

Глава 3

Стрессообразующие факторы и психическое здоровье



* * *

И упало каменное слово
На мою еще живую грудь.
Ничего, ведь я была готова,
Справлюсь с этим как-нибудь.

У меня сегодня много дела:
Надо память до конца убить,
Надо, чтоб душа окаменела,
Надо снова научиться жить.

А. Ахматова





Психиатрия чрезвычайных ситуаций

К чрезвычайным ситуациям (ЧС) относят события, которые выходят за рамки обычного житейского опыта индивида или коллективного опыта окружающей его микросоциальной среды и, с психологической точки зрения, могут вызвать у него стресс.

Состояние стресса возникает в результате воздействия внешних факторов, вызывающих биологический стресс, сопровождаемый стрессом эмоциональным. В другом случае психоэмоциональный стресс возникает в результате конфликтной ситуации, обычно связанной с воздействием внешних факторов, биологических или социальных. В реальной жизни трудно разграничить воздействие природной среды и социальные причины, поскольку незатронутой человеком природы на Земле практически не существует.

Там, "где не ступала нога" человека, выпадают радиоактивные осадки или кислотные дожди антропогенной природы. Но все-таки можно выделить воздействия, более связанные с природными условиями, даже если в них присутствуют антропогенные черты. Это относится к чрезвычайным ситуациям (ЧС) и экологическим катастрофам. Основное различие, хоть и условное, между ЧС и экологическими катастрофами в том, что ЧС могут быть как природными, так и антропогенными, они ограничены во времени и часто носят узколокальный характер стихийных бедствий. Экологические катастрофы — всегда дело рук человеческих. Природа, при всей ее кажущейся жестокости по отношению к человеку, не вредит себе,



а стало быть, и человеку так, как это делает человек, использующий природные силы для разрушения самой природы.

В результате стихийных бедствий гибнут и травмируются люди, разрушаются плоды их труда, что приводит к массовым эмоциональным потрясениям и стрессам, влияющим на психику людей, не только непосредственно вовлеченных в события, но и сопереживающих им, испытывающих чувство страха или скорби.

Массовые эмоциональные стрессы вызывают психические нарушения различной степени выраженности, а также соматические расстройства. Поэтому чрезвычайно важен контроль, профилактика и меры по предотвращению массовых психогенных реакций. Эти вопросы рассматриваются появившимися в последние годы новыми направлениями психиатрии.

Изначально к ЧС относили лишь природные катастрофы, землетрясения, наводнения, смерчи, лавины, ураганы и т.д. Несколько позднее чрезвычайными стали считать катастрофические события, связанные с деятельностью человека — так называемые антропогенные ЧС. В последнее время в эту же группу относят и ситуации, возникающие в связи со сменой социально-политического устройства общества. Новая социально-экономическая и политическая ситуация является сильным стрессором для широкого круга лиц — беженцев и вынужденных переселенцев, заложников, уволенных и демобилизованных по сокращению штатов военнослужащих, лиц, длительное время не получающих зарплату и др. В ближайшее время к этой же категории будут относить и безработных, количество которых возрастает. Появление в обществе многочисленных групп людей, интересы которых приходят в противоречие с интересами общества, также ведут к дестабилизации ситуации и непрогнозируемости событий.

Необходимо подчеркнуть, что ЧС как с социальной, так и биологической точек зрения, представляет собой нарушение стабильности, целостности индивида как биологического объекта.

Станет ли то или иное событие чрезвычайным и насколько тяжелыми будут его последствия, зависит от многих факторов,



в том числе и от предварительной оценки личностью той или иной ЧС. Например, многие считают, что землетрясение по своим последствиям более грозное событие ("от него невозможно убежать"), чем наводнение; равно как полет на самолете считается более опасным, чем поездка на автомашине, хотя вероятность попадания в авткатастрофу и получения увечий намного выше.

Имеет также значение и тот факт, относится ли данное ЧС к природным или к антропогенным явлениям. Катастрофические последствия природных ЧС жертвами расцениваются (объясняются) как неизбежное зло, и если и возникает чувство собственной вины в связи с происшедшим, то оно чаще всего связывается с непринятием мер предосторожности. При антропогенных ЧС у жертв иногда появляются чувство ярости и агрессивности, которые могут быть направлены на лиц, которых они считают виновниками ЧС. Следует также учесть, что в некоторых случаях агрессия может быть направлена и на лиц, оказывающих жертвам помощь (на спасателей).

Фактором, который усугубляет восприятие ЧС, может служить скученность населения в эпицентре событий. Большая численность людей приводит не только к большему количеству жертв, но и способствует возникновению паники и, как следствие, появлению вторичных жертв.

Прогностически неблагоприятным является и фактор внезапности. При неожиданной ЧС значительное количество людей оказывается, как правило, не готовыми к проведению необходимых контрмер, что ведет к большим потерям. И наоборот, ожидаемость развития ЧС дает возможность свести людские потери и материальный ущерб к минимальным. Например, заблаговременная подготовка к возможному наводнению обычно не приводит к гибели людей и развитию психических расстройств у населения, находящегося в эпицентре ЧС.

Определенную роль в развитии психических расстройств, связанных с ЧС, играет также оценка грядущих событий. Недооценка угрозы возникновения ЧС, беспечность, игнорирование мер предосторожности ухудшают последствия катастрофы,



тогда как правильная оценка угрозы бедствия, внутренняя готовность к нему облегчает меры по выходу из кризисной ситуации и, при необходимости, эвакуации.

Необходимо отметить, что может также иметь место реакция типа "все пропало, все погибнут". При этом часть людей заранее, спешно покидает место предполагаемой ЧС, другая — остается на месте, старается быть в центре событий, узнать все, что касается развития возможной ЧС. Эти лица из получаемой информации "выуживают" только ту, которая подтверждает их наихудшие опасения, тем не менее, никаких активных действий, направленных на сохранение своей собственной жизни и жизни своих родственников, они не предпринимают.

На развитие психических отклонений после начала ЧС оказывает влияние оценка личностью своего прогноза ситуации и совпадение его с реальной действительностью. Совпадение прогнозов с действительностью (даже если они неутешительные) вселяет уверенность, а несовпадение порождает внутреннюю неуверенность и страх перед будущим.

Любая ЧС, помимо нарушения повседневного привычного течения жизни, может привести к изменению роли личности (ее социальной значимости) в окружающей ее микросоциальной среде (потеря кормильца, изменение материального положения и т. д.).

С социальной точки зрения, различают следующие виды ЧС.

1. ЧС не приводит к ощутимым потерям (имеет место реальная угроза здоровью личности и ее близких, например автоавария). В этих случаях угроза гибели исчезает при нормализации ситуации и вероятность ее повторения ничтожна мала.
2. ЧС не приносит ощутимых потерь, но имеется угроза ее повторения (повторные землетрясения).
3. ЧС возникла, но она не разрешилась и может продолжаться неопределенное время (захват заложников).
4. Вследствие ЧС погиб близкий человек, возник значительный материальный ущерб и социальное положение личности остается неопределенным.



Следует особо подчеркнуть, что первостепенную роль в возникновении психических расстройств играет не столько ЧС (степень реальной угрозы), сколько восприятие личностью этой ситуации. Иногда личность воспринимает как чрезвычайную ту ситуацию, которая на самом деле не является таковой (незначительная качка на море или "болтанка" на самолете), но, несмотря на это, она оказывает на организм исключительно сильное воздействие или стресс.

Психические расстройства, связанные с чрезвычайными ситуациями

Психическое расстройство, которое возникает сразу же после ЧС, служит следствием **острой реакции на стресс (ОРС)**. Она может проявляться в двух видах. Чаще это острое психомоторное возбуждение. Внешне оно проявляется лишними, быстрыми, порой нецеленаправленными движениями. Мимика и жесты становятся чрезмерно живыми, темп речи ускоряется, часто повторяются одни и те же фразы, иногда речь носит характер монолога. Суждения поверхностны, могут быть лишены смысловой нагрузки. Люди в этот момент не способны концентрировать внимание на том, что им сообщают, с трудом воспринимают объяснения. Для них тяжело находиться в одном положении, они то лежат, то встают и бесцельно передвигаются с места на место. Часто имеют место гиперемия лица, чрезмерная потливость, иногда появляются чувства жажды и голода.

Крайнее выражение данной формы реакции проявляется в том, что человек стремительно покидает место происшествия, без учета создавшейся ситуации. Описаны случаи, когда во время землетрясения люди выскакивали из окон верхних этажей зданий и разбивались насмерть, когда родители спасали в первую очередь себя и забывали о своих детях (отцы). Однако эти действия не являются преднамеренными, а обусловлены инстинктом самосохранения.

Вторая разновидность ОРС проявляется состояниями, которые сопровождаются внешней обездвиженностью (оцепенением).



Человек становится как бы посторонним наблюдателем, и события ЧС пронесаются в его сознании, как кадры из фильма. В наиболее выраженных случаях развивается так называемый психогенный ступор — при этом человек лежит с закрытыми глазами, не реагирует на окружающее. Все реакции организма замедлены, зрачок вяло реагирует на свет. Дыхание урежается, становится бесшумным, неглубоким. Организм как бы старается максимально оградить себя от реальной действительности.

Обычно эти лица сидят подолгу в одной и той же позе (во время землетрясения они сидят у своего разрушенного жилища и ни на что не реагируют; иногда эти люди начинают искать в развалинах совершенно ненужные, непригодные для использования вещи), они не просят о помощи, ничем не интересуются, у них притуплены чувства жажды и голода. Внешне это опустошенные, эмоционально выхолащенные люди.

Во время ОРС поведение, в первую очередь, определяется инстинктом самосохранения. ОРС обычно развивается стремительно, в течение 1—2 мин после возникновения ЧС, и может длиться несколько дней.

Следует подчеркнуть, что на начальном этапе люди реагируют на различные виды стресса примерно одинаково. Однако позже их состояние меняется, в зависимости от вида ЧС. После землетрясения (и некоторых других ЧС) по окончании острой реакции развивается так называемая "героическая фаза". Личность, которая осталась жива и получила незначительные физические травмы, охватывает несколько повышенное настроение. Одновременно с этим появляются необоснованный оптимизм, уверенность, что "все будет хорошо, скоро все восстановят". Такие люди начинают оказывать помощь другим пострадавшим, расчищают завалы, не имея необходимого опыта, принимают участие в спасательных мероприятиях. Вместе с тем в этом состоянии снижается чувство опасности и недооценивается тяжесть реальной ситуации.

Большинство лиц, попадающих в заложники, полагают, что их захватили случайно и буквально через несколько часов



обязательно освободят. Но как только происходит осознание того, что они могут погибнуть в перестрелке или при освобождении, у них развивается обоснованный страх смерти. Одновременно с этим у заложников формируется особое отношение к лицам, которые их захватили – они находят у них положительные качества, воспринимают как благородных рыцарей и т. д. Такое отношение заложников к захватчикам, так называемый "шведский синдром", имеет сходство с отношением детей к родителям, которые их истязают. Они оправдывают действия родителей своим плохим поведением или другими неурядицами.

После разрешения ЧС (освобождения) часть заложников, в основном женщины, начинают громко плакать, причитать, жаловаться на свою судьбу за то, что пришлось пережить "такие страшные минуты". Одновременно с этим они высказывают упреки в адрес властей, которые допускают захват в заложники мирных жителей, нередко выражают недовольство (порой в весьма резкой форме) по поводу неумелых попыток их освобождения. Вместе с тем некоторые заложники подчеркивают, что боевики относились к ним "по-человечески, не издевались, не насиловали, не били и требовали лишь выполнения правил личной безопасности". Иногда, противопоставляя террористов представителям федеральных властей, говорят о них как о благородных рыцарях, которые "никого не хотели обидеть" и для которых захват заложников служил вынужденной мерой.

Примерно через 30–60 мин после освобождения у людей наступает истощение. Они начинают жаловаться на общую слабость, головные боли, головокружение, чувства раздражительности и чрезмерной усталости. В ряде случаев в связи с сильными головными болями и чувством нехватки воздуха возникает необходимость в оказании медицинской помощи. Однако пострадавшие обычно соглашаются лишь на амбулаторную помощь и отказываются от стационарной, предпочитая "болеть дома".

В последующем, в течение нескольких дней (до недели), на первый план выступают ощущения внутреннего напряжения,



общей слабости, легкой истощаемости. Заложники отмечают, что их начинает раздражать большое количество посетителей, которые интересуются состоянием их здоровья. Они подчеркивают, что в первые дни, когда приходилось часто рассказывать о ЧС, облегчение и снижение внутреннего напряжения после таких рассказов сменялись ощущением утомления, вялости, апатии, возникновением головных и мышечных болей, чувства стягивания в области живота. По вечерам эти пострадавшие стремятся находиться в кругу родственников и близких, предпочитают не ложиться спать до глубокой ночи и смотреть передачи по телевизору "до конца", всеми способами борясь со сном. Сон, как правило, наступает помимо воли пострадавшего, как бы внезапно, носит прерывистый характер и не дает чувства отдыха и бодрости.

Лица, у которых во время пребывания в заложниках на первый план выступает психическая беспомощность, после разрешения ЧС (освобождения) реагируют по-разному. Их поведение сразу же после освобождения определяется поведением их родственников и близких: если близкие люди громко плачут и причитают, то освобожденные проявляют те же эмоции, и наоборот, если близкие ведут себя спокойно и стараются внешне не показывать свои эмоции, то и заложникам свойственна та же реакция.

У некоторых заложников после освобождения настроение становится приподнятым, они говорят громким голосом, в ускоренном темпе, чрезмерно жестикулируют. К ЧС эти лица относятся с показным безразличием, преуменьшают степень опасности. Часто они заявляют, что им не страшны никакие чрезвычайные события, так как "Всевышний не оставит их одних". Сразу же после освобождения они ощущают прилив энергии, оказывают помощь другим заложникам, поддерживают их морально и материально. Они осуждают действия боевиков, считают, что их следует наказать по закону, однако чувства мести и ненависти к ним не испытывают.

Повышенный фон настроения наблюдается и у другой группы заложников, которые испытывают счастье, что остались



живы, радуются окружающей действительности и свое пребывание в заложниках называют кошмаром, стремясь поскорее забыть этот период. Следует отметить, что эти лица редко обращаются к врачам и круг общения стараются ограничить друзьями и близкими родственниками.

Нередко у заложников после освобождения выступает на первый план психомоторная заторможенность. Они ходят не спеша, темп речи у них — замедленный, жестикуляция — обедненная. Как правило, они сосредоточены на "анализе" периода ЧС и освобождения. В последующие несколько дней у части заложников формируется убеждение, что их освобождение является "волей Всевышнего". Появление этих мыслей, как правило, приносит облегчение, уменьшает гнет кошмарных воспоминаний. Через некоторое время эти лица начинают чаще посещать церковь, соблюдать религиозные обычаи, следовать советам служителей культа.

В ряде случаев сразу же после освобождения заложники начинают жаловаться на ухудшение самочувствия, общую слабость, разбитость, головные боли и боли в груди. Они отмечают также появление неприятных ощущений в области живота (чувство общего дискомфорта, ощущение стягивания и напряжения), похолодание конечностей, чрезмерную потливость. Эти лица полагают, что случившееся с ними не прошло бесследно и повредило здоровью. Сразу же после освобождения они обращаются к врачам и высказывают недоумение по поводу того, что специалисты обнаружили лишь повышение артериального давления и "больше ничего".

Некоторые заложники после освобождения не ощущают чувства освобождения, с трудом верят, что они свободны. Такие люди практически ничего не рассказывают о своих переживаниях, не предъявляют никаких претензий ни к боевикам, ни к представителям властей, опасаясь того, что если подобная ситуация повторится, их высказывания могут стать причиной их гибели.

Несколько иная картина возникает у лиц, впервые принимающих участие в боевых действиях. У некоторых наступает



деморализация, и основной путь спасения они видят в бегстве или сдаче в плен (аналоги чрезмерного возбуждения и пассивности).

У части лиц, переживших ЧС, через некоторое время (от 3–5 дней до 6 мес, а иногда и через 20 лет) развивается **посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)**. В настоящее время полагают, что ПТСР может возникать вслед за острой реакцией на стресс, а может развиваться и у лиц, которые не обнаруживали после ЧС никаких психических расстройств (в этих случаях ПТСР рассматривается как отставленная реакция на происшедшее событие). Несколько реже ПТСР возникает у людей лишь после повторной незначительной психической травмы.

ПТСР характеризуется постоянным пониженным настроением, которое иногда субъективно воспринимается как вялость, апатия, эмоциональное безразличие. Одновременно с этим пропадает интерес к окружающей действительности, исчезают желание получать удовольствие (ангедония) и стремление к узнаванию нового, неизведанного. Лица, страдающие ПТСР, избегают больших компаний, предпочитают одиночество; исключение делается лишь для лиц, перенесших тот же стресс, что и сам больной. Для ПТСР характерны навязчивые (почти насильственные) воспоминания о ЧС. Эти картины постоянно "прокручиваются" в голове. В большинстве случаев упомянутые навязчивые воспоминания о ЧС неприятны для больного. Однако некоторые лица сами (усилием воли) вызывают воспоминания, что, по их мнению, помогает пережить эту ситуацию, и события, связанные с ней, становятся менее страшными (более обыденными). При ПТСР практически всегда имеют места нарушения сна (затруднение засыпания, частые ночные и ранние просыпания в тревоге), нередки ночные кошмары, проигрывающие ситуацию психотравмы.

На первом этапе развития ПТСР личность погружается в мир переживаний, связанных с ЧС. Она как бы старается вернуть в мыслях прошлую жизнь, разобраться в случившемся, ищет виновных и стремится определить степень своей вины



в происшедшем. У лиц с ПТСР временами могут возникать состояния, обозначаемые английским термином "*флешбек*" (*flash-back* – возврат к прошлому). Это расстройство проявляется возникновением непроизвольных, очень ярких, живых представлений о психотравмирующей ситуации. Иногда их трудно отличить от реальной действительности (эти состояния близки к синдромам помрачения сознания), и личность в момент переживания флешбека может проявлять агрессию.

Одновременно с этим у человека обостряется инстинкт самосохранения, и его поведение начинает меняться. Основу этих изменений составляют поведенческие акты, направленные, с одной стороны, на раннее распознавание ЧС, а с другой – на принятие мер предосторожности по предотвращению возможной повторной ЧС. У людей с такой реакцией появляется чрезмерная бдительность, а меры предосторожности, которые они принимают, определяются характером перенесенного стресса.

Лица, пережившие землетрясение, стремятся сидеть недалеко от двери или окна (чтобы при необходимости быстро покинуть помещение). Они часто смотрят на люстру или аквариум, чтобы определить, не начинается ли землетрясение, стараются сидеть на жестком стуле, так как мягкие сиденья смягчают толчок и, тем самым, затрудняют возможность уловить момент начала землетрясения.

Лица, перенесшие бомбардировки, войдя в помещение, сразу же закрывают шторами окна, осматривают комнату, заглядывают под кровать, стремясь определить, можно ли там спрятаться во время бомбежки.

Принимавшие участие в боевых действиях, войдя в помещение, стремятся не садиться спиной к двери, а выбирают место, откуда можно наблюдать за всеми присутствующими.

Бывшие заложники стараются не выходить в одиночку на улицу (если были захвачены на улице), и наоборот, если захват произошел дома, то стараются не оставаться дома одни.

У лиц, которые подверглись воздействию ЧС, может развиваться "приобретенная беспомощность". В этом случае мысли пострадавших постоянно заняты тревожным ожиданием



повторения ЧС, переживаний, связанных с тем временем и чувством беспомощности, которое они при этом испытали. Это чувство беспомощности обычно затрудняет модуляцию глубины личностного вовлечения в контакт с окружающими. Различные звуки, запахи или ситуация могут легко стимулировать воспоминание событий, связанных с травмой, и приводить к осознанию своей беспомощности.

Важные проявления ПТСР заключаются в затруднении концентрации внимания, трудности запоминания и воспроизведения, легкой утомляемости, снижении работоспособности. Личности, пережившие ЧС, редко обращают внимание на указанные расстройства и, как правило, не высказывают соответствующих жалоб, однако именно эти расстройства приводят к снижению общего уровня их функционирования.

Помимо психических расстройств при ЧС имеют место и соматические отклонения. Как показывает опыт, при ЧС примерно в половине случаев отмечается повышение как систолического, так и диастолического давления (на 20—40 мм рт. ст.). Следует подчеркнуть, что отмечаемая гипертония сопровождается лишь учащением пульса и не сопровождается болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, холециститом, холангитом, колитом, запорами, бронхиальной астмой и др.

Особо следует отметить, что у женщин детородного возраста после ЧС довольно часто наблюдаются преждевременные менструации (реже задержки), при ранних сроках беременности могут иметь место выкидыши. Среди сексологических нарушений наиболее часто отмечается снижение либидо и эрекции.

К основным проявлениям ПТСР относится также потеря способности модуляции тревоги и агрессии. Лица, перенесшие ЧС, реагируют гиперактивностью на эмоциональные и сенсорные стимулы. Они с трудом контролируют свое состояние, причем у мужчин агрессия, как правило, направлена на окружающих (наружу), а у женщин — вовнутрь и характеризуется самодеструктивным воздействием. Внешне потеря способности модуляции тревоги и агрессии проявляется склонностью к взрывным реакциям и внезапным агрессивным действиям.



Полагают, что постоянная неспособность личности контролировать свое состояние служит причиной злоупотребления алкоголем и наркотическими (токсическими) средствами.

Как было отмечено выше, различные звуки, запахи или действия, которые даже отдаленно напоминают ЧС, могут легко стимулировать воспоминание о стрессе, поэтому лицо, пережившие воздействие, непроизвольно делает все, чтобы окружающая ситуация не напоминала бы ЧС. Со временем, если человеку удастся нейтрализовать воспоминания о стрессовой ситуации, он старается активно избегать даже разговоров о пережитом, дабы "не будить тяжелых воспоминаний". В этих случаях на первый план иногда выступают раздражительность, конфликтность и даже агрессивность.

Как указывает В. van der Kolk (1986), длительность и глубина психопатических расстройств, возникающих вслед за ЧС, зависят от многих факторов. Наиболее важный из них — сила стрессора. Подтверждением указанному положению служит тот факт, что 99 % из тех, кто выжил в концентрационных лагерях в Норвегии, имели те или иные психические расстройства. Из них у 87 % обнаруживались расстройства познавательной деятельности, 85 % постоянно испытывали нервозность и раздражительность, 60 % страдали разнообразными расстройствами сна, а у 52 % возникали ночные кошмары (Eitinger, 1980). По данным R. J. Lifton (1979), схожие расстройства были обнаружены у жителей Хиросимы и Нагасаки, выживших после взрыва атомной бомбы.

По данным литературы, степень и форма реагирования личности на ЧС в значительной степени определяется генетической предрасположенностью. Изучение приматов показало, что их детеныши по-разному реагируют на такой стресс, как отлучение от матери, что дает основание разделить их на "стрессоподверженную" и "стрессоустойчивую" разновидности (Newman, Murphy, Harbough, 1982). Kagan с соавт. (1986) при исследовании детей пришли к выводу, что лишь незначительная их часть (10 %) имеет низкий уровень реактивности ЦНС, в то время как другая, более значительная часть, наоборот, отличается высокой реактивностью.



К факторам, влияющим на способность противостоять стрессу, относят и возраст. По данным Н. Hendin и А. Pollmger Naas (1984), взрослые легче переносят различные психотравмирующие ситуации, чем дети. На возникновение психических расстройств влияет также преморбидное состояние. По данным N. Q. Brill (1967), у военнослужащих, которые до призыва в армию страдали неврозом, вероятность возникновения ПТСР в 7–9 раз выше, чем у тех, кто до призыва считался практически здоровыми.

Особую роль в развитии ПТСР играет и предыдущая травматизация. Полагают, что лица, которые ранее перенесли психическую травму, склонны давать более длительную стрессорную реакцию на последующую травму. Вместе с тем известно, что у некоторых ветеранов Вьетнама, которые в детстве подвергались различным стрессогенным воздействиям, реже развивалась ПТСР. Эти лица, как считает В. van der Kolk (1985), с детства не доверяют никому и ни с кем не вступают в тесный контакт. Они как бы "привиты" путем избегания связей, которые могут их ранить.

Психолого-психиатрическая помощь населению при чрезвычайных ситуациях

Оказание психолого-психиатрической помощи населению предполагает, в первую очередь, проведение подготовительных мероприятий, которые в итоге должны свести к минимуму число жертв и материальный ущерб от ЧС. Необходимые мероприятия проводятся на федеральном, региональном и локальном уровнях.

Мероприятия федерального уровня.

1. Разработка и совершенствование концепции оказания психолого-психиатрической помощи при ЧС.
2. Прогнозирование новых видов ЧС.
3. Формирование постоянных групп психолого-психиатрической помощи, которые в составе подразделений немедленного реагирования непосредственно участвуют в оказании помощи в очаге ЧС.



4. Изучение общих закономерностей течения психических расстройств, вызванных ЧС, разработка новых методов их экспресс-диагностики и терапии.
5. Разработка критериев экспертной оценки психических расстройств, возникающих во время и после ЧС.
6. Организация курсов повышения квалификации врачей-психиатров, ответственных за оказание психолого-психиатрической помощи на местах, и издание научной и учебно-методической литературы по психиатрии, посвященной вопросам организации оказания помощи при ЧС.
7. Подготовка и проведение учений, имитирующих различные ЧС. Во время учений отрабатывается последовательность действий психиатров и психологов, принимающих участие в ликвидации последствий ЧС. Особое внимание при этом следует уделять вопросам взаимодействия врачей различных специальностей, а также сотрудничества медицинских работников с представителями других служб.

Мероприятия регионального уровня.

1. Составление плана оказания помощи при ЧС, возникновение которых вероятно в данном регионе.
2. Организация общественной группы (штаба) психолого-психиатрической помощи.
3. Организация циклов повышения квалификации врачей-психиатров, ответственных за оказание психолого-психиатрической помощи при ЧС.
4. Организация и участие в учениях.
5. Регулярное участие в проверке готовности соответствующих учреждений и служб к оказанию помощи при ЧС.

Организация работы на местах ЧС.

Для оказания при ЧС психолого-психиатрической помощи населению на местах, в первую очередь, представляется целесообразным выделить в психоневрологическом (психиатрическом) учреждении лица, ответственного за проведение необходимых мероприятий. В качестве такого лица выступает, как правило, заместитель главного врача по гражданской обороне.



Заместитель главного врача по гражданской обороне должен составить план оказания помощи при ЧС, в котором должны быть отражены следующие вопросы:

- природные ЧС, которые могут иметь место в зоне обслуживания;
- учреждения с повышенным риском возникновения ЧС, находящиеся в регионе обслуживания;
- вероятное количество первичных и вторичных жертв при предполагаемой ЧС.

Помимо этого ответственное лицо по оказанию психолого-психиатрической помощи при ЧС должно предварительно сформировать группу психиатров и психологов, которые будут привлекаться для оказания специализированной помощи в амбулаторных (в очаге ЧС) и госпитальных условиях, выявить пути доставки пострадавших в стационар и оценить время, прошедшее с момента возникновения предполагаемого ЧС до момента оказания специализированной помощи.

Необходимо также иметь план взаимодействия врачей-психиатров с врачами других специальностей и лицами из группы немедленного реагирования.

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

Представляется также необходимым уточнение других параметров плана.

1. Выделение объектов, которые требуют особого внимания — школ, домов-интернатов, больницы, роддомов.
2. Использование СМИ для повышения осведомленности населения о последствиях ЧС и действиях, которые необходимо предпринимать.
3. Координация работы с другими неправительственными организациями, принимающими участие в оказании помощи при ЧС (церковь, благотворительные объединения).



Организация психолого-психиатрической помощи в эпицентре ЧС. При возникновении ЧС группа психолого-психиатрической помощи (федерального подчинения) помимо оперативной информации получает сведения о структуре психиатрической службы в регионе ЧС и степени ее оснащенности. Руководитель федеральной группы психолого-психиатрической помощи должен владеть информацией, кто из врачей находится в зоне действия ЧС.

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, отчаяния, вызванные потерями родственников, друзей, соседей, утратой жилища и имущества. Типичные последствия для острой реакции на стресс характеризуются снижением трудоспособности и качества профессиональной деятельности. Конфликт между долгом медицинского работника и реакцией члена семьи, в которой имеются жертвы, также значительно снижает трудоспособность медицинского работника 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 самостоятельной организации оказания помощи пострадавшим. Как правило, медицинские работники, пережившие воздействие ЧС, начинают работать как единая система только после неоднократных настойчивых обращений к ним пострадавшего населения. Взаимодействие внутри пострадавшей группы медицинских работников обычно характеризуется сосредоточенностью на совместном обсуждении происшедшего, проявлением сочувствия к тем, кто пострадал больше. Таким образом, их взаимодействие почти не



отличается от поведения других пострадавших. (Тем не менее, медики стараются обсуждать свои проблемы только в своей среде). Врачи, впервые столкнувшиеся с большим количеством пострадавших, нередко испытывают потрясение, растерянность, неуверенность в своем профессионализме. Они допускают грубые ошибки при проведении неотложных мероприятий, что часто обуславливает тяжелые последствия.

После прибытия врачей службы медицины катастроф медицинские работники, пережившие ЧС, не стремятся активно вступать с ними в контакт, стараются уклониться от принятия самостоятельных решений и направляют пациентов к врачам службы медицины катастроф. Как показывает опыт, медицинская служба эпицентра катастрофы, по мере возможности, должна быть представлена медиками, не пережившими ЧС. К медицинским работникам, оказавшимися вовлеченными в ЧС, следует относиться, в первую очередь, как к пострадавшим, что подразумевает оказание 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.

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

1. 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 значение в это время приобретает умение и возможность оказывать само- и взаимопомощь.
2. Фаза спасения — длится от нескольких часов до нескольких дней. В это время медицинская помощь оказывается врачами службы скорой медицинской помощи и обученным персоналом.



3. Фаза специализированной медицинской помощи — когда появляется возможность оказания высококвалифицированной медицинской помощи.

Врачи — члены группы психолого-психиатрической помощи — по прибытии в эпицентр ЧС должны оценить состояние пострадавших с учетом нескольких параметров.

1. Психическое состояние индивида — степень выраженности и вид острой реакции на стресс.
2. Общее состояние организма — глубина выраженности катаболического этапа, шока.
3. Объем помощи, который был оказан пострадавшему во время фазы изоляции и фазы спасения.

Представитель психолого-психиатрической группы должен принимать участие во встречах руководителей спасательных организаций с пострадавшим населением и их родственниками для выявления лиц, которые в силу имеющихся у них временных психических расстройств сеют панику, распространяют тревожные, иногда не соответствующие действительности слухи.

Психолого-психиатрическая помощь в эпицентре ЧС наиболее часто оказывается лицам с незначительными физическими повреждениями или без таковых, либо травмированным фактом возникновения ЧС, либо потерявшим близких родственников и/или понесших большой материальный ущерб.

Следует учитывать, что поведение лиц, находящихся под наблюдением психоневрологического диспансера, не отличается в момент ЧС от поведения психически здоровых людей.

Поскольку лица со стрессовыми расстройствами самостоятельно крайне редко обращаются за психолого-психиатрической помощью, они редко попадают в поле зрения психотерапевта или психиатра. Поэтому часть врачей-психиатров (психотерапевтов) должна работать в составе врачебной бригады общего профиля, которая осуществляет сортировку больных.

Врачи-психиатры (психотерапевты) должны осуществлять также амбулаторный прием. Как показывает практика, количество обратившихся за психолого-психиатрической помощью при ЧС определяется не истинной потребностью в данном виде



помощи, а тем, где расположен кабинет врача-психиатра. Поэтому необходимо тщательно продумать, где должен вести прием врач-психиатр (психотерапевт). 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 всегда следует заранее уведомить пострадавшего и его родственников о посещении и лишь после получения положительного ответа нанести визит.

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

Как показывает опыт, отношение пострадавших к предлагаемой психофармакотерапии неоднозначно. Если обследуемый считает, что предлагаемые препараты направлены на нормализацию артериального давления, работы сердца, улучшение сна, восстановление работоспособности, снижение тревоги, то он их принимает. Если пострадавшие полагают, что препараты направлены на улучшение настроения, они прекращают их прием по моральным соображениям: "у меня большое горе — умер муж, а у меня хорошее настроение — это неестественно".



Психические нарушения у детей и подростков при чрезвычайных ситуациях

Реакция детей на стрессогенные ситуации практически ничем не отличается от таковых у взрослых. Степень же вовлечения в ЧС и ее воздействие на ребенка могут быть различными. Условно выделяют четыре основные группы потерпевших.

1. Дети, которые непосредственно являются участниками (жертвами) ЧС (заложники, "погорельцы").
2. Дети, потерявшие в результате ЧС родственников, дом, имущество.
3. Дети-"наблюдатели".
4. Дети, которые узнают о ЧС из СМИ и в силу своих личностных особенностей (повышенная напряженность, мнительность) болезненно реагируют на полученную информацию.

Психические расстройства обусловлены в большей мере индивидуальной реактивностью организма и особенностями личности. Следовательно, у ребенка, склонному к невротическим реакциям, даже на сообщение о катастрофе по телевизору могут возникнуть более серьезные психические нарушения, чем у того, кто пережил ее на собственном опыте.

Начальная стадия психических расстройств при воздействии мощного стрессогенного фактора проявляется, как у взрослых, острой реакцией на стресс, которая обычно длится от нескольких часов до 2—3 суток, переходя в дальнейшем в постстрессовые расстройства более сложной структуры. Как показывают клинические наблюдения, ОРС протекают тяжелее у детей младшего возраста от 1 до 10 лет и проявляются в двух вариантах.

1. Шоковая реакция по типу "ступора с сильным испугом". В этих случаях дети с выражением ужаса на лице молча прижимаются к родителям, не отпуская их от себя. При этом имеют место разнообразные соматовегетативные расстройства (побледнение или покраснение лица, непроизвольное мочеиспускание, гипергидроз, тошнота, головокружение).



2. Двигательное возбуждение, сопровождаемое хаотическим бегом в поисках родителей, "тряской" и прыганьем на месте, истошными криками, безудержным плачем. Практически одновременно с этим у детей появляются страхи темноты и одиночества, первые три ночи они почти не спят, бессонница сопровождается тревожными ожиданиями повторной катастрофы. Затем интенсивность переживаний постепенно уменьшается.

У подростков в момент катастрофы такие проявления наблюдаются редко. Напротив, они оказывают активную помощь взрослым по спасению детей, действуют четко и слаженно и, как сказала девочка, пережившая падение самолета на жилые дома "бояться и переживать в это время просто некогда". Однако и у них отмечается бессонница с тревожным ожиданием новой опасности.

В некоторых случаях ОРС протекает необычно. Например, у 12-летнего мальчика с тревожно-мнительным типом нервной системы в момент падения самолета на их школу наблюдался "истерический смех". В классе, где он находился на уроке, выбитыми стеклами были ранены его товарищи, он старался им оказывать помощь и "почему-то смеялся и не мог остановиться". Придя домой, то плакал, то дурашливо шутил: "Хорошо, теперь можно не учиться", не мог успокоиться в течение дня. Свое поведение уже на следующий день оценивал как "непонятное, недостойное". Такая самооценка послужила дополнительным источником психотравматизации, так как он был уверен в том, что "ему не простят этот смех", "будут издеваться", в связи с этим перестал ходить в школу, из-за чего снизилась его успеваемость.

Одним из основных проявлений психических расстройств в структуре ПТСР у детей, переживших ЧС, является синдром страха различной психопатологической структуры, сопровождающийся выраженной тревогой. Условно можно выделить следующие варианты этого синдрома.

1. Сверхценные страхи темноты и одиночества, которые у большинства детей отмечались и ранее, но после ЧС в ряде случаев они усиливаются до такой степени, что 6–8-летние



дети категорически отказываются войти в темную комнату, сходить за водой на кухню через темный коридор даже в тех случаях, когда рядом находятся родители, которые их подбадривают. В этом состоянии дети не могут объяснить, чего конкретно они боятся и не связывают свои страхи с имевшей место ЧС, а лишь отмечают у себя ощущение, что с ними "может случиться что-то плохое".

Иногда указанные страхи могут сочетаться с возникающими на высоте тревожного аффекта рудиментарными обманами восприятия, которые усиливают тревогу, но не сопровождаются дальнейшей интерпретацией. Как правило, интенсивность страхов нарастает в вечернее время, в связи с чем дети просят оставить приоткрытой дверь своей комнаты, не выключать на ночь свет. Иногда они вовсе отказываются спать одни в своей комнате и требуют себе место в постели родителей.

Необходимо сказать, что если после ЧС ребенок подвергается воздействию дополнительных стрессорных факторов, то это приводит к резкому ухудшению его психического состояния — страхи усиливаются, появляются новые психопатологические феномены. Повторная травматизация у детей чаще всего связана с процедурой погребения жертв ЧС. Например, в одном наблюдении, у девочки, участвовавшей в похоронах погибших одноклассниц, в дополнение к страхам темноты и одиночества присоединились интенсивный страх собственной смерти, гипнагогические галлюцинации (перед засыпанием в сознании непроизвольно появлялся зрительный образ умершей девочки, который она "не могла прогнать", временами возникала "мысль-ощущение, что та может забрать ее с собой", рудиментарные слуховые обманы (шорохи в темноте). (Психогенный характер этих расстройств не вызывал сомнений, что было подтверждено ксапамнестическим исследованием.)

2. Сверхценные страхи, тематически связанные с ЧС. Эти расстройства можно условно разделить на три группы.

А. Страхи, возникающие в момент появления другого часто встречающегося в структуре ПТСР симптома — наплывов воспоминаний — зрительных представлений увиденной катастрофы и



возвращения в уже пережитое ранее эмоциональное состояние. Чаще они возникают в вечернее время, но могут появляться и днем, если "никто не мешает и есть возможность задуматься". Эти представления отличаются образностью, в них превалируют яркие увиденные картины пережитых событий (огонь и взрывы). Как правило, они наплывают непроизвольно, порой, в совершенно неожиданных ситуациях, и иногда, на фоне суженного сознания, могут сопровождаться визуализацией представлений. Эти расстройства обнаруживают сходство с состояниями флешбека, описываемыми у взрослых, однако глубина этих психопатологических расстройств у детей значительно меньше — ориентировка в собственной личности, окружающем и в ситуации в целом не нарушена. Например, девочка, пережившая ЧС, рассказала, что несколько раз были случаи, когда она смотрела в зеркало и вдруг переставала себя видеть, вместо этого в нем, как в кино, был виден "пожар и горящие люди", хотя в этот момент она осознавала, что находится дома.

Эти состояния с наплывами воспоминаний пугают, дети стараются с ними бороться, прогонять, переключаясь на что-либо, однако удается это редко. По психопатологическим характеристикам такие страхи приближаются к навязчивым.

Вместе с тем в ряде случаев дети специально вызывают в памяти картину увиденной трагедии, испытывая непонятную им самим потребность думать о ней. Причем после появления желаемых представлений они испытывают страх и неприятное чувство, которое сопровождается стремлением избавиться от них. Некоторые дети испытывают неодолимое желание посмотреть на место трагедии — "тянет: страшно, а все равно иду". Возможно, стремление думать о катастрофе является инстинктивной психологической защитой, подсознательным психотерапевтическим аутотренингом. Известно, что многие эффективные психотерапевтические методики (игровая психотерапия, психодрама и др.) основаны на моделировании имевшей место ЧС, которое дает возможность потерпевшим, вновь многократно пережив эти события, освободиться от своих эмоций и научиться управлять ими.



Б. "Рефлекторные" страхи, возникающие пароксизмально по типу панической реакции при столкновении в реальной обстановке с объектами или ситуациями, своими характеристиками (зрительными, слуховыми) напоминающими о ЧС, что по сути является ожиданием ее повторения. Например, дети, пережившие авиакатастрофу (падение самолета на жилые дома), часто пугаются, когда слышат гул самолета, шум электрички, взрывы петард, видят летящий самолет, а некоторые — даже его изображение на рекламном плакате. При этом дети отмечают, что еле сдерживаются, чтобы не броситься "куда-нибудь бежать", а если находятся дома, обязательно должны подойти к окну и посмотреть, куда он летит. В первые дни после ЧС детям это кажется естественной предосторожностью и осуществляется без промедления, однако в последующем начинает их тяготить, приобретая черты навязчивости.

В. Постоянные, монотонные сверхценные страхи с тревожным ожиданием повторной катастрофы, которые в наибольшей степени нарушают социальную адаптацию ребенка, определяют его поведение, например, дети отказываются идти в школу, "чтобы быть рядом с родителями, если что-нибудь случится". Дети меняют маршрут, чтобы не проходить около высоких домов, так как "они могут упасть". Они также не могут сосредоточиться на уроках, так как постоянно думают о грозящей опасности и ждут ее, прислушиваясь к звукам на улице. Указанные расстройства сопровождаются снижением умственной продуктивности и успеваемости в школе.

3. Сверхценные страхи за жизнь родителей (в основном матери). Они наиболее выражены у тех детей, в семьях которых погибли родственники. Как правило, ребенок ни на шаг не отпускает от себя мать, отказывается ходить в школу, чтобы не расставаться с ней, просыпается по ночам (по 5—6 раз) чтобы проверить, лежит ли мать рядом. Если все же приходится ненадолго расставаться, у ребенка появляются мысли о том, что мама погибла ("попала под машину", "напали бандиты"), и его трудно успокоить.



4. Навязчивый страх смерти (не свойственный ранее). Появляются мысли о наличии возможно смертельной болезни, опасения за свою жизнь в обыденных ситуациях (например, ребенок подолгу стоит у перехода и не может перейти улицу, так как ему кажется, что его непременно собьет машина).

5. Беспредметный, протопатический страх с диффузной тревогой и ощущением надвигающейся опасности, возникающий чаще в вечернее время. В основном свойствен детям младшего возраста, которые не могут подробно описать свои ощущения и характеризуют состояние словами "вдруг стало страшно".

Среди возникающих в связи с ЧС психических расстройств у детей важное место занимают нарушения сна. Наиболее часто они проявляются в трудностях засыпания, что тесно связано с тревожным эмоциональным состоянием и "вечерними" страхами (период засыпания иногда может продолжаться 3–4 часа).

Ранние пробуждения (в 4–5 часов утра), которые не наблюдались до ЧС, сопровождаются необоснованным чувством тревоги. Иногда выявляются уменьшение глубины сна и многократные (до 6 раз) просыпания среди ночи, часто от посторонних громких звуков (шум мотора, сигнал трамвая и т.д.). В части случаев отмечается изменение характера сновидений — как правило, дети жалуются на "кошмары", которые зачастую не связаны по тематике с ЧС, но всегда сопровождаются ощущением угрозы для их жизни, "падаю с обрыва, гонятся чудовища". Эти сновидения настолько пугают, что дети не хотят ложиться спать и специально борются со сном. Иногда "кошмаров" может и не быть, но исчезают сновидения. Дети поясняют, что "раньше всегда были приятные, интересные сны, а теперь никаких".

У детей с ПТСР нередко изменяется поведение. Наиболее часто встречаются следующие виды нарушения поведения.

1. "Регрессивное" поведение — характеризуется поведенческими чертами, свойственными более ранним периодам развития. Проявляется привязанностью к матери — дети сопровождают ее повсюду (даже до дверей туалета), засыпают



только в ее присутствии. Следует отметить, что при "регрессивном поведении" выраженные страхи могут отсутствовать.

У детей резко усиливается обидчивость, они начинают "плакать по пустякам", требуют к себе повышенного внимания со стороны родителей, "хнычут и капризничают по любому поводу", хотя ранее были спокойными и самостоятельными. Со слов родителей, 10–12-летние дети "ведут себя, как совсем маленькие", чем зачастую очень раздражают взрослых. В тяжелых случаях может наблюдаться потеря навыков опрятности, появление несвойственного ранее ночного энуреза, дети перестают себя обслуживать, требуют, чтобы их одевали, кормили с ложки. Зарубежные авторы при "регрессивном поведении" отмечают симптом "сосания большого пальца".

2. "Контрастное поведение" — изменение поведения на диаметрально противоположное (ранее несвойственное ребенку). Нагляднее всего оно проявляется в виде нарастающей аутизации у экстравертированных личностей, которые до ЧС отличались активностью, общительностью, разговорчивостью. После пережитых событий у них исчезает желание с кем-либо контактировать, "все темы разговоров кажутся какими-то незначительными, глупыми, а о катастрофе говорить с кем попало не хочется". Иногда из-за постоянных мыслей об увиденном бывает трудно сосредоточиться на других темах. Важно отметить, что "контрастное поведение" носит временный характер и представляет всего лишь "фасад", за которым скрывается другая симптоматика (в том числе и депрессивная).

3. "Акцентуированное поведение" — характеризуется усилением имевших место расстройств. Например, у детей младшего возраста (6–9 лет), всегда отличавшихся двигательной расторможенностью, неусидчивостью, неустойчивым вниманием, повышенной раздражительностью, указанная симптоматика проявляется еще ярче. На этом фоне развивается злобность, агрессивность к сверстникам, учащаются драки, совершаются бессмысленные разрушительные действия (ломают свои карандаши, игрушки). Такие дети не хотят идти на осмотр к врачу, на приеме проявляют агрессивность, негативизм,



упрямо молчат. Общение с ними проходит наиболее успешно при помощи рисунков, если ребенка удастся заинтересовать.

У подростков отмечается также нарастание психопатоподобных расстройств, преимущественно по неустойчивому и возбуждимому типу. Родители таких детей рассказывают, что если им случайно чем-нибудь помешать, когда они заняты своими делами, дети сразу же начинают кричать, чего не наблюдалось до катастрофы.

После психической травмы, на фоне повышенной возбудимости, нервозности, у детей возникает церебростеническая симптоматика — снижается способность к концентрации внимания, появляется рассеянность, быстрая утомляемость. На фоне психической астенизации, которая нарастает уже к третьему уроку, происходят наплывы воспоминаний о ЧС, что еще больше отвлекает ребенка от происходящего в классе, в результате чего действия совершаются бездумно, автоматически. Подобная интеллектуальная несостоятельность может проявляться даже при таких незначительных умственных нагрузках, как просмотр комедийного фильма. Часто ребенок не понимает его содержания, если рядом кто-нибудь тихо разговаривает или периодически проходит мимо.

У многих детей появляется такой симптом, как гиперактузия — их начинают раздражать громкие звуки, в том числе и привычные (звук телевизора, радиоприемника). Некоторые дети дают своеобразную интерпретацию этого явления, заявляя, что такое отношение к громким звукам у них сложилось из-за того, что они осознают возможную опасность повторения ЧС, а шум им мешает услышать его начало.

Снижение интеллектуальной продуктивности служит дополнительным источником психотравматизации, в особенности детей с гиперсоциальными установками, привыкших к похвале учителей, лидирующему положению в классе. В ряде случаев это приводит к отказу посещать школу и нарастанию социальной дезадаптации.

У большинства детей отмечается в стертой форме реактивная депрессия. Важно отметить, что в этих случаях настроение



не воспринимается субъективно как плохое. Обычно на вопрос, какое у них настроение, дети отвечают "нормальное", и только после уточняющих вопросов выясняется, что им "грустно, скучно", выявляется выраженная тревога, обычно тесно спаянная со страхами. При этом дети затрудняются описать свои ощущения, не могут подобрать слова, в отличие от страхов, о которых рассказывают довольно образно. По этой причине использование шкал для оценки депрессии и тревоги, успешно применяемых у взрослых (шкалы Монтгомери-Асберга, Коей, Гамильтона), при работе с детьми, особенно дошкольного возраста, крайне затруднительно и дает весьма сомнительные результаты.

Депрессивные расстройства у детей 6–8 лет часто проявляются такими симптомами, как снижение двигательной активности. Дети становятся малоподвижными, утрачивают обычную детскую непосредственность, жизнерадостность, не хотят участвовать в играх, хотя раньше любили побегать и "побеситься", молча сидят в стороне с хмурыми лицами, походя на маленьких старичков.

Симптоматика у старших подростков обнаруживает больше сходства с классической депрессией, при этом в основном выражен аффективный компонент в виде тревожно-тоскливого настроения со слезливостью. В течение дня глубина депрессивных расстройств незначительна и не нарушает их обычного социального функционирования (учеба в школе, выполнение домашних обязанностей). Однако к вечеру нарастает тревога, настроение ухудшается также, когда подростки остаются одни и им нечем заняться, появляются наплывы воспоминаний.

Депрессивные расстройства, как правило, сопровождаются снижением аппетита (полный отказ от еды практически не встречается) и избирательностью при приеме пищи. В ряде случаев отмечается выраженный соматовегетативный компонент депрессии. Как правило, у детей с частыми или с хроническими заболеваниями (миокардит, дискинезия желудочно-кишечного тракта) выявляются беспричинные подъемы температуры до 38 °С, боли в животе, сердце, ощущение "тряски в ногах", жидкий стул.



На последующих этапах развития ПТСР все большее значение приобретают школьная дезадаптация и социально-психологические личностные девиации, основной компонент которых состоит в осознании себя и своей семьи как жертвы в сочетании с внешнеобвиняющими тенденциями, формированием "образа врага", целенаправленной агрессии. Эти расстройства наиболее часто встречаются у детей из зон военных межнациональных конфликтов. Немаловажную роль при этом играет и индукция со стороны взрослых.

В ряде случаев происходит формирование сверхценного отношения к пережитым событиям, характерны патологическое фантазирование на тему мести воображаемому или реальному виновнику, а также гиперкомпенсаторные представления себя супергероем, который может защитить своих родных. Фантазии, как правило, сопровождаются увлечениями агрессивного содержания (силовыми видами спорта, стрельбой, просмотром жестоких "боевиков"). Порой такие дети, особенно подростки, совершают общественно опасные действия уже на мирной территории, в зонах временного размещения беженцев.

Нарушение школьной адаптации обычно связано с рядом объективных причин:

- снижением познавательных интересов,
- церебраленическими расстройствами,
- низкой интеллектуальной продуктивностью на фоне субдепрессии.

Стойкий страх и воспоминания о происшедшем служат отвлекающими факторами и не позволяют сосредоточиться на учебном материале, что приводит к резкому снижению успеваемости.

Кроме того, дополнительными факторами служат вынужденный перерыв в учебе из-за военных действий, либо переход на более сложную программу после переезда на другое место жительства (например, уровень требований для одного и того же класса в московских школах оказался значительно выше, чем в сельских). Дети, выехавшие из других республик



в Россию и ранее говорившие в основном на своем родном языке, сталкиваются с серьезными языковыми (лингвистическими) проблемами, что приводит к невозможности качественного усвоения школьной программы и резкому снижению успеваемости.

Школьные неудачи воспринимаются детьми крайне болезненно, особенно теми, кто раньше учился отлично. Это усугубляется тем, что в семьях переселенцев постоянно ведутся разговоры о том, что "жизнь надо начинать заново, а для этого нужно образование". Таким образом, ребенок чувствует, что на него возлагают большие надежды и ответственность, которые, несмотря на все его старания, он не в состоянии оправдать. Это служит для него дополнительным психотравмирующим фактором и может приводить к патологическому формированию личности по психастеническому типу, а также к реакциям пассивного протеста с попыткой уйти от ответственности (побеги из дома, отказ от посещения школы).

Нарушения межличностных отношений, вследствие разрыва старых дружеских связей и попадания в новый, непривычный коллектив, особенно болезненно переживаются подростками и могут привести к суицидальным попыткам. В ряде случаев неприязненные отношения в классе к новичку усиливаются косвенными, непреднамеренными внушениями со стороны взрослых в адрес беженцев, переселенцев из зон природных катастроф. В таких случаях детей в школе могут "бойкотировать", устраивая настоящую травлю, что приводит к стойкому отказу посещать школу, а в ряде случаев — к агрессии и аутоагрессии (например, мальчик, подвергшийся воздействию ЧС, мечтал сломать себе руку, чтобы не ходить в школу, и реализации этого плана помешал только врач).

В связи с изложенным социальные причины нарушения адаптации подлежат внимательному изучению в каждой конкретной ситуации и коррекции межличностных отношений не только в семьях пострадавших, но и в местных коллективах в зонах временного размещения пострадавших, в школах и других детских учреждениях.



Психолого-психиатрическая помощь детям и подросткам при чрезвычайных ситуациях

Как показывает опыт, при природных катастрофах и других ЧС с массовым вовлечением людей, как правило, не удается осмотреть всех детей, попавших под воздействие психогенного фактора.

В зоне ЧС для осмотра детей и подростков обычно используются два организационных подхода.

1. Педагоги и воспитатели отбирают по просьбе врачей детей, у которых после пережитой ЧС отмечаются изменения в поведении и высказываниях, свидетельствующие о наличии у них страхов, тревоги, признаков сниженного настроения и других отклонений. В этих случаях осмотр проводится в медицинских кабинетах детских учреждений по согласованию с родителями. Во время ЧС или сразу же после ее завершения диагноз ставится лишь на основании объективного осмотра, так как получение каких-либо анамнестических сведений в этот период затруднительно. Например, родители в стрессовом состоянии часто не сообщают достоверной информации, так как не считают ее существенной. Иногда имеет место утеря медицинской документации.

2. При другом организационном подходе население извещается о возможности получить необходимую помощь детского психиатра через СМИ. В этом случае инициаторами осмотра ребенка выступают родители, которые обнаруживают у своих детей различные психические отклонения. Временный кабинет специализированной педиатрической (психиатрической) помощи развертывается, как правило, в том же учреждении, куда обращаются пострадавшие для решения различных социально-экономических проблем, связанных с ЧС, или в региональной (детской) поликлинике.

Как отмечают специалисты, работавшие в зоне ЧС, положение действующего Закона "Об оказании психиатрической помощи и защите прав граждан при ее оказании" исключает возможность активного выявления всех пострадавших и проведение в их отношении лечебно-профилактических мероприятий. По тем



же причинам затруднено проведение полноценного катamnестического обследования. (Через год после ЧС более 50 % обследованных уклоняются от контакта с психиатром).

Следует отметить, что при массовых катастрофах у врача нет возможности лично осмотреть каждого ребенка, поэтому чрезвычайно важно информировать лиц, которые находятся в непосредственном контакте с пострадавшими (родители, педагоги, воспитатели, педиатры, спасатели) о наиболее частых отклонениях, встречающихся у детей, что способствует более полному выявлению нуждающихся в лечении. Очевидно, именно поэтому во многих зарубежных руководствах, посвященных этой проблеме, ПТСР описывается на симптоматическом уровне, доступном пониманию специалистов немедицинских профессий, что помогает выявлению "проблемных" детей.

Одна из первоочередных задач детского психотерапевта, работающего в зоне ЧС, заключается в проведении разъяснительной работы с теми группами населения, которые находятся в непосредственном контакте с пострадавшими детьми (родители, педагоги, воспитатели, врачи-педиатры). При этом для них ставятся следующие цели.

1. Ознакомить родителей и педагогов с наиболее часто встречающимися в детском возрасте психическими расстройствами, связанными с ЧС.

2. Выработать у них правильное отношение к наблюдающимся расстройствам как к временному явлению, по сути адекватному человеческой реакции на тяжелый стресс.

3. Объяснить, как именно им следует действовать при появлении различной симптоматики, чтобы помочь ребенку быстрее справиться с последствиями ЧС.

Прежде чем переходить к описанию конкретных мер по оказанию помощи детям и подросткам, следует отметить неоднозначную позицию специалистов, занимающихся этой проблемой, по двум кардинальным вопросам.

Первый из них касается симптоматики, появляющейся в результате воздействия стрессогенного фактора. Часть авторов рассматривает ее как нормальную адаптационную реакцию



организма на изменение условий функционирования. Эти авторы считают, что такие проявления не являются патологическими и не нуждаются в коррекции, тем более, что у большинства детей состояние самопроизвольно улучшается в течение первых 10 дней. По мнению американских специалистов, такие дети нуждаются только в психологической помощи, и лишь при отсутствии редукции симптоматики в течение нескольких недель ребенка следует проконсультировать у психиатра. На первых же этапах ими должны заниматься педагоги, социальные работники, психологи.

С точки зрения отечественных авторов, ОРС и начальную стадию ПТСР следует расценивать как болезненные проявления, а следовательно, рекомендуется немедленное назначение комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий, в том числе медикаментозной терапии. Разница во взглядах на эту проблему объясняется, вероятно, различными потенциальными возможностями медико-социальных служб наших стран.

Второй вопрос, по которому расходятся взгляды специалистов, работающих с детьми из зон ЧС, касается тактики ведения психокоррекционной работы. Часть авторов считает, что воспоминания и обсуждения психотравмирующего события оказывают на детей неблагоприятное влияние и способствуют возникновению панических реакций и затяжному течению, а следовательно, одна из задач психотерапевтических сеансов заключается в отвлечении пациентов от психотравмирующих переживаний.

Другие авторы занимают прямо противоположную позицию, на которой основано большинство успешно применяемых зарубежными психиатрами методик. Основной их целью является "вентиляция эмоций", т. е. предоставление ребенку возможности отреагировать на отрицательно окрашенные эмоции, связанные с психической травмой, путем неоднократного погружения в ситуацию ЧС.

Важно подчеркнуть, что эти методики могут не действовать, если они используются без учета культур и национальных особенностей, а также форм семейного воспитания. Например,



ребенок из семьи, где его с детства приучали не плакать, не жаловаться, всегда быть сильным и смелым, не может рассказывать о пережитых страшных событиях, так как стыдится проявления своих эмоций (страха, плача), дает негативные реакции, оказывая активное сопротивление работе психотерапевта. Подобные трудности возникали при работе с детьми из детского дома, пострадавших при падении самолета на жилой квартал в г. Иркутске. Несмотря на то, что большинство детей ощущали потребность поделиться с кем-нибудь своими переживаниями, они избегали разговоров о катастрофе даже с лучшими друзьями, объясняя это тем, что "здесь не принято раскрывать душу", стеснялись говорить о своих страхах, относились настороженно, недоверчиво к психотерапевту, а часто даже чувствовали злость на врача, который "заставил их проявить слабость и заплакать". Такое поведение не наблюдалось у детей из той же зоны ЧС, но воспитывающихся дома.

Лечебно-коррекционные мероприятия, как правило, начинаются с разъяснительной **психотерапевтической беседы** как с детьми, так и с их родителями, основной целью которой служит формирование правильного представления о сущности возникших у их ребенка проблем, а также оптимистической установки на будущее.

Важно помочь детям осознать, что их поведение — это совершенно нормальная, адекватная реакция на пережитое горе, страх, а не проявление психического заболевания. Нужно изменить отношение ребенка к своему состоянию с негативного на позитивное. Следует объяснить им, что было бы намного хуже, если бы на их глазах погибли люди, а они никак не отреагировали на происходящее, что и было бы патологией. Такая постановка вопроса снимает дополнительную психотравматизацию, связанную с опасениями "сойти с ума".

Проблемы, возникшие у ребенка — это проблемы всей семьи, поэтому необходимо тесное сотрудничество со всеми ее членами, оздоровление внутрисемейной обстановки, улучшение психического состояния родителей, которые зачастую испытывают еще большие трудности и не обращают внимания



на свое ухудшающееся состояние. Все это может приводить к индуцированию тревоги у детей, усложнению их собственной симптоматики, поскольку ребенок на инстинктивном уровне чувствует настроение матери, ее страх и отчаяние легко передается ему. Родителям следует рекомендовать стараться сдерживать свои эмоции при ребенке.

В случаях, когда у ребенка выявляется "регрессивное" поведение, родителям необходимо объяснить, что это не обычные капризы, а своеобразная реакция на стресс, свойственная ребенку, и, следовательно, его нельзя наказывать, так как это может привести к усилению депрессивно-фобических расстройств и фиксации аномальных форм поведения. Если ребенок ни на минуту не желает покидать родителей (что позволяет ему легче преодолевать свои страхи), не следует отгонять его от себя, мать всегда должна находиться в пределах его видимости. При необходимости администрация по месту работы родителей должна, по рекомендации врача, предоставлять родителям внеочередной отпуск. В этот период вся семья должна собираться вместе как можно чаще, что формирует у ребенка чувство защищенности, уверенности в будущем.

Особенно важно это помнить в случаях гибели одного из родителей, когда во много раз усиливается страх потерять оставшегося, что часто проявляется в многочисленных вопросах о смерти, на которые следует обязательно отвечать в доступной для ребенка форме, но без подробностей. Родители должны знать, что повторяющиеся и раздражающие их вопросы о смерти — это способ ребенка адаптироваться к потере. Маленький ребенок не понимает, что такое смерть, поэтому может задавать вопросы о том, когда вернется его папа и починит велосипед, что обычно служит дополнительным психотравмирующим фактором для матери, потерявшей мужа. Тем не менее, в присутствии ребенка ей следует стараться сдерживать бурные проявления своих эмоций, которые могут испугать его. Ребенка надо постоянно уверять в том, что оставшийся родитель любит его, всегда будет с ним и сумеет о нем позаботиться. Это важно еще и потому, что в ряде случаев,



особенно у старших детей, отмечаются идеи самообвинения. Детскому возрасту свойственно так называемое "магическое мышление", когда ребенок искренне верит в то, что если чего-нибудь очень захочет или будет о чем-то долго думать, все случится. Если перед катастрофой у него были агрессивные мысли по отношению к погибшему отцу (типа "хоть бы ты умер"), в последующем он начинает винить себя в его смерти, что приводит к неблагоприятной динамике ПТСР с усилением депрессивного компонента. Ребенка непременно следует разубедить в этом, постоянно доказывая, что смерть отца произошла всего лишь в результате несчастного случая и его вины здесь нет.

Детям следует объяснить, что открытое выражение своего горя позволит справиться с ним быстрее. Многие взрослые, видя плачущего ребенка, делают замечание типа "не плачь, ты уже большой, ты же мужчина"; такая тактика в ситуации ЧС должна быть признана неправильной.

В ряде случаев родители дают крайне негативную реакцию на игры детей, тематически связанных с ситуацией ЧС. Следует объяснить им, что подобные игры обладают психотерапевтическим эффектом и позволяют ребенку научиться управлять своими эмоциями, связанными с тяжелыми воспоминаниями.

Особое внимание следует уделять детям со сверхценными страхами темноты и одиночества, нарушениями сна. Необходимо идти навстречу просьбам ребенка и, по возможности, поставить его кровать в спальне родителей, заранее оговорив, что это временная мера, и назначив примерный срок ее окончания. Иногда матери достаточно просто посидеть рядом, пока ребенок засыпает. Надо помнить, что период ПТСР не самое подходящее время для воспитания "мужских качеств", и поэтому даже когда 15-летний мальчик боится засыпать без света, необходимо поставить ему "ночник", воздержавшись от негативных комментариев, что обычно свойственно отцам.

Учитывая, что у большинства детей отмечаются "рефлекторные" страхи при резких звуках, напоминающих те, которые они слышали при ЧС (например, взрывы петард, шум элект-



рички вызывали панические реакции у переживших падение самолета на жилые дома), желательно, по возможности, устранить эти факторы, на время поместив пострадавших в тихий лесной санаторий).

Следует также подчеркнуть, что у большинства детей с ПТСР отмечается стойкое нежелание смотреть "боевики" и фильмы ужасов, так как они еще более усиливают вечерние страхи (несмотря на то, что эти же дети раньше их смотрели с удовольствием). Одновременно выявляется явная тяга к просмотру комедийных фильмов, в связи с чем определенное значение в купировании ПТСР может играть "фильмотерапия".

Среди населения широко распространено мнение, что ребенка надо всеми силами оберегать от напоминания о случившемся, для чего родители стараются не разговаривать при нем о катастрофе, выключают телевизор, когда там передают сообщения о случившемся. Этого не следует делать, так как наблюдающиеся у большинства детей сверхценные страхи повторной катастрофы резко усиливаются при отсутствии информации, у ребенка создается впечатление, что от него скрывают какую-то новую опасность, в результате чего возникают различные домыслы, еще более усиливающие тревогу. Незнание всегда пугает больше, чем правда, поэтому такая тактика со стороны родителей вредна. Ребенок должен знать о происходящем на доступном для него уровне понимания. Не рекомендуется лишь участие детей в похоронах, просмотр телепередач о ЧС с показом "страшных сцен" (обгоревших трупов, разбросанных кусков тел и т.д.), а также обсуждение этой темы в кругу семьи с сопровождением бурных эмоций (плач, отчаяние).

Как уже было отмечено, эпидемиологические обследования потерпевших в очаге поражения психиатры не проводят, а оказывают помощь в основном "по обращаемости" или "выявляемости", т. е. детям, которых привели на прием родители, или тем, кто был направлен из детских учреждений. Из этого следует, что чем больше будут знать педагоги и психологи, работающие в детских учреждениях, тем больше будет выявляемость "проблемного" контингента. Специалисты должны владеть



информацией о характере поведения ребенка до катастрофы, а также иметь представление о национальных особенностях, возможном наличии языковых проблем. Эти вопросы становятся наиболее актуальными в зонах межнациональных конфликтов, в местах скопления беженцев. Например, молчание из-за плохого владения языком, на котором идет обучение, или нежелание общаться с одноклассниками из-за неприязни националистической природы ошибочно может интерпретироваться как нарастание аутизма, депрессии.

Следующая не менее важная задача, стоящая перед педагогами и психотерапевтами, заключается в организации **различных мероприятий для снятия эмоционального напряжения**. Они должны помочь ребенку выразить свои чувства и переживания, сформировать навыки, позволяющие ему справиться с ситуацией.

Одним из основных способов, используемых для этой цели, служит **психотерапевтическая беседа**, которая может проводиться в трех вариантах.

1. Свободная групповая беседа, когда дети рассказывают о пережитых событиях, а учитель подбадривает их, помогает начать рассказ, убеждает каждого ребенка в том, что не он один испытывает страхи, тревогу, а и все остальные тоже, объясняет, что это не слабость, за которую презирают, а обычная человеческая реакция.
2. Запланированная тематическая групповая беседа о ЧС. С этой целью заранее подготавливаются доклады, оформляются научные стенды. Обычно начинают с общих положений (например, в очаге землетрясения беседу начинают с того, что представляет собой данное природное явление, где находится эпицентр и т. д.).

Научная информация придает происходящему обыденный вид, делает ЧС для ребенка менее значимым, а следовательно, уменьшает его эмоциональную насыщенность. Затем начинается обсуждение конкретного, пережитого события, а уже после этого делаются сообщения о своем личном опыте во время ЧС.



3. Индивидуальная беседа как вид психотерапии особенно эффективен с интравертными, легко тормозимыми детьми, которых трудно "разговорить" в группе. Предварительно педагог-психолог должен составить перечень вопросов на тему ЧС, особенность которых состоит в том, что на них нельзя дать альтернативных ответов ("да-нет"). Вопросы, к примеру, могут быть следующего содержания: "Где ты был во время ЧС? Какова была первая мысль? Что потеряно, разрушено? Что делали люди вокруг? Что бы ты делал по-другому, если бы все повторилось?"

Другим методом, позволяющим ребенку отреагировать на отрицательные эмоции, сообщить взрослым о тревожащих его проблемах, является рисование. При этом важно объяснить детям, что никто не собирается заставлять их рисовать, это не обязательное задание, а всего лишь один из способов молчаливого общения, при помощи которого они могут рассказать о происшедших страшных событиях, которые им трудно передать словами. Дети должны быть убеждены, что совершенно неважно, красивая картина у них получится или нет, потому что главная цель — это выразить свои чувства. Работу не следует оценивать, обсуждать или показывать другим лицам без согласия автора (ребенка). Темы для рисования должны быть аналогичны темам бесед. После завершения рисования можно обсудить рисунки тех детей, которые этого захотят, либо побеседовать с каждым по отдельности.

Кроме перечисленных методов, направленных на "вентиляцию эмоций", в школе можно использовать и другие. Например, организовать силами детей спектакли, в том числе и кукольные, на тему катастрофы, но с жизнеутверждающей концовкой (спасено много людей). Можно оформить стенд, посвященный ЧС, причем в этом должны активно участвовать сами дети. Этот стенд может иметь "уголок последних новостей". Помимо этого в доступном месте следует повесить ящик для писем, куда дети смогут опускать свои анонимные вопросы. В зоне ЧС необходимо также организовать "телефон доверия" со специальной детской линией.



До сведения школьных педагогов следует довести, что в структуре ПТСР часто встречается выраженная церебрастеническая симптоматика. Временное снижение памяти в сочетании со страхом неудачи и порой значительными пропусками занятий резко снижают способность детей к обучению. В этот период дети требуют особого подхода. В ряде случаев представляется целесообразным их перевод на некоторое время на индивидуальное обучение. Если ребенок, переживший ЧС, продолжает учиться в своем же классе с детьми, которые не подверглись воздействию ЧС, то целесообразно снизить требования к нему, а при успешной учебе обязательно поощрять и подбадривать. К попыткам перевода детей — жертв ЧС во вспомогательную школу следует относиться отрицательно (наиболее часто такое решение проблемы используют в детских домах).

Другой важной задачей, стоящей перед психиатром (психотерапевтом) является проведение разъяснительной работы с родителями, направленной на выработку у них правильного отношения и соответствующего поведения в тот момент, когда они сталкиваются с проблемами ребенка.

При значительных психических отклонениях показано **проведение психофармакотерапии и психотерапии** с первого дня ЧС (иногда медико-психологическую помощь целесообразно оказывать в стационарных условиях). При применении препаратов, способствующих редукции имеющейся симптоматики, положительный эффект достигается, в большинстве случаев, при использовании минимальных доз, что, возможно, свидетельствует о повышенной чувствительности лиц с ПТСР к психотропным средствам. Медикаментозную терапию в указанных случаях следует проводить предельно осторожно еще и потому, что часто отсутствуют анамнестические сведения о детях, выведенных из очага поражения. (Например, в г.Иркутске осмотр детей из детского дома проводился при отсутствии какой-либо информации о них, так как вся документация погибла при пожаре).

Большое значение в лечении ПТСР имеет общеукрепляющая терапия, направленная на восстановление сна, аппетита.



Благотворно влияют на психическое состояние ребенка и успокаивающие физиопроцедуры (электросон).

Особо следует отметить необходимость применения игровой, групповой и рациональной психотерапии, способствующих скорейшему решению перечисленных выше задач.

Экологическая психиатрия

Социальное развитие человека, основанное на общественной трудовой деятельности, изменило взаимоотношение между человеком и окружающей его природой. У животного в процессе приспособления к изменяющимся условиям среды вырабатываются новые функции, которые соответствуют условиям жизнедеятельности и, соответственно, новые органы, обеспечивающие выполнение этих функций. Человек, приспосабливаясь к различным условиям обитания, создает орудия труда, с помощью которых обеспечивает освоение различных регионов биосферы. Биологическая специализация животного особи сменяется социальной специализацией человека. Животное, органы которого специализированы для выполнения определенных функций, не может выжить в случае резкого изменения условий. Только в процессе длительной эволюции к постепенно изменяющимся условиям естественный отбор приводит организм в равновесие с новыми условиями. Для человека биологическая эволюция перестала быть определяющим фактором развития. Основным двигателем прогресса стал не вещественно-энергетический обмен организмов со средой, а информационный обмен общества с природой. Функцией, определяющей существование человека, становится социально-трудовая деятельность как основа существования его и общества в целом. Информационное взаимодействие животных со средой, обеспечивающее пассивное приспособление организмов к изменениям среды на основе опережающего отражения, принципиально отличается от информационных процессов в человеческом обществе, где генетическая информация опосредуется социальной информацией — трудовым опытом людей.



Человеческая популяция представляет собой структуру, которая позволяет ей функционировать в любом биогеоценозе в форме антропогеоценоза. Универсальность этой структуры достигается за счет дифференциации составляющих ее элементов различных социальных уровней. Производственная деятельность людей определялась конкретными природными условиями среды и была направлена на их использование для своего развития. По мере роста масштабов хозяйственной деятельности по освоению территории обитания природные биогеоценозы изменялись человеком, что начало проявляться уже в период разделения труда на земледельчество и скотоводство. Разрушение человеком естественных биогеоценозов привело к резким изменениям природных условий на обширных территориях, вплоть до возникновения пустынь, непригодных для жизни техногенных зон.

С накоплением информации о сущности природных явлений человек получил возможность их использования во все более широких масштабах. Физические и химические методы превращения природных запасов энергии в энергию, потребную для развития производительных сил, привело к формированию нового компонента биосферы — техносферы. Основной ее характеристикой можно считать возрастающее антропогенное энергетическое воздействие в глобальных масштабах на природные процессы в биосфере. Мощности, используемые в настоящее время человечеством — 10^9 кВт, сравнимы по своим размерам с мощностью природных процессов. Локальные изменения природных условий с возрастанием технических возможностей человека приняли в современную эпоху форму глобальных воздействий на биосферу всей Земли.

В. И. Вернадский писал: "Закончен после многих сотен тысяч лет неуклонных стихийных стремлений охват всей поверхности биосферы единым социальным видом животного царства — человеком. Нет на Земле уголка, для него недоступного. Нет пределов возможному его размножению. Научной мыслью и государственно организованной, его направляемой техникой, своей жизнью человек создает и биосфере новую биогенную



силу, направляющую его размножение и создающую благоприятные условия для заселения им частей биосферы, куда раньше не проникала его жизнь" (1976).

Все возрастающая мощь технологий, призванных, в конечном счете, удовлетворить потребности человечества, пришла в противоречие с возможностью биосферы обеспечить их без вреда для нее. Затрачивается все больше природных ресурсов на получение продукции, обеспечивающей жизнедеятельность человека.

В развитых странах резко возрастает потребление энергии на производство пшеницы. В XX веке ее урожайность выросла примерно в 3 раза, а энергозатраты на получение 1 т — почти в 20 раз. В результате расходуется все больше так называемых невозобновляемых ресурсов — угля, нефти, газа, металла, полезных ископаемых. Вырубаются леса, отходами производства загрязняются атмосфера и гидросфера. Локальные антропогенные воздействия на биосферу сливаются в более масштабные и охватывают всю поверхность земли. В результате во второй половине XX века возникло глобальное противоречие между техносферой как результатом роста производительных сил человечества и биосферой — частью природы, обеспечивающей возможность удовлетворения этих потребностей. Противоречие заключается в том, что человек, "перерабатывая земную оболочку", своей деятельностью разрушает биосферу, которая вынуждена адаптироваться к взаимодействию с техносферой. Меняются растительность и животный мир. Сохраняются только растения и животные, способные выжить в условиях антропогенного загрязнения, что нарушает видовой баланс, который необходим для биоценоза так же, как и для антропоценоза.

Экологическая проблема, возникшая перед человечеством, имеет огромное значение. Но она не так уж нова. Пустыни, в которых находят погребенные в песках цивилизации прошлого, свидетельствуют о том, что антропогенные воздействия уже приводили к локальным экологическим катастрофам. Новизна проблемы в том, что она приобрела глобальные масштабы. Если раньше страдали отдельные популяции, то нынешний экологический кризис затрагивает все человечество.



Естественно-научную предпосылку развития биосферы при воздействии на нее человека раскрыл В. И. Вернадский. Исходя из сформулированной им идеи единства эволюционных процессов на Земле, В. И. Вернадский в 20-х годах создал учение о ноосфере как ступени развития биосферы, характеризующейся сопряженной эволюцией био и антропосферы.

Период стихийного развития технической мощи человечества, в результате которого биосфера изменяется качественно, должен смениться новым этапом, характеризующимся превращением биогенной эволюции органического мира в ноогенную, переходом от стихийного использования природы к сознательному регулированию взаимоотношений между природой и обществом. Переход к новому состоянию – от биосферы к ноосфере – сопровождается отрицательными воздействиями на природу на уровне техносферы. "Осуществляемое человечеством перераспределение энергии и вещества из биосферы в общество вначале сопровождается значительными потерями и обедняет природу", – писал Г. Ф. Хильми (1966).

Субъективные факторы, в основе которых лежит необходимость в обеспечении растущих потребностей людей, приходят в противоречие с объективными биологическими возможностями природы. Учение о ноосфере раскрывает пути преодоления этого противоречия. В.И. Вернадский писал: "Человечество, взятое в целом, становится мощной геологической силой. И перед ним, перед его мыслью и трудом становится вопрос о перестройке биосферы в интересах свободно мыслящего человечества как единого целого" (1976). Но такая постановка вопроса уже включает в себе необходимость соответствующей социальной организации общества, обеспечивающей единую деятельность всего человечества как целого. Только в результате социальных преобразований биосфера может стать ноосферой – средой разума и труда, гармоничным единством общества и природы.

Законы по охране природы преследуют активное регулирование изменяющихся отношений между природой и обществом.



Они создают условия для умножения способности природы к развитию, нарушенной деятельностью человека.

В то же время несоблюдение законодательства об охране природы, стремление получить сиюминутную выгоду, экстенсивный путь развития промышленности привели к тому, что были без нужды поставлены под угрозу исчезновения или потерпели урон многие биогеоценозы, что, в свою очередь, сказалось и на условиях жизни людей в этих районах. В нашей стране из-за загрязнений промышленными отходами пострадали озеро Байкал и Онежское озеро; отравление выбросами фабричных труб привело к гибели леса в европейской части и в Сибири; неумеренный полив полей опустошил реки Средней Азии (Сырдарья почти полностью выбиралась на поливы), тогда как плодородные почвы подверглись засолению из-за переувлажнения. Строительство гидроэлектростанций в некоторых случаях привело к затоплению плодородных земель и лесов. И, наконец, проект переброски северных рек на юг, последствия которого полностью не предсказуемы, глобально нарушил бы все экологическое равновесие, а это одинаково губительно как для севера, так и для юга страны. Достаточно сказать, что воды северных рек очень богаты органическими примесями, которые в условиях холодного климата накапливаются, не вступая в активную реакцию. В условиях юга эта органика немедленно включилась бы в биологические окислительные циклы, лишив воду кислорода.

Показательны результаты комплексных экспедиций Института прикладной экологии Севера СО РАН, занимавшихся оценкой экологической обстановки, в том числе содержания фитопланктона, на территории Вилюйских улусов в зоне наибольшего загрязнения предприятиями алмазодобывающей промышленности (Саввинов и др., 1992, 1994). На фоне несомненного загрязнения реки Вилюй и ее притоков минеральными соединениями и фенолом отмечено несколько сопутствующих биологических явлений. Одно из них связано с общим обеднением видового разнообразия сообщества фитопланктона непосредственно в Мирнинском улусе, т. е. на территории,



максимально загрязненной упомянутыми химическими поллютантами.

В рыбе, выловленной из указанных рек, включая Вилюй, чрезвычайно высоко содержание металлов – меди и хрома, никеля, железа, цинка и свинца. Таким образом осуществляется классический путь переноса поллютантов по цепочке фито- и (или) зоопланктон – рыба – человек. То, что такой путь приводит к потреблению металлов, в опасных для здоровья концентрациях, показывают данные по определению этих металлов и опасных металлоидов (таллий, сурьма, мышьяк, алюминий, титан), в частности, в волосах.

Стало очевидным, что изменение прозрачности атмосферы из-за газовых и пылевых выбросов и увеличение концентрации углекислоты, обусловленное нарастанием потребления различных видов энергии, привели к так называемому "парниковому эффекту" – незначительному, но устойчивому повышению среднегодовой температуры на всем Земном шаре. Использование в промышленности и в быту ряда химических газообразных соединений, в первую очередь фреонов, служит, как предполагают, причиной уменьшения толщины озонового слоя в верхних слоях атмосферы и появления так называемых "озоновых дыр". Первоначально они были обнаружены в Южном полушарии над Антарктидой. В результате их появления резко увеличилось соотношение жесткого и мягкого ультрафиолетового излучения, попадающего на поверхность Земли. Повышение среднегодовой температуры привело к интенсификации процессов репродукции фитопланктона, в частности в Южном океане, окружающем Антарктиду. В свою очередь, снижение прозрачности воды и воздуха сопровождается изменениями метаболизма синезеленых водорослей, составляющих основную массу фитопланктона. Все эти процессы усугубляются нарастающей в последние годы эрозией почв, в результате отсутствия научно-обоснованных систем землепользования, а также гибелью лесов, загрязнением воды и почв.

Уменьшение прозрачности воздуха и воды в сочетании с ростом концентрации растворенных в воде гуминовых кислот



приводят к нарушению фотосинтетического метаболизма фитопланктона. Вместо того, чтобы производить кислород и потреблять углекислоту, алга начинает утилизировать кислород и выбрасывать в атмосферу углекислоту. В результате кардинально меняются условия обитания всех остальных организмов, не способных существовать при отсутствии кислорода.

Существует, по меньшей мере, несколько путей неблагоприятного воздействия на население техногенных и антропогенных загрязнений воды. Это и прямое воздействие высоких концентраций тяжелых металлов и металлоидов, потребляемых с водой, и накопление тех же элементов в бентосе и промысловых породах рыбы с последующим поступлением их в организм человека и животных. Кроме того, воздействие техногенных и антропогенных загрязнителей на синезеленые водоросли приводит к продукции этими бактериями и секреции в воду биотоксинов широкого спектра действия.

Другой пример — сброс сточных вод предприятиями угледобывающей, алмазной и золотодобывающей промышленности и рядом других производств по реке Лене и ее притокам. По данным за 1990 г., речная вода в бассейне Лены загрязнена фенолами, медью, сероводородом, образующимся вследствие гниения затопленного леса. Агрессивные высокоминерализованные воды из алмазных карьеров содержат хлориды, натрий, азот, метан, сероводород и углекислый газ.

Имеется тесная взаимосвязь между развитием патологических изменений в организме человека и микроэлементным составом окружающей среды. Например, повышенное содержание магния, меди, алюминия, никеля способствует развитию атеросклероза, а снижение уровня кобальта и магния на фоне повышения меди и цинка благоприятствует туберкулезной инфекции; недостаток во внешней среде кальция и магния может приводит к развитию рака желудка; жесткие кальциево-магниевые питьевые воды обуславливают интенсивное камнеобразование в выделительных органах и т. д. Установлено супрессирующее действие тяжелых металлов на факторы неспецифической резистентности организма.



В условиях переживаемого страной тяжелейшего экологического кризиса, приравняваемого специалистами к экологической катастрофе и даже экоциду (Фешбах, Френдли, 1992), возникает острая необходимость изучения роли экопатогенных факторов в развитии психической патологии. Ряд исследователей (Семке, 1992; Краснов, 1993) обосновывают важность выделения экологической психиатрии как самостоятельного раздела психиатрической науки.

С нашей точки зрения, роль экопатогенных факторов должна рассматриваться в двух аспектах: непосредственного поражающего воздействия на мозг экологических (физических, химических, радиационных) патогенов и, так называемого, экологического информационного стресса как психотравмирующего фактора экологического содержания.

К сожалению, российские социальные науки обратились к исследованию проблем социальной экологии сравнительно недавно, и в настоящее время основным их направлением в этой области служит разработка стратегии экологической безопасности, в то время как в большинстве промышленно развитых стран речь идет о концепции экологически устойчивого экономического развития.

Экологическая психиатрия, представляющая собой, с одной стороны, раздел социальной психиатрии (промышленной и психиатрии катастроф), с другой — экологической медицины, особенно интенсивно стала развиваться в последнее десятилетие после крупнейшей радиационной аварии — катастрофы на Чернобыльской атомной станции (Александровский и др., 1989, 1991; Краснов и др., 1993; Напреенко и др., 1997; Пивень, 1993; Румянцева и др., 1995, 1996; Семке, 1992). **Экологическая психиатрия занимается изучением статистики и динамики психических расстройств, возникающих под воздействием или в связи с традиционными природными или антропогенно созданными, загрязняющими среду факторами.**

Круг вопросов, рассматриваемой этой дисциплиной, включает:

- эпидемиологическое изучение психических расстройств, возникновение и развитие которых можно связать с экологическими вредностями (Lechat, 1990; Loque, 1981);



- выделение и изучение факторов внешней среды, неблагоприятно влияющих на психическое здоровье;
- выявление механизмов развития психических расстройств под воздействием отдельных экологических факторов или их комплекса;
- клиническое изучение экологически зависимых заболеваний, разработка критериев их диагностики, изучение патоморфоза психических заболеваний под воздействием экологической обстановки;
- разработка эффективных методов и форм лечения, профилактики экологически зависимых психических расстройств и реабилитации пострадавших.

Кроме того, социальная направленность экологической психиатрии требует разрешения некоторых специфических задач, несвойственных другим разделам психиатрии:

- экспертной оценки принимаемых решений (на уровне правительств и территориальных администраций) по минимизации последствий экологических катастроф и антропогенных влияний; экспертизе законодательных актов, определяющих порядок жизни в посткатастрофный период; определении роли, размера и технологии выплаты ущерба, с точки зрения влияния этих актов на психическое здоровье;
- подготовки информации и разработки рекомендаций для лиц, принимающих решения, об особенностях влияния на психическое здоровье как самих экологически неблагоприятных факторов, так и социальных и технологических контрмер, принимаемых для минимизации их влияния;
- профилактической работы с "популяциями риска";
- изучения воздействия экологически неблагоприятных факторов с целью предупреждения нарушений психического здоровья;
- активной просветительской работой с населением в плане экологической грамотности.



Возникновение и распространенность психических заболеваний обусловлены многими факторами, как средовыми, так и внутренними – адаптивными, соотношение которых определяет силу воздействия на конкретную личность.

Особая уязвимость нервно-психической сферы проявляется в резком увеличении частоты психических расстройств среди населения, проживающего в регионах с высокой техногенной нагрузкой (Филиппов, 1995). Изучением ее влияния на организм занимается такая отрасль медицины, как профессиональная патология, а применительно к воздействию на психику человека – промышленная психиатрия.

Вопрос психического здоровья работников промышленности разрабатываются отечественной психиатрией начиная с 20-х годов нашего столетия. Достаточно вспомнить крупномасштабные исследования А. Б. Александровского (1936), И. Г. Равкина (1948), Р. Г. Голодец (1950), А. А. Портнова (1956) и ряда других ученых, описавших психические расстройства, развивающиеся у рабочих вследствие непосредственного воздействия марганца, ртути, свинца, серы и других агрессивных химических веществ.

Из исследований последних лет обращают на себя внимание работы И. В. Боева (1990), изучавшего влияние сложных химических неорганических и органических веществ на психическое здоровье работников крупного химического комбината. Согласно его данным, частота психических расстройств у работающих на данном производстве в 1,5–2 раза выше, чем у лиц, занятых на обычных предприятиях. На развитие психических расстройств влияют физико-химический состав этих веществ (например, особая патогенность кадмий-содержащих соединений) и степень непосредственного контакта с профессиональными вредностями, стаж работы в экопатогенных условиях.

В результате влияния химических вредностей постепенно развивается органическое поражение головного мозга, проходящее стадию неврозоподобных (астенических, фобических, субдепрессивных, истерикохондрических), вегетососудистых



расстройств, и заканчивающееся формированием психоорганического синдрома.

Ю. А. Александровским (1993) высказана принципиально новая гипотеза о механизме воздействия экологически патогенных веществ. Согласно ей, химические соединения инициируют пероксидное окисление липидов мембран гепатоцитов печени, что вызывает цитолиз и гибель клеток. В результате формируется так называемый гепатоцеребральный синдром, характеризующийся органическим поражением мозга вследствие снижения детоксикационной функции печени.

Влияние на психику физических факторов наиболее продуктивно исследовалось в последние годы К.К. Яхиным (1991). Автором установлено, что производственные вредности физического характера имеют два механизма воздействия на психику: собственно физическое (повреждающее) и информационное (психологически значимое). Так, например, шум и вибрация оказывают прямое разрушающее действие, а влияние темноты носит характер информационно-психиологического воздействия.

Профессиональные болезни со временем так распространяются и видоизменяются в популяции, что приобретают характер экологических (связанных со средой обитания). За много лет до того, как вопросы экологии получили современное освещение, рядом психиатров были проведены работы, которые позволили во многих случаях правильно определять и прогнозировать в дальнейшем психические нарушения, возникшие после антропогенных катастроф (Голодец, 1962; Стрельчук, 1970).

В свою очередь, катастрофы антропогенной природы нередко оставляют после себя такое изменение среды обитания, которое может привести к экологически обусловленным психическим нарушениям. Соответственно, психиатрия катастроф накопила некоторые данные и об изменении психического здоровья под влиянием такого рода событий.

Техногенные катастрофы воздействуют не только за счет биологических факторов, но и путем изменения социально-психологического климата, который характеризуется недове-



рием к информации, проведением защитных мероприятий (от ограничения потребления продуктов и изменения жизненного стереотипа до переселения), принятием специального законодательства, определяющего жизнь населения пострадавших районов (Baum et al., 1983; Хавенаар, Hodkinson, 1989; Kasperson et al., 1988).

Существуют многочисленные классификации экологопатологических факторов, однако все они могут быть собраны в две большие группы, отличающиеся происхождением: природные и антропогенные.

Естественные факторы могут вызывать различные формы психических патологических состояний, обычно не выходящих за рамки пограничных (Пивень, 1993). Если воздействие природных факторов приводит к заболеваниям, они обычно редуцируются по мере исчезновения последних, например перемещения в зоны с более мягким климатом.

Антропогенные факторы могут воздействовать в условиях больших и экологически небезопасных производств, во время и после техногенных аварий, войн и др. Эти факторы чужды окружающей среде, значительно более токсичны, и, по выражению К. Erikson (1990), вызывают у человека ужас значительно больший, чем природные влияния и катаклизмы. Возможно и антропогенное изменение природных факторов. Например, изменение климата планеты за счет выброса в атмосферу продуктов производства, уменьшение озонового слоя и усиление ультрафиолетового облучения. Под влиянием токсических выбросов меняется флора — съедобные грибы и ягоды становятся токсичными и вызывают массовые отравления.

Более детальная классификация экологических патогенных факторов традиционна и включает обычно деление на физические, химические, биологические агенты (Напреенко и др., 1997).

Влияние экологических факторов на психическое здоровье населения несомненно (Connie et al., 1990). Однако существуют и значительные сложности в определении этиопатогенетических механизмов возникновения психических нарушений и их связи с экологическими факторами. Они обусловлены



хроническим характером воздействий среды, наличием в среде комплекса различных факторов, эмбриотоксическим влиянием на организм человека, а также сопутствующим социально-экономическим воздействиям и психологическим стрессом (Моляко, 1992). Нередко бывает трудно вычлнить только экологические факторы и доказательно установить их патогенетические механизмы. Однако большинство специалистов, работающих в области экологической психиатрии, полагают, что во всех ситуациях, когда в среде оказывается неконтролируемый патогенный агент, способный вызвать психические изменения, речь идет, в первую очередь, об экологически обусловленных изменениях психического здоровья, даже если социально-психологические эффекты перекрывают на каком-то этапе биологическое воздействие (Краснов и др., 1993; Нягу и др., 1998; Пивень, 1993).

Как следствие изменения среды обитания у человека возникают расстройства психического здоровья различной степени выраженности: невротические и психосоматические реакции, различные виды нарушения поведения, межличностные конфликты.

Следует отметить, что один и тот же фактор, в зависимости от его дозы, времени и мощности воздействия, а также от преморбидного состояния индивидуума, может вызвать разные психопатологические синдромы. Тогда как один и тот же синдром может встречаться при воздействии различных экологических факторов.

Систематика и классификация психических расстройств, обусловленных влиянием неблагоприятных экологических факторов, разработана недостаточно. Следует отметить, что психотические формы встречаются неизмеримо реже в условиях экологического неблагополучия, чем пограничные. Это, по-видимому, связано с преимущественно хроническим и длительным действием экологических факторов.

По данным литературы, среди расстройств пограничного уровня, развитие которых может быть связано с экологическим неблагополучием, наиболее часто встречаются астеновегетатив-



ные синдромы (Напреенко и др., 1997; Нечипоренко и др., 1997; Румянцева и др., 1995, 1996; Сергеев, 1996).

Их возникновение объясняется, в первую очередь, действием химических соединений нейротропного действия и ионизирующих излучений в малых дозах, а также интоксикацией металлами, металлоидами, углеводородами, фосфором и фторосодержащими соединениями.

Следующим по частоте встречаемости называют церебрастенический синдром, который расценивают как промежуточный этап в формировании органического поражения нервной системы экологического генеза. К наиболее значимым проявлениям этого синдрома относятся нарастающие симптомы раздражительной слабости в сочетании с гиперестезией, истощаемостью внимания, снижением работоспособности, дисмнестическими и диссомническими расстройствами. К основным церебрастеническим расстройствам нередко присоединяются неврозо- и психопатоподобные состояния.

В последнее время появляется все больше сообщений об увеличении частоты аффективных расстройств в группе экологически зависимых психических заболеваний. При этом подчеркивается, что депрессии носят тревожный характер, нередко маскируются массивными соматизированными проявлениями, имеют тенденцию к длительному течению со значительным суицидальным риском.

Наиболее часто описываемой нозологической формой, возникающей вследствие действия неблагоприятных факторов среды, служит органическое заболевание головного мозга. В рамках МКБ-10 понятие "органическое" означает, что психическое патологическое состояние может быть объяснено самостоятельным диагностируемым церебральным или системным заболеванием.

Острые состояния, протекающие на уровне психозов, могут встречаться как в рамках экологически зависимой патологии, так и в качестве транзиторных состояний с последующим формированием резидуального психоорганического синдрома. Наиболее часто при хроническом воздействии неблагоприятных



факторов среды формируются медленно текущие прогрессирующие заболевания, при которых психоорганический синдром постепенно прогрессирует от первичных церебрастенических проявлений к слабоумию. Возможно развитие всех вариантов психоорганического синдрома, в зависимости от величины и мощности действующего патогенного фактора. Одним из вариантов органической патологии служит эндокринный психосиндром, который избирательно развивается под воздействием радиоактивного йода. Если психиатры описывают экологически зависимые психические нарушения в рамках органических заболеваний головного мозга, то в неврологии предпочтительна нозология дисциркуляторной энцефалопатии. Действительно, психическая патология в этих случаях отличается многообразной микроорганической симптоматикой. На фоне нарастающей астенизации возникают микроочаговые неврологические симптомы, свидетельствующие о наличии дистрофических изменений в вестибулярном анализаторе, сосудистых центрах, диэнцефальных и гипоталамических структурах (Ушаков и др., 1997; Филиппов, 1995; Хомская и др., 1992).

Экологические патогенные факторы воздействуют на организм, по-видимому, через систему анализаторов и механизмов регуляции, а также непосредственно на тканевом, клеточном, молекулярном и субмолекулярном уровнях (Судаков, 1996; Ушаков и др., 1997). Если рассматривать экологическое неблагополучие как стресс, реакция на него может быть универсально описана с помощью теории стресса Селье. В этом случае биологические и психические стрессоры действуют, как правило, хронически, чаще на уровне "малых доз", поэтому истощение наступает медленно.

Экологический стресс состоит из двух компонентов:

- биологический стресс — непосредственное воздействие биологически неблагоприятных факторов;
- психологический стресс, включающий в себя весь комплекс реакций личности на загрязнение окружающей среды или ответные действия по ее нормализации.



Загрязнение окружающей среды может приводить к различным психогенным реакциям, невротическим состояниям, а также посттравматическим стрессовым расстройствам. В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10, посттравматическое стрессовое расстройство определяется как оставленная реакция на событие угрожающего или катастрофического характера, которое является стрессовым для любого человека. Клиническая картина ПТСР была описана еще в 1980 г. М. Horowitz и представляет собой две группы симптомов: погружения и избегания. В настоящем разделе мы не будем останавливаться на клинических особенностях ПТСР, однако отметим, что преимущественными стрессорами служат военные конфликты и природные катастрофы, имеющие выраженный острый период действия. В исследованиях, касающихся психических реакций на загрязнение окружающей среды, ПТСР описываются несколько реже. Так, при разливе нефти было установлено, что до 2,9 % населения имеют риск развития ПТСР (Bertazzi, 1989).

Изучение последствий больших экологических катастроф показало, что вызванные ими ПТСР отличаются своими клиническими характеристиками: в них менее выражены повторные переживания психической травмы в виде навязчивых воспоминаний, кошмаров, тогда как симптомы избегания, а также эмоциональной притупленности, ангедонии, наоборот, проявляются более интенсивно. Для описания расстройств, связанных с загрязнением окружающей среды, В. I. Green et al. (1994) был предложен термин "экологический стресс", не получивший, однако, широкого распространения.

Остановимся на исследованиях, посвященных психическим последствиям конкретных экологических катастроф, которые получили название токсических. Токсическая катастрофа изменяет окружающую среду и взаимоотношения в системе "человек—природа" за счет воздействия химических или радиационных факторов. Токсические катастрофы случаются все чаще — на территории как развитых, так и развивающихся стран: атомная бомбардировка (Хиросима), аварии на химических предприя-



тиях (Бхопал, Севесо) и газопроводах, разливы нефти (Эксон Вальдес, Башкирия), промышленные загрязнения среды, в том числе продуктов питания (рыба с повышенным содержанием ртути в Минимата в Японии, токсичное масло в Испании) и, наконец, радиационные катастрофы (Уральская, Уиндскейл, Три Майл Айленд, Гайана и Чернобыльская — самая крупная из всех).

К токсическим экологическим инцидентам относится и приближение поселений людей к местам захоронения химических и радиоактивных отходов (Grisham, 1986). К экологическим бедствиям близки последствия военных конфликтов с применением (реальным или предположительным) химического оружия. Наиболее крупный инцидент такого рода — война в Персидском заливе (Сергеев, 1996), Югославии.

Несомненно, наиболее опасными и значимыми для здоровья пострадавшего населения являются биологические последствия воздействия физических факторов. Степень выраженности последних определяется количеством токсических или радиоактивных веществ. Вместе с тем, независимо от степени повреждения окружающей среды и непосредственного воздействия на человека, все токсические катастрофы оставляют после себя изменения в психическом состоянии вовлеченного в них населения. Иногда психологические последствия по значимости перекрывают прямые биологические эффекты (Хавенаар, 1996).

Последствия токсических катастроф могут быть разделены на три группы: немедленные и отсроченные биологические эффекты, психологический дистресс, вызванный катастрофой, реакция на меры по минимизации ее последствий.

Важная роль в развитии и формировании последствий токсических катастроф принадлежит информации. Особенно это касается радиационных аварий, основной повреждающий фактор которых сенсорно не воспринимается и не контролируется человеком. В большинстве случаев люди узнают о токсической угрозе из официальных сообщений, средств массовой информации и своих, частных каналов (Kasperson et al., 1988). В связи с этим огромные массы людей-непрофессионалов не могут проверить достоверность получаемой информации и



сформировать адекватную ориентировочную основу приспособительного поведения. Если информация достаточно противоречива, то на этой основе формируется замещение реальности домыслами с преувеличением угрозы, возникает состояние "когнитивного диссонанса", которое еще более усиливает психологический дистресс.

R.Guel (1991) указывал на сигнальный потенциал аварии типа чернобыльской, т. е. на ее способность вызывать значительные медицинские и политические последствия. Высокий сигнальный потенциал типичен для событий, которые воспринимаются многими людьми как предвестники дальнейших катастрофических бедствий.

Особенностям психопатологического ответа на стресс при токсических катастрофах посвящено много исследований (Александровский и др., 1989, 1991; Алимханов, 1995; Bromet et al., 1995; Drottz-Sjoberg et al., 1991; Petterson, 1988; Хавенаар, 1996).

Например, вскоре после атомной бомбардировки Хиросимы и Нагасаки у пострадавших были отмечены повышенная утомляемость, утрата интересов, подавленность, аутистичность, снижение памяти (Конума М., 1964), которые сопутствовали массивному радиационному поражению.

Уже на первых этапах исследования психических последствий бомбардировок было отмечено относительное увеличение в структуре заболеваний шизофрении, а у детей — микроцефалии и задержек умственного развития, особенно в случаях внутриутробного облучения в период 8—15 недель беременности.

Долгое время все выводы базировались на постулате о радиорезистентности мозга (Гуськова и др., 1989). По данным научного Комитета ООН по действию атомной радиации (1982), морфологические изменения в мозге начинаются после воздействия радиации в суммарной дозе более 20 Грей. Позднее были выявлены возможности опосредованного влияния радиоактивности на мозг в значительно меньших дозах — 1—6 Грей.

Моделью радиационной аварии, в которой биологическое влияние на популяцию было минимальным, служит авария на атомной станции Три Майлд Айленд (ТМА), в штате



Пенсильвания (США), произошедшая в 1979 г. После однократного выброса радиоактивного газа, воды и осколков в окружающую среду основную массу радиоактивного газа удалось удержать в контейнере, который, однако, не исключал периодической утечки. Год спустя газ был выпущен в атмосферу. Этой ситуации сопутствовала крайне противоречивая информация о возможной радиационной опасности для здоровья людей.

Первые 5 дней после аварии в радиусе от 5 до 10 миль от поврежденной станции участились дорожные происшествия, увеличился объем продажи алкогольных напитков. Исследователи отмечали выраженные отрицательные психологические последствия у пострадавшего населения, такие как нарастающая деморализация, ощущение угрозы, страх, депрессия. Первоначальные предположения о том, что эти реакции вскоре угаснут, не оправдались. Несмотря на отсутствие физического ущерба в результате аварии, тревога о возможном вреде здоровью вызвала длительный психологический дистресс (Baum, 1983) у людей, живших в пределах 5 миль от станции, чаще выявлялись состояния депрессии и тревоги, нарушения сна, гипервозбудимость и внутриличностные проблемы. Спустя 58 месяцев после аварии лица, проживавшие вблизи поврежденного реактора, продолжали обнаруживать более высокий уровень возбудимости, тревоги, депрессии, различных психопатологических симптомов, по сравнению с контрольной группой. Когда, спустя 6 лет после аварии, был произведен пуск неповрежденного реактора, показатели тревоги и депрессии у жителей ТМА еще более возросли. Это и позволило сделать вывод о том, что популяция, пострадавшая в результате хронического стресса, не только длительно удерживает стертые психические отклонения, но и сохраняет готовность к рецидиву более развернутых психогенных реакций в ответ на новые отрицательные стимулы, напоминающие о первоначальном стрессе.

Е. J. Bronnet (1986) выделила категории населения, наиболее склонные к формированию дистресса: лица с предшествующими психическими расстройствами, население, живущее в пределах 5 миль от станции, люди с низкой социальной



поддержкой, беременные в период аварии, матери детей дошкольного возраста. Факторы риска включали наличие хронического соматического заболевания, а также некоторые преморбидные особенности личности, такие как пониженная самооценка, слабое чувство контроля, склонность легко терять душевное равновесие.

Группы риска после Чернобыльской аварии включали соматических больных, людей пожилого возраста и с низким уровнем образования, матерей с маленькими детьми. Кроме того, оказалось, что в число наиболее психически дезадаптированных лиц вошли и представители двух социальных групп: педагоги и медицинские работники (Румянцева и др., 1995).

Особую группу составляют участники ликвидации последствий аварии в Чернобыле, среди которых уровень различных психических нарушений составил 84,4 %, что вдвое больше, чем у всех остальных пострадавших. Причем психические отклонения представлены выраженными нозологическими формами в виде психоорганических синдромов, невротических и депрессивных состояний (Краснов и др., 1993; Нечипоренко, 1997; Нягу и др., 1998).

"Ликвидаторы" — это особая группа пострадавших, которой не было после предшествующих экологических катастроф. Структура психических расстройств и их генез в этой группе остаются недостаточно изученными, однако достоверно установлено, что с каждым годом число психических нарушений среди "ликвидаторов" растет. В настоящее время различные психические расстройства занимают третье место среди болезней ликвидаторов. Большинство авторов приходят к выводу, что наиболее распространенные астеновегетативные, церебральные, депрессивные симптомы служат следствием сосудистых заболеваний головного мозга, которые возникли вследствие радиационного поражения. Развитию психической патологии предшествовали различные расстройства в виде вертебробазилярной недостаточности, сосудистой энцефалопатии, транзиторных нарушений мозгового кровообращения, дефектов магистральных сосудов.



В клинической картине психических нарушений у "ликвидаторов" все большее место занимают церебростенические расстройства, характеризующиеся гиперсензитивностью, алгиями, амнезией, недифференцированными пароксизмальными нарушениями. Последние годы все чаще выявляются депрессивные состояния с крайне полиморфной клинической картиной и высоким суицидальным риском.

Все это дало возможность (Нечипоренко и др., 1997) высказать утверждение о существовании "психосоматической радиационной болезни" у "ликвидаторов" аварии на ЧАЭС.

Механизм возникновения психических нарушений в подобных случаях до конца не выяснен, однако большинство исследователей утверждают, что в основе патологических изменений лежит клеточная гипоксия, дестабилизация в системе перекисного окисления липидов, нарушение минерального, белкового и электролитного обменов, изменение иммунного статуса. Все эти биологические "поломки" приводят, в итоге, к изменению сосудистой стенки и преждевременному старению организма.

Важную роль в формировании психических расстройств играют и реактивные социально-психологические факторы. Большинство "ликвидаторов"-непрофессионалов были мало осведомлены о реальной опасности. Уровень доверия к властям и медицинским организациям был крайне низок, но в то же время ликвидаторы ждали помощи только от медицинских институтов и центральных правительственных организаций. Это проявление когнитивного диссонанса привело к росту напряжения, повышенной критике внешнего окружения, обвинениям в адрес властей и медицины, высокому уровню раздражительности, агрессивности, девиантному и делинквентному поведению.

Значительные преграды, возникавшие при реализации законных прав на медицинскую помощь, также усиливали психологическую декомпенсацию. Иногда они оказывались последним толчком в депрессивной симптоматике и приводили к суицидальным попыткам.

Стратегии, которые использовали "ликвидаторы", в значительной части случаев отличались незрелостью и нерациональностью.



Подавляющее большинство обследованных не рассматривали себя как активный фактор в процессе улучшения собственной жизни, здоровья. Более того, они были склонны отказываться от ответственности за собственное благополучие и благополучие своей семьи. Алкоголизация или другие виды зависимостей также характерны для этой группы.

Изучение психического здоровья детей, облученных внутриутробно, при обследовании 4 210 детей России, Украины, Беларуси показало, что частота встречаемости умственной отсталости легкой степени у детей, облученных *in utero*, была выше, чем в контрольной группе, как и число увеличения случаев нарушенного поведения и изменений в эмоциональной сфере (Козлова и др., 1995). Аналогичные данные приводят исследователи медицинских последствий взрывов на Семипалатинском полигоне (Алимханов, 1995).

У населения, проживающего вокруг полигона, была выявлена отчетливая тенденция к увеличению олигофрении и шизофрении. Отмечен также рост числа суицидов, что особенно существенно для популяции, традиционно неприемлющей суицидальное поведение. При этом число суицидов было тем больше, чем ближе к полигону расположен населенный пункт.

Таким образом, изучение последствий наиболее значимых экологических катастроф еще раз продемонстрировало, что экологическая психиатрия включает широкий диапазон психических расстройств: от функциональных до глубоких поражений мозга, в том числе и на эмбриональном уровне. Возможно, что изучение экологически зависимых психических расстройств позволит выявить причины возникновения некоторых форм нарушения психического здоровья.

Психические патологические расстройства, вызванные экологическим неблагоприятием, имеют общие черты, определяющиеся физическими или химическими факторами среды, однако их проявление для каждого случая индивидуально, в зависимости от предрасположенности, социально-психологической предыстории личности. Огромную роль в формировании экологически зависимых нарушений играют социально-



стрессовые факторы, которые могут как ухудшить психическое здоровье, так и помочь в реадaptации пострадавших.

Факт повреждения психического здоровья в результате экологических катастроф не вызывает в настоящее время сомнений, однако механизмы возникновения многочисленных невротических симптомов и нарушений поведения трактуются исследователями неоднозначно, в зависимости от преобладающей роли биологических или социально-психологических факторов. Наиболее вероятно, что именно комплексное воздействие этих факторов на большие популяции формирует те своеобразные психические расстройства, которые и являются предметом изучения экологической психиатрии.