагаемой ЧС.

Помимо этого ответственное лицо по оказанию психолого-психиатрической помощи в ЧС должно предварительно определить группу психиатров и психологов, которые будут оказывать специализированную помощь.

Необходимо также иметь план взаимодействия группы психолого-психиатрической помощи с врачами других специальностей и другими специалистами, оказывающими помощь; определить, какими силами будет оказываться амбулаторная психолого-психиатрическая помощь в очаге ЧС; обозначить, какими учреждениями будет оказываться специализированная помощь и какими путями будут доставляться пострадавшие в стационар. Необходимо предварительно провести «временные» расчеты, которые позволят определить, через какое время пострадавшему будет

оказана та или иная специализированная помощь.

Лицо, ответственное за оказание помощи в ЧС, должно определить, (произвести расчеты) какие препараты, в каком количестве и какой форме могут понадобиться в очаге поражения и на более поздних этапах оказания помощи (транквилизаторы, антидепрессанты, нейролептики, ноотропы, снотворные и др.).

Представляется также необходимым:

– выделение объектов, требующих особого внимания - школы, дома-интернаты, больницы, роддома;

– использование СМИ для информирования населения о последствиях ЧС и действиях, которые необходимо предпринимать;

– координация работы с другими неправительственными организациями, принимающими участие в оказании помощи в ЧС (церковью, благотворительными объединениями, добровольцами).

### **Организация психолого-психиатрической помощи в эпицентре чрезвычайной ситуации**

При возникновении ЧС группа психолого-психиатрической помощи (федерального подчинения), помимо оперативной информации, получает сведения о структуре психиатрической службы в регионе ЧС и о степени ее оснащенности. Руководитель группы психолого-психиатрической помощи должен получить информацию (попытаться выяснить) о степени вовлеченности местных врачей в ЧС. Этот вопрос особенно актуален, так как ЧС воздействует на всех, кто соприкасается с ней.

Следует отметить, что во время ЧС, которая охватывает значительные массы населения (сильное землетрясение), поведение медицинских работников определяется императивом выжить и не отличается от поведения остальной части населения. Как правило, наиболее тяжелые эмоциональные и когнитивные нарушения имеют место в первые дни после катастрофы, когда, наряду с перенесенным страхом, наблюдаются реакции горя, вызванные потерями родственников, друзей, соседей, утратой



жилища и имущества.

Типичные для острого воздействия реакции в значительной степени снижают трудоспособность и качество профессиональной деятельности. Конфликт между ролью медицинского работника, его представлениями о деятельности по оказанию помощи и ролью члена семьи, в которой имеются жертвы, также значительно снижает трудоспособность медицинского персонала в течение значительного периода после экстремального воздействия.

При развитии ЧС происходит (в той или иной степени) нарушение «медицинской» иерархической лестницы (главный врач, заведующий отделением, врач, медсестра) и нередко полностью подавляется инициатива к самостоятельной организации оказания помощи пострадавшим. Чаще всего медицинские работники, пережившие воздействие ЧС, начинают работать как единая система только после неоднократных настойчивых обращений к ним пострадавшего населения.

Взаимодействие внутри группы пострадавших медицинских работников обычно характеризуется сосредоточенностью на совместном обсуждении происшедшего, проявлением сочувствия к тем, кто пострадал больше, и они почти не выделяются из массы пострадавших (тем не менее, медики стараются обсуждать свои проблемы только в своей среде). Врачи, впервые сталкивающиеся с большим количеством пострадавших, нередко испытывают потрясение, растерянность, неуверенность в своем профессионализме. Целый ряд неотложных мероприятий они выполняют с грубыми ошибками, что может привести к тяжелым последствиям.

После прибытия врачей службы Медицины катастроф медицинские работники, пережившие ЧС, сами активно вступать в контакт не стремятся, стараются уклониться от принятия самостоятельных решений и направляют пациентов к врачам прибывшей службы. Как показывают исследования, такое поведение врачей, переживших ЧС, объясняется отсутствием у них на первом этапе (после ЧС) осознания снижения своего профессионального уровня.

Опыт показывает, что в ЧС медицинская служба эпицентра катастрофы по мере возможности должна быть представлена профессионалами-медиками, не пережившими ЧС. На первом этапе медицинские работники, пережившие ЧС, могут выступать лишь в качестве лиц, обладающих информацией о местной медицинской инфраструктуре.

К медицинским работникам, пережившим ЧС, в первую очередь следует относиться как к пострадавшим, что подразумевает оказание им необходимой медико-психологической и медицинской помощи. Их вовлечение в профессиональную деятельность (в зависимости от состояния) должно быть постепенным. На первых порах им следует поручать конкретные односложные задачи, которые не связаны с принятием ответственных самостоятельных решений.

Как известно, с момента возникновения ЧС и до появления возможности оказания необходимой высококвалифицированной специализированной помощи проходит определенное время. Условно, по объему оказываемой помощи, выделяют три фазы.

Фаза изоляции. В зависимости от вида ЧС она может длиться от нескольких минут до нескольких часов. В этот период оказание помощи представителями медицинской службы по понятным причинам невозможно, поэтому решающее знание приобретает умение и возможность оказывать само- и взаимопомощь.

Фаза спасения, которая длится от нескольких часов до нескольких дней. В это время медицинская помощь оказывается врачами службы Скорой медицинской помощи и обученным персоналом.

Фаза специализированной медицинской помощи, когда появляется возможность оказания высококвалифицированной медицинской помощи.

В последнее время в связи с совершенствованием оказания помощи пострадавшим выделение фазы спасения и фазы специализированной медицинской помощи представляется малооправданным, так как в эпицентр ЧС федерального и регионального значения, как правило, направляется

многопрофильный госпиталь, помимо этого местные бригады, оказывающие помощь, формируются обычно из врачей-специалистов, востребованных в ЧС.

Врачи - члены группы психолого-психиатрической помощи по прибытии в эпицентр ЧС должны оценивать состояние пострадавших с учетом нескольких параметров:

Психическое состояние индивида - степень выраженности и вид острой реакции на стресс.

Общее состояние организма-глубина выраженности катаболического этапа шока.

Объем помощи, который был оказан пострадавшему во время фазы изоляции и фазы спасения.

До настоящего времени населению и большинству лиц, оказывающих помощь пострадавшим в ЧС, функция членов группы психолого-психиатрической помощи остается малопонятной. Следовательно, представители психолого-психиатрической службы в очаге поражения должны не только выполнять возложенные на них функции, но и вести разъяснительную работу среди пострадавших и спасателей о своей роли в общей системе оказания медицинской помощи. Необходимо также ознакомить с функциями этой группы руководителя штаба оказания помощи и сообщить ему о том, какие признаки (жалобы) обнаруживаются у пострадавших и у лиц, оказывающих им помощь.

Следует обратить внимание руководителей на то, что лица, оказавшиеся в эпицентре ЧС, несмотря на свое физическое благополучие, страдают преходящим снижением интеллектуальных способностей, нарушением памяти и другими расстройствами, что затрудняет их возможность самостоятельно принимать те или иные ответственные решения. Это необходимо знать руководителям различного уровня для правильного подбора кадров и ускорения ликвидации последствий ЧС.

Представитель психолого-психиатрической группы должен принимать участие во встречах руководителей спасательных организаций и местных лидеров с пострадавшим населением и их родственниками с целью выявления лиц, ко-

торые в силу имеющихся у них временных расстройств сеют панику, распространяют тревожные, а иногда и не соответствующие действительности слухи.

В очаге поражения медицинскими работниками помощь в первую очередь оказывается лицам с физическими (химическими, радиационными и др.) видами поражения. Психолого-психиатрическая помощь им, как показывает практика, оказывается крайне редко и лишь в тех случаях, когда имеет место выраженное психомоторное возбуждение.

Так же редко психолого-психиатрическая помощь оказывается лицам с физическими травмами, потерявшим родственников и/или понесшим большой материальный ущерб (им психолого-психиатрическая помощь в той или иной форме оказывается на более поздних этапах, когда угроза соматического нездоровья исчезает).

Опыт показывает, что в эпицентре ЧС психолого-психиатрическая помощь наиболее часто оказывается:

- лицам с незначительными физическими травмами или без них, потерявшим близких родственников и/или понесшим большой материальный ущерб;

- лицам, не получившим физических повреждений (или имеющим незначительные физические повреждения), не потерявшим близких родственников и не понесшим большой материальный ущерб, но травмированных самим фактом возникновения ЧС.

Что касается лиц, находящихся под наблюдением психоневрологического диспансера, то их поведение во время ЧС, как показывает практика, редко отличается от поведения психически здоровых людей.

Как известно, лица со стрессовыми расстройствами самостоятельно крайне редко обращаются за психолого-психиатрической помощью, поэтому они редко попадают в поле зрения психотерапевта или психиатра. Исходя из этого, важное значение во время ЧС и сразу же после нее приобретает вопрос о востребованности психолого-психиатрической помощи. По

нашему мнению, часть врачей-психиатров (психотерапевтов) должна работать в составе врачебной бригады общего профиля, которая осуществляет сортировку больных.

Врачи-психиатры (психотерапевты) также должны осуществлять амбулаторный прием. Как показывает практика, количество обратившихся за психолого-психиатрической помощью в ЧС определяется не истинной потребностью в данного вида помощи, а тем, где расположен кабинет врача-психиатра. В некоторых случаях целесообразно вести прием в том же здании (а по возможности в том же отсеке), где пострадавшим оказывают материальную помощь. В других случаях более оправдано вести амбулаторный прием в городской (районной поликлинике), так как часть населения с жалобами на «плохое самочувствие» нередко обращается именно туда.

Врачи-психиатры должны также осуществлять и выезды на дом. Однако при посещении на дому всегда следует заранее уведомить пострадавшего и его родственников и лишь после получения положительного ответа нанести визит. На дому посещаются и члены семьи погибших в ЧС - например, члены семей погибших шахтеров. Следует учесть, что если семья погибшего состоит из жены и детей, то первым визит в семью наносит психиатр взрослый. Психиатр взрослый помимо оценки психического состояния взрослого пациента должен определить, не переносит ли взрослый пациент свои жалобы на детей. Если имеет место перенос своих жалоб на детей, психиатр взрослый должен об этом предупредить детского психиатра, который должен посетить детей и подростков на дому через 2-3 дня после посещения психиатра взрослого. Детский психиатр помимо оценки состояния детей должен выяснить, принимает ли взрослый пациент назначенные препараты и если да, какова эффективность проводимой терапии.

К совместному осмотру пациентов местные врачи-психиатры должны привлекаться в зависимости от степени их вовлечения в ЧС. Их участие в осмотре пациентов облегчает вопрос преемственности лечения указанных контингентов, а также дает возможность участковому врачу-психиатру не

принимать самостоятельно ответственных решений, что затруднительно для него в этот период.

При осмотре пострадавших врач-психиатр обязательно (если позволяют обстоятельства) должен проводить общий осмотр. Такая необходимость обусловлена тем, что в части случаев последствия стрессового воздействия проявляются главным образом в соматической сфере (повышение давления, тахикардия, вегетативные проявления и т.д.). У женщин детородного возраста следует поинтересоваться, нет ли нарушений менструального цикла (внеочередные месячные или их задержка). Необходимо выяснить, принимает ли пострадавший в достаточном количестве пищу. Эти данные необходимы для правильного выбора препарата и его дозы, так как эффективность медикамента, проявление его побочных действий в значительной мере зависит от глубины белкового дисбаланса организма и степени его обезвоженности.

Как показывает опыт, отношение пострадавших к предлагаемой психофармакотерапии неоднозначное. Если обследуемый считает, что предлагаемые препараты направлены на нормализацию артериального давления, работы сердца, улучшение сна, восстановление работоспособности, снижение тревоги, то он их принимает. В части случаев, когда пострадавшие полагают, что препараты направлены на улучшение настроения, они прекращают их прием по моральным соображениям: «У меня большое горе - умер муж, а я в хорошем настроении - это неестественно».

Несмотря на то, что различные ЧС имеют много общего, оказание психолого-психиатрической помощи при некоторых из них существенно отличаются друг от друга.

**Психолого-психиатрическая помощь родственникам погибших в ЧС** главным образом оказывается там, где произошла катастрофа. В этих случаях родственники погибших должны участвовать в процедуре опознания тела (останков) погибшего. Представители психолого-психиатрической службы в первую очередь оценивают степень выраженности острой реакции на стресс и при необходимости делают соответствующие

назначения. Во время беседы родственникам погибших сообщают, как проводится процедура опознания, какие вопросы могут им задать следователи. Врачи фиксируют внимание родственников погибших на том, что при опознании особо значимо, какие родимые пятна, послеоперационные рубцы, деформации скелета, строение зубов (пломбы, протезы) или другие особенности имелись у погибшего. Во что был одет погибший, имел ли при себе документы, носил ли часы (какой марки), украшения и т.д. Врачи также сообщают родственникам погибших, что катастрофа деформирует тела погибших и им, возможно, придется осмотреть несколько тел и останков.

Родственники погибших реагируют на свое участие в процедуре опознания по-разному. Часть родственников погибших отказывается от психологической поддержки и сами без сопровождения врачей участвуют в процедуре опознания. Другие предлагаемую помощь воспринимают с благодарностью (врачи сопровождают их во время всей процедуры опознания) и при необходимости принимают необходимые препараты. Часть родственников погибших старается уклониться от участия в процедуре опознания и полагает, что оно может состояться без их участия. Следует отметить, что у некоторых представителей именно этой группы родственников спустя некоторое время возникают сомнения, правильно ли опознано тело погибшего и возникает требование провести эксгумацию.

В тех случаях, когда воздействию подвергается значительное количество людей и травматическое событие начинает приобретать характер континуальной чрезвычайной ситуации (захват заложников), оказание психолого-психиатрической помощи подразделяется на 3 этапа:

- оказание помощи родственникам заложников (до освобождения заложников);
- оказание помощи при освобождении заложников;
- оказание помощи после освобождения заложников.

До освобождения заложников их родственники, как правило, собираются в выделенном местными властями помещении (здании клуба, школы). Как показывает практика,

именно в этом помещении следует разворачивать основные силы психолого-психиатрической службы. Представителями психолого-психиатрической службы помещение, где располагаются родственники пострадавших, условно подразделяется на несколько секторов. В каждом секторе работает звено, состоящее из психолога без опознавательных знаков, психолога с опознавательными знаками и психиатра (психотерапевта). Целью работы звена является раннее выявление лиц с повышенным психоэмоциональным напряжением, лиц, склонных к психологическому заражению и лиц, распространяющих слухи.

Следует особо подчеркнуть, что в окружении родственников заложников могут оказаться лица, выдающие себя за родственников заложников. Они, как правило, высказывают возмущение по поводу любых действий администрации и правительства, призывают родственников пойти «на крайние меры» - «устроить демонстрацию» перед зданием, где находятся заложники, «призвать мировое сообщество», «призвать правительство» и т.д. Истинной целью этих людей является привлечение к своей персоне внимания СМИ. Эти индивиды, находясь в среде родственников, как правило, несколько раз в день уходят домой, меняют наряды, прическу, украшения, стремятся выступить по телевидению и радио, дать интервью печатным изданиям. Интересно отметить, что после того как врачи-психиатры и представители правопорядка выявляют их истинные намерения, эти лица, не смущаясь, продолжают давать интервью СМИ и при первом удобном случае выдают себя за родственников заложников.

В выделенном помещении, как правило, находятся лица, которые высказывают родственникам заложников соболезнование и сочувствие, и лица (родственники которых не захвачены в заложники), интересующиеся развитием событий.

Часть врачей-психиатров принимает участие в совещании с врачами-соматологами. Во время совещания психиатрами акцентируется внимание на возможность в период острой реакции на стресс повышения АД (по психогенному типу),



обострения или появления другой соматической патологии. Врачи-психиатры совместно с соматологами организуют осмотр родственников заложников, выделяя среди них лиц, требующих особого внимания (лица пожилого возраста, лица с хроническими заболеваниями, требующие постоянного приема лекарственных средств). Во время осмотра пациентов и бесед с лицами, не нуждающимися в оказании помощи, психологи и врачи в том или ином виде пытаются довести до сведения родственников пострадавших следующие слоганы:

1. Меры, принимаемые руководством, адекватны ситуации.

2. Ситуация под контролем.

3. Здоровью заложников на момент беседы ничего не угрожает.

4. Любые не санкционированные индивидуальные или коллективные действия могут привести к резкому ухудшению ситуации.

Разумеется, слоганы могут меняться в зависимости от ситуации, однако следует соблюдать два правила.

1. Слоганы должны соответствовать реальной действительности.

2. Ситуацию следует излагать в щадящем режиме.

Помимо вышеизложенного руководители психолого-психиатрической службы должны принимать участие в организации следующих мероприятий:

1. Регулярное, каждые три часа, информирование населения о ситуации, независимо от того, имеется новая информация или нет. Причем в каждом выступлении в той или иной форме должны повторяться вышеперечисленные слоганы.

2. Выступление представителей религиозных организаций. Проведение служб.

3. Выступление представителей той или иной специальности (в зависимости от ситуации).

4. Организация групп из представителей местного населения по поддержанию порядка.

### **Оказание помощи в период освобождения заложников**

В период освобождения заложников первым их осматривает врач-хирург. Если он определяет соматическую патологию, заложника направляют в соответствующее отделение. Если у пациента не обнаруживается соматической патологии, его в связи с наличием острой реакции на стресс осматривает психиатр и делает соответствующие назначения. Помимо указанного контингента больных психиатру приходится осматривать и тех пациентов, которые получили незначительную физическую травму, в связи с которой они поступили в стационар. Иногда в стационаре оказываются пациенты с баротравмой и психогенной заторможенностью. Эти состояния иногда ошибочно расцениваются как сопор или прекома.

**Оказание психолого-психиатрической помощи после освобождения заложников.** В первые часы после освобождения, если у заложников не обнаруживаются физические травмы, несмотря ни на какие уговоры врачей родственники забирают их домой, полагая, что «дома все будет хорошо». И только через 2-4 дня, когда на первый план выступают затруднение засыпания, ночные кошмары, ранние просыпания по утрам, страх оставаться одному, раздражительность и др., родственники начинают обращаться за помощью к врачам.

В эпицентре ЧС могут быть развернуты следующие модули психолого-психиатрической службы:

1. Отделение анонимной психолого-психиатрической помощи по телефону.

2. Консультативная выездная бригада психолого-психиатрической помощи.

3. Отделение психологической и психиатрической помощи.

4. Кабинет психологической и психиатрической помощи.

Как известно, совершенно одинаковых ЧС не бывает, следовательно, характер необходимой помощи и ее объем в эпицентре, как правило, варьируют. Иными словами, какие модули психологической и психиатрической службы могут и должны быть задействованы в каждом случае, определяется индивидуально.

Ниже приводятся данные о роли и месте вышеперечисленных подразделений в системе оказания психологической и психиатрической помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях.

Изложение мы начинаем с отделения психологической и психиатрической помощи по телефону, так как в ЧС этому подразделению придается особая значимость.

### **Отделение психологической и психиатрической помощи по телефону в чрезвычайных ситуациях —«горячая линия»**

Несмотря на существующую систему мер, за психолого-психиатрической помощью в первые дни развертывания ЧС в ее эпицентре обращается лишь 20-25% пострадавших. В большинстве случаев это обусловлено отсутствием информации о существовании такой службы, опасением, что обращение за психолого-психиатрической помощью может привести к нежелательным социальным последствиям. Иногда обращению препятствуют преклонный возраст, наличие физического недуга и т.д. Немаловажную роль играет также неспособность пострадавших воспользоваться теми медицинскими и иными услугами, которые предлагает им общество.

Как показывает опыт, «горячая линия» в зависимости от этапа развертывания ЧС выполняет различные функции.

На первом этапе (он обычно длится не более 3 суток) в период острой реакции на стресс по «горячей линии» обращаются за получением информации:

- о структуре ЧС и ее последствиях (наличие жертв, разрушений рушений и т.д.);
- об изменении социальной инфраструктуры в эпицентре ЧС (работает ли метро, другой транспорт, подается ли электроэнергия, не нарушено ли водоснабжение и т.д.);
- о пострадавших и месте их нахождения;
- об устранении неисправностей в средствах связи или иных системах, которые, по мнению обратившихся, могут привести к усугублению последствий ЧС;
- о работе самой «горячей линии», ее функциях и о том, в

каких случаях куда следует обращаться.

Нередко на «горячую линию» обращаются с предложениями оказать помощь пострадавшим (сдать кровь, принести одежду, теплое белье и т.д.).

На «горячую линию» обращаются также и пострадавшие, которые подверглись стрессогенному воздействию (не получившие или получившие незначительные физические повреждения); не подвергшиеся непосредственному воздействию стрессора, но получившие психическую травму' опосредованно (вторичные жертвы), а также те, у кого вследствие опосредованного психогенного воздействия имеет место обострение хронических соматических заболеваний (гипертоническая болезнь, бронхиальная астма и т.д.).

Нередко на «горячую линию» обращаются с самыми разными проблемами, не имевшими для обратившихся ранее значения, но ставшими особенно важными после известия о ЧС.

После разрешения ЧС (после завершения острой реакции на стресс) по «горячей линии» обращаются с несколько иными проблемами:

- лица, нуждающиеся в заочной поддерживающей психотерапевтической помощи (ранее получившие необходимую очную психолого-психиатрическую помощь);

- лица с посттравматическим стрессовым расстройством, которые по тем или иным причинам не желают (не могут) обратиться за психолого-психиатрической помощью очно;

- лица, обращавшиеся в «горячую линию» за психолого-психиатрической помощью ранее;

- лица с личными проблемами, не связанными с чрезвычайной ситуацией непосредственно;

- лица, для которых ежедневные неоднократные беседы по «горячей линии» превращаются в часть (ритуал) повседневной жизни (так называемые «зависающие абоненты»).

Отделение психолого-психиатрической помощи по телефону в ЧС - «горячая линия» - входит в состав службы неотложной психиатрической и психологической помощи в чрезвычайных ситуациях и оказывает населению анонимную

психолого-психиатрическую помощь по телефону ежедневно, круглосуточно, без перерывов.

Адрес «горячей линии» в адресных справочниках не указывается. Специалисты отделения представляются как «Горячая линия», «Медико-психологическая помощь» или под псевдонимом.

Учитывая особую сложность ведения беседы с пациентами, которая требует от врачей-психиатров максимальной концентрации внимания (отсутствие визуального контакта), отделение организуется в специально оборудованном помещении, в отдельных звуконепроницаемых кабинетах, где при необходимости предусмотрено несколько телефонных линий.

Помимо оказания психолого-психиатрической помощи служба предоставляет обратившимся по телефону информацию о государственных и негосударственных учреждениях, которые могут оказать психологическую и психиатрическую помощь.

При необходимости врачи службы психолого-психиатрической помощи должны рекомендовать лицу, обратившемуся по телефону, посетить врача-психиатра по месту жительства, врача-психиатра (психотерапевта) кабинета или отделения неотложной психолого-психиатрической помощи в ЧС.

Сотрудники службы психолого-психиатрической помощи при получении информации о намерениях, представляющих угрозу индивидуальной или общественной безопасности, должны предпринять меры по выяснению паспортных данных, места пребывания абонента и немедленно поставить об этом в известность службу «Скорой помощи», участкового врача-психиатра, милицию.

Звонки абонентов в отделение регистрируются в специальном журнале обращений, где кратко излагается содержание беседы, принятые меры (совет, его содержание, обращение дежурного в другие учреждения и т.д.); при необходимости указываются место нахождения больного и его паспортные данные.

## **Консультативная врачебная бригада психолого-психиатрической помощи**

Консультативная врачебная бригада психолого-психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях (далее - врачебные бригады психиатрической помощи в ЧС) должны входить в состав психолого-психиатрической службы и подчиняться его руководителю.

Задачи, которые выполняет врачебная бригада, в первую очередь определяются спецификой оказания помощи пострадавшим в ЧС. Члены бригады должны не только определять объем необходимой помощи, но и учитывать характер ЧС (природный, антропогенный, смешанный). Знание характера ЧС необходимо, так как при антропогенных ЧС пострадавшие иногда проявляют агрессию к лицам, стремящимся оказать первую помощь (в том числе и к врачам), идентифицируя их с теми, кто, по их мнению, является виновным в создавшейся ситуации.

Членам бригады также следует иметь в виду, что у многих пострадавших в ЧС во время острой реакции на стресс (особенно в период, когда только миновала угроза их жизни) может возникнуть героическая фаза, когда наряду с повышением фона настроения наблюдается снижение критики к ситуации и чувства опасности. Они нередко по собственной инициативе начинают вмешиваться в спасательные работы, подвергая опасности себя и окружающих.

При острой реакции на стресс (внешнем упорядоченном поведении) имеет место затруднение концентрации внимания, что, в свою очередь, препятствует восприятию информации, ее критическому осмыслению, фиксации и воспроизведению. Все вышеперечисленное ставит перед необходимостью врачебные рекомендации фиксировать в листке назначения (препараты, время их приема и дозы), который следует выдавать пострадавшему на руки.

При воздействии стрессогенного фактора происходит также подавление витальных чувств организма - жажды и голода, что ведет к уменьшению объема циркулирующей крови (ОЦК) в

первую очередь за счет уменьшения объема циркулирующей плазмы (ОЦП). Поэтому врачам консультативной бригады следует с особым вниманием относиться к внешним проявлениям признаков обезвоженности организма, так как эффективность психотропных препаратов и выраженность побочных (нежелательных) действий в значительной степени зависят от концентрации препарата в плазме крови.

Особенностью работы врачебной бригады в ЧС является также низкая достоверность объективных сведений, которые сообщают родственники и близкие пострадавшего. Это обусловлено тем, что они сами нередко являются пострадавшими.

Врачам, оказывающим психолого-психиатрическую помощь, следует учитывать, что лица, пережившие чрезвычайную ситуацию (не получившие физических травм), в первую очередь обращают внимание на параметры, отражающие функционирование соматической сферы организма. При обнаружении сдвигов в основных системах саморегуляции (изменение частоты дыхания, пульса, АД), появлении головных болей, тремора рук и других расстройств, которые появляются после ЧС и, как правило, обусловлены воздействием стрессора, пострадавшие обращаются к врачам-интернистам. В связи с этим одной из важнейших задач оказания психолого-психиатрической помощи в ЧС является работа в тесном контакте с врачами-интернистами и бригадами общего профиля.

Как показывает опыт, возникающие после ЧС психические отклонения пострадавшие зачастую не соотносят с имевшей место чрезвычайной ситуацией и к врачам-психиатрам (психотерапевтам) не обращаются. Обращаемость к психиатрам (психотерапевтам) в связи с ЧС и возникшими вследствие этого проблемами у нас в стране остается очень низкой, ставит перед необходимостью активного выявления пострадавших и активного предложения им психолого-психиатрической помощи (посещение пострадавших на дому). Это обусловлено тем, что ранее достаточно сильной была материальная и моральная поддержка со стороны близких родственников, друзей, трудовых

коллективов и т.д..

Врачебная бригада психиатрической помощи в ЧС оказывает психиатрическую помощь лицам с психическими и поведенческими расстройствами, возникшими вследствие масштабных и индивидуальных чрезвычайных ситуаций, а также лицам с сочетанной психической и соматической патологией; лицам с соматическими расстройствами, сопровождающимися психическими расстройствами.

Врачи бригады проводят освидетельствование лица без его согласия (или без согласия его законного представителя) и госпитализацию в недобровольном порядке в соответствии с действующим законодательством.

Бригада также осуществляет транспортировку лиц, страдающих психическими расстройствами, в соответствующие лечебно-профилактические или другие учреждения.

Бригада принимает вызовы непосредственно от пострадавших в ЧС или их родственников; от оперативных отделов медико-психологической (психолого-психиатрической) службы и региональной службы Министерства чрезвычайных ситуаций, а также от медицинских учреждений.

Врачебные бригады психиатрической помощи в ЧС осуществляют свою работу во взаимодействии с кабинетами (отделениями) психолого-психиатрической помощи в ЧС, психоневрологическими диспансерами и психиатрическими больницами и при необходимости направляют в их адрес соответствующие сведения и рекомендации.

Район обслуживания врачебной бригады психиатрической помощи определяется руководителем психолого-психиатрической службы и может меняться в зависимости от фазы ЧС.

Консультативные врачебные бригады психиатрической помощи в ЧС организуются на функциональной основе из сотрудников бригад скорой психиатрической помощи или иных служб, осуществляющих скорую психиатрическую помощь.

## **Отделение психологической и психиатрической**



## **помощи в чрезвычайных ситуациях**

Отделение психолого-психиатрической помощи в ЧС, по существу, является основным звеном, которое вне периода ЧС на местном уровне проводит организационные мероприятия, направленные на минимизацию их последствий. Руководитель отделения выполняет те же задачи, что и заместитель главного врача по специальной работе.

Заведующий отделением оказывает содействие руководителю службы психолого-психиатрической помощи в формировании группы психологов и психиатров, работающих в эпицентре ЧС, а также предоставляет сведения о структуре психиатрической службы в регионе и о степени ее оснащенности.

Основная цель отделения психолого-психиатрической помощи - оказание оптимальной помощи лицам, пострадавшим в чрезвычайных ситуациях. Отделение организуется (в зависимости от условий на местах) на базе многопрофильной больницы (психиатрической больницы, дневного стационара психоневрологического диспансера.)

В отделение госпитализируются лица с психическими расстройствами, обусловленными чрезвычайными ситуациями, психически больные лица, у которых обострение симптоматики связано с воздействием ЧС. Стационарирование в отделение осуществляется добровольно по просьбе пострадавшего или с его согласия. Отделение также проводит дифференциально-диагностические мероприятия в сложных клинических случаях, осуществляет стационарную экспертизу трудоспособности.

Отделение работает в тесном контакте с психиатрическими и общесоматическими стационарами, психоневрологическими диспансерами и кабинетами психолого-психиатрической помощи.

Вне периода масштабных чрезвычайных ситуаций отделение оказывает помощь лицам, пострадавшим от воздействия тех или иных стрессогенных событий, которые не оцениваются как чрезвычайная ситуация того или иного значения. Помимо этого в отделение психолого-психиатрической

помощи обращаются лица с отдаленными последствиями воздействия чрезвычайной ситуации - посттравматическими стрессовыми расстройствами, расстройствами адаптации и т.д.

### **Кабинет психолого-психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях**

Основной целью кабинета психолого-психиатрической помощи в ЧС является оказание оптимальной помощи лицам, пострадавшим в чрезвычайных ситуациях, не нуждающимся в стационарной помощи. В кабинет также могут обращаться лица, страдающие психическими расстройствами, у которых обострение симптоматики обусловлено воздействием ЧС.

Кабинет организуется (в зависимости от условий на местах) на базе поликлиники, многопрофильной больницы (психоневрологического диспансера).

В кабинет психолого-психиатрической помощи пострадавшие могут обращаться самостоятельно и/или по направлению врачей общесоматического профиля, врачей-психиатров.

Кабинет работает в тесном контакте с общесоматическими поликлиниками, психоневрологическими диспансерами, психиатрическими стационарами, общесоматическими стационарами.

Сотрудники кабинета также могут выдвигаться в эпицентр ЧС для оказания психолого-психиатрической помощи как самостоятельно, так и в составе бригады. При необходимости лиц с психическими расстройствами вследствие ЧС направляют в учреждения, оказывающие стационарную психолого-психиатрическую (психиатрическую) помощь.

Сотрудники кабинета также оказывают психолого-психиатрическую помощь лицам с психическими расстройствами, возникшими вследствие чрезвычайной ситуации на отдаленных этапах заболевания (ПТСР, нарушение адаптации и т.д.). Вне периода чрезвычайной ситуации составляют план оказания помощи в ЧС, возникновение которых вероятно в данном регионе. Принимают участие в выделении объектов,

которые требуют особого внимания - школы, дома-интернаты, больницы, роддома; организуют общественные группы (штабы) психолого-психиатрической помощи; участвуют в учениях по оказанию медицинской помощи пострадавшим в ЧС; информируют население о психических расстройствах, возникающих в чрезвычайных ситуациях (с привлечением средств массовой информации).

Заведующий кабинетом оказывает содействие руководителю службы психолого-психиатрической помощи в формировании группы психологов и психиатров, работающих в эпицентре ЧС, предоставляет сведения о структуре психиатрической службы в регионе ЧС и о степени ее оснащенности, а также сообщает о степени вовлеченности местных врачей различных специальностей в самую чрезвычайную ситуацию.

Психолого-психиатрическая служба - это система сил и средств, предназначенных для оказания психолого-психиатрической помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях и проведения (планирования и организация) мероприятий, направленных на охрану здоровья, содержание высокой работоспособности спасателей.

Система оказания психолого-психиатрической помощи в эпицентре ЧС (модули психолого-психиатрической службы) позволяет проводить профилактические мероприятия, направленные на уменьшение вероятности возникновения последствий чрезвычайных ситуаций. Она дает возможность оказывать пострадавшим непосредственно сразу же после развертывания чрезвычайной ситуации дифференцированную психиатрическую и психологическую помощь, а также проводить реабилитационные мероприятия в более отдаленный период.

### **«Горячая линия» в системе оказания неотложной психолого-психиатрической помощи при ЧС**

Проблема оказания неотложной психолого-психиатрической помощи в ЧС является весьма актуальной во всем мире в связи с неуклонным ростом числа ЧС в

течение последних десятилетий. Учащение числа ЧС, в свою очередь, приводит к увеличению не только числа лиц, у которых возникает острая реакция на стресс, но и так называемых «вторичных жертв». Помимо этого в популяции происходит накопление лиц с такими пролонгированными психогенными расстройствами, как посттравматическое стрессовое расстройство и расстройство адаптации, что остро ставит вопрос о необходимости разработки эффективных организационных и лечебно-профилактических мероприятий.

Как известно, медицинская помощь при ЧС в течение длительного времени ограничивалась оказанием помощи лишь в эпицентре ЧС ситуации. При этом эта помощь заключалась в оказании общемедицинской помощи (в фазе спасения) и травматологической/хирургической помощи (в фазе специализированной медицинской помощи).

Ведущее место в борьбе с медицинскими последствиями стихийных бедствий до 1990 года отводилось формированию гражданской обороны. Медицинские бригады, оказывавшие помощь в ЧС, формировались главным образом из врачей-хирургов. Служба ориентировалась преимущественно на работу в условиях военного времени и была недостаточно мобильной для выдвижения сил и средств при внезапно возникающих и требующих ликвидации в сравнительно короткий отрезок времени катастрофах (за исключением крупных очагов землетрясений и т. п.). До середины 80-х годов подготовке медицинских кадров к работе в чрезвычайных условиях катастроф уделялось мало внимания. Необходимость подготовки медицинских кадров к работе в чрезвычайных ситуациях встала особенно остро после аварии на Чернобыльской АЭС и землетрясения в Армении.

Лишь в последние десятилетия (с середины 80-х годов прошлого столетия), с развитием медицины чрезвычайных ситуаций при оказании помощи в зоне ЧС помимо врачей-интернистов начали привлекаться психиатры (психотерапевты) и психологи. Так, в 1990 году была создана служба экстренной медицинской помощи в ЧС, которая является частью

общегосударственной системы по ликвидации последствий ЧС и функционально объединяет медицинские формирования и учреждения других ведомств для оказания медицинской помощи пострадавшим, а также проведения санитарно-профилактических и противоэпидемических мероприятий. Оказание медицинской помощи пострадавшим является главной задачей, после выполнения которой следует доставка больных и раненых в специализированные лечебные учреждения, в том числе и психиатрические.

В научной литературе представлены разные взгляды на принципы оказания помощи пострадавшим от ЧС. Опыт, приобретенный во время ликвидации последствий Чернобыльской катастрофы, Спитакского землетрясения и других крупномасштабных бедствий, указывает на необходимость объединения, особенно на первых этапах развития ситуации, специализированной психиатрической и общемедицинской помощи. Только в этом случае оказываются возможными максимальное приближение помощи к пострадавшим и активное выявление лиц с психической патологией, как непосредственно в районе катастрофы, так и в близлежащих медицинских учреждениях и местах эвакуации жителей. Стратегию психиатрической помощи при этом определяет динамика возникающих состояний психической дезадаптации, психотических и невротических расстройств. На всех этапах развития ситуации она должна быть тесно связана с общей медицинской сетью, обеспечивать непрерывность и преемственность профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

В настоящее время оказание психолого-психиатрической помощи населению предполагает в первую очередь проведение подготовительных мероприятий, итогом которых должно быть сведение к минимуму количества человеческих жертв и материального ущерба в ЧС. Необходимые мероприятия проводятся на федеральном, региональном, локальном уровнях и в эпицентре ЧС.

В практике организации медицинской помощи населению,

пострадавшему при катастрофах мирного времени, выделяют три стадии непрерывного процесса: фаза изоляции, фаза активной медицинской помощи на догоспитальном этапе и фаза стационарной медицинской помощи. Фаза изоляции длится от нескольких минут до нескольких часов. В это время недоступна медицинская помощь, и решающее значение имеет само- и взаимопомощь. Во второй фазе, продолжающейся от нескольких часов до нескольких дней, мероприятия по оказанию помощи проводятся обученным персоналом и врачами скорой медицинской помощи. В фазе стационарной медицинской помощи появляется возможность оказания специализированной медицинской помощи.

В условиях появления массовых человеческих жертв необходимо придерживаться основного правила: перед оказанием медицинской помощи следует четко определить число пострадавших и характер их поражений, выявить лиц с психическими нарушениями, оказать им дифференцированную, адекватную помощь и эвакуировать в соответствии с планом эвакуации.

Принципы работы медико-психологической помощи включают в себя доступность всем слоям населения, компетентность специалистов, многоступенчатость помощи, активную обращенность к населению всех звеньев медико-психологической службы, анонимность консультаций и психотерапевтической помощи, соблюдение врачебной тайны и наличие исчерпывающей информации обо всех учреждениях данного региона.

Таким образом, психиатрическая помощь в ЧС, осуществляемая бригадами скорой психиатрической помощи, ранее сводилась лишь к изоляции лиц с кратковременными психотическими расстройствами (дезадаптация психической деятельности - психомоторное возбуждение или ступор). Помощь оказывалась лишь в зоне ЧС и не охватывала всех пострадавших, т.к. наряду с психотическими расстройствами имели место и другие психические расстройства (ОРС и т.д.).

Система медико-психологической помощи должна

состоять из следующих подразделений:

1. Центры социально-психологической поддержки, в функции которых входит оказание психокоррекционной помощи, информационная, просветительская работа с населением.

2. Психотерапевтические кабинеты в поликлиниках.

3. Психотерапевтические отделения в стационарах.

4. Телефон экстренной медико-психологической помощи - Телефон доверия (ТД).

5. Подразделения по обучению врачей-интернистов, психологов, психотерапевтов и социальных работников диагностике, профилактике и лечению невротических и психосоматических расстройств.

В отличие от других видов медицинской помощи востребованность психолого-психиатрической помощи не ограничивается лишь периодом ликвидации последствий ЧС и может длиться годами. Помимо этого в зависимости от этапа развития ЧС меняется и степень востребованности различных видов (скорая, неотложная, плановая), и формы психолого-психиатрической помощи.

Однако, несмотря на существующую систему мер, за психолого-психиатрической помощью в первые дни развертывания чрезвычайной ситуации обращается лишь 20-25% пострадавших. Как показывает практика, это обусловлено следующими причинами:

1. Отсутствием информации о существовании такой службы.

2. Опасениями, что обращение за психолого-психиатрической помощью может привести к нежелательным социальным последствиям (поставят на учет).

3. Невозможностью обратиться явочным порядком (возраст, наличие физического заболевания, неудобность расположения службы, время суток).

4. Невозможностью воспользоваться иными медицинскими и другими услугами, которые может предоставить пострадавшим общество.

Исходя из вышеизложенного, в систему оказания

психолого-психиатрической помощи в ЧС (как один из модулей системы) был включен телефон «горячая линия», так как данный вид помощи предполагает анонимность, доверительность (конфиденциальность) и возможность в любой момент прервать беседу.

Использование телефона как средства для оказания заочной психологической помощи получило распространение еще с середины прошлого века. Основателями службы «телефон доверия» считаются священники Питер Уэлт и Чад Вара, которые в 1953 году разрешили звонить по своим служебным телефонам прихожанам, испытывающим одиночество, состояние растерянности или пришедшим к мысли о самоубийстве.

Так было положено начало возникновению во всем мире профессиональных и добровольных телефонных служб. Вместе с тем стоит отметить, что с полным основанием предшественником служб, которые сегодня называются «горячими линиями», можно считать Мистера Энтони - ведущего популярной радиопрограммы «Дорогая Эбби», выходившей в Америке в 1930-е и 1940-е годы. По сути, данная передача выполняла ту же работу, которую сегодня осуществляют «горячие линии», только в эфире. Параллельно с появлением и развитием службы «телефон доверия» в 1960-е годы в Северной Америке ощущалась потребность как в социальных службах, так и в службах психиатрической и психологической помощи, что породило спонтанное развитие волонтерского движения на местном уровне. Данные службы получили название «горячая линия», термин предложил в 1963 году Джесс Горкин, редактор газеты «Бостон Глоуб».

В России «телефон доверия» появился с большим опозданием, после продолжительных споров о том, может ли советский человек попасть в безвыходную ситуацию, испытывать одиночество и отчаяние. Несмотря ни на что, здравый смысл победил, и «телефон доверия» постепенно распространились по стране.

Потребность населения в службах психиатрической и психологической помощи породила спонтанное развитие волонтерского движения на местном уровне. Особенно много



возникало групп самопомощи. Причиной этого явилась неспособность национальных государственных органов удовлетворить потребности населения в упомянутых сферах. В результате создавались и получали развитие службы, агентства и учреждения, ставившие целью удовлетворение потребностей людей всех возрастов. Одними из первых в этом ряду появились кризисные «горячие линии», которые начали заниматься такими проблемами, как профилактика самоубийств и кризисная интервенция, консультирование, а также предоставление справок, информации и рядом других специализированных услуг.

В настоящее время не существует единого определения понятия «горячая линия». Общепринятым считается, что это служба, куда можно обратиться по телефону во время психического кризиса, возникшей проблемы или затруднительной жизненной ситуации, чтобы обсудить их или найти способ разрешения. И как бы ни называлась служба в зависимости от предпочтений или традиций, существующих в какой-либо стране мира, - «горячей линией», телефонной службой неотложной помощи, «телефоном доверия» или как-то иначе - приведенное определение вполне применимо к организации, оказывающей по телефону определенную помощь нуждающимся в ней.

Основной задачей службы «горячая линия» является оказание по телефону экстренной психологической помощи людям, находящимся в субъективно напряженной ситуации. Отличиями телефонной психотерапевтической работы от традиционной являются: анонимность, конфиденциальность и возможность для пациента в любой момент прервать контакт.

Интересно отметить, что один из корифеев современной суицидологии, профессор Калифорнийского Университета в Лос-Анджелесе Эдвин Шнейдман определяет основной инструмент «горячих линий» как «разговор двух собеседников без физического присутствия».

В последние годы обсуждается деятельность «горячих линий», предназначенных для кризисной интервенции, для больных с повреждениями спинного мозга, наркоманией, для детей,

больных, страдающих депрессией, для предотвращения самоубийств, для больных алкоголизмом и т.д.

Российские «горячие линии» имеют определенные «национальные» особенности, которые проявляются в методологии слушания, сборе информации, консультировании, общении, используемой терминологии и набираемом персонале. Понимание причины отличий от аналогичных служб Америки - одна из наиболее интересных и значимых задач, которая связана с психологией и мотивацией как звонящих, так и принимающих звонки.

Считается, что посттоталитарное общество оказывает влияние на российских граждан в проявлениях, не известных и не испытанных обычными американцами и, следовательно, влияет на работу «горячей линии». Обсуждая «советский синдром», А. Моховиков утверждает, что последний не заблокировал лишь биологические потребности личности и потребность в регуляции. Человек был лишен всех форм самовыражения, демонстрирующих его индивидуальность, и стал деперсонализированным объектом без права решать личные разногласия. В США государство управляет только теми проявлениями, которые определяют общее благо. Личные и частные дела, касающиеся жизни, например, выбор работы, образование, владение и распоряжение частной собственностью, оставлены на индивидуальное рассмотрение. Далее в своей работе автор продолжает, что две определенные популяции, имея одинаковые службы «телефонов доверия», могут надеяться ожидать уникально отличных подходов к общей проблеме жизни. Американцы активно используют «телефоны доверия» свыше 40 лет, они знают, что звонки останутся конфиденциальными. «Телефоны доверия» в Америке создавались как альтернативные службы для необеспеченных слоев. «Телефоны доверия» в Советском Союзе не создавались как альтернативные службы, если их не было, человек в них не нуждался. Добровольцы, работающие на американских «горячих линиях», понимают их как деятельность во имя милосердия, акт сострадания, облегчения жизни ближнему. В России на «телефоне доверия» работали и частично продолжают работать в основном

медики-профессионалы. После распада Советского Союза проблемы, с которыми у нас обращаются по телефону доверия, те же, что и проблемы американцев, то есть проблемы личные, семейные, проблемы с соседями, потребностями и желаниями.

Таким образом, американские и российские «телефоны доверия» сходны в своей технологии и предлагаемых услугах. Различия в основном заключаются в организации, во взаимодействии клиентов и консультантов. Американские специалисты (как профессионалы, так и добровольцы) служб «горячая линия» имеют в своем распоряжении широкий спектр различных справочных источников. Российские «телефоны доверия» работают со специфическими проблемами, используют психологический подход к консультированию, имеют на службе психиатров и медиков.

В последние годы появились отечественные исследования, касающиеся работы служб «горячая линия», где отражается категории обращающихся лиц, структура обращений и пр.

Так, на основании анализа звонков на «телефон доверия» г. Пензы было показано, что лица женского пола звонят чаще по сравнению с мужским населением - 56,1% к 43,9. Подобная тенденция прослеживается и в работе телефонов доверия г. Полтавы и г. Тарту, где процент женщин, обращающихся за помощью, составляет 74,9 и 71,5 соответственно. Средний возраст звонящих женщин составляет 36,2 года, а мужчин - 45 лет.

В целом структура обращений такова, что наиболее часто звонят молодые люди: 11-20-летние составляют от 15,9 до 56,7%; 21-30-летние - 23,2%, 51-60-летние - 12,3%, 31-40-летние - 3,4%, 41-50-летние - от 2,1 до 25%, 61-70-летние - 1,2%, 71-80-летние - 0,9%. Среди мужчин распределение по возрастным категориям таково: до 20 лет - 3,6%, от 21 до 40 лет - 44%, от 41 до 60 лет - 28,6%.

Пик обращаемости на «телефон доверия» мужчин приходится на возраст от 31 до 40 лет - 33,8%, а женщин - 41-50 лет - 34,6%. Более старший возраст женщин можно объяснить тем, что психологическая поддержка по телефону доверия для женщин в этом возрасте становится более актуальной, чем для

мужчин.

84,7% обратившихся являются городскими жителями.

Наиболее частыми проблемами пациентов «телефона доверия» являются: межличностные конфликтные ситуации - от 39,3 до 42,1%, на втором месте - семейные конфликты - от 39,3 до 45,8% из которых в 52,7% случаев ведущими были проблемы алкоголизации, в 22,3% случаев отмечались сексуальные проблемы, а в 28,6% обращений пациенты жаловались на потерю смысла жизни, кризис существования, а также на симптомы депрессивного регистра. Звонки социально-бытового характера составляют 15,6%, учебно-производственные - 1,7%.

73,9% обратившихся на «телефон доверия» нуждались в психотерапевтической помощи. 8,3% лиц были душевнобольными, которые обращались с проблемами лечения и реабилитации.

Относительно невысок процент обращений суицидентов, несмотря на то, что большинство служб «телефон доверия» декларирует своей целью профилактику суицидов.

По данным службы «телефон доверия», звонки людей с суицидальными тенденциями составляют 4,8% от общего количества обращений, причем 33,3% мужчин высказывают суицидальные мысли в возрасте от 21 до 30 лет, а 29,2% женщин в возрастной период 41-50 лет. Наблюдения показали, что наибольшую суицидоопасность несет в себе одиночество. Особенно велика суицидоопасность у лиц, чье одиночество связано с потерями «значимых других».

Вместе с тем отмечают, что, хотя кризисные «горячие линии» остаются весьма распространенными, не удалось доказать, что они каким-либо образом снижают количество суицидов. Возможные причины этого следующие:

1. Активность суицидента (мужчины и индивиды с острыми психическими расстройствами не звонят на «горячую линию», поскольку у них именно острое расстройство, не позволяющее отвлечься от поставленной цели).

2. Суицидентам часто не удается дозвониться, телефон может быть занят или им приходится очень долго ждать

соединения.

3. Данный по «горячей линии» совет может быть стереотипным и не соответствовать потребностям обратившегося или быть просто бесполезным.

Подавляющее большинство звонящих - женщины, в то время как наибольший риск суицида существует у мужчин.

Следует отметить, что количество обращающихся за помощью на «телефон доверия» ежегодно увеличивается. Данный факт связывают с возрастающим темпом жизни, усложнением экономической ситуации в стране.

В связи с широким развитием неотложной телефонной помощи во всех странах была создана Международная федерация служб телефонной неотложной психологической помощи (IFOTES). Данная организация существует более 30 лет, координирует и поддерживает работу 340 служб более чем в 30 странах. Страны, входящие в IFOTES, приняли международные нормы, определяющие цели, принципы и методы работы федерации и национальных ассоциаций. Целью IFOTES является создание условий для установления немедленного контакта с консультантом, готовым выслушать звонящего и имеющим навыки оказания помощи. Следует подчеркнуть, что помощь распространяется не только на первый телефонный контакт, но и продолжается в течение всего психологического кризиса. По желанию абонента служба может связать его с другим человеком, компетентным в решении его проблемы. Телефонная служба неотложной психологической помощи стремится поддержать в абоненте мужество для дальнейшей жизни и возможности преодоления психологического кризиса.

Основными принципами IFOTES являются:

1. Полная конфиденциальность.

2. Ни абоненты, ни работники служб неотложной телефонной помощи не должны подвергаться конфессиональному, религиозному, политическому или идеологическому давлению.

3. Отбор сотрудников IFOTES производится на основании способности понимать другого человека, эмпатии и чувства

солидарности с ним.

4. На абонента не налагается никаких финансовых или каких-либо иных обязательств.

5. Никто из работников службы не может давать показания представителям власти и правопорядка, не получив предварительного разрешения абонента, а также руководителей данной службы.

6. Штат службы неотложной телефонной помощи может состоять как из оплачиваемых работников, так и из волонтеров, последние играют основную роль в деятельности службы.

7. Сотрудники служб проходят начальный курс обучения, после которого они работают под продолжительной супервизией одного или нескольких человек. Квалификация работников повышается путем текущего, постоянно продолжающегося обучения. Следует особо подчеркнуть, что каждой службе должны быть доступны профессиональные консультанты разного профиля.

Исходя из принципов IFOTES, первый контакт с абонентом обычно устанавливается по телефону. Именно клиент инициирует, поддерживает, прекращает или восстанавливает контакт. Как клиент, так и работник службы имеют право на анонимность. Служба должна стремиться к созданию всех возможных условий для установления контактов с клиентом.

Одной из основных особенностей служб неотложной телефонной помощи является их круглосуточная доступность.

Следует отметить, что и в нашей стране накоплен большой опыт практической работы служб неотложной помощи по телефону.

Высокая потребность в психолого-психиатрической помощи (по телефону в том числе) подтверждается практикой работы «горячей линии» ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П.Сербского» Минздрава России (далее – Центр им. В.П. Сербского).

В Центре им. В.П. Сербского была разработана схема организации психолого-психиатрической помощи в ЧС. Она

включает в себя три функциональных единицы:

1. Выездную бригаду быстрого реагирования;
2. Отделение неотложной психиатрической и психологической помощи в ЧС;
3. Телефон «горячая линия».

Выездная бригада состоит из врача-психиатра и фельдшера. В распоряжении бригады находится специально оборудованный автомобиль скорой помощи. Отделение неотложной психиатрической и психологической помощи в ЧС предназначено для круглосуточного оказания как стационарной, так и амбулаторной психолого-психиатрической помощи. После беседы с обратившимся по «телефону доверия» лицом врач принимает решение о том, нужна ли тому очная консультация или достаточно ограничиться психотерапевтической беседой по телефону. В ряде случаев к пациенту выезжает психиатрическая бригада для оказания помощи на месте или/и транспортировки больного в отделение.

Особенно высока обращаемость по «горячей линии» при общественно значимых ЧС, которые охватывают значительное количество людей (взрывы домов в Москве на ул. Гурьянова и Каширском шоссе, в подземном переходе на Пушкинской площади, на станции метро «Белорусская-кольцевая», захват заложников в Театральном центре на ул. Мельникова, теракт на аэродроме «Тушино», теракт в метро на перегоне Автозаводская - Павелецкая, взрыв у станции метро «Рижская», захват заложников в школе г. Беслан).

Вне периодов ЧС, которые охватывают значительное количество людей, по «горячей линии» обращаются в тех случаях, когда в ЧС вовлечено всего несколько человек, и при различных кризисных ситуациях.

Как показал анализ, характер и количество обращений на телефон «горячая линия» во время возникновения общественно значимой чрезвычайной ситуации и вне ее значительно отличаются друг от друга. В связи с этим обращения были разделены на две группы:

- 1) обращения в период общественно значимых ЧС,

имевших большой общественный резонанс и

2) обращения вне периода общественно значимой ЧС.

Анализ структуры и динамики обращений при общественно значимых чрезвычайных ситуациях показал следующее:

1. В ЧС на «горячую линию» начинают обращаться сразу же после объявления соответствующего номера в СМИ. Возрастание количества обращений наблюдается в течение первых трех суток с момента возникновения ЧС, после чего уровень обращаемости плавно снижается и достигает среднесуточных показателей через пять-восемь суток.

2. Наблюдаются следующие категории обращений по «горячей линии»:

а) обращения граждан с целью получения сведений о характере ЧС, его последствиях, списках пострадавших, об изменениях социальной инфраструктуры в зоне ЧС и т. д. - так называемые информационные обращения. В подавляющем большинстве случаев за получением необходимой информации обращаются лица, предполагающие, что в ЧС возможно пострадали их близкие, родственники пострадавших, пострадавшие и «вторичные жертвы» (лица, которые не пострадали в ЧС и никто из их близких не пострадал, но в результате полученной информации (СМИ) о ЧС их психическое состояние изменилось);

б) обращения родственников по поводу оказания пострадавшим специализированной помощи. Поводом для обращения родственников служит наличие неадекватностей в поведении пострадавших (замкнутость, нежелание общаться или наоборот метание по квартире, плаксивость, нарушения сна);

в) обращения пострадавших с целью получения помощи по телефону или очной (амбулаторной или стационарной). Следует попросить передать трубку родственнику и поговорить с ним, выяснить причины обращения;

г) обращения «вторичных жертв» с целью получения помощи по телефону или очной;

д) обращения лиц с индивидуально значимыми проблемами, которые после актуальной ЧС приобрели



чрезвычайное значение. «Горячая линия» как лакмусовая бумага (от того, как освещают ЧС в СМИ, во многом зависит количество подобных обращений);

е) обращение лиц с установленным диагнозом психического расстройства, в связи с обострением состояния;

ж) обращения лиц, предлагающих помощь пострадавшим.

3. Имеет место определенная взаимосвязь между категориями обращений и их последовательностью. В частности, в течение первых 24 часов преобладают обращения информационного характера (главным образом от лиц, чьи родственники предположительно могли пострадать в ЧС). В последующем преобладают обращения родственников по поводу оказания помощи пострадавшим и обращения «вторичных жертв». Через 48 часов после ЧС (а при континуальной ЧС - с момента ее разрешения) на «горячую линию» начинают обращаться сами пострадавшие, с целью получения помощи по телефону или очной.

Характер обращений, помимо вида ЧС, в значительной мере определяется особенностями организации оказания помощи пострадавшим, мероприятиями, направленными на ликвидацию последствий ЧС, и характером освещения событий в СМИ. В частности, при оптимальной организации оказания помощи и «щадящем» освещении событий средствами массовой информации количество «вторичных жертв» достоверно ниже.

Работа «горячей линии» не ограничивается лишь периодом ЧС. Номер телефона «горячей линии» необходимо регулярно показывать по основным каналам телевидения и сообщать, что помощь по телефону оказывают и вне периода ЧС.

### ***Характер обращений на телефон «горячая линия» вне периода общественно значимой чрезвычайной ситуации***

Следует сказать, что количество обращений на телефон «горячая линия» вне периода общественно значимой ЧС неравномерно и зависит от таких факторов, как время года, день недели, время суток. Так, в осенне-зимний период наблюдается увеличение количества обращений с последующим их снижени-

ем почти вдвое в весенне-летний период. Неравномерность распределения количества обращений отмечается и по дням недели. Наибольшее их количество приходится на первую половину недели, во второй половине недели и выходные дни отмечается тенденция к снижению количества обращений. Также наблюдается спад количества обращений в праздничные дни. Следует указать, что разница в количестве обращений в первой и второй половине недели более отчетливо прослеживается в весенне-летний период (вероятно, это объясняется периодом отпусков и регулярными выездами за город).

Анализируя почасовую обращаемость по «горячей линии» в течение суток, следует отметить, что наибольшее число приходится на временной интервал от 18 до 24 часов - 61 %, в то время как на ранние утренние и ночные часы в целом приходится около 30%. Данная закономерность, по-видимому, обусловлена биологическим ритмом и трудовым распорядком дня населения.

Обращения, которые поступают на «горячую линию» вне периода общественно значимой чрезвычайной ситуации, по своему характеру неоднородны и, в свою очередь, подразделяются на обращения, связанные с индивидуально значимым травматическим событием, и обращения, не связанные с индивидуально значимым травматическим событием.

Обращения, связанные с индивидуально значимым травматическим событием, в свою очередь, подразделяются на обращения, связанные с индивидуально значимыми чрезвычайными ситуациями, и обращения, связанные с индивидуально значимыми событиями.

К первой подгруппе относятся обращения, связанные со следующими событиями:

- 1) смерть супруга;
- 2) разрыв семейных отношений (в том числе развод);
- 3) тюремное наказание;
- 4) смерть близкого родственника;
- 5) болезнь (травма) - наличие неизлечимого заболевания - онкологического, тяжелой сердечной и почечной недостаточности; ВИЧ-инфицированность и СПИД; лица, утратившие трудоспособность в

результате травмы или болезни (ампутация конечностей);

б) предположительный диагноз «паническое расстройство» - первый приступ).

Ко второй подгруппе были отнесены обращения, связанные с проблемой межличностных взаимоотношений; одиночества; с заболеванием члена семьи; с наличием психических расстройств; проблемы зависимостей и безработицы. Обращения 2 подгруппы нами были обозначены как обращения, связанные с индивидуально значимыми событиями.

Более подробно остановимся на перечисленных группах обращений.

1. Обращения, связанные со смертью супруга. Такие обращения составили 5% от общего количества обращений, поступающих на «горячую линию» вне ЧС. Во всех случаях на «горячую линию» обращаются исключительно женщины в возрасте старше 50 лет. Как правило, в начале беседы обратившиеся высказывают жалобы на сниженное настроение, ухудшение засыпания, кошмарные сновидения, снижение или отсутствие аппетита, потерю веса. Однако при дальнейшей беседе выясняется, что эти расстройства возникли после смерти супруга (или гражданского мужа). В части случаев обратившиеся довольствовались теми рекомендациями, которые они получали при заочной консультации, причем иногда даже избегали разговоров об умершем. Другие обратившиеся после высказывания жалоб на собственное здоровье подробно рассказывают о том, как протекала болезнь у умершего (иногда обратившиеся просили их не перебивать и дать выговориться), как они старались сделать все и с сожалением констатируют, что не смогли уберечь близкого человека от смерти. В последующем они опосредованно стремятся узнать у консультанта, как он оценивает действия позвонившей и не находит ли в ее действиях каких-то ошибок. Иными словами, они хотят узнать, нет ли их вины в смерти мужа. Когда они получают заверения от консультанта в отсутствии их вины, то успокаиваются, иногда начинают плакать и на этом часто завершают беседу. Несколько реже обратившиеся сразу же сообщают о том, что их постигло

большое горе - умер муж. Одновременно с этим, как правило, высказываются жалобы на недостаточное внимание врачей и близких к их состоянию. А также на то, что не могут свыкнуться с мыслью, что близкого человека больше нет; не видят выхода из создавшегося положения, не привыкли самостоятельно принимать решения. Следует подчеркнуть, что обратившиеся данной подгруппы, так же, как и предыдущей, страдают бессонницей. У них имеют место снижение настроения и ухудшение аппетита, однако эти жалобы они не высказывают, говорят о них неохотно и в большинстве случаев знают, как с этими проблемами можно справиться. Необходимо отметить, что представители данной группы на «горячую линию» обращаются примерно через 2-6 месяцев после смерти супруга. В другие временные периоды обращения были крайне редки. Иными словами, лица, потерявшие супругов, обращаются на «горячую линию» в период завершения фазы протеста и в фазе дезорганизации, в то время как обращений в фазе реорганизации не зафиксировано.

Таким образом, в части случаев обращение связано с необходимостью получения совета по улучшению собственного здоровья. В других - обратившиеся ищут психологическую поддержку либо в связи с наличием чувства вины, либо с наличием чувства неуверенности при необходимости изменения привычных моделей поведения. Несколько реже обращения связаны с неприятием факта гибели супруга и высказываниями обвинений в адрес лиц, принимающих участие в оказании ему помощи (в том числе и врачей).

2. Обращения, связанные с разрывом семейных отношений, составляют 6,4% от общего количества. Следует подчеркнуть, что в подавляющем большинстве случаев, как и в предыдущей группе, обращаются женщины (94%). Как правило, обратившиеся сразу излагают суть проблемы, которая состоит в том, что имела место реальная угроза официального расторжения брака. Несмотря на то, что обратившиеся подробно рассказывают о неподобающем поведении своего мужа (жены), о тех страданиях, которые испытывают, они практически всегда выступают за сохранение семьи. В ряде случаев поводом для

обращения служат постоянные конфликты в семье, касающиеся повседневной жизни, к примеру, распределения обязанностей в семье, материальных затруднений, частых алкоголизаций, имеющих характер бытового пьянства, и др.

Как правило, обращающиеся допускают, что возможной причиной угрозы расторжения брака является собственное «неправильное поведение» по отношению к мужу (жене). Они стараются получить всеобъемлющий совет - как поступить правильно в той или иной конкретной ситуации. В части случаевони выражают желание прийти на очную консультацию вместе с мужем, считая, что беседа с консультантом положительно повлияет на «поведение мужа».

У 37% женщин поводом для обращения является появление «актуальной третьей (третьего)» или наличие подозрения («косвенных доказательств») о существовании у мужа «любовницы».

В тех случаях, когда обращаются сразу после того как узнали об измене, выражают бурное негодование, обиду, злость, как на мужа, так и на соперницу. Затем, несколько успокоившись, спрашивают совета, как поступить в данной ситуации. В большинстве случаев обратившиеся, хотя и возмущены «предательством мужа», тем не менее, желают сохранить семью «ради детей», ради собственного благополучия, так как «зависят от мужа материально».

Некоторые обратившиеся в связи с изменой мужа не высказывают намерений расторгнуть брак. Их обращение связано с необходимостью получить совет как справиться с данной ситуацией, как «с ней примириться».

Иногда обратившиеся, высказывая подозрения о наличии у мужа «другой женщины», в качестве доводов приводят такие аргументы, как частые задержки мужа на работе, охлаждение прежних отношений (отсутствие интимной жизни), то, что стал меньше внимания уделять детям и больше следить за своей внешностью.

В этих случаях обратившиеся в первую очередь спрашивают совета, стоит ли с мужем «серьезно поговорить на

эту тему - выяснить, есть другая или нет» или «сделать вид, что ничего не происходит». Вместе с тем они отмечают, что подозрения тяжело переживаются, нарушен сон, снижен аппетит, нарастает раздражительность и конфликтность. Они также отмечают, что свою злость они нередко «срывают» на детях или сотрудниках по работе.

Следует отметить, что во всех случаях у обратившихся в связи с предполагаемым или реальным фактом измены наблюдается одна и та же закономерность - чем старше возраст обратившихся, тем более очерченно выступают обида и тревога по поводу перспективы остаться одинокой, «никому не нужной».

Таким образом, при разрыве семейных отношений в части случаев причиной обращения на «горячую линию» служит расхождение между представлениями о роли в семье супругов и реальной действительностью. В других случаях причиной обращения послужила необходимость получения совета по выработке тактики поведения при появлении актуальной «третьей».

3. Обращения, связанные с разводом, составляют 2,8% от общего количества обращений. Следует подчеркнуть, что обращаются исключительно женщины.

Как правило, обратившиеся предъявляют жалобы на ухудшение настроения, нарушение сна и аппетита. Указывают на нежелание заниматься привычными домашними делами, уделять внимание близким и в первую очередь детям. Отмечают также снижение работоспособности, быструю утомляемость, легко возникающую раздражительность и плаксивость, а также наличие постоянных мыслей о бывшем муже и ситуации развода. Нередко также высказываются мысли о том, что они «отстали от жизни», перестали следить за своей внешностью, что и послужило, по их мнению, поводом для развода.

Несмотря на кажущееся однообразие предъявляемых жалоб, как правило, обращаются за советом в двух различных ситуациях: в части случаев обратившиеся в создавшейся ситуации считают себя виноватыми - «что-то делали не так» и в связи с этим просят «научить, как вернуть мужа». Другие же

полагают, что восстановить семейные отношения невозможно, считают виновником развода мужа, испытывают при этом «сильную обиду и злость». Они просят научить справляться с собой - «забыть о муже» и обходится «без посторонней помощи».

Была выделена небольшая группа женщин, к которым после официального развода вновь вернулись мужья. Эти женщины просят дать совет, как поступить: «прогнать или простить, а если простить, то как переступить через себя».

В этих случаях обратившиеся жалуются на плохой сон, ухудшение аппетита, наличие внутреннего напряжения, тревоги, тяжести в области сердца. Некоторые из них сожалеют о том, что муж вернулся, так как его возвращение вновь «всколыхнуло прошлую обиду и заставило вновь пережить имеющее место унижение».

Таким образом, при разводе в части случаев причиной обращения на «горячую линию» является необходимость выработки тактики поведения при изменении социального статуса. В других случаях обратившиеся просят помочь проанализировать ошибки, которые привели к разводу.

4. Обращения, связанные с болезнью (травмой), составляют 20% от общего количества обращений. В отличие от предыдущих групп, с проблемами здоровья обращаются как женщины, так и мужчины. Женщины чаще обращаются с проблемами, связанными с тяжелыми хроническими заболеваниями (онкологические заболевания, тяжелая сердечная недостаточность, тяжелая почечная недостаточность), в то время как мужчин беспокоят проблемы, возникшие вследствие потери трудоспособности (инвалидизация). Обращения, связанные с онкологическими заболеваниями, условно разделены на две подгруппы. Среди представителей 1 подгруппы преобладают лица молодого и среднего возраста (31-50 лет), во 2 подгруппе - лица пожилого возраста (51 лет и старше).

В 1 подгруппе обратившиеся сообщают о том, что о наличии у них неизлечимого онкологического заболевания они узнали несколько дней назад. Во время беседы обратившиеся сразу берут инициативу в свои руки, настойчиво отвергают факт

болезни, не верят, что это случилось именно с ними, высказывают сомнения в достоверности установленного диагноза. Они гневно негодуют на «несправедливость судьбы», зачастую звучат агрессивные высказывания в адрес окружающих, а также родных и близких, сообщают о чувстве зависти, которое испытывают по отношению «к здоровым людям», в том числе к членам семьи. В процессе беседы они проявляют раздражительность, нетерпимы к высказываниям консультанта. Другие обратившиеся тихим печальным голосом сообщают о постигшем их несчастье, говорят, что «значит, это должно было случиться», «так угодно Богу», не высказывают настойчивого желания бороться за жизнь, а лишь пассивно выполняют назначения врачей и советы родственников. Они «понимают все бессилие перед недугом» и говорят, что если бы не родственники (дети), «ушли бы из жизни».

Обращения, связанные с наличием тяжелой сердечной или почечной недостаточности. В отличие от предыдущей, представители данной группы настроены более оптимистично. Они высказывают надежду, что проводимое лечение сможет «продлить им жизнь». Поводом для обращения, как правило, служат затруднения, возникающие в связи с изменением образа жизни. Они не могут «психологически приспособиться» к ограничению физической активности, что приводит к нарушению привычного образа жизни. Жалуются, что появилось ощущение «пустоты, произошел сбой, психологический надлом», отмечают, что жизнь стала однообразной и ограничивается врачебными манипуляциями и процедурами, направленными на сохранение жизни. Подчеркивают, что они «навсегда привязаны к приборам и лекарствам». Как правило, обратившиеся не ожидают от консультанта каких-то радикальных мер, а скорее хотят «излить свою душу, поговорить с кем-то о наблевшем и услышать слова сочувствия».

Обращения, связанные с потерей (ограничением) трудоспособности вследствие травмы или болезни. Наиболее часто на «горячую линию» обращаются лица с ампутацией конечности. Причем в части случаев инициаторами обращения



выступают родственники, по отношению к которым страдающий проявляет раздражительность, а порой и агрессивность. В последующем родственники передают трубку пострадавшим с просьбой «поговорить с врачом». В дальнейшем в беседе пострадавшие (ранее преуспевающие люди) высказывают сильное негодование по поводу случившегося, порой обвиняют врачей в том, что «не смогли спасти руку», с раздражением говорят о том, что «такими они никому не нужны». Они, как правило, не стремятся к диалогу, с нетерпением перебивают консультанта, с пренебрежением и недоверием относятся к его высказываниям и, не окончив беседу, прерывают ее.

Обращения, связанные с наличием диагноза «ВИЧ-инфицированность и СПИД», условно разделены на три подгруппы.

Первую подгруппу составляют лица, страдающие болезнями зависимости (наркоманией). Достоверно чаще обращаются мужчины в возрасте от 18 до 30 лет с установленным диагнозом «СПИД» или «ВИЧ-инфицированность». Поводом обращения служит сам факт установления диагноза, причем как больные СПИДом, так и ВИЧ-инфицированные задают одни и те же вопросы, касающиеся дальнейшего течения заболевания, интересуются новейшими методами диагностики («может быть, врачи ошиблись») и лечения. Некоторые из обратившихся интересуются, существуют ли специальные реабилитационные центры для лиц, страдающих СПИДом и наркозависимостью, где наряду со специфической терапией используются психотерапевтические методы.

Как правило, обратившиеся никаких признаков инфекционного заболевания у себя не находят. В то же время они жалуются на пониженное настроение, ухудшение сна и аппетита. В возникшей ситуации в первую очередь обвиняют себя. Они отмечают постоянное присутствие «мрачных мыслей» о том, что больны, свое состояние расценивают как «безнадежное», испытывают чувство обреченности и бессмысленности проведения каких-либо лечебных мероприятий. Часть из них высказывает суицидальные мысли. Одновременно с этим в

незначительном количестве случаев обратившиеся в создавшейся ситуации обвиняют окружающих, в том числе близких родственников, по отношению к которым появилась раздражительность, злобность, а порой и агрессивность.

Вторую подгруппу составляют обращения женщин от 18 до 30 лет, которые высказывают крайнюю обеспокоенность тем, что у их партнеров диагностирован СПИД или ВИЧ-инфицированность.

Часть обратившихся крайне напуганы данным известием, плачут, переживают больше за свое здоровье, высказывают резкие обвинения в адрес партнеров, которых считают виноватыми в сложившейся ситуации. Обратившиеся просят совета, куда они должны обратиться для определения наличия ВИЧ-инфицированности. Помимо этого они интересуются течением заболевания, его прогнозом и современными методами лечения.

Другая часть обратившихся при беседе более спокойна, в первую очередь они высказывают обеспокоенность состоянием здоровья партнера. Они также интересуются современными методами диагностики, лечения и прогноза.

Отдельно следует выделить обращения матерей (3 подгруппа) в связи с наличием у их сына (дочери) СПИДа или ВИЧ-инфицированности. Как правило, они интересуются, где можно пройти полное обследование по диагностике данного заболевания, всевозможными видами лечения, в том числе и нетрадиционными. Данная группа обратившихся также обеспокоена психическим состоянием заболевшего, переживают о том, что их сын (дочь), после того как узнали о наличии у них СПИДа или ВИЧ-инфицированности, изменились по характеру - стали замкнутыми, перестали общаться с окружающими, большую часть времени начали проводить дома. Отмечают также нарушение сна и резкое ухудшение аппетита («почти перестали принимать пищу»). Обратившиеся, как правило, просят совета, как можно помочь своим больным детям, существуют ли специализированные центры и могут ли врачи «горячей линии» осуществлять консультации на дому.

Таким образом, лица с проблемами, связанными с наличием болезни, обращаются на «горячую линию» в фазе протеста и фазе дезорганизации. Причем в части случаев обращение связано с необходимостью получения совета по улучшению психического здоровья. В других - обратившиеся ищут психологическую поддержку либо в связи с наличием чувства обиды, гнева, либо с наличием чувства неуверенности при необходимости изменения прежних (привычных) моделей поведения. Несколько реже обращение связано с неприятием факта наличия неизлечимой болезни и высказываниями обвинений в адрес близких родственников или врачей, принимающих участие в оказании им помощи.

Обращения лиц с предположительным диагнозом «паническое расстройство» (первый приступ) — отнесение обратившихся по данной проблеме к группе индивидуально значимых чрезвычайных ситуаций обусловлено тем, что, как описывают лица с паническими атаками, именно во время первого приступа они впервые испытывают «животный страх смерти от остановки сердца», который не идентифицируют с психическим расстройством, а воспринимают как внезапно возникшее «резкое ухудшение состояния». Данная группа составляет 2% от общего количества обращений на «горячую линию». На обращения женщин приходится 70% от общего числа обратившихся по данной проблеме, на обращения мужчин - 30%.

Эти лица обращаются на «горячую линию» не позднее 1-2 суток после первой панической атаки. Как правило, сразу же после первой панической атаки обратившиеся осматриваются врачами общего профиля, которые не обнаруживают у них органической патологии сердечно-сосудистой системы и рекомендуют обратиться к психотерапевту (психиатру). Необходимо подчеркнуть, что отсутствие патологии сердечно-сосудистой системы не успокаивает обратившихся, так как они полагают, что «смерть может наступить от нервного перенапряжения», что и служит поводом для обращения на «горячую линию».

Обратившиеся предъявляют жалобы на внезапно возникающие приступы учащенного сердцебиения, боль в

области груди, сопровождающиеся чувством удушья и страхом смерти, с последующим усиленным потоотделением и обильным мочеиспусканием. Обратившиеся, как правило, задавали два последовательных вопроса: не являются ли эти симптомы проявлением заболевания сердца и может ли наступить внезапная смерть на высоте приступа. Получив отрицательный ответ на оба вопроса, обратившиеся, как правило, интересовались возможностью получения очной специализированной помощи.

Таким образом, при индивидуально значимых ЧС обращения на «горячую линию» связаны с необходимостью получения психологической поддержки при неприятии изменения социального статуса, наличии чувства вины, изменении социального статуса и привычных моделей поведения. В части случаев обращения связаны с необходимостью получения совета по улучшению психического состояния.

Следует отметить, что при индивидуально значимых ЧС на телефон «горячей линии» женщины обращаются в 3 раза чаще, чем мужчины.

Обращения, связанные с индивидуально значимыми событиями, по содержанию и характеру причин неоднородны и разделены на подгруппы.

а) Обращения, связанные с проблемой межличностных взаимоотношений. На данную подгруппу приходится наибольшее количество обращений, связанных с индивидуально значимыми травматическими событиями - 24,6%.

Отмечается преобладание обращений женщин - 81%, мужчины обращаются значительно реже - 19%. Обращения отличаются своей неоднородностью, в частности, к ним относятся обращения, связанные с семейными конфликтами, конфликтной ситуацией вне семьи, проблемами общения, социально-бытовыми и учебно-производственными конфликтами.

С проблемами взаимоотношений в семье чаще обращаются женщины, которые выражают свое недовольство супругом, который «не уделяет должного внимания семье», не

занимается воспитанием детей, а больше, чем следует, по их мнению, времени проводит на работе - 24,4%.

Другие (38,2%) высказывают подозрения о наличии у мужа «любовницы», о чем «догадывались» по его поведению, то есть, муж стал меньше внимания уделять ей и детям, часто бывает раздражительным, а порой и грубым по отношению к ней. Обратившиеся интересуются, как им быть в сложившейся ситуации, узнают о возможности прийти вместе с мужем (при его желании) на семейную консультацию.

Часть обращений связана с наличием межличностных конфликтов на работе - 12,2%. В частности, некоторые из обратившихся (преимущественно молодые женщины) высказывают свою озабоченность в связи с проблемами общения с начальником, который стал уделять им повышенное внимание и принуждать к сексуальным отношениям. Они не знают, как вести себя в сложившейся ситуации, напуганы. Эти женщины просят дать им конкретный совет, как вести себя в данной ситуации.

Также зафиксированы обращения от людей с проблемами установления межличностных отношений - 15,4%. При этом по этому поводу обращаются в основном девушки и юноши. Они сообщают о сложностях установления контактов с окружающими их людьми, в частности со сверстниками, излишнюю стеснительность при общении с лицами противоположного пола, называют себя «отставшими от жизни, закомплексованными». Просят провести с ними беседу, помочь советом.

Также следует отметить обращения, связанные с конфликтами между родителями и детьми. Чаще по этому поводу обращаются женщины, которые не могут найти общего языка со своим ребенком, - как правило, подросткового возраста. При этом обратившиеся очень обеспокоены существующими конфликтами, говорят о них крайне многословно, зачастую считая виновниками сложных взаимоотношений именно детей. Они настоятельно просят оказать им специализированную помощь по телефону, а также интересуются возможностью получения очной помощи вместе с ребенком.

б) Отдельную группу составили обращения, связанные с

проблемой одиночества – 3% от общего количества обращений. По данной проблеме гораздо чаще на «горячую линию» обращаются лица пожилого возраста, как мужчины, так и женщины. Часть обратившихся в начале беседы сразу сообщают, что у них нет никаких родственников, они живут одни, сами себя обслуживают или это делает изредка приходящий социальный работник. Эти лица желают «просто поговорить» с консультантом, чтобы тот их выслушал и посочувствовал. Другие, кроме жалоб на чувство одиночество, жалуются на сниженный фон настроения, нарушения сна, аппетита, наличие мрачных мыслей о будущем, нередко звучат суицидальные высказывания.

Некоторые из обратившихся в связи с ощущением своей «забытости и никому ненужности» имеют семью, взрослых детей, которые живут отдельно и крайне редко навещают обратившихся. Эти лица выражают обиду на своих детей за подобное отношение, в ходе беседы часто плачут, они хотят услышать от консультанта слова поддержки и сочувствия.

в) Обращения, связанные с заболеванием члена семьи, составляют 4% от общего количества обращений. 60% обратившихся - женщины, 40% - мужчины.

В данной подгруппе преобладают обращения лиц, член семьи которых заболел соматическим заболеванием (язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, осложненная кровотечением, бронхиальная астма, сердечная недостаточность, патология печени и почек, заболевания крови, эндокринная патология, а также заболевания центральной и периферической нервной системы), грозящим или уже приведшим к инвалидности.

Обратившихся в первую очередь интересуют вопросами прогноза этих заболеваний, методами их лечения и возможной профилактики, а также - при наличии изменений в психическом состоянии члена семьи - способами психологической разгрузки.

Обращения лиц с ранее диагностированным психическим расстройством составляют 5%. Из них обращения женщин составляют 68%, обращения мужчин - 32%.

Представители данной подгруппы жалуются на сниженный фон настроения, внезапно возникшее чувство тревоги, сопровождающееся сердцебиением, тремором, внутренним напряжением, сухостью во рту, с ощущением «кома в горле». Они не выражают обеспокоенность внезапностью возникновения данного состояния, в беседе многоречивы. Эти обратившиеся зачастую просят оказать им помощь лишь по телефону, причем как можно быстрее и с наибольшей эффективностью. При этом они обычно оспаривают многие высказывания консультанта.

Другую часть обратившихся составляют лица с жалобами на постоянно сниженное настроение, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, нарушения сна или сон, не приносящий отдых, плохой аппетит, утрату прежних интересов. В ходе беседы они высказывают жалобы на чувство внутреннего дискомфорта, склонность к мрачным размышлениям, сообщают, что хотя и справляются с повседневными обязанностями, но делают это крайне неохотно, через силу, и положительный результат не приносит чувства удовлетворения. Такие состояния, со слов обратившихся, длятся продолжительное время (от нескольких недель до нескольких месяцев) и лишь изредка сменяются хорошим состоянием, которое длится от нескольких дней до одной недели. Данную группу составляют преимущественно женщины в возрасте от 41 до 50 лет. Мужчины - гораздо реже, причем этой же возрастной категории. Отличительной особенностью этих лиц является нежелание обращаться за очной специализированной помощью, а у мужчин факт обращения к психиатру расценивается как «проявление слабости». Мужчины данной категории в два раза чаще, чем женщины, высказывают суицидальные мысли.

Обращения, связанные с проблемами зависимостей, составляют 19,4% от общего количества обращений.

Среди них преобладают обращения, связанные с проблемой злоупотребления алкоголем и наркотическими веществами. Достоверно чаще обращаются женщины среднего и пожилого возраста (81%).

Подавляющее большинство обращений (58%) поступает от женщин, чьи мужья злоупотребляют алкоголем. Они сообщают, что их мужья в течение продолжительного времени пребывают в запое либо принимают алкоголь систематически. При этом некоторые обратившиеся обеспокоены изменившимся психическим состоянием мужа, который во время запоя становится более раздражительным, агрессивным, оскорбляет жену в присутствии детей, угрожает им расправой, может ударить. При этом большинство из обратившихся сообщают, что их мужья не считают себя больными и не желают обращаться за помощью к специалисту. В данных ситуациях обратившиеся интересуются у консультанта, как можно заставить мужа обратиться за помощью. Другие женщины, чьи мужья были настроены на лечение, узнают, где можно получить специализированную помощь.

Также на «горячую линию» обращаются женщины, чьи дети (чаще сыновья) страдают алкогольной зависимостью (8%). Они интересуются, где можно получить помощь и как при нежелании больного лечиться сориентировать его на это.

Обращаются и сами лица, страдающие алкогольной зависимостью (18%), о чем они нередко сообщали консультанту. Обратившиеся жалуются на невозможность прервать запой, несмотря на тяжелое соматическое состояние. Другие же предъявляют жалобы на непреодолимую тягу к спиртному, постоянные мысли о «выпивке», нарушения сна.

Зафиксированы обращения лиц, которые находились в состоянии алкогольного опьянения. Речь их зачастую невнятная. Одни из них пытаются оскорбить консультанта, не желая получить помощь, другие же, напротив, осознавая наличие пристрастия к алкоголю, настроены на помощь.

Следует отметить обращения родственников лиц, страдающих наркотической зависимостью (чаще женщин, чьи дети страдают наркотической зависимостью), которые высказывают опасения за жизнь больного, интересуются, как им помочь, особенно, если они не желают получать помощь. Сами лица, страдающие наркотической зависимостью, обращаются



реже (4%).

Необходимо отметить обращения женщин (10%), чьи мужья страдают зависимостью от азартных игр (игровые автоматы, казино). Обратившиеся выражают обеспокоенность ухудшением материального положения семьи из-за пристрастия мужа к азартным играм.

Гораздо реже (2%) на «горячую линию» обращаются сами «игроманы», обеспокоенные имеющейся у них зависимостью.

Обращения, связанные с проблемой безработицы, составляют 2% от общего количества обращений. Данную группу составляют в основном лица среднего возраста (31-40 лет), то есть трудоспособные (из них на обращения женщин приходится 60%). Часть из них недавно потеряли работу (были уволены) и сами обращаются на «горячую линию» с жалобами на изменение своего психического состояния. В первую очередь они предъявляют жалобы на внутреннее напряжение, чувство тревоги, неуверенности в завтрашнем дне, испытывают чувство вины перед близкими за потерю работы. Просят у консультанта оказать им психологическую поддержку, а в ряде случаев и посоветовать, как найти поскорее работу.

Другая часть обратившихся сообщает, что уже в течение длительного времени не могут найти подходящую работу по специальности. Они также высказывают жалобы на снижение настроения, нарушения сна, переживают за близких, которые «вынуждены страдать из-за них». Некоторые выражают обиду и упреки в адрес правительства, которое не может предоставить им «достойного места» работы.

Таким образом, при индивидуально значимых событиях (в отличие от индивидуально значимых ЧС) обращения на «горячую линию» связаны лишь с необходимостью получения психологической поддержки при изменении социального статуса и привычных моделей поведения. Так же как и при индивидуально значимых ЧС, в части случаев обращения связаны с необходимостью получения совета по улучшению психического состояния.

К группе обращений, не связанных с индивидуально

значимым травматическим событием, относятся следующие обращения:

1) лиц с тревожно-мнительными чертами характера, которые нуждаются в постоянной психологической поддержке. Они не могут самостоятельно принять решение даже по простым житейским вопросам, как правило, стремятся обсудить свою проблему с кем-нибудь и зачастую перекладывают ее решение на консультанта;

2) лиц, состоящих на учете в психоневрологическом диспансере по поводу психического заболевания (шизофрении). Они, как правило, выражают недовольство и возмущения в адрес участковых врачей-психиатров, требуя снять имеющийся диагноз психического заболевания. Часть из них считают необходимым регулярно сообщать консультантам «горячей линии» о каждом новом факте прожитого ими дня. (Следует отметить, что обращения от душевнобольных, связанные с разъяснением вопросов назначенной им врачом-психиатром психофармакотерапии, вопросами инвалидности либо ухудшения их психического состояния, зафиксированы на «горячей линии» однократно и более не повторяются);

3) лиц, обращающихся на «горячую линию» в дни дежурств консультантов-женщин, с целью совершения во время беседы мастурбационного акта. Необходимо отметить, что представители данной подгруппы не скрывают, что во время беседы с врачом стремятся достичь оргазма и само осознание, что врач знает об этом, усиливает сексуальное возбуждение.

Эти подгруппы отнесены к группе так называемых «зависающих» абонентов. Следует подчеркнуть, что проблема «зависающих» абонентов существуют практически на всех «горячих линиях», оказывающих медико-психологическую помощь. На некоторых «горячих линиях» данная категория составляет около 30% всех обращений. Необходимо отметить, что «зависающие» абоненты стали появляться по мере того, как количество обращений на «горячую линию» стало увеличиваться. «Зависающие» абоненты, обращающиеся на «горячую линию» Центра, составляют не более 3% от общего

количества обращений. С нашей точки зрения, это обусловлено тем, что значительную часть обращений на «горячую линию» составляют обращения во время общественно значимых ЧС. Помимо этого следует подчеркнуть, что часть абонентов с вышеуказанными проблемами, получив разъяснения консультанта о специфике «горячей линии», в последующем к нам не обращаются.

Помимо вышеперечисленных, «на горячую линию» обращаются также с проблемами, не имеющими непосредственного отношения к ЧС:

1. Обращения, связанные с нарушением сексуальных отношений (нарушения половой принадлежности или сексуального предпочтения вызывают трудности в формировании или обеспечении отношений с сексуальным партнером). Наиболее часто с этими проблемами обращаются гомосексуалисты.

2. Обращения по юридическим проблемам (вопросы наследства, купли-продажи недвижимости и др.).

3. Информационные обращения (адреса медицинских лечебных учреждений, ПНД и др.)

Таким образом, анализ обращений на «горячую линию» вне общественно значимой ЧС показал следующее:

1. При индивидуально значимых ЧС обращения на телефон «горячая линия» связаны с необходимостью получения психологической поддержки при неприятии изменения социального статуса, наличии чувства вины, изменении социального статуса и привычных моделей поведения. В части случаев обращения связаны с необходимостью получения совета по улучшению психического состояния.

2. При индивидуально значимых событиях (в отличие от индивидуально значимых ЧС) обращения на «горячую линию» связаны лишь с необходимостью получения психологической поддержки при изменении социального статуса и привычных моделей поведения. Так же как и при индивидуально значимых ЧС, в части случаев обращения связаны с необходимостью получения совета по улучшению психического состояния.

Как в ЧС, так и вне этого периода женщины обращаются на «горячую линию» в три раза чаще, чем мужчины (74% женщин и 26% мужчин). Это, очевидно, обусловлено большей способностью (умением) женщин использовать предлагаемые виды помощи (эмпатические выслушивания и поддержка, разъяснение, побуждение к самостоятельному принятию решения и др.). Мужчины в своем большинстве не пользуются той помощью, которую может предложить общество, считая факт обращения к специалисту проявлением «слабости» и «безволия».

Прежде чем приступить к описанию особенностей оказания психолого-психиатрической помощи в ЧС по телефону «горячая линия», необходимо остановиться как на достоинствах, так и недостатках этого метода. К преимуществам психотерапевтической помощи по телефону относятся:

1. Доступность (для людей, не имеющих возможность прийти к врачу по причине инвалидности, наличия маленького ребенка, отсутствия средств).

2. Бесплатность (оплата является немаловажной причиной, ограничивающей обращение к врачу значительной части населения).

3. Конфиденциальность.

4. Анонимность (быстрее достигаются доверительные отношения, максимальная откровенность звонящего).

5. Ограничение средств коммуникации вербальным способом (вынуждает звонящего четче и конкретнее описать переживания, тем самым, помогая обратившемуся конкретизировать и осмыслить свою проблему и снизить эмоциональную напряженность).

6. Возможность в любой момент прервать разговор (обеспечивает чувство психологической безопасности).

7. Идеализация психотерапевта (большее доверие).

В то же время психотерапевтическая помощь по телефону имеет и свои недостатки:

1. Ограниченные диагностические возможности.

2. Недоступность помощи в случае занятой телефонной линии.

3. Ограничение средств коммуникации вербальным способом

(затрудняет работу консультанта, вынужденного определять состояние обратившегося и его динамику во время беседы только на слух. При отсутствии визуального контакта в ряде случаев бывает трудно достигнуть необходимой степени эмпатии).

4. Отсутствие обратной связи (врач не имеет возможности узнать, насколько он помог обратившемуся за помощью).

5. Идеализация психотерапевта (нереалистичные ожидания от психотерапевта и, как следствие, разочарование консультацией и возможные претензии).

В настоящее время во всем мире существует большое количество «горячих линий», цели и задачи которых довольно разнообразны. Тем не менее «горячие линии» представляют собой «телефонные службы, куда может обратиться нуждающийся абонент в поисках потенциального помощника по поводу возникшей проблемы или затруднительной жизненной ситуации, чтобы обсудить их или найти способ разрешения».

Изначально «горячие линии» представляли собой независимые учреждения, которые даже не имели (а некоторые не имеют и до сих пор) лицензии на право консультирования по «горячей линии». Эти учреждения, как правило, пользуются лицензией спонсирующих их учреждений и не всегда связаны с учреждениями здравоохранения.

В отличие от независимых «горячих линий», на «горячей линии» Центра им. В.П. Сербского работают исключительно врачи-психотерапевты (психиатры), и эта работа является их основной профессиональной деятельностью (на независимых же «горячих линиях», как правило, работают волонтеры, которые не имеют профессионального медицинского образования). Помимо этого, все врачи, работающие на «горячей линии», имеют опыт работы в чрезвычайных ситуациях и имеют соответствующую специальную подготовку (циклы усовершенствования по психиатрии чрезвычайных ситуаций).

В отличие от независимых «горячих линий», «горячая линия» Центра им. В.П. Сербского входит в состав государственного учреждения и финансируется за счет бюджета.

Как известно, независимые «горячие линии» не

поднадзорны и не подотчетны органам здравоохранения, в то время как «горячая линия» Центра поднадзорна и подотчетна органам здравоохранения.

«Горячую линию» Центра существенно отличает от независимых «горячих линий» содержание основополагающего документа - «Положения об отделении «горячая линия», которое регламентирует работу подразделения как одного из звеньев системы оказания психолого-психиатрической помощи в ЧС.

Рекламная деятельность актуальной «горячей линии» имеет свои особенности. В период общественно значимой ЧС номер «горячей линии» указывается в новостных программах основных государственных каналов телевидения. Вне периода общественно значимой ЧС телефонный номер «горячей линии» указывается в популярных теле- и радиопередачах, а также публикуется в прессе. Кроме того, во время повседневной работы консультант сообщает обратившимся о том, в каких случаях оказывается помощь по актуальной «горячей линии». Помимо этого (в отличие от других «горячих линий») консультант сообщает и о других формах оказания помощи, предлагаемых Центром населению (имеется в виду амбулаторная, стационарная помощь и консультация на дому).

В рекламной деятельности актуальной «горячей линии» исключена подача сведений о необходимости оказания помощи самой службе (привлечение волонтеров и призыв к денежным пожертвованиям).

Основные принципы работы. К основным принципам работы в первую очередь относится конфиденциальность. Под этим подразумевается, что при обращении на «горячую линию» каждый абонент должен быть уверен, что его обращение останется конфиденциальным. Этот принцип особенно важен для актуальной «горячей линии», так как пострадавшие в ЧС (в особенности мужчины) нередко обращение за психолого-психиатрической помощью расценивают как проявление «слабости и безволия».

Вторым принципом консультирования по «горячей

линии» признается анонимность консультанта. Под этим подразумевается, что консультант не должен сообщать абоненту сведения, касающиеся его личной жизни. Как указывают американские авторы, «это правило установлено для обеспечения безопасности консультанта» (защитить его от разного рода домогательств и посягательство со стороны абонента) и чтобы избежать любых очных отношений с абонентом, к которым консультант не подготовлен» (имеется в виду уровень подготовки волонтеров).

Безусловно, принимая данное положение, необходимо отметить, что в части случаев, когда мы беседовали с больными по телефону, то приглашали их на очную беседу (на амбулаторный прием в поликлиническое отделение). Очевидно, приглашением на очную беседу принцип анонимности в понимании «принципов работы на независимых «горячих линиях» не нарушался, так как психиатр «воздерживался от любого описания своей личности и не оказывался в роли не подготовленного должным образом человека, бесконтрольно осуществляющего не свою работу».

Третьим принципом при работе на «горячих линиях» признается надежность. Под этим подразумевается положение о том, что консультант должен принимать обращения в любое время. Этот принцип представляется нам значимым, так как на актуальную «горячую линию» время от времени обращаются лица, которые проверяют, действительно ли данная служба работает круглосуточно и можно ли на нее положиться в случае необходимости. Необходимо отметить, что принцип надежности в работе актуальной «горячей линии» заложен изначально, так как она работает круглосуточно.

Что касается самого процесса консультирования, то здесь необходимо отметить, что одним из основных психологических методов консультирования является активное выслушивание без «назидательного и морализаторского отношения». Именно этот метод признан в настоящее время наиболее приемлемым при консультировании по «горячей линии».

При активном выслушивании используются такие приемы, как поощрение, повторение, отражение и обобщение.<sup>1</sup>

Одной из этапных целей, которую ставит перед собой активное выслушивание, является по возможности раннее выяснение вопроса, к какому виду относится данное обращение - является ли оно информационным, консультативным или требует кризисной интервенции.

Необходимо заметить, что ряд абонентов (особенно это касается лиц с депрессивными расстройствами, мужчин и личностей с алекситимией) не готовы к активному предъявлению жалоб и свободному изложению проблемы. Они нуждаются в постоянной стимуляции и предпочитают отвечать на конкретные вопросы наводящего характера. В то же время другие обращающиеся слишком активно ведут беседу, отвлекаются на малозначимые темы, преподнося слишком много информации. При работе с такими абонентами консультант должен более активно вести беседу, постоянно направляя ее в нужное русло уточняющими вопросами.

Активное выслушивание проводится с эмпатических позиций. «Вчувствование», забота, открытость и объективность, проявляемые консультантом, дают возможность перехода к стадии выяснения (стадии, когда обратившийся с помощью консультанта начинает понимать проблемную ситуацию и обращать внимание на имеющиеся расхождения между чувствами и поступками).

И, наконец, в отличие от других «горячих линий»,

<sup>1</sup> Поощрение ставит перед собой цель продемонстрировать заинтересованность консультанта и поддержание у абонента стремления к рассказу. Повторение дает возможность продемонстрировать абоненту, что консультант фиксирует факты и не теряет нить беседы. Отражение демонстрирует, что консультант понимает эмоциональное отношение абонента к излагаемым фактам. Обобщение дает возможность консультанту заложить основу для дальнейшего обсуждения вопроса.



консультанту во время беседы приходится принимать решение о необходимости проведения очной консультации. После принятия соответствующего решения консультант сообщает о своем решении абоненту и предлагает ему прийти на очную консультацию. Причем консультант служит своеобразным проводником, который заверяет абонента в том, что принципы доверительности и конфиденциальности (сохранение в тайне «посещения психиатра») при очном консультировании будут соблюдены.<sup>2</sup>

Таковы особенности, достоинства и недостатки, а также основные принципы оказания психолого-психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях по телефону «горячая линия».

В заключении необходимо отметить, что круглосуточный анонимный телефон «горячая линия» является важным составным модулем системы оказания помощи в чрезвычайных ситуациях, способствующим существенному увеличению возможности охвата пострадавшего населения специализированной помощью. Телефон «горячая линия» является востребованной формой психолого-психиатрической помощи различными категориями населения как в период общественно значимой ЧС, так и вне ее. Более того, целесообразно внедрять аналогичные службы во всех крупных городах (областных и районных центрах) с учетом разработанных нами рекомендаций.



<sup>2</sup> Для углубления доверительных отношений абоненту предлагалось прийти на очный прием под вымышленной фамилией. Необходимо отметить, что абоненты которые решались прийти на очный прием предпочитали получить очную консультацию у «знакомого доктора».