**Медицинские работники в чрезвычайных ситуациях**

**И**нтерес к коллективным формам поведения обусловлен необходимостью адекватно влиять на различные его проявления и умело предупреждать нежелательныереакции.   
Совершенно очевидно, что эта проблема непосредственно касается специалистов в областях социальной психологии, социологии, политологиии т.п. Однако для решения части задач с целью уточнения влияния различных людей на коллективное поведение могут привлекаться и психиатры.   
Это особенно важно при разработке вопросов, включаемых в рамки психиатрии катастроф. Перед специалистами, работающими в этой области,наряду с оказанием психолого-психиатрической помощи при индивидуальных реакциях, важными становятся поиски способа воздействия на дезорганизованноеповедение всей массы пострадавших, поддержание оптимального уровня трудоспособности лиц, участвующих в спасательных работах. Очевидно, в этом изаключается одна из особенностей деятельности специалистов в области психиатрии катастроф.   
При анализе доступной литературы обратил на себя внимание тот факт, что проблемы группового, коллективного поведения при катастрофах, как ивопросы трудоспособности, почти не разработаны. Вероятно, изучение этих проблем при экстремальных ситуациях в ближайшее время будет более интенсивным.   
В настоящем сообщении предпринята попытка обобщить некоторые данные по реакциям, поведению и трудоспособности медицинских работников причрезвычайных ситуациях (ЧС). С использованием наблюдения, опроса, ретроспективного анализа было изучено поведение медицинских работников приаварии на Чернобыльской АЭС и землетрясениях.   
Для медицинских работников авария на Чернобыльской АЭСпотребовала приложения их знаний и навыков. Конвенциональные обязанности, профессиональная деятельность по оказанию помощи способствовали тому, чточувство тревоги отходило на второй план или игнорировалось. Групповая солидарность, соблюдение групповых норм поведения и обязанностей обусловили то,что в ситуации "угрозы жизни и здоровью" медицинские работники сохранили довольно высокий уровень работоспособности. Те из них, кто оказался визоляции и не смог объединиться с группой, испытывали тревогу и покинули город. Медицинский персонал Центральной районной больницы (ЦРБ) продолжал своюдеятельность, хотя обычный ход работ многократно прерывался из-за того, что персонал собирался группами, обсуждал создавшуюся ситуацию. Эти группыорганизовывались спонтанно, в них исчезали барьеры административной и персональной иерархии, каждый мог высказать свое мнение.   
Главный врач ЦРБ проявил профессионализм и известную самостоятельность. В ЧС выявились его качества административного инеформального лидера. Работники ЦРБ, доверяя ему, обращались не только за распоряжениями по поводу деятельности больницы, но и со своими личными просьбами и нуждами.Распоряжения и советы давались в императивной, лаконичной форме, что успокаивало и вселяло уверенность в рациональности распоряжения, совета.   
К моменту эвакуации отмечались элементы дезорганизованности, распада коллектива, попытки некоторых лиц получить для себя определенныевыгоды. Сам момент эвакуации вызвал резкое усиление раздражения, недовольства, высказывались различные требования, претензии. Значительная часть семей быларазделена, что усиливало психоэмоциональное напряжение, причем доминирующей эмоцией оставалась тревога. Высокий уровень психоэмоционального напряжениязатруднял нормальные взаимодействия, в значительной степени способствовал проявлению эгоистических тенденций; медицинские работники слились с основноймассой пострадавших, а их поведение ничем не отличалось от поведения остальных жертв катастрофы.   
Поведение медицинских работников в момент землетрясения определялось императивом выжить и не отличалось от поведения остальной частинаселения. Наиболее тяжелые эмоциональные и когнитивные нарушения имели место в первые дни после катастрофы, когда наряду с перенесенным страхом наблюдалисьреакции горя, вызванные потерями родственников, друзей, соседей, утраты жилища и имущества. Типичные для острого воздействия реакции, сменяющие друг друга, взначительной степени снижают трудоспособность и качество профессиональной деятельности.   
Конфликт между ролью медицинского работника, его представлениями о деятельности по оказанию помощи и ролью члена семьи, вкоторой имеются жертвы, также значительно снижает трудоспособность медицинского работника в течение значительного периода после экстремального воздействия.   
"Медицинская иерархическая лестница" (главный врач, заведующий отделением, врач, медсестра) оставалась, однако она была формальной.Практически полностью отсутствовала инициатива самостоятельной организации оказания помощи пострадавшим.   
Скорее медицинские работники начинали работать как единая система в связи с неоднократными настойчивыми обращениями к ним пострадавшегонаселения.   
Взаимодействие внутри пострадавшей группы медицинских работников характеризовалось сосредоточенностью на совместном обсуждениипроисшедшего, проявлением сочувствия к тем, кто пострадал больше, и, как уже говорилось, они почти не выделялись из массы пострадавших. Тем не менее медикистарались обсуждать свои проблемы только в своей среде.   
Работники службы "скорой помощи", которые впервыестолкнулись со множеством пострадавших, испытывали потрясения, растерянность, неуверенность в своем профессионализме. Целый ряд неотложных мероприятийвыполняли с грубыми ошибками, что иногда приводило к тяжелым последствиям.   
После прибытия врачей службы медицины катастроф медицинскиеработники, пережившие ЧС, не стремились активно вступать с ними в контакт, приезд коллег рассматривали как возможность освобождения от выполнения своихпрофессиональных обязанностей. Осуществляя амбулаторный прием, даже при незначительных жалобах больного, доктора, пережившие ЧС, старались уклонитьсяот принятия самостоятельного решения и направляли пациентов к врачам службы медицины катастроф. Следует отметить, что лишь незначительная частьмедицинского персонала (главным образом среднего и низшего звена) активно обращалась за помощью к врачам спасательных бригад.   
Как показали дальнейшие наблюдения, это было связано с тем, что на первом этапе лица, пережившие ЧС, не осознавали снижение своегопрофессионального уровня, а имеющиеся у них расстройства (нарушение сна, ухудшение аппетита, повышение артериального давления, появление постоянноговнутреннего напряжения, тревоги, чрезмерная бдительность и др.) расценивали как естественную реакцию на ЧС.   
Опыт диктует, что при ЧС медицинская служба эпицентра катастрофы по мере возможности должна быть представленапрофессионалами-медиками, не пережившими ЧС. На первом этапе пережившие ЧС медицинские работники могут выступать в качестве лиц, обладающих информацией оместной медицинской инфраструктуре, запасах медикаментов, их расположении и т.д.   
К пережившим ЧС медицинским работникам следует относиться, впервую очередь, как к лицам, пережившим ЧС, что подразумевает оказание необходимой медико-психологической и медицинской помощи.   
На первых порах вовлечение в профессиональную деятельность (в зависимости от состояния) должно быть постепенным. Им следует поручатьконкретные односложные задачи, которые не связаны с принятием ответственных самостоятельных решений.