

Ю.А. Александровский

**КАТАСТРОФЫ
И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ**



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений и условных обозначений	4
Предисловие	5
Глава 1. Психические расстройства при стихийных бедствиях и катастрофах	7
1.1. Психические расстройства в разные периоды развития катастроф.	10
1.2. Лечение пострадавших при стихийных бедствиях	25
1.3. Профилактика психогенных расстройств в экстремальных условиях.	30
Глава 2. Научные основы и клинико-диагностические вопросы невротических и психосоматических расстройств	33
2.1. Барьер психической адаптации	33
2.2. Основные подсистемы единой функциональной системы, обеспечивающей психическую деятельность	38
2.3. О механизмах развития невротических расстройств	56
2.4. Предболезненные и начальные проявления психических расстройств невротического уровня	66
2.5. Диагностика и терапия невротических расстройств.	73
2.5.1. Этапы развития невротических расстройств.	73
2.5.2. Терапия невротических расстройств	75
2.6. Особенности организации помощи больным с непсихотическими психическими расстройствами	77
Глава 3. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, выделяемые в МКБ-10	85
Глава 4. Социально-стрессовые расстройства	107
4.1. Макросоциальные стрессовые расстройства	107
4.2. Клинико-социальные вопросы формирования стрессовых расстройств	112
Приложение 1. Психические расстройства у пострадавших во время аварии на Чернобыльской атомной электростанции	119
Приложение 2. Психические расстройства при Спитакском землетрясении	127
Приложение 3. О природоподобии и общей теории объединения и развития	133

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ СТИХИЙНЫХ БЕДСТВИЯХ И КАТАСТРОФАХ¹

Особое место не только в психиатрической, но и в общемедицинской практике в последние годы занимает оценка состояния пострадавших при катастрофах и стихийных бедствиях, сопровождаемого психическими нарушениями. Психогенное воздействие в экстремальных условиях складывается не только из прямой, непосредственной угрозы жизни человека. Оно зависит от многих факторов: характеристики экстремальной ситуации (ее интенсивности, внезапности возникновения, продолжительности действия), смыслового содержания психотравмы, готовности отдельных людей к деятельности в экстремальных условиях, их психологической устойчивости, волевой и физической закалки, а также организованности и согласованности действий, поддержки окружающих, наличия наглядных примеров мужественного преодоления трудностей.

Сложные взаимоотношения внешних факторов и почвы объясняют многообразные проявления реактивных состояний, развивающихся в экстремальных условиях. Острые и сильные травмирующие воздействия обычно связаны с ситуациями катастроф, стихийных бедствий, при которых возникает страх за свою жизнь и за здоровье и жизнь близких людей. Одна из главных особенностей таких травм состоит в том, что они в большинстве случаев «неактуальны для личности»

¹ Впервые подробно в отечественной литературе эти вопросы рассматриваются в монографии «Психогении в экстремальных условиях», написанной Ю.А. Александровским, О.С. Лобастовым, Л.И. Спиваком, Б.П. Щукиным (М.: Медицина, 1991. — С. 168), и в сборнике работ «Психические расстройства у пострадавших во время землетрясения в Армении» (под ред. Ю.А. Александровского. — М., 1989. — С. 124). В настоящем издании автор ссылается на примеры психогенных расстройств во время крупномасштабных экстремальных ситуаций, при которых он лично принимал участие в оказании помощи пострадавшим. При многочисленных катастрофах, стихийных бедствиях, террористических актах последнего времени в основном наблюдаются аналогичные психогенно обусловленные расстройства.

и не связаны с особенностями преморбиды. Ситуация испуга затрагивает преимущественно эмоциональную сторону и не требует интенсивной личностной переработки, реакция возникает как бы рефлекторным путем без интрапсихической переработки. Вариациями темпа развития можно объяснить не только степень участия личности в формировании особенностей клинической картины, но и глубину, длительность и выраженность психических расстройств, преобладание тех или иных форм и вариантов при различных стихийных бедствиях. Л.Я. Брусиловский, Н.П. Бруханский и Т.Е. Сегалов в совместном докладе на Первом Всесоюзном съезде невропатологов и психиатров (1927) вскоре после разрушительного землетрясения в Крыму проанализировали наблюдавшиеся у пострадавших разнообразные нервно-психические реакции. При этом как наиболее типичный механизм их развития они выделили «торможение высшей психической деятельности», вследствие чего развивается «шок землетрясения», освобождающий «подсознательную сферу инстинктов». Именно этим, с точки зрения авторов доклада, объясняются разнообразные психогенные расстройства. «Конституциональным моментом» они отводят «преимущественно пластическую роль» в формировании невротических и психотических реакций¹.

Дифференцированное рассмотрение клинических форм и вариантов психических расстройств, их отграничение от широкого круга неврозоподобных и психопатоподобных состояний требуют квалифицированного наблюдения за больными, анализа, оценки динамики состояния, параклинических исследований и т.д. Это возможно только в условиях лечебного учреждения при наличии врача-психиатра, а в случае необходимости и других специалистов. Совершенно понятно, что в ситуации, вызванной экстремальными воздействиями, когда может наблюдаться большое число пострадавших с психогенными расстройствами и когда среди медицинских работников будет отсутствовать врач-психиатр, необходима рационально упрощенная оценочная систематика возникающих психических расстройств. Она должна основываться на экспресс-диагностике, необходимой для решения ряда практических вопросов о возможности оставления пострадавшего в экстремальной ситуации или очередности его эвакуации, на прогнозе развивающегося состояния, необходимых медицинских назначениях. Чем ближе оказывается пострадавший с психическими расстройствами к специализированному

¹ Об этом же писал Н.Н. Баженов в монографии «О значении стихийных бедствий для нервно-психического здоровья населения» (1910), изданной после его личного участия в оказании помощи пострадавшим во время землетрясения в Мессине (Италия) и в России в районе Азовского моря.

лечебному учреждению, тем больше будет возможностей для уточнения первоначального диагноза и внесения в него дополнительных клинических обоснований. Опыт показывает, что в подавляющем большинстве случаев врач-специалист уже на начальном этапе медицинской сортировки лиц с психическими расстройствами достаточно оперативно и правильно может решать принципиальные вопросы об эвакуации, прогнозе и необходимой купирующей терапии. При этом наиболее целесообразно выделение как непатологических (физиологических) невротических феноменов (реакции на стресс, адаптационные реакции), так и невротических реакций, состояний и реактивных психозов. В каждой из этих диагностических групп имеются особенности, предопределяющие медико-организационную и лечебную тактику (табл. 1).

Таблица 1

Психические (психогенные) расстройства, наблюдаемые при жизнеопасных ситуациях

Психогенные реакции и невротические расстройства	Клинические особенности
Непатологические (физиологические) реакции, состояния психической дезадаптации	Преобладание эмоциональной напряженности, психосоматических, психовегетативных, гипотимических проявлений, сохранение критической оценки происходящего и способности к целенаправленной деятельности
Психогенные реакции	Невротический уровень расстройств: остро возникшие астенический, депрессивный, истерический и другие синдромы, снижение критической оценки происходящего и возможностей целенаправленной деятельности
Невротические состояния	Стабилизированные и усложняющиеся невротические расстройства (невроз истощения, астенический невроз), истерический невроз, невроз навязчивых состояний, депрессивный невроз, в ряде случаев утрата критического понимания происходящего и возможностей целенаправленной деятельности
Реактивные психозы: – острые; – затяжные	Острые аффективно-шоковые реакции, сумеречные состояния сознания с двигательным возбуждением или двигательной заторможенностью
	Депрессивные, параноидные, псевдодементные расстройства, истерические и другие психозы

Психопатологические проявления в экстремальных ситуациях имеют много общего с клинической картиной нарушений, развивающихся в обычных условиях. Однако есть и существенные различия.

Во-первых, вследствие множественности внезапно действующих психотравмирующих факторов в экстремальных ситуациях происходит одномоментное возникновение психических расстройств у большого числа людей.

Во-вторых, клиническая картина в этих случаях не носит строго индивидуальной, как при обычных психотравмирующих обстоятельствах, характер, а сводится к небольшому числу достаточно типичных проявлений.

В-третьих, несмотря на развитие психогенных расстройств и продолжающуюся опасную ситуацию, пострадавший человек вынужден продолжать активную борьбу за свою жизнь, жизнь близких и окружающих.

1.1. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В РАЗНЫЕ ПЕРИОДЫ КАТАСТРОФ

.....

Изучение вызванных экстремальным воздействием и развитием масштабной чрезвычайной ситуации психических расстройств и анализ всего комплекса спасательных, социальных и медицинских мероприятий дают возможность выделить в развитии жизнеопасной ситуации три основных периода, во время которых наблюдаются различные состояния психической дезадаптации и болезненные расстройства.

Первый период характеризуется угрозой собственной жизни и гибели близких. Он длится от момента начала воздействия до организации спасательных работ (минуты, часы)¹. В этот период мощное экстремальное воздействие (масштабные пожары, паводки, землетрясения, взрывы и т.д.) затрагивает в основном жизненно важные инстинкты (самосохранение) и приводит к развитию преимущественно неспецифических, внеличностных психогенных реакций, основу которых составляет страх различной степени интенсивности. В это время преимущественно наблюдаются реактивные психозы и непсихотические психогенные нарушения. В ряде случаев возможно возникновение паники.

Особенностью начала развития жизнеопасной ситуации при растянутом во времени первом периоде катастрофы является то, что опасность

¹ При медленном развитии интенсивности чрезвычайного воздействия и занявшемся его осознании продолжительность первого периода увеличивается.

может не иметь признаков, которые, воздействуя на органы чувств, позволяют воспринимать ее как угрожающую (например, при аварии на Чернобыльской АЭС, начальном этапе вирусной пандемии, влияния отравляющих веществ и др.). Именно поэтому осознание угрозы жизни и здоровью возникает лишь в результате официальной и неофициальной (слухи) информации, получаемой из различных источников. В связи с этим развитие психогенных реакций происходит постепенно, с вовлечением все новых групп населения.

При этом в структуре развившихся психических нарушений удельный вес психотических форм обычно незначителен, лишь в единичных случаях выявляются реактивные психозы с тревожно-депрессивными и депрессивно-параноидными расстройствами, а также обострение имевшихся психических заболеваний. Преобладают непатологические невротические проявления, а также реакции невротического уровня, определяемые тревогой, развивающейся вслед за оценкой и пониманием опасности (рис. 1).



Рис. 1. Трагедия глазами ребенка

После завершения первого (острого) периода у некоторых пострадавших наблюдаются кратковременное облегчение, повышение настроения, многоречивость с многократным повторением рассказа о своих переживаниях, отношении к случившемуся, бравата, дискредитация

опасности. Эта фаза эйфории длится от нескольких минут до нескольких часов. Как правило, она сменяется вялостью, безразличием, идеаторной заторможенностью, затруднением в осмыслении задаваемых вопросов, трудностями при выполнении даже простых заданий. На этом фоне наблюдаются эпизоды психоэмоционального напряжения с преобладанием тревоги. В ряде случаев развиваются своеобразные состояния: пострадавшие производят впечатление отрешенных, погруженных в себя, они глубоко и часто вздыхают, отмечается брадикардия.

Одним из вариантов развития тревожного состояния в этот период может быть тревога с активностью. Для таких состояний характерны двигательное беспокойство, суетливость, нетерпеливость, многоречивость, стремление к обилию контактов с окружающими. Экспрессивные движения несколько демонстративны, утрированы. Эпизоды психоэмоционального напряжения быстро сменяются вялостью, апатией. На этом этапе происходят мысленная переработка случившегося, осознание утрат, предпринимаются попытки адаптироваться к новым условиям жизни.

Во **втором периоде**, во время развертывания спасательных работ, в формировании состояний психической дезадаптации и расстройств значительно большее значение имеют личностные особенности пострадавших, а также осознание ими не только продолжающейся в ряде случаев жизнеопасной ситуации, но и новых стрессовых воздействий, таких как смерть родных, разобщение семей, потеря дома, имущества. Важными элементами пролонгированного стресса в этот период являются ожидание повторных воздействий, несовпадение ожиданий с результатами спасательных работ, необходимость идентификации погибших родственников. Психоэмоциональное напряжение, характерное для начала второго периода, сменяется к его концу, как правило, повышенной утомляемостью и «демобилизацией», сопровождающимися астено-депрессивными или апатическими проявлениями.

В **третьем периоде**, начинающемся для пострадавших после их эвакуации в безопасные районы, у многих из них происходят сложная эмоциональная и когнитивная переработка ситуации, оценка собственных переживаний и ощущений, своеобразная «калькуляция» утрат. При этом приобретают актуальность также травмирующие факторы, связанные с изменением жизненного стереотипа, проживанием в разрушенном районе или в месте эвакуации. Становясь хроническими, эти факторы способствуют формированию относительно стойких психогенных расстройств. Соматогенные психические нарушения при этом могут носить разнообразный подострый характер. В таких случаях наблюдаются как соматизация многих невротических расстройств, так и противопо-

ложные этому процессу невротизация и психопатизация, связанные с осознанием имеющихся травматических повреждений, соматических заболеваний и с реальными трудностями жизни.

Поведение человека при внезапно развившейся жизнеопасной ситуации во многом определяется эмоцией страха, которая до известных пределов может считаться физиологически нормальной и способствующей экстренной мобилизации физического и психического состояния, необходимой для самосохранения.

По существу, при любой осознаваемой человеком катастрофе возникает тревожное настроение и страх. «Бесстрашных» психически нормальных людей в общепринятом понимании не бывает. Все дело в мгновениях времени, необходимого для преодоления чувства растерянности, рационального принятия решения и начала действия. У подготовленного к экстремальной ситуации, компетентного человека это происходит значительно скорее, у абсолютно неподготовленного сохраняющаяся растерянность определяет длительное бездействие, суетливость и является важнейшим показателем риска развития психических расстройств.

Клинические проявления страха зависят от его глубины и выражаются в объективных проявлениях и субъективных переживаниях. Наиболее характерны двигательные нарушения поведения, которые лежат в диапазоне от увеличения активности (гипердинамия, «двигательная буря») до ее уменьшения (гиподинамия, ступор). Однако следует отметить, что в любых, даже самых тяжелых условиях 12–25% людей сохраняют самообладание, правильно оценивают обстановку и четко и решительно действуют в соответствии с ситуацией. По нашим наблюдениям и расспросам людей, испытавших различные жизнеопасные ситуации и сохранивших в критические мгновения самообладание и способность к целенаправленным действиям, при осознании катастрофичности происходящего они думали не о собственном выживании, а об ответственности за необходимость исправления случившегося и сохранении жизни окружающих. Именно эта «сверхмысль» в сознании и определяла соответствующие действия, выполнявшиеся четко и целенаправленно. Как только «сверхмысль» заменялась паническим страхом и незнанием, что конкретно делать, наступала потеря самообладания и развивались различные психогенные расстройства. Большинство людей (примерно 50–75%) при экстремальных ситуациях в первые мгновения оказываются ошеломленными и малоактивными.

Вот как описывает свое восприятие в таком состоянии экстремальных условий, связанных с аварией на атомном энергоблоке, специалист-атомщик Г.У. Медведев: «В момент нажатия кнопки АЗ-5 (аварийная

защита) пугающе вспыхнула яркая подсветка шкал сельсинов-указателей. Даже у самых опытных и хладнокровных операторов в такие секунды сжимается сердце... Мне знакомо чувство, переживаемое операторами в первый момент аварии. Неоднократно бывал в их шкуре, когда работал на эксплуатации атомных станций. В первый миг — онемение, в груди все обрушивается лавиной, обдает холодной волной невольного страха прежде всего оттого, что застигнут врасплох, и вначале не знаешь, как поступить, пока стрелки самописцев и показывающих приборов разбегаются в разные стороны, а твои глаза разбегаются вслед за ними, когда неясна еще причина и закономерность аварийного режима, когда одновременно (опять же невольно) думается где-то в глубине, третьим планом, об ответственности и последствиях случившегося. Но уже в следующее мгновение наступает необычайная ясность головы и хладнокровие...»¹.

Неожиданное возникновение жизнеопасной ситуации у неподготовленных людей может вызвать страх, сопровождающийся появлением измененного состояния сознания. Наиболее часто развивается оглушенность, выражающаяся в неполном осмыслении происходящего, затруднении восприятия окружающего, нечетком (при глубоких степенях — неадекватном) выполнении необходимых жизнеспасующих действий.

Специальные исследования большого числа пострадавших, проводившиеся непосредственно после спитакского землетрясения в Армении в декабре 1988 г., показали, что более чем у 90% обследованных имелись психогенные расстройства. Их выраженность и продолжительность были различны — от нескольких минут до длительных и стойких невротических и психотических расстройств. Вот несколько примеров, описанных В.П. Ваховым, Ю.В. Назаренко и И.В. Колос — врачами психиатрических бригад, работавших в зоне землетрясения.

Обследуемый П. отмечает, что «по минутам» помнит все события, предшествовавшие подземному толчку, «память как бы фотографически запечатлела эти мгновения»; события, происходившие в течение нескольких часов после начала толчков, также помнит хорошо, а вот потом «время как бы ускорило свой ход, поэтому в памяти многое сохранилось отрывочно». При начале землетрясения П. находился в приемной начальника, говорил по телефону. С первым толчком упал, быстро выбежал из здания. Земля «ходила под ногами» (начало землетрясения характеризовалось внезапно возникшим первым горизонтальным толчком и резкими колебаниями земли при втором и последующих вертикальных толчках), многие падали, бежали. Видел все четко, но перестал

¹ Медведев Г.У. Чернобыльская тетрадь // Новый мир. 1989. № 6. С. 32–33.

что-либо слышать. Ужас и страх, появившиеся сначала, сменились ощущением покоя и даже душевного комфорта. Время «застыло», перед глазами стоял туман, однако видно было хорошо. Руки казались чужими, не слушались, потеряли чувствительность. Внезапно вспомнил, что забыл закрыть дверь, и спокойно пошел в здание. П. совершал непонятные действия: начал спокойно раскладывать средство для борьбы с мышами, не обращая внимания на окружающее. Выходя из здания, никак не мог закрыть дверь, не замечая, что она перекошена. Вдруг «вспомнил», что происходит землетрясение, увидел проломленный потолок. Вернулся слух, появился сильный страх, выбежал на улицу, стал рыдать, кричать, кататься, вспомнил о детях, побежал к дому. Окружающее представлялось не вполне реальным, похожим на спектакль, сон или кино. Думал, что «все так задумано», уже «все это было и будет еще долго». Прибежал не к дому, а на окраину города. В последующем обнаружил живых детей и жену, стоящих около разрушенного дома. «Руки и ноги не слушались», было ощущение нереальности. Лишь на второй день осознал произошедшее, пытался принимать участие в спасательных работах, но ничего «не мог делать — была смертельная усталость и безразличие».

М. в момент землетрясения находился недалеко от своего дома. После окончания толчков не мог сдвинуться с места, оторвать руки от забора, за который держался. На его глазах обрушилась школа и жилой дом. Сколько времени стоял неподвижно — не помнит, плохо слышал, «как бы оглох», не понимал, что происходит вокруг. В глазах было темно, тошнило, сильно болела голова. Вдруг «прозрел», бросился к школе спасать детей, затем вспомнил о родных и побежал к дому. Дом разрушился, дочь не нашел, жену вытащили всю в крови, ее увезли в больницу, сын оказался погребенным под руинами школы. У М. развилось реактивное состояние с преобладанием депрессивных нарушений, несколько дней ничего не ел и не спал, бродил по разрушенному городу, ничем не мог заниматься.

К. во время начала землетрясения ехал с женой и детьми в автомашине. При первом толчке машину занесло. Увидел, как все вокруг рушится, ощутил тошноту, головокружение, резкую головную боль. Стал «как без сознания», «сердце летало», ничего не видел, было ощущение, что смотришь на сварку, «а потом темно». Что делали жена, дети — не помнит. Через некоторое время пришел в себя, поехал к дому. Увидел раздавленных, изувеченных, висящих на обломках дома соседей. Резко почувствовал себя плохо, сердце «остановилось», «внутри все умерло», «ничего не чувствовал». Лишь через несколько часов понял, что произошло землетрясение и надо спасать людей. Несмотря на это, несколько дней полно-

стью был нетрудоспособен из-за астенизации и «полного безразличия» к происходящему.

Аналогичные психогенные расстройства, однако, не всегда столь выраженные и продолжительные, наблюдаются при всех остро развившихся жизнеопасных ситуациях. Вот еще несколько примеров, наблюдавшихся в июне 1988 г. вблизи переезда у железнодорожной станции Арзамас во время мощного взрыва химических веществ. Очевидцы отмечают внезапную яркую вспышку, сильную ударную волну, большое яркое грибообразное облако. На месте взрыва образовалась воронка глубиной 26–28 м и размерами примерно 80×50 м. В результате взрыва погиб 91 человек, 744 человека получили повреждения и обратились за медицинской помощью. Многие люди, не получившие физических повреждений и даже находившиеся в отдалении от места взрыва, были потрясены, у части из них наблюдались достаточно выраженные психогенные расстройства.

Врач психиатрической бригады Г.В. Петров описывал состояние некоторых пострадавших.

В., 42 года. Во время взрыва находилась в служебном кабинете на заводе, расположенном вблизи переезда. Внезапно ощутила колебания пола, удар, услышала шум, треск, сыпались разбитые стекла. Подумала, что упала люлька с малярами, производившими ремонт дома, хотела выбежать и оказать им помощь. В коридоре увидела сослуживцев, упавших на пол (от толчков взрывной волной), во дворе заметила испуганных людей, которые метались, спрашивали: «Что случилось?» Увидела темное грибообразное облако со стороны железнодорожного переезда. Появилась тревога за близких, сменившаяся «смертельным страхом». Не понимала, что происходит. Была «как парализованная». Видела раненных осколками стекла и получивших ушибы, не могла подойти к ним, чтобы оказать помощь. Начал беспокоить пульсирующий шум в ушах. Такое состояние продолжалось несколько минут. Потом, «пересилив себя» и поняв, что произошло, начала помогать пострадавшим. В последующем длительное время боялась подходить к железной дороге, сотрясение почвы проходящего поезда было крайне неприятно, вызывало тошноту и шум в ушах.

Пострадавшая Г. в момент взрыва готовилась гладить белье, находилась у себя дома. Внезапно почувствовала сотрясение, удар по голове. При этом боли не ощущала. Видела, как с потолка сыпалась штукатурка. Считала, что обрушивается перекрытие, давно находившееся в аварийном состоянии. Ощутила удар электрическим током (от кисти к плечу), думала, что это поражение электрическим током от включенного утюга:

«Наверное, я умерла, может быть, даже обуглилась, но если я думаю — значит, я жива». Решила узнать, что же случилось. Осмотрелась, увидела холодильник, удивилась — он должен быть на кухне. Оказалось, что через разрушенную перегородку взрывной волной пострадавшую переместило туда, где была кухня. На холодильнике увидела кровь, поняла, что ранена. Слышала на улице шум, громкие голоса, но была «как обездвижена», ощущала «безразличие» к окружающему и «ужасную слабость». Был сильный шум в ушах и головокружение. Вспомнила о сыне, который гулял во дворе, но не было сил подняться с пола и взглянуть в окно. Услышала голоса: «Не трогай ее, надо помочь тем, кто еще жив». Поняла, что ее считают мертвой, пыталась кричать и двигаться, но ничего не получалось, была «как окаменелая». В больнице узнала о смерти сына. В последующем развилось стойкое невротическое состояние с преобладанием депрессивных расстройств.

Из приведенных в качестве примеров наблюдений и из анализа общего состояния людей, переживших сильное землетрясение, ураган или катастрофу, следует важное для планирования и организации спасательных мероприятий заключение: подавляющее большинство пострадавших после внезапно возникшей жизнеопасной ситуации даже при отсутствии физического повреждения вследствие психогенных расстройств в первый период развития ситуации являются практически нетрудоспособными. Это позволяет ставить вопрос о выводе при первой же возможности из зоны бедствия переживших катастрофу и о планировании спасательных и первых восстановительных работ главным образом силами людей, прибывающих из непострадавших районов. Однако опыт показывает, что вопросы замены в зоне бедствия специалистов, особенно занимающих руководящее положение, требуют индивидуальной оценки их состояния. Вероятно, в ряде случаев допустима не замена специалистов и руководителей, а временное прикомандирование к ним соответствующих дублеров. Такая система, часто использовавшаяся в зоне Спитакского землетрясения, полностью себя оправдала.

Утрата критического отношения к собственному страху, появление затруднений в целесообразной деятельности, снижение и исчезновение возможности контролировать действия и принимать логически обоснованные решения характеризуют различные расстройства (реактивные психозы, аффективно-шоковые реакции), наблюдаемые во время экстремального воздействия и непосредственно после него.

Среди реактивных психозов (острой реакции на стресс) в ситуации массовых катастроф чаще всего развиваются аффективно-шоковые реакции. Они наблюдаются главным образом при внезапном жизнеопас-

ном потрясении, непродолжительны, длятся от 15–20 мин до нескольких часов или суток. При этом можно выделить две формы шоковых состояний: гипо- и гиперкинетическую. Гипокинетический вариант характеризуется явлениями эмоционально-двигательной заторможенности, общим оцепенением, иногда до полной обездвиженности и мутизма (аффектогенный ступор). Больные застывают в одной позе, их мимика либо безучастна, либо выражает страх. Отмечаются вазомоторно-вегетативные нарушения и глубокое помрачение сознания. Гиперкинетический вариант характеризуется острым психомоторным возбуждением («двигательная буря», фугиформная реакция). Больные куда-то бегут, их движения и высказывания хаотичны, отрывочны; мимика отражает устрашающие переживания. Иногда преобладает острая речевая спутанность в виде бессвязного речевого потока. Обычно больные дезориентированы, их сознание глубоко помрачено.

При истерических расстройствах в переживаниях больных начинают преобладать яркие, образные представления, они становятся крайне внушаемыми и самовнушаемыми. При этом в поведении больных всегда находит отражение конкретная психотравмирующая ситуация. В клинической картине заметна демонстративность поведения с плачем, нелепым хохотом, истериформными припадками. Нередко в этих случаях развиваются нарушения сознания. Для истерического сумеречного состояния характерно неполное его выключение с дезориентировкой и обманами восприятия.

При простой реакции страха наблюдается умеренное повышение активности: движения становятся четкими, экономными, увеличивается мышечная сила, что способствует перемещению многих людей в безопасное место. Нарушения речи ограничиваются ускорением ее темпа, запинками, голос становится громким, звонким. Отмечается мобилизация воли, внимания, идеаторных процессов. Мнестические нарушения определяют нечеткое воспоминание о происходившем, однако в полном объеме запоминаются собственные действия и переживания. Характерным является изменение переживания времени: течение его замедляется, длительность жизнеопасного периода представляется увеличенной в несколько раз.

При сложных реакциях страха отмечаются более выраженные двигательные расстройства. Человек бесцельно и беспорядочно мечется, делает множество нецелесообразных движений, что мешает ему быстро принять правильное решение и укрыться в безопасном месте. В ряде случаев наблюдается паническое бегство. Гиподинамический вариант характерен тем, что человек как бы застывает на месте, нередко стара-

ясь «уменьшиться в размерах», принимает эмбриональную позу: садится на корточки, обхватив голову руками. При попытке оказать помощь он либо пассивно подчиняется, либо отвергает ее. Речь в этих случаях бывает отрывочной, ограничивается восклицаниями, в ряде случаев отмечается афония. Восприятие пространства изменяется, искажаются расстояние между предметами, их размеры и форма. Некоторым людям окружающее представляется нереальным, причем это ощущение затягивается на несколько часов после завершения жизнеопасной ситуации. Длительными могут быть и кинетические иллюзии (например, ощущение качающейся земли после землетрясения). Воспоминания о событии и своем поведении у пострадавших в этот период недифференцированы, суммарны.

Психогенные сумеречные состояния характеризуются сужением объема сознания, преимущественно автоматическими формами поведения, двигательным беспокойством (реже заторможенностью), иногда отрывочными галлюцинаторными и бредовыми переживаниями, они обычно непродолжительны (у 40% всех больных завершаются в течение одних суток). Как правило, у всех лиц, перенесших психогенные сумеречные расстройства, отмечается полное восстановление здоровья и адаптированной деятельности.

Затяжные реактивные психозы формируются более медленно, чем острые, обычно в течение нескольких суток, чаще всего отмечается депрессивная форма затяжного психоза. По симптоматике это типичные депрессивные состояния с известной триадой клинических проявлений (снижение настроения, двигательная заторможенность, замедление мышления). При этом больные поглощены ситуацией и все их переживания определяются ею. Обычно наблюдается ухудшение аппетита, похудение, плохой сон, запоры, тахикардия, сухость слизистых оболочек, у женщин — прекращение менструаций. Выраженные проявления депрессий без активного лечения нередко затягиваются на 2–3 мес. Окончательный прогноз в большинстве случаев относительно благоприятный.

Психогенный параноид обычно развивается медленно, в течение нескольких дней, и, как правило, носит затяжной характер. Среди клинических проявлений на первом месте стоят аффективные нарушения: тревога, страх, депрессия. На фоне этих нарушений обычно развиваются стойкие бредовые идеи отношения и преследования. Отмечается тесная связь аффективных расстройств и выраженности (насыщенности) бредовых переживаний.

Псевдодементная форма, так же как и остальные затяжные психозы, формируется в течение нескольких дней, хотя нередко отмечают-

ся и случаи острого развития псевдодеменции. Длительность периода психотических явлений достигает месяца и более. Состояние больных характеризуется нарочито грубыми демонстрациями нарушения интеллекта (невозможность назвать возраст, дату, перечислить факты анамнеза, имена родных, произвести элементарный счет и др.). Поведение при этом носит характер дурашливости: неадекватная мимика, вытягивание губ хоботком, сюсюкающая речь и т.д. Особенно отчетливо псевдодеменция проявляется при просьбе совершить простейшие арифметические операции (сложение, вычитание, умножение). Ошибки при этом столь чудовищны, что складывается впечатление, что больной дает нарочито неверные ответы.

Особого внимания требует развитие психогений одновременно с другими поражениями — травмами, ранениями, ожогами. В таких случаях возможно более длительное течение основного поражения. Можно согласиться с Н.Н. Тимофеевым (1967), отметившим, что «каждая закрытая травма головного мозга чревата возможностями легкого развития психогенных, невротических реакций и фиксаций болезненных симптомов». Именно поэтому неосложненное течение закрытой травмы головного мозга зависит от тактики врача-специалиста, обеспечивающего «психическую асептику» в той же мере, в какой правильная обработка раны обеспечивает неосложненное ее заживление.

Особое место при чрезвычайных ситуациях занимает возможность развития состояний паники. Индивидуальные панические расстройства определяются аффективно-шоковыми реакциями при их развитии одновременно у нескольких пострадавших, возможно их взаимовлияние друг на друга и на окружающих, приводящее к массовым индуцированным эмоциональным расстройствам, сопровождающимся животным страхом. Индукторы паники — паникеры, люди, которые обладают выразительными движениями, гипнотизирующей силой криков, ложной уверенностью в целесообразности своих действий; становясь лидерами толпы в чрезвычайных обстоятельствах, могут создать общий беспорядок, быстро парализующий целый коллектив, лишаящий возможности оказывать взаимопомощь, соблюдать целесообразные нормы поведения. Эпицентром развития массовой паники обычно являются высококовнушаемые истерические личности, отличающиеся эгоистичностью и повышенным самолюбием.

Как свидетельствует опыт, предотвращение паники состоит в предварительном обучении людей действиям в критических ситуациях, в правдивой и полной информации во время и на всех этапах развития чрезвычайных событий, в специальной подготовке активных лидеров,

способных в критический момент возглавить растерявшихся людей, направить их действия на самосохранение и спасение других пострадавших.

Во время Спитакского землетрясения (и других наблюдаемых в последние годы катастроф) многие люди, зная, что проживают в сейсмоопасном районе, сразу же понимали, что происходящее вокруг связано с сильным землетрясением, а не с чем-либо другим, также катастрофическим (например, с войной). В основных районах сосредоточения пострадавших имелась информация о событиях, которая опровергала панические слухи, а главное — появились лидеры, сумевшие во многих районах организовать спасательные работы и предотвратить развитие паники.

Невротические расстройства в третьем периоде развития ситуации более разнообразны, спектр возможных нарушений весьма широк. По характеру проявлений, степени выраженности и стабильности наблюдаемые психогенные нарушения в этот период могут быть разделены на начальные и развернутые проявления психической дезадаптации (невротические, аффективные, психопатические и психосоматические). Для первых характерны нестабильность и парциальность расстройств, ограниченных одним-двумя симптомами непсихотического регистра, связь проявлений с конкретными внешними воздействиями, уменьшение и исчезновение отдельных расстройств после отдыха, переключение внимания или деятельности, снижение порога переносимости различных вредностей, физического или психического напряжения, отсутствие субъективного чувства болезни.

При активном расспросе в этих случаях больные жалуются на повышенную усталость, мышечную слабость, дневную сонливость, расстройства ночного сна, диспепсические явления, транзиторные дизритмические и дистонические расстройства, усиление потливости, тремор конечностей. Часто отмечают повышенную ранимость, обидчивость. Более глубокими и относительно стабильными являются астенические расстройства, составляющие основу, на которой формируются различные пограничные психические расстройства. При развитии на их фоне выраженных и относительно стабильных аффективных реакций собственно астенические нарушения как бы оттесняются на второй план. Возникают смутное беспокойство, тревожное напряжение, предчувствие, ожидание какого-то несчастья. Пострадавшие при землетрясении, например, прислушиваются к сигналам опасности, за которые могут быть приняты сотрясения почвы от движущихся механизмов, неожиданный шум или, наоборот, тишина. Все это вызывает тревогу, сопровождающуюся напряжением мышц, дрожью в руках, ногах, что способствует формированию фобических расстройств. Содержание фо-

бических переживаний достаточно конкретно и отражает, как правило, перенесенную ситуацию. Наряду с фобиями часто отмечаются неуверенность, затруднения в принятии даже простых решений, сомнения в правильности собственных действий. Часто больные склонны к почти навязчивому, постоянному обсуждению ситуации, воспоминаниям о прошлой жизни, ее идеализации.

Особое место по частоте наблюдаемых расстройств занимает депрессия. При этом среди психогенных переживаний у пострадавших часто наблюдается своеобразное осознание «своей виновности» перед погибшими, возникает «отвращение к жизни», сожаление, что они не разделили судьбу погибших близких людей. Феноменология депрессивных состояний дополняется развернутыми астеническими проявлениями, наблюдается апатия, безразличие к происходящему вокруг. Характерным является появление желания, по выражению одного из больных, «быть в жизни только наблюдателем, перелистывающим сцены жизни в воспоминаниях. В этот период хочется залезть в свою конуру и закрыться в коконный колпак».

Нередко депрессивные проявления бывают менее выраженными и на передний план выступает соматический дискомфорт (соматические маски депрессии): диффузная головная боль, усиливающаяся к вечеру, кардиалгии, нарушения сердечного ритма, анорексия. В целом депрессивные расстройства не достигают психотического уровня, у больных не бывает идеаторной заторможенности, они хотя и с трудом, но справляются с повседневными обязанностями.

Наряду с указанными расстройствами у пострадавших достаточно часто наблюдается декомпенсация акцентуации характера и отдельных психопатических черт. Основную группу состояний личностной декомпенсации в этих случаях обычно представляют реакции с преобладанием радикала возбудимости и сенситивности. У лиц с такими состояниями по ничтожному поводу возникают бурные аффективные вспышки, объективно не соответствующие той или иной психогенной причине. При этом нередко агрессивные действия. Эти эпизоды чаще всего кратковременны, протекают с некоторой демонстративностью, театральностью, быстро сменяются астенодепрессивным состоянием с вялостью, безразличием.

В ряде наблюдений отмечается дисфорическая окраска настроения. В этих случаях люди мрачны, угрюмы, постоянно недовольны. Они оспаривают распоряжения, отказываются выполнять задания, ссорятся с окружающими, бросают начатую работу. Нередки также случаи усиления паранойяльных акцентуаций.

В структуре отмеченных невротических и психопатических реакций на всех этапах развития ситуации у пострадавших возможны нарушения сна. Чаще всего возникают трудности при засыпании, чему способствуют чувство эмоционального напряжения, беспокойство, гиперестезии. Ночной сон носит поверхностный характер, сопровождается кошмарными сновидениями, обычно короток. Наиболее интенсивные сдвиги в функциональной активности вегетативной нервной системы проявляются в виде колебаний артериального давления, лабильности пульса, гипергидроза, озноба, головной боли, вестибулярных нарушений, желудочно-кишечных расстройств. В ряде случаев эти состояния приобретают пароксизмальный характер. Нередко обостряются соматические заболевания и появляются стойкие психосоматические нарушения, чаще у лиц пожилого возраста, а также при органических заболеваниях центральной нервной системы (ЦНС) воспалительного, травматического, сосудистого генеза.

Многолетние наблюдения участников ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС, произошедшей в апреле 1986 г., позволили С.В. Литвинцеву и И.С. Рудому (1998) во втором и третьем периодах развития посткатастрофической ситуации последовательно рассматривать динамику психических расстройств. Она имела свои особенности, связанные не только с психогенными факторами, но и с полученным облучением «малыми» дозами радиации, не вызвавшими развития лучевой болезни. Умеренно выраженные астенические (астеноневротические и астеновегетативные) расстройства определяли психическое состояние в первые 4 года после аварии. Они по существу являлись предневротическими проявлениями. В последующие 4 года наблюдалось развитие сложных симптомокомплексов, называемых авторами радиационной психосоматической болезнью. В этот период преобладали аффективные, ипохондрические, обсессивно-фобические расстройства. Спустя 10 лет после аварии уже диагностировались психоорганические и соматоформные расстройства. В их происхождении имели значение как последствия радиационного облучения, так и комплекс психогенных воздействий, связанный со сложными жизненными обстоятельствами.

При исследовании сотрудниками Центра пограничной психиатрии 300 случайно отобранных жителей сельских районов Белоруссии (Румянцева Г.М. и др.), проживающих многие годы в пострадавших после аварии на Чернобыльской АЭС районах, выявлено, что лишь у 5% обследованных отсутствовали психогенные расстройства. Особенностью психотравмирующего воздействия в остальных наблюдениях являлись универсальная значимость и чрезвычайная актуальность для каждо-

го человека переживаний, непосредственно связанных с соматическим здоровьем. Эти переживания носили хронический характер, их длительность измерялась несколькими годами. Структура форм психической дезадаптации в этих случаях в соответствии с общими закономерностями развития психогенных расстройств была тесно связана с индивидуальной значимостью характера психотравмирующего воздействия.

Преобладающее место (у 25,7% обследованных) занимали невротические расстройства при хронических психосоматических заболеваниях (гипертоническая болезнь, сердечно-сосудистые заболевания, вегетососудистая дистония, желудочно-кишечные болезни и др.). Второе по частоте место составляли собственно невротические проявления (22,4%). У 8,9% обследованных обнаружена декомпенсация личностных акцентуаций, в 38% наблюдений выявлены атипичные посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР). В обобщенном виде они выражались в снижении инициативы, обостренных реакциях на раздражители, связанные с основным травмирующим фактором, изменением отношений с окружающей средой, формированием стойких идей обвинения виновников случившегося. В отличие от классических вариантов ПТСР, в рассматриваемых случаях отсутствовали повторные переживания острой психогенной травмы.

Динамика, компенсация и, напротив, декомпенсация пограничных форм психических расстройств на отдаленных этапах течения экстремально возникшей жизнеопасной ситуации зависят главным образом от решения социальных проблем, в которых оказались пострадавшие. Собственно медицинские и медико-профилактические мероприятия во многих случаях носят вспомогательный характер¹.

¹ В конце XIX столетия известный немецкий психиатр Крафт-Эбинг в статье «Наш нервный век» («О здоровых и больных нервах», пер. с нем., М., 1885. В 2006 г. эта книга была переиздана на Украине в Донецке) писал об этом: «Человек современной культуры не весел, не спокоен, далеко не здоров... Он живет в обществе, где недостаток средств в народном хозяйстве и чрезмерные налоги на население зависят от обоюдного страха государств и колоссального напряжения их военных сил. Это формирует у населения раздражительную слабость, лишает людей энергии и самоуверенности». Обращаясь к будущему, Крафт-Эбинг замечает: «Утешительные виды осуществимы только в том случае, когда человечество достигнет высшей степени своего развития, когда истинная этика духа сделает возможным сближение народов, которых не будут тяготить национальная, социальная и религиозная вражда... Когда путеводная нить для образа жизни будет сообразна потребностям нашего здоровья». Читая эти более чем 100 лет назад написанные слова, легко представить их современное значение. Наше общество движется в направлении, предсказанном Крафт-Эбингом, но, наверное, пока еще пройдена только половина пути.

Экстремальные ситуации часто сопровождаются травматизмом и различными нарушениями соматического здоровья у большого числа людей. При этом возможно сочетание психогенных расстройств с физическими повреждениями. Вместе с тем психические нарушения могут быть ведущими в клинической картине соматической патологии (как, например, при черепно-мозговой травме) либо сочетаться с основным поражением (как при ожоговой болезни, лучевом поражении). В этих случаях требуется квалифицированный дифференциально-диагностический анализ, направленный на выявление причинно-следственной связи развившихся психических нарушений как непосредственно с психогениями, так и с полученными повреждениями. При этом целостный подход предполагает обязательный учет сложного переплетения соматогенных факторов, участвующих в формировании психических нарушений.

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ПОСТРАДАВШИХ ПРИ СТИХИЙНЫХ БЕДСТВИЯХ И КАТАСТРОФАХ

Психиатрическая помощь пострадавшим при экстремальных ситуациях является важным и необходимым звеном в цепи общих медицинских мероприятий, ориентированных на оказание помощи большому числу людей. Ее основные принципы заключаются в поэтапной сортировке, эвакуации и соответствующей терапии пострадавших. Наиболее эффективно эти принципы реализуются при максимальном приближении помощи к пострадавшему населению, активном выявлении лиц с психической патологией как непосредственно в районе катастрофы, так и в близлежащих медицинских учреждениях и местах эвакуации пострадавших. Стратегию психиатрической помощи определяют клинико-динамические характеристики возникающих состояний психической дезадаптации, психотических и невротических расстройств.

Из числа лиц с адаптивными реакциями, кратковременно потерявших способность к выполнению служебных обязанностей в результате развития у них состояний психической дезадаптации, сопровождающихся невротическими расстройствами, обычно только 10% нуждаются в первой медицинской помощи. При расстройствах психотического

уровня в первой медицинской помощи нуждаются 90% пострадавших, а в первой врачебной помощи — до 40%.

Психогении при этом целесообразно разделять на легкие, средние и тяжелые. Практически все лица с психогенными расстройствами независимо от степени их тяжести нуждаются в первой медицинской помощи, причем первая врачебная помощь необходима, как правило, всем пострадавшим с тяжелыми психогениями. Срок лечения указанных групп различен.

На всех этапах развития экстремальной ситуации психиатрическая помощь должна быть тесно связана с общей медицинской помощью, обеспечивать непрерывность и преемственность профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

На первом этапе основным организационным звеном медицинской, в том числе и психиатрической, помощи являются сотрудники специальных бригад спасателей системы МЧС и медицинские работники скорой медицинской помощи, а также медицинских учреждений, сохранившихся в зоне бедствия. При этом следует подчеркнуть, что уцелевшие ресурсы здравоохранения в районе бедствия бывают недостаточны для оказания необходимого объема помощи большому числу пострадавших. Психиатрическая и психологическая помощь, как и другие виды общего и специализированного обеспечения, должна планироваться в расчете на специальные бригады, оперативно направляемые в район бедствия. В зависимости от масштаба бедствия и числа пострадавших бригады могут формироваться из одного-трех (или большего числа) врачей-психиатров, психологов и подготовленного среднего медицинского персонала (фельдшеров). Количество направляемых в район катастрофы медико-психологических и психиатрических бригад определяется ее масштабами. В ряде случаев, в зависимости от конкретно складывающейся ситуации, врачи-психиатры могут работать самостоятельно, однако более целесообразна их деятельность совместно с другими медицинскими подразделениями. Члены бригады на первом этапе бедствия оказывают не только психиатрическую, но и общемедицинскую, а также необходимую консультативную помощь другим участникам спасательных работ. Спокойные, уверенные действия специалистов, оказывающих первую медицинскую помощь, имеют особенно большое успокаивающее значение для части пострадавших, у которых развились психогенные реакции. При большом числе пострадавших и при наличии соответствующих условий в центре района бедствия целесообразна организация эвакуационного психиатрического отделения с возможностью изоляции в нем возбужденных больных.

Особенностью тактики психиатрической помощи в этот период является необязательность установления нозологического и синдромального диагноза — достаточным является разделение пострадавших на больных с психотическими расстройствами и лиц, у которых психические нарушения не достигают психотического уровня. При этом основная задача состоит в обеспечении безопасности не только самого пострадавшего с остро развивающимися расстройствами, но и окружающих. Критериями сортировки являются оценка состояния сознания (нарушено — не нарушено), двигательных расстройств (психомоторное возбуждение — ступор), особенности эмоционального состояния (страх, тревога, депрессия). Большое значение в этот период имеют своевременное выявление и эвакуация охваченных страхом «паникеров» и истерических «декомпенсированных» личностей, составляющих группу повышенного риска развития паники.

С момента начала спасательных работ, наряду со скорой и неотложной психиатрической помощью, оказываемой преимущественно специализированными и достаточно мобильными бригадами специалистов, целесообразна организация психиатрических (психотерапевтических) кабинетов в развертываемых в зоне бедствия поликлиниках и стационарах для оказания помощи как пострадавшим, так и в случае необходимости участникам спасательных и восстановительных работ. В этот период эвакуационное психиатрическое отделение начинает выполнять и функции отделения для диагностики и кратковременного лечения (на протяжении нескольких дней) лиц с пограничными формами психических расстройств.

При относительной стабилизации ситуации психиатрическая и медико-психологическая помощь оказывается главным образом тем, кто за ней обращается. Наряду с лечебно-реабилитационной деятельностью психиатрической службы особое значение в этот период приобретает экспертная работа. Основные подходы к организации психологической и психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях определены специальным приказом Минздрава России (№ 325 от 24.10.2002) и разработанными в его развитие в ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского методическими рекомендациями (Кекелидзе З.И. и др.)¹. В Москве вся работа по оказанию специализированной психотерапевтической, психологической и психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях четко регламентирована решением пра-

¹ Психологическая помощь пострадавшим при чрезвычайных ситуациях в последние годы оказывается специально подготовленными подразделениями системы МЧС.

вительства города и координируется специально созданной межведомственной рабочей группой.

Одним из наиболее перспективных путей купирования психогенных расстройств в первый период любого стихийного бедствия или катастрофы и поддержания у пострадавших оптимального уровня трудоспособности в сохраняющихся экстремальных условиях является использование фармакологических средств, способствующих быстрой компенсации нарушенных психических функций. Это обусловлено рядом обстоятельств: дефицитом времени у врачей, возможностью оказания помощи максимальному числу людей в полевых условиях только с помощью медикаментозной терапии. При этом следует учитывать, что не только прямое фармакологическое действие психотропных препаратов способствует улучшению состояния и облегчает использование других лечебных методов, но и сам факт назначения препарата в экстремальных условиях имеет психотерапевтическое значение.

Вопрос о введении большому числу пострадавших психофармакологических средств в момент внезапного начала стихийного бедствия или катастрофы не может быть решен положительно из-за организационной невозможности оказания пострадавшим специализированной медицинской помощи. Назначение и прием препаратов становится возможным только спустя определенное время после острого периода экстремального события. Если же катастрофа развивается относительно медленно, медикаменты могут быть введены уже на самых первых ее этапах.

Принципиальная возможность введения препаратов в начальном периоде может быть реализована, если медицинские работники и сами пострадавшие (в случае оказания само- и взаимопомощи) будут ориентироваться на элементарные проявления психических расстройств. Именно поэтому в остром и подостром периодах целесообразно введение средств, предназначенных для общеизвестных симптом-мишеней (тревога, депрессия, нарушения сна, вегетативная нестабильность и др.). В этих случаях наиболее эффективны транквилизаторы и антидепрессанты. Купирование нарушений психотического уровня целесообразно проводить преимущественно нейролептиками и мощными транквилизаторами с депримирующим действием. Появление в подостром и последующем периодах широкого диапазона нарушений невротического уровня, включающих выраженную астеническую и депрессивную симптоматику, а также возможность их полноценной диагностики позволяет проводить более дифференцированную терапию.