

# ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОМАТИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ УЧАСТИЯ В ЛИКВИДАЦИИ ПОЖАРОВ ПОВЫШЕННОГО РАНГА СЛОЖНОСТИ

**Ю.Ю. Стрельникова, кандидат психологических наук, доцент.  
Санкт-Петербургский университет ГПС МЧС России**

Представлены результаты исследования психологических и соматических последствий ликвидации пожаров повышенного ранга сложности у сотрудников федеральной противопожарной службы МЧС России в сравнении с контрольной группой. Проанализированы психотравмирующие ситуации профессиональной деятельности, изменения личности и эмоционального состояния, вегетативные и постстрессовые реакции, а также показатели заболеваемости.

*Ключевые слова:* психическая адаптация, пессимистичность, эмоциональная лабильность, ригидность, заболеваемость

## THE PSYCHOLOGICAL AND SOMATIC EFFECTS OF PARTICIPATION IN FIGHTING INCREASED COMPLEXITY FIRES

Yu.Yu. Strelnikova. Saint-Petersburg university of State fire service of EMERCOM of Russia

The results of research employees' the Federal border guards service of EMERCOM of Russia psychological and somatic effects of participation in fighting increased complexity fires are presented in comparison with control group. Traumatic situations of the professional activity, changes in the personality and emotional state, vegetative and post-stress reactions, morbidity are analyzed.

*Keywords:* mental adaptation, pessimistic, emotional lability, rigidity, disease incidence

Экстремальные условия профессиональной деятельности сотрудников федеральной противопожарной службы (ФПС) МЧС России могут способствовать развитию психической дезадаптации, соматических заболеваний и сокращению профессионального долголетия опытных специалистов. Экстремальные условия складываются из комплекса психотравмирующих факторов:

1) специфически-профессиональных (стрессоры опасной и продолжительной работы при ликвидации пожара, в том числе спасение пострадавших, извлечение мертвых тел, угроза собственной жизни и здоровью; ненадежность технических средств защиты; обрушение конструкций; тушение пожаров в ограниченном пространстве, подвалах, туннелях, на морских и речных судах, особо опасных объектах и др.). В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 22 июля 2008 г. № 123-ФЗ «Технический регламент о требованиях пожарной безопасности» пожары классифицируются по виду горючего материала, по сложности тушения и опасным факторам пожара. По сложности тушения пожары подразделяют на ранги (номера), определяющие состав сил и средств подразделений пожарной охраны и других служб, необходимых для ликвидации пожара [1];

2) ситуационно-психогенных:

– физических стрессоров (открытый огонь, тепловое излучение, перегревание, перепады температуры, пониженное содержание кислорода, высота, низкая освещенность, задымленность, шум, вибрация, вспышки, взрывы, оксид углерода, токсические продукты горения и термического разложения, и др.);

– социально-психологических (ограниченное время для принятия ответственных решений, непредсказуемость текущей обстановки, противоречивость поступающей

информации, длительное ожидание опасности, вид разрушений и насильственной смерти и др.);

3) личностных:

– биологических (обезвоживание организма, тепловой удар, ожоги кожи и дыхательных путей, отравление продуктами горения, физическая и сенсорная перегрузка, нарушение ритма сна и бодрствования, хронические заболевания в анамнезе и др.);

– индивидуально-психологических (идентификация погибшего с собой или своими родственниками, страх боли, ранения, увечья, дезинтеграционный страх, скорбь в связи с потерей сослуживцев, предшествующий травматический опыт и др.).

В континууме негативных, адаптивных и позитивных изменений комплексная психическая травматизация перечисленными факторами приводит к ранним и отдаленным последствиям ликвидации пожаров, затрагивая биологический (физиологический, соматический) и психосоциальный уровни адаптации личности. Понятие адаптация употребляется как для обозначения индивидуальных свойств человека, характеризующих его уровень соответствия и приспособленности к условиям среды (профессиональная адаптация), а также как процесс приспособления к меняющимся условиям существования (например, адаптация к стресс-факторам). Маклаков А.Г. ввел понятие «личностного адаптационного потенциала» – системного свойства личности, заключающегося в способности человека адаптироваться к условиям социальной среды и влияющего на успешность профессиональной деятельности. Александровский Ю.А. считает, что «психическая адаптация человека может быть представлена как результат деятельности целостной самоуправляемой системы, активность которой обеспечивается не просто совокупностью отдельных компонентов (подсистем), а их взаимодействием и «содействием», порождающими новые интегративные качества, не присущие отдельным образующим подсистемам» [2].

Подсистемы могут быть объединены в три взаимосвязанных функциональных уровня:

– физиологический (вегетативная и эндокринно-гуморальная регуляция деятельности внутренних органов и поведения в целом, тип высшей нервной деятельности, наследственно-конституциональные факторы и др.);

– психологический (мотивационная и эмоционально-волевая регуляция поведения, темперамент и самооценка личности, уровень интеллекта и нервно-психической устойчивости, копинг-стратегии, травматический опыт в анамнезе и др.);

– социальный (принятие групповых и нравственных норм, способы решения конфликтных ситуаций, коммуникативный опыт, наличие социальной поддержки и др.).

Успешность адаптации определяется адекватным функционированием всех уровней, пока требования внешней среды не достигнут определенного адаптационного барьера – условной границы параметров внешней среды (в том числе профессиональной), за которой нормальная адаптация невозможна. При этом, как считает Ю.А. Александровский, роль биологических и социально-психологических факторов в развитии состояний дезадаптации не равнозначна. Каждый из них может явиться толчком к началу эмоционально-стрессовой и невротической реакции, декомпенсации акцентуированных и патологических черт личности, однако возникновение пограничного состояния и его особенности будут определяться всей адаптационной системой личности. Он также подчеркивает, что нарушения психической адаптации обязательно включают «взаимосвязь собственно психических расстройств с вегетативными дисфункциями, а также взаимосвязь соматических расстройств с личностно-типологическими особенностями личности» [2].

Китаев-Смык Л.А. указывает, что при кратковременном стрессе и в начале длительного стресса симпатическая вегетативная нервная система (ВНС) обеспечивает эрготропную функцию и активизацию аффективно-поведенческих реакций (активных или пассивных). Длительное воздействие стресс-факторов практически у всех людей вызывает пассивное поведенческое реагирование, сопровождаемое активацией вегетативной защиты. «Экстремальный стимул – это первичный стрессогенный фактор. Накопление информации

о неуспешности «комплексов» активного реагирования и о незавершенности гомеостатических процессов становится вторичным экстремальным стрессогенным фактором. Он усиливает мобилизацию глубоких адаптационных резервов и перестройку функциональных систем организма. При этом на смену более специализированной поведенческой защите приходит усиление вегетативной активности с широким фронтом «защиты» [3]. Превентивно-защитные (физиологические) реакции – это предшественники соматических (телесных) болезней. При интенсивном и длительном аффективном напряжении нормальные защитные физиологические реакции принимают патологический характер, неизбежно обуславливая соматоформную дисфункцию вегетативной нервной системы (СВД). СВД сопутствует психофизиологическим реакциям на стресс, расстройствам адаптации, психосоматическим заболеваниям, посттравматическому стрессовому и тревожно-депрессивному расстройствам (МКБ-10, раздел F45.3).

Вегетативные дисфункции входят в структуру синдрома психоэмоционального напряжения, описанного Ц.П. Короленко в 70-х гг. прошлого века [4]. Для его физиологической формы характерно симпатикотоническое преобладание локальных стрессовых вегетативных реакций, сопровождающихся усилением сердечно-сосудистой (гемоциркулярной) функции (повышением артериального давления (АД), увеличением силы и частоты сердечных сокращений и др. Длительное состояние дистресса может трансформировать защитную форму кардиоваскулярного стрессового реагирования в заболевания сердечно-сосудистой системы (ишемическую болезнь сердца (ИБС), гипертоническую болезнь (ГБ) [3]. При этом многие исследователи (М. Fridman, R. Rosenman, 1959; А. Ostfield, А. Lebovitz, 1964; Z. Askanas, D. Liszewska, J. Tylka, 1970; W. Lajosch, 1976; В.И. Симовенков, 1980; Е.И. Соколов, 1987 и др.) отмечают психологические особенности людей, провоцирующие и усугубляющие сердечно-сосудистые заболевания: неразрешимый внутренний конфликт, беспокойство и депрессия со страхом критики, трудоголизм, высокие притязания, отсутствие удовлетворенности и радости от завершения работы, чувство вины во время отдыха, эмоциональная лабильность, подозрительность, потребность в доминировании, агрессивность, низкая толерантность и др. Длительное гипервозбуждение симпатического отдела ВНС на фоне отягощенной наследственности может трансформироваться в заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ): дуоденогастральный рефлюкс, желчнокаменная болезнь (О.В. Самарина, 1996), хронический панкреатит, гастродуоденит (Л.А. Дулькин, И.Н. Лупан, О.Б. Скопцова, 1991).

При патологической форме синдрома психоэмоционального напряжения наблюдается ваготоническая (парасимпатическая) направленность вегетативных сдвигов, сопровождающаяся снижением общей активности, апатией, депрессивными и ипохондрическими проявлениями, патологией со стороны ЖКТ (язвенная болезнь 12-перстной кишки, хронический колит). При этом отмечено, что лица с тревожно-мнительными чертами, с высокой личностной тревожностью отвечают на стресс максимально выраженными, полисистемными вегетативными сдвигами.

Таким образом, нарушения психической адаптации подчиняются общим закономерностям:

- положительные сдвиги психофизиологического функционирования возникают только на первых фазах общего адаптационного синдрома (повышение общей активности личности и функциональных возможностей организма за счет внутренних ресурсов);

- первым в экстремальных условиях проявляется эмоционально-поведенческий субсиндром, затем следует вегетативный, когнитивный и социально-психологический субсиндромы;

- длительный и интенсивный стресс, психотравмирующие ситуации истощают адаптационный потенциал личности и приводят к возникновению пограничных состояний, невротических и психопатологических реакций, посттравматических стрессовых расстройств, вегетативных дисфункций и психосоматических заболеваний;

– как правило, психическая дезадаптация сопровождается пассивным поведенческим реагированием, депрессией, повышенной тревожностью, нарушением социального функционирования.

Цель исследования – дифференцированная оценка психологических и соматических последствий воздействия экстремальных условий профессиональной деятельности разной степени сложности на сотрудников ФПС МЧС России. Объект исследования – сотрудники ФПС МЧС России:

1. Экстремальная группа (n=62) – мужчины, средний возраст (30,6±6,7) лет, участвовавшие в ликвидации пожаров повышенного (№ 3–5) ранга сложности (в том числе на морских и речных судах).

2. Контрольная группа (n=50) – мужчины, средний возраст (31,9±6,2), участвовавшие в ликвидации пожаров низкого (№ 1–2) ранга сложности.

Для изучения психологических изменений использовались стандартизированная многофакторная методика исследования личности (СМИЛ) Л.Н. Собчик, тест М. Люшера и опросник травматического стресса (ОТС) И.О. Котенева.

При сборе анамнеза учитывались:

- частота встречаемости стрессовых (психотравмирующих) ситуаций в течение всего стажа профессиональной деятельности (опросник стрессовых ситуаций пожарных);
- степень никотиновой зависимости (количество выкуриваемых сигарет в день);
- частота и регулярность занятий спортом.

Изучался тонус вегетативной нервной системы (стандартизированное интервью для обнаружения жалоб со стороны органов и функциональных систем организма, опросник для выявления симптомов вегетативной дисфункции, осмотр, регистрация и оценка в баллах внешних объективных вегетативных показателей – АД, частота пульса и дыхания, состояние кожи, глаз, терморегуляция, масса тела, аппетит, слюноотделение, отеки). Проводился анализ общей заболеваемости (частота и длительность нетрудоспособности за год без уточнения нозологических форм патологии).

Для оценки достоверности различий применялся t-критерий Стьюдента, учитывались статистически значимые различия с уровнем не ниже 95 % ( $p \leq 0,05$ ). Результаты значимых отличий психологических и соматических изменений у сотрудников ФПС МЧС России отражены в таблице.

Профили СМИЛ обеих групп находятся в нормативном диапазоне 45–60 Т-баллов (рис.), значимые отличия выявлены по 2, 3, 6 шкалам.



Рис. Профили СМИЛ сотрудников ФПС МЧС России контрольной и экстремальной групп

Таблица. Психологические и соматические последствия ликвидации пожаров различного ранга сложности у сотрудников ФПС МЧС России

Признак	M ± σ		p <
	экстремальная	контрольная	
Занятия спортом	1,7 ± 0,7	1,2 ± 0,4	0,01
Количество случаев заболеваний за год	3,8 ± 1,1	2,0 ± 1,0	0,01
Длительность нетрудоспособности за год (сут.)	14,6 ± 1,0	7,3 ± 0,5	0,02
Степень никотиновой зависимости (сигарет/день)	20,3 ± 0,7	15,4 ± 0,6	0,04
Стрессовые ситуации профессиональной деятельности (количество случаев):			
– пожары повышенного ранга сложности, в ликвидации которых принимали участие	9,4 ± 0,9	0,2 ± 0,2	0,01
– травмы при ликвидации пожара	0,2 ± 0,4	0,0 ± 0,0	0,01
– количество пожаров с погибшими	8,2 ± 1,1	0,1 ± 0,4	0,01
– количество пожаров с пострадавшими	9,3 ± 1,0	0,1 ± 0,3	0,01
– гибель в Вашем присутствии сослуживца	0,4 ± 0,6	0,0 ± 0,0	0,01
– гибель в Вашем присутствии незнакомого взрослого	6,5 ± 4,5	0,1 ± 0,3	0,01
– гибель в Вашем присутствии ребенка	0,5 ± 0,5	0,0 ± 0,0	0,001
– количество воздействий взрывной волны	1,3 ± 0,7	0,0 ± 0,0	0,001
– тушение пожара в тесном пространстве	1,2 ± 1,2	0,0 ± 0,0	0,001
– истощение запаса воздуха в СИЗОД при нахождении в непригодной для дыхания среде	0,3 ± 0,7	0,0 ± 0,0	0,001
СМИЛ, шкала, T-балл:			
– 2-я (пессимистичность)	54,9 ± 9,4	49,5 ± 4,7	0,01
– 3-я (эмоциональная лабильность)	56,4 ± 8,0	50,0 ± 3,7	0,01
– 6-я (ригидность)	55,3 ± 8,0	50,9 ± 2,8	0,01
Тест М. Люшера, цвет, балл:			
– ВК (вегетативный коэффициент)	0,6 ± 0,5	1,0 ± 0,4	0,01
– СО (суммарное отклонение)	21,6 ± 1,7	10,3 ± 0,7	0,001
Вегетативный тонус, балл:			
– симпатическая реакция со стороны ЖКТ	51,3 ± 7,7	25,1 ± 0,9	0,01
– парасимпатическая реакция со стороны ЖКТ	48,9 ± 7,5	75,0 ± 0,0	0,01
– симптомы вегетативной дисфункции	7,0 ± 4,4	3,7 ± 3,1	0,01
ОТС, шкала, балл:			
– Ag (агравация)	63,8 ± 9,4	53,9 ± 7,7	0,01
– Di (диссимуляции)	47,5 ± 10,9	25,7 ± 7,8	0,001
– A (психотравмирующее событие)	65,4 ± 10,7	46,5 ± 5,0	0,01
– B («вторжения»)	53,3 ± 4,9	32,5 ± 3,8	0,001
– C («избегания»)	64,6 ± 9,6	50,2 ± 13,2	0,01
– D («гиперактивации»)	36,0 ± 4,3	28,3 ± 3,2	0,03
– F (дистресс)	66,8 ± 7,3	43,9 ± 8,8	0,001
– ПТСР (посттравматическое стрессовое расстройство)	64,7 ± 3,4	37,9 ± 2,8	0,001
– depress	44,9 ± 8,1	34,0 ± 2,9	0,01
– b (диссоциация)	49,6 ± 11,6	40,0 ± 5,2	0,01
– c («вторжения»)	53,0 ± 7,1	37,3 ± 11,3	0,001
– d («избегания»)	44,4 ± 5,8	35,0 ± 3,7	0,01
– e («гиперактивации»)	39,0 ± 8,1	34,0 ± 11,5	0,02
– f (дистресс)	67,3 ± 9,2	49,3 ± 10,4	0,001
– ОСР (острое стрессовое расстройство)	53,3 ± 4,9	38,5 ± 7,7	0,01

Целостная оценка профиля экстремальной группы отражает характеристики смешанного типа реагирования (ведущие пики по 3, 6, 9 шкалам), при котором лабильность эмоций, высокий уровень притязаний сочетаются со сдержанностью поведенческих реакций,

эгоцентрические тенденции – с конформизмом, агрессивность – со стремлением импонировать окружающим. В этом случае усиливается внутреннее напряжение, так как перекрываются каналы как невротического, так и поведенческого типа отреагирования эмоций, а внутренний конфликт проявляется психосоматическим вариантом дезадаптации, мишенью которой оказывается наиболее слабое звено какой-либо из функциональных систем организма (сердечно-сосудистой, нервной, пищеварительной и др.). В ситуации стресса лицам с высокой (70–75 Т) третьей шкалой (14,8 % сотрудников первой группы) свойственны выраженные вегетативные реакции, разнонаправленные яркие эмоции, преобладающие над рациональностью, а в сочетании с повышенной 9 шкалой – нецеленаправленная активность. Психологические защитные механизмы проявляются двояко:

- 1) в виде вытеснения из сознания негативной информации;
- 2) трансформации тревоги на биологическом уровне в функциональные нарушения систем (или отдельных органов). Сочетаясь, эти механизмы создают почву для соматоформной вегетативной дисфункции и психосоматических заболеваний. При выраженной реалистичности жизненной позиции они отличаются неустойчивостью самооценки, стремятся преуспеть, в основном, за счет помощи других, болезненно реагируя на неудачи и преувеличивая минимальные успехи. При этом повышенные (60–70 Т) значения 6 шкалы характеризуют 39,3 % сотрудников ФПС МЧС России как упорных, практичных, но проявляющих ригидность в ситуациях, требующих быстроты реакции и принятия решений. В качестве защитных механизмов, снимающих внутреннее напряжение, используются:

- 1) рационализация с обесцениванием фрустрированной потребности;
- 2) отреагирование вовне по внешнеобвиняющему типу. При давлении обстоятельств 4,9 % лиц (6 шкала на уровне 75–80 Т) не идут на компромисс, проявляя враждебность и противодействуя окружающим, поэтому возможным психосоматическим вариантом дезадаптации может быть нарушение деятельности сердечно-сосудистой системы (например, в виде артериальной гипертензии) и иммунной системы (аллергические реакции).

Учитывая разнообразие психотравмирующих факторов, воздействующих на сотрудников ФПС МЧС России первой группы (табл.), можно предположить, что подъем профиля по шкале пессимистичности связан с постстрессовыми реакциями. При интерпретации индивидуальных случаев следует учитывать, что конфигурация с ведущими шкалами гипостенического регистра (выше 70 Т) выявляет невротический вариант дезадаптации или декомпенсацию личности в сторону усиления тормозимых реакций. Депрессивный тип реагирования на психотравму чаще развивается на почве личностной predisposition: слабого типа высшей нервной деятельности, личностной тревожности, самокритичности, низкой самооценки. Совместный подъем 2, 9 шкал, отмеченный в профиле экстремальной группы, означает склонность к ситуативно недетерминированным перепадам настроения.

Средние значения по ОТС контрольной группы находятся в диапазоне 25–50 Т-баллов (табл.), следовательно, у них отсутствует симптоматика острого и посттравматического стрессового расстройства (ОСР и ПТСР). Данный факт может объясняться меньшим (по интенсивности и длительности) воздействием на них профессиональных стресс-факторов, лучшей адаптированностью или более высоким уровнем подготовки к экстремальным ситуациям. На момент обследования профиль ОТС экстремальной группы не превышает нормативный разброс и находится в диапазоне 40–70 Т, с ведущими пиками по шкалам «симптомы вторжения» (53 Т), «избегания» (65 Т) и «дистресса» (67 Т), низкими значениями по шкале «симптомы гиперактивации» (36 Т). Из этого можно заключить, что сотрудников ФПС МЧС России, принимавших участие в ликвидации пожаров повышенного ранга сложности, периодически беспокоят повторяющиеся воспоминания, мысли, сновидения, ассоциированные с травмой, сопровождающиеся нерезко выраженным чувством тревоги и физиологическими реакциями. Они более склонны избегать стимулов, ассоциированных с психотравмирующей

ситуацией, чем сотрудники контрольной группы. При этом у 39 % обследованных эти симптомы ярко выражены (65–70 Т) и проявляются в виде стремления активно избегать разговоров, людей и деятельности, связанных с пережитым потрясением, неосознанно дистанцироваться от мыслей и чувств, чтобы уменьшить силу эмоционального реагирования. У четырех человек из числа сотрудников экстремальной группы (6,5 %) имеется вероятность клинически выраженных симптомов (85 Т).

Симптомы дистресса проявляются в нарушении психологической адаптации, снижении работоспособности, ухудшении качества жизнедеятельности в целом, пессимистичной оценке настоящего и будущего. При этом у 36 % сотрудников из числа экстремальной группы эти симптомы проявляются особенно ярко (на уровне 65–70 Т), а у 21 % вероятно наличие клинически выраженных симптомов (75–80 Т). Вместе с тем диагноз «частичного» ПТСР (значения на уровне 70–75 Т) вероятен у 44,3 % сотрудников ФПС МЧС России, принимавших участие в ликвидации пожаров повышенного ранга сложности.

Оценивая соматический статус обследованных экстремальной группы, можно сказать, что они чаще и длительнее болеют (в среднем, 4 раза в год по 2 недели), у них выше травматизм при исполнении служебных обязанностей и более выраженное пристрастие к никотину, по сравнению с контрольной группой. Видимо, это связано с хронически накопившимся утомлением и перенапряжением адаптационных механизмов (центральной нервной, иммунной и эндокринной систем), а также со стремлением снизить стрессовое напряжение путем курения сигарет.

Данное предположение косвенно подтверждают, выявленные по тесту М. Люшера, повышенный уровень непродуктивной напряженности и сниженная нервно-психическая устойчивость ( $CO=21,6\pm 1,7$ ;  $BK=0,6\pm 0,5$ ) сотрудников ФПС МЧС России первой группы. Для них характерны повышенное утомление, раздражительность, «застревание» на эмоциональном переживании, и, как следствие, непродуктивность профессиональной деятельности и ненадежность при чрезвычайной ситуации. Своевременный отдых, разноплановые релаксирующие и восстановительные процедуры могут предотвратить развитие более выраженных негативных состояний и психосоматических заболеваний, явлений дезадаптации и случайного травматизма.

Описанное психологическое состояние также подтверждается данными вегетативного статуса (табл.). У сотрудников ФПС МЧС России экстремальной группы выявлено преобладание симпатической реакции со стороны ЖКТ, в отличие от контрольной группы, где более выражены парасимпатические реакции ЖКТ. Симптомы вегетативной дисфункции не достигают уровня клинически выраженных расстройств, но чаще отмечаются у сотрудников ФПС МЧС России, участвовавших в ликвидации пожаров повышенного ранга сложности.

Таким образом, выполнение служебных задач в особо сложных условиях (повышенный ранг сложности тушения пожара) негативно влияет на психологическое и соматическое здоровье сотрудников ФПС МЧС России.

К негативным последствиям участия в ликвидации пожаров повышенного ранга сложности относятся: усиление пессимистичности, эмоциональной лабильности, ригидности, психического утомления, эмоционального напряжения, появление отдельных симптомов ПТСР («вторжения», «избегания», «дистресса»), вегетативной дисфункции, увеличение частоты и длительности заболеваемости, травматизма.

В норме сбалансированность личности достигается тем, что выраженной негативной тенденции противопоставляется антитенденция как защитная, компенсаторная реакция. У большинства (около 60 %) сотрудников ФПС МЧС России пессимистичность, пассивность и эмоциональная лабильность компенсируются стеничными чертами (ригидностью и оптимистичностью). Это позволяет им справляться с профессиональной деятельностью в пределах сложившихся требований, однако приводит к перенапряжению адаптационных механизмов, которое в последующем может проявиться в невротических реакциях, соматоформной вегетативной дисфункции или психосоматических заболеваниях. Причем

для сотрудников ФПС МЧС России, участвовавших в ликвидации пожаров повышенного ранга сложности, при продолжающейся служебной деятельности и отсутствии адекватной реабилитации более вероятно развитие заболеваний сердечно-сосудистой системы и ЖКТ (гастродуоденит, желчнокаменная болезнь).

Ввиду имеющегося психосоматического статуса и отдельных симптомов ПТСР, рекомендованы разноплановые медико-психологические мероприятия: медицинское обследование и лечение соматической патологии (в том числе очагов хронической инфекции), релаксационные процедуры, индивидуальное консультирование и психотерапия (когнитивно-бихевиоральная, клиент-центрированная, гештальт-терапия, символдрама и др.). Показана помощь в структурировании и выражении переживаний, ситуативно-образном отреагировании психотравмирующих эпизодов, разблокировании телесных ощущений (с помощью техник телесно-ориентированной терапии, гештальт-терапии, поэтапной терапии Горовитца и др.), а также аутогенная тренировка, массаж (общий, точечный), термовосстановительные и водные процедуры.

Поскольку негативные последствия воздействия экстремальных факторов профессиональной деятельности приведут к ухудшению состояния здоровья и сокращению профессионального долголетия сотрудников ФПС МЧС России, необходимо реабилитационные медико-психологические мероприятия проводить в максимально ранние сроки после участия в ликвидации пожаров повышенного ранга сложности.

### **Литература**

1. Технический регламент о требованиях пожарной безопасности: Федер. закон Рос. Федерации от 22 июля 2008 г. № 123-ФЗ (в ред. от 10 июля 2012 г. № 117-ФЗ, от 2 июля 2013 г. № 185-ФЗ). Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: учеб. пособие. М.: Медицина, 2000. 496 с.
3. Китаев-Смык Л.А. Организм и стресс: стресс жизни и стресс смерти. М.: Смысл, 2012. 464 с.
4. Короленко Ц.П. Психофизиология человека в экстремальных условиях. Л.: Наука, 1978. 271 с.