

Чрезвычайные ситуации и психическое здоровье

Редакторы

Хуан-Хосе Попез-Ибор

Георгий Христовулу

Марио Мэй

Норман Сарториус

Ахмед Окаш

Видання здійснено за фінансової підтримки
професора МАРІО МЕЙЯ
(Всесвітня психіатрична асоціація)

Disasters and Mental Health

Edited by

Juan José López-Ibor

Complutense University of Madrid, Spain

George Christodoulou

University of Athens, Greece

Mario Maj

University of Naples, Italy

Norman Sartorius

University of Geneva, Switzerland

and

Ahmed Okasha

Ain Shams University, Cairo, Egypt



WILEY

Чрезвычайные ситуации и психическое здоровье

Редакторы

Хуан-Хосе Попез-Ибор

Георгий Христовулу

Марио Мэй

Норман Сарториус

и

Ахмед Окаш

УДК 614.8:616.891.6
ББК 51.1(0)2+56.14
Н17

Переклали з англійської
О. Абессонова,
К. Мужановський,
Д.Полтавець

DISASTERS AND MENTAL HEALTH

Edited by
Juan José López-Ibor,
George Christodoulou,
Mario Maj,
Norman Sartorius
and
Ahmed Okasha

PRINTED AND BOUND IN GREAT BRITAIN BY TJ INTERNATIONAL LTD, PADSTOW, CORNWALL
ISBN 0-470-02123-3

All Rights Reserved. Authorised translation from the English language edition published by John Wiley & Sons, Ltd. Publishing House SPHERE would like to thank the authors, Juan José López-Ibor, George Christodoulou, Mario Maj, Norman Sartorius and Ahmed Okasha and John Wiley & Sons, Ltd. for making this publication possible without charge.

За загальною редакцією О. Абессонової

Н17 **Надзвичайні ситуації та психічне здоров'я.** — Пер. з англ. / За заг. ред. О. Абессонової.
— К.: Сфера, 2006. — 240 с. — Рос. мовою.
ISBN 966-8782-16-X.

Останнім часом наслідки надзвичайних ситуацій (землетрусів, техногенних катастроф, терористичних атак тощо) стали темою численних наукових публікацій. Ідеться передусім про різноманітні розлади у психічній сфері. Автори видання досліджують цю проблему, спираючись на досвід, нагромаджений у деяких регіонах земної кулі.

Книжка буде корисною для фахівців (лікарів, зокрема психіатрів, психологів, рятувальників та ін.), які надають допомогу людям, котрі опинилися в зоні лиха, а також для тих, хто цікавиться проблематикою надзвичайних ситуацій.

ББК 51.1(0)2+56.14

Наукове видання

НАДЗВИЧАЙНІ СИТУАЦІЇ ТА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я

(Російською мовою)

Літературний редактор *Л. Логвиненко*
Комп'ютерна верстка *Н. Погорелова*

Підписано до друку 22.03.06. Формат 70×100/16. Папір офсетний. Гарнітура Times.
Друк офс. Ум. друк. арк. 19,35. Ум. фарб.-видб. 19,99. Обл.-вид. арк. 18,95.

Міжнародний благодійний фонд «Видавництво СФЕРА».
Україна, 04107, м. Київ, пров. Деlegatesький, 3.
Свідоцтво про внесення у Державний реєстр видавців
ДК № 233 від 07.11.2000 р.

ISBN 966-8782-16-X

© 2005 John Wiley & Sons Ltd
© О.Абессонова, К.Мужановський, Д.Полтавець,
переклад, 2006
© Видавництво «Сфера», художнє оформлення, 2006

Содержание

Авторы		vii
Предисловие		ix
Глава 1	Что такое чрезвычайная ситуация? <i>Juan José López-Ibor</i>	1
Глава 2	Психологические и патопсихологические последствия чрезвычайных ситуаций <i>Carol S. Fullerton u Robert J. Ursano</i>	11
Глава 3	Психические заболевания как следствие чрезвычайных ситуаций: эпидемиология, факторы риска и защитные факторы <i>Alexander C. McFarlane</i>	33
Глава 4	Переоценка связи между чрезвычайными ситуациями и психопатологией <i>Rachel Yehuda u Linda M. Bierer</i>	57
Глава 5	Психологические вмешательства для переживших чрезвычайные ситуации <i>Mordechai (Moty) Benyakar u Carlos R. Collazo</i>	71
Глава 6	Организация служб психиатрической помощи жертвам чрезвычайных ситуаций <i>Louis Crocq, Marc-Antoine Crocq, Alain Chiapello u Carole Damiani</i>	87
Последствия чрезвычайных ситуаций для психического здоровья: опыт разных регионов мира		
Глава 7	Опыт землетрясения в Кубе <i>Naotaka Shinfuku</i>	111
Глава 8	Опыт землетрясения в Мармаре <i>Peykan G. Gökalp</i>	119
Глава 9	Опыт землетрясения в Афинах <i>George N. Christodoulou,</i>	

	<i>Thomas J. Paparrigopoulos u Constantin R. Soldatos</i>	127
Глава 10	Опыт (ликвидации последствий) взрыва бомбы в посольстве США в Найроби <i>Frank Njenga u Caroline Nyamai</i>	133
Глава 11	Опыт Нью-Йорка: террористическая атака 11 сентября 2001 года <i>Lynn E. DeLisi</i>	145
Глава 12	Опыт ядерной катастрофы на Чернобыльской атомной электростанции <i>Johan M. Havenaar u Evelyn J. Bromet</i>	157
Глава 13	Опыт катастрофы в Бхопале <i>R. Srinivasa Murthy</i>	169
Глава 14	Опыт Латинской Америки и Карибского бассейна <i>José Miguel Caldas de Almeida u Jorge Rodríguez</i>	175
Глава 15	Опыт Израиля <i>Arieh Y. Shalev</i>	189
Глава 16	Опыт Палестины <i>Eyad El Sarraj u Samir Qouta</i>	199
Глава 17	Опыт Боснии и Герцеговины: психологические последствия влияния военных конфликтов на детей <i>Syed Arshad Husain</i>	207
Глава 18	Опыт Сербии <i>Dusica Lecic-Tosevski u Saveta Draganic-Gajic</i>	215
Глава 19	Опыт Хорватии <i>Vera Folnegović Šmalc</i>	223
Приложение	Заявление Всемирной ассоциации психиатров о последствиях чрезвычайных ситуаций для психического здоровья	229

АВТОРЫ

Mordechai Benyakar University of Buenos Aires, Avenida Libertador 4944 9B, Capital Federal, Buenos Aires 1426, Argentina

Linda M. Bierer Bronx Veterans Affairs Medical Center, Mental Health Patient Care Center, 130 West Kingsbridge Road, Bronx, New York, NY 10468-3904, USA

Evelyn J. Bromet Department of Psychiatry and Preventive Medicine, State University of New York at Stony Brook, Putnam Hall, South Campus, Stony Brook, NY 11793-8790, USA

José Miguel Caldas de Almeida Mental Health Unit, Pan American Health Organization, 525 23rd Street NW, Washington, DC 20037, USA

Alain Chiapello Croix-Rouge Ecoute, Croix-Rouge Française, 1 Place Henry Dunante, 75008 Paris, France

George N. Christodoulou Department of Psychiatry, Athens University Medical School, Eginition Hospital, 72–74 Vas. Sofias Avenue, 11528 Athens, Greece

Carlos R. Collazo University of El Salvador, Avenida Pueyredon 1625, Buenos Aires 1118, Argentina

Louis Crocq Cellule d’Urgence Médico-Psychologique, SAMU de Paris, Hôpital Necker, 149 rue de Sèvres, 75015 Paris, France

Marc-Antoine Crocq Centre Hospitalier de Rouffach, 27 rue du 4ème RSM — BP 29, 68250 Rouffach, France

Carole Damiani Association «Paris Aide aux Victimes», 4–14 rue Ferrus, 75014 Paris, France

Lynn E. DeLisi Department of Psychiatry, New York University, 650 First Avenue, New York, NY 10016, USA

Saveta Draganic-Gajic Institute of Mental Health, School of Medicine, University of Belgrade, Palmoticeva 37, 11000 Belgrade, Serbia and Montenegro

Eyad El Sarraj Gaza Community Mental Health Programme, PO Box 1049, Gaza Strip, Palestine

Carol S. Fullerton Department of Psychiatry, Uniformed Services University of the Health Sciences, 4301 Jones Bridge Road, Bethesda, MD 20814, USA

Peykan G. Gökalp Anxiety Disorders (Neurosis) Department, Bakirkoy Training and Research Hospital for Psychiatry and Neurology, Istanbul, Turkey

Johan M. Havenaar Altrecht Institute for Mental Health Care, Lange Nieuwstraat 119, 3512 PZ Utrecht, The Netherlands

Syed Arshad Husain Department of Psychiatry, Division of Child and Adolescent Psychiatry, University of Missouri, Columbia, MO 65212, USA

Dusica Lecic-Tosevski Institute of Mental Health, School of Medicine, University of Belgrade, Palmoticeva 37, 11000 Belgrade, Serbia and Montenegro

Juan José Lopez-Ibor Department of Psychiatry and Medical Psychology, Complutense University of Madrid, Spain

Alexander C. McFarlane Department of Psychiatry, University of Adelaide, Queen Elizabeth Hospital, 28 Woodville Road, Woodville South, SA 5011, Australia

R. Srinivasa Murthy National Institute of Mental Health and Neurosciences, Department of Psychiatry, Hosur Road, Bangalore 560029, Karnataka, India

Frank Njenga Upperhill Medical Center, PO Box 73749, 00200 Nairobi, Kenya

Caroline Nyamai Upperhill Medical Center, PO Box 73749, 00200 Nairobi, Kenya

Thomas J. Paparrigopoulos Department of Psychiatry, Athens University Medical School, Eginition Hospital, 72–74 Vas. Sofias Avenue, 11528 Athens, Greece

Samir Qouta Gaza Community Mental Health Programme, PO Box 1049, Gaza Strip, Palestine

Jorge Rodríguez Mental Health Unit, Pan American Health Organization, 525 23rd Street NW, Washington, DC 20037, USA

Arieh Y. Shalev Department of Psychiatry, Hadassah University Hospital, Jerusalem 91120, Israel

Naotaka Shinfuku International Center for Medical Research, University School of Medicine, Kusunoki-Cho, 7-Chome, Chuo-ku, Kobe 650-0017, Japan

Vera Folnegović Šmalc Vrapče Psychiatric Hospital, Bolnička Cesta 32, 10 090 Zagreb, Croatia

Constantin R. Soldatos Department of Psychiatry, Athens University Medical School, Eginition Hospital, 72–74 Vas. Sofias Avenue, 11528 Athens, Greece

Robert J. Ursano Department of Psychiatry, Uniformed Services University of the Health Sciences, 4301 Jones Bridge Road, Bethesda, MD 20814, USA

Rachel Yehuda Bronx Veterans Affairs Medical Center, Mental Health Patient Care Center, 130 West Kingsbridge Road, Bronx, New York, NY 10468-3904, USA

Предисловие

На протяжении последних нескольких десятилетий темой многочисленных научно-исследовательских публикаций все чаще становились последствия чрезвычайных ситуаций в виде нарушений в психической сфере. Более того, драматизм последствий трагических событий последних лет (от землетрясений до ураганов, от техногенных катастроф до террористических атак и военных бомбардировок), широко освещаемых в средствах массовой информации, вызывает все большую обеспокоенность у общественности.

Всемирная ассоциация психиатров уже давно проявляет огромный интерес к этой сфере, взяв на себя определенные обязательства, главным образом организовав работу Отдела психиатрии военного положения и катастроф и Программы по чрезвычайным ситуациям и психическому здоровью. При проведении всемирных конгрессов по психиатрии этой теме было посвящено несколько заседаний, кроме того, ассоциацией было организовано несколько научных встреч, во время которых рассматривались исключительно проблемы психиатрии катастроф.

Несколько исследовательских и практических вопросов в этой области остаются открытыми. Некоторые из них касаются границ между «нормальными» и «патологическими» реакциями на чрезвычайные ситуации; предикторов развития выраженных психических расстройств в дальнейшем; ряда психологических и психосоциальных проблем, которыми должны быть готовы заниматься службы психиатрической помощи; эффективности доступных на сегодняшний день психологических вмешательств; природы и удельного веса факторов риска и защитных факторов в общей популяции; выполнимости, действенности и эффективности затрат профилактических программ, предложенных на международном и национальном уровнях. Более того, где бы ни возникали чрезвычайные ситуации, первостепенное значение имеют вопросы политики и организации помощи, которые вызывают напряжение в психиатрических службах во всем мире: выявление и лечение психических расстройств считаются менее приоритетными задачами по сравнению с физическими заболеваниями и травмами; отсутствие обученного персонала; общественные ресурсы для оказания психиатрической помощи остаются скудными; значительная часть людей, нуждающихся в психиатрической помощи, не решается обратиться за ней или принять ее.

Тем не менее ясно, что эта сфера быстро развивается в научном смысле (совершенствование концепций ранней диагностики и терапевтических стратегий, а также более глубокое понимание факторов, способствующих быстрому восстановлению здоровья на индивидуальном и общественном уровнях). К тому же возрастает (хотя и медленно) количество стран, принимающих конкретные меры по обучению персонала, просвещению населения, а также формированию сети служб, подготовленных для оказания неотложной психологической помощи.

Цель издания — описать эту эволюционную стадию, проведя обзор современных знаний и различных взглядов относительно нарушений психического здоровья и методов их лечения, а также предложив информацию из первых рук об опыте, полученном в некоторых регионах земного шара. Острота некоторых сообщений произвела на нас

огромное впечатление; в частности, нас тронули некоторые главы, посвященные анализу психиатрических последствий вооруженных конфликтов, особенно среди детей и подростков. Авторы этих глав, последовав нашему совету, старались быть, насколько это возможно, объективными в своих описаниях. Однако несмотря на намерения авторов и редакторов, возможно, все же остались некоторые следы их неизбежного эмоционального участия.

Ни обзор исследовательских публикаций, ни подбор материалов, касающихся практического опыта, которые представлены в этой книге, нельзя считать исчерпывающими. Однако мы надеемся, что книга прольет больше света на последствия чрезвычайных ситуаций в виде психических расстройств, послужит стимулом для приобретения большего объема знаний с помощью научных исследований, повысит нашу способность быстро реагировать, а также будет способствовать разработке более эффективных методов предупреждения и лечения нарушений поведения, вызванных чрезвычайными ситуациями. Трагические события происходили и будут, к сожалению, происходить и в будущем. И мы должны быть подготовлены к тому, чтобы смело смотреть им в лицо и справляться с их последствиями.

Juan Josй Lypez-Ibor
George Christodoulou
Mario Maj
Norman Sartorius
Ahmed Okasha

Что такое чрезвычайная ситуация?

Juan José Lypez-Ibor

Complutense University of Madrid, Spain

ВВЕДЕНИЕ

Почти невозможно найти приемлемое определение такого понятия, как «чрезвычайная ситуация». Однако это неизбежно, чтобы уметь противостоять бедствиям и их последствиям. Quarantelli [1] считает, что, если эксперты не достигнут согласия в том, что следует подразумевать под чрезвычайной ситуацией — физическое либо социальное явление, — указанная сфера будет иметь серьезные интеллектуальные проблемы; кроме того, по его мнению, дать определение чрезвычайной ситуации — не значит вовлечься в бесполезные теоретические упражнения. Наоборот, это предполагает глубокое исследование значимых характеристик явления, условий, которые приводят к нему, и его последствий. С другой стороны, уяснив сущность понятия «чрезвычайная ситуация», мы сможем организовывать целенаправленные вмешательства после стихийного бедствия, например, в том случае, когда правительство объявляет регион, пострадавший от наводнения, «районом бедствия». Более того, определение необходимо для понимания, поскольку любое конкретное бедствие ставит вопрос о его значении.

Опасность — это чрезвычайная ситуация или свойство природы, которое включает в себе риск для человечества, т. е. это фактор, в определенный момент наносящий персональный или коллективный ущерб. Поэтому опасность — это что-то возможное. Риск — это степень подвергания опасности, следовательно, это что-то вероятное. Риф, обозначенный на карте, представляет опасность; однако это риск только для тех, кто проплывает поблизости. Бедствие — это следствие опасности, актуализация риска.

В литературе, посвященной чрезвычайным ситуациям, предлагается несколько определений этого понятия с разных точек зрения, которые рассматриваются в следующих разделах.

МАСШТАБ УЩЕРБА, ПРИЧИНЕННОГО ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИЕЙ

Чтобы дать определение чрезвычайной ситуации (бедствия, катастрофы), часто учитывают человеческие потери, количество раненых, материальный и экономический ущерб, а также вред, причиненный окружающей среде. Одни авторы считают, что количество погибших должно превысить 25 [2]; другие называют такие цифры: более 100 погибших и более 100 раненых либо ущерб, превышающий один миллион долларов США [3]; а некоторые полагают, что количество жертв должно быть еще больше — 500 погибших либо ущерб должен составлять 10 миллионов долларов США [4]. Опыт показывает [5], что, если бедствие поражает более 120 лиц, за исключением случаев

Disasters and Mental Health. Edited by Juan José López-Ibor, George Christodoulou, Mario Maj, Norman Sartorius and Ahmed Okasha.

  2005 John Wiley & Sons Ltd. ISBN 0-470-02123-3.

войны, необходимы нестандартные вмешательства и координация работы разных организаций, нечто такое, что указывает на еще одну важную характерную особенность чрезвычайной ситуации. С точки зрения немецких страховых компаний, ущерб должен превышать один миллион марок или должно быть более 1000 погибших [2]: эти цифры явно предлагаются для того, чтобы ограничить обязательства по страховым полисам.

Определение чрезвычайной ситуации по масштабу нанесенного ущерба имеет множество недостатков. Во-первых, бывает трудно оценить ущерб, особенно на начальных стадиях. Во-вторых, такое определение бесполезно для сравнительных исследований в разных странах либо в разных социальных условиях и подвергается расширению [6]. В-третьих, чрезвычайные ситуации имеют разное влияние в разных средах обитания человека: землетрясение такой интенсивности, которая вызывает испуг в Калифорнии в наши дни, было бы катастрофой до 1989 года и было бы бедствием во многих развивающихся странах в настоящее время. Бывают чрезвычайные ситуации даже с нулевым ущербом. Характерный пример — радиопередача в 1935 году Orson Welles о *Войне миров* [7]: более чем один миллион человек впали в панику из-за того, что посчитали это вторжением марсиан. Однако, что более важно, указанные определения не раскрывают главного в рассматриваемом явлении.

ОСОБЫЙ ВНЕШНИЙ ФАКТОР

Чрезвычайные ситуации часто рассматриваются как катастрофы в физической внешней среде, которые являются губительными для людей и вызваны неизвестными для них силами [8, 9]. Бедствия, как правило, непредсказуемы и застигают врасплох. Однако некоторые из них повторяются (например, в районах, подверженных наводнениям и другим стихиям), другие имеют длительный характер (например, многие формы терроризма). В таких ситуациях формируется культура адаптации к бедствиям и терпения.

К бедствиям обычно относят несчастья, которые происходят «случайно», следовательно, они неотвратимы. В прошлом их считали божественным наказанием; и даже в наши дни нередко можно прочесть, что несчастье «достигло библейских масштабов» либо силы природы «сорвались с цепи» (как тогда, когда Бог должен был наказать злодеяния людей всемирным потопом). В действительности слово «бедствие» в латинском языке (*dis* — «отсутствие» или «первый компонент сложных слов со значением «не обладающий достаточной степенью или обладающий низкой степенью проявления качества, которое названо вторым компонентом сложного слова»», *astrum* — «небесное тело», «звезда») означает несчастье или неудачу.

Важной отличительной особенностью бедствий является их центрированность [10]. Катастрофы — это бедствия огромной центрированности, во время которых полностью нарушается повседневная деятельность, становится невозможным нормальное социальное функционирование, утрачивается возможность непосредственного руководства, отмечается неспособность систем здравоохранения в чрезвычайных ситуациях выполнять свои функции, как следствие, оставшиеся в живых не знают, куда обращаться за помощью.

ПРИРОДА ФАКТОРА

Антропогенные катастрофы, как правило, отличаются от бедствий, которые вызваны суровостью природы. Некоторые из антропогенных катастроф являются неумышлен-

ными, т. е. происходят вследствие ошибки человека. В этом случае ответственность считается институциональной, а страховые компании выплачивают компенсацию.

Бывают также антропогенные катастрофы, которые происходят вследствие очевидного намерения (например, война с применением обычных видов оружия). В таких случаях люди в состоянии использовать более-менее разумные или эффективные механизмы со-владения либо защиты с целью противостоять агрессии. Первая мировая война, которая была войной фронтов, нанесла незначительный ущерб тылам, тогда как гражданская война в Испании и Вторая мировая война сопровождались многочисленными жертвами как в тылу, так и на передовой (ответные атаки, бомбардировка гражданского населения и т. д.). Поэтому психологическая и психопатологическая реакции были различными. Во время Первой мировой войны эвакуированные с фронта лица прибывали в безопасный тыл, где им оказывали помощь, что обуславливало появление выраженных конверсионных симптомов. Во время гражданской войны в Испании [11,12] эвакуированные лица прибывали в тыл, который также подвергался воздействию, и у них возникало больше психосоматических симптомов, т. е. больше интернализированных симптомов. Подобное происходило и во время Второй мировой войны.

В других случаях насилие порождало террористические атаки, нападения или подобные происшествия. Это анонимное насилие, цель которого — причинить вред кому угодно, нечто, что мешает пострадавшему сформировать какой-либо тип защиты. Этому виду насилия может подвергнуться любой человек, в любой точке планеты, в любое время.

При чрезвычайных ситуациях, которые вызваны природными стихиями, тип этого бедствия, как правило, предопределяет способ восприятия несчастья и степень виновности. Некоторые бедствия более предсказуемы (например, в зонах ураганов, извержений вулканов или затоплений), другие менее предсказуемы (например, в случае землетрясений или сильных пожаров).

Однако невозможно согласиться с тем, что существуют исключительно стихийные бедствия, поскольку в любом случае всегда присутствует рука человека. Это мнение высказал Steinberg [13], изучивший большое количество катастроф в США. Отметим, что степень развития общества является предопределяющим фактором. В период между 1960 и 1987 годами 41 из 109 самых тяжелых стихийных бедствий произошли в развивающихся странах (погибло 758850 человек), в то время как оставшиеся 59% — в развитых странах (погибло 11441 человек) [14]. Довольно странно, что эти пропорции практически такие же, как и в случае голода, ВИЧ-инфекции или статуса беженца [15].

УГРОЗА СОЦИАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ

Определение стихийного бедствия, основанное на идее об особом факторе, удовлетворяет не полностью. В действительности при анализе различных чрезвычайных ситуаций появляются другие факторы, которые касаются социальных условий. Затопление необитаемой и не обрабатываемой человеком равнины, которая не имеет экологической ценности, не считается бедствием; необходимо присутствие человека. Сагг [16] первым обратил внимание на важность социальных аспектов: «Не каждый ураган, землетрясение или катастрофическое повышение уровня воды является катастрофой. Катастрофа известна своими последствиями — другими словами, появлением бедствия. Пока корабль благополучно переносит шторм, пока город противостоит землетрясению, пока дамбы держатся, бедствия не существует. Собственно бедствие составляет раз-

рушение искусственно созданных защитных средств».

Следовательно, влияние чрезвычайной ситуации на социальную группу имеет отношение к механизмам адаптации и возможностям, которые сформировало сообщество. Если они эффективны, мы можем говорить о чрезвычайном происшествии, а не о бедствии. Например, дорожно-транспортное происшествие с десятью жертвами является бедствием для маленького поселка, но не для города [17]. С этой точки зрения бедствие определяют как внешнее воздействие, которое разрушает социальные системы [8], оказывает губительное влияние на социальную структуру [18]. Социальная, политическая и экономическая обстановка является таким же детерминантом, как и естественная среда: именно это превращает чрезвычайное происшествие в стихийное бедствие [19]. Социальная дезинтеграция может создать больше трудностей, чем физические последствия происшествия [20].

По определению Координационного комитета по стихийным бедствиям [21], бедствие с точки зрения социологии является чрезвычайным происшествием, локализованным во времени и в пространстве, создающим условия, при которых преобладание работы структур и непрерывность социальных процессов становятся проблематичными. Представители Американского колледжа неотложной медицинской помощи [22] подчеркивают, что бедствие — это крупная и стремительно нарастающая диспропорция между враждебными факторами любого типа и имеющимися ресурсами для выживания. То же самое мы находим в определении Всемирной организации здравоохранения [23]: «Чрезвычайная ситуация — это тяжелая психологическая и психосоциальная дезинтеграция, которая в значительной степени превосходит способность пораженного сообщества совладать с ним». В глоссарии ООН [24] записано: «Серьезный подрыв функционирования общества, который приводит к большим человеческим, материальным потерям либо к разрушению окружающей среды, превышающим возможности пострадавшего общества противостоять, используя только собственные ресурсы».

Сгосц и коллеги [25] обращают внимание на важность того, что после чрезвычайной ситуации разрушается социальная организация. По их мнению, наиболее устойчивой характеристикой является изменение социальных систем, которые обеспечивают гармоничное функционирование общества (информационные системы, перемещение лиц, кругооборот товаров, производство и потребление энергии, медицинская помощь, общественный порядок и безопасность, а также все, что касается похоронных церемоний).

Таким образом, чрезвычайная ситуация затрагивает социальную группу и вызывает такие материальные и человеческие потери, когда ресурсы общества исчерпываются, как следствие, обычные социальные механизмы совладания с ней оказываются недостаточными.

Влияние чрезвычайной ситуации может быть ослаблено благодаря способности пострадавших психологически адаптироваться и умению общественных структур адекватно отреагировать на событие и его последствия либо благодаря объему и виду внешней помощи.

Следовательно, описаны три уровня чрезвычайной ситуации: уровень I (локализованное чрезвычайное происшествие с небольшим количеством жертв; с наличием местных ресурсов в системе органов здравоохранения, достаточных для обследования и лечения; с имеющимися транспортными средствами для последующей диагностики и лечения); уровень II (с многочисленными жертвами и недостаточными ресурсами; с необходимостью оказания помощи разными организациями на региональном уровне — определение варьируется в зависимости от размера и типа территориального устройства

страны); уровень III (значительный ущерб; доступные местные и региональные ресурсы недостаточны; их нехватка столь существенна, что необходима помощь на национальном либо международном уровне).

Таким образом, чрезвычайная ситуация — это нечто исключительное не только из-за своего масштаба. Мобилизации значительных материальных и человеческих ресурсов недостаточно; приходится решать незнакомые задачи, необходимы изменения в структуре организаций, создаются новые организации, задействуются лица и организации, которые никогда не отвечали за чрезвычайные ситуации. Кроме того, в некоторых случаях снижается эффективность бригад и ресурсов, обычно привлекаемых при экстраординарных событиях, а процессы, направленные на координацию реакции сообщества на чрезвычайную ситуацию, невозможно правильно адаптировать к ситуации.

Чрезвычайные ситуации вызывают огромную мобилизацию и солидарность общества [26]. Иногда большая часть помощи является контрпродуктивной, что создает так называемые проблемы «второго бедствия», когда прибывает излишняя и неорганизованная помощь, вызывая замедление восстановления и препятствуя долгосрочному развитию.

Возникновению чрезвычайной ситуации способствует несколько факторов: экстраординарное происшествие, способное разрушить материальные ценности и привести к гибели людей либо к ранениям и страданиям [27], либо ситуация, столкнувшись с которой общество испытывает недостаток соответствующих ресурсов, чтобы реагировать на нее [28]. Как следствие, возникает потребность во вмешательствах и внешней помощи, личное ощущение беспомощности и угрозы, напряженность в отношениях между социальными сферами и отдельными личностями [29], нарушение связей, которые объединяют население и порождают чувство принадлежности к сообществу [30].

СОЦИАЛЬНАЯ УЯЗВИМОСТЬ

Чрезвычайные ситуации не только нарушают социальное функционирование, но и являются следствием определенной социальной уязвимости, почти не воспринимаемой до тех пор, пока они не произойдут. Кроме того, они обнажают ранее существовавшие недостатки.

Степень уязвимости снижается по мере развития цивилизации, которая по сути призвана непосредственно защищать человечество от негативных последствий его деятельности и от сил, высвобождаемых природой [31].

Эта социальная уязвимость присутствует даже в патологических реакциях на чрезвычайные ситуации. Среди факторов риска развития посттравматического стрессового расстройства, чаще всего выявляемого в США, следующие: принадлежность к женскому полу; латиноамериканская этническая принадлежность [32]; психические расстройства в личном и семейном анамнезе; случаи травм в прошлом, особенно в детстве; низкая социальная стабильность; низкий интеллект; невротические черты характера; низкая самооценка; негативное мнение о себе и об окружающем мире и внешний локус контроля [33]. Как ни странно, оберегающим фактором является политическая активность.

При катастрофе, после которой может развиваться синдром отравления нефтью [34], социальная уязвимость особенно очевидна, поскольку токсическое вещество не проникло через гематоэнцефалический барьер (кровь—головной мозг) и у пострадавших не было симптомов, вызванных прямым повреждением мозга. Факторами, связанными с появлением психопатологической симптоматики, были принадлежность к женскому полу, низкий социально-экономический статус, низкий образовательный уровень, а

также «нервные расстройства» и обращения к психиатру в анамнезе.

ПОСТМОДЕРНИСТСКАЯ ТОЧКА ЗРЕНИЯ

Quarantelli [1] предложил постмодернистскую точку зрения, рассматривающую чрезвычайные ситуации с субъективной точки зрения пострадавших, включая спасателей и всех, кто каким-либо образом был вовлечен в происшествие или даже проявлял интерес к нему. Любое бедствие оказывает глубоко личное воздействие и сотрясает основы мира, который каждый строит для себя и в котором он живет. Более того, оно поражает население и напоминает увеличительное стекло, усиливающее восприятие отсутствия социальной справедливости и равенства. С этой точки зрения чрезвычайная ситуация — это часть изменений в обществе; она представляется больше стечением обстоятельств, чем событием, и является социальным кризисом, который открывает новые перспективы.

ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ СИТУАЦИИ КАК ПОЛИТИЧЕСКОЕ СОБЫТИЕ

Если политика — это распределение ценностей, то связь между политикой и чрезвычайными ситуациями предопределяется распределением ценностей органами власти относительно безопасности в период, предшествующий чрезвычайной ситуации, возможностей выживания в это время и перспектив выживания в период восстановления и реконструкции [35].

Чрезвычайная ситуация — это и политически благоприятная возможность для развития новаторских инициатив, необходимых для смягчения текущих и будущих последствий опасности. Однако не все чрезвычайные ситуации в одинаковой степени привлекают внимание и вызывают политическую реакцию. Здесь важную роль играют упоминавшиеся выше социальная уязвимость и политика [36]. Тщательное статистическое изучение [37] связи между серьезностью чрезвычайной ситуации и политической стабильностью выявило, что реакция на бедствие зависит от методов подавления, используемых авторитарным режимом, или от высокого уровня развития, но не от неравенства доходов.

Кроме того, возникшую кризисную ситуацию иногда стремятся использовать в политических целях [38]. Правительства, как правило, поступают по-разному, сталкиваясь со сложными проблемами и с кризисом. В критических ситуациях они систематически стремятся снизить внимание к неравенству распределения товаров и предоставления услуг населению. В случае кризиса они систематически усиливают внимание к угрозам, что позволяет им находить оправдание и требовать усиления власти. Если кризис повторяется, авторитаризм усиливается.

ПОИСК «КОЗЛОВ ОТПУЩЕНИЯ» ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Чрезвычайные ситуации открывают хорошую возможность находить козлов отпущения; попытки возложить бремя вины на человека или на группу людей предпринимались постоянно. Allinson отмечал [39]:

Всякий раз, когда единственную причину любого чрезвычайного происшествия ищут среди людей, вполне естественно, что того, кто несет ответственность, будут считать единственной причиной. В случае бедствия прежде всего стремятся найти того, чья это вина. Как только виновность установлена, можно будет объяснить бедствие. Найти

виновную сторону либо стороны — значит решить «проблему» бедствия. Конечно, это не так. Однако это создает видимость решения, но это не поможет предотвратить последующие бедствия.

Но поиск козлов отпущения — это не средство найти и установить ответственных. Это средство избежать установления истинных виновников. Пока действует установка искать козла отпущения, от ответственности отрекаются, а не берут ее на себя.

ЧРЕЗВЫЧАЙНАЯ СИТУАЦИЯ РАЗОБЛАЧАЕТ ЛОЖНЫЕ ВЫМЫСЛЫ

Чрезвычайная ситуация — это практическое неправильное действие человека, доказательство искаженных представлений людей о природе и культуре [2]. Поражаются не только структуры и социальное функционирование; также нарушаются многие психические стереотипы. Неожиданно становится очевидной внезапная потеря чувства неуязвимости [40]. Frankel [41], выживший в нацистском концлагере, Brull [42] и другие указывали на то, что после такого опыта меняется видение мира, себя, будущего. Следовательно, в стадии преодоления травмы важен процесс реадaptации к реальности, переработки травмы [43], утверждения новых и преодоления старых и ложных представлений («мир — это безопасное место»), а также новых негативных убеждений («все худшее всегда случается со мной»).

ЖЕРТВЫ ИЛИ ПОСТРАДАВШИЕ?

Самое худшее, что может случиться, — это виктимизация пострадавших, и здесь психиатрия может сыграть важную роль. Venyakar [18] обратил на это внимание. «Жертва» — это человек, который вследствие ситуации оказывается в тупике, в состоянии оцепенения, прекращает быть личностью и становится объектом социальной действительности, теряя свою индивидуальность. «Потерпевший» — это человек, который пострадал от ущерба, который может восстановиться либо не восстановиться, полностью либо частично. Понятие «потерпевший» подразумевает психическую мобильность, а также сохранение индивидуальности личности. Поэтому службы по охране психического здоровья должны помогать всем пострадавшим не как жертвам, а как потерпевшим.

КОМПЕНСАЦИИ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Реакции на чрезвычайные ситуации и их определение всегда связаны с компенсацией. Литература о рентном неврозе устарела [44]. Фактически определения, акцентирующие внимание на наличии стрессового фактора огромной силы, который может поражать почти любого человека (например, предлагаемого в DSM–III), превращают даже свидетелей в жертвы. Поскольку чрезвычайная ситуация разрушает социальные рамки, очевидно, что любой индивид будет обращаться к обществу с просьбой возместить причиненный ущерб. Вот почему жертвы склонны максимизировать «вторичные выгоды», стремясь сохранить навсегда нарушение в психической сфере для того, чтобы получить компенсацию — экономическую, эмоциональную или любую другую. Это подкрепляется фактом, что нарушение в психической сфере, как правило, возникает у людей с нормальным функционированием до чрезвычайной ситуации.

Компенсации при бедствиях обязательны и должны учитывать вред, причиненный психической сфере. Однако следует также оценивать влияние на психическое здоровье

пострадавшего. Верно, что каждый имеет право изменить свой образ жизни и, если предоставляется возможность, изменить его на другой, при котором он становится пассивной личностью, склонной находиться (и поправлять здоровье) под защитой правительства. Но верно и то, что в этих случаях специалисты в области охраны психического здоровья нужны для того, чтобы избегать ятрогенных воздействий, а также помогать потерпевшим в преодолении этой ситуации, предупреждая хронификацию инвалидности. Также верно и то, что общество может ввести ограничения, чтобы предотвратить любые злоупотребления возможной виктимизацией.

Специалисты в области охраны психического здоровья должны участвовать в распределении компенсации и в принятии решения о включении потерпевшего в программу реинтеграции в повседневную деятельность [18].

ЛИТЕРАТУРА

1. Quarantelli E.L. (Ed.) (1998) *What is a Disaster?* Routledge, London.
2. Dombrowsky W.R. (1998) Again and again — is a disaster what we call a «disaster». In E.L. Quarantelli (Ed.), *What is a Disaster?*, pp. 241–254. Routledge, London.
3. Sheehan L., Hewitt H. (1969) Pilot survey of global natural disasters of the past twenty years. University of Toronto, Natural Hazard Research, Toronto.
4. Tobin G.A., Montz B.E. (1997) *Natural Hazards: Explanation and Integration*. Guilford, New York.
5. Wright S.B. (1997) Northridge Earthquake: Property Tax Relief. Disaster Legislation. White House, Washington, DC.
6. Dynes R.R. (1998) Coming to terms with community disaster. In E.L. Quarantelli (Ed.), *What is a Disaster?*, pp. 109–126. Routledge, London.
7. Holmsten B.Y., Lubertozz A. (2001) *The Complete War of the Worlds*. Source-books, Naperville.
8. Burton I., Kates R.W. (1964) The perception of natural hazards in resource management. *Natural Resources J*, **3**: 412–441.
9. Burton I., Kates R., White G. (1993) *The Environment as Hazard*, 2nd edn. Guilford, New York.
10. Green B.L. (1982) Assessing levels of psychological impairment following disaster. *J Nerv Ment Dis*, **170**: 544–552.
11. López-Ibor J.J. (1942) *Neurosis de Guerra*. Científico-Médica, Madrid.
12. Rojas Ballesteros L. (1943) Alteraciones psíquicas de guerra. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, **3**: 90–112.
13. Steinberg T. (2000) *The Acts of God: The Unnatural History of Disasters in America*. Oxford University Press, New York.
14. Benz G. (1989) List of major natural disasters. 1960–1987. *Earthquake and Volcanoes*, **20**: 226–228.
15. Easterly W. (2001) *The Elusive Quest for Growth, Economists' Adventures and Misadventures in the Tropics*. MIT Press, Cumberland.
16. Carr L. (1932) Disaster and the sequence-pattern concept of social change. *Am J Sociol*, **38**: 207–218.
17. Quarantelli E.L. (1997) Ten criteria for evaluating the management of community disasters. *Disasters*, **21**: 39–56.
18. Benyakar M. (2002) Salud mental en situaciones de desastres: nuevos desafíos. *Revista de Neurología Neurocirugía y Psiquiatría de México*, **35**: 3–25.
19. Blaikie P., Cannon T., Davis I., Wisner B. (1994) *At Risk: Natural Hazards, People's Vulnerability, and Disasters*. Routledge, London.
20. Quarantelli E.L. (1988) Community and organizational preparations for and responses to acute chemical emergencies and disasters in the United States: research findings and their wider applicability. In H.B.F. Gow, R.W. Kay (Eds.), *Emergency Planning for Industrial Hazards*, pp. 251–273. Elsevier, Amsterdam.
21. United Nations Disaster Relief Coordinator Office (1984) *Disaster Prevention and Mitigation*, Vol. II: *Preparedness Aspects*. United Nations, New York.
22. American College of Emergency Physicians (1985) Disaster medical services. *Ann Emerg Med*, **14**: 1026.
23. World Health Organization (1991) *Psychosocial Consequences of Disasters — Prevention and Management*. World Health Organization, Geneva.
24. United Nations Department of Humanitarian Affairs (1992) *Internationally Agreed Glossary of Basic Terms Related to Disaster Management*. United Nations, Geneva.
25. Crocq L., Doutheau C., Salham M. (1987) Les réactions émotionnelles dans les catastrophes.

- In *Encyclopédic Médico-Chirurgicale*. Éditions Techniques, Paris, 37-113-D-10.
26. Blocker T.J., Rochford E.B., Sherkat D.E. (1991) Political responses to natural disaster: social movement participation following a flood disaster. *International Journal of Mass Emergencies and Disasters*, **9**: 367–382.
 27. Cohen R. (1999) *Salud Mental para Víctimas de Desastres. Manual para Trabajadores*. Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC.
 28. Anderson, J.W. (1968) Cultural adaptation to threatened disaster. *Human Organizations*, **27**: 298–307.
 29. Schulberg H.C. (1974) Disaster, crisis theory and intervention strategies. *Omega*, **5**: 77–87.
 30. Erikson P., Drabek T.E., Key W.H., Crowe J.L. (1976) Families in disaster. *Mass Emergencies*, **1**: 206–213.
 31. Gilbert J.E. (1958) Human behaviour under conditions of disaster. *Med Serv J Can*, **14**: 318–324.
 32. Ruef A.M., Litz B.T., Schlenger W.E. (2000) Hispanic ethnicity and risk for combat-related post-traumatic stress disorder. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*, **6**: 235–251.
 33. Van Zelst W.H., de Beurs E., Beekman A.T., Deeg D.J., van Dyck R. (2003) Prevalence and risk factors of posttraumatic stress disorder in older adults. *Psychother Psychosom*, **72**: 333–342.
 34. López-Ibor J.J. Jr, Soria J., Cañas F., Rodríguez-Gamazo M. (1985) Psycho-pathological aspects of the toxic oil syndrome catastrophe. *Br J Psychiatry*, **147**: 352–365.
 35. Olson R.S. (2000) Toward a politics of disaster: losses, values, agendas, and blame. *International Journal of Mass Emergencies and Disasters*, **18**: 265–287.
 36. Birkland T.A. (1997) *After Disaster*. Georgetown University Press, Washington, DC.
 37. Drury A.C., Olson R.S. (1998) Disasters and political unrest: an empirical investigation. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, **6**: 153–161.
 38. Edelman M. (1977) *Political Language: Words that Succeed and Policies that Fail*. Academic Press, Boca Raton, FL.
 39. Allinson R.E. (1993) *Global Disasters: Inquiries into Management Ethics*. Prentice Hall, New York.
 40. Lifton R.J. (1979) *The Broken Connection*. Simon & Schuster, New York.
 41. Frankel V. (1962) *Man's Search for Meaning*. Beacon Press, Boston.
 42. Brüll F. (1969) The trauma — theoretical considerations. *Isr Am Psychiatr Relat Discip*, **7**: 96–108.
 43. Horowitz M.J. (1993) Stress-response syndromes: a review of posttraumatic stress and adjustment disorders. In J.P. Wilson, B. Raphael (Eds.), *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*, pp. 145–155. Plenum Press, New York.
 44. Kinzie J.D., Goetz R.R. (1996) A century of controversy surrounding posttraumatic stress spectrum syndromes: the impact on DSM-III and DSM-IV. *J Trauma Stress*, **9**: 159–179.

Психологические и патопсихологические последствия чрезвычайных ситуаций

Carol S. Fullerton и Robert J. Ursano

Uniformed Services University of the Health Sciences, Bethesda, MD, USA

ВВЕДЕНИЕ

Большинство людей после перенесенной травмы или чрезвычайной ситуации справляются с ней и возвращаются к норме. Тем не менее одни индивиды переживают дистресс, у других появляются изменения в поведении, а у некоторых после этого развиваются психические заболевания. К ним относятся заболевания, вторичные по отношению к телесным повреждениям (например, органические заболевания мозга, психологические реакции на соматическое заболевание), а также такие, как острое стрессовое расстройство (ОСР), посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) и связанная с травмой депрессия [1]. Уровень психиатрической заболеваемости зависит от ряда факторов, например от типа чрезвычайной ситуации, степени подверженности ее воздействию, степени тяжести повреждений, значительности угрозы жизни, а также от продолжительности личностной и общественной дезинтеграции. Временами психотравмирующие события и чрезвычайные ситуации могут оказывать и благотворное влияние, выступая в роли интегрирующих событий, способствующих формированию чувства цели и предоставляющих благоприятную возможность накопления опыта позитивного роста [2, 3]. Последствия травмы и чрезвычайной ситуации могут повторно проявиться в связи с новыми переживаниями, которые напоминают человеку о том, что с ним произошло [4]. Они также сказываются и на обществе, которое является средой выздоровления для тех, кто подвергся влиянию психотравмирующего события. В данной главе мы рассматриваем реакции психической сферы на травмы и чрезвычайные ситуации, включая факторы риска и медиаторы психиатрических, психологических и поведенческих последствий травмы и чрезвычайной ситуации.

ПРЕДЫСТОРИЯ

Изучение эмоциональных реакций на чрезвычайные ситуации началось с наблюдений старшей антропогенной чрезвычайной ситуации — войны. В Соединенных Штатах Америки во время гражданской войны считали, что пострадавшие с психическим расстройством, связанным с боевыми действиями, испытывают «ностальгию», которую относили к разновидности меланхолии или к умеренному умопомешательству, вызванному разочарованием и сильным желанием вернуться домой. Это расстройство также известно под названием «сердце солдата». Во время Первой и Второй мировых

Disasters and Mental Health. Edited by Juan José López-Ibor, George Christodoulou, Mario Maj, Norman Sartorius and Ahmed Okasha.

© 2005 John Wiley & Sons Ltd. ISBN 0-470-02123-3.

войн для описания эмоциональных реакций на травму чаще всего использовались такие термины: «психическая травма, полученная во время боя», «психическая травма, полученная в ходе боевых действий» и «военный невроз» [6, 7]. Для описания измученных и обессиленных пехотинцев, находящихся на грани коллапса, употреблялось выражение «застывший взгляд вдаль за тысячи миль». Симптомы стресса, связанного с боевыми действиями, варьировались у разных индивидов и в разной окружающей обстановке, однако включали тревогу, реакции испуга и оцепенение [8]. Некоторые наиболее ранние описания состояния, которое сейчас диагностируют как посттравматическое стрессовое расстройство, берут начало от наблюдений травматических повреждений. Например, в 1871 году Rigler описал последствия травм, полученных во время катастроф на железной дороге, как «рентный невроз» [7]. В 1892 году сэр William Osler [9], первый руководитель медицинского факультета Университета Джона Хопкинса, описал состояние, возникавшее после катастрофы на железной дороге, или шок как травматический невроз (известный также под названиями «железнодорожный мозг», «железнодорожный позвоночник» или «травматическая истерия»). Железнодорожные катастрофы, мировые войны конца девятнадцатого и начала двадцатого столетий, холокост, бомбардировки Хиросимы и Нагасаки послужили толчком к систематическому описанию симптомов, сопровождавших травматический стресс. При этом использовались следующие термины: «шоковый невроз», «синдром уцелевшего (неврозы бывших фронтовиков)», «нуклеаризм», «боевая усталость» и «целевой, или рентный, невроз». Charcot, Janet, Freud и Breuer высказывали предположение, что психологическая травма вызывает истерические симптомы. Однако в то же время другие были убеждены в том, что одного только психотравмирующего события недостаточно для того, чтобы вызвать посттравматические симптомы, а поэтому занимались поисками органических причин. Ситуация изменилась после того, как было установлено, что у многих ветеранов войны во Вьетнаме выявляются сохранявшиеся длительное время психологические проблемы и психические расстройства, а у некоторых людей, не имевших в прошлом психических заболеваний, развиваются клинически значимые психопатологические симптомы после воздействия наводящих ужас стрессоров. Вслед за этим ПТСР стало диагностической категорией в DSM-III [10].

Изучение реакций разнообразных популяций на травматический опыт, например исследования оставшихся в живых узников концентрационных лагерей [11–14], а также спасателей, работавших на опустошенной территории Хиросимы [15], расширили наши представления о последствиях перенесенной травмы в форме психологических проблем и психических расстройств. Подробно были изучены последствия некоторых современных чрезвычайных ситуаций, например пожара в ночном клубе «Кокосовый лес» в 1942 году [16, 17], наводнения в заливе Буффало [18–20], извержения вулкана на горе Сент-Хеленс [21, 22], железнодорожной катастрофы в Грэнвилле в 1977 году, в пригороде Сиднея [23], заключения в тюрьму и пыток норвежских моряков в Ливии в 1984 году [24], а также извержения вулкана в Колумбии в 1985 году, разрушившего город Армеро [25].

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ И ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИЕЙ

Мы только начинаем понимать, почему у одних людей, подвергшихся влиянию чрезвычайной ситуации, развивается посттравматическая психопатология, а у других нет (метаанализ предикторов, см. [26]). Посттравматические психические расстройства чаще всего наблюдаются у тех, кто непосредственно подвергся воздействию вызывающего ужас и представляющего прямую угрозу жизни психотравмирующего события. Чем больше «доза» травматических стрессоров, тем выше вероятность того, что у индивида или у группы индивидов будет высокий уровень психиатрической заболеваемости. Тем не менее определенные группы имеют повышенный риск возникновения нарушений в психической сфере. К группе самого высокого риска относятся первичные жертвы, их близкие, а также сотрудники служб, оказывающих экстренную помощь и поддержку [27]. Взрослые, дети и пожилые люди, в особенности те, кто подвергался угрозе физического воздействия и был непосредственным свидетелем событий, также относятся к группе риска. Психологически уязвимые еще до воздействия психотравмирующего события также могут быть испытывать страх и подвергаться реальной угрозе (например, потеря работы, невозможность своевременно получить компенсацию или разрушение систем межличностной и общественной поддержки, на которые в данное время наблюдается чрезмерный спрос). Получившие физические травмы относятся к группе более высокого риска, что отражает, с одной стороны, более высокий уровень угрозы жизни, а с другой — постоянное напоминание о пережитом и дополнительную стрессовую нагрузку, сопутствующую такой травме. Эпидемиологическое исследование в зоне обслуживания ветеранов войны во Вьетнаме документально подтвердило более высокий уровень заболеваемости ПТСР среди раненых по сравнению с теми, кто не имел ранений. Подобные результаты были отмечены при изучении личных дел ветеранов [29, 30].

Предшествующее психическое заболевание или имевшиеся ранее симптомы не являются ни обязательными, ни достаточными для того, чтобы объяснить их возникновение после психотравмирующего события [31–34]. Примерно у 40% оставшихся в живых после бомбардировки Оклахомы, у которых впоследствии развилось ПТСР или депрессия, не было психических заболеваний в анамнезе [35]. Следовательно, не у всех, кто нуждается в лечении, будут присутствовать обычные в таких случаях сопутствующие факторы риска и не ко всем могут быть применены терапевтические стратегии, используемые для других психиатрических популяций. По-видимому, чем меньше тяжесть чрезвычайной ситуации или психотравмирующего события, тем большее значение приобретают предшествующие им переменные, такие как невротизм или психическое расстройство в анамнезе [32, 36–39]. Чем сильнее стрессор, тем в меньшей степени предшествующие психические расстройства являются предикторами исхода.

В целом у детей и подростков повышен риск возникновения нарушений в психической сфере после психологической травмы. У детей, подвергшихся воздействию такой травмы, выявлен ряд психических расстройств, включая ПТСР, депрессию, тревожное расстройство в связи с разлукой [40], а также широкий спектр симптомов и нарушений поведения [41, 42]. Повторное переживание симптомов, распространенное при ОСР и ПТСР, у детей может проявляться в форме частого повторения в играх травмирующих тем, ночных кошмаров и «проигрывания в лицах психотравмирующего события» [43]. У детей может формироваться избегающее поведение по отношению ко всему, что кон-

кретно напоминает им о трагедии (например, избегание игровой площадки, где кого-то убили), и желание оставаться дома, а не разлучаться с членами семьи и близкими. Среди других реакций, часто наблюдающихся у детей, можно отметить страх повторения события, беспокойство о безопасности других и чувство вины. Особую тревогу вызывает повышенный уровень рискованного поведения у подростков после психологической травмы [44]. Реакции значимых взрослых (например, родителей и учителей) могут существенно влиять на реакции детей на психологическую травму [45].

Воздействие через средства массовой информации является элементом почти всех местных чрезвычайных ситуаций. Влияние средств массовой информации может быть как успокаивающим, так и угрожающим. Ограничивая такое влияние, можно минимизировать расстраивающие воздействия, особенно среди детей [46]. Обучение значимых других и супругов пострадавших может содействовать их лечению, равно как и выявлению ухудшения или тенденции к устойчивости симптомов.

Острое стрессовое расстройство и посттравматическое стрессовое расстройство

Воздействие психотравмирующего события — существенный элемент для возникновения острого стрессового расстройства или посттравматического стрессового расстройства — отмечается сравнительно часто. Примерно 50–70% населения США когда-нибудь в своей жизни переживают травму, однако в среднем только у 5–12% развивается посттравматическое стрессовое расстройство. В рамках общенационального репрезентативного исследования 5877 человек в возрасте от 15 до 45 лет в Национальном исследовании сопутствующих заболеваний [47] было установлено, что распространенность случаев подверженности влиянию травмы на протяжении жизни составляет 60,7% среди мужчин и 51,2% среди женщин. В национальной репрезентативной выборке женщин США (Национальное исследование женщин) [48] выявлено, что 69% женщин в течение жизни подвергались влиянию психотравмирующего события. По данным Национального исследования сопутствующих заболеваний частота ПТСР составила 7,8%, тогда как по данным Национального исследования женщин — 12,3%. В одном эпидемиологическом исследовании людей, пользующихся услугами одной из городских организаций медицинского обеспечения в США, Breslau и коллеги [49] установили, что распространенность ПТСР на протяжении жизни среди взрослых составляет 9,2%. В этих исследованиях использовался критерий А (DSM-III и DSM-III-R), требующий, чтобы событие обязательно выходило за пределы человеческого опыта. В DSM-IV этот критерий был заменен критерием А2, который требует, чтобы была какая-либо одна реакция на стрессор: сильный страх, чувство беспомощности или ужас.

Посттравматическое стрессовое расстройство, возникающее вследствие как стихийного бедствия, так и антропогенной катастрофы, было широко исследовано (обзор, см. [51]). Оно нередко возникает после многих психотравмирующих событий, начиная от терроризма, дорожно-транспортных происшествий и заканчивая промышленными взрывами. В острой форме оно больше напоминает простуду, которая периодически бывает практически у каждого человека. Если оно сохраняется длительное время, то может серьезно ослаблять здоровье и требовать психотерапевтического и/или фармакологического вмешательства.

Любопытно, что в DSM-III и DSM-III-R отсутствовала диагностическая категория, имеющая отношение к острым реакциям на психотравмирующее или на чрезвычайное событие. После введения диагноза «острое стрессовое расстройство» в DSM-IV был

признан более широкий спектр реакций на психотравмирующие события. Поскольку ОСП является относительно новым диагнозом, в эмпирических исследованиях только начинается анализ его течения и исхода [53, 54]. Однако результаты последних исследований по изучению военных событий позволяют утверждать, что связанные с боевыми действиями острые стрессовые реакции (которые сегодня можно было бы представить как ОСП) прогнозируют неблагоприятный исход [32] и сочетаются с высокой частотой соматических жалоб [55–57]. Многочисленные исследования также подтверждают документально, что острые симптомы, такие как навязчивости, избегание и диссоциация (часть симптомов ОСП) [58], прогнозируют развитие в дальнейшем психических расстройств, особенно ПТСР [59–64]. Ранние симптомы обычно редуцируются благодаря обучению, предоставлению достаточного отдыха и поддержанию биологических ритмов (например, отход ко сну и прием пищи в одно и то же время) [65].

Критерий травматических стрессоров: критерий А

Признавая тот факт, что все травматические стрессоры слишком часто составляют часть повседневной жизни, авторы DSM–IV [52] исключили выдвигавшееся в DSM–III–R требование о том, что стрессор должен быть «за пределами обычного человеческого опыта». В соответствии с DSM–IV основным признаком ОСП и ПТСР является «сильный страх, чувство беспомощности или ужас» после воздействия психотравмирующего события, которые не обязательно должны быть за пределами нормального человеческого опыта (критерий А) [43] (табл. 2.1 и 2.2) Воздействие может включать в себя непосредственное переживание или наблюдение психотравмирующего события либо получение сведений о событии, вызвавшем «реальную смерть или угрозу смерти», «тяжелое ранение» или «угрозу физической целостности» по отношению к себе или к другим людям. Как стихийные бедствия (например, торнадо, землетрясения), так и антропогенные психотравмирующие события (например, аварии, изнасилование, нападение, война, терроризм) могут вызывать подобные симптомы. Некоторые из этих событий случаются лишь однажды, тогда как другие могут оказывать хроническое воздействие или повторяться.

Установлено, что вообще антропогенные катастрофы (в отличие от стихийных бедствий) вызывают более частые и более устойчивые психопатологические симптомы и дистресс (обзор, см. [66]). Однако провести такое разграничение очень сложно. Происхождение и последствия стихийных бедствий нередко зависят от влияния человека. Например, степень разрушений и уровень смертности вследствие землетрясения могут возрастать из-за низкого качества строительных работ и высокой плотности заселения. Точно так же люди могут провоцировать стихийные бедствия или способствовать их возникновению через неправильную политику землеустройства, которая повышает вероятность наводнений. Насилие между отдельными индивидами (нападение) или группами людей (война, терроризм), вероятно, является наиболее тревожащим опытом, связанным с травмой. Техногенные катастрофы могут приводить к специфическим нарушениям в психической сфере, проявляющимся в отношении обычных жизненных событий (например, страх полетов после авиакатастрофы или клаустрофобия после аварии на шахте). Каждое подобное состояние требует тщательной оценки и вмешательства, направленного на лечение фобии и ограничение генерализации процесса на другие сферы жизни (например, «Я не могу больше готовить, потому что кипящая вода напоминает мне взрыв»).

Таблица 2.1. Диагностические критерии острого стрессового расстройства в DSM-IV-TR (308.3)

-
- A. Индивид подвергся воздействию психотравмирующего события, в котором присутствовали оба из перечисленных ниже признаков:
- 1) человек пережил, был свидетелем или столкнулся с чрезвычайным происшествием или происшествиями, во время которых присутствовала реальная смерть либо была угроза смерти или тяжелое ранение, либо угроза физической целостности его самого или других людей;
 - 2) реакция человека включала в себя интенсивный страх, чувство беспомощности или ужас.
- B. Либо на момент катастрофы, либо после нее у индивида отмечаются три (или больше) диссоциативных симптома:
- 1) субъективное чувство оцепенения, отчужденности или отсутствие эмоционального реагирования;
 - 2) ослабление способности осознавать окружающую обстановку (например, «пребывание в состоянии крайнего изумления»);
 - 3) дереализация;
 - 4) деперсонализация;
 - 5) диссоциативная амнезия (например, неспособность воспроизвести важный аспект травмы).
- C. Психотравмирующее событие упорно переживается по меньшей мере одним из перечисленных ниже способов: возникают периодически повторяющиеся представления, мысли, сновидения, иллюзии, эпизоды навязчивых воспоминаний («флэшбэк»), или ощущение оживления в памяти переживания, или дистресс, вызванный влиянием всего, что напоминает о психотравмирующем событии.
- D. Явное избегание раздражителей, которые пробуждают воспоминания о травме (например, мысли, чувства, разговоры, действия, места, люди).
- E. Явные симптомы тревоги или повышенной возбудимости (например, нарушения сна, раздражительность, ослабленная способность к концентрации внимания, повышенный уровень бодрствования, легко развивающаяся реакция испуга, двигательное беспокойство).
- F. Расстройство вызывает клинически значимый дистресс или нарушения в социальной, профессиональной или в других значимых сферах функционирования либо снижает способность индивида выполнить какую-нибудь необходимую задачу (например, получить необходимую поддержку или мобилизовать личные ресурсы, сообщая членам семьи о переживаниях, связанных с травмой).
- G. Расстройство длится минимум два дня и максимум четыре недели и наблюдается в течение четырех недель после психотравмирующего события.
- H. Расстройство не обусловлено непосредственными физиологическими эффектами вещества (например, наркотика или лекарственного препарата) или общим соматическим расстройством, не объясняется кратковременным психотическим расстройством и не является просто обострением предшествующего расстройства оси I или оси II
-

По-видимому, наилучшими предикторами как вероятности, так и частоты посттравматических психических заболеваний являются степень тяжести стрессора и интенсивность воздействия. Shore и коллеги [21, 22] установили, что нарушения в психической сфере зависели от интенсивности воздействия последствий бедствия, вызванных извержением вулкана на горе Сент-Хеленс. Они документально подтвердили более высокие показатели посттравматических психических заболеваний (включая посттравматическое стрессовое расстройство, генерализованное тревожное расстройство и депрессию) у пострадавших, которые жили ближе к вулкану. Дополнительные данные, подтверждающие связь между выраженностью психического заболевания и тяжестью травматического стрессора, получены при исследовании военной травмы. Более высокие показатели заболеваемости

посттравматическим стрессовым расстройством, депрессией и злоупотребления алкоголя в значительной степени были связаны с более тяжелыми боевыми действиями во Вьетнаме [29]. В одном исследовании по изучению ПТСР у монозиготных близнецов, разделенных призывом в вооруженные силы во Вьетнаме, Goldberg и коллеги [31] обнаружили, что это заболевание встречалось в девять раз чаще у близнецов, которые участвовали в тяжелых боевых действиях во Вьетнаме, по сравнению с теми, кто не служил в Юго-Восточной Азии.

Некоторые аспекты психотравмирующих событий чаще, чем другие, вызывают психические заболевания. Наиболее высокий риск развития психического заболевания ассоциируется с восприятием интенсивной угрозы жизни, низкой контролируемостью ситуации, непредсказуемостью, тяжелой утратой, ранением, возможностью повторения бедствия, а также с воздействием абсурдности ситуации [35, 52, 67–71]. Например, терроризм часто может отличаться от стихийных бедствий или антропогенных катастроф характерным для него интенсивным страхом, потерей веры в общественные институты, непредсказуемостью и глубоким переживанием потери безопасности [72]. В лонгитудинальном повторном национальном исследовании реакций на катастрофу, произошедшую 11 сентября 2001 году, было установлено, что 64,6% людей, проживающих за пределами Нью-Йорка, через два месяца сообщали о страхе дальнейших атак террористов и 37,5% — через шесть месяцев. Кроме того, 59,5% через два месяца сообщали о страхе причинения вреда семье и 37,5% — через шесть месяцев. Терроризм — один из наиболее мощных и распространенных генераторов психических заболеваний, дистресса и нарушений социального и общественного функционирования [35, 74].

Уязвимость в отношении психического дистресса усиливается сообщениями о том, что кто-то подвергся воздействию отравляющих веществ (например, химических или радиоактивных) [75, 76]. В этом случае сама по себе информация является главным стрессором. Токсическое воздействие часто усугубляется дополнительным стрессом, вызванным неизвестностью в отношении того, повлияло оно или нет и какие могут быть отдаленные последствия для здоровья. Жизнь в состоянии неизвестности может вызывать чрезмерное напряжение. Неизвестность сопровождается также биотерроризм и вызывает особую озабоченность среди медицинской общественности, готовящейся реагировать на террористические атаки, в которых были использованы биологическое, химическое или ядерное оружие [73, 77–79].

Таблица 2.2. Диагностические критерии посттравматического стрессового расстройства по DSM–IV–TR (309.81)

-
- A. Индивид подвергся воздействию психотравмирующего события, в котором присутствовали оба из перечисленных ниже признаков:
- 1) человек пережил, был свидетелем или столкнулся с чрезвычайным происшествием или происшествиями, во время которых присутствовала реальная смерть либо была угроза смерти или тяжелое ранение, либо угроза физической целостности его самого или других людей;
 - 2) реакция человека включала в себя интенсивный страх, чувство беспомощности или ужас. Примечание: у детей вместо этой реакции может проявляться дезорганизованное или возбужденное поведение.
- B. Психотравмирующее событие упорно переживается вновь и вновь одним (или более) из перечисленных ниже способов:
- 1) повторяющиеся и мучительные навязчивые воспоминания о событии, включая представления, мысли или ощущения. Примечания: у детей младшего возраста могут наблюдаться повторяющиеся игры, в которых звучат темы или аспекты пережитой травмы;

продолж. на след. стр.

ТАБЛИЦА 2.2. (продолж.)

-
- 2) повторяющиеся тягостные сновидения о событии. Примечание: у детей это могут быть пугающие сновидения с неопределенным содержанием;
 - 3) такое поведение и эмоции, как будто событие происходит снова (включая чувство оживления пережитого, иллюзии, галлюцинации и диссоциативные эпизоды навязчивых воспоминаний («флэшбэк»), в том числе и те, которые возникают при пробуждении или в состоянии интоксикации. Примечание: у детей младшего возраста могут наблюдаться повторяющиеся проигрывания в лицах специфических эпизодов травмы;
 - 4) интенсивный психологический дистресс при воздействии внешних или внутренних сигналов, которые символизируют или имеют сходство с каким-либо аспектом психотравмирующего события;
 - 5) физиологические реакции на воздействие внешних или внутренних сигналов, которые символизируют или имеют сходство с каким-либо аспектом психотравмирующего события.
- C. Постоянное избегание стимулов, ассоциирующихся с травмой, и снижение общей реактивности (отсутствовавшие до травмы), на что указывают три (или более) из перечисленных ниже признаков:
- 1) стремление избегать мыслей, чувств или разговоров, ассоциирующихся с травмой;
 - 2) стремление избегать действий, мест или людей, которые пробуждают воспоминания о травме;
 - 3) неспособность вспомнить важный аспект травмы;
 - 4) явное снижение интереса к важной деятельности и участию в ней;
 - 5) чувство отчужденности или отдаления от других;
 - 6) ограниченный диапазон аффективных реакций (например, неспособность испытывать чувство любви);
 - 7) чувство бесперспективности будущего (например, индивид не рассчитывает, что сделает хорошую карьеру, женится, будет иметь детей или долгую жизнь).
- D. Устойчивые симптомы повышенной возбудимости (отсутствовавшие до травмы), на что указывают два (или более) из перечисленных ниже признаков:
- 1) трудности с засыпанием и поддержанием сна;
 - 2) раздражительность или вспышки злости;
 - 3) трудности с концентрацией внимания;
 - 4) чрезмерная настороженность;
 - 5) повышенная реакция испуга.
- E. Продолжительность расстройства (симптомы критериев B, C, и D) дольше одного месяца.
- F. Расстройство вызывает клинически значимый дистресс или нарушения в социальной, профессиональной или в других важных сферах функционирования.

Уточнение:

Если продолжительность симптомов менее трех месяцев, ставится диагноз «острое расстройство»;
если симптомы присутствуют три и более месяцев — хроническое расстройство.

Уточнение:

Если начальные симптомы появляются минимум через шесть месяцев после воздействия стрессора, то это «расстройство с отсроченным началом»

*Симптомы острого стрессового расстройства
и посттравматического стрессового расстройства*

Диагностические критерии ОСР напоминают критерии ПТСР (табл. 2.3); основное различие состоит в разной продолжительности течения и во включении диссоциативных симптомов, необходимых для диагностики ОСР. Диагноз ПТСР ставится в том случае, если симптомы удерживаются дольше одного месяца или если начальные симптомы появляются через месяц после психотравмирующего события. Важно отметить, что

тяжесть симптомов как ОСР, так и ПТСР должна быть достаточной для того, чтобы вызвать «клинически значимый дистресс» или нарушение функционирования (критерий F) [43]. Симптомы ОСР и ПТСР делят на три кластера: упорно повторяющееся переживание стрессора (критерий В для ПТСР и критерий С для ОСР), постоянное избегание обстоятельств, напоминающих о событии, и потеря общей эмоциональной чувствительности и способности к реагированию (критерий С для ПТСР и критерий В и D для ОСР), а также стойкие симптомы повышенной возбудимости (критерий D). Критерий В острого стрессового расстройства требует, чтобы у индивида было три или более диссоциативных симптома в период психотравмирующего события или вслед за ним. Для диагностики ОСР критерий D требует наличия «явного избегания стимулов, которые пробуждают воспоминания о травме» [43]. Эти критерии ОСР частично совпадают с критерием С для ПТСР, однако они не идентичны ему.

Таблица 2.3. Сравнение острого стрессового расстройства и посттравматического стрессового расстройства

	ОСР	ПТСР
Характер травмы / реакции на травму		
• Человек пережил, был свидетелем или столкнулся с чрезвычайным происшествием или происшествиями, во время которых присутствовала реальная смерть либо была угроза смерти или тяжелое ранение, либо угроза физической целостности его самого или других людей	7	7
• Реакция человека включала в себя интенсивный страх, чувство беспомощности или ужас	7	7
Симптомы-критерии		
• Упорно повторяющееся переживание травмы	7	7
• Избегание обстоятельств, напоминающих о травме	7	7
• Физические симптомы чрезмерного возбуждения	7	7
• Симптомы диссоциации в период или сразу после травмы	7	7
• Клинически значимый дистресс или нарушение	7	7
Временные условия		
• Продолжительность совокупности симптомов	Два дня–четыре месяца	Более одного
	недели	
• Начало симптомов по отношению к травме	В пределах четырех недель после травмы	В любое время после травмы

Кластер «повторяющееся переживание травмы» включает следующие симптомы: «периодически повторяющиеся навязчивые воспоминания» о событии; связанные с травмой тягостные сновидения; такие действия и чувства, как будто событие произошло повторно, «интенсивный психологический дистресс»; физиологическая реактивность при воздействии сигналов, напоминающих о травме [43]. В DSM-IV физиологические симптомы, связанные с напоминанием о травме, были перенесены из кластера «возбудимость» в кластер «повторяющееся переживание». Это изменение отражает последние

достижения в изучении биологии ПТСР и его связи с памятью [80]. В кластер «избегание / потеря чувствительности» могут входить целенаправленные действия, равно как и бессознательные механизмы, например стремление избегать связанных с травмой мыслей, чувств или разговоров; стремление избегать действий, мест или людей, напоминающих о травме; неспособность воспроизвести в памяти важные аспекты травмы; выраженная «потеря интереса или безучастное отношение к деятельности, которая раньше доставляла удовольствие»; чувство отчужденности или отдаления от других; узкий диапазон эмоциональных реакций и «ощущение бесперспективности будущего» [43]. Повышенная возбудимость включает расстройства сна, «раздражительность и вспышки гнева», трудности с концентрацией внимания, чрезмерную настороженность и повышенную реакцию испуга [43], которые вызваны не обстоятельствами, напоминающими о травме, а являются отражением генерализованного возбуждения.

Посттравматическое стрессовое расстройство и острое стрессовое расстройство различаются по количеству симптомов, требуемых в каждом отдельном кластере. Для диагностики ПТСР должен отмечаться по меньшей мере один симптом из кластера «повторяющееся переживание события», два симптома из кластера «возбудимость» и три — из кластера «избегание / оцепенение», кроме того, они должны быть связаны со стрессором во времени. Диагностика ОСР требует наличия как минимум одного симптома из таких кластеров, как «повторяющееся переживание события», «явное избегание стимулов, которые порождают воспоминания о травме», «явная» тревога или повышенная возбудимость, а также трех или более диссоциативных симптомов. Диссоциативные симптомы могут наблюдаться непосредственно на момент события или после него. Распространенной ранней реакцией на воздействие психотравмирующего события, по-видимому, является нарушение нашего чувства времени, наших внутренних биологических часов, которое приводит к искажению ощущения времени — кажется, что время ускоряется или замедляется [81]. Наряду с другими диссоциативными симптомами ОСР искаженное восприятие времени указывает на четырехкратное повышение риска возникновения хронического ПТСР и может также сопровождать депрессивные симптомы.

Посттравматическое стрессовое расстройство и острое стрессовое расстройство различаются также продолжительностью симптомов и временной связью с травматическим стрессором. Острое стрессовое расстройство возникает в том случае, если психотравмирующее событие отмечается в течение четырех недель и длится от двух дней до четырех недель. Для диагностики ПТСР симптомы должны сохраняться дольше месяца. Если симптоматика удерживается до трех месяцев, ставится диагноз острого ПТСР. Хроническое ПТСР диагностируется, когда симптомы сохраняются три месяца и дольше (обычно они появляются в пределах трех месяцев воздействия стрессора).

В DSM-IV-TR [43] обозначено отсроченное начало ПТСР (т. е. симптомы появляются через шесть месяцев после воздействия стрессора); однако «истинное» отсроченное ПТСР (а не подпороговое, которое спустя какое-то время начинает соответствовать диагностическим критериям ПТСР), по-видимому, встречается значительно реже, чем об этом сообщалось ранее. В случаях позднего начала ПТСР или возобновления ранее разрешившегося ПТСР следует еще раз проанализировать текущие жизненные события в клиническом плане [35]. В символически тяжелые моменты (например, при получении известия о диагнозе злокачественной опухоли или о выходе на пенсию после продолжительной карьеры военного) возникновение симптомов ПТСР можно считать способом метафорического воспроизведения мозгом в настоящее время значимых психотравмирующих событий из прошлого, которое пробудило интенсивные чувства.

В таких случаях исследование текущей ситуации, в которой находится пациент, обычно бывает более продуктивным, чем концентрация внимания на прошлом.

Другие расстройства, связанные с травмой

Посттравматическое стрессовое расстройство — не единственное и, вероятно, не наиболее распространенное расстройство, связанное с травмой [35, 66, 82] (табл. 2.4). У людей, подвергшихся воздействию травмы и побывавших в чрезвычайной ситуации, повышен риск возникновения депрессии, генерализованного тревожного расстройства, панического расстройства и усиления злоупотребления психоактивными веществами [1, 47, 49, 83]. У 45% лиц, оставшихся в живых во время бомбардировки в Оклахоме, впоследствии возникло психическое расстройство. Из них у 34,3% — посттравматическое стрессовое расстройство и у 22,5% — тяжелая депрессия. После катастрофы или террористической атаки психологические факторы могут усугублять и соматическую патологию — от заболеваний сердца [84] до сахарного диабета [85]. Психотравмирующая тяжелая утрата [86], необъяснимые соматические симптомы [87, 88], депрессия [89], нарушения сна, повышенный уровень употребления алкоголя, кофеина и увеличение количества выкуриваемых сигарет [83, 90], а также конфликты и насилие в семье являются частыми последствиями психотравмирующих событий. Прогнозируемые реакции после травмы — гнев, недоверие, печаль, тревога, страх и раздражительность. Например, дистресс и страх повторения психотравмирующего события, текущая угроза терроризма и экономических проблем в связи с потерей работы и компаний, закрывшихся или переехавших в другое место из-за чрезвычайной ситуации, могут сопровождаться тревогой и семейными конфликтами. Врачи первичного звена медицинской помощи могут легко проигнорировать роль воздействия психотравмирующего события. Медицинская оценка, которая включает наведение справок о семейных конфликтах, облегчает диагностику и помогает в обсуждении вопроса о дальнейшем направлении на лечение, а также является первичным профилактическим вмешательством для детей, чей первый опыт, касающийся катастрофы или террористической атаки, опосредован через их родителей.

Тяжелая депрессия, генерализованное тревожное расстройство, злоупотребление психоактивными веществами и расстройство адаптации у жертв чрезвычайных ситуаций исследовались реже, чем ОСР и ПТСР, однако доступные данные позволяют утверждать, что частота возникновения этих расстройств также превышает средний уровень [21, 22, 29, 91]. Тяжелая депрессия, злоупотребление психоактивными веществами и расстройство адаптации (тревога и депрессия) относительно часто возникают в течение 6–12 месяцев после чрезвычайной ситуации и могут отражать реакции пострадавших на полученные ранения, на вызванные ею эмоции и чувства и/или на атрибуции ее причины. Возникновение этих психических расстройств также может быть опосредовано вторичными стрессорами [83, 92] (например, проблемы связанные с восстановлением после чрезвычайной ситуации, в частности переговоры со страховыми компаниями о возмещении ущерба или вторичная безработица из-за разрушенных предприятий и фирм), следующими за чрезвычайной ситуацией. Тяжелая депрессия и злоупотребление психоактивными веществами (наркотики, алкоголь и табак) часто сопутствуют ПТСР и являются основанием для дальнейших исследований [90, 93–95]. Реакции горя встречаются часто после всех видов чрезвычайных ситуаций. Результаты доступных исследований по изучению реакций горя после психологической травмы не до конца позволяют нам понять, кто относится к группе риска по устойчивой депрессии. В одном

исследовании указывалось, что родители-одиночки имеют высокий риск возникновения психических расстройств, так как они обладают меньшими ресурсами для того, чтобы начинать сначала, и утрачивают после чрезвычайной ситуации некоторые виды социальной поддержки [95].

Таблица 2.4. Расстройства, связанные с травмой

Психические расстройства

- Посттравматическое стрессовое расстройство
- Острое стрессовое расстройство
- Тяжелая депрессия
- Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ
- Генерализованное тревожное расстройство
- Расстройство адаптации
- Органические психические расстройства, обусловленные травмой головы, токсическим воздействием, заболеванием или обезвоживанием
- Соматизированное расстройство
- Психологические факторы, влияющие на соматические заболевания (у раненых)

Психологические и поведенческие реакции

- Реакции горя и другие нормальные реакции на необычное событие
 - Изменения в межличностных отношениях (замкнутость, агрессия, жестокость, семейные конфликты, семейное насилие)
 - Изменение функционирования на работе (изменение способности выполнять работу, концентрироваться, эффективно работать; невыходы на работу, увольнение)
 - Изменение прежней модели пользования медицинской помощью
 - Изменение прежней модели выкуривания сигарет
 - Изменение прежней модели употребления алкоголя
-

Соматизированное расстройство часто встречается после чрезвычайных ситуаций и требует вмешательства как на уровне населения, так и у отдельных пациентов [96], а также у ликвидаторов ее последствий и у спасателей [88]. Специалисты, оказывающие первую помощь, должны понимать, что соматизированное расстройство очень часто является выражением тревоги и депрессии у пациентов, обращающихся за помощью в медицинские учреждения. Такое понимание поможет точнее диагностировать и адекватно лечить эти психические расстройства и таким образом минимизировать применение ненужных методов лечения. Кроме того, вслед за перенесенной психологической травмой часто возникают нарушения сна, которые требуют лечения клиницистами. Нарушения сна могут быть обусловлены тревогой, связанной с повторными чрезвычайными событиями (например, толчки после основного землетрясения), сохраняющейся угрозой террористических атак или с основным психическим расстройством, таким как депрессия или ПТСР [97]. Эти расстройства следует учитывать при проведении дифференциальной диагностики и назначении соответствующего лечения, как указано выше.

Враждебность в сочетании с социальной дезинтеграцией, чувством фрустрации и ощущением хаоса также довольно часто следуют за пережитой травмой [98, 99]. В некоторых случаях индивидам полезно знать о том, что восстановление способности испытывать гнев может быть признаком возвращения к норме (например, снова безопасно проявлять гнев и выражать свои чувства, связанные с утратой, недовольство, а также заявлять о своих потребностях). Однако в других случаях враждебность напоминает о том, что лицо, оказывающее помощь, должно оценивать риск семейного насилия и злоупотребления психоактивными веществами.

Сопутствующие психопатологические симптомы часто наблюдаются у раненых, которые пытаются справиться со стрессом, связанным с их ранением [22, 29, 35, 67, 91, 100, 101]. Поскольку исследования указывают на высокий уровень психических расстройств у лиц с физическими травмами, частью плана неотложной стационарной помощи должен быть план консультаций с целью предупреждения таких осложнений.

Все больше признается, что связанная с травмой тяжелая утрата представляет собой особое испытание для пострадавших [38, 86, 103, 104]. Хотя смерть любимого человека всегда болезненна, неожиданная и насильственная смерть может быть особо труднопереносимой. Даже если родные и близкие не были прямыми свидетелями смерти, у них могут возникать навязчивые представления, основанные на информации, собранной по отрывкам от представителей власти и из сообщений в средствах массовой информации. Обыгрывание психотравмирующих событий детьми (феномен, подобный навязчивым симптомам у взрослых) является, с одной стороны, признаком дистресса, а с другой — свидетельствует о стремлении совладать с ним [105].

РЕАКЦИИ НА ЧРЕЗВЫЧАЙНУЮ СИТУАЦИЮ НА УРОВНЕ НАСЕЛЕНИЯ И НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ

На развитие посттравматического стрессового расстройства влияет степень разрушения сообщества и рабочего места. Сразу же после возникновения чрезвычайной ситуации, в частности после террористической атаки, индивиды и сообщества реагируют адаптивным и эффективным способом или принимают решения, основанные на страхе, результатом которых будут бесполезные формы поведения. Психическое заболевание и психологические функции, включая подпороговый дистресс индивида, зависят от быстрой, эффективной и надежной мобилизации ресурсов здравоохранения. Компетентность в вопросах устойчивости и уязвимости на уровне индивида и сообщества до катастрофы (или террористической атаки), равно как и понимание психологических и психических реакций на такое событие, позволяет руководителям и специалистам-медикам обращаться к общественности, содействуя безопасным здоровым формам поведения, поддерживая социальную структуру общества и помогая восстановлению. Чтобы эффективно обеспечивать потребности, необходимо, прежде чем возникнет кризис, понять, что адаптивные возможности каждого индивида и групп в пределах общества неодинаковые.

Сообщество и рабочее место служат системой физической и эмоциональной поддержки. Чем больше масштаб катастрофы, тем мощнее потенциал разрушения сообщества и рабочего места. Полезно исследовать общие и уникальные изменения, которые встречаются у выживших в авиакатастрофах, а также у тех, кто сталкивается с жертвами стихийных бедствий, таких как торнадо или землетрясения, или с жертвами террористических атак. Если члены семьи не находились в одном и том же самолете, выживший в авиакатастрофе может вернуться домой к семье, друзьям и сослуживцам. Они, вероятнее всего, вернутся в целый дом, в общину, которая авария не коснулась, на ту же работу с прежней финансовой стабильностью и т. д. Наоборот, торнадо имеет дополнительные факторы, которые усиливают психологическую травму. Хотя человек, оставшийся в живых после торнадо, может пережить и быть свидетелем менее страшного зрелища, среда восстановления у него явно другая: дом и рабочее место могут быть разрушены, родственники, друзья и сотрудники могут погибнуть, получить тяжелое ранение или переехать в другое место. Таким образом, распространенность психических расстройств

зависит от степени влияния катастрофы не только на каждого индивида в отдельности, но и на сообщество в целом [61, 107, 108].

Большое значение для индивида и сообщества имеют экономические факторы и последствия катастроф (и террористических атак). После пережитого события потеря работы является мощным предиктором негативных последствий для психической сферы. Этот эффект можно наблюдать на макроуровне (например, резкое падение потребительского доверия, отмечавшееся во время и после нападений снайпера в октябре 2002 году в районе Вашингтона). Разнообразные характеристики катастрофы (или террористической атаки), а также психологические и поведенческие реакции на события влияют на определенные экономические решения и действия. Например, после атаки террористов решения и действия, связанные с путешествиями, приобретением жилья, потреблением продуктов питания и обращением за медицинской помощью, претерпевают прямые трансформации из-за изменений в доступности, а также из-за потери чувства безопасности, оптимизма в отношении будущего и убежденности в воздействии токсических веществ. Тот факт, что угрозы и мистификации влекут за собой экономические затраты и последствия, вероятно, лучше всего иллюстрирует важность воздействия психологического состояния и поведения на экономические решения и действия и связанные с ними экономические затраты. Влияние на местную или на общенациональную экономику колеблется, начиная от изменения прежних моделей потребления продуктов питания, страхования, накопления сбережений и вложения денег и заканчивая изменениями, касающимися посещения работы, продуктивности труда и более широких общенациональных или специфических индустриальных последствий, например изменения в финансовых и страховых рынках или разрушение транспортных, коммуникационных или энергетических сетей.

Несмотря на множество определений чрезвычайной ситуации, общим признаком является то, что событие губит местные ресурсы и угрожает функционированию и безопасности сообщества. С появлением средств аудио-, теле-, визуальной и компьютерной коммуникации, позволяющих мгновенно передавать информацию на большие расстояния, слова «терроризм» или «катастрофа» быстро распространяются по всему миру; нередко можно наблюдать события в реальном времени из любой точки земного шара. Пострадавшая местность быстро наполняется посторонними лицами: людьми, предлагающими свою помощь или удовлетворяющими любопытство, а также представителями средств массовой информации. Такой внезапный наплыв посторонних людей по-разному влияет на местное население. Присутствие большого количества журналистов может казаться назойливым и бестактным. В отелях нет свободных мест, рестораны переполнены незнакомыми лицами, привычная жизнь сообщества нарушается. В то время как сообщество погружено в глубокую печаль и озабочено оказанием помощи пострадавшим семьям, нормальная система социальной поддержки перенапряжена и нарушена присутствием посторонних лиц.

После любой серьезной психологической травмы в сообществе неизбежно циркулируют слухи об обстоятельствах, которые привели к психотравмирующему событию, и о реакции государства. Иногда из-за этого усиливается чувство страха. Например, исследование случая со стрельбой в школе в Иллинойсе показало, что высокий уровень тревоги сохранялся на протяжении нескольких недель после этого происшествия, даже после того как стало известно, что преступник совершил самоубийство [44].

Выражение сострадания раненым, друзьям и семьям погибших естественно и ожидаемо. Часто воздвигаются импровизированные мемориалы из цветов, фотографий и

памятных вещей. В это время церкви и синагоги помогают сообществу справиться с трагедией и пережить горе.

Со временем в обществе проявляется чувство гнева. Обычно особое внимание уделяют подотчетности, поиску тех, кто отвечает за неподготовленность или неадекватное реагирование. Мишенью этих сильных чувств становятся мэры, начальники полиции и пожарной службы. Поиск козлов отпущения может быть особенно деструктивным процессом, если он направлен на тех, кто уже взял на себя ответственность, даже если реально ничего не мог сделать, чтобы предупредить неблагоприятные последствия. Кроме того, нации и общества проявляют постоянную повышенную бдительность и испытывают чувство потери безопасности, пытаются установить новые нормы в своей жизни.

Чрезвычайная ситуация имеет много ключевых моментов, которые не только сказываются на населении, но и предоставляют возможности для восстановления. Соблюдаются нормальные ритуалы, связанные с похоронами. Затем энергия направляется на создание соответствующих мемориалов. Этот процесс может причинить вред и вместе с тем принести пользу. Возможны горячие разногласия по поводу того, как должен выглядеть памятник и где его необходимо разместить. Вопросу, где именно следует устанавливать памятники, необходимо уделять особое внимание. Если монумент слишком бросается в глаза, так что граждане не могут не столкнуться с ним, памятник может усиливать навязчивые воспоминания и препятствовать разрешению реакций горя. Годовщины катастрофы (неделя, месяц, год) часто стимулируют возобновление горя.

ОБЩИЕ ПРИЗНАКИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ И НОРМАЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ НА ЧРЕЗВЫЧАЙНУЮ СИТУАЦИЮ

Стадии психологической реакции на чрезвычайную ситуацию

Несмотря на то, что индивидуальные паттерны психологических реакций на травму и чрезвычайную ситуацию варьируются, как правило, с течением времени можно выделить несколько стадий [96]. Cohen и коллеги [109] выделяют четыре стадии в реакции на чрезвычайную ситуацию. Первая, следующая сразу же за катастрофой, представлена главным образом сильными эмоциями, включая чувство недоверия, оцепенения, страха и смятения. Люди склонны объединяться и иногда проявляют истинный героизм. Такие реакции легче всего понятны как «нормальные ответные реакции на ненормальное событие». Обычно наиболее интенсивно используемые системы поддержки — персонал службы спасения, семья и соседи.

Вторая стадия обычно длится от недели до нескольких месяцев после чрезвычайной ситуации. Помощь поступает от учреждений и организаций, находящихся вне общины, и начинается процесс наведения порядка и восстановления. В этой стадии адаптации отрицание чередуется с навязчивыми симптомами. Обычно первыми появляются навязчивые симптомы в виде нежелательных мыслей и чувств, сопровождающиеся возбуждением вегетативной нервной системы (например, повышенная реакция испуга, повышенная бдительность, бессонница и кошмарные сновидения). К концу стадии адаптации на передний план выступает отрицание. Это нередко сопровождается частыми визитами к врачам с соматическими жалобами, такими как повышенная утомляемость, головокружение, головные боли и тошнота [110]. Часто также наблюдаются гнев, раздражительность, апатия и социальное отчуждение.

Третья стадия длится до года и проявляется разочарованием и чувством обиды, когда не оправдываются ожидания относительно помощи и восстановления здоровья. В течение этого периода чувство общности с другими людьми может ослабевать по мере того, как индивид концентрируется на своих персональных проблемах.

Конечная стадия — восстановление — может длиться годами. В течение этого периода пострадавшие от катастрофы постепенно заново восстанавливают свой образ жизни, жилье и находят работу. Восстановление от катастрофы представляет собой разрешение первоначальных психологических и соматических симптомов [3] путем переоценки события, установления его значения и интегрирования в новую Я-концепцию.

Полиция, медицинские работники и другие специалисты, оказывающие первую неотложную помощь раненым и эвакуирующие их в медицинские учреждения, а также персонал больниц, занимающийся непосредственно их лечением, — все относятся к группам, которым должна быть предоставлена возможность внутренне переработать случившееся. Кроме того, их необходимо также обучить нормальным реакциям и проинформировать о том, когда обращаться за дальнейшей помощью. Лица, в чьи обязанности входит расчистка места трагедии, также подвержены развитию стойких симптомов. Чрезмерное отождествление себя с жертвами («Это мог быть я»), их страданиями и горем может надолго затянуть реакцию страха [111]. В такой обстановке этот обычно стимулирующий здоровье и личностный рост механизм отождествления с жертвами и героями может обернуться против нас, подобно аутоиммунному расстройству. Неизбежно в каждой чрезвычайной ситуации будут также люди, которые являются «молчаливыми» жертвами и часто остаются в стороне. Обращая пристальное внимание на характер и тип чрезвычайной ситуации, этих лиц можно выявлять и оказывать им надлежащую помощь. Например, родители, лишившиеся в результате катастрофы совершеннолетних детей, часто оказываются забытыми, так как общественные программы и соседи помнят о супругах, коллегах и детях погибших.

Значение, придаваемое психотравмирующим событиям

Клинические исследования показывают, что на вызванные травмой психические расстройства влияет то, какое значение (смысл) отдельные индивиды, семьи и общество приписывают психотравмирующему событию [4, 69, 112]. Оценивая психическое состояние, следует учитывать убеждения в отношении причины чрезвычайной ситуации и производные этих убеждений (например, самообвинение, расшатывание предположений относительно человеческой природы и ярость, направленная на «тех, кто в ответе» в тех случаях, когда событие считают предотвратимым) и рассматривать их как потенциальные «мишени» для вмешательства. Особенно связано со значением пережитой травмы хроническое посттравматическое стрессовое расстройство. Психотерапевты могут помочь пациенту откорректировать искаженные атрибуции (например, «Это случилось по моей вине; если бы я настоял на том, чтобы остаться дома на выходные дни, мы не попали бы в зону торнадо, и моя жена была бы жива до сих пор»). Некоторые события чаще, чем другие, ослабляют веру людей в справедливый и безопасный мир [113]. Рассмотрим последствия следующих сценариев. Человек остался в живых после авиакатастрофы, в которой много людей было ранено и погибло. Такая катастрофа может иметь совершенно разные объяснения, и каждое из них будет стимулировать разное значение и вызывать разную эмоциональную реакцию. Самолет мог потерпеть крушение из-за мощного и неожиданного порыва ветра, из-за мелкой или грубой ошибки пилота или его грубой

ошибки (например, он мог находиться под влиянием алкоголя или наркотиков). В конце концов, причиной может быть террористический акт, либо авиакатастрофа произошла из корыстных побуждений с целью защитить интересы какой-либо группы людей или отдельного человека.

Размышление о значении (смысле) представляет собой активный процесс, который, по-видимому, способен повлиять на исход переживаний, связанных с травмой, и на выздоровление [114, 115]. Значение чрезвычайной ситуации для каждого отдельного человека зависит от сочетания таких факторов, как его предыстория, нынешние обстоятельства и физиологическое состояние организма. Приписанное значение направит затем поведение индивида в отношении того, что делать, что приводить в порядок и кого или что обвинять в случившемся. Значение — понятие динамичное, не статичное: оно меняется по мере того, как меняется психологический контекст индивида. Такие изменения могут либо облегчать, либо затруднять выздоровление. Например, сразу же после катастрофы грузового самолета С-141 в воздушных войсках оставшихся в живых членов эскадрильи обвинили в том, что катастрофа произошла из-за технической неисправности самолета. Тем не менее это убеждение постепенно менялось, по мере того как приближалось время, когда пилоты этой эскадрильи должны были снова летать на самолете такого же типа. К тому времени это мнение изменилось, и все в эскадрилье были убеждены, что крушение, по-видимому, произошло из-за ошибки оператора. Если это была ошибка оператора, то каждый мог чувствовать себя в безопасности: «Я бы никогда такого не сделал».

Спротивляемость

Несмотря на то, что возникшие после травмы психические расстройства сопровождаются слабостью, которая может удерживаться десятилетиями, психотравмирующие события не приводят исключительно к плохим результатам. Для некоторых людей травма и утрата способствуют движению к здоровью [32, 116, 117]. Опыт, связанный с травмой, может стать центром, вокруг которого пострадавший реорганизует свою прежде дезорганизованную жизнь, переориентировав ценности и цели [3, 33]. Психотравмирующие события могут выполнять функцию психических организаторов памяти, соединяя вместе связанные с событием чувства, мысли и действия, возникающие после символических, средовых или биологических стимулов [4]. Многие из тех, кто остался в живых после торнадо «Ксения» в штате Огайо в 1974 году, пережили психологический дистресс. Однако большинство из них рассказывали о положительных последствиях: они узнали, что могут успешно справляться с кризисом (84%), и были убеждены, что благодаря проблемам, с которыми они столкнулись, они существенно обогатили свой жизненный опыт (69%). Подобные «полезные реакции» описываются также и в литературе, посвященной тем, кто получил травмы во время боевых действий. Sledge и коллеги [120] обнаружили, что примерно одна треть военнопленных военно-воздушных сил США периода войны во Вьетнаме сообщили о том, что опыт пребывания в плену принес им пользу; они были убеждены, что это позволило им пересмотреть приоритеты жизненных целей, сместив акцент в сторону важности семьи и страны. Среди военнопленных, которые сообщали о таких принесших пользу изменениях, преобладали те, кто имел наиболее тяжелый психотравмирующий опыт.

ВЫВОДЫ

Психологические / поведенческие и психические реакции на психологическую травму и чрезвычайные ситуации имеют прогнозируемую структуру и течение во времени. Однако у некоторых людей последствия сохраняются очень долго после вызвавших их событий, возобновляясь из-за новых переживаний, которые напоминают человеку о прошлых травмирующих ситуациях. Даже обычные жизненные события могут вызывать тревогу и напоминать о разрушенном доме или об ушедшем из жизни любимом человеке. Сейчас только устанавливаются факторы, влияющие на сопротивляемость и уязвимость в отношении катастрофических событий. Несмотря на возрастающее количество исследований по изучению психических реакций на чрезвычайную ситуацию, для разработки эффективных методов лечения посттравматического стрессового расстройства нужно провести больше эмпирических исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. North C.S., Tivis L., McMillen J.C., Pfefferbaum B., Spitznagel E.L., Cox J., et al. (2002) Psychiatric disorders in rescue workers after the Oklahoma City bombing. *Am J Psychiatry*, **159**: 857–859.
2. Foa E.B., Keane T.M., Friedman M.J. (2000) *Effective treatments for PTSD*. Guilford, New York.
3. Ursano R.J. (1987) Commentary. Posttraumatic stress disorder: the stressor criterion. *J Nerv Ment Dis*, **175**: 273–275.
4. Holloway H.C., Ursano R.J. (1984) The Vietnam veteran: memory, social context, and metaphor. *Psychiatry*, **47**: 103–108.
5. Glass A.J. (1966) Army psychiatry before World War II. In R.S. Anderson, A.J. Glass, R.J. Bernucci (Eds.), *Neuropsychiatry in World War II, Zone of the Interior*. Vol. 1, pp. 3–23. Office of the Surgeon General, Department of the Army, Washington, DC.
6. Shephard B. (2000) *A War of Nerves: Soldiers and Psychiatrists in the Twentieth Century*. Harvard University Press, Cambridge, MA.
7. Trimble M.R. (1985) Post-traumatic stress disorder: history of a concept. In C. Figley (Ed.), *Trauma and Its Wake*, pp. 5–14. Brunner/Mazel, New York.
8. Grinker R., Spiegel J. (1945) *Men under Stress*. Blakiston, Philadelphia.
9. Osier W. (1892) *The Principles and Practice of Medicine*. Appleton, New York.
10. American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd edn. American Psychiatric Press, Washington, DC.
11. Chodoff P. (1963) Late effects of the concentration camp syndrome. *Arch Gen Psychiatry*, **8**: 323–333.
12. Eitinger L., Strom A. (1973) *Mortality and Morbidity after Excessive Stress*. Humanities Press, New York.
13. Krystal H. (1968) *Massive Psychic Trauma*. International Universities Press, New York.
14. Matussek P. (1971) *Die Konzentrationslagerhaft und ihre Folgen*. Springer, New York.
15. Lifton R. (1967) *Death in Life — Survivors of Hiroshima*. Random House, New York.
16. Adler A. (1943) Neuropsychiatric complications in victims of Boston's Coconut Grove disaster. *JAMA*, **123**: 1098–1101.
17. Lindemann E. (1994) Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatry*, **101**: 141–148.
18. Erikson K.T. (1976) Loss of communality at Buffalo Creek. *Am J Psychiatry*, **133**: 302–306.
19. Gleser G.C., Green B.L., Winget C.N. (1981) *Prolonged Psychosocial Effects of Disaster: a Study of Buffalo Creek*. Academic Press, New York.
20. Titchner J.L., Kapp, F.T. (1976) Family and character change at Buffalo Creek. *Am J Psychiatry*, **140**: 1543–1550.
21. Shore J.H., Tatum E.L., Vollmer W.M. (1986) Psychiatric reactions to disaster: the Mount St. Helens experience. *Am J Psychiatry*, **143**: 590–595.
22. Shore J.H., Vollmer W.M., Tatum E.L. (1989) Community patterns of posttraumatic stress disorders. *J Nerv Ment Dis*, **177**: 681–685.
23. Raphael B., Singh B., Bradbury L., Lambert P. (1983) Who helps the helpers? The effects of a disaster on the rescue workers. *Omega*, **14**: 9–20.
24. Weisaeth L. (1989) Torture of a Norwegian ship's crew. *Acta Psychiatr Scand*, **80**(Suppl.): 63–72.

25. Lima B.R., Pai S., Santacruz H., Lozano J. (1991) Psychiatric disorders among poor victims following a major disaster: Armero, Colombia. *J Nerv Ment Dis*, **179**: 420–427.
26. Ozer E.J., Best S.R., Lipsey T.L., Weiss D.S. (2003) Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull*, **129**: 52–73.
27. Wright K.M., Bartone P.T. (1994) Community responses to disaster: the Gander plane crash. In R.J. Ursano, B.G. McCaughey, C.S. Fullerton (Eds.), *Individual and Community Responses to Trauma and Disaster: the Structure of Human Chaos*, pp. 267–284. Cambridge University Press, Cambridge, MA.
28. Helzer J.E., Robins L.N., McEvoy L. (1987) Post-traumatic stress disorder in the general population. *N Engl J Med*, **317**: 1630–1634.
29. Kulka R.A., Schlenger W.E., Fairbank J.A., Jordan B.K., Hough R.L., Marmar C.R., et al. (1990) *Trauma and the Vietnam War Generation*. Brunner/Mazel, New York.
30. Kulka R.A., Schlenger W.E., Fairbank J.A., Jordan B.K., Hough R.L., Marmar, C.R., et al. (1991) Assessment of posttraumatic stress disorder in the community: prospects and pitfalls from recent studies of Vietnam veterans. *Psychol Assess*, **3**: 547–560.
31. Goldberg J., True W.R., Eisen S.A., Henderson W.G. (1990) A twin study of the effects of the Vietnam War on posttraumatic stress disorder. *JAMA*, **263**: 1227–1232.
32. McFarlane A.C. (1989) The aetiology of post-traumatic morbidity: predisposing, precipitating and perpetuating factors. *Br J Psychiatry*, **154**: 221–228.
33. Ursano R.J. (1981) The Vietnam era prisoner of war: precaptivity personality and development of psychiatric illness. *Am J Psychiatry*, **138**: 315–318.
34. Ursano R.J., Boydston J.A., Wheatley R.D. (1981) Psychiatric illness in US Air Force Vietnam prisoners of war: a five-year follow-up. *Am J Psychiatry*, **138**: 310–314.
35. North C.S., Nixon S.J., Shariat S., Mallonee S., McMillen J.C., Spitznagel E.L., et al. (1999) Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing. *JAMA*, **282**: 755–762.
36. McFarlane A.C. (1986) Posttraumatic morbidity of a disaster: a study of cases presenting for psychiatric treatment. *J Nerv Ment Dis*, **174**: 4–14.
37. McFarlane A.C. (1988) The longitudinal course of posttraumatic morbidity: the range of outcomes and their predictors. *J Nerv Ment Dis*, **176**: 30–39.
38. McFarlane A.C. (1988) The phenomenology of post-traumatic stress disorders following a natural disaster. *J Nerv Ment Dis*, **176**: 22–29.
39. Fullerton C.S., Ursano R.J., Kao T.C. (1999) Disaster-related bereavement: acute symptoms and subsequent depression. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, **70**: 902–909.
40. Nader K., Pynoos R. (1992) School disaster: planning and initial interventions. *J Soc Behav Personal*, **8**: 1–21.
41. Pynoos R.S., Steinberg A.M., Goenjian A. (1996) Traumatic stress in childhood and adolescence: recent developments and current controversies. In B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane, L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic Stress: the Effect of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*, pp. 331–358. Guilford, New York.
42. Shaw J.A. (1996) Twenty-one month follow-up study of school-age children exposed to Hurricane Andrew. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, **35**: 359–364.
43. American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn., text revision. American Psychiatric Association, Washington, DC.
44. Schwarz E.D., Kowalski J.M. (1991) Malignant memories: PTSD in children and adults after a school shooting. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, **30**: 936–944.
45. Pynoos R.S., Nader K. (1988) Psychological first aid and treatment approach to children exposed to community violence: research implications. *J Trauma Stress*, **4**: 445–473.
46. Pfefferbaum B., Nixon S.J., Tivis R.D., Doughty D.E., Pynoos R.S., Gurwitch R.H., Foy D.W. (2001) Television exposure in children after a terrorist incident. *Psychiatry*, **64**: 202–211.
47. Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., Nelson C.B. (1995) Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, **52**: 1048–1060.
48. Resnick H.S., Kilpatrick D.G., Dansky B.S., Saunders B.E., Best C.L. (1993) Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *J Consult Clin Psychol*, **61**: 984–991.
49. Breslau N., Davis G.C., Andreski P., Peterson E. (1991) Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry*, **48**: 216–222.
50. American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd edn., revised. American Psychiatric Association, Washington, DC.
51. Saigh P.A., Bremner J.D. (Eds.) (1999) *Posttraumatic Stress Disorder: a Comprehensive Text*. Allyn & Bacon, Boston, MA.
52. American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*,

- 4th edn. American Psychiatric Press, Washington, DC.
53. Bryant R.A., Harvey A.G. (2000) *Acute Stress Disorder: a Handbook of Theory, Assessment, and Treatment*. American Psychological Association, Washington, DC.
 54. Spiegel D., Cardena E. (1991) Disintegrated experience: the dissociative disorders revisited. *J Abnorm Psychol*, **100**: 366–378.
 55. Solomon Z., Mikulincer M. (1987) Combat stress reactions, posttraumatic stress disorder, and social adjustment: a study of Israeli veterans. *J Nerv Ment Dis*, **175**: 277–285.
 56. Solomon Z., Mikulincer M., Kotler M. (1987) A two year follow-up of somatic complaints among Israeli combat stress reaction casualties. *J Psychosom Res*, **31**: 463–169.
 57. Solomon S.D., Smith E.M., Robins L.N., Fischbach R.L. (1987) Social involvement as a mediator of disaster-induced stress. *J Appi Soc Psychol*, **17**: 1092–1112.
 58. Cardena E., Spiegel D. (1993) Dissociative reactions of the San Francisco Bay area earthquake of 1989. *Am J Psychiatry*, **150**: 474–478.
 59. Perry S., Difede J., Musngi G., Frances A.J., Jacobsberg L. (1992) Predictors of posttraumatic stress disorder after burn injury. *Am J Psychiatry*, **149**: 931–935.
 60. Smith E., North C. (1993) Posttraumatic stress disorder in natural disasters and technological accidents. In J.P. Wilson, B. Raphael (Eds.), *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*, pp. 405–419. Plenum, New York.
 61. Steinglass P., Gerrity E. (1990) Natural disasters and post-traumatic stress disorder: short-term versus long-term recovery in two disaster-affected communities. *J Appi Soc Psychol*, **20**: 1746–1765.
 62. Van der Kolk B.A., Van der Hart O. (1989) Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *Am J Psychiatry*, **146**: 1530–1540.
 63. Weisaeth L. (1989) A study of behavioral responses to an industrial disaster. *Ada Psychiatr Scand*, **80**(Suppl.): 13–24.
 64. Weisaeth L. (1989) The stressors and the post-traumatic stress syndrome after an industrial disaster. *Acta Psychiatr Scand*, **80**(Suppl): 25–37.
 65. National Institute of Mental Health (2002) *Mental Health and Mass Violence: Evidence-Based Early Psychological Intervention for Victims/Survivors of Mass Violence. A Workshop to Reach Consensus on Best Practices*. US Government Printing Office, Washington, DC.
 66. Norris F.H., Friedman M.J., Watson P.J., Byrne CM., Diaz E., Kaniasty K. (2002) 60,000 disaster victims speak. Part I. An empirical review of the empirical literature: 1981–2001. *Psychiatry*, **65**: 207–239.
 67. Zatzick D.F., Kang S.M., Hinton L., Kelly R.H., Hilty D.M., Franz C.E., et al. (2001) Posttraumatic concerns: a patient-centered approach to outcome assessment after traumatic physical injury. *Med Care*, **39**: 327–339.
 68. Epstein J.N., Saunders B.E., Kilpatrick D.G. (1997) Predicting PTSD in women with a history of childhood rape. *J Trauma Stress*, **10**: 573–588.
 69. Green B.L., Wilson J.P., Lindy J.D. (1985) Conceptualizing post-traumatic stress disorder: a psychosocial framework. In C.R. Figley (Ed.), *Trauma and its Wake*. Vol 1. *The Study and Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder*, pp. 53–69. Brunner/Mazel, New York.
 70. Boudreaux E., Kilpatrick D.G., Resnick H.S., Best C.L., Saunders B.E. (1998) Criminal victimization, posttraumatic stress disorder, and comorbid psychopathology among a community sample of women. *J Trauma Stress*, **11**: 665–678.
 71. Schuster M.A., Stein B.D., Jaycox L.H., Collins R.L., Marshall G.N., Elliot M.N., et al. (2001) A national survey of stress reactions after the September 11, 2001 terrorist attack. *N Engl J Med*, **345**: 1507–1512.
 72. Fullerton C.S., Ursano R.J., Norwood A.E., Holloway H.C. (2003) Trauma, terrorism, and disaster. In R.J. Ursano, C.S. Fullerton, A.E. Norwood (Eds.), *Terrorism and Disaster. Individual and Community Mental Health Interventions*, pp. 1–20. Cambridge University Press, Cambridge, UK.
 73. Silver R.C., Holman E.A., McIntosh D.N., Poulin M., Gil-Rivas V. (2002) Nationwide longitudinal study of psychological responses to September 11. *JAMA*, **288**: 1235–1244.
 74. Holloway H.C., Norwood A.E., Fullerton C.S., Engel C.C., Ursano R.J. (1997) The threat of biological weapons: prophylaxis and mitigation of psychological and social consequences. *JAMA*, **278**: 425–427.
 75. Baum A., Gatchel R.J., Schaeffer M.A. (1983) Emotional, behavioral, and physiological effects of chronic stress at Three Mile Island. *J Consult Clin Psychol*, **51**: 565–572.
 76. Weisaeth L. (1994) Psychological and psychiatric aspects of technological disasters. In R.J. Ursano, B.G. McCaughey, C.S. Fullerton (Eds.), *Individual and Community Responses to Trauma and Disaster: the Structure of Human Chaos*, pp. 72–102. Cambridge University Press, Cambridge, UK.
 77. Benedek D.M., Holloway H.C., Becker S.M. (2000) Emergency mental health management in

- bioterrorism events. *Emergency Medicine Clinics of North America*, **20**: 393–407.
78. DiGiovanni C. Jr. (1999) Domestic terrorism with chemical or biological agents: psychiatric aspects. *Am J Psychiatry*, **156**: 1500–1505.
 79. Ursano R.J., Norwood A.E., Fullerton C.S., Holloway H.C., Hall M. (2003) Terrorism with weapons of mass destruction: chemical, biological, nuclear, radiological, and explosive agents. In R.J. Ursano, A.E. Norwood (Eds.), *Trauma and Disaster: Responses and Management*, pp. 125–154. American Psychiatric Press, Arlington.
 80. Bremner J.D., Davis M., Southwick S.M., Krystal J.H., Charney D.S. (1993) Neurobiology of posttraumatic stress disorder. In J.M. Oldham, M.B. Riba, A. Tasman (Eds.), *Review of Psychiatry*, Vol. 12, pp. 183–204. American Psychiatric Press, Washington, DC.
 81. Ursano R.J., Fullerton C.S. (2000) Posttraumatic stress disorder: cerebellar regulation of psychological, interpersonal and biological responses to trauma? *Psychiatry*, **62**: 325–328.
 82. Fullerton C.S., Ursano R.J. (Eds.) (1997) *Posttraumatic Stress Disorder: Acute and Long Term Responses to Trauma and Disaster*. American Psychiatric Press, Washington, DC.
 83. Vlahov D., Galea S., Resnick H., Boscarino J.A., Bucuvalas M., Gold J., Kilpatrick D. (2002) Increased use of cigarettes, alcohol, and marijuana among Manhattan, New York, residents after the September 11 terrorist attacks. *Am J Epidemiol*, **155**: 988–996.
 84. Leor J., Poole W.K., Kloner R.A. (1996) Sudden cardiac death triggered by an earthquake. *N Engl J Med*, **334**: 413–419.
 85. Jacobson A.M. (1996) The psychological care of patients with insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med*, **334**: 1249–1253.
 86. Prigerson H.G., Shear M.K., Jacobs S.C., Reynolds C.F., Maciejewski P.K., Davidson J.R., et al. (1999) Consensus criteria for traumatic grief: a preliminary empirical test. *Br J Psychiatry*, **174**: 67–73.
 87. Ford C.V. (1997) Somatic symptoms, somatization, and traumatic stress: an overview. *Nordic J Psychiatry*, **51**: 5–13.
 88. McCarroll J.E., Ursano R.J., Fullerton C.S., Liu X., Lundy A. (2002) Somatic symptoms in Gulf War mortality workers. *Psychosom Med*, **64**: 29–33.
 89. Kessler R.C., Barber C., Birnbaum H.G., Frank R.G., Greenberg P.E., Rose R.M., et al. (1999) Depression in the workplace: effects of short-term disability. *Health Affairs*, **18**: 163–171.
 90. Shalev A., Bleich A., Ursano R.J. (1990) Posttraumatic stress disorder: somatic comorbidity and effort tolerance. *Psychosomatics*, **31**: 197–203.
 91. Smith E.M., North C.S., McCool R.E., Shea J.M. (1989) Acute postdisaster psychiatric disorders: identification of those at risk. *Am J Psychiatry*, **147**: 202–206.
 92. Epstein R.S., Fullerton C.S., Ursano R.J. (1998) Posttraumatic stress disorder following an air disaster: a prospective study. *Am J Psychiatry*, **155**: 934–938.
 93. Davidson J.R.T., Fairbank J.A. (1992) The epidemiology of posttraumatic stress disorder. In J.R.T. Davidson, E.B. Foa (Eds.), *Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond*, pp. 147–169. American Psychiatric Press, Washington, DC.
 94. Rundell J.R., Ursano R.J., Holloway H.C., Silberman E.K. (1989) Psychiatric responses to trauma. *Hosp Commun Psychiatry*, **40**: 68–74.
 95. Solomon S.D., Smith E.M. (1994) Social support and perceived control as moderators of responses to dioxin and flood exposure. In R.J. Ursano, B.G. McCaughey, C.S. Fullerton (Eds.), *Individual and Community Responses to Trauma and Disaster*, pp. 179–200. Cambridge University Press, Cambridge, UK.
 96. Rundell J.R., Ursano R.J. (1996) Psychiatric responses to trauma. In R.J. Ursano, A.E. Norwood (Eds.), *Emotional Aftermath of the Persian Gulf War: Veterans, Communities, and Nations*, pp. 43–81. American Psychiatric Press, Washington, DC.
 97. Mellman T.A., Kulick-Bell R., Ashlock L.E., Nolan B. (1995) Sleep events among veterans with combat-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*, **52**: 110–115.
 98. Forster P. (1992) Nature and treatment of acute stress reactions. In L.S. Austin (Ed.), *Responding to Disaster: a Guide for Mental Health Professionals*, pp. 25–51. American Psychiatric Press, Washington, DC.
 99. Ursano R.J., Fullerton C.S., Bhartiya V., Kao T.C. (1995) Longitudinal assessment of posttraumatic stress disorder and depression after exposure to traumatic death. *J Nerv Ment Dis*, **183**: 36–42.
 100. Brandt G.T., Norwood A.E., Ursano R.J., Wain H., Jaccard J.T., Fullerton C.S., et al. (1997) Psychiatric morbidity in medical and surgical patients evacuated from the Persian Gulf War. *Psychiatr Serv*, **48**: 102–104.
 101. Goenjian A. (1993) A mental health relief program in Armenia after the 1988 earthquake: implementation and clinical observations. *Br J Psychiatry*, **163**: 230–239.
 102. Norris F.H., Murphy A.D., Baker C.K., Perilla J.L., Rodriguez K.G., Rodriguez J. (2003) Epidemi-

- ology of trauma and posttraumatic stress disorder in Mexico. *J Abnorm Psychol*, **112**: 646–656.
103. Raphael B. (1977) Preventive intervention with the recently bereaved. *Arch Gen Psychiatry*, **34**: 1450–1454.
 104. Shear M.K., Frank E., Foa E., Cherry C., Reynolds C.F., Bander Bilt J., Masters S. (2001) Traumatic grief treatment: a pilot study. *Am J Psychiatry*, **158**: 1506–1508.
 105. Terr L.C. (1981) «Forbidden games»: post-traumatic child's play. *J Am Acad Child Psychiatry*, **20**: 741–760.
 106. IOM (2003) *Preparing for the Psychological Consequences of Terrorism: a Public Health Strategy*. National Academies, Institute of Medicine, Washington, DC.
 107. Gerrity E.T., Steinglass P. (1994) Relocation stress following natural disasters. In R.J. Ursano, B.G. McCaughey, C.S. Fullerton (Eds.), *Individual and Community Responses to Trauma and Disaster*, pp. 220–247. Cambridge University Press, Cambridge, UK.
 108. Noji E.K. (Ed.) (1997) *The Public Health Consequences of Disasters*. Oxford University Press, New York.
 109. Cohen R., Culp C., Genser S. (1987) *Human Problems in Major Disasters: A Training Curriculum for Emergency Medical Personnel*. US Government Printing Office, Washington, DC.
 110. Green B.L. (1990) Defining trauma: terminology and generic dimension. *J Appl Soc Psychol*, **20**: 1632–1642.
 111. Ursano R.J., Fullerton C.S., Vance K., Kao T.C. (1999) Posttraumatic stress disorder and identification in disaster workers. *Am J Psychiatry*, **156**: 353–359.
 112. Dollinger S.J. (1986) The need for meaning following disaster: attributions and emotional upset. *Pers Soc Psychol Bull*, **12**: 300–310.
 113. Holloway H.C., Fullerton C.S. (1994) The psychology of terror and its aftermath. In R.J. Ursano, B.G. McCaughey, C.S. Fullerton (Eds.), *Individual and Community Responses to Trauma and Disaster*, pp. 31–45. Cambridge University Press, Cambridge, UK.
 114. Ursano R.J., Fullerton C.S. (1990) Cognitive and behavioral responses to trauma. *J Appl Psychol*, **20**: 1766–1775.
 115. Ursano R.J., Kao T.C., Fullerton C.S. (1992) Posttraumatic stress disorder and meaning: structuring human chaos. *J Nerv Ment Dis*, **180**: 756–759.
 116. Card J.J. (1983) *Lives after Viet Nam*. Lexington Books, Lexington.
 117. Tedeschi R.G., Park C.L., Calhoun L.G. (1998) *Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis*. Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ.
 118. Quarentelli E.L. (1985) An assessment of conflicting views on mental health: the consequences of traumatic events. In C.R. Figley (Ed.), *Trauma and its Wake*, pp. 173–215. Brunner/Mazel, New York.
 119. Taylor V. (1977) Good news about disaster. *Psychol Today*, **11**: 93–94, 124–126.
 120. Sledge W.H., Boydston J.A., Rahe A.J. (1980) Self-concept changes related to war captivity. *Arch Gen Psychiatry*, **37**: 430–443.

3

Психические заболе как следствие чрезвычайных ситуаций: эпидемиология, факторы риска и защитные факторы

Alexander C. McFarlane

*University of Adelaide, Queen Elizabeth Hospital, Woodville South,
South Australia, Australia*

ВВЕДЕНИЕ

Понятие «травматический стресс» сформировалось на основе изучения жертв трех типов событий: чрезвычайных ситуаций, войн и преступных нападений. Чрезвычайные ситуации представляют собой необычные события, поскольку они происходят случайно и, как правило, сопровождаются огромным одномоментным количеством жертв. Эти события происходят не очень часто, в отличие от преступных нападений или дорожно-транспортных происшествий, которые в крупных городских агломерациях встречаются ежедневно. Эти последние события отличаются еще и тем, что они, как правило, наносят ущерб отдельным индивидам или небольшим группам людей, а не крупным популяциям. Следовательно, масштаб чрезвычайных ситуаций таков, что они служат конкретным уроком, из которого можно много извлечь, если изучить коллективные реакции пострадавших, а также связанные с ними общественные процессы, смягчающие или усугубляющие последствия таких событий.

Чрезвычайные ситуации по своей природе являются событиями, которые привлекают интерес и внимание. Однако интерес общественности к ним обычно относительно недолговечен, а их долговременные эффекты в виде заболеваний до недавних пор часто недооценивались службами социального обеспечения и здравоохранения. В исследованиях, посвященных изучению катастроф, часто основное внимание уделяли слишком затяжным неблагоприятным последствиям таких событий [1–6]. Первое систематическое исследование, посвященное этой теме, было проведено швейцарским психиатром Е. Stierlin [7, 8], который изучил землетрясение, нанесшее серьезный ущерб в Мессине (Италия) в 1907 году, и аварию в шахте, произошедшую в 1906 году. Он обнаружил, что у многих пострадавших развились долговременные посттравматические симптомы. Землетрясение в Мессине было более значительным по своим масштабам событием, чем обычно изучавшиеся исследователями бедствия, и унесло жизни 70 тыс. жителей города. Stierlin установил, что у 25% из тех, кто остался в живых, отмечались расстройства сна и ночные кошмары.

История продемонстрировала странное нежелание психиатров и сообщества в целом проанализировать уроки деструктивного воздействия психотравмирующих событий на

Disasters and Mental Health. Edited by Juan José López-Ibor, George Christodoulou, Mario Maj, Norman Sartorius and Ahmed Okasha.

© 2005 John Wiley & Sons Ltd. ISBN 0-470-02123-3.

общество и отдельных индивидов [9, 10]. Только в течение последних двух десятилетий девятнадцатого столетия стали признавать значимость этих событий в возникновении психопатологии. Тем не менее более широкое психиатрическое сообщество очень медленно начинает понимать значение таких событий как предопределяющих психопатологическую симптоматику. Социальные шрамы и нестабильность, которые приносят эти события, также слишком быстро забываются. Этот феномен игнорирования весьма интересен, учитывая то, что патологическая живучесть воспоминаний является важным компонентом посттравматических реакций. Пока что общества испытывают огромные трудности в овладении опытом и знаниями о влиянии таких коллективных травм, как катастрофы и войны. После каждой катастрофы важно изучить события прошлого и гарантировать, что полученные знания не будут утеряны. Исследования, которые проводились на протяжении последних 25 лет, сделали очень много для того, чтобы эти уроки не исчезли бесследно из сознания [11, 12].

РОЛЬ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ИЗУЧЕНИЮ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Систематические исследования способствуют процессу изменения такой склонности к избеганию и амнезии, позволяя поучительному опыту распространиться на значительно большую часть сообщества. В конечном счете, задача психиатрического сообщества — расширить практические знания в сфере лечения и программы оказания помощи, усовершенствованные после катастроф, с тем чтобы направить усилия на потребности других жертв чрезвычайных ситуаций, которые выпали из поля зрения общества, а также средств массовой информации. Исследования играют также решающую роль в предоставлении систематических обзоров по вопросам приобретенного опыта и усвоенных уроков. Сочетание этого опыта с уроками прошлых событий позволит разработать планы эффективных действий во время будущих чрезвычайных ситуаций. Чтобы более эффективно справляться с будущими ситуациями, следует разрабатывать достаточно гибкие планы обучения и оказания медицинской помощи, чтобы их можно было модифицировать на основе результатов новых исследований.

Крупномасштабные катастрофы влияют на убеждения индивида и на позиции сообщества и обладают потенциалом вызывать значительные, хотя иногда все еще трудноуловимые изменения в обществе. Следовательно, благодаря урокам, усвоенным небольшими группами людей, которые вовлечены в процесс оказания помощи, а также государственными служащими, чрезвычайные ситуации способствуют изменению установок общества и специалистов. В долгосрочном плане эти изменения могут служить средством для усовершенствования будущих методов преодоления последствий психотравмирующего события в более широкой популяции. В этом процессе исследования играют центральную роль, поскольку позволяют документировать непосредственные реакции на чрезвычайные ситуации и их отдаленные исходы. Приобретенный опыт помогает ориентироваться, какое поведение наиболее адекватно непосредственно в ситуации бедствия и какое при риске повторения психотравмирующего события.

Одной из главных причин гибели людей во время чрезвычайных ситуаций является нарушение технологии и отрицание или неправильная оценка опасности [13]. Возможно, наиболее точным символом этого феномена в западном обществе является крушение *Титаника*. Проектировщики судна заявляли, что оно сконструировано так, что не может разрушиться ни при каких обстоятельствах. Поэтому на нем не было спасательного снаряжения для всех пассажиров из-за твердого убеждения, что оно никогда не понадобится.

Это ошибочное суждение привело к тому, что масштабы произошедшей невообразимой катастрофы оказались огромными.

Изучение чрезвычайных ситуаций как область исследований имеет специфические отличия от большинства сфер психиатрических исследований. Стержневым процессом науки является анализ совокупности накопленных ранее знаний и их дальнейшее развитие и усовершенствование в ходе последующих исследований. Гипотезы выдвигающиеся для дальнейшего уточнения имеющейся информации о наблюдаемом явлении, стимулируют проведение будущих исследований. Изучение чрезвычайных ситуаций позволяет накапливать общие знания о посттравматических реакциях с феноменологической и этиологической точек зрения. Однако наблюдается тенденция каждую новую катастрофу рассматривать как новое нестандартное событие, где проблемы, которые были исследованы в прежних катастрофах, подвергаются переоценке. За последние два десятилетия инструменты, используемые для самоотчетов в исследованиях, в которых для сбора данных проводится интервью, существенно не изменились; заметно не изменились и исследовавшиеся явно выраженные факторы риска. Поэтому результаты опубликованных исследований, осуществленных в 80-е годы, способствовали обобщениям в такой же степени, как и результаты исследований последнего времени.

Очень важная социальная роль исследований катастроф состоит в том, что они освещают более отдаленные последствия событий [14], которые в прошлом обычно игнорировались при составлении планов восстановления после катастрофы. Следовательно, такие исследования являются частью социальной аргументации [15], имеющей отношение к восстановлению общества, а также к отражению менее зримых аспектов его разрушения вследствие этих событий.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ТИПОЛОГИЯ

Понятию «чрезвычайная ситуация» редко дают определение. В оксфордском словаре приведено следующее определение: «внезапное или огромное несчастье; бедствие; абсолютное разрушение». Учитывая такую широту определения, сложно четко отделить чрезвычайные ситуации от психотравмирующих событий другого типа [17].

Первые исследователи чрезвычайных ситуаций Kinston и Rosser [18] для их описания предложили термин «тяжелый коллективный стресс». Norris [19] полагал, что это события, в которых присутствует «насильственное столкновение с природой, технологией или человеческим родом». Исходя из этих определений предлагалось выделять разнообразные типы чрезвычайных ситуаций на основе различия типов факторов, обуславливающих разрушение. Хотя вполне логично отграничение разрушительных воздействий стихийных бедствий от антропогенных катастроф, например от промышленных аварий, различия с точки зрения исходов несущественные [12]. Выделение в отдельную категорию результатов катастроф, вызванных деятельностью человека, представляет некоторый интерес, поскольку здесь присутствует элемент недоброжелательности, чего не бывает при стихийных бедствиях. Однако такая дифференциация может быть до некоторой степени иллюзорной. Например, причиной лесного пожара могут быть действия поджигателей или неосторожное использование оборудования. Неисполнение конструкторских требований при строительстве может привести к разрушению зданий во время землетрясений, что в свою очередь становится причиной значительно больших суммарных потерь человеческих жизней, чем при четком соблюдении всех стандартов [20]. При стихийных бедствиях к смертельным исходам часто приводят нарушения

технологии или конструкции. Иногда эти нарушения представляют собой откровенную халатность, а не просто невозможность предвидеть риск, как в случае катастрофы в Бхопале. Такие техногенные катастрофы могут разделить общество, особенно когда считают, что одна его часть, привыкшая к богатству и привилегиям, не способна проявлять заботу о благополучии другой более широкой части населения.

Иногда высказывается предположение, что антропогенные катастрофы зачастую тяжелее переносятся людьми. Стихийные бедствия быстрее забываются, поскольку воспринимаются как непреодолимая сила. На другом конце крайности находятся события, предполагающие активное планирование человеком своих действий, например нападение с враждебными намерениями, пытки и изнасилование. Эти деяния совершаются с заранее обдуманном умыслом, иногда специально разрабатываются и реализуются. Smith и North [21] придерживаются широко распространенного мнения о том, что техногенные и антропогенные катастрофы чаще всего причиняют более тяжелую психологическую травму, чем стихийные бедствия, поскольку вызывают у пострадавшего тяжелое ощущение, что он стал преднамеренной жертвой другого человека. С другой стороны, метаанализ результатов исследований по изучению связи между катастрофами и посттравматической психопатологической симптоматикой [22] привел к противоположным выводам, а именно: после стихийных бедствий частота расстройств выше. Этот анализ обращает внимание на то, что любые предположения относительно типов чрезвычайных ситуаций следует тщательно и объективно исследовать.

Практическое применение имеет классификация, в соответствии с которой чрезвычайные ситуации разделяются в зависимости от интенсивности и степени их воздействия (табл. 3.1). К первому типу относятся катастрофы с четкими границами влияния. Например, лесные пожары и взрывы [23] представляют собой события, при которых можно четко определить границы катастрофы. Напротив, при землетрясениях, ядерных авариях и ураганах степень воздействия постепенно нарастает, а затем убывает и границы влияния катастрофы не настолько четко очерчены [24]. Такие катастрофы представляют риск для всех, кто живет и работает в пострадавших сообществах.

Таблица 3.1 Классификация чрезвычайных ситуаций

а. Границы воздействия
Четкие границы — пожары, взрывы
Постепенно меняющаяся степень разрушений — землетрясения, ураганы
б. Пострадавшее население
Местное — воздействие на уровне местной общины
Международное сообщество — несколько стран
в. Продолжительность
<i>Предупреждение</i>
Короткое или отсутствует — землетрясения, террористические атаки
Длительное — циклоны, наводнения
<i>Воздействие</i>
Короткое — взрывы, аварии
Длительное — пожары, наводнения, ураганы

Транспортные катастрофы и террористические акты очень сконцентрированы и поражают группу людей, которые случайно оказались вместе. В таких случаях, особенно

при международных перелетах, среди погибших или раненых будет очень небольшое количество жителей местности, в которой произошла катастрофа [25, 26]. В некоторых же случаях как среди местного населения, так и среди тех, кто прибыл к месту будущей катастрофы издалека, может быть много погибших или раненых. Эта разница оказывает значительное влияние на то, как организовываются спасательные работы и впоследствии обеспечивается помощь [27]. Примером такой чрезвычайной ситуации может быть бомбардировка Бали в 2002 году, уничтожившая 200 человек. Погибло значительное число балийцев, а из-за того, что бомбардировке подвергалась туристическая зона, среди тяжело раненых и погибших оказались люди со всего мира.

Влияние таких событий может различаться по ряду причин. Во-первых, географически ограниченные события чаще всего имеют стадию предупреждения, что позволяет предпринять некоторые подготовительные меры защиты. С другой стороны, подвергшаяся разрушениям община будет также вовлечена в проведение спасательных работ и в процессе восстановления, что создает у многих индивидов конфликт между ролью жертвы и спасателя.

Если цель разделения чрезвычайных ситуаций на типы в том, чтобы сформировать общие принципы на основе результатов исследований и опыта, то более полезно учитывать эти особенности, а не только природу разрушающего фактора.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

В отчете общества Красного Креста на первый план вышло воздействие катастроф, характерное для стран третьего мира. За период с 1967 по 1991 год в среднем 17 миллионов людей, проживающих в развивающихся странах, ежегодно переживали воздействие катастроф, тогда как в развитых странах эта цифра составила около 700 тысяч (убедительное соотношение — 166 : 1) [28]. Эти государства подвергаются особому риску перед лицом катастроф, поскольку изначально испытывают напряженность и имеют в резерве незначительные ресурсы, которые могут понадобиться в том случае, если произойдет катастрофа. Как правило, системы здравоохранения в этих странах находятся в зачаточном состоянии и имеют ограниченные возможности для оказания психиатрической помощи.

В последнее десятилетие было проведено несколько важных исследований по изучению крупных катастроф в незападных культурах [29]. В этой области такие инициативы имеют большое значение, потому что позволяют убедиться, насколько культурально специфичными по отношению к широкому мировому сообществу являются ранние результаты исследований катастроф, проведенных в западных странах. Одна из проблем заключается в том, что невозможен адекватный доступ к более широкой литературе, поскольку не все источники можно легко получить через крупные электронные базы данных. Особого внимания заслуживают исследования, проведенные во время недавних землетрясений, произошедших в г. Кобе (Япония) [30, 31], Китае [32], на Тайване [33], в Индии и Турции [34]. Эти исследовательские проекты дают исчерпывающее представление о принятых в этих странах концепциях травматического стресса и содержат ценные данные о крупномасштабных катастрофах. В этой книге рассматриваются последствия некоторых из них.

По мере распространения терроризма, направленного на мирное население, все тяжелее провести границу между последствиями войн и катастроф. Например, террористические атаки в Израиле, Палестине, Бали и 11 сентября в Нью-Йорке вполне можно

считать военными действиями. Другой особенностью таких катастроф является то, что они вызваны действиями человека, для которых характерна особая враждебность. Аргументом в пользу последней категоризации служит то, что жертвы этих событий не были предупреждены о нападении, в отличие от военных, принимающих участие в вооруженных конфликтах.

Одним из обстоятельств, которые сложно определить в исследованиях катастроф, является пороговая величина воздействия, требуемая для включения индивида в исследование. Например, по-видимому, не подтверждается объективными данными основанная на здравом смысле идея о том, что травма, вызванная ошибкой или небрежностью человека, в большей степени может разрушать психологические установки человека, чем такие стихийные бедствия, как ураганы или наводнения. Однако такой вывод может быть следствием различий в порогах включения в эти исследования. Более того, обращение в суд в случае антропогенных катастроф в большинстве случаев заканчивается получением денежной компенсации, которая недоступна жертвам стихийных бедствий. Достаточная финансовая помощь может быть своеобразным буфером в отношении некоторых негативных последствий таких чрезвычайных ситуаций.

Более широкий интерес к посттравматическому стрессовому расстройству с момента публикации DSM-III [35] способствовал усилению внимания к влиянию катастроф. В прошлом считали, что эти события находятся за пределами нормального человеческого опыта, однако на сегодняшний день систематическое изучение показало, что они более распространены, чем считалось ранее. Norris [19] в исследовании 1000 взрослых, проживающих на юге Соединенных Штатов Америки, обнаружил, что 69% выборки пережили в своей жизни влияние травматического стрессора, из них 21% только в течение последнего года. В год проведения исследования 2,4% семей на юге США подверглись влиянию какой-либо катастрофы или разрушения, а подверженность катастрофе в течение жизни составила 13%.

Kessler и коллеги [36] в расслоенной выборке в США обнаружили, что 60,7% мужчин и 51,2% женщин пережили событие, соответствующее критериям стрессора по DSM-IV. Стихийное бедствие пережили 18,9% мужчин и 15,2% женщин, при этом распространенность ПТСР на протяжении жизни составила соответственно 3,7 и 5,4%. Creamer и коллеги [37] в стратифицированной выборке жителей Австралии также обнаружили подобное процентное содержание лиц, подвергшихся воздействию психотравмирующих событий, при этом 19,9% мужчин и 12,7% женщин сообщали о том, что пережили катастрофу. Однако из 158 случаев ПТСР на протяжении последних 12 месяцев только в четырех в качестве стрессора было названо стихийное бедствие.

Такие исследования показывают, что в среднем каждый шестой в популяции в течение жизни пережил стихийное бедствие, но оно послужило причиной очень небольшой части посттравматических расстройств в этих сообществах. Когда испытуемых попросили привести пример наиболее травмирующего события в их жизни, менее 5% назвали пережитую ими катастрофу. Эти цифры демонстрируют проблему большинства исследований в этой области, поскольку они основываются на простом вопросе, подвергался ли индивид воздействию стихийного бедствия или нет, при этом фиксированный порог воздействия не определялся. Определение уровня воздействия имеет существенное значение при оценке риска, обусловленного такими событиями.

ТИПЫ ИССЛЕДОВАНИЙ КАТАСТРОФ

При изучении катастроф использовались разные методологические подходы:

- сравнение репрезентативной выборки, составленной из пережившей чрезвычайную ситуацию популяции, с контрольной группой [38, 39];
- обследование подгрупп жертв катастрофы, например тех, кто обращался за лечением или был ранен. Такие исследования часто позволяют глубже проанализировать некоторые факторы риска и защитные факторы [40];
- изучение влияния катастроф на определенные группы, например детей [41] и персонал служб неотложной помощи [42, 43];
- лонгитудинальные когортные исследования. Обычно в таких исследованиях популяции наблюдаются в течение длительного времени после события, однако было проведено несколько исследований, в которых изучение популяции было начато (по другим причинам) до возникновения чрезвычайной ситуации, а затем эти группы людей оказались в ней [44–48];
- выявление в общепопуляционной выборке индивидов, которые пережили определенную катастрофу, и сравнение их с теми, кто пережил другие психотравмирующие события или вообще не подвергался какому-либо травмирующему воздействию [36, 37].

В разных типах исследований часто приходят к разным выводам в отношении одного и того же события из-за проблемы репрезентативности выборки [49]. На результаты исследования существенное влияние может оказать также время, прошедшее между событием и началом исследования, из-за высокого уровня естественных ремиссий в течение первого года.

В опубликованных исследованиях изучалось влияние стихийных бедствий, еще 54 (34%) были посвящены техногенным катастрофам, а в 18 (11%) задокументировано воздействие жестокого насилия [12]. Эти события произошли в 29 отдельных странах, из которых 57% — в США. Еще 29% исследованных чрезвычайных ситуаций случились в Европе, Японии и Австралии. В развивающихся странах, включая Восточную Европу, Азию и Африку, было проведено лишь 14% исследований.

Исследован широкий спектр пострадавших групп населения. Подавляющее большинство исследованных уцелевших составили взрослые, 17% — дети школьного возраста и подростки [50, 51]. Участниками нескольких исследований был персонал служб неотложной помощи [52] и семейные консультанты.

В большинстве исследований производился моментальный «снимок» пораженной популяции в пределах шести месяцев. Хотя было проведено несколько обстоятельных лонгитудинальных исследований, в которых популяция наблюдалась до 32 лет [53], примерно в половине опубликованных сообщений в последний раз результаты обрабатывались менее чем через год после события.

Существенно различаются и методы, применявшиеся для оценки заболеваемости. Только в небольшом количестве исследований проводились структурированные интервью [54–56], тогда как в других прибегали к более легким в применении вопросам [57, 58]. Для описания психологических последствий использовался широкий спектр оценочных инструментов, причем чаще всего внимание было сосредоточено на ПТСР [59]. Нередко изучались особенности неспецифических заболеваний в популяциях с использованием таких оценочных инструментов, как «Вопросник для оценки общего

состояния здоровья» [60–63]. Были изучены другие феномены, например диссоциация и деморализация [50, 64]. В наиболее полных исследованиях проводили структурированные диагностические интервью, например Международное комплексное диагностическое интервью (Composite International Diagnostic Interview — CID), позволяющее диагностировать ряд психических заболеваний [43]. Примерно в четверти исследований изучали также соматические нарушения и расстройства [65–69]. В них особое внимание уделялось клиническому ухудшению соматических симптомов и воспринимаемому бремени заболеваний в группах людей, переживших чрезвычайную ситуацию.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАССТРОЙСТВ

Иногда сложно определить особенности последствия в зависимости от типа чрезвычайной ситуации из-за отмеченных ранее различий в используемых методах составления выборки. В равной степени интенсивность воздействия, которому подверглась исследованная популяция, оказывает огромное влияние на распространенность расстройств.

Более низкие показатели нарушений установлены после чрезвычайных ситуаций в США (по сравнению с другими развитыми странами) [12]. Наиболее высокие показатели отмечены в развивающихся странах. Эти результаты отчасти могут быть обусловлены характером исследованных выборок, тем не менее они могут также отражать более сильное влияние чрезвычайных ситуаций в этих странах из-за ограниченных ресурсов, необходимых для эффективного решения проблем периода восстановления. Nottis и коллеги [12] определили крушение кораблей «Локерби» и «Юпитер» [71] как катастрофы с наиболее высокими показателями нарушений.

Выводы относительно того, какой тип катастрофы дает наиболее высокие показатели нарушений, в значительной степени зависят от количества исследований, в которых изучались разные типы событий. Ураган «Эндрю» был особенно разрушительным стихийным бедствием и, по-видимому, наиболее исследованным событием [12, 48, 72, 73]. Этот фактор может влиять на выводы о разном воздействии стихийного бедствия и вызванных деятельностью человека техногенных катастроф.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО

Показатели заболеваемости ПТСР в значительной степени зависят от используемой в исследовании выборки, а также от тяжести и природы бедствия. Следовательно, каждую новую чрезвычайную ситуацию следует рассматривать как новое событие, и прогнозы относительно показателей заболеваемости зависят от тщательного анализа того, какая группа жертв рассматривается, а также от времени, прошедшего с момента катастрофы.

Катастрофа, произошедшая в 1972 году в заливе Крик (разрушение дамбы), является одной из наиболее изученных. Показатель заболеваемости ПТСР среди ее жертв составил 59%, причем у 25% пострадавших клиническая картина все еще соответствовала критериям диагностики ПТСР спустя 14 лет после этого происшествия. Один из самых высоких показателей заболеваемости был установлен Goenjian и коллегами [57] в Армении: у 67% пострадавших клиническая картина соответствовала критериям диагностики ПТСР через 18 месяцев после землетрясения. В исследовании, проведенном через один–четыре месяца после урагана «Эндрю», у 33% диагностировалось ПТСР. Однако в некоторых исследованиях групп с низкой степенью воздействия показатели заболеваемости ПТСР иногда мало отличаются от таковых в общей популяции [12].

Shore и коллеги [55] исследовали влияние извержения вулкана на горе Сент-Хеленс и сравнили пострадавшую популяцию с контрольной группой: в группе пострадавших распространенность ПТСР на протяжении жизни составила 3,6% по сравнению с 2,6% в контрольной группе.

В исследовании последствий землетрясения в Юане (Китай) изучали жителей трех селений, находившихся на разной удаленности от эпицентра [39]. В селении с наибольшей степенью разрушения зданий показатель заболеваемости ПТСР составил 23,4% по сравнению с 16,2% в селении с незначительными нарушениями.

Распространенность посттравматического стрессового расстройства также зависит от половой принадлежности. Через год после массовых нападений с применением огнестрельного оружия 20% мужчин и 36% женщин страдали ПТСР [56]. Результаты 33-летнего катанестического исследования по изучению жертв катастрофы в Аберфане (Уэльс) продемонстрировали стойкие последствия психотравмирующих событий у детей, при этом текущий показатель распространенности ПТСР составил 29%, а в течение жизни — 46% [53].

Другие расстройства

Подобные факторы влияют и на уровень заболеваемости другими расстройствами, развившимися после чрезвычайной ситуации. Эти расстройства могут возникать как сопутствующие при посттравматическом стрессовом расстройстве, в этом случае они, вероятнее всего, представляют собой осложнения ПТСР или указывают на тяжесть травматической стрессовой реакции, лежащей в его основе. В одном обзоре высказывается мнение, что ПТСР в четыре раза чаще встречается в сочетании с сопутствующими расстройствами, чем самостоятельно, даже в непосредственной близости к месту происшествия [21].

Употребление алкоголя часто является реакцией на развитие симптомов в группах населения, переживших чрезвычайную ситуацию; особенно актуальна эта проблема среди работников служб неотложной помощи [12]. С другой стороны, возрастает количество данных о том, что депрессивные и тревожные расстройства могут возникать после психотравмирующих событий в отсутствие ПТСР [17]. Например, существует интуитивное объяснение потенциальной роли утраты в развитии депрессии, а также угрозы и ужаса как предопределяющих факторов тревожных расстройств [43]. Несмотря на проведение отдельных исследований роли разных типов переживаний (в сочетании с факторами риска), связанных с катастрофой, в развитии этих расстройств, указанная тема все еще нуждается в дальнейшем изучении [43]. С другой стороны, в некоторых исследованиях не выявлена повышенная распространенность этих не-ПТСР расстройств, несмотря на высокие показатели ПТСР [53].

Одна из проблем в определении уровня распространенности этих расстройств заключается в том, что для их оценки необходимо проводить глубоко структурированные интервью, а это требует много времени, к тому же организовать их с жертвами чрезвычайных ситуаций крайне сложно. Более того, сообщаемые показатели распространенности тревоги и депрессии часто выводятся из непрерывных шкал, что усложняет клиническую и диагностическую интерпретацию этих данных. Еще одна методологическая проблема состоит в том, что определить начало эпизода тяжелого (большого) депрессивного расстройства или панического расстройства значительно сложнее, чем ПТСР, которое можно привязать к конкретному событию по содержанию навязчивых воспоминаний.

Депрессивные и тревожные расстройства часто встречаются в популяционных выборках и без чрезвычайных ситуаций, так что точное объяснение их возникновения чрезвычайной ситуацией представляет собой сложную задачу.

Доступные данные свидетельствуют о том, что вторым по частоте расстройством, развивающимся после чрезвычайной ситуации, является депрессия [12]. Возникает один важный вопрос: как депрессия, следующая после чрезвычайной ситуации, связана с ранее существовавшим заболеванием в спокойный период жизни? Bravo и коллеги [47] исследовали влияние оползня и наводнения в Пуэрто-Рико, лишивших жизни 800 человек. Оказалось, что за год до этих событий они исследовали данную популяцию и теперь благодаря этому могли еще раз оценить состояние 375 испытуемых, входивших в исходную группу. Они обнаружили значимое увеличение количества симптомов депрессии и расширение спектра соматических жалоб по сравнению с уровнем до чрезвычайной ситуации, но не смогли продемонстрировать какое-либо возрастание количества симптомов панического расстройства или большее злоупотребление алкоголем. Было установлено увеличение распространенности ПТСР. Smith и коллеги [74] исследовали ряд чрезвычайных ситуаций в Сент-Луисе, включая воздействие диоксида, наводнения и торнадо. Среди переживших эти события отмечены высокие показатели не наблюдавшихся ранее симптомов ПТСР. Однако депрессивные симптомы усилились только у тех, кто раньше страдал депрессией.

После землетрясения в Америке в 1988 году — бедствия с тяжелыми последствиями — тяжелое (большое) депрессивное расстройство было выявлено у 52% из 1785 индивидов, вошедших в стратифицированную выборку. Депрессивное расстройство, выявленное лишь у 177 индивидов из этой группы, было связано исключительно с воздействием этого события и с утратой [75].

В заключение следует отметить, что показатели распространенности таких расстройств, как депрессия, в значительной степени варьируются и зависят от интенсивности и природы чрезвычайной ситуации. При оценке потребностей населения в медицинской помощи следует учитывать характер события, и такие расчеты нельзя проводить лишь на основе опубликованных данных. Проблема распространенности тревожных и депрессивных расстройств, следующих за чрезвычайными событиями, является важной темой дальнейших исследований, в которых необходимо принимать во внимание взаимодействие этих расстройств с ранее имевшимися заболеваниями в местном населении. Большого осмысления требуют также соматические проявления психических расстройств, поскольку соматическое проявление дистресса после чрезвычайной ситуации имеет важное практическое значение для оказания дальнейшей медицинской помощи [65, 69].

ФАКТОРЫ РИСКА

В систематических исследованиях чрезвычайных ситуаций получают непротиворечивые данные о том, что посттравматическая психопатология возникает у меньшинства пострадавших. Это подчеркивает необходимость рассмотрения других переменных, которые могут упреждать начало симптоматического дистресса, равно как и способствовать ему.

Интенсивность воздействия

В целом степень воздействия чрезвычайной ситуации является решающим фактором, от которого зависит принятие решения о том, кого следует отнести к группе повышенного риска, а также уровень психологической заболеваемости [76–79]. Полное разрушение семейного дома и потеря собственности отрицательно влияют на чувство идентичности и социальной интеграции. В мире, где материализм часто рассматривается с уничижительной точки зрения, относительно мало внимания уделяется роли материальной собственности в формировании чувства психологического благополучия. Общеизвестно, что многочисленные тяжелые утраты губительно сказываются на психологическом здоровье [75].

Эффекты воздействия проиллюстрированы в исследовании промышленной катастрофы, проведенном Weisaeth [76, 80]. Он установил, что показатели смертности и ранений зависели от расстояния до взрыва, что в свою очередь строго коррелировало с последующим развитием ПТСР. В группе с высоким уровнем воздействия распространенность ПТСР составила 36% через семь месяцев, 27% — через два года, 22% — через три и 19% — через четыре. Таким образом, не только первоначальная распространенность, но и вероятная продолжительность симптомов объясняются интенсивностью стрессора. Автор также обнаружил, что у служащих, которые наблюдали происшествие даже с близкого расстояния, важную роль в возникновении симптомов сыграла пре-морбидная восприимчивость, что отражает взаимосвязь между факторами уязвимости и воздействием.

Для определения тяжести воздействия использовалось несколько подходов. Некоторые исследователи в качестве индекса тяжести травмы приняли количество стрессовых переживаний [14]. Как и ожидалось, результаты исследований показали, что количество симптомов возрастает пропорционально увеличению количества пережитых стрессоров. Альтернативный подход заключался в создании порядковых показателей воздействия, которые основаны на серии гипотез об относительной тяжести и о сравнительном влиянии разных компонентов катастрофы [47]. Этот метод еще раз показал, что высокая степень воздействия может быть надежным предиктором заболевания. Однако при превышении определенного уровня, когда наблюдаются повсеместный непомерный страх и ужас, может отмечаться эффект плато.

Сложно давать какие-либо твердые рекомендации относительно того, какой подход в оценке воздействия оптимальный, потому что многие из компонентов, переживаемых во время катастрофы, взаимосвязаны. Во-первых, имеется тенденция к высокой корреляции между угрозой жизни и частотой ранений. Во-вторых, очень сложно разработать стандартный показатель воздействия, который можно было бы применить ко всем чрезвычайным ситуациям. Характер утрат и подтвержденных документально последствий зависит от особенностей происшествия.

В отношении сотрудников служб неотложной помощи измерение степени воздействия является особенно сложной задачей [81–84]. В этом случае должны приниматься в расчет не только переменные интенсивности и продолжительности воздействия реального места катастрофы, но и интенсивность участия в извлечении тел или необходимость заниматься семьями погибших во время катастрофы [85].

Вопрос взаимодействия между разрушением общины и воздействием на индивида редко исследовался. Некоторые предполагают, что чувство коллективной утраты является умеренным дополнением к воздействию катастрофы на индивидуальном уровне [86].

Однако Phifer и Norris [87] показали, что личная утрата и разрушение общины взаимодействуют между собой. В наихудшем положении оказались те люди, которые находились в общинах с интенсивными разрушениями и пережили тяжелые личные утраты.

Ряд методологических проблем связан с разработкой показателей воздействия катастрофы. Мало проделано работы в плане проверки валидности таких методов шкалирования. Например, как можно в количественном смысле сопоставить смерть супруга со смертью ребенка? Какое влияние оказывает на человека потеря собственности в сравнении со смертью или ранением людей? В количественном выражении такие сравнения все же следует проводить, если необходимо оценивать воздействие чрезвычайной ситуации.

Примером проблем, возникающих при разработке таких показателей, может быть исследование подвергшейся воздействию землетрясения популяции [88], которая неожиданно расценила влияние тяжелых потерь как менее значимое по сравнению с оценкой таких потерь людьми, не подвергшимися влиянию. Эти данные свидетельствуют о том, что те, кто пережил психотравмирующие события, рассматривают их с другой точки зрения, нежели жители, не столкнувшиеся с этим конкретным событием. Поэтому исследователи могут допустить значимую ошибку, пытаясь оценить тяжесть травматических стрессов и определить, какие компоненты чрезвычайных ситуаций вызывают выраженный дистресс у большинства людей. Более того, эти данные свидетельствуют о том, что измерения воздействия катастрофы должны разрабатываться на основе оценок внутри общин, имеющих опыт пережитой катастрофы.

Это сложный вопрос как с клинической, так и с исследовательской точки зрения. Имеется много компонентов катастроф, восприятие которых будет зависеть от психического состояния человека на тот момент (например, переживание паники или диссоциации), а также от оценки им степени риска и от его способности к адаптивному поведению. Вероятность ранения и смерти частично зависит от того, как индивид оценивает ситуацию, и от его способности реагировать соответственно этой ситуации. Определяющие факторы этих вариантов поведения и степень воздействия могут образовывать такие сочетания, которые обычно не принимаются во внимание. Например, определенную черту личности можно рассматривать как фактор риска развития ПТСР у индивида, подвергшегося воздействию психотравмирующего события, хотя эта характеристика была на самом деле определяющим фактором типа воздействия. Околотравматическая диссоциация также может влиять на то, как люди оценивают продолжительность воздействия на них чрезвычайной ситуации [89].

Тем не менее могут быть и объективные показатели воздействия, например наблюдение смерти и ранения или собственное ранение. Объективным индикатором является также степень разрушений и утраты. Одинаково большое значение при определении степени травматизации имеют такие моменты, как ощущение у кого-либо, что он остался в живых при странных обстоятельствах или был спасен случайно, а также ощущение у кого-либо, что он не мог проконтролировать условия, определяющие его поведение. В DSM-IV [90] признана относительная значимость этих субъективных составляющих в определении характера опыта, связанного с психотравмирующим событием.

Другие факторы риска

Возраст

Влияние возраста зависит от особенностей изучаемой выборки [9]. Традиционно считалось, что чем человек старше, тем выше риск развития заболевания, связанного с чрезвычайными ситуациями [30], как это было выявлено в исследовании последствий землетрясения в Ньюкасле (Австралия) [62]. Однако Norris и коллеги [12] в обзоре исследований по изучению последствий чрезвычайных ситуаций приходят к выводу, что «в каждой американской выборке, в которой взрослые среднего возраста изучались отдельно от представителей старшего поколения, первые почти всегда были поражены в большей степени». Причиной этого может быть то, что люди среднего возраста испытывают финансовые затруднения и несут материальную ответственность за иждивенцев. На этом жизненном этапе индивиды имеют в резерве минимальные ресурсы, позволяющие справиться с неожиданными и угрожающими потребностями. Модель сохранения ресурсов Hobfoll является удобным теоретическим построением для рассмотрения взаимодействия между недавним серьезным требованием, предъявляемым к способности индивида к выживанию, и его основными качествами, которые позволяют ему соответствовать дальнейшим требованиям [92–94]. Высказано предположение, что более резко выраженное влияние на людей пожилого возраста связано с тем, что из-за возраста им труднее реконструировать физически и финансово свою физическую гибель. Альтернативное объяснение устойчивости людей пожилого возраста заключается в том, что их репертуар жизненного опыта способствует тому, что у них менее ригидные ожидания в отношении предсказуемости жизни.

Интеркуррентные неблагоприятные обстоятельства

Чрезвычайные ситуации обычно возникают в какой-то определенный момент жизни общества. Неблагоприятные события в силу других обстоятельств будут происходить и дальше. Более того, в результате чрезвычайной ситуации часто возможны дополнительные стрессы [96]. Это могут быть юридические трудности в отношении получения надлежащей компенсации, задержки с реконструкцией, сложности, связанные с реабилитацией после физической травмы. Другие непредвиденные неблагоприятные обстоятельства также препятствуют адаптации индивида. Негативное влияние этих дополнительных событий продемонстрировано в ряде исследований, в которых было показано, что они являются важными определяющими факторами хронификации течения и усиления тяжести посттравматических симптомов, возникающих после чрезвычайной ситуации [65, 97]. Другими словами, важно принимать во внимание продолжающееся влияние такого события через его вторичные эффекты, ослабляющие финансовую стабильность и взаимоотношения индивида, выжившего после чрезвычайного происшествия [73, 98]. У персонала, оказывающего неотложную помощь, повторное участие в таких событиях обладает также потенциалом повышения восприимчивости к последующим воздействиям [27].

Пол

По-видимому, у женщин, переживших чрезвычайную ситуацию, наблюдается более высокий риск психологического дистресса, определяемого наличием ряда последствий. Исключение составляет злоупотребление алкоголем (здесь более высокая распростра-

ненность среди мужчин) [17]. Эти результаты согласуются с данными, полученными в общепопуляционных исследованиях [36] и отражающими сравнительно более высокую уязвимость женщин к психотравмирующим событиям. Хотя и сложно делать окончательные выводы, тем не менее ясно, что у женщин в целом более высокий риск развития тревожных расстройств.

Интерес представляют факторы, которые опосредуют такие различия между мужчинами и женщинами. По-видимому, когда присутствуют другие факторы риска, например принадлежность к этнической субкультуре, уязвимость женщин усиливается. Однако у мужчин и женщин различается также восприятие чрезвычайной ситуации. Например, после землетрясения в Лома Приета толчки продолжались 78 секунд — по оценкам женщин, тогда как мужчины сообщали, что они отмечались в течение 48 секунд. Подобные результаты получены у детей: девочки испытывали более выраженное чувство субъективной, а не объективной угрозы, по сравнению с мальчиками [99].

Социально-экономические факторы

Этнические [100] и социально-экономические условия [101] также являются важными факторами риска. В некоторых исследованиях было сложно оценить влияние социально-экономических факторов из-за относительной однородности популяции [102]. Тем не менее результаты большинства исследований свидетельствуют в пользу того, что низкий уровень образования и доходов является фактором риска развития психических заболеваний. Семейное положение представляет собой социальную характеристику, взаимодействующую с таким показателем, как возраст. Solomon [103] установил, что у женщин с прекрасной супружеской поддержкой наблюдался более высокий риск по сравнению с теми, у кого сложились менее тесные взаимоотношения. В плане психологических последствий для детей, по-видимому, особенно важно психологическое состояние их матерей [104]. Особенно пагубное влияние на детей оказывают внутрисемейные отношения, для которых характерны гиперпротекция и отсутствие эмоциональной теплоты. Подобные эффекты возникают чаще в том случае, если мать становится более раздражительной в результате наличия у нее ПТСР. Дистресс и предчувствие опасности у матери, по-видимому, передают отрицательное чувство детям, которое на их уровне проявляется явными симптомами и озабоченностью чрезвычайной ситуацией [105]. Следовательно, при описании поведения детей следует учитывать склонности матери [106].

Предшествующие психологические симптомы

Воздействие психологических симптомов до возникновения чрезвычайной ситуации интенсивно изучалось как предиктор последующей адаптации. Norris и коллеги [12] пришли к выводу, что такие симптомы служат наилучшими предикторами развития заболеваний после чрезвычайных ситуаций. Однако лишь немногие исследователи учитывали тот факт, что на момент возникновения чрезвычайной ситуации психическим расстройством будет страдать значимое меньшинство населения. Поэтому неудивительно, что предшествующие симптомы являются самыми лучшим предиктором посттравматических симптомов. До конца не ясно, происходит ли на самом деле обострение этих психологических симптомов, или они являются факторами риска развития ПТСР. В большинстве исследований не удалось отделить эффекты имеющихся симптомов от возникновения новых симптомов и расстройств. Поскольку значительный процент

людей с психическими расстройствами в популяционной выборке не обращаются за медицинской помощью, очень сложно с какой-либо точностью идентифицировать эту группу, основываясь на данных анамнеза о лечении в прошлом.

ЗАЩИТНЫЕ ФАКТОРЫ

Знание защитных факторов заслуживает особого внимания, поскольку они позволяют предупреждать и снижать уровень заболеваемости. Проблема в том, что в этом направлении, к сожалению, было проведено очень мало исследований. Большинство защитных факторов представляют собой на самом деле отсутствие факторов риска, таких как психиатрический анамнез или опыт отрицательной окружающей обстановки в детстве. Попытки обрисовать защитные факторы подтвердили, что это труднодостижимая цель. Одной из характеристик, которая привлекла внимание многих исследователей, является способность индивида справляться с проблемами. Первой гипотезой, вызвавшей интерес, было предположение о том, что умение решать проблемы имеет преимущество, способствуя длительной адаптации, по сравнению с умением справляться с эмоциями. Однако в некоторых исследованиях [107, 108] выявлено, что защитные формы поведения, сосредоточенные как на решении проблем, так и на преодолении эмоций, чаще отмечались у тех, у кого симптомы возникли после катастрофы. Другими словами, индивиды, у которых после катастрофы не было никаких симптомов, значительно реже сообщали о защитных формах поведения, чем те, у кого симптомы возникли. Эти результаты отражают проблемы, связанные с идентификацией защитных факторов, действующих после психотравмирующих событий, когда получение достоверной информации осложняется присутствием симптомов.

Wessely [109] провел обзор публикаций о предварительном скрининге состава воинских частей во время Второй мировой войны и обнаружил, что многие характеристики, считавшиеся маркерами уязвимости, имели низкую прогностическую ценность. В исследованиях близнецовых пар в войсках США во время войны во Вьетнаме было установлено наличие генетической предрасположенности к ПТСР, которая была связана с особенностями личности [110]. Генетически обусловленные особенности темперамента, например поиск новизны, частично прогнозировали роль, выбираемую индивидами во время боевых действий. Индивиды с такой чертой личности чаще других выбирали роль, которая подвергала их высокому уровню риска во время сражений. Проблема в том, что такая особенность личности обычно характерна для лиц, выбирающих работу в службах неотложной помощи. Те же, кто склонен избегать опасности, отдают предпочтение более спокойным профессиям. Такая черта, как избегание опасности, является защитной, однако ее нельзя использовать как критерий отбора для работы в службах неотложной помощи. Такие парадоксы отражают сложность этой представляющей интерес сферы.

Социальная поддержка

Социальная поддержка часто упоминается как решающий фактор защиты индивида от последствий катастрофы [111]. Одна из сложных задач, которая возникает при изучении этой проблемы, — отличить реально существующую социальную поддержку от восприятия ее адекватности [112]. Восприятие социальной поддержки в значительной степени предопределяется особенностями личности индивида. В проспективном исследовании

довании выявлено, что характеристики личности, например нейротизм, были важным определяющим фактором восприятия социальной поддержки [113].

Воспринимаемая социальная поддержка зависит скорее от убеждения в доступности тех, кто может помочь, чем от действительного получения помощи. Solomon и коллеги [114] сообщили об интересном наблюдении, показавшем, что у женщин средний уровень доступности поддержки ассоциировался с наиболее благоприятными последствиями. И наоборот, женщины с высоким уровнем доступности поддержки были в худшем положении. В этом исследовании также было установлено, что среди женщин с прекрасной супружеской поддержкой результаты были хуже, чем у тех, у кого семейные отношения были менее близкими. У мужчин, наоборот, отмечена тенденция к лучшим результатам при более крепких семейных отношениях. Это свидетельствует о том, что между мужчинами и женщинами существуют значительные различия, и в ситуации экстремального стресса для женщин сильная привязанность становится скорее бременем, чем поддержкой.

Сопrotивляемость

Vaillant [115] выделил три типа моделей адаптации (соответствие норме, позитивная психология и зрелость), которые обеспечивают контекст для рассмотрения природы сопротивляемости. Многие из атрибутов уравновешенной жизни в условиях провинциального этикета значительно отличаются от навыков, которые позволят индивиду оптимально пережить какой-нибудь критический жизненный стресс. В публикациях по вопросу социальной поддержки указывается, что в условиях чрезвычайной ситуации привязанность может быть фактором риска, тогда как вне такого события это свойство улучшает качество жизни индивида. Из трех типов «модель высокого уровня развития» больше всего характеризует сопротивляемость перед лицом катастрофы. В ситуации, сопровождающейся значительными потерями и бедствиями, необходимо уметь отказаться от прежних убеждений, а также осознать, что более важной ценностью является спасение других людей, а не собственные неудобства и страдания — это важно для того, чтобы вселить чувство надежды.

Реальная задача состоит в разработке схемы для исследования сопротивляемости. Существует ряд временных окон, когда могут проявиться свойства и характеристики индивида. В период, предшествующий катастрофе, готовность предвидеть риск последствий прогнозируемых чрезвычайных ситуаций во многом способствует защите индивида и его партнеров посредством принятия паллиативных мер. Мотивация к подготовке к чрезвычайной ситуации и желание отработать действия, необходимые для спасения, являются характеристиками личности, которые прогнозируют выживание в практическом и психологическом смысле [78]. Такая стратегия поведения представляет собой баланс между реалистичной оценкой будущего и способностью к совершенствованию. Эти качества контрастируют с неоправданным рискованным поведением — с одной стороны и фобическим избеганием угрозы — с другой. Последняя стратегия оставляет человека с глубоким чувством страха и угрозы при отсутствии отработанных навыков справляться с бедствием, если бы оно произошло.

В ситуации быстро возникающей угрозы адаптивное поведение зависит от способности принять повышенную опасность и встретиться лицом к лицу с судьбой, а не пытаться торговаться с ней. В стадии предупреждения о чрезвычайной ситуации часто бывают случаи ложной тревоги, на которые необходимо реагировать, а не игнориро-

вать их. В момент катастрофы адаптивное поведение усиливают следующие качества: устойчивость к потере контроля и способность действовать перед лицом безвыходности. Необходимо побуждать к действиям, способствующим самозащите, а не подвергать человека неоправданному риску. Такие реакции зависят скорее от способности гибко оценивать риск, а не отрицать собственную уязвимость. Только в том случае, если риск не слишком высок, индивид может переключиться с поведения, способствующего собственному выживанию, на деятельность, направленную на спасение других людей. Есть много примеров неспособности реально оценить опасность, которая привела людей к смерти или к тяжелому ранению.

В период после катастрофы сопротивляемость также характеризуется способностью гибко использовать имеющиеся ценные качества и ресурсы. Способность толерантно воспринимать новые руководящие структуры и не пускаться в обвинения, а использовать самокритику позволит индивиду смело посмотреть в лицо опасности и проанализировать ее. Человек скорее должен, где нужно, занять активную позицию, чем надеяться на то, что внешние источники поддержки разрешат ситуацию или окажут помощь. По мере того как чрезвычайная ситуация уходит в прошлое как на уровне сообщества, так и на индивидуальном уровне, важное значение для восстановления ощущения будущей жизни имеет установка, которая вселяет оптимизм, а не деморализацию. Толерантность к дистрессу у себя и у других, а также выход за пределы привязанностей после чрезвычайной ситуации, по-видимому, являются предикторами положительного исхода.

Возраст может оказывать воздействия, не отмеченные в прежнем обсуждении. Хотя мудрость и опыт — важные источники ресурсов перед лицом чрезмерной опасности, неуязвимость молодых людей и их незначительная материальная база означают, что молодежь имеет буфер против ужаса чрезвычайных ситуаций. С другой стороны, молодые люди в ситуации опасности и вызванного катастрофой разрушения не имеют поддержки и структуры, которые обеспечивают карьера и взаимоотношения. В этом отношении необходимо подчеркнуть, что способность выжить в течение короткого промежутка времени не обеспечивает длительной защиты.

Следовательно, существуют различные временные окна, в которых разные способы реагирования обычно становятся защитными. Такие варианты поведения не являются чем-то статичным и могут возникать только перед лицом определенных несчастий. То, что могло быть адаптивным поведением в одних условиях, может не быть таковым в других. Эти особенности наглядно показывают, почему в научных исследованиях чаще всего тяжело продемонстрировать сопротивляемость. Хотя население очень часто толерантно относится к исследованию воздействий на здоровье после чрезвычайных ситуаций, оно меньше готово участвовать в исследованиях по изучению особенностей поведения, имеющих исключительно научную направленность. Кроме того, эти исследования требуют значительной теоретической подготовки на фоне фундаментальных знаний литературы.

ВЫВОДЫ

Вкладом в исследование чрезвычайных ситуаций стали значимые данные, позволившие понять более общую связь между психическим расстройством и значимыми событиями. Насущной проблемой, которая беспокоила ученых, пытающихся исследовать взаимосвязь между повседневными событиями и психическим расстройством, был во-

прос причины и следствия. Продольные (лонгитудинальные) исследования значимых событий показали, что они, по-видимому, возникали из-за психического расстройства; наблюдалась и противоположная связь, когда расстройство возникало как следствие некоторых неблагоприятных событий.

Чрезвычайные ситуации в силу их природы находятся за пределами контроля индивида. Другими словами, они являются в полном смысле слова независимыми значимыми событиями, поэтому методологически относительно сложно приступить к изучению этих причинных связей. Однако одна из проблем, которые возникают во время большинства чрезвычайных ситуаций, — это отсутствие предшествующей оценки адаптации населения. Это очень важная проблема, потому что в большинстве исследований не учитывались ранее существовавшие психические заболевания в популяциях, переживших чрезвычайную ситуацию. Существенным является вопрос, каким образом психотравмирующие переживания модифицируют имеющиеся симптомы, а также характер психопатологической симптоматики, которая возникает у большинства людей, хорошо адаптированных на момент чрезвычайной ситуации. Поэтому необходимо отдельно исследовать ПТСР, спровоцированное психотравмирующим событием у тех, кто был к нему предрасположен, и «истинное ПТСР», т. е. возникшее у индивидов, не имевших симптомов на момент катастрофы.

На этом фоне эпидемиологические исследования по изучению воздействия чрезвычайных ситуаций показывают, что немногие события способствуют развитию расстройства у большинства переживших их людей. Следовательно, важно сформировать концептуальное представление о разнообразных характеристиках окружающей среды и индивида, действующих как соответствующие факторы риска или защиты. В действительности популяционные исследования отражают вариабельность последствий среди индивидов, и эти различия часто теряются из виду из-за метода, который требует использовать статистический анализ для группирования исходов. Особенно в ситуациях относительно слабого воздействия такие факторы уязвимости, как преморбидные особенности личности и предшествующее психическое расстройство, играют важную роль [116].

Таким образом, чтобы лучше объяснить вероятность развития ПТСР, нужно выявить факторы уязвимости и защитные факторы. Посттравматическое стрессовое расстройство и другие связанные с травмой расстройства представляют собой результат комплексной биопсихосоциальной матрицы переменных. Эти факторы могут действовать вдоль разных осей. Значимое событие в жизни индивида происходит в контексте, представляющем собой основание, на котором возникает расстройство. Характер стрессора и среда восстановления включают в себя ряд взаимодействий, модифицирующих способность индивида ослаблять посттравматический дистресс. Именно в период после чрезвычайной ситуации эти факторы уязвимости могут играть существенную роль. С другой стороны, важно подчеркнуть, что ПТСР может возникнуть у прежде здоровых индивидов, чья умеренная уязвимость при других обстоятельствах имела бы небольшое значение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bland S., O'Leary E., Farinano E., Jossa F., Trevisan M. (1996) Long-term psychological effects of natural disasters. *Psychosom Med*, **58**: 18–24.
2. Bolton D., O'Ryan D., Udwin O., Boyle S., Yule W. (2000) The long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: II. General psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry All Discipl*, **41**: 513–523.

3. Green B., Solomon S. (1995) The mental health impact of natural and technological disasters. In J. Freedy and S. Hobfoll (Eds.), *Traumatic Stress: From Theory to Practice*, pp. 163–180. Plenum, New York.
4. Green B., Grace M., Gleser G. (1985) Identifying survivors at risk: long-term impairment following the Beverly Hills Supper Club fire. *J Consult Clin Psychol*, **53**: 672–678.
5. Smith E., North C., Spitznagel E. (1993) Post-traumatic stress in survivors of three disasters. *J Soc Behav Person*, **8**: 353–368.
6. Udwin O., Boyle S., Yule W., Bolton D., O’Ryan D. (2000) Risk factors for long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: predictors of PTSD. *J Child Psychol Psychiatry All Discipl*, **41**: 969–979.
7. Stierlin E. (1909) Über psychoneuropathische Folgezustände bei den Überlebenden der Katastrophe von Courrières am 10. Doctoral dissertation, University of Zurich.
8. Stierlin E. (1911) Nervöse und psychische Störungen nach Katastrophen. *Dtsch Med Wochenschr*, **37**: 2028–2035.
9. Kardiner A. (1941) *The Traumatic Neuroses of War*. Hober, New York.
10. McFarlane A.C., van der Kolk B.A. (1996) Trauma and its challenge to society. In B. van der Kolk, A.C. McFarlane, L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*, pp. 24–46. Guilford, New York.
11. Weisaeth L. (1996) PTSD: the stressor response relationship. In E. Gillier, L. Weisaeth (Eds.), *Post Traumatic Stress Disorder*. Baillière’s Clinical Psychiatry, International Practice and Research, Vol. 2, pp. 191–216.
12. Norris F.H., Friedman M.J., Watson P.J., Byrne C.M., Diaz E., Kaniasty K. (2002) 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981–2001. *Psychiatry*, **65**: 207–239.
13. Weisaeth L., Tonnessen A. (2003) Responses of individuals and groups to consequences of technological disasters and radiation exposure. In R.J. Ursano (Ed.), *Terrorism and Disaster: Individual and Community Mental Health Interventions*, pp. 209–235. Cambridge University Press, New York.
14. Briere J., Elliott D. (2000) Prevalence, characteristics and long-term sequelae of natural disaster exposure in the general population. *J Trauma Stress*, **13**: 661–679.
15. van der Kolk B.A. (1996) Trauma and memory. In B. van der Kolk, A.C. McFarlane, L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*, pp. 279–302. Guilford, New York.
16. Sykes J.B. (Ed.) (1987) *The Concise Oxford Dictionary*, 7th edn. Clarendon Press, Oxford.
17. Green B.L. (1996) Traumatic stress and disaster: mental health effects and factors influencing adaptation. In F. Lieh-Mak, C.C. Nadelson (Eds.), *International Review of Psychiatry*, Vol. 2, pp. 177–210. American Psychiatric Press, Washington, DC.
18. Kinston W., Rosser R. (1974) Disaster: effect on medical and physical state. *J Psychosom Res*, **18**: 437–456.
19. Norris F. (1992) Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *J Consult Clin Psychol*, **60**: 409–418.
20. Pynoos R.S., Goenjian A., Tashjian M., Karakashian M., Manjikian R., Manoukian G., et al. (1993) Post-traumatic stress reactions in children after the 1988 Armenian earthquake. *Br J Psychiatry*, **163**: 239–247.
21. Smith E.M., North C.S. (1993) Posttraumatic stress disorder in natural disasters and technological accidents. In J.P. Wilson, B. Raphael (Eds.), *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*, pp. 405–419. Plenum, New York.
22. Rubords A., Bickman L. (1991) Psychological impairment in the wake of disaster: the disaster-psychopathology relationship. *Psychol Bull*, **109**: 384–399.
23. Tucker P., Dickson W., Pfefferbaum B., McDonald N., Alien G. (1997) Traumatic reactions as predictors of posttraumatic stress six months after the Oklahoma City bombing. *Psychiatr Serv*, **48**: 1191–1194.
24. Dew M., Bromet E. (1993) Predictors of temporal patterns of psychiatric distress during 10 years following the nuclear accident at Three Mile Island. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, **28**: 49–55.
25. Turner S., Thompson J., Rosser R. (1995) The Kings Cross fire: psychological reactions. *J Trauma Stress*, **8**: 419–427.
26. Selley C., King E., Peveler R., Osola K., Martin N., Thompson C. (1997) Posttraumatic stress disorder symptoms and the Clapham rail accident. *Br J Psychiatry*, **171**: 478–482.
27. Dougall A., Herberman H., Delahanty D., Inslicht S., Baum A. (2000) Similarity of prior trauma exposure as a determinant of chronic stress responding to an airline disaster. *J Consult Clin Psychol*, **68**: 290–295.

28. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (1993) *World Disaster Report, 1993*. Nijhoff, Dordrecht.
29. Durkin M.S., Khan N., Davidson L., Zaman S., Stein Z. (1993) The effects of a natural disaster on child behavior: evidence for posttraumatic stress. *Am J Publ Health*, **83**: 1549–1553.
30. Kato H., Asukai N., Miyake Y., Minakawa K., Nishiyama A. (1996) Posttraumatic symptoms among younger and elderly evacuees in the early stages following the 1995 Hanshin-Awaji earthquake in Japan. *Acta Psychiatr Scand*, **93**: 477–481.
31. Kitayama S., Okada Y., Takumi T., Takada S., Inagaki Y., Nakamura H. (2000) Psychological and physical reactions of children after the Hanshin-Awaji earthquake disaster. *Kobe J Med Sci*, **46**: 189–200.
32. Wang X., Gao L., Shinfuku N., Zhang H., Zhao C., Shen Y. (2000) Longitudinal study of earthquake-related PTSD in a randomly selected community sample in North China. *Am J Psychiatry*, **157**: 1260–1266.
33. Yang Y.K., Yeh T.L., Chen C.C., Lee C.K., Lee I.H., Lee L.C., Jeffries K.J. (2003) Psychiatric morbidity and posttraumatic symptoms among earthquake victims in primary care clinics. *Gen Hosp Psychiatry*, **25**: 253–261.
34. Salcioglu E., Basoglu M., Livanou M. (2003) Long-term psychological outcome for non-treatment-seeking earthquake survivors in Turkey. *J Nerv Ment Dis*, **191**: 154–160.
35. American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd edn. American Psychiatric Association, Washington, DC.
36. Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E. (1995) Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*, **52**: 1048–1060.
37. Creamer M., Burgess P., McFarlane A. (2001) Posttraumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychol Med*, **31**: 1237–1247.
38. McFarlane A.C., Clayer J.R., Bookless C.L. (1997) Psychiatric morbidity following a natural disaster: an Australian Bushfire. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, **32**: 261–268.
39. Cao H., McFarlane A.C., Klimidis S. (2003) Prevalence of psychiatric disorder following the 1988 Yun Nan (China) earthquake. The first 5-month period. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, **38**: 204–212.
40. Donker G.A., Yzermans C.J., Spreeuwenberg P., van der Zee J. (2002) Symptom attribution after a plane crash: comparison between self-reported symptoms and GP records. *Br J Gen Pract*, **52**: 917–922.
41. Asarnow J., Glynn S., Pynoos R.S., Nahum J., Guthrie D., Cantwell D.P., et al. (2000) When the earth stops shaking: earthquake sequelae among children diagnosed for pre-earthquake psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, **39**: 141–142.
42. Weiss D., Marmar C., Metzler T., Ronfeldt H. (1995) Predicting symptomatic distress in emergency services personnel. *J Consult Clin Psychol*, **63**: 361–368.
43. McFarlane A.C., Papay P. (1992) Multiple diagnoses in posttraumatic stress disorder in the victims of a natural disaster. *J Nerv Ment Dis*, **180**: 498–504.
44. Norris F., Phifer J., Kanisty K. (1994) Individual and community reactions to the Kentucky floods: findings from a longitudinal study of older adults. In R. Ursano, B. McCaughey, C. Fullerton (Eds.), *Individual and Community Responses to Trauma and Disaster: The Structure of Human Chaos*, pp. 378–400. Cambridge University Press, Cambridge, UK.
45. La Greca A., Silverman W., Vernberg E., Prinstein M. (1996) Symptoms of posttraumatic stress in children after Hurricane Andrew: a prospective study. *J Consult Clin Psychol*, **64**: 712–723.
46. Alexander D. (1993) Stress among police body handlers: a long-term follow-up. *Br J Psychiatry*, **163**: 806–808.
47. Bravo M., Rubio-Stipec M., Canino G., Woodbury M., Ribera J. (1990) The psychological sequelae of disaster stress prospectively and retrospectively evaluated. *Am J Commun Psychol*, **18**: 661–680.
48. Warheit G., Zimmerman R., Khoury E., Vega W., Gil A. (1996) Disaster related stresses, depressive signs and symptoms, and suicidal ideation among a multi-racial/ethnic sample of adolescents: a longitudinal analysis. *J Child Psychol Psychiatry All Discipl*, **37**: 435–444.
49. McFarlane A.C., de Girolamo G. (1996) The nature of traumatic stressors and the epidemiology of posttraumatic reactions, in B. van der Kolk, A.C. McFarlane, L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*, pp. 129–154. Guilford, New York.
50. Laor N., Wolmer L., Kora M., Yucel D., Spirman S., Yazgan Y. (2002) Posttraumatic, dissociative and grief symptoms in Turkish children exposed to the 1999 earthquakes. *J Nerv Ment Dis*, **190**: 824–832.
51. Chemtob C.M., Nakashima J.P., Hamada R.S. (2002) Psychosocial intervention for

- postdisaster trauma symptoms in elementary schoolchildren: a controlled community field study. *Arch Pediatr Adolesc Med*, **156**: 211–216.
52. Chang C.M., Lee L.C., Connor K.M., Davidson J.R., Jeffries K., Lai T.J. (2003) Posttraumatic distress and coping strategies among rescue workers after an earthquake. *J Nerv Ment Dis*, **191**: 391–398.
53. Morgan L., Scourfield J., Williams D., Jasper A., Lewis G. (2003) The Aberfan disaster: 33-year follow-up of survivors. *Br J Psychiatry*, **182**: 532–536.
54. Yule W., Bolton D., Udwin O., O’Ryan D., Nurrish J. (2000) The long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: I. The incidence and course of PTSD. *J Child Psychol Psychiatry All Discipl*, **41**: 503–511.
55. Shore J., Tatum E., Vollmer W. (1986) Psychiatric reactions to disaster: the Mount St. Helens experience. *Am J Psychiatry*, **143**: 590–595.
56. North C., Smith E., Spitznagel E. (1997) One-year follow-up of survivors of a mass shooting. *Am J Psychiatry*, **154**: 1696–1702.
57. Goenjian A., Pynoos R., Steinberg A., Najarian L., Asarnow J., Karayan I., et al. (1995) Psychiatric co-morbidity in children after the 1988 earthquake in Armenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, **34**: 1174–1184.
58. Goenjian A., Steinberg A., Steinberg L., Steinberg L., Tashjian M., Pynoos R. (2000) Prospective study of posttraumatic stress, anxiety, and depressive reactions after earthquake and political violence. *Am J Psychiatry*, **157**: 911–916.
59. Asukai N., Kato H., Kawamura N., Kim Y., Yamamoto K., Kishimoto J., et al. (2002) Reliability and validity of the Japanese-language version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R-J): four studies of different traumatic events. *J Nerv Ment Dis*, **190**: 175–182.
60. Catapano F., Malafrente R., Lepre F., Cozzolino P., Arnone R., Lorenzo E., et al. (2001) Psychological consequences of the 1998 landslide in Samo, Italy: a community study. *Acta Psychiatr Scand*, **104**: 438–442.
61. Carr V., Lewin T., Webster R., Hazell P., Kenardy J., Carter G. (1995) Psychological sequelae of the 1989 Newcastle earthquake: I. Community disaster experiences and psychological morbidity 6 months post-disaster. *Psychol Med*, **25**: 539–555.
62. Carr V.J., Lewin T.J., Kenardy J.A., Webster R.A., Hazell P.L., Carter G.L., et al. (1997) Psychosocial sequelae of the 1989 Newcastle earthquake: III. Role of vulnerability factors in post-disaster morbidity. *Psychol Med*, **27**: 179–190.
63. Carr V., Lewin T., Webster R., Kenardy J., Hazell P., Carter G. (1997) Psychosocial sequelae of the 1989 Newcastle earthquake: II. Exposure and morbidity profiles during the first years post-disaster. *Psychol Med*, **27**: 167–177.
64. Koopman C., Classen C., Spiegel D. (1996) Dissociative responses in the immediate aftermath of the Oakland/Berkeley firestorm. *J Trauma Stress*, **9**: 521–540.
65. McFarlane A.C., Atchison M., Rafalowicz E., Papay P. (1994) Physical symptoms in post-traumatic stress disorder. *J Psychosom Res*, **38**: 715–726.
66. Pfefferbaum B., Doughty D. (2001) Increased alcohol use in a treatment sample of Oklahoma City bombing victims. *Psychiatry*, **64**: 296–303.
67. North C.S., Nixon S.J., Shariat S., Mallonee S., McMillen J.C., Spitznagel E.L., et al. (1999) Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing. *JAMA*, **282**: 755–762.
68. Lutgendorf S., Antoni M., Ironson G., Fletcher M., Penedo F., Baum A., et al. (1995) Physical symptoms of chronic fatigue syndrome are exacerbated by the stress of Hurricane Andrew. *Psychosom Med*, **57**: 310–323.
69. Escobar J., Canino G., Rubio-Stipic M., Bravo M. (1992) Somatic symptoms after a natural disaster: a prospective study. *Am J Psychiatry*, **149**: 965–967.
70. Brooks N., McKinlay W. (1992) Mental health consequences of the Lockerbie disaster. *J Trauma Stress*, **5**: 527–543.
71. Yule W., Udwin O., Bolton D. (2002) Mass transportation disasters. In A.M. La Greca, W.K. Silverman, E.M. Vernberg, M.C. Roberts (Eds.), *Helping Children Cope with Disasters and Terrorism*, pp. 223–239. American Psychological Association, Washington, DC.
72. Ironson G., Wynings C., Schneiderman N., Baum A., Rodriguez M., Greenwood D., et al. (1997) Posttraumatic stress symptoms, intrusive thoughts, loss, and immune function after Hurricane Andrew. *Psychosom Med*, **59**: 128–141.
73. Maes M., Mylle J., Delmeire L., Janca A. (2001) Pre- and post-disaster negative life events in relation to the incidence and severity of posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Res*, **105**: 1–12.
74. Smith E.M., Robins L.N., Pryzbeck T.R. (1986) Psychosocial consequences of a disaster. In J.H. Shaw (Ed.), *Disaster Studies, New Methods and Findings*, pp. 49–76. American Psychiatric Press, Washington, DC.

75. Armenian H.K., Morikawa M., Melkonian A.K., Hovanesian A., Akiskal K., Akiskal H.S. (2002) Risk factors for depression in the survivors of the 1988 earthquake in Armenia. *J Urban Health*, **79**: 373–382.
76. Weisaeth L. (1996) PTSD: vulnerability and protective factors. In E. Giller, L. Weisaeth (Eds.), *Post Traumatic Stress Disorder*. Baillière's Clinical Psychiatry, International Practice and Research, Vol. 2, pp. 217–228.
77. Brewin C.R., Andrews B., Valentine J.D. (2000) Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult din Psychol*, **68**: 748–766.
78. Carlier I., Gersons B. (1997) Stress reactions in disaster victims following the Bijmermeer plane crash. *J Trauma Stress*, **10**: 329–335.
79. Armenian H.K., Morikawa M., Melkonian A.K., Hovanesian A.P., Haroutunian N., Saigh P.A., et al. (2000) Loss as a determinant of PTSD in a cohort of adult survivors of the 1988 earthquake in Armenia: implications for policy. *Acta Psychiatr Scand*, **102**: 58–64.
80. Weisaeth L. (1989) The stressors and the post-traumatic stress syndrome after an industrial disaster. *Acta Psychiatr Scand*, **80**(Suppl. 355): 25–37.
81. Epstein R., Fullerton C., Ursano R. (1998) Posttraumatic stress disorder following an air disaster: a prospective study. *Am J Psychiatry*, **155**: 934–938.
82. Erslund S., Weisaeth L., Sund A. (1989) The stress upon rescuers involved in an oil rig disaster: Alexander L. Kielland 1980. *Acta Psychiatr Scand*, **80**(Suppl. 355): 38–49.
83. Jenkins S. (1997) Coping and social support among emergency dispatchers: Hurricane Andrew. *J Soc Behav Person*, **12**: 201–216.
84. Dyregrov A., Kristofferson J., Gjestad R. (1996) Voluntary and professional disaster-workers: similarities and differences in reactions. *J Trauma Stress*, **9**: 541–555.
85. Jones D. (1985) Secondary disaster victims: the emotional effects of recovering and identifying human remains. *Am J Psychiatry*, **142**: 303–307.
86. McFarlane A.C., Cao H. (1993) The study of a major disaster in the People's Republic of China. The Yunnan Earthquake. In B. Raphael, J. Wilson (Eds.), *The International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*, pp. 493–498. Plenum, New York.
87. Phifer J., Norris F. (1989) Psychological symptoms in older subjects following natural disasters: nature, timing and duration in course. *J Gerontol Soc Sci*, **44**: 207–217.
88. Janney J.G., Masuda M., Holmes T.H. (1977) Impact of a natural catastrophe on life events. *J Human Stress*, **3**: 22–34.
89. Anderson K., Manuel G. (1994) Gender differences in reported stress response to the Loma Prieta earthquake. *Sex Roles*, **30**: 725–733.
90. American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn. American Psychiatric Association, Washington, DC.
91. Knight B., Gatz M., Heller K., Bengston V. (2000) Age and emotional response to the Northridge earthquake: a longitudinal analysis. *Psychol Aging*, **15**: 627.
92. Hobfoll S., Lilly R. (1993) Resource conservation as a strategy for community psychology. *J Commun Psychol*, **21**: 128–148.
93. Arata C.M., Picou J.S., Johnson G.D., McNally T.S. (2000) Coping with technological disaster: an application of the conservation of resources model to the Exxon Valdez oil spill. *J Trauma Stress*, **13**: 23–39.
94. Benight C.C., Ironson G., Klebe K., Carver C., Wynings C., Greenwood D., et al. (1999) Conservation of resources and coping self-efficacy predicting distress following a natural disaster: a causal model analysis where the environment meets the mind. *Anxiety, Stress, and Coping*, **12**: 107–126.
95. McFarlane A.C. (1989) The aetiology of post-traumatic morbidity: predisposing, precipitating and perpetuating factors. *Br J Psychiatry*, **154**: 221–228.
96. Burnett K., Ironson G., Benight C., Wynings C., Greenwood D., Carver C., et al. (1997) Measurement of perceived disruption during rebuilding following Hurricane Andrew. *J Trauma Stress*, **10**: 673–681.
97. Kwon Y., Maruyama S., Morimoto K. (2001) Life events and posttraumatic stress in Hanshin-Awaji earthquake victims. *Environ Health Prevent Med*, **6**: 97–103.
98. Havenaar J.M., Rummyantzeva G.M., van den Brink W., Poelijoe N.W., van den Bout J., van Engeland H., et al. (1997) Long-term mental health effects of the Chernobyl disaster: an epidemiologic survey in two former Soviet regions. *Am J Psychiatry*, **154**: 1605–1607.
99. Goenjian A.K., Molina L., Steinberg A.M., Fairbanks L.A., Alvarez M.L., Goenjian H.A., et al. (2001) Posttraumatic stress and depressive reactions among Nicaraguan adolescents after Hurricane Mitch. *Am J Psychiatry*, **158**: 788–794.

100. Jones R., Frary R., Cunningham P., Weddle J., Kaiser L. (2001) The psychological effects of Hurricane Andrew on ethnic minority and Caucasian children and adolescents: a case study. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, **7**: 103–108.
101. Lima B., Pai S., Santacruz H., Lozano J. (1991) Psychiatric disorders among poor victims following a major disaster: Armero, Colombia. *J New Ment Dis*, **179**: 420–427.
102. McFarlane A.C. (1986) Long-term psychiatric morbidity of a natural disaster: the implications for disaster planners and emergency services. *Med J Australia*, **145**: 561–563.
103. Solomon S. (2002) Gender differences in response to disaster. In G. Weidner, S. Kopp, M. Kristenson (Eds.), *Heart Disease: Environment, Stress, and Gender*, NATO Science Series I: Life and Behavioural Sciences, 327, pp. 267–274. IOS Press, Amsterdam.
104. Green B.L., Korol M., Grace M.C., Vary M.G., Leonard A.C., Gleser G.C., et al. (1991) Children and disaster: age, gender, and parental effects on PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, **30**: 945–951.
105. McFarlane A.C., Policansky S.K., Irwin C.P. (1987) A longitudinal study of the psychological morbidity in children due to a natural disaster. *Psychol Med*, **17**: 727–738.
106. Bromet E.J., Goldgaber D., Carlson G., Panina N., Golovakha E., Gluzman S.F., et al. (2000) Children's well-being 11 years after the Chernobyl catastrophe. *Arch Gen Psychiatry*, **57**: 563–571.
107. Spurrell M., McFarlane A.C. (1993) Posttraumatic stress disorder and coping after a natural disaster. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, **28**: 194–200.
108. Chung M., Easthope Y., Chung C., Clark-Carter D. (2001) Traumatic stress and coping strategies of seesternary victims following an aircraft disaster in Coventry. *Stress and Health*, **17**: 67–75.
109. Wessely S. (2003) The role of screening in the prevention of psychological disorders arising from major trauma: pros and cons. In R.J. Ursano, C.S. Fullerton, A.E. Norwood (Eds.), *Terrorism and Disaster: Individual and Community Mental Health Interventions*, pp. 121–145. Cambridge University Press, Cambridge, UK.
110. True W., Lyons M. (1999) Genetic factors for PTSD: a twin study. In R. Yehuda (Ed.), *Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder*, pp. 61–78. American Psychiatric Association Press, Washington, DC.
111. Norris P., Kaniasty K. (1996) Received and perceived social support in times of stress: a test of the social support deterioration deterrence model. *J Person Soc Psychol*, **71**: 498–511.
112. Kaniasty K., Norris F., Murrell S. (1990) Perceived and received social support following natural disaster. *J Appl Soc Psychol*, **20**: 85–114.
113. Henderson S., Byrne G., Duncan-Jones P., Scott R., Adcock S. (1980) Social relationships, adversity and neurosis: a study of associations in a general population sample. *Br J Psychiatry*, **136**: 574–583.
114. Solomon Z., Mikulincer M., Hobfoll S.E. (1987) Objective versus subjective measurement of stress and social support: combat-related reactions. *J Consult Clin Psychol*, **55**: 577–583.
115. Vaillant G.E. (2003) Mental health. *Am J Psychiatry*, **160**: 1373–1384.
116. Maj M., Starace F., Crepet P., Lobracc S., Veltro F., De Marco F., et al. (1989) Prevalence of psychiatric disorders among subjects exposed to a natural disaster. *Acta Psychiatr Scand*, **79**: 544–549.

Переоценка связи между чрезвычайными ситуациями и психопатологией

Rachel Yehuda и Linda M. Bierer

Bronx Veterans Affairs Medical Center, New York, USA

ВВЕДЕНИЕ

Некоторые люди предрасположены к возникновению психопатологической симптоматики после воздействия на них событий, вызывающих чувство беспомощности и ужаса, однако у большинства наблюдаются только преходящие симптомы, которые большей частью постепенно исчезают на протяжении нескольких недель или месяцев. Очень сложно установить, что способствует превращению нормальной реакции в патологическую, поскольку неясно, следует ли и до какой степени определять наличие психологических симптомов, возникающих вследствие воздействия травмы, как функцию времени (т. е. в соответствии с моделью «восстановления»). Или наоборот, представляет ли собой следующая за травмой патологическая реакция возможную траекторию к нормальной реакции. В соответствии с первой моделью психопатология определяется стойкостью симптомов, которые при других обстоятельствах, т. е. в ограниченный период времени непосредственно после события, считались бы нормальными. В соответствии со второй моделью патология определяется наличием вначале совершенно других реакций на стресс, приводящих к цепочке явлений, результатом которых являются устойчивые симптомы в виде навязчивых воспоминаний о травме, избегания напоминаний о происшедшем и повышенного возбуждения.

Определенные трудности сопровождают и попытки установить, на какие из следующих за психотравмирующими событиями реакций индивидов следует обращать внимание, чтобы представить или спрогнозировать психопатологию. Это связано с тем, что разделение на «патологическое» и «нормальное» предполагает наличие дихотомии, которая клинически может отсутствовать. До сих пор не совсем ясно, следует ли рассматривать сохраняющиеся длительное время симптомы исходя из спектра относительно уровня функционирования, иначе, представляют ли собой, по сути, особую популяцию те, у кого после воздействия травмы возникает психическое заболевание. Последнее утверждение поддерживает дихотомический подход к пониманию реакций на травму, например, как либо патологических, либо нормальных, однако первое в большей степени согласуется с наиболее традиционными концепциями посттравматических стресс-реакций, равно как и с современной клинической практикой.

Существует множество разнообразных типов реакций на событие, воспринимаемое как потенциальная угроза жизни. Эти реакции отражают ассоциированные с травмой переживания утраты, угрозы или ранения, а также то, как эта травма оценивается индивидом с учетом его прошлого опыта и текущих жизненных обстоятельств. Однако до настоящего времени было сложно прогнозировать возникновение продолжительных реакций на травму, основываясь только на острой реакции на психотравмирующее событие, в особенности для какого-либо конкретного индивида. Ответ на вопрос, является ли возникновение как кратковременных, так и продолжительных реакций на воздействие травмы результатом влияния *факторов риска* или же отражением присутствия *факторов сопротивляемости*, поможет дифференцировать, какие реакции, вероятнее всего, представляют собой патологию? Если мы утверждаем, что восстановление представляет собой нормальную реакцию на травму, то большое значение для понимания того, как развивается психопатология, приобретают факторы риска. Если же мы говорим, что воздействие травмы само по себе является достаточно мощным «токсином», который способен вызвать удерживающуюся длительное время патологию, то для понимания таких реакций факторы риска становятся менее значимыми. В таком случае главное внимание должно быть сосредоточено на «дозе» воздействующей травмы и/или на неспособности индивида воспользоваться ресурсами в посттравматический период, например социальной поддержкой, которые при нормальных обстоятельствах защищают его от развивающихся естественным путем симптомов (т. е. факторы, способствующие сопротивляемости).

КАК ОПРЕДЕЛИТЬ, ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ РЕАКЦИЯ, СЛЕДУЮЩАЯ НЕПОСРЕДСТВЕННО ЗА ТРАВМОЙ, ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ?

У большинства людей непосредственно после психотравмирующего события наблюдаются такие симптомы, как нарушения сна и концентрации внимания, раздражительность, кошмарные сновидения, периодически повторяющиеся мысли о травме или состоянии дистресса при напоминании о произошедшем событии. Однако эти симптомы сохраняются недолго. Возникает вопрос, можно ли присутствие даже множества таких симптомов в тот момент, когда их возникновение оправданно, считать патологией. Вопрос о том, как относиться к таким симптомам, важен с точки зрения практического здравоохранения, так как он поднимает еще большую проблему — нужны или нет вмешательства при наличии ранних симптомов.

Понятно, что большинство людей справляются с ранними посттравматическими симптомами. Этот феномен можно проиллюстрировать результатами нескольких проспективных (продольных) исследований, в том числе и недавно проведенными Нью-Йоркской медицинской академией после атак террористов 11 сентября 2001 года в Нью-Йорке. По данным сообщений, через пять–восемь недель после атак распространенность сформированных симптомов посттравматического стрессового расстройства составляла 7,5% среди отобранных в случайном порядке испытуемых, проживающих южнее 110-й улицы, при этом наиболее высокий риск отмечен у тех, кто пережил наиболее мощное воздействие или перенес тяжелую личную утрату. Когда спустя шесть месяцев после атак была исследована другая случайно отобранная группа из этой же когорты, только у 1,7% испытуемых отмечались симптомы ПТСР [2]. Конечно, исходя из этих результатов можно прийти к выводу, что в данном случае в целом произошло

восстановление состояния членов общины Нью-Йорка от первоначального воздействия атак 11 сентября. Эти результаты поднимают два важных вопроса. Первый: действительно ли симптомы, первоначально расцениваемые как ПТСР, представляют собой реальный клинический синдром, требующий лечения, или они скорее всего просто отражают временный дистресс, а не психическое заболевание? И второй: можно ли было идентифицировать непосредственно после травмы сравнительно меньшую группу лиц с устойчивыми симптомами?

КАКИМИ РЕАКЦИЯМИ НА ТРАВМУ ДОЛЖНЫ ЗАНИМАТЬСЯ СПЕЦИАЛИСТЫ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ?

В большинстве дискуссий по поводу длительных патологических реакций, следующих за психотравмирующими событиями, незримо присутствует предположение, что все, что относится к тяжелым последствиям этих событий, представляет собой ПТСР. Однако это расстройство является всего лишь одним из нескольких возможных последствий воздействия травмы. У лиц, выживших после травмы, в отличие от тех, кто не подвергался ее воздействию, отмечается повышенный риск возникновения других психических расстройств. К ним относятся тяжелая (большая) депрессия, паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство и злоупотребление психоактивными веществами, а также стойкие симптомы тревоги и дистресса, не соответствующие критериям конкретного психического расстройства [3]. Более того, выжившие после травмы относятся к группе риска возникновения соматических симптомов и расстройств, особенно артериальной гипертензии, бронхиальной астмы, хронических болевых синдромов и других психосоматических заболеваний. Интересно, что в большинстве исследований, проведенных после катастроф (независимо от того, были они стихийными или антропогенными), поразивших огромное количество людей, основное внимание уделялось ПТСР, хотя оно не является ни неизбежным, ни прототипичным [5]. Из-за этого большим пробелом в наших знаниях является отсутствие понимания связи между воздействием травмы и другими потенциально губительными ее последствиями. В будущих исследованиях следует использовать более обоснованные подходы в оценке лиц, оставшихся в живых после катастроф. Исследования необходимо проводить как непосредственно после психотравмирующих событий, так и в более отдаленные периоды, с тем чтобы гарантировать, что будет охвачен весь спектр последствий, имеющих отношение к психическому здоровью, и все варианты их течения во времени.

ДЕЙСТВИТЕЛЬНО ЛИ ДИАГНОЗ ПТСР ЭФФЕКТИВЕН ДЛЯ СИСТЕМАТИЗАЦИИ СИМПТОМОВ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ТРАВМЫ?

Когда в 1980 году посттравматическое стрессовое расстройство было утверждено как диагностическая категория, оно было концептуализировано не как патологическая, а скорее как нормальная реакция на ненормальные обстоятельства экстремальной травмы. Считалось, что ПТСР представляет собой «психопатологию» лишь настолько, насколько эта «нормальная реакция» приводила к комплексу симптомов нарушения адаптации. В основе концепции ПТСР лежала идея, что нет необходимости подтверждать у жертв наличие симптомов или плохого социального, профессионального либо межличност-

ного функционирования, поскольку само по себе воздействие объясняет формирование симптомов. Разработчики ПТСР были обеспокоены тем, что без этой диагностической категории связанные со стрессом симптомы рассматриваются как проходящие и не требующие интенсивного лечения (см. обзор в [6]). Таким образом, то, в какой степени диагноз хронического ПТСР стал признаком психопатологической реакции на травму, представляет собой серьезное парадигматическое отклонение от первоначального замысла введения этой диагностической категории.

Диагноз ПТСР сначала был предложен в отсутствие результатов проспективных (продольных) исследований, характеризующих естественное течение симптомов. Это предложение скорее основывалось на клинической картине, наблюдавшейся у пациентов с хронической симптоматикой, которые часто утрачивали трудоспособность. В дальнейшем не было попыток дифференцировать симптомы у выживших после травмы пациентов, выглядевших менее инвалидизированными и демонстрировавших более эффективное общее функционирование. В настоящее время известно, что уцелевшие после травмы лица, которые имели симптомы, не полностью соответствовавшие критериям диагностики ПТСР, и, по-видимому, достаточно хорошо функционировали (например, не сообщали о высоком уровне субъективного дистресса и почти полностью сохраняли прежний уровень профессионального и межличностного функционирования), могут все же подтвердить, что испытывали дистресс, сталкиваясь с ситуациями, напоминающими о травме. Кроме того, у них отмечались симптомы активного избегания, например забывание обстоятельств травмы или избегание напоминаний о событии. Можно ли такие симптомы считать патологическими, если они ассоциируются только с умеренным или поддающимся коррекции субъективным дистрессом и возникают при отсутствии функциональных отклонений? Необходимо ли при оценке долгосрочных реакций на предмет того, являются ли они патологическими, включать более специфические критерии, отражающие функциональную нетрудоспособность, например невыходы на работу или уклонение от семейных обязанностей, сниженную продуктивность, потерю работы или слишком частое обращение в медицинские учреждения? Более того, имеются ли определенные симптомы, наличие которых ассоциируется с более выраженными функциональными нарушениями по сравнению с другими? Без исследования этих вопросов сложно анализировать траекторию развития острой реакции в сторону психопатологии.

ОСНОВНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ХРОНИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ, ПРИСУТСТВУЮЩИЕ В ОСТРОЙ СТАДИИ

Вообще говоря, исследователям не удалось показать, что тяжесть навязчивых симптомов, избегания и повышенного возбуждения в течение нескольких дней, следующих за психотравмирующим событием, ассоциируется с дальнейшим возникновением ПТСР. Тем не менее более выраженная тяжесть симптомов в течение одной–двух недель после травмы и позже положительно ассоциировалась с тяжестью последующих симптомов [7]. С другой стороны, достаточно бесспорным является факт, что у лиц с низким уровнем симптомов непосредственно после такого события отсутствует риск возникновения в дальнейшем ПТСР. Эти результаты исследований согласуются с точкой зрения, что ПТСР как психопатологический процесс отражает неспособность к восстановлению.

В некоторых исследованиях обнаружена взаимосвязь между околотравматической диссоциацией и последующим возникновением ПТСР [5, 8–10]. В одном не-

давно проведенном метаанализе сообщается, что единственным и самым надежным предиктором ($r = 0,35$) последующего развития ПТСР среди подвергшихся травме индивидов была околотравматическая диссоциация [11]. Однако такая связь не была стойким результатом [12–15], а там, где она отмечалась, часто объяснялась эффектом взаимодействий ковариат [16, 17]. В проспективных исследованиях также не удалось подтвердить, что околотравматическая диссоциация является надежным предиктором хронического ПТСР (например, [15–18]). Одна из важных методологических проблем — установление различий между истинной околотравматической диссоциацией, т. е. диссоциативными симптомами, возникающими в момент травмы или непосредственно после нее, и более поздними симптомами деперсонализации или дереализации, возникающими в первые недели после воздействия травмы. Последние необходимы для диагностики острого стрессового расстройства, однако не было доказано, что они могут прогнозировать возникновение ПТСР в большей степени, чем симптомы ПТСР в острый период непосредственно после травмы, т. е. симптомы повторного переживания, избегания и возбуждения. Кроме того, исследования по изучению диссоциации в период непосредственно после травмы в целом не объяснили нарушенную интеллектуальную деятельность, которая сама по себе является фактором риска развития ПТСР и связана с диссоциацией [19]. Действительно, McNally [19] недавно пришел к заключению, что нерешенным остается вопрос, является ли возникающая непосредственно после травмы диссоциация предиктором хронического ПТСР в дополнение к развитию других острых симптомов ПТСР.

Близкой по своему значению к диссоциации является потенциально важная роль состояния паники в момент катастрофы, а также после ее воздействия. Получены данные, указывающие на то, что во время переживания травмы панические приступы наблюдаются у 53–90% выживших индивидов [20]. Кроме того, большинство людей, страдающих острым стрессовым расстройством, сообщают об околотравматических и о посттравматических панических приступах [21]. Galea и коллеги [1] обнаружили, что околотравматическая паника была наиболее надежным предиктором ПТСР в исследовании, проведенном после событий 11 сентября и охватившем 1008 лиц, проживавших южнее 110-й улицы в Манхэттене. Это наблюдение согласуется с результатами исследования 747 офицеров полиции, у которых панические реакции, наблюдавшиеся в период событий 11 сентября, оказались в значительной степени прогностическими в плане возникновения в дальнейшем симптомов ПТСР [22].

McNally [19] попытался сформулировать психологическое объяснение относительно того, почему околотравматическая диссоциация или паника могут быть особенно прогностическими для ПТСР. Он высказал предположение, что такие симптомы могут способствовать катастрофической интерпретации травмы и/или содержать в себе соматический компонент, как следствие, возникает ошибочное убеждение, что эти симптомы являются предвестниками более серьезных нарушений. Действительно, некоторые исследователи продемонстрировали, что негативная оценка каких-либо аспектов психотравмирующего события в околотравматический период способна прогнозировать продолжительную патологию. Например, негативное восприятие реакций других людей (например, «Я чувствую, что сейчас другие люди стыдятся меня») ассоциируется с развитием ПТСР больше, чем прогнозировалось степенью выраженности начальных симптомов. Аналогично было продемонстрировано, что катастрофические атрибуции ответственности за травму в острый посттравматический период предвещали развитие ПТСР [24, 25].

БИОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ ОСТРЫХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ПРЕДИКТОРОВ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ

Неясно, связаны ли, и если да, то в какой степени, эти когнитивные процессы с гормонами стресса или опосредованы ими. Повышенная реакция катехоламиновой системы может лежать в основе или быть непосредственной причиной интенсивной паники, и люди с более выраженным биологическим компонентом страха, по-видимому, будут воспринимать телесные сигналы как дополнительные признаки большей опасности. С другой стороны, предчувствие опасности или другие предрасполагающие когнитивные факторы могут опосредовать повышенную реакцию катехоламинергической системы на данное событие, приводя к панике. Таким образом, предшествовавшие событию когнитивные факторы в свою очередь могут быть (или не быть) причиной, результатом или коррелятом ранее существовавших биологических нарушений. Эти факторы и биологические нарушения могут вместе или по отдельности подготавливать почву для чрезмерной реакции на травму.

Результаты фундаментальных научных исследований по изучению консолидации воспоминаний и обусловливания страха в состоянии повышенной возбудимости (т. е. активации адренергической системы) подтверждают мнение о том, что околотравматическая паника или даже интенсивный дистресс в момент или сразу после психотравмирующего события могут способствовать продуцированию навязчивых воспоминаний. Однако выяснение истинной природы и биологических коррелятов симптомов, которые появляются непосредственно после травмы и/или прогнозируют непрерывность продолжительных симптомов, поможет разработать модели возможных профилактических вмешательств и раннего лечения. Например, поскольку панические реакции ассоциируются с повышенным реагированием катехоламинергической системы в период травмы, ранние решительные вмешательства с использованием аденоблокаторов [26] или когнитивно-поведенческих техник управления стрессом с акцентом на релаксации могут быть наиболее адекватными вмешательствами для лиц, которые впадают в панику в первые часы непосредственно после воздействия травмы.

Для лиц, которые не в состоянии получить помощь в первые часы или дни после травмы, следует определить относительную значимость специфических форм поведения и других факторов, например доступности социальной поддержки, при длительном течении посттравматических реакций и при развитии стойкой психопатологии. Эти данные можно было бы использовать, например, для того, чтобы проинформировать членов семьи и близких о том, как важно их присутствие рядом, простое утешение, подбадривание; при этом им следует объяснить, что не нужно побуждать пострадавшего к подробному изложению (т. е. оживлению в памяти, переживанию заново) обстоятельств травмы до тех пор, пока он не захочет сделать это сам, и только в том объеме, в котором он посчитает нужным.

РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ПРЕДШЕСТВУЮЩИЙ ТРАВМЕ

Возможность прогнозировать потенциальные продолжительные патологические отклонения исходя из острой реакции, например околотравматической паники, имеет существенное значение, однако для понимания процесса развития посттравматических психических расстройств, в конечном счете, необходима оценка факторов риска воз-

никновения этих ранних реакций. Данные о том, что только у части лиц, подвергшихся воздействию травмы, возникают кратковременные и продолжительные симптомы, оправдывают необходимость изучения факторов, которые повышают риск возникновения у них симптомов после воздействия травмы, равно как и факторов, способствующих защите этих индивидов. Концепцию риска можно использовать для описания тех или иных характеристик травмы, которые повышают либо снижают вероятность возникновения симптомов, или специфических характеристик реакции на травму, позволяющих прогнозировать устойчивую симптоматику, как отмечалось в приведенном выше обсуждении. Однако в равной степени ее можно использовать и для описания личностных особенностей, которые повышают вероятность развития посттравматической психопатологии у лиц, переживших психотравмирующее событие. В дальнейшем мы ограничимся обсуждением предшествующего травме риска возникновения ПТСР, для которого в настоящее время идентифицировано множество факторов риска, начиная от ситуационных или средовых и заканчивая семейными и даже генетическими [27].

В результате ретроспективных исследований оказалось, что наиболее высокий риск возникновения ПТСР после травмы наблюдается среди лиц с психопатологией в семейном анамнезе [28], подвергавшихся жестокому обращению в детстве [29], перенесших травму раньше [30, 31]. Существенную роль играют когнитивные факторы, например низкий IQ [32], при некоторых обстоятельствах женский пол [31], а также плохая социальная поддержка [29, 33]. В значительной степени эти результаты были подтверждены проспективными исследованиями, которые показали, что у лиц с низкими показателями восстановления после травмы обычно отмечалось больше описанных выше факторов по сравнению с другими. Однако когда эти факторы риска включили в дискриминантный анализ функций для прогнозирования последующего ПТСР в проспективных исследованиях, ни одна из переменных в отдельности не проявила себя как значимый предиктор. Биологические факторы риска, включая генетическую предрасположенность, не были установлены, однако представляют собой возможный путь исследования, учитывая повышенную конкордантность монозиготных близнецов по ПТСР по сравнению с дизиготными [34]. Более того, у взрослых детей оставшихся в живых жертв холокоста с ПТСР отмечена более высокая распространенность этого расстройства в ответ на собственные психотравмирующие события (по сравнению с взрослыми детьми жертв холокоста, не страдавших ПТСР) [35]. Чтобы установить генетическую основу, необходимо идентифицировать ген или гены, отвечающие за уязвимость по отношению к стрессу. Не имея таких данных, трудно выяснить, в какой степени у членов семей, выживших после травмы, повышенная предрасположенность к ПТСР связана с биологическими или передаваемыми по наследству феноменами, по сравнению с внешними событиями, поскольку в семьях отмечается высокая степень влияния общих средовых факторов.

РОЛЬ БИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ

Возрастает значение результатов биологических исследований в решении проблемы идентификации психопатологии. Первоначально биологическая основа стресса и стресс-реакции была принята как релевантная модель для изучения ПТСР. Это предположение представляло собой интеллектуальное оправдание для интерпретации ПТСР как явления,

расположенного вдоль континуума «нормальных» реакций на неблагоприятное воздействие. Хотя всеобъемлющий обзор нейробиологии ПТСР выходит за рамки этой главы, результаты нейробиологических исследований этого расстройства имеют отношение к теме идентификации ПТСР как патологической или непатологической реакции на травму. Наиболее значимыми для нашей дискуссии являются повторные наблюдения и характер особой группы биологических нарушений, ассоциируемых с симптомами ПТСР [36]. Некоторые из наблюдавшихся биологических нарушений, по меньшей мере, отражают изменения в реагирующих на стресс системах (например, система гипоталамус–гипофиз–надпочечники). Эти изменения существенно отличаются от тех, которые можно было бы прогнозировать на основании данных литературы, посвященной проблеме стресса. Более того, обнаружено, что нарушения у индивидов с ПТСР отличаются от изменений у лиц без ПТСР, которые подверглись такому же воздействию, а также у тех, у кого выявлены другие психические расстройства, например аффективные и тревожные. В совокупности эти данные означают, что биология ПТСР представляет собой не только отражение нормальной реакции стресса, а больше патологической [6].

ОБЩИЕ МЕХАНИЗМЫ, ПОСРЕДСТВОМ КОТОРЫХ БИОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ О ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ СТРЕССОВОМ РАССТРОЙСТВЕ МОГЛИ БЫ ОТРАЖАТЬ ПАТОФИЗИОЛОГИЮ РАССТРОЙСТВА

Вместе с наблюдениями психических и психологических феноменов ПТСР результаты нейробиологических исследований лиц, выживших после травмы, подтвердили возможность того, что неспособность контролировать нормальную реакцию стресса облегчает развитие этого расстройства в момент травмы. Как следствие, возникает цепочка биологических нарушений, которые и становятся основой для усиления воспоминаний, дистресса при упоминании о травме, избегания и признаков повышенного возбуждения, характерных для ПТСР. В отличие от нормальной реакции страха, для которой характерна серия биологических реакций, помогающих организму регулировать происходящие в нем процессы, а также постепенно восстанавливаться после стресса (например, повышенный уровень кортизола), проспективные биологические исследования показали, что у индивидов с симптомами ПТСР или с ПТСР-подобными признаками концентрация кортизола в острый период непосредственно после травмы, по-видимому, повышается меньше по сравнению с теми, у кого это расстройство не развилось [37, 38]. Кроме того, у лиц с ПТСР наблюдалось учащение сердечного ритма как в кабинете неотложной помощи, так и спустя неделю после травмы, по сравнению с теми, кто в конечном счете выздоравливал [39], что свидетельствует если не о более высокой активации симпатической нервной системы, то о затянувшейся и «чрезвычайно» устойчивой. Эти данные указывают на то, что повышенная активация норадренергической системы в сочетании с воздействием травмы предвещает развитие психопатологических симптомов последующего ПТСР.

Таким образом, даже едва различимые изменения в уровне активации физиологических процессов, которые индивид испытывает во время воздействия травмы и непосредственно после нее, приводят к существенным последствиям в отношении симптоматики и функционирования. Некоторые аспекты физиологических реакций у лиц с ПТСР типичны для «нормальных» реакций стресса или согласуются с ними, другие — нет. Далее, данные ряда наблюдений свидетельствуют о том, что по меньшей мере некоторые

биологические изменения, связанные с ПТСР (например, вызванное дексаметазоном угнетение, уменьшение объема гиппокампа), могут, скорее всего, представлять собой факторы риска развития расстройства, а не последствия воздействия травмы или отражение патофизиологических изменений при расстройстве [40, 41].

ВОЗМОЖНЫЕ СПЕЦИФИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЯМ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ СТРЕССОВОМ РАССТРОЙСТВЕ

Хотя точные механизмы, посредством которых даже хорошо установленные биологические факторы риска могут влиять на острую реакцию человека на травму, не полностью еще конкретизированы, все-таки важно рассмотреть вероятные варианты. Относительно нейроэндокринных нарушений можно предположить, например, что, поскольку кортизол подавляет собственное высвобождение посредством обратной связи на уровне гипофиза и гипоталамуса, низкий уровень циркулирующего кортизола может нарушать (или задерживать) физиологический процесс восстановления после стресса вследствие недостаточного ингибирования активации гипоталамуса/гипофиза. Недостаточность ингибирования приведет к повышенной стимуляции кортикотропин-рилизинг-фактора (КРФ) совместно с другими нейропептидами, например аргинин-вазопрессинном, еще больше усиливая реакцию адренокортикотропного гормона (АКТГ), которая, возможно, дополнительно стимулирует симпатическую нервную систему посредством прямого действия [42]. Более того, поскольку глюкокортикоидные гормоны ингибируют высвобождение норадреналина из нервных окончаний симпатической нервной системы, можно ожидать, что относительно низкий уровень кортизола пролонгирует присутствие норадреналина в синапсах как на периферии, так и в головном мозге [43]. Важно отметить, что усиление торможения по принципу отрицательной обратной связи может происходить в момент травмы (т. е. может быть дотравматическим фактором риска), а также способствовать преждевременному подавлению АКТГ и кортизола у лиц с повышенным риском развития ПТСР в ответ на травму [44].

Усиление консолидации травмирующих воспоминаний может быть следствием повышенного уровня катехоламинов. Действительно, было показано, что активация адренергической системы при наличии низкого уровня кортизола облегчает процесс «научения» у животных [45]. Если такое нейрогуморальное состояние индивида в действительности возникало во время воздействия травмы или в ближайшее время непосредственно после нее, событие не только будет сильно закодировано в памяти, но и будет ассоциироваться с интенсивным субъективным дистрессом. Такой уровень дистресса в свою очередь подготавливал бы почву для возникновения в острый период непосредственно после травмы перцептивных и когнитивных искажений, особенно касающихся оценки степени опасности и субъективной оценки способности эффективно реагировать на угрозу. Такие искаженные убеждения будут дополнительно препятствовать выздоровлению, становясь причиной неспособности подавлять устрашающие воспоминания. Повторяющиеся психотравмирующие воспоминания, сопровождающиеся реакциями страха (как это может быть во время навязчивых воспоминаний или в ответ на обстоятельства, напоминающие о травме), служат скорее усилению, а не ослаблению связи травматических и искаженных когнитивных образований с реакцией страха, дополнительно повышая вероятность спонтанных повторяющихся воспоминаний. Таким образом, повторное переживание симптомов становится формой травматизации, которая

не только сохраняет, но и усиливает навязчивые симптомы и симптомы возбуждения, характерные для ПТСР, и будет дополнительно провоцировать формы избегающего поведения. Эта цепочка может приводить к ряду вторичных биологических изменений. Действительно, повышенная реакция испуга (вздрагивания) при ПТСР наблюдается не ранее чем через месяц после травмы, отражая последовательность развития, по меньшей мере, некоторых аспектов патофизиологии ПТСР [44].

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

Если существует биологическая предрасположенность к ПТСР, то она, по-видимому, включает в себя ряд состояний, которые ограничивают способность индивида контролировать реакцию на стресс. В соответствии с описанной выше цепочкой воздействие травмы будет способствовать развитию этих состояний и последствий, приводя к прогрессирующей сенсбилизации к воздействиям последующих травм. Вполне вероятно, каждое из ряда биологических состояний может стимулировать или поддерживать повышенный уровень физиологического возбуждения, а следовательно и дистресса, во время переживания травмы, и таким образом облегчать биологическую сенсбилизацию к последующим психотравмирующим событиям.

Посттравматическое стрессовое расстройство ассоциируется с рядом других биологических нарушений, включая, например, те, которые влияют на иммунные функции [46], обмен катехоламинов [47], психофизиологическую реактивность [48], изменения архитектуры сна [49]; каждое из них можно было бы изучить, проведя проспективные исследования и используя выборки повышенного риска. Более того, как структурные, так и функциональные нейровизуальные исследования показали изменения объема головного мозга и/или активацию в ответ на обстоятельства, напоминающие о травме, в тех участках головного мозга, которые ассоциируются с переживанием страха и осознанием опасности, например, в миндалевидных телах и гиппокампе [50]. Определение генетических факторов в будущем позволит объяснить относительный вклад до-, около- и посттравматических факторов в возникновение разнообразных патофизиологических реакций на травму.

Таким образом, биологические исследования ПТСР стали основой, позволяющей понять, как одинаковые события могут давать биологически гетерогенные последствия, и идентифицировать специфические медиаторы, имеющие отношение к наличию и тяжести симптомов ПТСР. Концепция биологического риска, будучи тщательно разработанной в будущих исследованиях, поможет характеризовать и прогнозировать индивидуальные различия в уязвимости по отношению к ПТСР в сравнении с другими возможными посттравматическими последствиями и в конечном счете предоставит логическое обоснование отбора подвергшихся воздействию подгрупп индивидов с высокой вероятностью развития психопатологии, даже до того как появятся признаки функциональных нарушений.

ЗНАЧЕНИЕ ДАННЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ИЗУЧЕНИЮ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА ДЛЯ РАЗРАБОТКИ МЕТОДОВ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Биологические состояния, которые, как предполагается, способствуют развитию ПТСР, позволяют разработать две многообещающие стратегии фармакологической профилактики. Одна из них заключается в том, чтобы разработать вмешательства, направленные на снижение адренергической гиперактивности. До настоящего времени были начаты два исследования с использованием для этих целей анаприлина (пропранолола) (propranolol). Pitman и коллеги [26] провели двойное слепое лечение с применением плацебо ($n = 23$) и анаприлина ($n = 18$) в дозе, достаточной для того, чтобы вызвать у пациентов бета-адренергическую блокаду (40 мг четыре раза в день) в течение шести часов после психотравмирующего события. Лечение продолжалось на протяжении 10 дней. Через месяц состояние 11 пациентов, принимавших анаприлин, и 20 — плацебо, оценивалось с помощью шкал ПТСР, заполняемых врачами (Clinician Administered PTSD Scales — CAPS). Хотя показатели CAPS существенно не различались в этих двух терапевтических группах, у пациентов, принимавших анаприлин, отмечалась значимо более слабая физиологическая реакция на обстоятельства, напоминающие о травме, что свидетельствует о том, что такой или подобный метод может быть эффективной профилактической стратегией. Vaiva и коллеги [51] инициировали подобное исследование, в котором 11 субъектов были пролечены сразу же после пережитого психотравмирующего события, но в течение всего семи дней и более низкими дозами анаприлина (40 мг три раза в день), после чего доза постепенно снижалась в течение последующих 8–12 дней. Пролеченных анаприлином испытуемых сравнивали с восемью пациентами, отказавшимися от лечения этим препаратом. Через два месяца после травмы симптомы возникали значимо реже, кроме того, уменьшилась тяжесть ПТСР у лечившихся анаприлином. Хотя эти результаты основаны на наблюдении за небольшим количеством пациентов, они свидетельствуют о том, что фармакологическое модулирование адренергической нейротрансмиссии сразу же после воздействия психотравмирующего события может прерывать цепочку патофизиологических процессов, инициированных повышенной адренергической реактивностью.

В качестве альтернативы — в соответствии с представленной в этой главе моделью — предполагается, что повышение уровня глюкокортикоидов могло бы быть эффективным средством подавления адреналовой системы, а также фактически утверждается, что именно посредством эндогенного механизма уменьшается ассоциированное с угрозой усиление адренергической нейротрансмиссии. Хотя даже кратковременное применение глюкокортикоидов еще не было предложено в качестве эффективного метода, недавние наблюдения Schelling и коллег [52, 53] в условиях палаты интенсивной терапии позволили получить данные, которые указывают на то, что это не только теоретически эффективный, но и фактически результативный метод профилактики связанного с интенсивной терапией ПТСР и его симптомов.

Пациенты после длительного лечения в палате интенсивной терапии по поводу серьезного заболевания сообщают о ярких психотравмирующих воспоминаниях, т. е. об аспектах их пребывания в палате интенсивной терапии, связанных с тревогой, расстройством внешнего дыхания, кошмарными сновидениями и другими состояниями. Более высокие дозы и более длительное применение адренергических средств (обычно используемых для повышения артериального давления у тяжелых больных) сопрово-

ждались не только более интенсивными психотравмирующими воспоминаниями (например, усиленным кодированием информации), но и развитием этого расстройства во время следующего за выпиской реабилитационного периода. Однако дополнительное применение кортикостероидов предохраняло от возникновения этого расстройства. Это было расценено как способность стероидов ингибировать возвращение воспоминаний и таким образом уменьшать вклад вновь переживаемых симптомов в генерирование ПТСР. Однако такая способность могла бы дополнительно отражать действие глюкокортикоидов, направленное на регулирование средовых и фармакологических эффектов функциональной гиперактивности адренергической системы.

ВЫВОДЫ

В последние годы в большинстве исследований основное внимание уделялось изучению линейной взаимосвязи между острыми психическими проявлениями (например, паника, диссоциация, оценки опасности, воспринимаемая способность справиться с ситуацией) и последующим возникновением расстройства. В будущем необходимо использовать более совершенный подход, который позволит провести многомерный анализ многочисленных факторов, касающихся прогнозирования кратковременных и продолжительных реакций на травму, а также взаимосвязей между этими реакциями, нарушением функционирования и необходимостью лечения и/или его эффективностью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Galea S., Ahem J., Resnick H., Kilpatrick D., Bucuvalas M., Gold J., *et al.* (2002) Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks. *N Engl J Med*, **346**: 982–987.
2. Galea S., Boscarino J., Resnik H., Vlahov D. (in press) Mental health in New York City after the September 11 terrorist attacks: results from two population surveys. In R.W. Manderscheid, M.J. Henderson (Eds.), *Mental Health, United States, 2002*. US Government Print Office, Washington, DC.
3. Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., Nelson C.B. (1995) Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, **52**: 1048–1060.
4. Boscarino J.A. (1996) Posttraumatic stress disorder, exposure to combat, and lower plasma cortisol among Vietnam veterans: findings and clinical implications. *J Consult Clin Psychol*, **64**: 191–201.
5. Shalev A.Y., Freedman S., Peri T., Brandes D., Sahar T., Orr S.P., Pitman R.K. (1998) Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *Am J Psychiatry*, **155**: 630–637.
6. Yehuda R., McFarlane A.C. (1995) Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *Am J Psychiatry* **152**: 1705–1713.
7. Harvey A.G., Bryant R.A. (1998) The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. *J Consult Clin Psychol*, **66**: 507–512.
8. Ehlers A., Mayou R.A., Bryant B. (1998) Psychological predictors of chronic PTSD after motor vehicle accidents. *J Abnorm Psychol*, **107**: 508–519.
9. Koopman C., Classen C., Spiegel D. (1994) Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Berkeley, Calif., firestorm. *Am J Psychiatry*, **151**: 888–894.
10. Murray J., Ehlers A., Mayou R.A. (2002) Dissociation and post-traumatic stress disorder: two prospective studies of road traffic accident survivors. *Br J Psychiatry*, **180**: 363–368.
11. Ozer E.J., Best S.R., Lipsey T.L., Weiss D.S. (2003) Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull*, **129**: 52–73.
12. Simeon D., Greenberg J., Knutelska M., Schmeidler J., Hollander E. (2003) Peritraumatic reactions associated with the World Trade Center disaster. *Am J Psychiatry*, **160**: 1702–1705.
13. Panasetis P., Bryant R.A. (2003) Peritraumatic versus persistent dissociation in acute stress disorder. *J Trauma Stress*, **16**: 563–566.

14. Gershuny B.S., Cloitre M., Otto M.W. (2003) Peritraumatic dissociation and PTSD severity: do event-related fears about death and control mediate their relation? *Behav Res Ther*, **41**: 157–166.
15. Marshall G.N., Schell T.L. (2002) Reappraising the link between peritraumatic dissociation and PTSD symptom severity: evidence from a longitudinal study of community violence survivors. *J Abnorm Psychol*, **111**: 626–636.
16. Ladwig K.H., Marten-Mittag B., Deisenhofer I., Hofmann B., Schapperer J., Weyerbrock S., *et al.* (2002) Psychophysiological correlates of peritraumatic dissociative responses in survivors of life-threatening cardiac events. *Psychopathology*, **35**: 241–248.
17. Engelhard I.M., van den Hout M.A., Kindt M., Amtz A., Schouten E. (2003) Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress after pregnancy loss: a prospective study. *Behav Res Ther*, **41**: 67–78.
18. Dancu C.V., Riggs D.S., Hearst-Ikeda D., Shoyer B.C., Foa E.B. (1996) Dissociative experiences and posttraumatic stress disorder among female victims of criminal assault and rape. *J Trauma Stress*, **9**: 253–267.
19. McNally R.J. (2003) Psychological mechanisms in acute response to trauma. *Biol Psychiatry*, **53**: 779–788.
20. Bryant R.A., Panasetis P. (2001) Panic symptoms during trauma and acute stress disorder. *Behav Res Ther*, **39**: 961–966.
21. Nixon R., Bryant R.A. (2003) Peritraumatic and persistent panic attacks in acute stress disorder. *Behav Res Ther*, **41**: 1237–1242.
22. Marmar C., Best S., Metzler T., Chemtob C., Gloria R., Killeen A., *et al.* Impact of the World Trade Center attacks on New York City police officers: a prospective study. Unpublished study.
23. Dunmore E., Clark D.M., Ehlers A. (2001) A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent PTSD after physical and sexual assault. *Behav Res Ther*, **39**: 1063–1084.
24. Andrews B., Brewin C.R., Rose S., Kirk M. (2000) Predicting PTSD in victims of violent crime: the role of shame, anger and blame. *J Abnorm Psychol*, **109**: 69–73.
25. Delahanty D.L., Herberman H.B., Craig K.J., Hayward M.C., Fullerton C.S., Ursano R.J., *et al.* (1997) Acute and chronic distress and posttraumatic stress disorder as a function of responsibility for serious motor vehicle accidents. *J Consult Clin Psychol*, **65**: 560–567.
26. Pitman R.K., Sanders K.M., Zusman R.M., Healy A.R., Cheema F., Lasko N.B., *et al.* (2002) Pilot study of secondary prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol. *Biol Psychiatry*, **51**: 189–192.
27. Yehuda R. (Ed.) (1999) *Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder*. American Psychiatric Association, Washington, DC.
28. Breslau N., Davis G.C., Andreski P., Peterson E. (1991) Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry*, **48**: 216–222.
29. Brewin C.R., Andrews B., Valentine J.D. (2000) Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*, **68**: 748–766.
30. Nishith P., Mechanic M.B., Resick P.A. (2000) Prior interpersonal trauma: the contribution to current PTSD symptoms in female rape victims. *J Abnorm Psychol*, **109**: 20–25.
31. Breslau N., Chilcoat H.D., Kessler R.C., Davis G. (1999) Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: results from the Detroit Area Survey of Trauma. *Am J Psychiatry*, **156**: 902–907.
32. Silva R.R., Alpert M., Munoz D.M., Singh S., Matzner F., Dummitt S. (2000) Stress and vulnerability to posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Am J Psychiatry*, **157**: 1229–1235.
33. Coker A.L., Smith P.H., Thompson M.P., McKeown R.E., Bethea L., Davis K.E. (2002) Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health. *J Women's Health Gen Based Med*, **11**: 465–476.
34. True W.R., Rice J., Eisen S.A., Heath A.C., Goldberg J., Lyons M.J., *et al.* (1993) A twin study of genetic and environmental contributions to liability for posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*, **50**: 257–264.
35. Yehuda R., Schmeidler J., Wainberg M., Binder-Brynes K., Duvdevani T. (1998) Vulnerability to posttraumatic stress disorder in adult offspring of Holocaust survivors. *Am J Psychiatry*, **155**: 1163–1171.
36. Yehuda R. (2004) Risk and resilience in posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*, **65** (Suppl. 1): 29–36.
37. Resnick H.S., Yehuda R., Foy D.W., Pitman R. (1995) Effect of prior trauma on acute hormonal response to rape. *Am J Psychiatry*, **15**: 1675–1677.
38. Delahanty D.L., Riamonde A.J., Spoonster E. (2000) Initial posttraumatic urinary cortisol levels predict subsequent PTSD symptoms in motor vehicle accident victims. *Biol Psychiatry*, **48**: 940–947.

39. Bryant R.A., Harvey A.G., Guthrie R., Moulds M. (2000) A prospective study of acute psychophysiological arousal, acute stress disorder, and posttraumatic stress disorder. *J Abnorm Psychol*, **109**: 341–344.
40. Yehuda R., Bierer L.M., Schmeidler J., Aferiat D.H., Breslau I., Dolan S. (2000) Low cortisol and risk for PTSD in adult offspring of holocaust survivors. *Am J Psychiatry*, **157**: 1252–1259.
41. Gilbertson M.W., Shenton M.E., Ciszewski A., Kasai K., Lasko N.B., Orr S.P., *et al.* (2002) Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma. *Nature Neurosci*, **5**: 1242–1247.
42. Holsboer F. (2001) The corticosteroid receptor hypothesis of depression. *Neuropsychopharmacology*, **23**: 477–501.
43. Pacak K., Palkovitz M., Kopin I.J., Goldstein D.S. (1995) Stress-induced norepinephrine release in the hypothalamic paraventricular nucleus and pituitary-adrenocortical and sympathoadrenal activity: in vivo microdialysis studies. *Frontiers in Neuroendocrinology*, **16**: 89–150.
44. Yehuda R. (2002) Posttraumatic stress disorder. *N Engl J Med*, **346**: 108–114.
45. Cahill L., Prins B., Weber M., McGaugh J.L. (1994) Adrenergic activation and memory for emotional events. *Nature*, **371**: 702–704.
46. Maes M., Lin A.H., Delmeire L., Van Gastel A., Kenis G., De Jongh R., *et al.* (1999) Elevated serum interleukin-6 (IL-6) and IL-6 receptor concentrations in posttraumatic stress disorder following accidental man-made traumatic events. *Biol Psychiatry*, **45**: 833–839.
47. Southwick S.M., Krystal J.H., Morgan C.A., Johnson D., Nagy L.M., Nicolaou A., *et al.* (1993) Abnormal noradrenergic function in posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*, **50**: 266–274.
48. Orr S. (1997) Psychophysiological reactivity to trauma-related imagery in PTSD: diagnostic and theoretical implications of recent findings. In R. Yehuda, A.C. McFarlane (Eds.), *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder*, pp. 114–124. New York Academy of Sciences, 821.
49. Neylan T.C., Lenoci M., Maglione M.L., Rosenlicht N.Z., Metzler T.J., Otte C., *et al.* (2003) Delta sleep response to metyrapone in post-traumatic stress disorder. *Neuropsychopharmacology*, **28**: 1666–1676.
50. Rausch L.S., Shin L.M., Pitman R.K. (1997) Evaluating the effects of psychological trauma using neuroimaging techniques. *Annual Review of Psychiatry*, **17**: 67–96.
51. Vaiva G., Ducrocq F., Jezequel K., Averland B., Lestavel P., Brunet A., *et al.* (2003) Immediate treatment with propranolol decreases posttraumatic stress disorder two months after trauma. *Biol Psychiatry*, **54**: 947–949.
52. Schelling G. (2002) Effects of stress hormones on traumatic memory formation and the development of posttraumatic stress disorder in critically ill patients. *Neurobiol Learn Mem*, **78**: 596–609.
53. Schelling G., Briegel J., Roozendaal B., Stoll C., Rothenhausler H.B., Kapfhammer H.P. (2001) The effect of stress doses of hydrocortisone during septic shock on posttraumatic stress disorder in survivors. *Biol Psychiatry*, **50**: 978–985.

Психологические вмешательства для переживших чрезвычайные ситуации

Mordechai (Moty) Benyakar¹ и Carlos R. Collazo²

¹ *University of Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina*

² *University of El Salvador, Buenos Aires, Argentina*

ВВЕДЕНИЕ

Чрезвычайные ситуации сталкивают нас со сложным переплетением различных аспектов человеческой жизни. Поэтому чтобы справиться с психологическими последствиями чрезвычайных ситуаций, нам необходимо интегрировать несколько различных дисциплин. В этой главе мы рассматриваем специфическую область — психиатрическую помощь. Наш опыт работы как психиатров с людьми, пережившими несколько войн, террористические атаки, тяжелые несчастные случаи и стихийные бедствия, позволил нам осознать некоторые парадоксы, рассматриваемые ниже. Далее читатель узнает о десяти ключевых концепциях, на которых основывается психологическая помощь во время чрезвычайных ситуаций. Затем мы проанализируем различные психологические подходы к людям, пережившим чрезвычайные ситуации.

Чрезвычайные ситуации — это внешние события, которые причиняют вред людям и среде их обитания. Они поражают группы населения, так же как и отдельных индивидов. Большинство из них возникают неожиданно — признак, который придает им огромный патогенный потенциал для психической сферы [1–3]. Обычно их называют травматическими (травмирующими), но мы предпочитаем называть «разрушительными», оставляя слова «травма» и «стресс» для обозначения определенных субъективных реакций. Эта терминология позволяет нам рассматривать разрушительные ситуации не как неизбежно патогенные для оказавшихся под их воздействием индивидов [4–6].

ПАРАДОКСЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

1. Патогенный характер разрушительной ситуации больше заключается в самой ситуации, внешней по отношению к индивиду, чем в его биологическом или психологическом состоянии.
2. Поскольку специалисты, оказывающие помощь, и те, кому помогают, подвергаются одним и тем же угрозам, психотерапевтам особенно трудно устанавливать надлежащую терапевтическую дистанцию.

3. Хорошо обученные члены бригады должны быть специально подготовлены для работы в ситуациях, характер, время и место возникновения которых они не могут предвидеть.
4. Почти каждый человек, подвергшийся воздействию разрушительного события, является «поврежденным субъектом», но не обязательно пациентом. Необходимо проверять наличие скрытой психической патологии.
5. Помогая «поврежденным» людям, мы не должны их виктимизировать. С психосоциальной точки зрения «жертва» — это человек, чья личность оказывается в тупике из-за особой ситуации. Группы, «пережившие вред», обычно генерируют «жертв», необходимых для того, чтобы гарантировать воспоминание о «вредном событии». Это порождение «жертв» является результатом бессознательного процесса. Как специалисты, оказывающие помощь, мы должны помогать «поврежденным» людям восстанавливать свою личность, избавляясь от роли «жертвы». Виктимизация — основное препятствие на пути к реабилитации [7, 8].
6. Посттравматическое стрессовое расстройство — главная диагностическая категория, которая используется при психических нарушениях, обусловленных чрезвычайными ситуациями. Однако в настоящее время оно считается неспецифическим синдромом, отражающим стресс и травму под одним и тем же диагнозом, таким образом, разнообразие последствий чрезвычайных ситуаций со стороны психической сферы не признается [9, 10]. Мы предпочитаем употреблять термин «расстройства из-за разрушения», категорию, охватывающую различные психические проявления, такие как стресс, депрессия, различные типы тревожных расстройств и др. Этот диагностический конструкт более точно определяет некоторые характерные признаки, включенные в посттравматическое стрессовое расстройство, и содержит в себе другие, которые в этом диагнозе не учитываются [7, 11].
7. Хотя на каждого индивида с физической травмой, полученной в чрезвычайной ситуации, приходится более 200 индивидов с психологической травмой, соотношение между персоналом, который оказывает помощь первым и последним, составляет 20:1 [12–14].
8. Дезорганизирующее воздействие чрезвычайной ситуации испытывают и те, кто оказывает помощь. Они стремятся создавать небольшие группы, нередко конкурирующие друг с другом, как если бы у них происходило бессознательное отреагирование на дезорганизирующие эффекты внешней среды.

Эти парадоксы позволяют выделить следующие ключевые концепции, на которых основываются методы психологической помощи во время чрезвычайных ситуаций.

ДЕСЯТЬ ПРИНЦИПОВ

1. Забота (забота об устойчивости психического состояния)

Несмотря на непредсказуемость чрезвычайных ситуаций, с группами населения можно заблаговременно проводить психологическую подготовку на случай их возникновения [15, 16]. Люди, живущие в ситуации постоянной угрозы (особенно терроризма), демонстрируют склонность к формированию таких механизмов, как отрицание, которое приводит к убеждению, что опасность на самом деле никогда не возникнет или не коснется непосредственно их. Основываясь на этих данных, на принципах соматического иммунитета и на убежденности в том, что тщательная психологическая

и физическая подготовка поможет людям принять действительность, мы разработали концепцию «психического иммунитета», делая акцент на формировании механизмов психологической защиты, так чтобы атаки можно было представлять себе вероятными [7]. Психический иммунитет означает, что индивид может: (а) распознавать угрозу и ее признаки; (б) использовать психологические способности, чтобы справиться с угрожающими ситуациями; (в) принимать профилактические и целевые меры в случае, если угроза становится фактом.

2. Зачем (зачем необходимы специалисты в области охраны психического здоровья во время чрезвычайных ситуаций?)

Специалисты в области охраны психического здоровья нужны, поскольку разрушительные ситуации обладают потенциалом вызывать различные психические расстройства. Поэтому одна функция этих специалистов — служить мостом между разрушительным внешним миром и внутренним миром каждого человека. Поскольку внешний мир воспринимается как приносящий вред, психотерапевты должны представлять себя частью этого же мира, но с установкой на защиту. Так они предотвратят долговременное нарушение связи индивида с внешним миром. Еще одна функция — проверить основные патологические реакции. Третья — решить, какие вмешательства следует проводить. И последняя функция — адаптировать вмешательства к фактическим потребностям, времени и месту [17, 18].

3. Что (что составляет нашу задачу во время оказания помощи в период чрезвычайных ситуаций?)

В разрушенной внешней среде находящиеся под угрозой или фактически поврежденные психологические способности обрабатывать информацию — главная мишень наших вмешательств [19, 20]. Следует выделить две задачи: (а) восстановление личности человека; (б) поддержание способности развивать связь между внутренним и внешним миром. Психотерапевты должны хорошо чувствовать, в какое время, в каком месте и какой метод вмешательства применять, и очень тонко понимать культуральные особенности.

4. Кто (кто должен осуществлять вмешательство, чтобы гарантировать устойчивость психического состояния людей?)

Поскольку отношение между имеющимися практическими специалистами и людьми, нуждающимися в психиатрической помощи, столь не соответствует ситуации, ресурсом должно стать все население. Специалисты в области охраны психического здоровья играют важную роль, признавая способность людей взять на себя ответственность (особенно это относится к видным представителям сообщества, например к религиозным лидерам, работникам системы просвещения и др.), формируя сеть, включающую их как медицинских работников, а также координируя ее [21, 22].

5. Кому (кому мы собираемся помогать?)

В чрезвычайных ситуациях психиатрическую помощь обычно оказывают тем, кто наиболее открыто демонстрирует свою потребность в ней. Однако мы должны проявлять чуткость, чтобы выявлять тех, кто молчит, ведет себя тихо, обособленно или делает вид,

что «с ними ничего не случилось». Следует выделять некоторые группы как особые мишени: дети, пожилые, беременные женщины, инвалиды, а также группы риска, а именно психологически слабые и менее способные справляться с угрозами [23, 24].

6. Чья (чья ответственность в опасности?)

Этот вопрос касается индивидов и социальных институтов по двум разным аспектам: (а) одно лишь присутствие возлагает на людей индивидуальную ответственность; даже если мы вообще не можем иметь отношения к возникновению внешних явлений, мы несомненно ответственны за свои реакции на них; (б) в сообществах должны быть учреждения, ответственные за чрезвычайные ситуации в социальном и юридическом плане. Другими словами, важно знать не только то, кто «виновен», но и кто руководит оказанием помощи [25].

7. Когда (когда нам следует вмешиваться?)

Вмешательство во время чрезвычайных ситуаций предусматривает четыре стадии: (а) предваряющую какие-либо воздействия — предусматривается формирование «психического иммунитета» у всех членов сообщества так, чтобы они умели распознавать характер и значимость опасности, организовывать доступные ресурсы и действовать надлежащим образом и в соответствии с обстоятельствами; (б) стадию оценки воздействия — проводится оценка воздействия события на население и на реагирование на неотложные и острые потребности; (в) стадия, следующая непосредственно после происшествия — проводится оценка индивидуальных реакций, предотвращение формирования патогенных механизмов, а также оказание помощи при возникновении патологических состояний [27]; (г) отдаленную — осуществляется лечение людей, нуждающихся в длительной помощи, или тех, у кого поздно возникают психические расстройства, а также тех, кто нуждается в подкреплении способов формирования «психического иммунитета» как профилактической меры на будущее [28, 29].

8. Где (где мы должны вмешиваться?)

Специалисты в области охраны психического здоровья часто должны проявлять гибкость и формировать подходящую терапевтическую среду даже в совершенно адекватных внешних условиях. Любое место может стать подходящим для проведения терапии, если оно таковым считается. Мы назвали этот процесс «с кушетки в камни» [30].

9. Пути (каким образом мы предполагаем вмешиваться?)

Лечение может состоять из индивидуального, семейного или группового вмешательства. Специалисты должны придерживаться своих основных теоретических взглядов, адаптируя используемые методы лечения к обстоятельствам. Во время чрезвычайных ситуаций люди не осознают нарушений в психической сфере, которые у них могут возникнуть. Следовательно, они не обращаются за лечением. Вот почему мы постулируем концепцию «вмешательство по присутствию» вместо вмешательства «по требованию», что означает присутствовать, оказывая непосредственную медицинскую помощь в разных местах и в разные моменты времени.

10. Целостность

Принцип целостности подразумевает интегрированный подход, основанный на предшествующих девяти положениях и на соответствующем видении проблемы, способы вмешательства и организацию помощи. Сложность чрезвычайных ситуаций требует не только интеграции психиатрических и психологических аспектов, но и осведомленности о социальных, политических, экономических и культурных процессах. Это не означает, что мы должны заботиться обо всех аспектах проблемы. Наоборот, мы должны применять вмешательства исключительно в рамках своей конкретной роли, оберегая этические ценности нашей профессии [31, 32].

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ДЕБРИФИНГ

В течение последних 20 лет стало привычным, а в дальнейшем практически обязательным применять вмешательство вскоре после чрезвычайной ситуации и других психотравмирующих событий в надежде ускорить разрешение симптомов, связанных с травмой. Ранние вмешательства интуитивно направлены на воспринимаемую потребность и, по-видимому, являются ответной реакцией на нее, но полезны они или нет, неясно.

Процедурой выбора стал психологический дебрифинг, во время которого человека побуждают рассказывать о психотравме в повествовательной форме, подробно излагая факты и прорабатывая свои мысли и чувства во время пережитого события. Дебрифинг обычно проводится однократно, в ближайшие 72 часа после травмы, индивидуально или в группе. В его основе лежит допущение, что чем раньше вмешательство применяется, тем ниже вероятность формирования дезадаптивных и дезорганизованных когнитивных и поведенческих паттернов.

Концепция группового дебрифинга вышла за рамки работы Marshall во время Второй мировой войны. Он замечал, что, если человек мог описать, что именно происходило с ним во время очень тяжелого психотравмирующего переживания, это помогало пострадавшему не только снять нервно-психическое напряжение (отреагировать), но и давало возможность коллегам корректировать неправильные восприятия и оказывать социальную поддержку. Это, по-видимому, позволяет снизить вероятность реакций на стресс, связанный с участием в боевых действиях, и способствует восстановлению готовности к бою [33].

Дебрифинг стал еще популярнее как метод лечения жертв широкого спектра психотравмирующих событий, начиная с насильственного преступления и заканчивая стихийными бедствиями. При некоторых обстоятельствах и для лиц определенных профессий он стал обязательным. Организации, которые обычно направляют своих работников в потенциально травмирующие ситуации, вынуждены проводить его с тем, чтобы защитить здоровье сотрудников и минимизировать частоту случаев судебной тяжбы с требованием компенсации.

Психологический дебрифинг — формализованный тип медицинской помощи при посттравматических состояниях; в течение последних двух десятилетий было разработано несколько моделей дебрифинга. Среди них наиболее популярен дебрифинг стресса, возникающего вследствие угрожающего происшествия, также известный как модель Mitchell. Этот профилактический метод, предложенный Jeffrey Mitchell для минимизации неблагоприятных последствий нормальной реакции на стресс [34, 35], является одной из наиболее широко практикуемых форм раннего вмешательства в

разрушительных ситуациях, которое предусматривает обработку эмоциональных переживаний, психическую вентиляцию, нормализацию реакций и подготовку к возможным будущим переживаниям. Он нацелен на устранение патологических проявлений, при этом основное внимание уделяется всему, что происходит «здесь и сейчас» в течение 48–72 часов после разрушительного события на протяжении 2–3 часа совещании группы, которым руководит один или два специалиста. Участников группы склоняют к активному процессу отреагирования (освобождения от напряжения, вызванного подавляемыми эмоциями путем проигрывания сложной ситуации), поделиться своими переживаниями, а также нормализовать реакции на стресс, одновременно говоря участникам, что они не «пациенты».

Mitchell выделяет несколько стадий в процессе дебрифинга: (а) вводная стадия (официальное представление членов бригады, описание цели встречи, конфиденциальность, основные правила и др.); (б) стадия фактов (воспроизведение события в деталях, в хронологическом порядке, рассматриваемого со всех сторон и с разных точек зрения, а также каждым членом группы); (в) стадия размышлений (примечательные образы, запахи, другие сенсорные впечатления и мысли о том, что произошло; участникам предлагают поделиться мыслями, которые были у них в ключевые моменты); (г) стадия реакций (определение чувств к себе, жертвам или к коллегам, а также вызванных событием и «вентиляция» их); (д) стадия симптомов (проверка симптомов и признаков дистресса; описание нормальной реакции на стресс, оправдывающей соматические симптомы и поведенческие реакции у участников; анализ неадекватного чувства вины и ответственности); (е) стадия обучения (акцентирование на том, что переживания и симптомы стресса — это нормальные реакции на ненормальные ситуации, и ожидается, что они нормально разрешатся; обучение методам совладания, которые помогают справиться с возможной психопатологической симптоматикой, с проблемами, связанными с семьей, друзьями и работой; объяснение, где и при каких обстоятельствах получить дальнейшую помощь, если она понадобится); (ж) стадия повторного ввода (подведение итогов, обсуждение отдельных вопросов, завершение и закрытие дебрифинга).

Perren-Klingler [36] выделяет семь стадий дебрифинга: (а) ознакомление с процедурой; (б) обработка темы, связывающей различные аспекты происшествя; (в) переход к следующей стадии путем проработки эмоций и чувств, связанных с происшествием; (г) внимательное изучение впечатлений и ощущений; (д) информация и нормализация реакций; (е) ритуалы отделения (сепарации); (ж) восстановление контакта с реальностью и повседневной деятельностью. Netman [37] предлагает «модель из трех стадий»: первоначальные цели — восстановить чувство безопасности и самообладание, контроль над окружающей обстановкой, а также выяснить, каким образом справляться с симптомами, представляющими опасность для человека; вторая стадия — воспоминания и реакция скорби, другими словами, пациент восстанавливает в памяти чрезвычайную ситуацию во время рассказа, в котором интегрируются фрагменты воспоминаний и эмоциональных переживаний и соматических ощущений; третья — восстановление связи (пациент снова связан со своим настоящим и будущим, а также со значимыми взаимоотношениями и с различными видами деятельности).

Очень важно определить время проведения дебрифинга. Различные формы психологической защиты вступают в действие почти сразу и индивиды начинают отрицать и проецировать гнев. Поэтому обычно утверждается, что многие группы должны проходить дебрифинг как можно раньше, чтобы избежать кристаллизации таких дезадаптивных форм защиты.

Насколько эффективен психологический дебрифинг? Не является ли психологический дебрифинг пустой тратой времени [38]? Мы можем найти многочисленные описательные сообщения, свидетельствующие о том, что проведение дебрифинга у каждого, кто побывал в разрушительной ситуации, снижает вероятность развития психических расстройств в последующем [39–41]. Мы сделали привычным делом проведение психологического дебрифинга, не имея доступных исследований, которые показали бы, полезен он или нет. В течение многих лет этот метод, несмотря на его популярность, изучался лишь время от времени. И только в течение последних десяти лет были опубликованы результаты высококачественных исследований (имеются в виду высококачественные клинические испытания, в которых переживших травму людей в случайном порядке распределяли в группы: в одной проводился дебрифинг, а в другой — не проводился).

В последние годы исследования реально показали, что процедура не оказывает положительного влияния на посттравматические стрессовые симптомы. В одном исследовании через три месяца после пережитой травмы не выявлено различий между жертвами дорожно-транспортных происшествий, с которыми дебрифинг проводился, и теми, с кем он не проводился [42]. Кроме того, более продолжительные исследования свидетельствуют о том, что дебрифинг может задерживать естественный процесс восстановления. Например, в исследовании жертв, получивших ожоги, через три месяца не выявлено различий между теми, с кем дебрифинг проводился, и теми, с кем он не проводился. При этом через 13 месяцев состояние тех, с кем дебрифинг проводился, было хуже: у 15% возникли симптомы, соответствовавшие критериям посттравматического стрессового расстройства, тогда как в контрольной группе не было ни одного подобного случая [43].

В Кокрановском обзоре [44] восьми рандомизированных испытаний не выявлено данных о том, что дебрифинг оказывает какое-либо влияние на заболеваемость психическими расстройствами (в частности, отсутствуют убедительные данные о том, что он способствует снижению шансов развития посттравматического стрессового расстройства, депрессии и тревоги; безопасен и эффективен у детей или может быть эффективной формой групповой психотерапии). Более того, нет никаких сведений о результатах дебрифинга с индивидами, у которых до перенесенной психотравмы было психическое расстройство, поскольку их исключили из всех исследований. Наиболее тревожные данные получены в контролируемых испытаниях с самым продолжительным периодом катамнестического исследования (в одном из них наблюдение продолжалось 13 лет): получены данные об ухудшении состояния некоторых больных после дебрифинга. Составители обзоров пришли к выводу, что у некоторых людей «дебрифинг, нацеленный на предотвращение посттравматического стресса, на самом деле может вызывать его. Возможно, это обусловлено тем, что разговоры о психотравмирующей ситуации и оживление ее в памяти сами по себе могут служить дополнительным стрессором» [44]. Авторы обзоров также установили, что людям, у которых чаще всего развивается ПТСР, вряд ли поможет один сеанс дебрифинга, поэтому «такое терапевтическое вмешательство действительно может быть вредным» [44]. Эти данные были настолько тревожными, что авторы обзоров рекомендовали прекратить принудительное использование этого метода после перенесенной травмы у лиц с определенными формами нарушений.

В упомянутом обзоре высказывалось предположение о том, что при сравнительно «свежих» изменениях в осознании психологических эффектов травм дебрифинг оказался бы ненужным. Благодаря этому осознанию «в любом случае каждый переживает «немного

дебрифинг», как следствие, снижается возможность демонстрировать какие-либо эффекты от формализованного вмешательства» [44]. Относительно кажущегося вредного эффекта вмешательства постулировалось, что дебрифинг может «медиализовать» нормальный дистресс, повышая тем самым «ожидание развития психологических симптомов у тех, у кого в других случаях они не возникли бы» [44].

Данные, свидетельствующие о неэффективности дебрифинга, получены в рандомизированных испытаниях с использованием широких дефиниций вмешательства. Следовательно, вполне возможно, что эти данные обусловлены тем, что была выбрана ненадлежащая форма дебрифинга. В частности, если применяется специальная модель наподобие дебрифинга стресса, возникшего вследствие угрожающего события, результат может быть другим. Однако до сих пор не опубликовано результатов ни одного рандомизированного контролируемого испытания, в котором бы использовались подобные конкретные модели. Не проводилось также ни одного рандомизированного контролируемого испытания с целью сравнить разные типы дебрифинга. Следовательно, нет данных, подтверждающих использование одного типа дебрифинга вместо другого.

Дебрифинг — очень популярное вмешательство среди многих практикующих медицинских работников и смежных специалистов. Многие организации, по-видимому, продолжают пользоваться этим методом, поскольку отсутствует сравнительно общепринятое раннее вмешательство с такой же низкой стоимостью.

Everly и Mitchell [45] указывали на несколько методологических проблем в исследованиях по изучению эффективности дебрифинга, выполненных к настоящему времени. В нескольких исследованиях объединяли результаты вмешательств, проводившихся практикующими специалистами с разным уровнем навыков и подготовки, которые использовали различные модели дебрифинга. В других исследованиях дебрифинг проводился ненадлежащим образом — как отдельное самостоятельное вмешательство, а не как один из компонентов полной программы по устранению стресса вследствие угрожающей ситуации. Очевидно, такие же трудности обычно возникают всегда, когда исследователи пытаются определить эффективность психотерапии, используя план рандомизированного экспериментального исследования. Возможно, единственный путь получить естественную картину эффективности этих вмешательств — это более широкий исследовательский подход с использованием плана нерандомизированного испытания и обследования [45].

На семинаре по проблемам массового насилия, проводившегося в Национальном институте психического здоровья, пришли к заключению, что такое раннее вмешательство, как психическая вентиляция событий и эмоций, вызванных психотравмирующим событием, не обязательно снижает риск развития в дальнейшем посттравматического стрессового расстройства или нарушений адаптации [46]. Однако на том же семинаре был сделан и такой вывод: раннее краткосрочное и фокусированное психотерапевтическое вмешательство может способствовать смягчению или устранению проявлений стресса у супругов, родителей и детей, переживших тяжелую утрату. Кроме того, отдельные техники когнитивно-поведенческой психотерапии помогут снизить частоту новых случаев, длительность и степень тяжести острого стрессового расстройства, посттравматического стрессового расстройств и депрессии у выживших.

Дебрифинг по поводу стресса, пережитого вследствие угрожающего события, никогда не планировался как самостоятельное вмешательство, а наоборот, как элемент более широкого многокомпонентного вмешательства типа «программы по устранению стресса, возникшего вследствие угрожающего происшествия», которая предусматривает

обучение быть готовым к кризису, динамическое наблюдение и возможность направления к психиатру. Следовательно, дебрифинг следует проводить внимательно и всегда как часть более широкой программы кризисных вмешательств, включая текущее обучение, социальную поддержку и в случае необходимости психотерапию.

ТЕХНИКИ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Техники когнитивно-поведенческой терапии основываются на теориях научения, особенно классическое обусловливание и оперантное избегание. В ранних исследованиях основное внимание уделялось исключительно реакциям страха и тревоги. Первым предложенным методом лечения посттравматических симптомов было формирование иммунитета к стрессу [47]. Основная цель этого метода — помочь пациентам понять реакции страха, связанные с травмой, справиться с ними и, как результат, уменьшить проявления избегающего поведения.

Формирование иммунитета к стрессу может происходить либо в групповом, либо в индивидуальном формате. При этом классический протокол его формирования предусматривает три этапа: обучение, выработку навыков и применение их. На стадии обучения пациентам объясняют их симптомы и учат их определять у себя различные «каналы» реакции (на уровне эмоций, поведенческих проявлений, мыслей и на сомоторном уровне). На втором этапе пациентов обучают навыкам совладания с реакциями на каждом из перечисленных «каналов». К навыкам совладания относятся: релаксация, релаксирующее воображение, распознавание сфер «размещения стресса» в организме, определение сигналов, которые запускают реакции страха, остановка мыслей, намеренное повторение в уме необходимой информации для того, чтобы удержать ее в памяти, и др. На третьем этапе (применения) пациент научается тому, как применять эти навыки совладания в повседневных ситуациях, вызывающих тревогу.

Методы воздействия (экспозиционная техника) также применяются у лиц, страдающих посттравматическими расстройствами. Для этого используются тщательно детализированные многократные представления о травме (воздействие) в безопасной контролируемой обстановке, чтобы помочь уцелевшему переносить и контролировать тревогу, страх и дистресс, который был ошеломляющим во время разрушительного события. В некоторых случаях можно вызывать у индивидов сразу все воспоминания или прибегать к напоминанию («наводнению»). Что касается других индивидов, то предпочтительно постепенно заниматься наиболее тяжелыми симптомами, используя техники релаксации и начиная с менее расстраивающих жизненных стрессов либо рассматривая по одному элементу травмы за один раз («десенсибилизация»).

Систематическая десенсибилизация предусматривает сочетание релаксации либо со стимулами, напоминающими психотравмирующее событие (десенсибилизация *in vivo*), либо с образами разрушительного события (десенсибилизация с помощью воображения). Желательно, чтобы воздействие травмирующих сигналов *in vivo* предусматривало возвращение на место катастрофы и постепенное приближение к сигналам, которые вызывают наиболее интенсивные эмоции, связанные с этим событием, наряду с тренировкой реакций релаксации в ответ на различные сигналы, пример глубокое дыхание и расслабляющие образы. Предварительно психотерапевт вместе с пациентом формируют ступенчатую иерархию сигналов, вызывающих тревогу, что позволяет врачу контролировать, насколько успешно пациент справляется с тревогой, и таким образом определять, готов ли он перейти к следующей ступени в иерархии.

Следуя тем же фундаментальным принципам, используемым при десенсибилизации *in vivo*, при имагинальной десенсибилизации используются воспоминания, образы или другие когнитивные представления разрушительного события. Пациента обучают применять навыки релаксации, а затем вырабатывают у него умение в состоянии релаксации противостоять вызывающим страх сигналам в воображении в соответствии со ступенчатой иерархией. Во время каждого сеанса прибегают к кратковременным многократным воздействиям и концентрируются только на одном сигнале, вызывающем страх, а также предоставляют информацию и получают ее у пациентов (обратная связь), что позволяет им формировать ощущение контроля в работе.

При использовании техники «наводнения» пациент подвергается существенному воздействию сигналов, вызывающих умеренный или сильный страх в процессе безопасных психотерапевтических отношений. Последовательный ряд опасений повторяется столько раз, сколько необходимо, и до тех пор, пока событие или сигналы постепенно не станут в меньшей мере вызывать тягостные переживания.

Наряду с техникой экспозиции (воздействия) метод когнитивно-поведенческой терапии, применяющийся при психотравме, предусматривает: (а) научение навыкам справляться с тревогой (например, переобучение дыханию или обратная биологическая связь) и отрицательными мыслями («когнитивное реструктурирование»); (б) формирование умения управлять гневом; (в) проработку будущих симптомов, связанных с разрушительными событиями; (г) анализ стремления употреблять алкоголь или другие психоактивные вещества после возникновения посттравматических симптомов; (д) общение и формирование продуктивных отношений с людьми (социальные навыки или терапия супружеских пар).

Во многих исследованиях изучалась эффективность техник когнитивно-поведенческой терапии в предотвращении или в лечении посттравматического стрессового расстройства или острого стрессового расстройства.

Гоа и коллеги [48] предоставили предварительные данные об эффективности психотерапевтического вмешательства, нацеленного на предотвращение развития ПТСР у женщин после изнасилования и у жертв нападения. Вмешательство состояло из четырех двухчасовых сеансов. Во время первой встречи психотерапевт ознакамливал с программой и собирал информацию о симптомах и об искаженных убеждениях человека, связанных с пережитым разрушительным событием. Кроме того, составлялся перечень избегаемых людей и/или ситуаций. На втором сеансе этот перечень упорядочивали в зависимости от того, какой уровень тревоги вызывал каждый его компонент. Человека обучали методу релаксации и глубокому дыханию, а затем предлагали воскрешать в памяти пережитое (имагинальная экспозиция). Психотерапевт подводил пациента к тому, чтобы он проверял точность своих убеждений с помощью целенаправленных вопросов (когнитивное реструктурирование). При этом проводилась аудиозапись, после чего пациенту предлагали прослушивать ее несколько раз в неделю. Его также побуждали ежедневно проводить определенное время в некоторых установленных ситуациях, вызывающих тревогу. Третья встреча начиналась с проверки «домашней работы», затем проводился сеанс имагинальной экспозиции и когнитивного реструктурирования. И снова пациенту рекомендовали ежедневно прослушивать аудиозапись, проводить определенное время в ситуациях, вызывающих страх, ежедневно вести дневник, описывая когнитивные искажения и негативные чувства и мысли. Во время четвертого сеанса повторяли имагинальную экспозицию, затем когнитивное реструктурирование, исполь-

зую ежедневные записи в дневнике. В завершение психотерапевт и пациент проверяли новые навыки, которые последний приобрел. Результаты были впечатляющие: через два месяца у 10% участников программы отмечались признаки, соответствовавшие критериям посттравматического стрессового расстройства, по сравнению с 70% участников контрольной группы.

Вруант и коллеги [49] проводя лечение жертв дорожно-транспортных происшествий и несчастных случаев на производстве с острым стрессовым расстройством, сравнивали эффективность пяти сеансов недирективного поддерживающего психологического консультирования (оказание поддержки, просвещение и обучение навыкам решения проблем) и краткосрочной когнитивно-поведенческой терапии (просвещение по вопросам психотравмы, расслабление мышц от более просто к более сложно управляемым, имагинальная экспозиция, когнитивное реструктурирование, а также градуированное пребывание в избегаемых ситуациях). В конце лечения у 8% участников группы, в которой была назначена когнитивно-поведенческая терапия, и у 83% участников группы, с которыми проводилось поддерживающее психологическое консультирование, симптоматика соответствовала критериям посттравматического стрессового расстройства. Через шесть месяцев после пережитой травмы этим критериям соответствовали 17% участников первой группы и 67% — второй. Кроме того, отмечалось значимое редуцирование депрессивной симптоматики в первой группе по сравнению со второй.

Эффективность лечения, по-видимому, выше при проведении когнитивно-поведенческой терапии, чем при применении любого другого вмешательства. Возникают дальнейшие вопросы к врачу, а именно: у каких пациентов наиболее эффективна экспозиционная терапия, при каких симптомах и в какое время. Применяемые в рамках комплексной программы, которая учитывает психологические, социальные и физиологические компоненты расстройства, техники экспозиционной терапии совершенствуются, позволяя справляться с такой формой человеческого страдания. Творческий подход и гибкость психотерапевта имеют очень большое значение, когда он сосредоточивает свое внимание на основных симптомах пострадавших лиц, осуществляя оптимальную экспозицию.

ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИЯ И КОРРЕКЦИЯ ПЕРЕРАБОТКИ ИНФОРМАЦИИ С ПОМОЩЬЮ ДВИЖЕНИЯ ГЛАЗНЫХ ЯБЛОК

Десенсибилизация и коррекция переработки информации с помощью движения глазных яблок (Eye movement desensitization and reprocessing — EMDR) — техника, разработанная Shapiro [50]. В результате наблюдений он установил, что латеральные движения глаз облегчают когнитивную обработку психотравмирующих фактов. Эта форма воздействия (десенсибилизация) явными когнитивными компонентами сопровождалась ритмичными движениями глаз. Она была разработана как техника устранения психотравмирующих воспоминаний и получила название метода десенсибилизации с помощью движения глазных яблок (Eye movement desensitization — EMD). Ее суть состоит в следующем. После выявления травмирующей мишени-воспоминания психотерапевт предлагает пациенту четко описать объясняемое им самим негативное когнитивное функционирование, связанное с воспоминанием, и позитивное когнитивное функционирование, чтобы заменить негативное. Затем психотерапевт двигает пальцами взад и вперед перед глазами пациента, заставляя его следить взглядом за пальцами, концентрируясь при этом на тягостном воспоминании. После каждых 10–12 движений глаз

психотерапевт предлагает клиенту оценить дистресс и силу убеждения в позитивном когнитивном функционировании. Психотерапевт повторяет эту процедуру до тех пор, пока дистресс не убывает и пока не усиливается убеждение в позитивном когнитивном функционировании.

По мнению Shapiro [50], единственный 50-минутный сеанс EMD в 100% случаев приводил к успешному устранению дистресса, связанного с посттравматическим воспоминанием у выживших в бою, у переживших изнасилование, а также жестокое сексуальное и эмоциональное обращение в детском возрасте. Чтобы объяснить эти впечатляющие результаты, она выдвинула гипотезу о том, что основным компонентом метода EMD являются повторяющиеся движения глаз во время активации воспоминания в сознании. Вскоре после этого Shapiro переосмыслила технику EMD с точки зрения ускоренной обработки информации и переименовала ее в метод EMDR. Однако переход от EMD к EMDR больше концептуальный, чем процедурный.

Vaughan и коллеги [51] не выявили различий в эффектах EMDR, практической релаксации, а также «формирования привыкания к представлениям» в случаях посттравматического стрессового расстройства у мирных граждан, хотя все методы лечения были эффективнее, чем ожидание в списке очередников какого-либо лечения.

Метод EMDR по некоторым причинам неоднозначный, особенно из-за отсутствия теоретического фундамента для терапевтического воздействия движения глаз и отсутствия эмпирических данных, полученных с использованием надежной методологии. Исследователи сравнивали эффективность EMDR с эффективностью взаимоотношений между психотерапевтом и пациентом при применении этой техники без движения глаз; в большинстве исследований они не выявили различий в эффектах [52]. Следовательно, какую-либо эффективность, полученную при применении техники EMDR, можно в большей степени приписывать облегчению процесса обработки информации, чем движениям глаз. Согласно одной точке зрения то, что эффективно в EMDR (воображаемое воздействие) — не ново, а то, что ново (движения глаз), — неэффективно [53]. Согласно этой интерпретации результаты метаанализа показали, что техника EMDR давала эффекты, аналогичные тем, которые были получены при применении техник традиционной поведенческой и когнитивно-поведенческой терапии для лечения посттравматического стрессового расстройства [54].

МЕТОДЫ ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ ОСОЗНАНИЯ СОМАТИЧЕСКИХ ОЩУЩЕНИЙ

У лиц в разрушительной ситуации обычно изменяется взаимосвязь между процессами обработки информации на когнитивном, эмоциональном и сенсомоторном (организм) уровнях. Во время лечения пациента необходимо интегрировать процесс обработки информации на сенсомоторном (организм) уровне в процесс обработки информации на когнитивном и эмоциональном уровнях. Используя при обработке информации о травме организм (а не когнитивное или эмоциональное функционирование) как основной пункт входа информации, с помощью сенсомоторной психотерапии непосредственно можно устранить влияние травмы на организм, что, в свою очередь, облегчает процесс обработки эмоциональной и когнитивной информации [55].

Основные элементы сенсомоторной психотерапии следующие: (а) регулирование аффективных и сенсомоторных состояний с помощью психотерапевтических отно-

шений; (б) обучение пациента саморегулированию, проявляя внимание и заботу во время общения, отслеживая и излагая по пунктам сенсомоторные процессы. Этот подход нацелен на то, чтобы дать пациенту возможность повысить уровень осознания внутренних телесных ощущений, облегчая обработку информации о неосвоенных реакциях организма на травму и об их неблагоприятном влиянии на когнитивное функционирование и эмоциональную сферу. К настоящему времени не проведено ни одного систематического исследования, которое бы подтвердило эффективность этого подхода.

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Для лечения посттравматического стрессового расстройства Lindy использовал техники краткосрочной психоаналитической психотерапии [56]. Его метод состоит из трех компонентов: (а) терапевтический альянс; (б) выявление и интерпретация переноса; (в) выявление и терапевтическое использование контрпереноса. По мнению Lindy, разрушительное событие вызывает неблагоприятное нарушение в сфере восприятия пациента, влияющее на его суждение о реальности. Психоаналитик должен обратить внимание пациента на те аспекты повседневной реальности, связанные с травмой, которые можно проработать. Впоследствии пациент после интернализации конкретных рекомендаций психоаналитика восстановит свое суждение о реальности. К настоящему времени не проведено ни одного систематического исследования, которое бы подтвердило эффективность этого подхода.

ВЫВОДЫ

В настоящее время несколько методов психологического вмешательства применяются у людей, оказавшихся в чрезвычайных ситуациях. Однако данных, полученных в исследованиях по изучению эффективности большинства из них, в настоящее время недостаточно. Что касается психологического дебрифинга — чаще всего используемой техники, доступные данные преимущественно негативные. Тем не менее несколько методологических проблем следует принимать во внимание, для этого, вероятно, понадобятся усовершенствованные планы исследований.

Общая задача различных вмешательств — уточнить связь между разрушительным событием, которое произошло, и психическими переживаниями пациента. Необходимо надлежащим образом управлять контрпереносом: следует учитывать риск «утомления от сострадания». Необходимо проявлять некоторую гибкость, чтобы адаптировать психотерапевтические модели к обстоятельствам, в которых психотерапевты должны работать.

Психотерапевты должны дифференцировать странные, но нормальные реакции и патологические последствия чрезвычайной ситуации, чтобы избежать «избыточного лечения» людей. Следует иметь в виду, что они не лечат «травмы» или «стресс», а людей, которые считают чрезвычайную ситуацию травмой или стрессом. Различие может показаться незначительным, даже искусственным, но очень важным с точки зрения психотерапевтического процесса.

Главная цель психиатрических вмешательств в чрезвычайных ситуациях — облегчать страдания пораженного человека, избегая при этом фиксирования его в роли жертвы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Crocq L. (1997) The emotional consequences of war 50 years on. A psychiatric perspective. In L. Hunt, M. Marshall, C. Rowlings (Eds.), *Past Trauma in Late Life*, pp. 39–48. Kingsley, London.
2. Cohen R. (2002) Mental health services for victims of disasters. *World Psychiatry*, **1**: 149–152.
3. López-Ibor J.J. (2002) The psycho(patho)logy of disasters. Presented at the 12th World Congress of Psychiatry, Yokohama, August 24–29.
4. Benyakar M., Kutz I., Dasberg H., Stem M. (1989) The collapse of a structure: a structural approach to trauma. *J Trauma Stress*, **2**: 431–449.
5. Benyakar M. (in press) Five wars. In *Living with Terror; Working with Trauma: A Clinician's Handbook*. Aronson, New York.
6. Benyakar M., Knafo D. (in press) Disruption: individual and collective threats. In *Living with Terror; Working with Trauma: A Clinician's Handbook*. Aronson, New York.
7. Benyakar M. (2003) *Disruption: Collective and Individual Threats*. Biblos, Buenos Aires.
8. López-Ibor J.J. (2003) Foreword. In M. Benyakar (Ed.), *Disruption: Collective and Individual Threats*, pp. 11–13. Biblos, Buenos Aires.
9. Crocq L. (1996) Critique du concept d'état de stress post-traumatique. *Perspectives Psychologiques*, December.
10. Shalev A.Y. (2000) Post-traumatic stress disorder: diagnosis, history and life course. In D. Nutt, J. Davison, J. Zohar (Eds.), *Post-traumatic Stress Disorder: Diagnosis, Management and Treatment*, pp. 1–12. Dunitz, London.
11. Benyakar M., Collazo C., de Rosa E. (2002) Anxiety by disruption, <http://psiquiatria.com>.
12. McFarlane A.C. (1989) The treatment of post-traumatic stress disorder. *Br J Med Psychol*, **18**: 354–358.
13. Ursano R.J., Fullerton C., McCaughey B.C. (2000) *Trauma and Disaster*. Cambridge University Press, Cambridge, UK.
14. Susser E.S., Susser M. (2002) The aftermath of September 11: what's an epidemiologist to do? *Int J Epidemiol*, **31**: 719–721.
15. Cohen R. (1999) *Mental Health for Victims of Disasters. Instructors Guide*. Pan-American Health Organization, Washington, DC.
16. Cohen R. (1999) *Mental Health for Victims of Disasters. Workers Manual*. Pan-American Health Organization, Washington, DC.
17. López-Ibor J.J., Soria J., Cañas F., Rodríguez-Gamazo M. (1985) Psychopathological aspects of the toxic oil syndrome catastrophe. *Br J Psychiatry*, **147**: 352–365.
18. López-Ibor J.J. (1987) Social reinsertion after catastrophes. The toxic oil syndrome experience. *Eur J Psychiatry*, **1**: 12–19.
19. Mark B.S., Layton A., Chesworth M. (1997) *I'll Know What To Do: A Kid's Guide to Natural Disasters*. American Psychological Association, Washington, DC.
20. Murthy S. (2002) *Riots. Psychosocial Care by Community Level Helpers for Survivors*. Books for Change, Bangalore.
21. Kretsch R., Benyakar M., Baruch E., Roth M. (1997) A shared reality of therapists and survivors in a national crisis as illustrated by the gulf war. *Israel J Psychiatry*, **34**: 28–33.
22. Benyakar M. (2002) Frame in social disasters, war and terrorism. In J. Raphael-Left (Ed.), *Between Sessions and Beyond the Couch*, pp. 126–129. University of Essex, Colchester.
23. Tyano S. (1996) Seven year follow-up of child survivors of a bus-train collision. Personal communication.
24. Benyakar M. (2000) *Aggression of Life and Violence of Death. The Infant and His Environment*. http://www.winnicott.net/patron_esp.htm.
25. Collazo C. (1985) Psychiatric casualties in Malvinas war: a provisional report. In P. Pichot, P. Berner, R. Wolf, K. Thau (Eds.), *Psychiatry: The State of the Art*, Vol. 6, pp. 499–503. Plenum Press, New York.
26. Lebigot F. (1998) The advantages of immediate and postimmediate care following psychic trauma. Presented at the 5th World Congress of the International Association for Emergency Psychiatry, Brussels, 15–17 October.
27. Crocq L., Doutheau C., Louville P., Cremniter D. (1998) Psychiatrie de catastrophe. Réactions immédiates et différées, troubles séquellaires. Paniques et psychopathologie collective. In *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie*, 37-113-D-10. Elsevier, Paris.
28. Solomon Z., Laor N., Weiler D., Muller U., Hadar O., Waysman M., et al. (1991) The psychological impact of the Gulf War: a study of acute stress in Israeli evacuees. *Arch Gen Psychiatry*, **50**: 320–321.

29. Solomon Z. (1993) Immediate and long-term effects of traumatic combat stress among Israeli veterans of the Lebanon War. In J.P. Wilson, B. Raphael (Eds.), *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*, pp. 321–332. Plenum, New York.
30. Benyakar M. (1994) Trauma and post traumatic neurosis: from the psychological experience to theoretical consideration. *Actualidad Psicológica*, **211**: 26–32.
31. Okasha A., Arboleda-Florez J., Sartorius N. (2000) *Ethics, Culture and Psychiatry: International Perspectives*. American Psychiatric Press, Washington, DC.
32. Fariña J., Benyakar M., Arboleda Flórez J. (2003) International bioethical information system: multimedia on ethics in catastrophes. Presented at the Interamerican Congress of Psychology, Lima, July 13–18.
33. Marshall C. (1979) *Bringing up the Rear: A Memoir*. Presidio Press, San Rafael.
34. Mitchell J.T. (1983) When disaster strikes: the critical incident stress debriefing process. *J Emergency Med Serv*, **8**: 35–39.
35. Dyregov A. (1997) The process of psychological debriefings. *J Trauma Stress*, **10**: 589–605.
36. Perren-Klingler G. (2003) *Debriefing. Models and Applications. From the Traumatic History to the Integrated Story*. Psychotrauma Institute, Switzerland.
37. Herman J. (1997) *Trauma and Recovery. The Aftermath of Violence. From Domestic Abuse to Political Terror*. Basic Books, New York.
38. Wessely S., Deahl M. (2003) Psychological debriefing is a waste of time. *Br J Psychiatry*, **183**: 12–14.
39. Armstrong K., O'Callahan W., Marmar C.R. (1991) Debriefing Red Cross disaster personnel: the multiple stressor debriefing model. *J Trauma Stress*, **4**: 581–593.
40. Dyregov A. (1989) Caring for helpers in disaster situations: psychological debriefing. *Disaster Management*, **2**: 25–30.
41. Chemtob C., Toma S., Law W., Cremniter D. (1997) Post-disaster psychological interventions: a field study of the impact of debriefing on psychological distress. *Am J Psychiatry*, **154**: 415–417.
42. Hobbs M., Mayou R., Harrison B., Worlock P. (1996) A randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of road traffic accidents. *Br Med J*, **313**: 1438–1439.
43. Bisson J.I., Jenkins P.L., Alexander J., Bannister C. (1997) Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *Br J Psychiatry*, **171**: 78–81.
44. Rose S., Bisson J., Wessely S. (2002) Psychological debriefing for preventing post-traumatic stress disorder. *Cochrane Library*, issue 2. Update Software, Oxford.
45. Everly G.S. Jr., Mitchell J.T. (1999) The debriefing «controversy» and crisis intervention: a review of lexical and substantive issues. *Int J Emergency Mental Health*, **2**: 211–225.
46. National Institute of Mental Health (2002) *Mental Health and Mass Violence: Evidence-Based Early Psychological Intervention for Victims/Survivors of Mass Violence. A Workshop to Reach Consensus Based on Practices*. US Government Printing Office, Washington, DC.
47. Kilpatrick D.G., Veronen L.J., Resick P.A. (1982) Psychological sequelae to rape: assessment and treatment strategies. In D.M. Delays, R.L. Meredith, A.R. Ciminerio (Eds.), *Behavioral Medicine: Assessment and Treatment Strategies*, pp. 473–497. Plenum Press, New York.
48. Foa E.B., Hearst-Ikeda E., Perry K.J. (1995) Evaluation of a brief cognitive behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *J Consult Clin Psychol*, **152**: 116–120.
49. Bryant R.A., Sackville T., Dang S.T., Moulds M., Guthrie R. (1999) Treating acute stress disorder: an evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques. *Am J Psychiatry*, **156**: 1780–1786.
50. Shapiro F. (1989) Eye movement desensitization: a new treatment for post traumatic stress disorder. *J Behav Ther Exper Psychiatry*, **20**, 211–217.
51. Vaughan K., Armstrong M.S., Gold R., O'Connor N., Jenneke W., Tarrier N. (1994) A trial of eye movement desensitization compared to image habituation training, and applied muscle relaxation in posttraumatic stress disorder. *J Behav Ther Exper Psychiatry*, **25**: 237–248.
52. Devilly G.J., Spence S.H., Rapee R.M. (1998) Statistical and reliable change with eye movement desensitization and reprocessing: treating trauma within a veteran population. *Behav Ther*, **29**: 435–455.
53. McNally R.J. (in press) On eye movements and animal magnetism: a reply to Greenwald's defense of EMDR. *J Anxiety Disord*.
54. Van Etten M.L., Taylor S. (1998) Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Psychother*, **5**: 126–145.
55. Ogden P., Minton K. (2000) Sensorimotor psychotherapy: one method for processing traumatic memory. *Traumatology*, **6**.
56. Lindy J.D. (1993) Focal psychoanalytic psychotherapy of posttraumatic stress disorder. In J.P. Wilson and B. Raphael (Eds.), *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*, pp. 803–810. Plenum, New York.

Организация служб психиатрической помощи жертвам чрезвычайных ситуаций

Louis Crocq¹, Marc-Antoine Crocq²,
Alain Chiapello³ и Carole Damiani⁴

¹ Necker Hospital, Paris, France

² Rouffach Hospital, Rouffach, France

³ French Red Cross Society, Paris, France

⁴ INAVEM (Institut National d'Aide aux Victimes), Paris, France

ВВЕДЕНИЕ

В прошлом забота о жертвах чрезвычайных ситуаций ограничивалась спасением их, обработкой ран, обеспечением убежищем и оказанием материальной помощи, а также содействием в перемещении и возвращении их к первоначальной работе. В течение последних трех десятилетий все больше внимания уделяется психологическим страданиям жертв, а также психосоциальному и моральному бремени индивида и сообщества. Поэтому в разных странах разрабатываются программы медицинской, психологической и психосоциальной помощи. Они реализуются на разных стадиях чрезвычайной ситуации и после нее. Основные принципы их деятельности следующие: (а) учитывать психологический дистресс; (б) регулировать воздействие психосоциальных факторов на индивида и на сообщество; (в) предотвращать развитие отдаленных последствий, которые могут затруднять функционирование индивида или группы. Правительства, неправительственные организации, международные ассоциации, а также группы частных лиц предлагали различные программы. Некоторые из них оказались достаточно эффективными. Однако необходимо интегрировать эти различные инициативы в единое целое. На определенном уровне органы власти должны координировать процессы спасения и реабилитации.

ВОЗДЕЙСТВИЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ НА ИНДИВИДУАЛЬНОЕ И КОЛЛЕКТИВНОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

В 1988 году специалисты ВОЗ подсчитали, что в период между 1900 и 1988 годами от стихийных бедствий пострадали 26 млн человек, из них 10 миллионов стали бездомными. Согласно данным отчета (1992 год) Международной Федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца за период 1967–1991 годов в мире произошло 7766 чрезвычайных ситуаций, во время которых семь миллионов человек

погибли и три триллиона пострадали [1]. Стихийные бедствия преимущественно поражают бедное население — 68 из 109 стихийных бедствий, произошедших в мире в 1960–1987 годах, касались развивающихся стран и только 41 — богатых государств. Кроме того, количество убитых и раненых во время чрезвычайных ситуаций в бедных странах больше по сравнению с более богатыми. Это обусловлено такими факторами, как перенаселенность в местностях, которые подвержены стихийным (например, долина) бедствиям, или техногенные катастрофы (например, на химических заводах).

Независимо от степени материального ущерба чрезвычайные ситуации в первую очередь характеризуются по интенсивности психотравмирующего воздействия на людей. В нашем определении чрезвычайной ситуации ее психологический аспект определяется комбинацией пяти критериев: (а) возникновение неблагоприятной ситуации, которая вызывает дистресс у людей и в сообществе в целом (революция, которая освобождает страну от тирана, не считается чрезвычайной ситуацией, даже если она приводит к гибели и ранениям тысяч людей); (б) причинная обусловленность материальных разрушений, которые существенно меняют среду обитания человека (лавина в необитаемой горной долине — не чрезвычайная ситуация в отличие от лавины в населенной долине); (в) огромное количество жертв, погибших, травмированных, бездомных, с тяжелыми физическими травмами и психологическими страданиями; (г) ошеломляющее разрушение местных средств, предназначенных для спасения и защиты; (д) приостановка процесса оказания услуг, обычно обеспечиваемого сообществом (обеспечение жильем; производство, распределение и потребление энергии, воды, пищи; медицинские услуги; транспортировка; средства коммуникации; общественный порядок и даже захоронение умерших). Следует помнить, что у жертв находится под угрозой не только их индивидуальное эго, но и коллективное, т. е. чувство принадлежности к сообществу. Их личное несчастье становится и коллективным несчастьем. Gergity и Steinglass [2] разработали схожие гипотезы о семейной группе на основе «парадигмы семьи» Reiss [3]. Семья тщательно вырабатывает систему убеждений об окружающем мире. Ее реакция на чрезвычайную ситуацию будет предопределяться когнитивным и эмоциональным восприятием психотравмирующего события и его связью с историей семьи.

Термин «жертва» в какой-то степени неясный. В самом широком смысле жертва — это любой человек, у которого вследствие чрезвычайной ситуации нарушилось физическое или психическое здоровье, пострадало собственное имущество или социальная жизнь. Жертв обычно подразделяют на пять групп в зависимости от их отдаленности от места чрезвычайной ситуации [4]: (а) первичные жертвы (погибшие, раненые, травмированные и нетравмированные уцелевшие), которые подверглись непосредственному воздействию чрезвычайной ситуации; (б) вторичные жертвы, не пострадавшие непосредственно, но испытывающие скорбь по близкому родственнику, ставшему частью первичных жертв; (в) жертвы третьего уровня, например спасатели, медицинский персонал, т. е. лица, которые находились на передовом крае и часто были свидетелями психотравмирующих событий; (г) жертвы четвертого уровня, например представители органов власти и средств массовой информации, испытавшие эмоциональные переживания, принимая решения или находясь в зоне бедствия; (д) жертвы пятого уровня — широкие слои населения, — которые физически не присутствовали в зоне бедствия, но страдали за других, пребывая под воздействием информации о событии, освещаемой в средствах массовой информации.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПОТРЕБНОСТИ ЖЕРТВ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ В МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Психическое состояние жертв следует рассматривать в трех разных стадиях чрезвычайной ситуации и после нее: (а) непосредственная реакция (обычно от нескольких часов до менее суток); (б) вторая стадия начинается со второго дня и длится от двух дней до двух месяцев; (в) отставленные во времени и отдаленные последствия, иногда преходящие (от двух до шести месяцев) или хронические (дольше шести месяцев).

Стадия непосредственной реакции

Примерно у 75% жертв не обнаруживается признаков психического расстройства, кроме кратковременных нейровегетативных и преходящих психологических симптомов (несколько часов), которые являются компонентом нормальной адаптивной реакции стресса. Затем может следовать короткий период физического и психологического истощения, потому что стресс лишает энергии. С психологической точки зрения эта адаптивная реакция стресса характеризуется адаптивной концентрацией внимания на опасной ситуации, подкреплением умственных способностей, а также облегчением действий. Адаптивная реакция стресса приводит к принятию решения, действию в соответствии с принятым решением, а также к адаптивным реакциям «нападение–или–бегство». Однако адаптивный стресс — это исключительная реакция, которая дорого обходится, учитывая энергию и дискомфорт. Следовательно, индивиды с этой адаптивной реакцией все же могут впоследствии нуждаться в психологической помощи.

Меньшая часть (25%) жертв могут обращаться по поводу патологических и дезадаптивных реакций стресса, которые соответствуют одному из четырех проявлений [5, 6]: ступор, возбуждение, паническое бегство, автоматическая реакция. Перечисленные дезадаптивные реакции стресса всегда содержат некоторые околотравматические диссоциативные симптомы [7], включая состояние спутанности, дереализацию, испуг, ощущение отсутствия облегчения, а также абулию. В МКБ–10 такие реакции обозначены как «острая реакция стресса». В классификации DSM–IV такой диагноз отсутствует, поскольку критерии «острого стрессового расстройства» требуют, чтобы оно длилось минимум два дня, что превышает продолжительность непосредственной реакции стресса. Индивидов с дезадаптивной реакцией стресса следует считать «психологически пострадавшими от несчастного случая»; они утратили способность быть автономными и поэтому им следует оказывать помощь.

Вторая стадия

Психическое состояние либо возвращается к норме в течение нескольких дней (нейровегетативные и психологические симптомы угасают, индивид уже не полностью охвачен событием и может возобновить свои прежние занятия), либо возникает психотравматический синдром, для которого характерны повторные переживания психотравмирующего события, избегание стимулов, напоминающих о нем, гиперреактивность, а также постоянная охваченность пережитой психотравмой. Перечисленные симптомы могут проявляться через недели или месяцы. Это так называемый «латентный период», установленный Charcot и Janet при травматическом неврозе, который они назвали инкубационным периодом, периодом созерцания, размышлений или умственной жвачки. Продолжительность этого периода различна: каждому индивиду требуется разное количество времени для того, чтобы сформировать новые механизмы психологической

защиты. Далее, если человек продолжает находиться в больнице, он может ждать до тех пор, пока не восстановится его автономия, которая поможет ему избавиться от пережитой травмы. В МКБ–10 и DSM–IV для этого синдрома предлагается диагностический термин «посттравматическое стрессовое расстройство» (острая форма, поскольку его продолжительность невелика). Кроме того, в DSM–IV предлагается категория «острое стрессовое расстройство» для случаев с истерическими (диссоциативными) симптомами (возникающими в стадии непосредственной реакции) и психотравматическими симптомами, например повторными переживаниями события (развивающимися в течение четырех недель после психотравмы). Индивиды с дезадаптивной острой реакцией стресса имеют более высокий риск развития впоследствии посттравматического стрессового расстройства. Однако такое течение не неизбежно, т. е. наблюдаются случаи дезадаптивной реакции стресса, которая проходит без последствий, тогда как у индивидов с первоначальной адаптивной реакцией в дальнейшем может развиваться тяжелое посттравматическое стрессовое расстройство.

Период отсроченных во времени и хронических реакций

Случаи острого и посттравматического стресса, которые возникают во второй стадии, могут разрешаться — спонтанно или в результате лечения — довольно быстро (в течение менее трех месяцев). Однако они могут также затягиваться и даже становиться хроническими. В дальнейшем типичная клиническая картина посттравматического стрессового расстройства может манифестировать в период отсроченного или хронического течения, при этом его основные характерные признаки следующие: (а) воздействие психотравмирующего события, вызывающего интенсивный страх или чувство беспомощности; (б) стойкие повторяющиеся переживания подобного события (навязчивые воспоминания, сновидения, эпизоды «флэшбэка» и др.); (в) избегание стимулов, связанных с травмой, и общая ареактивность; (г) симптомы повышенной возбудимости нервной системы.

Стоит отметить, что описанные выше критерии (в) и (г) в совокупности напоминают изменения личности, характерные для диагностической категории «травматический невроз», ранее использовавшейся в Европе. По мнению Fenichel, для этого изменения личности характерно блокирование таких функций эго, как фильтрация: (а) стимулов внешней среды; (б) непосредственного окружения; (в) отношений с другими людьми. Короче, после психотравмирующего события у жертвы разрушаются прежние отношения с другими людьми. У нее сформировался новый способ восприятия, мышления, любви, желаний и действий. В дополнение к посттравматическому стрессовому расстройству в МКБ–10 приводится другая диагностическая категория: «хронические изменения личности после переживания катастрофы» (F62.0). Для него характерны такие признаки, как недоверчивое отношение к внешнему миру, социальное избегание, чувство пустоты или угрозы, а также отчужденность.

Для травматического невроза, как его описывали в Европе, характерно несколько неспецифических симптомов: физическая, психологическая и сексуальная астения; тревога; сочетание истерических, фобических или obsessивных симптомов; соматические жалобы (особенно у детей); психосоматические жалобы; поведенческие расстройства, болезненное пристрастие к психоактивным веществам, суицидальные попытки. Многие пациенты до сих пор обращаются с этими симптомами, которые в DSM–IV и МКБ–10 рассматриваются как «сопутствующие», например псевдодепрессия, связанная с психологическим оцепенением. Эти неспецифические симптомы бывают довольно

выраженными в клинической картине, а это приводит к диагностическим ошибкам и неправильному лечению. В клинической практике у многих пациентов симптомы не соответствуют всем критериям посттравматического стрессового расстройства DSM или критериям «стойкого изменения личности после катастрофического переживания» МКБ. Наблюдается много атипичных случаев с варьирующимся началом, разной продолжительностью и степенью тяжести, а также с разной степенью выраженности социальных и психологических реакций на состояние пострадавших. Всем жертвам чрезвычайных ситуаций, которые в этой стадии все же обращаются с подобными симптомами, следует оказывать психологическую или психиатрическую помощь до наступления выздоровления.

В многочисленных исследованиях было показано, что в течение нескольких лет после психотравмирующего события многие жертвы чрезвычайных ситуаций обращаются за помощью по поводу симптомов посттравматического стрессового расстройства. По данным Green и Lindy [8], показатель распространенности этого расстройства через два года после наводнения, произошедшего в Буффало (залив Крик) в 1972 году, составил 44%, а через 14 лет — 14%. Bromet и Dew [9] упоминают о психологических последствиях у 22% индивидов (в том числе у 11% — посттравматическое стрессовое расстройство) после урагана в Гондурасе. В исследовании с участием 43 жертв террористической атаки Vouthillon-Heitzmann и коллеги [10] установили, что через три года после этого события посттравматическое стрессовое расстройство наблюдалось у 79%; у трети испытуемых отмечались явные симптомы психосоматических расстройств.

ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОСТРАДАВШЕГО МЕСТНОГО НАСЕЛЕНИЯ

Чрезвычайная ситуация наносит удар по всему местному населению, вызывая формы коллективного поведения, которые нельзя свести лишь к сумме случаев поведения индивидов. Психология сообщества людей и состояние духа толпы влияют на коллективное поведение, для которого также характерны собственные специфические признаки. После чрезвычайной ситуации коллективное поведение может быть либо адаптивным, либо дезадаптивным.

Адаптивное коллективное поведение часто повторяется и прогнозируется. Примерами такого поведения в стадии, следующей сразу после психотравмирующего события, служат: пребывание на своем посту, организованная эвакуация, оказание помощи другим людям. Для адаптивного коллективного поведения характерны следующие признаки: (а) структура группы сохраняется; (б) руководство сохраняется или восстанавливается; (в) взаимопомощь организуется. Во второй и в третьей стадиях адаптивное коллективное поведение проявляется в форме нормальной реакции скорби, происходит восстановление автономии, восстановление и возвращение к нормальной профессиональной деятельности и социальному функционированию.

Дезадаптивное коллективное поведение в первой стадии, т. е. сразу после чрезвычайной ситуации, может проявляться в виде следующих признаков: (а) коллективный ступор (население не реагирует или покидает зону поражения — происходит длительный массовый побег от центра события); (б) коллективная паника (стремительный побег, борьба за безопасность); (в) массовый побег. Для этих форм коллективного поведения характерны: (а) ослабление структуры групп; (б) крах руководства; (в) отсутствие солидарности. Кроме того, во второй стадии можно наблюдать распространение слухов,

вспышки насилия (бунты, хулиганство, а также поиск козлов отпущения). В третьей стадии — отсроченных и хронических последствий — может возникать параноидное коллективное мышление (враждебность по отношению к окружению и требование компенсации), формируется зависимое мышление с ощущением права на получение помощи, а также неспособность восстановить автономию.

Руководители, ответственные за организацию операций по спасению, должны быть осведомлены об этих формах поведения, а также о предрасполагающих к ним факторах. Raphael и коллеги [11] выявили некоторые патогенные факторы в социальном контексте чрезвычайной ситуации: (а) степень материальных разрушений; (б) нарушение нормальных каналов психосоциальной поддержки; (в) история предшествующей коллективной травмы; (г) ранее существовавшее состояние сообщества (например, миграция); (д) разлука членов семьи. К дополнительным негативным факторам относятся состав населения (количество людей пожилого возраста, детей, женщин), его деструктуризация и неподготовленность, психическое состояние накануне чрезвычайной ситуации («выжидательное внимание», описанное Le Bon, облегчает возникновение паники), слухи, подкрепляющие паническое настроение или чувство заброшенности, а также присутствие определенных лиц, открыто распространяющих тревожные слухи и «заражающих» других людей. После чрезвычайной ситуации индивидуальные вмешательства следует дополнять коллективными мерами, нацеленными на восстановление коллективного психологического здоровья.

ИСТОРИЯ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, НАЦЕЛЕННЫХ НА ОХРАНУ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПОСЛЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

В США начали выявлять и лечить психические расстройства, вызванные чрезвычайными ситуациями, благодаря выделению диагностической категории «посттравматическое стрессовое расстройство» в последствиях вьетнамской войны, а также дальнейшему использованию этого диагноза в мирных условиях. Изучение литературы [12] показало, что в разные времена предлагалось огромное разнообразие методов лечения. Проводилось лечение жертв [13, 14], их родственников и других членов сообщества [15, 16], а также спасателей [17, 18]. В сообществе лишь постепенно признавали полезность лечения; Lindy [19] упоминает о том, что основная трудность заключается в том, чтобы добиться доступа к жертвам.

Уже в 1983 году Mitchell [20] определил процедуры дебрифинга на основе когнитивных техник. Его метод предназначался для лечения полицейских или пожарных, побывавших в критической ситуации. Метод Mitchell можно применять во второй стадии (первая неделя); в этот период предусматривается семишаговая процедура (ознакомление; факты; мысли; реакции; симптомы; просвещение; вывод). Подход Mitchell главным образом когнитивный (он помогает пациентам получить точные сведения о событии); нацелен на профилактику (отсутствие знаний могло бы привести к развитию ПТСР) и восстановление работоспособности. Но этот метод не предназначался для лечения жертв. Несколько авторов модифицировали разработанные Mitchell техники проведения дебрифинга: некоторые выделили дидактический, психологический и психотерапевтический дебрифинг; другие определили место дебрифинга на «континууме медицинской помощи», а также сделали акцент на значимости механизмов совладания и когнитивного структурирования. После землетрясения 1989 года в Сан-Франциско Armstrong и коллеги [21] разработали «модель дебрифинга многочисленных стрессоров»,

учитывающего все стрессоры и состоящего из четырех этапов: описание события и выявление всех стрессоров; описание чувств и реакций; описание стратегий совладания; вывод и возвращение в семейную группу. В 1992 году Duregrov [22] разработал метод коллективного дебрифинга, во время которого использовалась способность оказывать взаимную помощь. Во Франции и в Бельгии считают, что дебрифинг основывается на словесном описании опыта, как когнитивного, так и эмоционального, и является ранним психотерапевтическим вмешательством, которое можно сопровождать долгосрочным ведением пострадавшего.

Только в 1990-х годах американские авторы начали предлагать более комплексные программы ведения пострадавших [23], которые предусматривали устранение симптоматики (навязчивых повторяющихся переживаний и избегающего поведения), восстановление контроля над эмоциональными реакциями, инкорпорирование личной значимости события, а также восстановление социальных связей. В это же время аналогичные программы появились в Европе. В Великобритании первую психологическую помощь жертвам обычно оказывала полиция, прежде чем подключались медицинские и социальные службы. В 1995 году Turner и коллеги [24] через семь лет после пожара на станции метро Кингз-Кросс в Лондоне (18 ноября 1987 года), во время которого погиб 31 человек, исследовали психическое здоровье уцелевших. Авторы отметили, что физические раны лечили надлежащим образом, а психологические раны и отдаленные последствия игнорировались. После того как опрокинулся паром *Herald of Free Enterprise* (1987), социальные службы Кента создали специальную группу — Herald Assistance Unit — с целью координировать социальную и психологическую помощь в течение 15 месяцев. Группа выпустила информационный бюллетень и руководила круглосуточной телефонной горячей линией; дальнейшее лечение проводилось в Лондоне. Аналогичные инициативы были взяты на вооружение в Бельгии, Нидерландах, Германии, Швеции, Финляндии и Норвегии.

В Норвегии военные отвечают за оказание первой помощи, включая психологическую и психиатрическую (они помогали еще в 1985 году на заводском пожаре, а также в месте схода лавины). В Швеции психологи и психиатры, работающие в местных больницах, также обследуют и лечат жертв, как это было, например, после железнодорожной катастрофы 18 ноября 1987 года в Леруме, на линии Стокгольм–Гётеборг, во время которой девять человек погибли и 100 человек были ранены [25].

Во Франции программы лечения жертв чрезвычайных ситуаций были приняты в 1987 году. Stocq, Albu и Puech создали специализированную консультацию в парижской больнице Святого Антония: вначале она предназначалась для жертв террористических актов, а в дальнейшем здесь оказывали помощь и лицам, получившим различные виды психологических травм. Специальные вмешательства применялись для оказания помощи уцелевшим после обвала трибуны для зрителей во время футбола в Бастии (Корсика) 5 мая 1992 года, родственникам пассажиров DC-10 французской УТА-авиалинии, уничтоженного в результате взрыва в воздушном пространстве над пустыней Тенер в Нигерии в 1989 году, пассажирам рейсового самолета, захваченного 24 декабря 1994 года воздушными пиратами по пути между Алжиром и Парижем.

Однако именно террористическая атака в парижском метро заставила президента страны принять решение о создании сети резервных подразделений для оказания неотложной медицинской и психологической помощи (Cellules d'Urgence Medico-Psychologiques — CUMP). Сеть CUMP представлена резервным подразделением во всех французских департаментах (графствах); каждое из них состоит из психиатров,

психологов и медицинских сестер, подготовленных в области психиатрии катастроф. Эти подразделения руководствуются проактивной философией, суть которой состоит по возможности в самом раннем оказании помощи жертвам чрезвычайной ситуации, опережая просьбу человека [26].

В Израиле Shalev и коллеги [27] стремятся оказывать помощь рано, сразу как только жертвы террористических атак поступают в больницу. Они описали, как может меняться психическое состояние в зависимости от внешних факторов и времени (первые часы, первая неделя и т. д.). Они предпочитают гибкий психотерапевтический подход, учитывая потребности и особенности поведения жертв.

Пример сильного землетрясения в Турции в районе Мраморного моря в Турции 17 августа 1999 года наглядно демонстрирует, как эта чрезвычайная ситуация заставила национальные и международные организации признать идею о психиатрической помощи. Землетрясение, достигшее 7,4 балла по шкале Рихтера, разрушило несколько деревень в зоне проживания 20 миллионов человек; 18 тысяч погибли, 50 тысяч были ранены, а тысячи остались без жилья. Турецкое правительство и международное сообщество отреагировали немедленно. Gokalp [28] описал вторую стадию, длившуюся шесть месяцев, во время которой у выживших отмечались состояние спутанности, реакция горя, регрессивные запросы и безынициативность. В местности Адазпар, где 39% жителей потеряли родственников, через 12 месяцев у 60% выборки диагностировалось посттравматическое стрессовое расстройство (у 40% из них отмечалось сопутствующее заболевание). В местностях Еникой, Отосан и Мехметик [29] 47% страдали этим расстройством и 33% — депрессией. Gokalp подчеркивал, насколько большое значение имеет подготовка к чрезвычайной ситуации.

Недавно произошедшее в Алжире землетрясение, которое разрушило весь восточный регион (май 2003 года), служит примером того, как психическое здоровье стало приоритетом. В первый день бедствия психиатров и психологов региона призвали оказывать помощь жертвам; позднее их заменяли каждые 10 дней их коллеги из соседних местностей. Кроме того, 30 психологов работали в лагерях для беженцев. Через три месяца после землетрясения с этим персоналом проводился дебрифинг, чтобы предотвратить выгорание; психиатры и психологи выразили желание пройти дополнительную подготовку по вопросам психологической травмы.

В Латинской Америке Панамериканская организация здравоохранения в течение последних 20 лет активно участвует в оказании помощи жертвам чрезвычайных ситуаций, особенно после урагана в Карибском море [30]. Первая задача заключалась в направлении бригад к пострадавшему местному населению. Однако направление бригад извне не помогало странам решить проблему подготовки к будущим чрезвычайным ситуациям. Поэтому была принята новая стратегия, нацеленная на разработку плана национального спасения. Она предусматривала несколько стадий: (а) создание агентства для оценки потребностей и приоритетов; (б) обучение персонала первого уровня (бригады первой помощи, оказываемой до прибытия врача, социальные работники, личный состав), который будет выявлять, тех, кто серьезно пострадал в результате чрезвычайной ситуации; (в) обучение сотрудников медицинских и психиатрических служб; (г) формирование бригад, члены которых будут обучать спасателей первого и второго уровней; (д) программы обучения населения. Подобные планы могут быть успешными только в том случае, если их поддерживают компетентные бригады при министерствах здравоохранения.

В азиатских странах последнее землетрясение в г. Кобе, произошедшее 17 января 1995 года, показало, что чрезвычайно трудно организовать работу службы охраны психического здоровья в зоне бедствия. Во время землетрясения в Ханшин-Аваи (крупный

город с пригородом с населением 1,5 млн) погибли 5500 человек и остались без жилья 350000. Местные органы власти, растерявшись, не могли немедленно и адекватно отреагировать на произошедшее. Полтора миллиона добровольцев прибыли со всей Японии, главным образом студенты и родственники жертв. Они помогали жертвам землетрясения спасать их имущество и находить временное укрытие, воду и пищу. Часто они выслушивали рассказы жертв. Однако эта спонтанная акция спасения не была скоординированной; в некоторых изолированных местностях спасателей было слишком мало, а в более доступных центрах — слишком много. Несколько психиатров организовали спасательные центры психического здоровья. Однако уцелевшие больше пеклись о спасении своего имущества и об удовлетворении материальных потребностей. Психиатры подготовили буклеты, содержащие методические рекомендации для спасателей-добровольцев. Shinfuku [31] сообщал о том, что развитие симптомов со стороны психической сферы проходило три последовательные стадии: (а) первая стадия (непосредственно после пережитой чрезвычайной ситуации) — ступор и дереализация; (б) вторая стадия (длится несколько недель) — тревога, страх повторения бедствия, а также психосоматические симптомы, например артериальная гипертензия, язва желудка; (в) третья стадия (наступает через несколько недель) — депрессия и скорбь из-за человеческих и материальных потерь. Через год проблемы приобретали больше социальный характер, чем исключительно психический (потеря мотивации, злоупотребление психоактивными веществами и др.). Сведений о распространенности посттравматического стрессового расстройства не было. Однако сообщения об этом заболевании, появившиеся в средствах массовой информации, помогли избежать стигматизации пострадавших. Университет в г. Кобе создал Центр городского здоровья с департаментом медицины катастроф. Через пять лет после землетрясения население Кобе сократилось на 100 тысяч, но оно, по-видимому, возвратилось к своей обычной жизни.

Недавно McFarlane [32] предложил дополнительные указания в отношении оказания помощи при психических расстройствах в условиях чрезвычайной ситуации. Важно добиться ослабления впечатления хаоса и составить перечень потребностей, быстро получив карту ситуации, оценив количество умерших и раненых, а также масштаб разрушений. Следует осуществлять заранее подготовленные планы общественного здравоохранения. Однако поскольку чрезвычайные ситуации бывают самого разного свойства, необходимо проявлять гибкость, а не строго придерживаться планов. Часто жертвы чрезвычайных ситуаций вначале справляются с ситуацией и обращаются по поводу развившихся симптомов только спустя недели или месяцы. Атака на Всемирный центр торговли 11 сентября 2001 года показала, что спасатели также могут становиться первичными жертвами. Популяризация использования психиатрической помощи способствовала не только повышению спроса на нее, но и наплыву плохо подготовленных добровольцев, практически не имеющих опыта ни в оказании психологической помощи, ни в бригадной работе. Такие добровольцы, начав лечение пострадавшего, покидают его через короткое время, осознав трудность задачи. Вмешательство специалистов, приглашенных со стороны, даже если они высококомпетентны, может мешать работе местных служб. Часто жертвы предпочитают, чтобы им оказывали помощь местные бригады, с которыми они могут иметь более продуктивные отношения.

В 2002 году Raquel Cohen описала исследование, проводившееся с целью изучения психиатрической помощи, оказываемой жертвам чрезвычайных ситуаций [4]. По ее мнению, такую помощь необходимо интегрировать в более широкие рамки государственной организации спасательных операций, следует также устанавливать связи с

другими партнерами. Raquel Cohen полагала, что план психологического вмешательства следует совершенствовать в нескольких модулях в зависимости от типа пострадавших (первичные, вторичные) и стадии чрезвычайной ситуации (непосредственная, последствия). Одна из ключевых задач — оказать эмоциональную поддержку уцелевшим, помочь им понять стресс, который они пережили, а также упорядочить свои мысли. Рабочая концепция основывается на модели «индивид–ситуация–конфигурация». Послекризисное вмешательство нацелено на то, чтобы вернуть индивиду способность приспособиться к новым стрессовым ситуациям. Вот три задачи, которые предусматривают помощь пострадавшим: (а) в восстановлении их способностей; (б) в организации новой окружающей обстановки; (в) в их взаимодействиях с чиновниками, ответственными за реабилитацию. Для выполнения этих задач необходимо сотрудничество различных организаций, но гибкий и творческий подход всегда должен дополнять классический клинический подход. Скорбящие семьи нуждаются в заботе и поддержке, особенно когда их приглашают для идентификации тел их погибших родственников. Группы населения, размещенные в лагерях и временных убежищах, столкнутся с бедностью и беспорядочными сексуальными контактами, что может вызывать депрессию, гнев, проявления насилия, употребление алкоголя или других психоактивных веществ. Необходимо оказывать поддержку этим беженцам, помогать им в организации новой жизни и восстановлении способности самостоятельно заботиться о себе, а также побуждать их выражать свои эмоции. Для лечения можно использовать множество методов: лекарственные препараты, когнитивную терапию, индивидуальную или групповую психотерапию, семейную психотерапию. Придется также заниматься профилактикой, социальной и профессиональной реабилитацией, например обучением детей. Наконец, важно выявлять больных, у которых происходит хронификация расстройства, такие лица требуют особого лечения. Полезно привлекать сотрудников из частного сектора, смежных специалистов (медицинских сестер и др.), а также представителей духовенства, если они надлежащим образом обучены и соответствуют культурным и религиозным потребностям жертв. Большое значение имеет связь со средствами массовой информации, которые любят брать интервью у психиатров. Это следует использовать, чтобы сообщать населению информацию о службах психического здоровья.

ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ЖЕРТВ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

При организации служб психического здоровья для жертв чрезвычайных ситуаций следует ответить на следующие вопросы: (а) какой тип чрезвычайной ситуации? (б) какие жертвы? (в) какие виды психических расстройств (они варьируются у разных жертв и зависят от стадии чрезвычайной ситуации)? (г) какова миссия? (д) какой персонал? (е) какая административная структура?

Какой тип чрезвычайной ситуации?

От характера и степени тяжести чрезвычайной ситуации зависят симптомы со стороны психической сферы у жертв, а также подход правительства и местных органов власти.

Стихийные бедствия, например землетрясения, могут затронуть многих людей, охватить широкую местность и длиться в течение продолжительного времени. Извержение вулкана может задеть лишь несколько деревень или полностью разрушить

крупный город, как это произошло во время извержения вулкана в Колумбии, когда с лица земли был стерт центр Армеро с 20000 жителей. Прорыв плотины может привести к разрушению только одного города (например, в Maerasset, Франция, 1959, или Buffalo Creek, США, 1972), тогда как проливной дождь и наводнения могут охватить целые провинции (департамент Gard во Франции, июль, 2001 год) или даже целые страны (Бангладеш, 1987 год), дезорганизовать структуры органов здравоохранения. Последствия землетрясения могут ограничиваться одним городом (например, Кобе, Япония) или распространяться на целый регион (Мраморное море, Турция, 1999).

Техногенные и промышленные катастрофы (крушение поезда или самолета, затопление корабля, взрывы или пожары на заводах) обычно происходят в ограниченном пространстве, что упрощает организацию спасательных операций. Однако в апреле 1986 года чернобыльское радиоактивное облако стало угрозой для большей части Европы. Чрезвычайные ситуации, преднамеренно созданные человеком (террористические атаки, военные бомбежки), также обычно ограничены во времени и в пространстве, но из-за угрозы повторения население не покидает чувство надвигающейся опасности. Во время Второй мировой войны вследствие бомбардировок были полностью разрушены такие города, как Дрезден, Токио, Хиросима и Нагасаки. Наконец, чрезвычайная ситуация, например паника на стадионах (Брюссель, 29 апреля 1985 года; Шеффилд, 15 апреля 1989 года) или в других местах (туннель в Мекке, 1991 год), в основном ограничена во времени и в пространстве. В то время как стихийные бедствия могут быть приписаны только судьбе, року или богам, антропогенные катастрофы порождают вопросы об ошибке, жестокости, ответственности, осложняя психологическую реакцию на чрезвычайную ситуацию.

Какие жертвы?

Психиатрические бригады в первую очередь должны заботиться о первичных жертвах чрезвычайной ситуации, т. е. о тех, кто оказался непосредственно в очаге бедствия. Кроме того, некоторым свидетелям и спасателям, шокированным видом смерти и разрушений, следует оказывать помощь как можно раньше. Затем необходимо помогать вторичным жертвам, например скорбящим родственникам или эвакуированным группам населения. В третью очередь следует помогать спасателям и медицинскому персоналу справляться со стрессорами, воздействующими в разных стадиях чрезвычайной ситуации: (а) во время прибытия на место, где находится большое количество трупов и др.; (б) в стадии максимальной активности из-за разных стрессоров (интенсивная работа в опасных условиях, лишение сна, чувство вины, вызванное необходимостью устанавливать очередность оказания медицинской помощи и невозможностью проводить достаточное время с отдельными пациентами); (в) во время окончательной оценки после чрезвычайной ситуации (впечатление, что задача выполнена не полностью или неудачно). В настоящее время общепризнано, что спасателям необходима помощь во время выполнения задания, потому что некоторые из них не смогут продолжать адекватно действовать, а после выполнения миссии их следует освободить от навязчивых воспоминаний, прежде чем они возвратятся к своим семьям. В-четвертых, представители органов власти и представители средств массовой информации также могут подвергаться воздействию разных стрессоров, а поэтому они нуждаются в психологической помощи, хотя многие будут от нее отказываться, чтобы не выглядеть излишне чувствительными или слабохарактерными. В-пятых, можно поинтересоваться, следует ли помогать всему

населению в то время, когда оно переживает чрезвычайную ситуацию «вживую», видя репортажи с места событий по телевидению. Эти жертвы «пятого уровня» не подвергаются такому же воздействию травмы, как непосредственные пострадавшие и спасатели, потому что они не сталкивались лицом к лицу со смертью, ничто не угрожало ни их жизни, ни физической сохранности; однако их чувство безопасности и иллюзия бессмертия разрушаются, поскольку они осознают, насколько хрупкой является человеческая жизнь. Нападение на Всемирный торговый центр 11 сентября 2001 года наглядно продемонстрировало, как может пострадать коллективное это и моральное состояние всей нации [33, 34].

Какие виды психических расстройств?

Виды психических расстройств, развивающихся во время и после чрезвычайных ситуаций, уже рассматривались. Если коротко, то в стадии непосредственно после бедствия могут возникать тягостные симптомы, сопровождающие адаптивный стресс; симптомы дезадаптивного стресса, например спутанность, возбуждение, паническое бегство, автоматическое поведение; исключительно невротические или психотические реакции. Во второй стадии здоровье может нормализоваться или же постепенно развивается посттравматический синдром (посттравматическое стрессовое или подобное ему расстройство); в хронической стадии возможно стойкое посттравматическое стрессовое расстройство или изменения личности.

Кроме симптомов у отдельных индивидов, можно наблюдать коллективные симптомы, например коллективную заторможенность, коллективное паническое бегство, спасение бегством, слухи, отклоняющееся от нормы поведение после чрезвычайной ситуации (бунты, погромы и др.). Хотя специалисты в области охраны психического здоровья помогают предотвратить такие аномальные отклонения в коллективном поведении, контролировать их и восстанавливать общественный порядок — обязанность органов государственной власти. Психиатры, психологи и социологи могут работать в качестве консультантов.

Какова миссия?

Организация, координация, планирование

Во многих странах организация первых спасательных операций входит в обязанность правительства или его структур разных уровней (федеральных, местных, а также городских) в зависимости от тяжести чрезвычайной ситуации. Во Франции, например, за организацию спасательных операций отвечает префект, который возглавляет департамент. Он руководит персоналом государственного и частного секторов и негосударственных организаций (Красный Крест, Врачи без границ и др.). В вопросах здоровья префект делегирует свои полномочия врачу, специалисту в области интенсивной терапии, который будет отвечать за медицинские аспекты спасательных операций и консультировать других врачей, медицинских сестер и психологов. В других странах, где менее развит государственный сектор, персонал частного сектора и члены негосударственных организаций выполняют огромный объем работы по оказанию помощи.

Наиболее важным фактором считается наличие четкой организации, которая позволяет предотвратить анархию. Следует четко сформулировать задачи, составить графики, определить местности и назначить исполнителей. Нередко члены негосударственных организаций ведут себя слишком самостоятельно, пытаясь выполнять задачи, которые

входят в обязанности других, и отчитываясь только перед своим центральным органом. Кроме того, отмечались случаи, когда о некоторых лагерях, расположенных вблизи от крупных дорог, о беженцах заботились достаточно хорошо, тогда как другие лагеря, расположенные в отдаленных местностях, оказывались заброшенными. Следовательно, важно, чтобы органы государственной власти занимались спасательными операциями. Часто времени для импровизации не остается, поэтому следует заблаговременно составлять, проверять и репетировать планы спасательных операций для разных видов чрезвычайных ситуаций, которые можно предвидеть.

Оценка потребностей в психиатрической помощи среди пострадавших

Вторая важная задача — оценка. Среди психиатрического персонала, работающего в зоне бедствия, один из психиатров должен взять на себя выполнение этой задачи, даже если при этом его лечебные обязанности возьмет на себя кто-либо из его коллег. На основе информации, предоставляемой коллегами и персоналом, который оказывал доврачебную помощь, этот психиатр должен оценивать количество «психиатрических» пострадавших, а также типы расстройств, которые уже возникли или вскоре могут развиваться (ступор, возбуждение, паника). В зависимости от оценки потребностей, возможно, понадобится подкрепление из тыла. Иногда сложно провести точную оценку. Например, после крушения Конкорда в аэропорту Парижа 25 июля 1999 года приходилось предвидеть различные потребности в разные периоды времени. Непосредственно после крушения не осталось в живых ни одного пассажира и члена экипажа, уцелели только жители домов, которые нуждались в неотложной помощи. Кроме того, были свидетели, испытавшие шок (диспетчеры, персонал аэропорта и др.), а также жители соседних деревень, которые осознали, что над их жильем висел дамоклов меч. Ожидалось, что на следующий день должны были приехать родственники погибших из Германии, поэтому важно было обеспечить присутствие немецкоязычных психиатров и психологов в течение нескольких дней. Кроме того, следовало предвидеть, что персонал пассажирской авиалинии Франции, который будет сопровождать скорбящих родственников, сам будет нуждаться в помощи. Важно было обеспечить церковное богослужение в память погибших, на которое собралось 9000 человек в аэропорту через три дня после крушения. В более отдаленный срок необходимо было провести дебрифинг с персоналом (пожарными, полицейскими и др.), который должен был извлекать человеческие останки на месте крушения. Этот пример показывает сложность процесса оценки, учитывая как непосредственную, так и последующие стадии чрезвычайной ситуации [35].

Всегда, когда возможно, рекомендуется оценивать возможные установившиеся симптомы и последствия, чтобы иметь представление о потребностях в долгосрочном лечении и о связанных с ним затратах.

Установление очередности оказания психиатрической помощи пострадавшим

Во многих чрезвычайных ситуациях в усовершенствованные спасательные станции в зоне бедствия внезапно устремляются потоки пострадавших, причем в таком количестве, что возникает риск их перегруженности, вследствие чего парализуется их работа. Поэтому «сортирование» пострадавших имеет очень большое значение и предусматривает установление диагноза, хотя бы предварительного. Диагноз вместе с основными симптомами следует указывать на карточках и в документах, которые сопровождают больного, когда его эвакуируют в тыл. Таким образом можно обеспечить преемственность медицинской помощи.

Медицинская и психологическая помощь

Хотя оказание психологической помощи жертвам может восприниматься как нечто само собой разумеющееся, на самом деле это сложная задача. Возможно, предпочтительнее называть этот вид помощи «медицинской и психологической», а не «психиатрической», поскольку многие индивиды обращаются по поводу психологических и нейровегетативных симптомов, которые свойственны адаптивному стрессу; кроме того, индивидов с симптомами дезадаптивного стресса нельзя рассматривать, и они не хотят этого, как пациентов психиатрического профиля. Лишь несколько явно отклоняющихся симптомов (делирий, бредовые идеи и острая тревога) можно квалифицировать как психопатологические. Жертв, обращающихся по поводу симптомов в психической сфере, могут лечить только врачебные бригады. Однако другим жертвам — без подобных симптомов — могут оказывать помощь «психосоциальные» работники (спасатели, социальные работники и др.).

Часто упоминают о том, что материальная и физическая помощь, являющаяся обязанностью первой спасательной бригады в зоне бедствия, также оказывает полезное психологическое воздействие на жертв. Прибытие первой спасательной бригады на место события смягчает у жертв чувство изоляции. Тесный физический контакт восстанавливает «психическую оболочку». Удовлетворение базовых потребностей (голод, жажда и тепло) вызывает чувство психологического благополучия. Однако этот эффект обусловлен неспецифическими факторами, а не истинным психологическим вмешательством. Рекомендуются, чтобы спасатели умели распознавать симптомы стресса у жертв и у себя.

Психиатрические бригады должны принимать решение, использовать психологические или психиатрические методы лечения (анксиолитики, антидепрессанты или снотворные; краткосрочная психологическая поддержка; вербализация эмоциональных переживаний). В некоторых случаях психологическую поддержку можно оказывать в небольших группах, что сэкономит время. Следует иметь в виду, что индивиды с физическими симптомами всегда обращаются и по поводу отдельных психологических симптомов; другими словами, физически пострадавшие страдают и психологически. Это указывает на необходимость сотрудничества между психиатрами и специалистами других профилей.

В случае необходимости психологические методы лечения следует использовать и во второй стадии. Как упоминалось, иногда симптомы появляются только после латентного периода, продолжающегося недели или месяцы. Поэтому важно сообщить пострадавшим некоторые сведения о возможном появлении симптомов, а также о местах контакта для амбулаторного лечения. Эту информацию можно предоставить в форме листовки, распространяемой среди уцелевших. Дальнейшее психиатрическое лечение может проводить врач общей практики или психиатр. Однако следует иметь в виду, что некоторые врачи недостаточно подготовлены для того, чтобы выявлять вызванные травмой симптомы, и могут неправильно диагностировать нарушения как обыкновенные случаи «депрессии», «тревоги» или «бессонницы», заслуживающие лишь неспецифического и поверхностного лечения.

Вторая стадия — идеальное время для проведения сеансов дебрифинга. Значение термина «дебрифинг» может быть неоднозначным. Во-первых, его можно называть профилактическим и просветительским вмешательством в группе бессимптомных лиц, переживших критическую ситуацию (например, пожарные, полицейские и др.). Во-вторых, его можно рассматривать как метод лечения индивидов, обращающихся

с посттравматическими симптомами. В последнем случае одного сеанса дебрифинга недостаточно, чтобы устранить симптомы и вылечить пациента; однако у него можно сформировать мотивацию к тому, чтобы начать более продолжительный психотерапевтический процесс.

У некоторых пациентов симптомы (первоначальная стрессовая реакция или симптомы с более поздним началом) быстро исчезнут. У других они могут сохраняться дольше или приобретать хронический характер. В этих случаях необходимо долгосрочное лечение наряду с привлечением психотерапевта и выбором метода лечения (методы когнитивной и поведенческой терапии, лекарственные препараты, гипноз, десенсибилизация и коррекция переработки информации с помощью движения глазных яблок, психотерапия, катарсис или даже психоанализ).

Профилактика и просвещение

Профилактические меры можно представить в виде трех стадий, а именно как первичную, вторичную и третичную профилактику. Первичная профилактика — это информирование и просвещение населения до события. Вторичная профилактика — применение вмешательства сразу же после события, чтобы предотвратить возникновение или стойкость психотравматических симптомов. Третичная профилактика предусматривает лечение поздно проявляющихся симптомов или стойких, а также оказание помощи лицам, восстанавливающим свое здоровье и социальные способности.

Первичная профилактика начинается в школе и продолжается на работе и дома. Она предусматривает четыре дополнительных действия [36, 37]: (а) просвещение населения, а также акцент на моральном долге помогать своему соседу; (б) информирование о возможных опасностях и их последствиях; (в) обучение тому, как нужно реагировать и вести себя в случае опасности; (г) репетиция возможных сценариев. Органы государственной власти должны принимать решения в отношении мер первичной профилактики и реализовывать их. Для этого можно использовать телевидение, буклеты и брошюры, лекции квалифицированных специалистов (пожарного отделения, обществ Красного Креста и Красного Полумесяца). Опыт показал, что одной теории недостаточно и что регулярные практические занятия являются наиболее эффективным способом формирования адаптивных реакций («память в руках и ногах»). Хорошим примером служит Япония. В этой стране органы власти организовали ежегодные коллективные занятия 1 сентября (годовщина землетрясения в Токио 1 сентября 1923 года, когда погибло 200000 человек): в этот день школы и заводы эвакуируются, а на улицах отрабатываются упражнения по оказанию помощи. В Токио был создан специализированный центр информирования и обучения, а точные копии квартир устанавливали на гидравлический домкрат, чтобы имитировать толчки, вызываемые землетрясением.

Вторичная профилактика предусматривает, что работник сферы охраны психического здоровья способен выявлять индивидов группы риска после чрезвычайной ситуации. Первая задача — убедиться в том, что возникшие сразу после события патологические признаки стресса, особенно диссоциативные симптомы, излечены. Некоторые врачи [38] сообщали о том, что наличие диссоциативных симптомов во второй стадии служило прогностическим фактором постепенного развития посттравматического стрессового расстройства. Другие [39] показали, что переживание тяжелой утраты и скорби может вызывать депрессию. Ursano и коллеги [40] обнаружили, что у добровольцев, которые имели дело с трупами после оружейного взрыва на военном корабле США, частота вероятного посттравматического стрессового расстройства составляла через месяц 11%,

через 13 месяцев — 2%. Вторичную профилактику можно проводить либо во время индивидуальных бесед, либо на сеансах коллективного дебрифинга (часто основанного на методе Mitchell).

Некоторые авторы [41] полагают, что вторичная профилактика может быть нацелена на формирование у жертв способности быстро восстанавливать физическое и психическое здоровье. Также сообщалось об индивидах, которым удавалось использовать опыт душевной травмы и тяжелой потери, чтобы преобразовать механизмы психологической защиты, изменить свои ценности, а также перестроить свою разбитую жизнь. В процессе просветительской работы с выжившими можно предлагать им информационные листовки. Robertson и коллеги [42] сообщали о высоком уровне удовлетворенности двухстраничной листовкой под заголовком «Выживание после душевной травмы», состоящей из шести частей: (а) описание авторов; (б) симптомы, возникшие сразу после перенесенной психотравмы; (в) воздействие психотравмы на окружение; (г) развитие симптомов в первые месяцы; (д) как помочь себе; (е) службы, в которых можно получить помощь.

Третичная профилактика — это часть долгосрочной терапии. Она нацелена на лечение или на облегчение расстройств с протрагированным течением, например посттравматического стрессового расстройства. Это расстройство может быть неполным, или атипичным, или подчиненным сопутствующим симптомам. Конечная цель — не только исчезновение симптомов. Очевидно, что пациент не сможет забыть душевную травму, но он должен интегрировать ее в динамику своей жизни. Пациент должен быть освобожден от своих регрессивных отношений с другими людьми и избавлен от очарования своей душевной травмой.

Какой персонал?

Охрана психического здоровья — это сфера деятельности таких специалистов, как психиатры, психологи, психиатрические медицинские сестры. Кроме того, необходима поддержка со стороны административного и вспомогательного (например, общества Красного Креста) персонала.

В стадии непосредственно после чрезвычайной ситуации спасением раненых обычно должны заниматься бригады добровольцев или специалистов по оказанию первой помощи, которые доставляют жертв на носилках в пункт оказания первой помощи. Часто пострадавшие имеют первый контакт именно с этим вспомогательным персоналом. Следовательно, этот персонал необходимо подготовить по вопросам психологических потребностей жертв, они также должны знать особенности подхода к ним. Важно, чтобы пострадавший получил некоторую информацию о сложившейся ситуации и о том, что же произошло. В пункте оказания первой помощи ему будут оказывать помощь специалисты в области неотложной медицины, принимая меры по спасению жизни и осуществляя сортировку (устанавливая очередность медицинской помощи). Эти специалисты будут выполнять хорошо отработанные технические действия; однако они должны учитывать, что психологическое состояние пациента может усугублять его физическое здоровье. Врач неотложной помощи должен уметь диагностировать симптомы дезадаптивного стресса, а также вызывать психиатра или психолога в случае необходимости. Следует успокоить пациента и предоставить ему информацию, например имя лечащего специалиста или место эвакуации.

В стадии, следующей непосредственно после чрезвычайной ситуации, мы рекомендовали [43] создавать пункт оказания медицинской / психологической помощи

неподалеку от станции квалифицированной медицинской помощи, в которой работают бригады скорой и неотложной помощи. Пункт оказания медицинской / психологической помощи должен быть обеспечен необходимым количеством специалистов в области охраны психического здоровья (психиатрами, психологами, психиатрическими медицинскими сестрами) — отсюда значимость первоначальной оценки потребностей. Индивидов, обращающихся с явной психопатологической симптоматикой (бредовыми идеями, ступором, возбуждением) либо с адаптивными или дезадаптивными реакциями стресса направляют в пункт оказания медицинской / психологической помощи. Первую сортировку пострадавших с психическими нарушениями можно проводить на этом этапе. Отношение к пациентам должно быть более интервенционалистским и директивным, чем традиционная нейтральность психоаналитика. Важно внимательно и с сочувствием выслушивать, а также побуждать человека высказывать свои переживания. В этой ранней стадии такой тип облегчения страдания может способствовать предупреждению формирования психотравмирующего процесса.

Вторая стадия имеет решающее значение, поэтому необходимо дальнейшее наблюдение за уцелевшими. Острые симптомы стресса либо ослабевают, либо возникает посттравматическое стрессовое расстройство. Многие жертвы, находясь в состоянии эйфории в связи с выживанием, не замечают появления первых симптомов, связанных с душевной травмой. Поскольку выжившие могут не осознавать наличия этих симптомов, важно, чтобы специалисты в области охраны психического здоровья, врачи другого профиля, а также вспомогательный персонал выявляли их прежде, чем о них сообщат пациенты.

Вторая стадия — самое лучшее время для проведения сеансов дебрифинга. Дебрифинг спасателей, преследующий профилактическую цель, может проводиться либо специалистами в области охраны психического здоровья либо, как предлагали некоторые авторы [44], специально обученными коллегами. Дебрифинг жертв, имеющий как терапевтические, так и профилактические цели, может проводиться только подготовленным психиатром или психологами [45–47].

В хронической стадии пациентов с протрагированными симптомами лучше всего лечат специалисты в области охраны психического здоровья, прошедшие качественную подготовку в области психотравматологии. Однако этих пациентов часто лечат врачи общей практики, которые ограничиваются назначением лекарственных препаратов по поводу наиболее очевидных симптомов, таких как бессонница или тревога, не касаясь вопроса душевной травмы. Поскольку эти пациенты не склонны обсуждать пережитые ими душевные травмы, требуется большое клиническое чутье, чтобы установить травматическую этиологию расстройства.

Какая административная структура?

Охрана психического здоровья обычно находится под контролем правительства, а именно Министерства здравоохранения. Понятно, что во время чрезвычайной ситуации психиатрическую помощь также должны контролировать органы государственной власти, даже если негосударственные организации, Красный Крест, частнопрактикующие специалисты, добровольцы и другие могут принимать участие в операциях по оказанию помощи. Реально администрация правительства готовит чрезвычайные планы, консультируясь с экспертами. Во время бедствия, разумеется, органы государственной власти координируют помощь на месте. Несомненно, это относится к материально-техническому обеспечению, а также к оказанию медицинской помощи. Врачи и другой

медицинский и вспомогательный персонал на месте события должен интегрироваться в иерархическую структуру в рамках ранее существовавших чрезвычайных планов. Это предотвращает анархию, а также гарантирует, что центральный орган имеет достоверную информацию о ситуации и может направить помощь в местности, которые иначе были бы проигнорированы.

Во второй и в третьей стадиях контроль со стороны правительства может становиться менее строгим. Однако правительственные учреждения должны гарантировать, что все же существуют структуры, которые проводят долгосрочное лечение пострадавших. Важно также удостовериться в том, что жертвы надлежащим образом информированы о возможных патологических признаках, вызванных психотравмами, а также о службах, в которые можно обратиться за медицинской помощью. Наконец, правительственные учреждения должны уметь оценивать показатель распространенности длительных заболеваний, вызываемых чрезвычайной ситуацией. В разных странах принимаются различные решения. В некоторых из них правительственные организации будут отвечать за все психиатрические вмешательства в чрезвычайных ситуациях; в других в структуру интегрируются неправительственные программы; наконец, есть страны, в которых большинство задач делегируют частным организациям.

ТРИ ПРИМЕРА СИСТЕМЫ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Французская система скорой и неотложной медицинской и психологической помощи

Стимул для формирования французской системы скорой и неотложной медицинской и психологической помощи появился в 1995 году. По-французски эта система сокращенно называется CUMP (Cellules d'Urgence Medico-Psychologiques). В парижском метро на станции «Saint-Michel» 26 июля 1995 года был совершен террористический акт. О посещении раненых в больнице президентом Франции Жаком Шираком широко сообщалось в средствах массовой информации. По распоряжению Министерства здравоохранения 28 мая 1997 года была создана официальная система скорой и неотложной медицинской и психологической помощи. Процесс ее создания контролировал Louis Grosq, психиатр французской армии, имеющий большой опыт работы с людьми в состоянии стресса и с травматическими невротами.

Эта система состоит из 100 «ячеек», т. е. по одной ячейке в каждом департаменте Франции (или графстве). В каждом департаменте правительство привлекает психиатра, работающего в больнице, координировать работу группы психиатров-добровольцев, психологов и психиатрических медицинских сестер на добровольных началах. Их миссия — как можно раньше оказать помощь жертвам в зоне бедствия, террористической атаки или другой чрезвычайной ситуации. Они могут принести пользу в случае огромного количества пострадавших от несчастного случая, который внушает сильный страх и вызывает дистресс у свидетелей. Примерами могут служить случаи самоубийства или несчастные случаи в школах.

Во время чрезвычайных ситуаций в стадии, следующей непосредственно после них, работу «ячеек» психологической помощи контролирует SAMU (Service d'Aide Medicale Urgente) — французская система неотложной медицины.

Европейская сеть обществ Красного Креста для оказания психологической поддержки

Henri Dunant, который инициировал создание Красного Креста (1862), упоминал о психологическом дистрессе у раненых на поле боя. Вообще работники Красного Креста оказывают помощь не только при физических травмах, но и при психическом дистрессе. Часто они прибывают в зону бедствия до появления там специалистов сферы охраны психического здоровья; кроме того, им приходится наблюдать психологические страдания в лагерях беженцев. Европейская сеть обществ Красного Креста для оказания психологической поддержки (European Red Cross/Red Crescent Societies Network for Psychological Support — ENPS) была создана в 2000 году. Ее работу координирует команда управления, которая состоит из бельгийского, французского, венгерского, голландского и швейцарского обществ Красного Креста. Секретариат поддерживается обществом Красного Креста Франции. В Копенгагене (1995) и в Лионе (1998) проводились конференции по вопросам психологической поддержки, на которых обсуждались преимущества создания сети этих обществ.

Перед ENPS стоят следующие задачи: (а) проводить инвентаризацию и делиться опытом и практическими достижениями в области психологической поддержки в европейских национальных обществах (сюда относятся программы действий и подготовки бригад, адаптированные к особенностям культуры пострадавшего населения); (б) формировать и совершенствовать стратегию психологической поддержки в движении Красного Креста на европейском уровне; (в) налаживать сотрудничество между национальными обществами, органами власти и европейскими институтами; (г) работать в контакте с международным базовым центром Красного Креста по оказанию психологической поддержки, работающим на базе общества Красного Креста Дании.

Чтобы подготовить и использовать совместно список структур и людского ресурса, в каждое национальное общество был направлен опросник. В Берлине проводился семинар на тему «Первая помощь и психологическая поддержка» в рамках 6-й Европейской региональной конференции Красного Креста и Красного Полумесяца 14–19 апреля 2002 года.

Взаимодействие между системами судебной защиты и охраны психического здоровья

Жертвы чрезвычайных ситуаций страдают от потерь, травм, ущерба, которые имеют отношение к личности или к имуществу индивида. Иногда это может происходить из-за упущения, халатности или противозаконных действий других людей. Следовательно, они могут иметь право на денежную компенсацию или на возмещение вреда, ущерба, убытков. Кроме исключительно судебных аспектов, суд может помочь процессу излечения, возмещая ущерб и устанавливая ответственность. Наоборот, судебный процесс, дача свидетельских показаний, подробное изложение своих переживаний, установление доказательств могут возобновить такие симптомы, как навязчивые воспоминания или тягостные сновидения о пережитом событии. В нескольких странах были созданы программы оказания помощи жертвам в реализации своих прав. Нередко такие программы требуют сотрудничества социальных работников, юристов и психологов. Во Франции Национальный институт помощи жертвам (Institut National d'Aide aux Victimes — INAVEM) был создан в 1986 году. Частично он финансируется Министерством юстиции Франции [48].

ВЫВОДЫ

Задача системы психиатрической помощи жертвам чрезвычайных ситуаций — облегчать психологический дистресс, воздействие психосоциальных факторов на индивидов и на местное население, а также предотвращать развитие соматических заболеваний в отдаленном периоде. Организацию психиатрической помощи следует планировать заблаговременно, учитывая различия чрезвычайных ситуаций в зависимости от типа и степени тяжести ее. Специалисты в области охраны психического здоровья должны приступить к оказанию помощи в зоне бедствия как можно раньше, в стадии непосредственно после возникновения чрезвычайной ситуации (первые часы), но следует охватывать и вторую (со второго дня до двух месяцев) и третью, хроническую, стадии (через два месяца). Кроме того, виды помощи следует адаптировать к конкретным расстройствам, возникающим в каждой из этих стадий. Необходимо лечить первичных жертв (тех, кто находился непосредственно в зоне бедствия), вторичных (родственников жертв), третичных (потрясенных и обессиленных спасателей и лиц, оказывающих помощь), жертв четвертого уровня (руководителей и представителей средств массовой информации, которые были свидетелями психотравмирующих сцен) и даже жертв пятого уровня (население, потрясенное сообщениями в средствах массовой информации).

Государственные чиновники могут наблюдать за проведением операций по оказанию помощи, организовывать и координировать ее, включая психиатрическую. В стадии непосредственно после возникновения чрезвычайной ситуации важно определить количество жертв с психическими нарушениями и провести их сортировку. Во второй стадии необходимо оценить психический статус жертв — даже если они об этом сами не просят — поскольку именно в этой стадии может развиваться посттравматическое стрессовое расстройство. В хронической стадии следует выбрать не только методы симптоматического лечения, но и предусмотреть адекватное лечение психологической травмы, чтобы помочь жертве придать смысл своему опыту и включить его в континуум истории своей жизни.

Даже если вмешательство вспомогательного персонала (пострадавшие имеют первый контакт именно с этими лицами) дает благоприятный психологический эффект (особенно если этот персонал получил базовую подготовку по психиатрии), психиатрическую помощь должны оказывать психиатры и клинические психологи, получившие специальную подготовку по психотравматологии и психиатрии катастроф. Такие методы, как облегчение страданий и психиатрический дебрифинг жертв, следует рассматривать как специфические психотерапевтические методы либо как начало более длительного психотерапевтического процесса. Они отличаются от дебрифинга, во время которого обсуждается только критическое стрессовое напряжение и который является профилактической мерой для бригад, подвергшихся воздействию потенциально травматического происшествия, но не обратившихся по поводу патологических симптомов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Joseph S., Williams R., Yule W. (1997) *Understanding Post-traumatic Stress. A Psychosocial Perspective on PTSD and Treatment*. Wiley, Chichester.
2. Gerrity E.T., Steinglass P. (1994) Relocating stress following natural disasters. In R.J. Ursano, B.C. MacCaughy, C.S. Fullerton (Eds.), *Individual and Community Responses to Trauma and Disaster. The Structure of Human Chaos*, pp. 220–247. Cambridge University Press, Cambridge, UK.

3. Reiss D. (1982) The working family: a researcher's view of health in the household. *Am J Psychiatry*, **139**: 1412–1420.
4. Cohen R. (2002) Mental health services for victims of disasters. *World Psychiatry*, **1**: 149–153.
5. Crocq L. (1999) *Les Traumatismes Psychiques de Guerre*. Jacob, Paris.
6. Crocq L. (2001) Individual and collective behaviors in earthquakes, fire and manmade disasters. In G. Spinetti, L. Janiri (Eds.), *Psichiatria ed Ecologia*, pp. 37–45. CIC, Rome.
7. Marmar C. (1997) Trauma and dissociation. *PTSD Research Quarterly*, **8**: 1–3.
8. Green B., Lindy J., Grace M.C. (1989) Posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis*, **173**: 406–411.
9. Bromet E., Dew M.A. (1995) Review of psychiatric epidemiologic research on disasters. *Epidemiol Rev*, **17**: 113–119.
10. Bouthillon-Heitzmann P., Crocq L., Julien H. (1992) Stress immédiat et séquelles psychiques chez les victimes d'attentats terroristes. *Psychologie Médicale*, **24**: 465–470.
11. Raphael B., Wilson J., Meldrum L., McFarlane A.C. (1996) Acute preventive interventions. In B. Van der Kolk, A.C. McFarlane, L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic Stress. The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*, pp. 463–479. Guilford, New York.
12. Griffin C. (1987) Community disaster and post-traumatic stress disorder: a debriefing model for response. In T. Williams (Ed.), *Post-traumatic Stress Disorders: A Handbook for Clinicians*, pp. 293–298. Disabled American Veterans, Cincinnati.
13. Horowitz M.J., Kaltreider N. (1980) Brief treatment of post-traumatic stress disorders. *New Direction for Mental Health Services*, **6**: 67–79.
14. Lindy J.D., Green B.L., Grace M., Titchener J. (1983) Psychotherapy with survivors of the Beverly Hills Supper Club Fire. *Am J Psychother*, **37**: 563–610.
15. Tuckman A.J. (1973) Disaster and mental health intervention. *Commun Ment Health J*, **9**: 151–157.
16. Klingman A., Eli Z.B. (1981) A school community in disaster. Primary and secondary prevention in situational crisis. *Professional Psychology*, **12**: 523–533.
17. Dunning C., Silva M. (1980) Disaster induced trauma in rescue workers. *Victimology*, **5**: 287–297.
18. Jones D.R. (1985) Secondary disaster victims: the emotional effects of recovering and identifying human remains. *Am J Psychiatry*, **142**: 303–307.
19. Lindy J. (1985) The trauma membrane and clinical concepts derived from psychotherapeutic work with survivors of natural disasters. *Psychiatr Ann*, **15**: 153–160.
20. Mitchell J.T. (1983) When disaster strikes: the critical incident stress debriefing process. *J Emergency Med Serv*, **8**: 36–39.
21. Armstrong K., O'Callahan W., Marmar C. (1991) Debriefing Red Cross disaster personnel: the multiple stressor debriefing model. *J Trauma Stress*, **4**: 581–593.
22. Dyregrov A. (1992) Traumatized kids, traumatized rescuers? *Emerg Med Serv*, **21**: 20–24.
23. Van der Kolk B., McFarlane A.C., Van der Hart O. (1996) A general approach to treatment of posttraumatic stress disorder. In B. Van der Kolk, A.C. McFarlane, L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic Stress. The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*, pp. 417–440. Guilford, New York.
24. Turner S.W., Thompson J., Rosser R. (1995) The Kings Cross Fire: psychological reactions. *J Trauma Stress*, **8**: 419–428.
25. Hagström R. (1995) The acute psychological impact of survivors following a train accident. *J Trauma Stress*, **8**: 391–402.
26. Crocq L. (1998) La cellule d'urgence médico-psychologique, sa création, son organisation, ses interventions. *Ann Médico-Psychol*, **156**: 58–64.
27. Shalev A., Schreiber S., Galai T. (1993) Early psychological responses to traumatic injury. *J Trauma Stress*, **6**: 441–450.
28. Gökalp P.G. (2002) Disaster mental health care: the experience of Turkey. *World Psychiatry*, **1**: 159–160.
29. Basoglu M., Salcioglu E., Livanou M. (2002) Traumatic stress responses in earthquake survivors in Turkey. *J Trauma Stress*, **15**: 269–276.
30. Caldas de Almeida J.M. (2002) Mental health services for victims of disasters in developing countries: a challenge and an opportunity. *World Psychiatry*, **1**: 155–157.
31. Shinfuku N. (2002) Disaster mental health: lessons learned from the Hanshin Awaji earthquake. *World Psychiatry*, **1**: 158–159.
32. McFarlane A.C. (2002) Managing the psychiatric morbidity of disasters. *World Psychiatry*, **1**: 153–154.
33. Boscarino J.A., Galea S., Ahem J., Resnick H., Vlahov D. (2003) Psychiatric medication use among Manhattan residents following the World Trade Center disaster. *J Trauma Stress*, **16**: 301–306.
34. Crocq L. (2002) World Trade Center. Image sans parole, le trauma d'une communauté. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, **2**: 3–6.

35. Cremniter D. (2000) La catastrophe du Concorde: intervention médico-psychologique. *Revue du Stress et du Trauma*, **1**: 55–59.
36. Crocq L., Doutheau C. (1995) Psychiatrie de catastrophe. In J.L. Senon, D. Sechter, D. Richard (Eds.), *Thérapeutique Psychiatrique*, pp. 989–1001. Hermann, Paris.
37. Crocq L., Doutheau C., Louville P., Cremniter D. (1998) Psychiatrie de catastrophe. In *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie*, 37-113-D-10. Elsevier, Paris.
38. Koopman C., Classen C., Spiegel D. (1994) Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Berkeley, California firestorms. *Am J Psychiatry*, **151**: 888–894.
39. Lundin T. (1987) The stress of unexpected bereavement. *Stress Medicine*, **4**: 109–114.
40. Ursano R.J., Fullerton C.S., Kao T.C., Bhartiya V.R. (1995) Longitudinal assessment of posttraumatic stress disorder and depression after exposure to traumatic death. *J Nerv Ment Dis*, **183**: 36–42.
41. Ursano R.J., Grieger T.A., MacCarroll J.E. (1996) Prevention of posttraumatic stress. Consultation, training and early treatment. In B. Van der Kolk, A.C. McFarlane, L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic Stress. The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*, pp. 441–462. Guilford, New York.
42. Robertson C., Klein S., Bullen H., Alexander D.A. (2002) An evaluation of patient satisfaction with an information leaflet for trauma survivors. *J Trauma Stress*, **15**: 329–332.
43. Crocq L. (2002) Special teams for medical/psychological intervention in disaster victims. *World Psychiatry*, **1**: 154–155.
44. Dyregrov A. (1997) The process in psychological debriefing. *J Trauma Stress*, **10**: 589–606.
45. Crocq L. (2002) Historique critique du debriefing. In E. de Soir, E. Vermeiren (Eds.), *Les Debriefings Psychologiques en Question*, pp. 73–130. Garant, Antwerp.
46. Lebigot F., Gauthier E., Morgand D., Lassagne M. (1997) Le debriefing psychologique collectif. *Ann Médico-Psychol*, **155**: 370–378.
47. Lebigot F. (1998) Le debriefing individuel du traumatisé psychique. *Ann Médico-Psychol*, **156**: 417–420.
48. Damiani C. (2001) L'aide psychologique aux victimes. In R. Cario, D. Salas (Eds.), *Oeuvre de Justice et Victimes*, Vol. 1, pp. 175–188. L'Harmattan, Paris.

**ПОСЛЕДСТВИЯ
ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ
ДЛЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ:
ОПЫТ РАЗНЫХ РЕГИОНОВ МИРА**

Опыт землетрясения в Кобе

Naotaka Shinfuku

University School of Medicine, Kobe, Japan

ВВЕДЕНИЕ

Люди, которые сегодня посещают Кобе, вряд ли могут представить себе урон, нанесенный когда-то Ганшин-Аваджийским землетрясением. Кобе предстает перед ними как деловой, скоростной и современный японский город. Однако Музей и Мемориальный парк, как и некоторые вновь построенные исследовательские и учебные центры для пострадавших от землетрясения, напоминают о тех событиях.

Во время землетрясения, произошедшего 17 января 1995 года, за один день погибло более 5500 человек. В течение года после этой трагедии Кобе-сити покинуло более 100 тысяч человек, они переехали в не затронутые стихией районы. В последние годы численность населения города постепенно увеличивалась и в конце концов достигла прежнего уровня. Однако местные коммерческие компании все еще ощущают на себе последствия землетрясения. В частности, портовая индустрия, прежде одна из наиболее значимых сфер экономики Кобе, утратила свой бизнес, этим воспользовались конкуренты Каошунг (Тайвань) и Пусан (Корея). Если суда уходят в другие порты, их трудно привлечь обратно.

Горожане все еще переживают последствия катастрофы. Я был свидетелем Ганшин-Аваджийского землетрясения и имел возможность наблюдать за изменениями в городе и среди населения, произошедшими с тех пор.

ЗЕМЛЕТРЯСЕНИЕ

Землетрясение произошло в 5.46 утра. Его мощность по шкале Рихтера оценивалась в 7,2 балла [1]. Эпицентр находился как раз под крупными городами Ганшина, включая Кобе-сити. Количество пострадавших оценивается в 2,4 миллиона человек. Сразу после землетрясения было установлено число погибших — 5502 человека. Количество умерших вследствие землетрясения, официально объявленное позднее (август 1995), составило 6500 человек из-за многочисленных случаев отсроченной смерти (например, пневмония, самоубийство). Три четверти смертельных случаев, произошедших в момент землетрясения, были вызваны асфиксией. Другими причинами смерти были ожоги, множественные переломы (включая переломы шейного отдела позвоночника) и травматический шок.

ВСКОРЕ ПОСЛЕ ЗЕМЛЕТРЯСЕНИЯ

Многие люди не могли осознать, что происходило сразу после землетрясения. Этот период иногда называли «шестичасовым вакуумом». Когда началось землетрясение, я не мог понять, что это. Мне показалось, что под моим домом произошел какой-то взрыв. Кроме того, жители Кобе не сразу узнали, что эпицентр землетрясения находится недалеко от города. Никто не ожидал землетрясения в районе города. Многие жертвы стихии оценили масштаб бедствия лишь после просмотра по телевидению репортажа о пожаре в районе Нагата: важно знать, что население, переживающее катастрофу, часто менее всего информировано о ее масштабах и характере [1].

РАССТРОЙСТВО ЗДОРОВЬЯ В ОСТРОЙ СТАДИИ

Сразу после землетрясения

Сотрудники медицинской школы Университета Кобе установили, что значительное количество жертв, доставленных в службы неотложной медицинской помощи, были уже мертвыми. Многие пострадавшие поступили в отделения ортопедической хирургии. Также сообщалось о нескольких случаях синдрома раздавливания (травматический токсикоз). Отдел судебной медицины работал чрезвычайно напряженно: приходилось проводить вскрытие трупов и выдавать свидетельства о смерти [2].

Вскоре после землетрясения большинство пострадавших пребывали в состоянии эмоционального бесчувствия. Мой друг, потерявший своих родителей, утратил контакт с реальностью и не испытывал никакой печали. «У меня была деперсонализация» (возможно, психологический механизм защиты от катастрофы).

Через два–три дня после землетрясения большинство жертв становились разговорчивыми и радостными. У некоторых даже возникало гипоманиакальное состояние и отмечались признаки психомоторного возбуждения. Эти симптомы, возможно, были следствием радости по поводу биологического выживания. Основные нарушения в психической сфере в этой ранней стадии проявлялись в виде рецидивов психических расстройств и эпилептических припадков, обусловленных прерыванием привычной лекарственной терапии. Поступали сообщения о потере памяти и дезориентировке, особенно среди людей пожилого возраста. У больных с маниакально-депрессивным синдромом в основном развивалось маниакальное состояние [3].

Первые две недели после события

В течение первой недели все были заняты обеспечением пищей, водой, а также поиском информации. В какой-то период времени устанавливались дружеские отношения на «поле сражения». Это приводило к психическому возбуждению и завязыванию дружбы среди жертв. Однако одновременно многие испытывали страх послешоковой и общей тревоги. Ощущалось сильное чувство вины выжившего у тех, кто потерял членов своей семьи.

Я испытывал ненормальное ощущение времени: один день мне казался вечным, и я не мог вспомнить события предыдущего дня.

Через неделю фокус внимания служб смещался с оказания неотложной медицинской помощи на оказание помощи пациентам с хроническим течением заболевания, включая лиц с артериальной гипертензией, сахарным диабетом, а также с психическими

расстройствами [4, 5]. Уход за людьми пожилого возраста с деменцией и за психически неполноценными людьми в приютах создавал сложные проблемы. В переполненных приютах бессонница была распространенным явлением. Поступали сообщения об острых реакциях стресса и о ночных кошмарах. В некоторых приютах была организована неотложная психиатрическая помощь. Центр психического здоровья префектуры Хайого играл ключевую роль в координировании психиатрической помощи жертвам.

Добровольцы, включая врачей, психологов и психиатров, группами стекались в Кобе и пострадавшие местности. Почти 1,5 миллиона добровольцев из Японии, а также из некоторых других стран прибыли в Ганшин для оказания помощи после землетрясения.

Через 10 дней в приютах жизнь для многих жертв стала крайне напряженной. Возросло количество случаев острых реакций стресса, включая серьезную острую стрессовую язву желудка и 12-перстной кишки. Отделение внутренних болезней медицинской школы Университета Кобе занималось лечение многих случаев крайне тяжелых кровоточащих язв. Сплошь и рядом наблюдались реакции тревоги и расстройства сна [6]. Среди людей пожилого возраста возросло количество случаев пневмонии и бронхита (землетрясение произошло в январе — в Японии это зима).

Через две недели жертвы начали осознавать реальность — потерю членов своей семьи, крова и работы. У них развивалась депрессия. Сообщалось о нескольких случаях самоубийства. Острые симптомы посттравматического стресса, например «флэшбэки», продолжали наблюдаться среди жертв.

В следующие месяцы

Через месяц большинство пострадавших людей пожилого и старческого возраста утратили способность справляться с постоянным стрессом. У них часто отмечали деменцию, дезориентировку, недержание мочи и кала. Среди жертв участились случаи употребления алкоголя, что — в некоторых приютах — привело к развитию эпидемии заболеваний, связанных с употреблением алкоголя. Иногда сообщалось о случаях насилия, спровоцированного употреблением алкоголя. У некоторых детей отмечалась регрессия. Частым явлением стал феномен выгорания среди добровольцев.

Единоновременно в различных приютах — школах и общественных зданиях — проживало более 320000 человек. Правительство организовало строительство временных домов, напоминающих военные казармы. Всего за счет казны было построено 47000 временных жилищ, в которых проживало до 80000 человек.

Многие жертвы землетрясения потеряли работу и столкнулись с экономическими трудностями. В ходе реабилитации и перемещения многие из них утратили социальный статус, что, в свою очередь, вызвало депрессию.

Среди жертв наиболее пострадали пожилые люди, семьи, состоящие из матерей с детьми, инвалиды, а также иностранцы из развивающихся стран.

В течение двух лет все пострадавшие от землетрясения постепенно сменили временное жилье на кооперативные квартиры, предоставленные местной властью. К 1999 году практически все временные дома опустели [7].

ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ

Даже спустя несколько лет среди пострадавших от землетрясения наблюдался широкий спектр соматических и психологических расстройств. Все они так или иначе

были связаны со стрессогенными переживаниями и с условиями, в которых находились жертвы катастрофы. Однако другие факторы окружающей среды и непосредственный материальный ущерб сыграли не менее заметную роль. Например, артериальная гипертензия среди пострадавших могла быть вызвана несколькими причинами: соленой растворимой пищей, стрессогенными факторами, характерными для условий проживания, а также кошмарными сновидениями. Пройдет много времени, прежде чем нам удастся получить данные о возможном влиянии землетрясения на психосоциальное развитие детей, на состояние иммунитета (а также на заболеваемость аллергией, раком и пр.).

Отдаленные соматические последствия

Изолированное проживание привело к тому, что пострадавшие все чаще прибегали к алкоголю и курению, что в свою очередь способствовало повышению риска развития артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца. Недостаток в диете свежих овощей и злоупотребление продуктами «быстрого питания» послужили дополнительным фактором, повышающим риск развития ишемической болезни сердца среди жертв. Пониженная температура воздуха и недостаточное кондиционирование привели к развитию простудных заболеваний, бронхита и эмфиземы.

Незначительное количество пострадавших во время землетрясения стали инвалидами вследствие перенесенной черепно-мозговой травмы и травмы спинного мозга; у некоторых из них развилась параплегия. У многих пожилых людей наблюдалась псевдодеменция. В некоторых случаях тяжелое пьянство стало причиной развития алкогольных гепатитов. Группой повышенного риска в отношении расстройств, вызванных хроническим стрессом, оказались пожилые мужчины, потерявшие родственников. Тем не менее для более полного изучения пострадавших от землетрясения необходимы широкомасштабные эпидемиологические исследования.

Отдаленные психологические последствия

Среди наиболее значимых психологических последствий выделим психологические трудности, связанные с изолированным проживанием во временном жилье. Подобная изоляция и утрата привычных социальных связей привели к учащению случаев самоубийства и к так называемым «смертям одиночек» — гибели запущенных, оставленных без помощи людей в условиях временного жилья. Среди пострадавших от землетрясения было зарегистрировано более 250 случаев «смертей одиночек», что вызвало серьезную обеспокоенность населения Кобе и привело к нарастанию недовольства действиями местной власти. Отсутствие медицинского персонала рассматривалось как один из факторов, приведших к этой трагедии. Изучение популяции школьников показало, что более других пострадали девушки молодого возраста, потерявшие родственников и друзей. Невротические симптомы спустя шесть месяцев практически исчезли, но жалобы на депрессию и соматическое недомогание сохранялись даже спустя 12 месяцев [7, 8]. В некоторых статьях сообщается о невысокой распространенности посттравматического стрессового расстройства среди жертв землетрясения в Кобе по сравнению с данными, поступившими из других стран [9–11].

КАКИЕ УРОКИ МЫ УСВОИЛИ

Первыми — после землетрясения — появились связанные со стрессом соматические симптомы. Частота случаев геморрагических язв и артериальной гипертензии возросла сразу после катастрофы, достигла пика спустя одну–три недели и затем постепенно снижалась на протяжении последующих шести месяцев. Подобные симптомы были преимущественно кратковременными. Из психологических нарушений первыми появились симптомы тревоги, выраженность которых со временем также ослабевала. Чувство вины возникало наряду с тревогой, уменьшаясь на протяжении шести месяцев. Однако симптомы депрессии не проходили с течением времени: через шесть месяцев их выраженность возросла. Симптомы депрессии встречались особенно часто среди тех, кто потерял дом и семью. Постепенно, спустя год, начали доминировать социальные проблемы. Проблемы, связанные с употреблением алкоголя и трудностями межличностного общения, постепенно усиливались, продолжая оставаться основной патологией пострадавших от землетрясения [12].

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)

Диагнозы «острое стрессовое расстройство» и «посттравматическое стрессовое расстройство» не могут вместить весь спектр психологических нарушений, вызванных травмой [13]. Исследования, проведенные в Центре психологической помощи Префектуры Хайого, показали, что из 1956 обратившихся в центр после землетрясения полная клиническая картина ПТСР (в соответствии с классификацией DSM–IV) развилась лишь у 2,5%. Однако среди тех пациентов, которые потеряли дом, это расстройство встречалось у 4,5%, а в подгруппе переживших утрату близких — у 13,1% (14). Распространенность ПТСР была прямо пропорциональна тяжести утраты (например, потеря дома и семьи). Тем не менее полная картина ПТСР среди жертв землетрясения в Кобе встречалась достаточно редко.

Возможны несколько причин и интерпретаций низкой частоты случаев ПТСР среди пострадавших в Кобе. Во-первых, пациенты не всегда сообщали о симптомах ПТСР: они, к примеру, опасались стигматизации, связанной с обращением за психиатрической помощью, и не всегда могли рассказывать о признаках диссоциации. Во-вторых, гиподиагностика ПТСР специалистами медицинского профиля: у последних не было особых мотивов интересоваться симптомами ПТСР у пациентов. С другой стороны, ПТСР как диагностическая категория стало настолько популярным после землетрясения, что его широкое использование привело даже к снижению общей стигматизации, связанной с психиатрической помощью. Средства массовой информации практически каждый день сообщали о новых случаях ПТСР. Почти все японские психиатры ознакомились с DSM–IV и описанием диагностических критериев этого расстройства. В-третьих, азиаты, в том числе и японцы, переживая стресс, в большей степени склонны к соматизации психологических симптомов, включая и диссоциацию [15]. Однако нет данных, подтверждающих этот вывод, который бы сделал актуальным обсуждение взаимосвязи между ПТСР и соматоформным расстройством, а также клинической валидности диагноза ПТСР в популяции азиатских пациентов. В-четвертых, большинство переживших землетрясение в Кобе не чувствовали себя брошенными или пренебрегаемыми после катастрофы. Будучи ориентированным на общину, японское общество, возможно, способствовало снижению заболеваемости ПТСР в Кобе. Кроме того, здесь ни врачи, ни пациенты не имели никаких дополнительных стимулов для диагностики ПТСР.

Все эти объяснения выглядят вероятными. Тем не менее до сих пор не проведено ни одного строгого эпидемиологического исследования ПТСР среди переживших Ганшин-Аваджийское землетрясение. Вполне возможно, что распространенность ПТСР со временем увеличилась. Нам следует продолжать наблюдение за психологическим состоянием жителей в области Кобе.

Добровольцы

Вскоре после землетрясения психиатры и другие сотрудники службы охраны психического здоровья со всей страны приехали в район Кобе, чтобы оказывать пострадавшим квалифицированную помощь. Некоторые группы организовали психиатрические клиники для проживающих в приютах. Однако лишь немногие пациенты посетили такие клиники. Наиболее ценной помощью для проживающих в убежищах были советы домохозяйек, которые могли подсказать, где достать пищу и получить информацию. Также высоко ценилась помощь молодых добровольцев, которые приносили воду и пищу, выслушивали тех, кто остался в живых. Группа психиатров подготовила простое пособие для добровольцев, объяснив основные правила выслушивания пострадавших. Правила охватывали такие темы, как важность разделения переживаний, необходимость в информированном согласии, а также умение соблюдать конфиденциальность. Такие контакты многим жертвам напоминали сеансы брифинга и дебрифинга. Таким образом, многие пострадавшие чувствовали, что они не брошены на произвол судьбы. Кроме того, жертвы землетрясения могли рассчитывать на круглосуточную психологическую поддержку соседей и добровольцев, что было гораздо важнее поддержки со стороны специалистов. В конечном счете, профессиональная психиатрическая помощь после Ганшин-Аваджийского землетрясения имела и положительные, и отрицательные стороны: традиционная психиатрическая помощь в виде мобильных психиатрических клиник оказалась практически бесполезной; однако общая информация о принципах оказания психиатрической помощи, распространяемая среди добровольцев через средства массовой информации, была весьма полезной для переживших землетрясение.

Полезность иностранных добровольцев трудно было оценить. В Кобе прибыли международные эксперты по оказанию психиатрической помощи при катастрофах. Однако они создали дополнительные трудности для местных специалистов, поскольку им нужны были переводчики для проведения бесед с жителями приютов и люди, которые бы организовывали эти посещения. У некоторых местных специалистов после общения со столь значительным количеством иностранных экспертов развился синдром выгорания. Однако именно иностранные эксперты разъяснили японским СМИ и специалистам необходимость психологической поддержки жертв землетрясения. Оказалось, что в Японии никто не был готов к организации психиатрической помощи пострадавшим. Несомненно и то, что международные эксперты помогли понять важность психиатрической помощи жертвам в Кобе.

ЧТО МЫ ВИДИМ СЕЙЧАС, СПУСТЯ 10 ЛЕТ

Социальные проблемы неисчерпаемы

Для специалистов в области здравоохранения, проживающих в Кобе, наиболее важным был вопрос, как сохранить здоровье у жертв катастрофы и особенно как предотвращать случаи «смерти одиночек» (гибели запущенных, оставленных без помощи

людей) среди выживших. Сразу после землетрясения в Кобе хлынул поток добровольцев, стремящихся оказывать помощь пострадавшим. Спустя три года все добровольцы покинули город. Местная власть мобилизовала медицинских сестер системы общественного здравоохранения для посещения временных приютов. Но количество таких медицинских сестер было весьма ограниченным. В каждом из временных приютов был создан автономный комитет для поддержки работы групп само(взаимо)помощи среди их обитателей. Все эти механизмы были задействованы с тем, чтобы предотвратить случаи «смерти одиночек» и отдаленные последствия для здоровья людей.

Пожилым людям, потерявшим дом, деньги, друзей и партнеров, очень трудно видеть смысл дальнейшего существования и сохранять надежду. Минимальная компенсация для восстановления жилья и начала небольшого бизнеса была действительно необходима для переживших землетрясение, поскольку она способствовала восстановлению смысла жизни.

Следует и дальше проводить профилактику отдаленных последствий катастрофы для здоровья и найти эффективные механизмы их минимизации.

От жертв к людям, поддерживающим их

В 1999 году Медицинская школа Университета Кобе решила организовать международный курс подготовки специалистов по охране здоровья жертв катастроф при финансовой поддержке Японского агентства международного сотрудничества. Специалисты по медицине катастроф из развивающихся стран, где риск таких катастроф высок, получили возможность пройти восьминедельный курс обучения в Кобе. Сотрудники Медицинской школы понимали, что их долг — ознакомить специалистов из развивающихся стран с опытом работы с жертвами землетрясения и помочь им освоить соответствующие технологии. За это время мы обучили 30 врачей и медицинских сестер из Турции, Египта, Бангладеш, Непала, Китая, Таиланда, Пакистана, Индии, Кении, Перу и Никарагуа. Кроме того, университет направил спасательные бригады в Турцию и на Тайвань сразу после произошедших там землетрясений.

Префектура Хиого и Кобе-сити предложила нескольким агентствам ООН организовать научно-исследовательские и учебные центры для предотвращения катастроф в районе Кобе. Для переживших катастрофу очень важно самим оказывать поддержку другим людям, попавшим в подобные обстоятельства. Участвуя в этом процессе, Кобе-сити и его жители пытаются преодолеть последствия полученных ими травм.

От Кобе к Азии

Азиатские страны постоянно страдают от жестоких стихийных бедствий. До сих пор слишком мало внимания уделялось изучению их влияния на психическое здоровье. Однако за прошедшие 10 лет эта проблема получила новое развитие. В Японии Ганшин-Аваджийское землетрясение стало поворотным моментом в освещении симптомов посттравматического стрессового расстройства в СМИ и в понимании необходимости оказывать психиатрическую помощь пострадавшим от различных стихийных бедствий. Это стали понимать и специалисты сферы охраны психического здоровья в Китае и на Тайване после того, как в их странах произошли крупные катастрофы [16, 17]. Ганшин-Аваджийское землетрясение стало огромной трагедией. Тем не менее уроки, усвоенные в Кобе, стали достоянием специалистов в области охраны психического здоровья в Азии и других развивающихся странах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Baba S., Taniguchi H., Nambu S., Tsuboi S., Ishihara K., Osato S. (1996) Essay, the great Hanshin earthquake. *Lancet*, **347**: 307–309.
2. Ueno Y., Nishimura A., Tatsuno Y., Yata K., Adachi J., Fujimoto S., *et al.* (1998) Analysis of the result of inquests in the Great Hanshin earthquake. In I. Kamae (Ed.), *Comprehensive Medical Studies on the Earthquake Victims*, pp. 27–34. Kobe University School of Medicine, Kobe.
3. Shinfuku N. (1999) To be a victim and a survivor of the Great Hanshin-Awaji Earthquake. *J Psychosom Res*, **46**: 541–548.
4. Saito K., Kim J.L., Maekawa K., Ikeda Y., Yokoyama A. (1997) The Great Hanshin Awaji earthquake — aggravated blood pressure control in treated hypertensive patients. *Am J Hypertens*, **10**: 217–221.
5. Inui A., Kitaoka H., Majima M., Takamiya S., Uemoto M., Yonenaga C., *et al.* (1998) Effect of the earthquake on stress and glycemic control in patients with diabetes mellitus. *Arch Intern Med*, **158**: 274–278.
6. Aoyama N., Kinoshita Y., Fujimoto S., Himeno S., Todo A., Kasuga M., *et al.* (1998) Peptic ulcer after the Hanshin-Awaji earthquake — increased incidence of bleeding gastric ulcers. In I. Kamae (Ed.), *Comprehensive Medical Studies on the Earthquake Victims*, pp. 45–52. Kobe University School of Medicine, Kobe.
7. Shinfuku N. (1998) Psychological consequences of the Great Hanshin-Awaji earthquake. In I. Kamae (Ed.), *Comprehensive Medical Studies on the Earthquake Victims*, pp. 189–193. Kobe University School of Medicine, Kobe.
8. Shinfuku N., Honda M., Uemoto M., Shioyama A. (1998) Epidemiological study of the Great Hanshin-Awaji earthquake's psychological consequences on affected school children. In I. Kamae (Ed.), *Comprehensive Medical Studies on the Earthquake Victims*, pp. 194–197. Kobe University School of Medicine, Kobe.
9. Kokai M., Takeuchi S., Ohara K., Morita Y. (1998) PTSD among victims of the Great Hanshin Awaji earthquake (in Japanese). *Sheishin-Igaku*, **478**: 1061–1068.
10. Sharan P., Chaudhary G., Kavathkar S.A., Saxena S. (1996) Preliminary report of psychiatric disorder in survivors of a severe earthquake. *Am J Psychiatry*, **153**: 556–558.
11. Coenjian A.K., Najarian L.M., Pynoos R.S. (1994) Posttraumatic stress disorder in elderly and younger adults after the 1988 earthquake in Armenia. *Am J Psychiatry*, **151**: 895–901.
12. Araki K., Nakane Y., Ohta Y., Kawasaki N. (1998) The nature of psychiatric problems among disaster victims. *Psychiatry Clin Neurosci*, **52**(Suppl.): 317–319.
13. Kokai M., Shinfuku N. (2000) PTSD in Asian Society. *Encyclopedia of Clinical Psychiatry*, **S6**: 309–318 (in Japanese).
14. Kato H., Asukai N., Miyake Y., Minakawa K., Nishiyama A. (1996) Post-traumatic symptoms among younger and elderly evacuees in the early stages following the 1995 Hanshin-Awaji earthquake in Japan. *Acta Psychiatr Scand*, **93**: 477–471.
15. Kokai M., Shinfuku N. (1998) Post-traumatic stress disorder and somatoform disorder (in Japanese). *Psychosom Med*, **2**: 193–197.
16. Chen C.C., Yeh T.L., Yang Y.K., Chen S.J., Lee I.H., Fu L.S., *et al.* (2001) Psychiatric morbidity and post-traumatic symptoms among survivors in the early stage following the 1999 earthquake in Taiwan. *Psychiatry Res*, **15**: 13–22.
17. Wang X., Gao L., Shinfuku N., Zhang H., Zhao C., Shen Y. (2000) Longitudinal study of earthquake-related PTSD in a randomly selected community sample in north China. *Am J Psychiatry*, **157**: 1260–1266.

Опыт землетрясения в Мармаре

Peukan G. Gökalp

*Bakirkoy Teaching and Research Hospital for Psychiatry and Neurology,
Istanbul, Turkey*

ВВЕДЕНИЕ

Землетрясение (7,4 балла по шкале Рихтера) произошло 17 августа 1999 года в регионе Мармара (северо-западная часть Турции) и стало полной неожиданностью для жителей городов Измит, Гельджюк, Адапазары и Авсилар/Стамбул (наиболее плотно заселенная часть страны). По официальным данным, погибло 18000 человек, примерно 50000 получили ранения, тысячи остались без крова [1]. Почти 20 миллионов жителей этого региона нуждались в поддержке, многие из них — в помощи специалистов, поскольку пережили первичный толчок и затем ряд повторных толчков, имели потери, принимали участие в спасательных операциях, наблюдали катастрофу или сцены спасательных работ по телевидению.

Сейчас, спустя пять лет, жители Стамбула (почти 12 млн. человек) совершенно не чувствуют себя в безопасности. Геологи считают, что в следующие 30 лет сохранится высокая вероятность землетрясения силой более семи баллов по шкале Рихтера. Это одна из причин, почему у большей части населения региона Мармара вызывают чувство негодования сообщения средств массовой информации о мерах, которые принимаются для защиты от предполагаемого землетрясения. Общеизвестно, что не все дома построены в соответствии с требованиями властей, поскольку высока миграция населения в крупные города из сельской местности. В таких условиях землетрясение можно рассматривать и как стихийное бедствие, и как антропогенную катастрофу.

ЗЕМЛЕТРЯСЕНИЕ

Землетрясение произошло в 3.02 утра, когда почти все люди спали, и продолжалось 45 секунд. Подача электроэнергии прекратилась буквально в течение нескольких секунд, исходивший от земли грохот все нарастал, порождая усиливающийся страх и ужас. Затем земля начала сотрясаться, дома проваливались под землю, со всех сторон слышались крики, что усиливало тяжесть травмы. Никто, даже органы власти, до наступления следующего дня не осознавали, каковы масштабы катастрофы и количество человеческих жертв. Главные дороги, телефонные линии и другие средства коммуникации были повреждены, что привело к блокированию передачи важной информации о тяжести катастрофы. Пожар на большом нефтеперерабатывающем заводе вблизи

Измита, создавший угрозу для близлежащих населенных пунктов, причинил огромный материальный ущерб. На следующий день миллионы людей пребывали в состоянии шока, травмированные и бездомные, потерявшие своих близких и друзей, совершенно растерянные среди руин.

СРАЗУ ПОСЛЕ ЗЕМЛЕТРЯСЕНИЯ

В первый день люди находились в оцепенении и замешательстве. Они едва ли вообще реагировали на создавшуюся ситуацию. И лишь после прибытия спасательных бригад появилась надежда на спасение тех, кто, возможно, был еще жив. Средства массовой информации детально показали сцены из зоны катастрофы. Недостаточность поставок необходимых ресурсов породила недовольство властями.

Позже в зону землетрясения стали поступать многочисленные пожертвования от национальных и международных организаций, а также от отдельных граждан. Складывалось так, что в одном палаточном городке мог быть избыток каких-то предметов, в то же время соседний лагерь остро нуждался в них. Люди расхватывали все, что раздавалось, не думая, пригодится им это или нет.

Было очень сложно заставить людей заботиться о своих базовых потребностях в условиях палаточных городков. Мужчины, прежде имевшие постоянную работу, бесцельно слонялись по городу; у женщин, в основном домохозяйек, больше не было дома, который требовал ухода. Если дети были живы, то за ними присматривали студентки-добровольцы и/или психологи в специальных «игровых палатках», расположенных в крупных палаточных городках. Подобная пассивность могла быть следствием сильного чувства беспомощности, вызванного травмой, и регрессии, причина которой, очевидно, крылась в обстоятельствах, когда «могущественные другие» делали все для пострадавших.

Повсеместно распространялись слухи о приближающемся землетрясении еще большей силы. Упоминались и другие возможные катаклизмы, а также мистические или сверхъестественные объяснения произошедшего землетрясения. Эти слухи еще больше усиливали среди выживших чувство тревоги и благоговейного страха.

В палаточных городках, созданных для самых бедных жителей региона, служба поддержки для женщин и детей была весьма популярной. В большинстве случаев дети впервые увидели интересные и «дорогие» игрушки, а женщины, как правило, не имевшие никакого формального образования, смогли приобретать новые навыки решения жизненных проблем.

Множество добровольцев, среди которых были врачи, психологи и медицинские сестры из больших городов, ринулись в пораженный бедствием регион без всякой организации волонтерского движения. Владельцы частных компаний предоставляли пищу, воду, одежду и машины для разбора завалов. Добровольческая спасательная организация из Турции «Акут» первой начала поисковые и спасательные работы и стала символом героизма. Прибывшие в регион Мармара международные спасательные бригады из Японии, Израиля, Греции, Венгрии, США и других стран спасли жизни многих людей.

Психиатры работали в зоне катастрофы в рамках программы Турецкой медицинской ассоциации, которая на второй день после катастрофы организовала временные медицинские пункты. В основном психиатры выполняли функции врачей общей практики в бригадах первичной медицинской помощи. Члены медицинских обществ из других городов также работали под патронатом Турецкой медицинской ассоциации. Врачи так-

же старались создать необходимые условия для жизни пострадавших и добровольцев.

Врачи и медицинские сестры работали беспрерывно, стремясь помочь всем пострадавшим. Специалисты-медики, проживавшие в районе катастрофы, сами подвергались воздействию психотравмы. Именно поэтому они не могли удовлетворить потребности пострадавших в профессиональной помощи, поскольку сами нуждались в ней. Для соответствующей работы были привлечены медицинские работники из других регионов Турции. Медицинский персонал пришлось обучать «нормальной реакции на ненормальное событие». Члены психиатрической бригады проводили сеансы дебрифинга для медицинских работников, спасателей и тех, кто пережил стихийное бедствие.

Международные медицинские бригады присоединились к турецким в течение нескольких дней. Они развернули палаточные больницы, которые оказывали неотложную помощь пациентам, а также людям с хроническими соматическими и психическими заболеваниями.

СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЕ ДВА ГОДА СПУС- СТЯ

Согласно данным Национальной системы социального страхования, в результате катастрофы 150000 человек потеряли работу. Доля безработных старше 14 лет составила 16%, что, по данным официальных источников, гораздо выше среднего показателя в Турции (7,3%).

Средняя частота использования медицинских служб (бригад первичной медицинской помощи, больниц общего профиля и частных служб) в районе землетрясения превышала аналогичный показатель в целом по Турции. Не менее 20% пользователей помощи составили дети младше четырех лет. При этом 22% обратившихся за медицинской помощью сообщили, что их проблемы не были решены. Причиной послужила невозможность приобрести рекомендованные лекарственные препараты из-за их высокой стоимости.

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Лечение травм и поддержка людей, утративших близких, составляли главные обязанности специалистов в области охраны психического здоровья. Была также организована служба активного выявления пострадавших и оказания помощи по месту их пребывания, которая проработала несколько месяцев. Большинство специалистов и организаций не имели специальной подготовки для работы с травмами. Поэтому учебные программы, организованные Психиатрической ассоциацией Турции, а также иностранными неправительственными организациями, тесно сотрудничали со службами активного выявления пострадавших и оказания помощи по месту их пребывания, особенно в палаточных городках, в медицинских учреждениях и среди спасателей.

Службы активного выявления пострадавших и их лечения были организованы Ассоциацией психологов Турции, кафедрами психиатрии медицинских школ крупных университетов, клиническими больницами Турции, а также иностранными специалистами. Условия работы таких служб кардинально отличались от работы в «нормальных» условиях. Для проведения собеседований использовались палатки, открытое пространство, больничные палаты, где постоянно присутствуют травмированные люди и медицинский персонал.

В своей клинической работе я обычно занимался людьми, которые приходили в психиатрическую больницу, поскольку нуждались в помощи. Отношения «пациент–врач» были четко очерчены и имели определенные границы. В районе бедствия мне довелось вначале работать на временном медицинском пункте Турецкой медицинской ассоциации в Гельджюке. Пункт был расположен в парке, среди развалин. Психиатрическая бригада из нашей больницы, состоявшая из старшего психиатра, интерна и медицинской сестры, работала в дневные смены в трех городах.

Когда из вновь организованных палаточных городков поступали сообщения о пациентах, которые, по мнению врача, нуждались в неотложной психологической или психиатрической помощи, я или мои коллеги отправлялись к этим людям, которые потеряли своих родственников, но не желали принимать никакой помощи. У нас и у наших клиентов возникали трудности в формировании доверительных и постоянных отношений в подобных обстоятельствах всеобщего замешательства, когда каждый день случалось что-то новое и важное как среди жителей палаточных городков, так и в непосредственной близости от них.

Многочисленные организации и специалисты пытались оказывать помощь выжившим после бедствия. Среди них были опытные специалисты, а также организованные группы с надлежащей системой мониторинга, но были и студенты или лица, которые не знали, что делать, но хотели помочь. Группы иностранцев проводили сеансы с помощью переводчиков. Координационные совещания представителей всех крупных психиатрических организаций позволяли скоординировать действия и установить сотрудничество.

Нам, специалистам в области охраны психического здоровья, необходимы были новые навыки, чтобы формировать мотивацию у отказывающихся от помощи людей к участию в психиатрическом собеседовании. Кроме того, выжившим трудно было довериться кому-либо при наличии такого множества «помощников», которые подходили лишь для того, чтобы заполнить анкету. Обычно женщины с большей готовностью просили о помощи и выражали свои чувства. Проблема доверия частично была решена после размещения пунктов психиатрической помощи непосредственно в крупных палаточных городках данного района.

Оглядываясь назад на этот критический период, я хочу подчеркнуть важность качественного ведения документации. Иначе невозможно усвоить уроки, вынесенные из такого громадного опыта.

ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ИЗУЧЕНИЮ ПОСЛЕДСТВИЙ ЗЕМЛЕТРЯСЕНИЯ ДЛЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

В одном из самых первых исследований выборка состояла из 42 травмированных людей, которых госпитализировали в хирургические и ортопедические отделения больниц общего профиля в Стамбуле. На 19-й день после землетрясения была проведена оценка состояния психического здоровья. Отмечено, что 40,4% опрошенных потеряли родственника, 26,1% страдали острым стрессовым расстройством, у 16,6% диагностировано расстройство адаптации с тревожным и депрессивным настроением, у 11,9% развилось большое депрессивное расстройство [2].

В исследовании, проведенном через четыре и через шесть месяцев после бедствия, распространенность посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) среди лиц, выживших после землетрясения, достигала 76% [3]. В другом исследовании, про-

веденном в самом эпицентре бедствия (Гёльджюк), посттравматическое стрессовое расстройство было выявлено у 43%, а большое депрессивное расстройство — у 31%. Факторы риска включали длительное психотравмирующее переживание, серьезную потерю ресурсов, сложные условия жизни после землетрясения и постоянное переживание повторных толчков [4]. В другом исследовании той же группы 586 человек прошли аналогичное исследование через 20 месяцев после катастрофы: частота ПТСР и большого депрессивного расстройства составила соответственно 39 и 18% [5].

В исследовании, проведенном через шесть и через девять месяцев после катастрофы в Коджаэли, подчеркивается важность выявления психических расстройств, сопутствующих посттравматическому стрессовому расстройству: у 38,3% с диагнозом ПТСР обнаружены другие психические расстройства, в частности большое депрессивное расстройство, генерализованное тревожное расстройство и паническое расстройство — три наиболее часто встречающихся состояния [6]. Наличие подобной информации о переживших землетрясение помогает клиницистам планировать и реализовывать лечебные подходы [7].

В исследовании, проведенном в Авсиларе/Стамбуле, изучалось естественное течение ПТСР. В течение первых трех месяцев после землетрясения было обследовано 9422 человека, из которых у 62% отмечены диагностические признаки ПТСР. Через шесть и через 10 месяцев после катастрофы были обследованы 15453 человека, при этом распространенность этого расстройства составила 23,4%. Через 18 месяцев популяционное исследование зафиксировало распространенность ПТСР на уровне 8,1% [8].

В некоторых других исследованиях изучались симптомы ПТСР и его распространенность у детей, которые были либо госпитализированы после спасения из развалин, либо проживали в палаточных городках в период после землетрясения [9]. Исследование Berkem и Bildik показало, что реакции детей на катастрофу и имеющиеся симптомы различались в зависимости от возраста [10]. Исследование Laog и коллег [11] показало, что в период после бедствия необходимо тщательно отслеживать состояние здоровья детей с целью выявления симптомов ПТСР, диссоциативного расстройства и реакции горя.

ДЕТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ВРЕМЕННОГО ПОСЕЛЕНИЯ В АДАПАЗАРЫ

Адапазары был одним из городов, сильно пострадавших от землетрясения. Согласно данным Турецкой медицинской ассоциации, представленным в докладе «Первый год после землетрясения 1999 года в регионе Мармара», 70% водопроводной сети центра города было разрушено. Зарегистрировано 33%-е уменьшение количества больничных коек и значительное сокращение числа врачей и медицинских сестер [12].

В связи с неадекватностью ситуации через пять месяцев после землетрясения группа специалистов в области психического здоровья из двух крупных психиатрических отделений Стамбула приступила к реализации проекта «Психологическая поддержка и лечение психических расстройств, вызванных землетрясением в Адапазары». Главной целью проекта были оценка пережившей психотравму популяции на наличие факторов риска развития психического заболевания, лечение, а через 12 месяцев — катамнестическое исследование. Группа обследованных (350 человек) пережила тяжелую психотравму. В этой группе были лица с низким доходом, с высоким уровнем личных и материальных потерь (39% потеряли близкого родственника), средний возраст участников исследования — 38,34 года. В группе, где оценку проводили клиницисты ($n = 187$),

у 75,3% выявлено ПТСР. В группе лиц с ПТСР 70,8% составили женщины. Серьезные проблемы возникли при проведении повторного обследования, так как жители временно-го поселения отличались высокой мобильностью, связанной с отсутствием постоянной работы, учебы и жилья.

Опыт, приобретенный в ходе реализации проекта, предоставил в наше распоряжение ценнейшую информацию об отдаленных последствиях катастрофы. Люди с низким социально-экономическим статусом неохотно пользуются психиатрической помощью. Усовершенствование психиатрической помощи на местах и повышение качества просветительской работы являются важными задачами в период, предшествующий катастрофе [13, 14]. В настоящее время разрабатываются и внедряются в практику учебные программы для врачей первичного звена медицинской помощи [15, 16].

ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЗЕМЛЕТРЯСЕНИЯ

Исчерпывающие отчеты Турецкой медицинской ассоциации о пользовании медицинской помощью, социально-экономическом статусе и структуре семьи через два года после землетрясения отражают негативное влияние бедствия на жизнь сообщества [17]. Увеличилось потребление алкоголя, возросла частота разводов и случаев домашнего насилия.

Подготовка к будущим бедствиям предусматривает повышение качества жилья и проводимого строительства в городах, а также разработку образовательных программ для населения по вопросам общего и психического здоровья. При планировании программ помощи выжившим после бедствия и исследований по изучению последствий катастроф следует учитывать этические аспекты проблемы, поскольку эта группа пациентов особенно уязвима по отношению к нестабильным терапевтическим отношениям и злоупотреблениям.

Международные программы помощи, дающие надежду и приток свежих сил в разгар катастрофических последствий землетрясения, должны координироваться местными комитетами, поскольку любые потребности лучше всего оцениваются местными жителями.

Опыт Турции был также опытом солидарности граждан в стране и за рубежом, опытом испытания властей и реализации возможностей негосударственного сектора в ходе восстановительных работ.

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

Автор благодарен профессору Sahika Yusket (Университет Стамбула, медицинский факультет) за редакцию рукописи, а также врачу Munevver Nacioglu за помощь в поиске литературы в Турции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Istanbul Technical University (1999) www.itu.edu.tr/deprem.
2. Yücel B., Tükel R., Sezgin U., Ozdemir O., Polat A., Yüksel S. (2000) Efforts for psychiatric help for the survivors who had physical injuries: a clinical experience. *J Clin Psychiatry*, 3(Suppl. 3): 12–15 (in Turkish).
3. Yüksel Ş., Sezgin U. (2001) Lessons learned from disasters. Presented at the 7th European Conference on Traumatic Stress, Edinburgh, May 26–29.
4. Basoglu M., Salciğ lu E., Livanou M. (2002) Traumatic stress responses in earthquake survivors in Turkey. *J Trauma Stress*, 15: 269–276.

5. Şalciog˘ lu E., Bařog˘ lu M., Livanou M. (2003) Long-term psychological outcome for non-treatment seeking earthquake survivors in Turkey. *J Nerv Ment Dis*, **191**: 154–160.
6. Tural U., Aybar Tolun H.G., Karakaya I., Erol A., Yildiz M., Erdog˘ g˘ an S. (2001) Predictors of current comorbid psychiatric disorders with PTSD in earthquake survivors. *Turkish J Psychiatry*, **12**: 175–183 (in Turkish).
7. Geyran P.Ç. (1996) Psychiatric disorders comorbid with PTSD. *Turkish J Psychiatry*, **7**: 58–62 (in Turkish).
8. Karamustafalıođ lu K.O., Bakim B., Guveli M. (2002) Preliminary findings of the RUDAM project: PTSD in survivors of 1999 earthquake in Turkey. Unpublished manuscript.
9. Yörbik O., Türkbay T., Ekmen M., Demirkan S., Söhmen T. (1999) Investigation of post-traumatic stress disorder symptoms related to earthquake in children and adolescents. *J Child Adolesc Ment Health*, **6**: 158–164 (in Turkish).
10. Berkem M., Bildik T. (2001) The clinical features of children who are hospitalized after the earthquake. *J Anatolian Psychiatry*, **2**: 133–130 (in Turkish).
11. Laor N., Wolmer L., Kora M., Yücel D., Spirman S., Yazgan Y. (2002) Posttraumatic, dissociative and grief symptoms in Turkish children exposed to the 1999 earthquakes. *J Nerv Ment Dis*, **190**: 824–832.
12. Turkish Medical Association (2000) *First Year Report on Marmara 1999 Earthquake*. www.ttb.org.tr.
13. ADEPSTEP Project Team (2000) Psychological support and psychiatric treatment project for psychological problems caused by the earthquake in Adapazan. Presented at the 37th Turkish Congress of Psychiatry, Istanbul, October 2–6 (in Turkish).
14. Sezgin U., Yüksel Ş. (2001) Survivors of Marmara Earthquake. Presented at the 7th European Conference on Traumatic Stress Studies, Edinburgh, May 26–29.
15. Gökalp P. (2000) *Post-Disaster Training Package for Physicians (Part I): Disaster Psychiatry Task Force*. Psychiatric Association of Turkey, Istanbul Branch (in Turkish).
16. Aker T. (2000) *Approach to Psychosocial Trauma in Primary Care (TREP)*. Mutludogan Ofset, Istanbul (in Turkish).
17. Turkish Medical Association (2001) *Second Year Report on Marmara Earthquake*. www.ttb.org.tr.

Опыт землетрясения в Афинах

**George N. Christodoulou, Thomas J. Paparrigopoulos
и Constantin R. Soldatos**

Athens University Medical School, Eginition Hospital, Athens, Greece

ВВЕДЕНИЕ

Землетрясения — довольно частый вид стихийного бедствия в Греции, стране, которая занимает шестое место в мире по сейсмической активности. Землетрясение силой 5,9 балла по шкале Рихтера, второе по интенсивности за последние 20 лет, произошло 7 сентября 1999 года в районе Афин с пригородами. Поскольку эпицентр располагался близко к поверхности земли, в некоторых районах города землетрясение привело к масштабным материальным потерям и человеческим жертвам. Основной толчок сопровождался множественными повторными толчками меньшей амплитуды в течение следующих двух недель. Количество жертв возросло до 152. Кроме того, более 25000 человек были эвакуированы — в основном в палаточные городки, расположенные вблизи места их жительства, а еще несколько тысяч переселились в другие места навсегда. Хотя в прошлом Греция переживала гораздо более сильные землетрясения [1, 2], тот факт, что почти треть населения страны живет в столице, многократно повышает вероятность любых биопсихосоциальных и материальных последствий, вызванных любым другим сейсмическим явлением такой же мощности [3].

В то время в Афинах не ожидали сильного землетрясения, поскольку этот район считается менее сейсмоактивным по сравнению с другими регионами страны. Соответственно, центральное правительство не было готово к такой катастрофе. Не стоит и говорить, что население города было подготовлено еще меньше, чем органы власти. К счастью, поскольку землетрясение разразилось на периферии Афинской метрополии, пострадали в основном малонаселенные районы, граничащие с одной из промышленных зон столицы. Благодаря этому спасательные мероприятия, организованные правительством, были проведены быстро и эффективно. Специальные спасательные команды, военные, специалисты неотложной медицинской помощи, пожарные и добровольцы пытались оказать помощь жертвам прямо на месте. Спасательные работы на руинах продолжались пару недель.

СТАДИЯ НЕПОСРЕДСТВЕННОГО ВЛИЯНИЯ И РАННИХ ДЕЙСТВИЙ

В течение первых дней после землетрясения 1999 года, о котором идет речь, жертвы катастрофы нуждались прежде всего — и об этом сообщалось в большинстве средств

массовой информации — в психологической помощи. Эту потребность — в первой психологической помощи, а также в получении информации — в еще большей степени ощущали и те, кого землетрясение непосредственно не коснулось. Скорее всего тому виной сокрушающие телевизионные репортажи с места событий, которые посмотрели практически все жители страны. Многие пытались отождествлять себя с жертвами, как следствие, количество людей, переживших психологическую травму, существенно возросло.

Чтобы удовлетворить возникшие потребности, представители большинства организаций, предоставляющих психологическую поддержку, в течение первых трех дней рассредоточились в пораженной области. Была мобилизована Особая служба психологической поддержки жертв землетрясения от кафедры психиатрии Афинского университета. Сотрудники этой службы сформировали три бригады психологической поддержки, при этом две были развернуты в пригородах Афин (наиболее пораженных районах) и одна — в больнице Эгинитион, главной клинической базе кафедры психиатрии, расположенной в центре Афин. Также начала работу горячая телефонная линия. Эти три бригады были укомплектованы психиатрами, психологами и социальными работниками, которые добровольно согласились помогать жертвам землетрясения [3].

Работа этих бригад состояла в предоставлении требуемой информации, в облегчении травмирующих переживаний и/или применении кризисного вмешательства по просьбе клиентов. Целью вмешательства было не только предотвращение посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), но и устранение острых реакций на стресс (ОРС), реакции горя, депрессии и ряда других дезадаптивных психологических и поведенческих реакций в зависимости от индивидуальных потребностей клиентов. Психологическая помощь включала в основном выслушивание личных переживаний пострадавших, «вентиляцию» чрезмерно эмоциональных переживаний, а также назначение анксиолитиков и антидепрессантов, если требовалась фармакологическая коррекция состояния. Также особый акцент был сделан на усиление сопротивляемости путем формирования элементарных навыков совладания с ожидаемой реакцией на стресс и психотравмирующими напоминаниями, а также на достижение нормального функционирования. Когда было возможно, применялись техники снижения уровня тревоги с целью ослабления физиологического возбуждения.

РАННИЕ РЕАКЦИИ НА СТРЕСС

В течение шести недель работы трех бригад психологической поддержки за помощью обратились 166 человек и еще 66 позвонили по телефону, получив консультацию у одного из наших сотрудников. Средний период между стихийным бедствием и временем диагностического интервью составил $8,2 \pm 4,4$ дня (размах 3–22 дня), средний возраст обратившихся — $41,4 \pm 14,9$ года (размах 12–87 лет). Большинство клиентов оказались замужними женщинами, имеющими детей (мужчины/женщины — соответственно 22 и 78%; замужние женщины — 68%). У 90% клиентов разрушенные дома подлежали восстановлению и у 10% дома нуждались в капитальном ремонте либо в полном восстановлении. В любом случае, в момент проведения интервью все клиенты считались эвакуированными, временно размещенными в палаточном городке. Основной причиной обращения за помощью стал интенсивный страх перед возможным землетрясением (48,4%), диффузная тревога (16,4%) и соматизация тревоги (15,6%).

Кроме того, состояние 102 клиентов, в дополнение к их жалобам, оценивалось с помощью анкеты, содержащей основные социально-демографические характеристики, и полуструктурированного психиатрического интервью, которое фокусировалось на выявлении ОРС и ПТСР. Вопросник был разработан на основе диагностических критериев МКБ–10 и состоял из 35 вопросов, относящихся к диагностической категории ОРС, и 10 вопросов, относящихся к категории ПТСР. Вопросы предполагали положительный или отрицательный ответ, т. е. наличие или отсутствие признака. Более конкретно: 35 вопросов об ОРС были сгруппированы в восемь кластеров, описанных в МКБ–10 (т. е. симптомы возбуждения вегетативной нервной системы, симптомы, проявляющиеся в области груди и живота, симптомы со стороны психической сферы, общие соматические симптомы, симптомы напряжения, диссоциативные симптомы, другие «психические» симптомы и неспецифические симптомы реакции на стресс). Десять вопросов, относящихся к ПТСР, предусматривали оценку наличия таких признаков, как постоянное «оживление» стрессового события, симптомы избегания, избирательная неспособность вспомнить некоторые аспекты стрессового события, а также постоянные симптомы повышенной психологической чувствительности и возбуждения.

Острая реакция на стресс

В нашей выборке у большинства обративших за помощью клиентов (85%) состояние соответствовало критериям (МКБ–10) диагноза острой реакции на стресс, развившейся в течение 48 часов после землетрясения. Даже среди оставшихся 15% были отмечены некоторые симптомы острого стресса, особенно симптомы возбуждения вегетативной нервной системы, но в целом состояние не соответствовало диагностическим критериям ОРС. В группе лиц с подтвержденным диагнозом ОРС чаще всего регистрировались следующие симптомы: «неспецифические симптомы реакции на стресс» (т. е. усиленная реакция вздрагивания, затрудненное засыпание, связанное с беспокойством, и трудности в сосредоточении), а также симптомы перевозбуждения вегетативной нервной системы. Все эти проявления расстройства укладываются в картину немедленной, потенциально переходящей реакции на любое травмирующее переживание и в значительной мере пересекаются с множеством признаков ожидаемой в норме эмоциональной и психологической реакции на стресс. Отметим, что симптомы диссоциации (в соответствии с DSM–IV, но не с МКБ–10) — по сути, осевые симптомы острого стрессового расстройства — встречались довольно редко. Это наблюдение поднимает важный вопрос диагностики, касающийся необходимых условий для диагностики острого стрессового расстройства в соответствии DSM–IV.

В противоположность данным некоторым предыдущих исследований, при анализе большинства переменных, считающихся предикторами плохой адаптации после бедствия, мы не обнаружили достоверных различий между теми, у кого развилась ОРС, и теми, у кого данное расстройство не диагностировано [3–6]. Так, не было обнаружено ни достоверной разницы в возрасте, ни половых различий. При этом учитывался как формальный диагноз ОРС, так и отдельные симптомы этого расстройства. То же самое можно сказать о ряде социально-демографических переменных, нескольких факторах, связанных с недавним землетрясением, а также с наличием в анамнезе психического расстройства. Такое отсутствие влияния различных социально-демографических характеристик на развитие ОРС скорее всего связано с особенностями выборки, т. е. с тем, что в нашем исследовании участвовали лица, самостоятельно обратившиеся за помощью, тогда как в других исследованиях такой критерий отбора отсутствовал.

Единственная статистически достоверная разница между двумя группами заключалась в переживании аналогичного катастрофического события в прошлом (81% в группе с диагнозом ОРС и 50% — в группе без такого диагноза, $p < 0,05$). Полученные нами данные соответствуют результатам некоторых других исследований [7, 8], а также данным недавно проведенного крупномасштабного эпидемиологического исследования [9], которое показало, что кумулятивный стресс и наличие стрессовых переживаний в прошлом в большей степени, чем однократное стрессовое событие в недавнем прошлом, являются значимыми факторами риска развития посттравматических синдромов.

Раннее посттравматическое стрессовое расстройство

Применяя критерии МКБ–10 для диагностики ПТСР (в МКБ–10, установлен 48-часовой нижний порог формирования симптомов; в DSM–IV такой порог находится на рубеже одного месяца с момента переживания стресса), у лиц, обратившихся за помощью, мы также оценивали ранние симптомы этого расстройства, т. е. возникшие в течение первого месяца после землетрясения. Среди лиц, обратившихся в наши консультативные бригады, ПТСР в соответствии с критериями МКБ–10 было диагностировано у 43%. Отмечена очень высокая значимая корреляция между развитием ОРС и ранними симптомами ПТСР. Таким образом, в группе обратившихся за помощью с ранним ПТСР почти у всех вначале была диагностирована ОРС, тогда как в подгруппе без диагноза ПТСР картина была другая. Схожие данные были получены в ряде других исследований, подтверждающих, что немедленная реакция на стресс имела большое прогностическое значение для развития ПТСР в отдаленном периоде [10–13]. В нашей выборке у одного из четырех клиентов, у которых не развилось раннее ПТСР, вначале не было острой реакции на стресс. Поэтому крайне важно среди жертв стихийного бедствия с симптомами интенсивного дистресса в раннем периоде выявлять тех, у кого отмечается более высокая вероятность развития расстройства.

Более того, мы установили, что жалобы на сердцебиение и чувство дереализации в острой послестрессовой стадии (т. е. в течение первых 48 часов после землетрясения) имели специфическое прогностическое значение для развития ПТСР. Это наблюдение подтверждает полученные ранее данные о том, что диссоциативные симптомы [14–17] и усиление вегетативных реакций [18, 19] сразу после получения психотравмы коррелируют с последующим развитием ПТСР. Естественно, что именно эти симптомы стресса для наших психиатров были главной мишенью внимания и проводимой терапии.

Мы считаем, что необходимо провести лонгитудинальные катамнестические исследования для изучения отдаленных последствий с целью мониторинга течения расстройств, связанных со стрессом. К сожалению, в рамках нашего исследования мы не смогли выполнить эту задачу, что было связано с кратковременным характером работы службы психологической поддержки и с трудностями в поддержании контактов с жертвами катастрофы в отдаленном периоде.

ВЫВОДЫ

В прошлом масштабные катастрофы поражали и даже стирали с лица земли целые сообщества Эгейского региона. Сейчас очевидно, что подобные события будут происходить и в будущем. Они практически непредсказуемы, и мы бессильны контролировать или предотвращать их. Однако организация и реализация мероприятий до- и после стихийного бедствия может уменьшить его влияние на отдельного человека и общество в целом.

Проблема для специалистов в сфере охраны психического здоровья заключается в том, чтобы провести адекватную подготовку к оказанию помощи населению, подвергнутому стрессу, самыми различными способами. Хотя в этой сфере уже накоплен значительный опыт, предстоит изучить множество факторов, например выявление психологических потребностей и приоритетов в период после катастрофы. Наряду с этим предполагается, что определение психологического профиля жертв полезно при раннем выявлении ОРС и при оценке его тяжести медицинскими работниками, что облегчит индивидуальное ведение случаев как залог профилактики более тяжелых расстройств, таких как ПТСР. Следовательно, выявление лиц с выраженными симптомами — особенно «неспецифическими симптомами реакции на стресс» и «симптомами перевозбуждения вегетативной нервной системы» — с учетом наличия в анамнезе предшествующих стрессовых переживаний может служить чувствительным предиктором, позволяющим планировать как профилактические, так и терапевтические мероприятия.

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

Выражаю благодарность врачам за их неоценимый вклад в сбор данных: Drs. G. Trikas, V. Tomaras, D. Ploumbides, M. Economou, A. Pechlivanides, I. Zervas, A. Hatzakis, D. Папра и M. Theodoropoulou. Кроме того, врач D. Папра помогал анализировать полученные данные.

ЛИТЕРАТУРА

1. Soldatos C.R. (1987) Psychosocial consequences of the 1986 earthquake in Kalamata: study report. Organization for Earthquake Protection (OASP), Athens.
2. Bergiannaki J.D., Psarros C., Varsou E., Paparrigopoulos T., Soldatos C.R. (2003) Protracted acute stress reaction following an earthquake. *Acta Psychiatr Scand*, **107**: 18–24.
3. Christodoulou G.N., Paparrigopoulos T.J., Soldatos C.R. (2003) Acute stress reaction among victims of the 1999 Athens earthquake: help seekers' profile. *World Psychiatry*, **2**: 50–53.
4. McFarlane A.C. (1989) The aetiology of post-traumatic morbidity: predisposing, precipitating and perpetuating factors. *Br J Psychiatry*, **154**: 221–228.
5. Green B.L. (1994) Psychosocial research in traumatic stress: an update. *J Trauma Stress*, **7**: 341–362.
6. Paris J. (2000) Predispositions, personality traits, and posttraumatic stress disorder. *Harvard Rev Psychiatry*, **8**: 175–183.
7. McFarlane A.C. (1997) The prevalence and longitudinal course of PTSD: implications for the neurobiological models of PTSD. *Am NY Acad Sci*, **821**: 10–23.
8. Breslau N., Chilcoat H.D., Kessler R.C., Davis G.C. (1999) Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: results from the Detroit Area Survey of Trauma. *Am J Psychiatry*, **156**: 902–907.
9. Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., Nelson C.B., Breslau N. (1999) Epidemiological risk factors for trauma and PTSD. In R. Yehuda (Ed.), *Risk factors for Posttraumatic Stress Disorder*, pp. 23–59. American Psychiatric Press, Washington, DC.
10. Harvey A.G., Bryant R.A. (1988) The relationship between acute stress disorder and post-traumatic stress disorder: a prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. *J Consult Clin Psychol*, **66**: 507–512.
11. Classen C., Koopman C., Hales R., Spiegel D. (1998) Acute stress disorder as a predictor of post-traumatic stress symptoms. *Am J Psychiatry*, **155**: 620–624.
12. Brewin C.R., Andrews B., Rose S., Kirk M. (1999) Acute stress disorder and post-traumatic stress disorder in victims of violent crime. *Am J Psychiatry*, **156**: 360–366.
13. Harvey A.G., Bryant R.A. (2000) Two-year prospective evaluation of the relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. *Am J Psychiatry*, **157**: 626–628.
14. Wilkinson C.B. (1983) Aftermath of a disaster: the collapse of the Hyatt Regency Hotel Skywalks. *Am J Psychiatry*, **140**: 1134–1139.

15. Spiegel D., Cardena E. (1991) Disintegrated experience: the dissociative disorders redefined. *J Abnorm Psychol*, **100**: 366–378.
16. Marmar C.R., Weiss D.S., Schlenger W.E., Fairbank J.A., Jordan B.K., Kulka R.A., *et al.* (1994) Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *Am J Psychiatry*, **151**: 902–907.
17. Harvey A.G., Bryant R.A. (1999) Dissociative symptoms in acute stress disorder. *J Trauma Stress*, **12**: 673–680.
18. Shalev A.Y., Sahar T., Freedman S., Peri T., Click N., Brandes D., *et al.* (1998) Prospective study of heart rate responses following trauma and the subsequent development of posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*, **55**: 553–559.
19. Bryant R.A., Harvey A.G., Guthrie R.M., Moulds M.L. (2000) A prospective study of psychobiological arousal, acute stress disorder, and posttraumatic stress disorder. *J Abnorm Psychol*, **109**: 341–344.

Опыт (ликвидации последствий) взрыва бомбы в посольстве США в Найроби

Frank Njenga и Caroline Nyamai
Upperhill Medical Center, Nairobi, Kenya

ВВЕДЕНИЕ

Седьмого августа 1988 года в 10 час 30 мин в центре Найроби раздался мощный взрыв заложенной террористами бомбы. Перед этим была взорвана ручная граната, и многие люди прильнули к окнам, пытаясь рассмотреть, что происходит на улице. Именно в этот момент и раздался основной взрыв, эквивалентный тонне тринитротолуола и достигший 2,7 баллов по шкале Рихтера.

Погибло 213 человек; пять тысяч, получивших тяжелые ранения, были размещены в больницах по всему городу. Многие получили незначительные повреждения, не требующие медицинской помощи. От этого террористического акта пострадали не только все, кто оказался в непосредственной близости от места взрыва, но также их друзья и родственники, а также многие другие, кто стал прямым и непрямым (через подробное освещение этой трагедии на телевидении, радио и в прессе) его свидетелем.

По оценкам, Кения в результате этого взрыва потеряла 5–10% своего внутреннего валового продукта (ВВП) [1]. Полностью и частично было разрушено 100 зданий и 250 предприятий. Из 5000 раненых 400 человек стали инвалидами.

НЕОТЛОЖНОЕ РЕАГИРОВАНИЕ СПАСАТЕЛЬНЫХ СЛУЖБ

Непосредственно после взрыва следовало прежде всего ликвидировать его последствия: организовать оказание первой помощи раненым и транспортировку их в больницу, помочь огромному количеству пострадавших с открытыми ранами, осложненными кровотечениями, а также преодолеть хаос, обычно сопровождающий каждую крупную катастрофу. Это было первое серьезное испытание моральной силы национального лозунга (Harambee) Кении («Работать вместе»). Подобно жителям Нью-Йорка 11 сентября 2001 года, кенийцы исполнили свой долг с честью и достоинством. Традиционные расовые, клановые, религиозные и классовые границы исчезли перед лицом катастрофы, которая сама по себе также не делала подобных различий, убивая и калеча людей. Все кенийцы были равны перед террористами. Их ответные действия были адекватны возникшим проблемам.

РЕАКЦИЯ СЛУЖБЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

По мере того как развивались события, быстро пришло осознание того, что следует ожидать множества психологических, эмоциональных и социальных проблем, требующих немедленного решения.

В ответ на эти потребности Медицинская ассоциация Кении инициировала проект «Восстановление деятельности». Проект объединил усилия медицинского персонала, корпоративных фирм, профессиональных организаций, правительственных учреждений и отдельных людей, подчинив их единой цели — разработке и реализации скоординированной вспомогательной программы психологического восстановления для пострадавших от взрыва бомбы.

Красный Крест и другие организации объединили другие программы в разных частях города. В этот процесс также активно включились церкви. Каждая из сотрудничающих организаций поделилась своими специальными знаниями и предоставила ресурсы, благодаря чему операция восстановления стала уникальной программой.

В целом ответные действия планировались так, чтобы облегчить человеческие страдания как прямое или косвенное следствие взрыва бомбы и помочь жителям Кении восстановиться после воздействия этой трагедии. Кроме того, они были направлены на то, чтобы оказать реальную психологическую и эмоциональную поддержку раненым во время взрыва, родственникам погибших, родственникам раненых, сотрудникам спасательных служб и медицинскому персоналу, а также всему населению.

РЕАКЦИЯ СРЕДСТВ МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ

Средства массовой информации оказались бесценным ресурсом на ранних стадиях трагедии [2]. Первым мероприятием было выступление автора этой главы на канале CNN (кабельная сеть новостей) 7 августа пополудни. Это было первое международное телевизионное заявление врача по поводу террористической атаки. Большинство кенийцев ничего не знали о нападении террористов, приведшем к катастрофическим разрушениям.

Позже в тот же вечер местная FM-радиостанция провела трехчасовую передачу в прямом эфире с ответами на телефонные звонки радиослушателей, во время которой обсуждались детали трагедии и ее возможные последствия. Основная идея заключалась в том, чтобы убедить кенийцев в том, что все они испытывают в данный момент, является нормальной реакцией на ненормальное событие. За этой программой в первые дни после катастрофы последовали и другие, обозначившие начало того, что впоследствии стало бесценным средством распространения информации и сообщения сведений о психологических последствиях взрыва бомбы.

Национальные и региональные телевизионные каналы и радиостанции щедро предоставляли эфирное время квалифицированным специалистам в области охраны психического здоровья, чтобы широко информировать население о вероятных психологических последствиях. В электронных средствах массовой информации своевременно и регулярно проводились сеансы связи для вопросов и ответов.

Таким образом, такие повсеместные программы преследовали определенную цель — рассказать жителям Кении о возможных реакциях после этой травмы и убедить их в том, что такие переживания в действительности являются нормальной реакцией на ненормальное событие. Авторы радио- и телепередач пытались также помочь сенсиви-

лизировать людей к возможным потребностям, имеющим отношение к психическому здоровью, которые могли возникнуть впоследствии, и проинформировать их о том, что помощь доступна, и о том, где ее можно получить.

ПЛАНИРОВАНИЕ ДОЛГОСРОЧНОЙ ПОМОЩИ

Оказалось, что планирование помощи требует максимального напряжения сил. База знаний кенийской психиатрической бригады была до некоторой степени ограниченной. Тем не менее это было более чем компенсировано их энтузиазмом, эмпатией и желанием учиться. В следующий за пятницей (день, когда произошла трагедия) понедельник в центральном офисе медицинской ассоциации собралось большое количество консультантов, с разным уровнем подготовки, предлагающих свои услуги для обучения, чтобы помочь собратям-кенийцам. Некоторые из них были непрофессиональными консультантами, которые посетили несколько вечерних занятий по консультированию, тогда как другие (меньшинство) были опытными высококвалифицированными специалистами в области охраны психического здоровья. Больше всего суеты было в течение первых 10 дней, пока разные участники процесса искали и находили свою нишу в нестандартной структуре.

К моменту посещения Кении Государственным секретарем США первоначальную неразбериху удалось преодолеть, в процесс включились и сыграли решающую роль в планировании помощи американские специалисты по ликвидации последствий катастроф.

КРИЗИСНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Наибольшей проблемой в первую неделю было применение кризисного вмешательства у тех, кто в нем нуждался больше всего, одновременно отсортировывая тех, кто мог подождать, что оказалось столь полезным в последующие месяцы. Одна из сотрудничающих организаций, работающих на религиозной основе, организовала однодневный тренинг, который позволил членам бригады усвоить стандартный формат проведения дебрифинга и предоставления отчета в штабы. Три церковные структуры менее чем за неделю превратились в амбулаторные консультативные центры. Мы были готовы действовать!

Использовались такие методы, как дебрифинг, психопросвещение и долгосрочное психологическое консультирование. Типичный сеанс дебрифинга проводился в группах из 8–12 человек и длился от одного до полутора часов. Однако в связи с большим количеством нуждающихся в помощи людей число участников группы было увеличено до 25 человек. Была также увеличена продолжительность сеансов до трех часов, чтобы каждому предоставить возможность высказаться. В соответствии с моделью Mitchell в каждой группе может быть два ведущих [3].

Многим, особенно мужчинам, становилось легче, когда они узнавали, что другие мужчины тоже плакали, принимая во внимание мнение африканцев о плачущем мужчине (это просто невозможно!). Они убедились, что такая реакция на стресс могла на самом деле быть даже у других «настоящих мужчин». Акцент на этом мнении был сделан во время первого же формализованного сеанса, организованного для старших по должности сотрудников Кооперативного банка, расположенного в здании, соседствующем с Американским посольством.

У женщин в группах главной проблемой был страх за семью, особенно за детей. «Что было бы с моими детьми, если бы я погибла?... Кто бы присмотрел за ними?» — эти вопросы чаще всего можно было услышать во время таких сеансов.

Неотъемлемым элементом сеансов дебрифинга было психопросвещение. После того как каждому члену группы предоставлялась возможность поделиться своими переживаниями, проводивший групповые сеансы консультант объяснял членам группы, какие могут быть последствия травмы и чего им следует ожидать. Это оказалось очень полезным, так как большинство людей с признаками и симптомами острой реакции на стресс часто боялись «сойти с ума». Узнавая о том, что это на самом деле были симптомы воздействия пережитой ими травмы, а не дополнительной «болезни», многие чувствовали себя более уверенными.

ПРОГРАММЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ

Правительство Кении обратилось к участникам проекта «Восстановление деятельности» с просьбой предоставить консультативную помощь травмированным детям в городе и его окрестностях. Из 360 школ в Найроби 10% оценивались как школы «высокого риска», обусловленного близким расположением к месту взрыва. Проект охватил 90 школ, в которых общее количество учеников составило 72 тысячи. Только в промежуточной стадии (с ноября 1998 года по апрель 1999) было осмотрено 2730 детей. Betty Pfefferbaum [4], имевшая опыт работы во время катастрофы в Оклахоме, помогла разработать и смоделировать инструменты для клинической оценки.

Взрыв бомбы оказал тяжелое психотравмирующее воздействие на детей. Хотя и прошло более шести месяцев, дети все еще с ужасом вспоминали о большом взрыве, крови, искореженных автомобилях, вертолетах и большом количестве военных. Многие опасались выходить в город из-за страха, что все может повториться снова, у некоторых наблюдались ночные кошмары, другие же испытывали беспокойство по поводу безопасности родителей всякий раз, когда они возвращались домой поздно.

Необходимо было прибегать к разнообразным стратегиям в зависимости от особенностей условий. Важными средствами коммуникации были такие, как написание рассказов, обсуждения, рисование. Консультанты все чаще использовали творческий подход и становились увереннее.

Тактичного и индивидуального подхода к себе требовали представители школьной власти. Некоторые из них были настроены враждебно, другие ничего не знали о потребностях детей; в то же время в некоторых случаях создавалось впечатление, что они просто хотят получить взятку за то, чтобы мы могли помогать детям! Тем не менее всегда, когда нам удавалось добраться до детей, становилось очевидным, что они нуждаются в помощи.

Школы, которые мы посетили, заметно отличались друг от друга по своему характеру. Так, в начальной школе в Кавангваре в каждом классе в среднем насчитывалось по 52 ученика. В некоторых школах в классе было не более 25 учеников. В более крупных школах, расположенных в трущобах Найроби, мы столкнулись с лингвистическими трудностями. Очень заметной была разница в уровне образования в разных районах города. В связи с этими различиями необходимо было использовать разные стили и подходы, а также языки.

Весьма эффективно со школьниками работали молодые консультанты. Дети легче отождествляли себя с ними, так как общались с консультантами на своем сленге (Sheng).

РАБОТА С НАСЕЛЕНИЕМ

В пораженных регионах были созданы службы для работы на местах. Они были нацелены не только на то, чтобы оказывать консультативную помощь в месте проживания и работы, но и на то, чтобы проводить разъяснительную работу с населением о возможных психологических последствиях травмы таких масштабов и доносить информацию о том, что помощь доступна.

Были использованы новаторские методы установления контактов с населением. Примером могут служить гастрольные выступления, организованные благодаря поддержке одного из партнеров проекта. Большие грузовики, обычно используемые для рекламы потребительских товаров, легко привлекают внимание большого количества людей (от пяти до 10 тысяч) в городских и пригородных центрах посредством громкой популярной музыки. Информация о влиянии психотравмы на обычных людей также передавалась посредством музыки и инсценировок. В таких акциях участвовали также консультанты, что позволяло обеспечивать взаимодействие и на индивидуальном уровне. Многие сеансы дебрифинга проводились на обочине дороги в субботу пополудни во время развлекательных программ!

Насколько нам известно, раньше гастрольные выступления не использовались в медицинских целях. Они оказались очень эффективным средством: одновременно удавалось охватывать большое количество людей и мотивировать их к обсуждению медицинских проблем в неформальной атмосфере, что бывает не очень часто. Эта работа с населением была по-настоящему творческой и подчеркнула необходимость использования всех доступных ресурсов в период после катастрофы.

РЕАГИРОВАНИЕ НА ГРУППЫ С ОСОБЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

Дети, сотрудники службы спасения и медицинские работники, а также лица с недавно возникшей умственной или физической неполноценностью составили группу лиц с особыми потребностями. В процессе оказания помощи меньше внимания, чем нам хотелось бы, получили пожарные. Мы признали их группой с наиболее высоким риском возникновения психологических последствий пережитой ими травмы в момент проведения спасательных работ. Однако наше мнение осталось незамеченным, и эта группа по невнимательности не получила адекватной помощи. Проведение дебрифинга было единственной помощью, оказанной небольшому числу пожарников. Можно предполагать возможность отдаленных последствий из-за такого упущения.

Необходимость оказания помощи тем, кто сам оказывает помощь, была осознана с самого начала. Медицинские работники, которые занимались ранеными и выслушивали рассказываемые ими ужасные истории, подвергались воздействию такой травматизации. У многих медицинских работников возникали симптомы острой реакции на стресс.

Медицинские работники, тем не менее, были настолько заняты оказанием помощи другим, что значительно позже могли наконец-то обратить внимание на себя. Да и то лишь немногие из них воспользовались возможностью получить предложенную помощь. В основном контакт со службами устанавливался во время тренинговых занятий. Часто во время сеансов дебрифинга участвовавшие в них медработники не выдерживали и начинали плакать, что обычно было первым проявлением их истинных чувств.

Особого подхода требовали люди, которые в результате травмы потеряли зрение или были прикованы к инвалидной коляске. Из-за недостатка ресурсов их потребности удавалось удовлетворять с трудом.

ВНЕШНЯЯ ПОМОЩЬ

После катастроф такого масштаба, в частности, возникает чувство безысходной изоляции и потребность в привлечении информированных коллег-специалистов для ответных действий.

После катастрофы были направлены специальные запросы в Американскую ассоциацию психиатров и Королевский колледж психиатров Соединенного Королевства. В Найроби прибыл Brian Flynn, эксперт в области медицины катастроф Федерального правительства США, имевший опыт работы в проекте Heartland, реализованном после взрыва в Оклахома-Сити в 1995 году. Из Королевского колледжа психиатров прибыл David Alexander, который возглавлял бригаду психиатров, оказывавших помощь пострадавшим во время катастрофы в Piper Alpha. Основную часть бригады иностранных экспертов, работу которых в этот трудный период высоко оценили кенийцы, составили специалисты, направленные Национальной медицинской ассоциацией США.

Прежде чем обратиться с просьбой в финансирующие организации, бригада специально определяла, какой именно специалист нужен, с каким уровнем квалификации и опыта. Во время катастрофы следует избегать неопытных добровольцев и «экспертов», так как они могут включиться в процесс оказания помощи раньше, чем станет очевидным, что они на самом деле оказались привлеченными катастрофой туристами. У нас во время катастрофы было несколько таких туристов. Приглашенные специалисты все без исключения были квалифицированные, опытные и полезные, а некоторые стали хорошими друзьями.

После посещения Найроби Brian Flynn похвалил бригаду за стратегию неотложного реагирования, в особенности за процедуру документирования как неотъемлемую часть обслуживания. С его точки зрения, эта стратегия намного опередила известные в мире программы реагирования. «Мне еще не приходилось видеть такой активной реакции на травму со стороны организации, которая едва способна оплатить свои телефонные счета. Даже реакция на взрыв в Оклахоме была не столь быстрой и тщательно продуманной» [5].

Alexander [6] хорошо описывает неопровержимые факты его визита, передает моральную атмосферу того периода, но не в полной мере оценивает значение независимого аудита нашей трехмесячной деятельности в рамках проекта. После первоначальной оценки, проведенной Brian Flynn, мы знали, что находимся на правильном пути. Нам нужно было услышать это от другого специалиста в этой области и хотелось, чтобы его мнение появилось в прессе. То, что независимый зарубежный аудитор весьма одобрительно высказался о программе «Восстановление деятельности», действительно подняло боевой дух в тот момент, когда все казалось безнадежным и удручающим из-за отсутствия средств и даже без обещаний дать их. Ценность такой оценки трехмесячного проекта состояла в том, что она по-настоящему подняла моральный дух и подтвердила, что все идет хорошо.

ДРУГИЕ ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

К концу года участники проекта поняли, что начинают проявляться негативные последствия безысходности и безнадежности среди тех, кто выжил после травмы, и у тех, кто понес тяжелую утрату. Семьи, которые привыкли проводить Рождественские праздники со своими родными и близкими, к моменту их наступления почувствовали себя опустошенными и одинокими. Дети, вернувшиеся домой на школьные каникулы,

застали семьи подавленными и удрученными. Рождество уже никогда не могло быть таким, как прежде. Рождественские праздники для тех, кто выжил после катастрофы, приобрели особое значение, поскольку этот период вызывал воспоминания о доме.

На этом этапе реализации проекта возникли серьезные затруднения, появились сомнения в его жизнеспособности. Серьезные финансовые проблемы постоянно сопровождают работу по ликвидации катастрофы, так как в силу самой ее природы ее невозможно планировать.

Проведенные в одно и то же время богослужения символизировали мир и сплоченность между Кенией и США. Был разработан замечательный проект, который, несмотря на проблемы с планированием, удалось блестяще реализовать. Студенты в Калифорнии зажгли 250 свечей, символизировавших число погибших во время взрыва. Они также организовали чтение вслух 250 имен погибших.

Из-за разницы во времени между двумя городами в Найроби программа была выполнена раньше. Она предполагала шествие более 40 раненых детей, осиротевших в результате катастрофы. Шестеро из них несли два флага: Кении и Танзании. Третий флаг, флаг США, несла семья, потерявшая во время взрыва одного из своих сыновей. Это был уникальный флаг, так как он использовался для драпировки гроба с останками мальчика во время его похорон в США. Важная роль символов в процессе выздоровления хорошо описана в литературе. Также множество публикаций свидетельствуют о том, что важное место в процессе восстановления психического и соматического здоровья занимает духовность.

Найроби — небольшой город, многие сотрудники психиатрической службы хорошо знали некоторых из оставшихся в живых и поэтому легко отождествлялись с ними. Особое внимание пришлось уделить группе сотрудников в период оказания экстренной помощи, а также в промежуточной стадии ликвидации последствий катастрофы.

По мере того как группа проходила стадии осознания катастрофы (героизм, «медовый месяц», разочарование и восстановление), много усилий потребовалось для того, чтобы сплотить ее, так как она нередко находилась на грани распада из-за разнообразных (чаще финансовых) ограничений. Процесс включал в себя планирование и выполнение программы.

Специальные и специфические духовные и светские мероприятия проводились для консультантов. Группа комедийных актеров города провела вечер комедии для бригады консультантов. Это оказалось для них очень эффективным средством, позволяющим посредством смеха преодолеть свой стресс в компании коллег и членов их семей, которые, как оказалось, также испытывали тягостные чувства, находясь рядом с постоянно напряженными консультантами. Роль юмора в облегчении стресса у ликвидаторов катастроф хорошо описана [7].

БЕРЕМЕННЫЕ ЖЕНЩИНЫ

Во время сеансов психологического консультирования отдельные женщины сообщали о самопроизвольных абортах, обычно в первом триместре беременности, некоторые о преждевременных родах в день взрыва бомбы или вскоре после него, другие заявляли о неожиданных изменениях менструального цикла, а у одной женщины внезапно пропало грудное молоко.

Женщин, которые были беременны на момент катастрофы, собрали вместе через год; 15 из них сообщили о чрезмерно выраженной реакции вздрагивания у своих детей, которая принципиально отличалась от реакций других их детей в тот же период развития. По наблюдениям этих женщин, их дети выглядели более нервными, пугливыми и хуже спали. Несмотря на то, что это могло отражать повышенное возбуждение у матерей и частично отмечавшееся у них ПТСР, ценность этого наблюдения состояла в том, что его непосредственно проводили опытные матери. Эти данные поднимают интересные вопросы относительно воздействия стресса на матерей и возникновения ПТСР у их потомства.

РЕАКЦИИ РАЗНЫХ ГРУПП

Жертвы катастрофы, которые вели себя вначале мужественно и сплоченно, перешли в следующую фазу. Гнев пронизал местное население — это ощущалось как в посольстве, так и за его пределами. Многие кенийцы считали, что если бы в их столице не присутствовали американцы, то и не было бы такого количества смертей и таких страшных разрушений. Именно на них обрушился поток обвинений по поводу их реакции в первые часы после взрыва.

Как и добивались того террористы, между кенийцами и американцами возникло противостояние. На ранних стадиях неотложного реагирования хаос и путаница проявились во многих сферах, включая средства массовой информации.

Местная пресса заявляла о том, что американцы заботятся только о своих согражданах, игнорируя затруднительное положение и страдания многих кенийцев. Тех, кто на короткое время погрузился в прерывистый сон в первые часы после катастрофы, начинали преследовать ужасающие картины: мужчины, женщины и дети лежат в огромных лужах собственной крови, повсюду перемешивающихся с такими же лужами крови других людей.

Сразу же после катастрофы последовала мощная волна сочувствия как на местном, так и на общенациональном уровне. Предложения помощи поступали со всех регионов страны и из-за рубежа. Организаторы стремились максимально эффективно использовать экспертов извне, не вызывая при этом противостояния местных специалистов, занимающихся оказанием неотложной помощи. Первые группы прибывших иностранцев были в военной форме, что вызывало наибольший страх у членов кенийских медицинских бригад.

УСВОЕННЫЕ УРОКИ

Из событий, связанных с взрывом в Найроби и ликвидацией его последствий, можно извлечь несколько полезных уроков.

При ликвидации последствий катастроф дела могут идти и действительно идут плохо

Как и кенийцы, по-своему реагировавшие на катастрофу, американцы, которые были главной мишенью террористов, также имели собственные проблемы. Проблематичными оказались большое расстояние и разница во времени. Ответные действия иногда были хаотичными и неадекватными из-за просчетов в планировании и логических ошибок,

особенно в области военной транспортировки. Команды иностранной неотложной помощи (Foreign Emergency Support Teams — FESTs) прибыли в Найроби и Дар-эс-Салам через 40 часов после взрыва. Вылет задержался на 13 часов из-за отсутствия четкого взаимодействия между Государственным департаментом как главной службой и Министерством обороны, ФБР и другими организациями. Отбор персонала в FEST проводился специально для данного случая, однако он не был идеальным. Медицинское и другое оборудование для неотложной помощи не всегда было готовым и доступным для транспортировки [8].

Хаос не ограничился только проблемами транспортировки по воздуху, он проявился также и в качестве медицинской помощи, оказываемой выжившим. Кенийские медицинские работники госпиталя в Найроби, куда поступали раненые американцы, утверждали, что медицинский персонал военно-воздушных сил США проявлял безразличие к пострадавшим. Это усиливалось на фоне заявлений в средствах массовой информации о мародерстве кенийцев в посольстве США, которые в свою очередь обвиняли солдат морской пехоты в том, что они защищали территорию посольства ценой жизни кенийцев. Даже когда велись работы по поиску под обломками оставшихся в живых, действующие из лучших побуждений, фрустрированные, объединенные горем перед лицом трагедии люди обменивались оскорбительными словами.

Как обнаружилось позже, неразбериха наблюдалась также и в рядах внешне хорошо организованной американской бригады. При большом наплыве в Найроби людей из Вашингтона и других мест возникали проблемы с координацией действий, в связи с чем некоторым сотрудникам иногда приходилось напоминать, что ситуация находится под контролем посла.

Роль средств массовой информации

Роль средств массовой информации в решении проблем, связанных с катастрофами, хорошо освещена в литературе. В случае с взрывом в Кении они оказались очень ценным ресурсом [9]. На ранних этапах трагедии их представители информировали о произошедшем, став своеобразной отдушиной, позволяющей людям дать выход своим чувствам и обсудить возникающие проблемы. Но не только. Они пытались также донести утешительную информацию и сведения о возможных психологических последствиях, характерных для трагедии такого огромного масштаба.

В большинстве случаев медицинский персонал избегал контактов со средствами массовой информации. Это может создавать вакуум, который заполняется спекулятивной информацией. Ключевым уроком трагедии, произошедшей в Найроби, было то, что средства массовой информации могут играть позитивную роль в мероприятиях, направленных на ликвидацию последствий катастрофы. Еще один урок заключался в том, что на самом деле необходимо уделять внимание и представителям средств массовой информации, которые, как и другие люди, также страдают от последствий влияния на психику травмирующих событий [9].

Значение эффективного руководства

В Кении, как и в других государствах африканского континента, на тот момент проявились последствия стихийных и антропогенных катастроф. Наводнения и акты насилия по политическим мотивам привели к многочисленным жертвам и значительному разрушению собственности [2].

Кения впервые отреагировала на катастрофу, сопровождающуюся психиатрической составляющей. Важным было четкое и решительное руководство, которое обеспечила Медицинская ассоциация Кении.

Умение справляться с разными типами реакций

Трагедия имеет свойство объединять людей. После трагического события в Найроби вначале наблюдались удивительная сплоченность и мужество, с клятвами и заверениями о помощи. С другой стороны, отмечались заметные проявления гнева и звучали оскорбительные заявления. Хаос и беспорядок, особенно на ранних этапах, царили во всем. Терроризм способен разрушать чувство единства и безопасности и сеять страх в каждом индивидуе, сообществах и нациях.

Гнев, овладевший жителями Кении, первоначально был направлен на мусульман, арабов и на другие группы, которые предположительно могли иметь хоть какие-то связи с террористами. Следующей «бесспорной» мишенью были американцы: во-первых, потому, что они присутствовали здесь, во-вторых, за их равнодушие к нуждам и чувствам кенийцев перед лицом атак террористов. Поиск обществом козла отпущения для того, чтобы обрушить на него свой гнев и чувство неудовлетворенности, является «нормальной» реакцией на терроризм.

Эффект «медового месяца» в реагировании на катастрофу

В реакции на катастрофу описан эффект «медового месяца», который также проявился непосредственно после взрыва в Найроби. Сразу же после катастрофы наблюдалась масштабная и полная сочувствия реакция как на местном, так и на международном уровне, с многочисленными предложениями помощи, поступавшими из разных регионов страны и из-за рубежа. Было много заявлений о предоставлении финансовой или материальной помощи — в большинстве случаев в блеске фото- и телекамер. Немногие выполнили свои обещания, и не потому, что они не намеревались этого делать, просто их вниманием овладели другие приоритеты, прежде чем они смогли реализовать свои намерения.

Общественность не забыла об этих обещаниях и продолжала подсчитывать их «стоимость», ожидая, что бригада, реализующая проект ликвидации последствий, будет задыхаться под тяжестью денежных пожертвований. К сожалению, этого не случилось.

Сотрудники системы здравоохранения, оказывающие помощь после катастрофы, должны знать и помнить об этой стадии «медового месяца», чтобы учитывать ее при планировании своих мероприятий.

Исследовательская работа

Без результатов научных исследований нельзя проверить гипотезы, а исполненные благих намерений подходы путают с компетентностью. Часть героических усилий по восстановлению была направлена на сбор данных о пострадавших от взрыва, с тем чтобы скорректировать план лечения на короткий и длительный срок.

В идеальных условиях исследователям следовало бы подождать, пока оставшиеся в живых завершат необходимые традиционные мероприятия, например ритуал погребения. Неожиданный и непредвиденный характер катастрофы, за которой последовал хаос, в значительной степени изменил планы исследования. Члены бригады должны были осознать, что методологически надежные данные помогут понять влияние последствий

терроризма в регионе на психическое здоровье и содержательное планирование в случае катастроф в будущем. Крупная нерепрезентативная выборка была изучена преимущественно подготовленными специалистами, которые оказались непосредственными свидетелями атаки террористов.

Исследованная выборка насчитывала 2627 испытуемых. Из них 47% составили женщины, 62% замужние, средний возраст 33,6 лет (СО-9,7). Шестьдесят четыре женщины были беременны; 42% окончили среднюю школу и 40% получили образование в колледже. В среднем на одного респондента было трое детей (СО-2,1). Христиане составили 96% выборки; следующей большой религиозной группой были мусульмане — 2,5%. Это была преимущественно хорошо образованная группа взрослых, на которую легла ответственность за оказание помощи тысячам людей.

К факторам, ассоциирующимся с посттравматическим стрессовым синдромом (ПТСС), — наш приближенный диагноз посттравматического стрессового расстройства — относились: женский пол, статус незамужней женщины (неженатого мужчины), низкий уровень образования; пребывание на улице в момент взрыва, наблюдение взрыва, ранение, неполное восстановление после ранения; чувство страха, безысходности, угрозы жизни в момент взрыва; избегание разговоров с друзьями и коллегами о взрыве; тяжелая утрата; переживание финансовых трудностей после взрыва; потеря трудоспособности из-за ранения, а также получение материальной или финансовой помощи. Следует отметить, что не было выявлено значимой связи между симптоматикой ПТСС и возрастом, количеством детей, вероисповеданием, результатами обследования в больнице или неотложной медицинской помощью, психологическим консультированием или отношением к оплакиваемому человеку. Результаты исследования демонстрируют сильную связь между ранением и ПТСС ($p < 0,0001$).

ОБСУЖДЕНИЕ

Возникало много вопросов об эффективности реагирования службы охраны психического здоровья. Некоторые интересовались, что было достигнуто и какую пользу извлекли жители Кении. На эти вопросы нет простых или единственно правильных ответов. Тем не менее мы, психиатры и специалисты в области охраны психического здоровья, живем в мире, где предъявляемые требования к нашей профессии выходят за пределы наших клиник и больниц [10].

По этой причине реагирование службы охраны психического здоровья на последствия катастрофы является неотъемлемой частью обязанностей психиатрической бригады. Поскольку научные исследования дали диаметрально противоположные результаты, продолжаются дискуссии вокруг вопроса о целесообразности раннего вмешательства и в особенности проведения дебрифинга. Эта обоснованная научная дискуссия, тем не менее, быстро прекращается перед лицом реальной катастрофы. Общество ожидает и требует помощи от специалистов в области охраны психического здоровья.

Некоторые вмешательства оказались в такой же мере творческими, в какой и не проверенными и могут представлять кратковременную ценность. В данном случае хорошим примером могут быть гастрольные выступления. Однако, похоже, люди положительно реагировали на эту инициативу, да и сама бригада была признательна за вечера комедии.

В результате описанных событий сформировалась сильная и квалифицированная бригада специалистов в области охраны психического здоровья. После других катастроф в регионе бригада быстро собралась и переехала через континент (в Кот-д'Ивуар) для оказания помощи выжившим во время катастрофы 31 января 2000 года самолета KQ 101.

Вопрос о проведении научных исследований непосредственно после огромной катастрофы сложен, поскольку включает научные и моральные соображения. Запоздалый сбор данных ограничивает возможности получения ранних сведений, необходимых для понимания влияния катастрофы на психическое здоровье. Кроме того, если ученые действуют медленно, важные данные могут быть потеряны навсегда. Именно по этой причине мы решили включить в работу исследовательскую группу и группу по заполнению документации, которая разработала анкету из 57 вопросов, заполняемую самими испытуемыми и позволяющую диагностировать ПТСР в соответствии с критериями DSM-IV. Выполняя эту работу, мы ясно осознавали тот факт, что выполнение методологически точного исследования психического здоровья чрезмерно сложно в хаотичных и трудных условиях катастроф, особенно в случае террористических атак. Хотя некоторые могут с этим не согласиться.

ВЫВОДЫ

Спустя годы после атаки кенийцы продолжают задавать себе вопрос: почему мы? Почему они выбрали миролюбивый островок стабильности на наиболее пострадавшем континенте? Признан ли факт, что мы пострадали за наших американских друзей? Что послужило причиной этого террористического акта? Как связано с терроризмом несправедливое распределение мировых запасов? Эти и многие другие вопросы, по-видимому, навсегда останутся без ответа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bushnell P. (2003) Leadership in the wake of disaster. In R.J. Ursano, C.S. Fullerton, A.E. Norwood (Eds.), *Terrorism and Disaster; Individual and Community Mental Health Interventions*, pp. 31–40. Cambridge University Press, New York.
2. Njenga F.G., Kigamwa P., Okonji M. (2003) Africa: the traumatised continent, a continent with hope. *Int Psychiatry*, **1**, 4–7.
3. Mitchell J.T. (1983) When disaster strikes. The critical incident stress debriefing process. *J Emergency Med Serv*, **8**: 36–39.
4. Pfefferbaum B. (1999) Posttraumatic stress responses in bereaved children after the Oklahoma City bombing. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, **38**: 1372–1379.
5. Flynn B. (1998) Report on Operation Recovery. Submitted to the Kenya Medical Association.
6. Alexander D.A. (2001) Nairobi terrorist bombing: the personal experience of a mental health advisor. *Int J Ment Health*, **3**: 249–257.
7. Palmer C.E. (1983) A note about paramedics' strategies for dealing with death and dying. *J Occupational Psychol*, **56**: 83–86.
8. Accountability Board Report. Nairobi-Tanzania Bombings. January 1999.
9. Njenga F.G., Nyamai C., Kigamwa P. (2003) Terrorist bombing at the USA embassy in Nairobi: the media response. *East Afr Med J*, **80**: 159–164.
10. Okasha A. (2002) Mental health in Africa: the role of WPA. *World Psychiatry*, **1**: 32–35.

Опыт Нью-Йорка: террористическая атака 11 сентября 2001 года

Lynn E. DeLisi

New York University, New York, USA

ВВЕДЕНИЕ

Утром 11 сентября 2001 года в 8 час 52 мин первый из двух авиалайнеров целенаправленно врезался в небоскребы-«близнецы» Всемирного торгового центра в Нью-Йорке. Вскоре после этого третий самолет был расчетливо направлен на Вашингтон и упал на здание Пентагона, четвертый рухнул в поле в штате Пенсильвания. В то трагическое утро погибли около трех тысяч человек. Следствием было установлено, что ответственность за происшедшее лежит на террористах-мусульманах средневосточного происхождения.

Одиннадцатое сентября надолго запомнится людям во всем мире. Каждый, у кого был телевизор, мог следить за событиями того дня, развертывавшимися с необыкновенным и невообразимым ужасом. Хотя эта трагедия имела международный резонанс, она стала поворотным моментом для всех американцев, многие из которых родились после бомбардировки японскими войсками Пирл-Харбора — последней атаки на американскую территорию. В этот момент пришло осознание того, что географическая изоляция больше не может служить американцам иммунитетом от внешних атак, а поэтому тема борьбы с терроризмом стала наиболее приоритетной в заново пересмотренной «после 11.09» американской внешней политике. Наиболее пострадали ньюйоркцы, на чью жизнь эти события и их последствия оказали непосредственное влияние. Много разного было сказано о них, но эти люди, которым приходилось регулярно совершать поездки на работу в этот перенаселенный город небоскребов или проживать в районе острова Манхэттен в те дни и последовавшие за ними месяцы, потеряли рассудок от горя. Те, кто жил рядом с Всемирным торговым центром, вынуждены были покинуть свое жилище, некоторые из-за непосредственного или опосредованного влияния этого события остались без работы. Многие потеряли друзей или родственников. Флаги США быстро раскупались: их вывешивали из окон, прикрепляли на автомобилях и даже на одежде. Этот первый шаг выражения коллективного горя, казалось, объединял в чувстве солидарности и приносил утешение от осознания принадлежности к нации, которая была сильнее каждого взятого в отдельности человека, нации, которая не оставит без внимания того, кто пережил тяжелую личную утрату.

В первые часы после катастрофы в Манхэттене не работали все средства коммуникации, в том числе и телефонные линии, мобильные телефоны, Интернет. Быстрее всего была восстановлена работа радио и телевидения; таким образом, те, кто не смог непосредственно видеть живую (по телевизору, лично или через Интернет), как разворачиваются события, смогли наблюдать их, когда репортажи повторно демонстрировали в первый и последующие дни. Многие люди буквально прикипели к телевизорам, не отрывая глаз от экранов, боясь что-либо пропустить. Впоследствии исследователи, занятые изучением посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), были удивлены тому, какое влияние на детей и взрослых оказали повторяющиеся в средствах массовой информации новости о таких событиях.

В первые недели после катастрофы над огромным кратером и раскаленными руинами из металла, которые когда-то были небоскребами-близнецами, поднимался дым, и воздух в Южном Манхэттене наполнялся запахом копоти от горящих обломков. Страна и сам Нью-Йорк жили в постоянной тревоге, ожидая повторения атак. Стены зданий, в особенности расположенных на близком расстоянии от больниц, были обклеены портретами пропавших без вести с горящими перед ними свечами. Многие люди, потерявшие близких родственников, в горе бродили по улицам и выстаивали в очередях в быстро сформированный городской Центр помощи семьям, чтобы заявить о своих пропавших близких, надеясь найти их где-нибудь живыми или, в конце концов, получить их останки. Полиция и национальная гвардия интенсивно охраняли улицы. Все подъездные пути к Манхэттену были тщательно проинспектированы и взяты под охрану, при этом движение по туннелям и мостам ограничивалось в течение нескольких недель. В те первые дни обитателей некоторых небоскребов и жилых комплексов переполнял ежедневный страх взрыва бомбы.

В дополнение к истерии кто-то послал смертоносные споры сибирской язвы в конвертах через почтовую службу США хорошо известным личностям в офисы служб новостей и другие учреждения. Эти споры могли инфицировать любого, кто контактировал с конвертами, — от почтальона до секретаря-помощника и даже ребенка, играющего поблизости. В октябре 2001 года реактивный самолет авиакомпании «Американ эрлайнз», направлявшийся в Доминиканскую Республику, потерпел аварию при взлете, рухнув на близлежащий жилой квартал. Многие тогда считали, что оба эти последовавшие друг за другом события связаны с террористическими атаками 11 сентября, что еще больше усиливало страх и психологическую травму. Один иностранец (известный сейчас как «обувной террорист») сумел в одиночку пробраться на международный авиарейс до США с самодельным взрывным устройством, вмонтированным в ботинок, и только благодаря бдительности некоторых пассажиров удалось помешать ему подорвать себя. После этого инцидента во многих аэропортах на контрольно-пропускных пунктах пассажиров перед посадкой просят снять обувь для тщательного досмотра.

Большинство жителей Нью-Йорка и окружающих его пригородов соседних штатов добровольно собрались в городе, чтобы безвозмездно выполнять любую посильную работу. Желавших сдать свою кровь было намного больше, чем требовалось, и поэтому, в конечном счете, потенциальным донорам пришлось отказать. Многие другие упорно хотели приехать на место катастрофы, позже названное «эпицентром взрыва», чтобы продолжить поиски уцелевших под обломками, несмотря на слухи, что воздух был отравлен, а затем и принять участие в поиске человеческих останков. Безвозмездно предлагали свои услуги юристы, владельцы ресторанов и многие другие; врачи не были

исключением. Однако несмотря на готовность больниц и всего персонала поступило очень мало пациентов. Люди либо выжили с минимальными физическими повреждениями, либо дотла сгорели в грудe раскаленного метала. Вскоре стало ясно, что в результате этих событий наиболее затребованными врачами были психиатры. Особые затруднения вызывали эмоциональные реакции членов семей и детей погибших. Однако у любого, на чью жизнь так или иначе повлияла катастрофа (потеря жилья или работы), был такой же высокий риск развития психических расстройств, как и у лиц с имевшимися до этого психическими расстройствами.

В Нью-Йорке была основана небольшая некоммерческая организация — Центр по оказанию психиатрической помощи жертвам катастрофы на местах (Disaster Psychiatry Outreach, Inc. — DPO). Эта группа была учреждена за два года до событий 11 сентября четырьмя молодыми психиатрами, проходившими на тот момент подготовку для врачей-специалистов и имевшими общий опыт волонтерской помощи родственникам жертв нескольких авиакатастроф. Группа встречалась ежемесячно на квартире одного из врачей, планируя, как добыть деньги и создать сеть для того, чтобы иметь возможность оказывать масштабную помощь при авиакатастрофах, ураганах, пожарах и других стихийных бедствиях. Они проводили много часов, пытаясь выяснить, что было, а что не было катастрофой (по определению), и даже составили обзор литературы по данной проблеме в период до 11 сентября, который на то время считался недостаточно важным, чтобы его опубликовать [1].

Утром 11 сентября 2001 года Olivia White, помощник по административной работе DPO, впервые приступила к выполнению своих обязанностей, будучи нанятой только на две недели. Тем не менее уже в течение нескольких дней ей удалось мобилизовать по всему Нью-Йорку большую группу психиатров, которые были готовы добровольно оказывать помощь во вновь созданном Центре семейной помощи (ЦСП) жертвам теракта 11 сентября. Сначала ЦСП размещался на военном заводе в Южном Манхэттене; затем он был перемещен в большое складское здание на причале реки Гудзон. DPO смог лучше организовать психиатрическую помощь для ЦСП, чем психиатрические отделения пяти крупных медицинских школ, каждая из которых соревновалась за то, чтобы стать лидером психиатрической службы города, однако никогда не уделяла внимания организации эффективной системы психиатрической помощи. Каждый, включая мэра, кто взял на себя роль отца-защитника на протяжении всего кризиса, нуждался в услугах психиатра [2]. Однако первая оценка распространенности «психических расстройств, вызванных событиями 11 сентября» среди жителей Нью-Йорка была в значительной степени завышенной. Таким образом, в Федеральное агентство по управлению при чрезвычайных ситуациях (Federal Emergency Management Agency — FEMA), Красный Крест и деловой центр Нью-Йорка потекли денежные средства из многочисленных благотворительных организаций со всей страны. Для выделения целевых грантов федеральное правительство учредило Project Liberty. Каждая имеющая на это право организация, включая и DPO, подала заявку на получение этих денежных средств. В течение нескольких дней PDO из небольшой структуры, размещавшейся в гостиной на квартире одного из врачей, разрослась до базовой организации, обеспечивавшей город Нью-Йорк бесплатной психиатрической помощью до тех пор, пока это было необходимо. Именно благодаря мисс White удалось составить сначала круглосуточный, а позже сокращенный график оказания психиатрической помощи, в которой была потребность вплоть до закрытия ЦСП.

НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Как научный работник с полным рабочим днем, я незамедлительно запланировала провести несколько опросов по всему Нью-Йорку и получила одобрение наблюдательного совета по социальным исследованиям университета штата Нью-Йорк. Первые протоколы исследования [3] представляли собой систематический опрос отобранных в случайном порядке взрослых испытуемых по всему Нью-Йорку. Эти люди были обследованы подготовленными в области психиатрии интервьюерами, которые предложили им заполнить анкеты, содержащие вопросы об их физическом и психическом здоровье до события и спустя 3–6 месяцев после него. Были учтены разнообразные стрессоры, например степень вовлеченности в события 11 сентября и удаленность от них, потеря кого-то из близких родственников или друзей, и специальные вопросы, касающиеся симптомов тревоги, депрессии или ПТСР. Каждый из 17 симптомов шкалы травматизации Davidson [4, 5] оценивался в диапазоне от 0 до 4 баллов как по частоте возникновения в течение последней недели (от 0 — ни разу до 4 — ежедневно), так и по степени тяжести (0 — совершенно не огорчающее до 4 — чрезвычайно огорчающее). Общая оценка была получена путем суммирования баллов частоты и степени тяжести каждого признака (размах от 0 до 136). При использовании этой шкалы было выделено три подшкалы: навязчивые мысли, избегание/оцепенение и повышенная возбудимость. Суммарное количество баллов по признаку «навязчивые мысли» рассчитывалось с учетом оценок его частоты и степени тяжести по пяти вопросам, относящимся к этой категории, по шкале «избегание/оцепенение» — по шести соответствующим вопросам и по шкале «повышенная возбудимость» — по четырем соответствующим вопросам. Показатель 8.0 по какому-либо из пунктов анкеты расценивался как наиболее высокий уровень патологии, тогда как оценка 0 баллов означала, что компонент отсутствовал. Основываясь на предыдущих исследованиях, Davidson считал, что показатель в 24 балла и выше позволяет предполагать наличие ПТСР. В целом в Манхэттене было персонально проинтервьюировано 1009 взрослых (516 мужчин и 493 женщины). Результаты этого опроса показали, что в целом у 56,6% респондентов наблюдался хотя бы один тяжелый симптом (свыше 8 баллов) или два и более умеренно выраженных симптома и что их наличие коррелировало с количеством времени, прошедшего от 11 сентября 2001 года. Таким образом, более чем у половины индивидов отмечались те или иные нарушения в эмоциональной сфере спустя 3–6 месяцев после событий 11 сентября, однако с течением времени количество таких лиц уменьшилось. Женщины сообщали о значительно большем количестве симптомов по сравнению с мужчинами. Потеря работы, жилья или членов семьи / друзей коррелировала с более выраженными и тяжелыми симптомами. Наиболее тяжелым отрицательным опытом, по-видимому, были болезненные воспоминания и обстоятельства, напоминающие о пережитом. Наибольшее беспокойство вызывает тот факт, что только небольшая часть (26,7%) лиц с тяжелой реакцией (24 и больше баллов) обращались за лечением.

Ниже приведены примеры опыта, о котором подробно рассказали интервьюерам.

- Родственник одной из испытуемых потерял все пальцы во время эвакуации из Всемирного торгового центра. Сама испытуемая не была на месте происшествия, однако пострадала ее работа, поскольку супермаркет, в котором она служила клерком, получал многократные угрозы и переживал экономический спад, потому что его владельцем был араб.

- Один опрашиваемый видел, как второй самолет врезался в здание и из Всемирного торгового центра повалил дым; ему удалось выскочить из здания как раз перед тем, как оно рухнуло. Он потерял близкого друга, а также близкого родственника. После 11 сентября он также лишился своей квартиры и работы вахтера.
- После атаки офицер полиции разрешила другой интервьюируемой и ее мужу зайти в квартиру на 10 минут, чтобы взять необходимые вещи. Они не смогли вернуться в течение 8 недель. Она потеряла друга (пожарного) и своего подчиненного.
- Сорокадевятилетний мужчина, согласившийся пройти опрос, проработал во Всемирном торговом центре 20 лет. Во время атаки он находился на Бруклинском мосту, добираясь на работу; многие его близкие друзья и коллеги погибли.
- Сорокасемилетний мужчина работал в банке, расположенном по соседству с Всемирным торговым центром, и проживал рядом. Он остался в живых только потому, что по пути на работу увидел на расстоянии, как в дыму рушатся башни-близнецы, и поэтому побежал обратно. Ему не разрешили вернуться назад в его квартиру, и на момент интервью он все еще проживал в семье друга.
- Тридцатидвухлетняя женщина, адвокат, также работала в расположенном поблизости офисном здании. Она вышла из метро как раз перед тем, как рухнуло первое здание, а потом увидела все это: «Ощущение — как во время землетрясения». Она побежала вверх по главной улице впереди облака пыли и пешком добралась до своей квартиры. Спасаясь бегством 11 сентября, она вспоминала пережитые ранее травмы. Когда она жила в Израиле, ей чудом удалось не пострадать во время одного взрыва, а второй взрыв унес жизни нескольких друзей. В ходе интервью у нее возобновились визуальные представления о прежних событиях («флэшбэки»).
- Сорокапятилетний индеец азиатского происхождения утверждал, что работал самостоятельно водопроводчиком, но в данный момент его работа была под угрозой из-за появившихся предубеждений по отношению к мусульманам у части его прежних клиентов.
- Один из испытуемых был 24-летним менеджером ресторана. Во время интервьюирования он рассказал, что ежедневно заводит свой будильник на 9 час 11 мин: «Мне очень важно не забыть гнев и горе, которые я испытывал в тот день». Он описывал 11 сентября как «пробуждение в закрытом гробу». Рухнувшие здания, которые были частью вида из его квартиры на берегу реки в Нью-Джерси, вызывали у него чувства, как если бы он «потерял близкого родственника».
- Пятидесятирехлетний мужчина, менеджер-технолог, как раз входил в первую башню, когда понял, что происходит. Он в оцепенении наблюдал, как огонь охватывает здание, пока в здание не врезался второй самолет. Во время катастрофы он потерял семерых друзей и 70 коллег.
- Одна из испытуемых, 32-летняя женщина, работала директором дневного детского сада, расположенного в шести кварталах от Всемирного торгового центра. Этот детский сад находился рядом с полицейским участком. Дети были эвакуированы полицией в соседний китайский квартал, откуда родители могли их забрать. У одного ребенка погиб отец — офицер полиции. Испытуемая рассказала, что персонал в течение 3–4 недель пытался решить эту проблему с детьми; было принято решение ничего им не говорить до тех пор, пока они не станут задавать конкретные вопросы. В этом квартале были мастерские: здесь дети рисовали и делали бумажные самолетики, пытаясь рассказывать о том, что произошло. Примерно 10 детей видели горящие здания. В течение шести недель нормальная работа дневного дет-

ского сада была нарушена (без телефонной связи и факса). В этом месте не было психиатров, которые могли бы объяснить сотрудникам, как решить проблемы детей.

- Одна из испытуемых, 26-летняя женщина, работала помощником по административной работе в первой башне на 27-м этаже. Ей удалось убежать вниз по лестнице, прежде чем здание рухнуло. Но она потеряла 10 коллег и друзей. Она была неразговорчивой во время интервью, объясняя свое поведение тем, что какие-то моменты эвакуации не может вспомнить, а какие-то не хочет. У нее не было никакого желания рассказывать о пережитом.
- Двадцатисемилетний интервьюируемый ранее служил в Корпусе морской пехоты США и наблюдал подобные катастрофы и акты насилия по всему миру. Он утверждал, что события 11 сентября не сильно поразили его.

Несмотря на утверждения проинтервьюированных о том, что им хорошо удавалось справляться с собой, у всех отмечались разного уровня тревога, депрессия и другие симптомы, которые мешали им работать и общаться в период до проведения интервью. Многие другие описывали неудачные взаимоотношения, нарушение концентрации внимания и сообщали о возникавших время от времени мыслях о смерти и самоубийстве.

Второй опрос охватывал пациентов с тяжелыми психическими расстройствами, госпитализированных в психиатрическую больницу Беллвью Нью-Йорка во время террористических атак. Чтобы оценить психическое состояние до и после 11 сентября, были изучены 156 историй болезни стационарных больных. В группу испытуемых вошло 100 мужчин (66,7%) и 51 женщина (33,3%); 44 (28,2%) пациентов были европеоиды, 62 — чернокожие (39,7%), 25 — латиноамериканцы (16%), 17 — выходцы из Азии (10,9%), восемь — представители других этнических групп (5,1%). Были представлены все диагностические категории: биполярное расстройство ($n = 15$; 9,6%), шизофрения ($n = 54$; 34,6%), шизоаффективное расстройство ($n = 52$; 33,3%), депрессия ($n = 8$, 5,1%); первичная зависимость от психоактивных веществ ($n = 5$; 3,2%), смешанные расстройства ($n = 17$; 9,9%). У 39 пациентов в течение первой недели после 11 сентября были увеличены дозы лекарственных препаратов и только у троих снижены. У 55 пациентов (36,4%) после этой даты наступило ухудшение состояния по таким диагностическим категориям: биполярное расстройство ($n = 3$; 20,0%), шизофрения ($n = 28$; 51%), шизоаффективное расстройство ($n = 17$; 32,7%), депрессия ($n = 1$; 12,5%), зависимость от психоактивных веществ ($n = 1$; 20,0%), разные расстройства ($n = 5$; 35,7%). Существовало широко распространенное мнение, что перед лицом катастрофических событий — стихийных или антропогенных — у пациентов с психотическими расстройствами состояние может на самом деле улучшаться, тогда как у пациентов с ранее отмечавшейся депрессией — ухудшаться. В этом исследовании по изучению влияния террористических атак на Всемирный торговый центр на госпитализированных пациентов с тяжелыми психическими расстройствами мы не обнаружили доказательств того, что их состояние улучшилось как реакция на эти события. Поразительно, но у нескольких пациентов, страдающих депрессией, ухудшение наступило при поступлении. Несмотря на то, что некоторые пациенты с разными диагнозами в первую неделю после катастрофы нуждались в назначении лекарственных препаратов для устранения тревоги или для нормализации сна, большинству они не понадобились. Кроме того, не было выявлено различий в диагнозах, симптомах и коррекции лечения у пациентов, находившихся в

палатах, окна которых выходили на Всемирный торговый центр ($n = 40$), по сравнению с пациентами ($n = 110$), пребывавшими в тех палатах, из которых эти здания не были видны. Таким образом, безопасная окружающая среда и утешение сотрудников психиатрической службы, работающих в стационарных учреждениях, по-видимому, оказали терапевтическое действие, которое предотвратило ухудшение состояния пациентов, но мы не обнаружили доказательств, что психотические состояния спонтанно разрешались на основе реальных катастрофических событий.

Ниже приведены некоторые записи из историй болезни.

- На групповых сеансах психотерапевты исследовали мысли и чувства пациентов, имевшие отношение к атакам террористов в Нью-Йорке. Пациентов поощряли к тому, чтобы они говорили и выражали свои чувства. У пациентки, которая во время большинства сеансов молчала, возникло состояние спутанности, речь ее была дезорганизованной.
- Один из пациентов заявил, что за разрушение Всемирного торгового центра ответственен его учитель с Плутона, а не Осам-бин-Ладен.
- Один из пациентов держался уединенно и большую часть времени по утрам проводил у телевизора, просматривая новости и делая зарисовки происходящих событий. На встрече группы поддержки он был погружен в галлюцинаторные переживания и бредовые идеи величия, заявляя, что хорошо «знаком» с ЦРУ и ФБР, описывал путаные схемы, показывающие его связь с происходящими событиями и его ответственность за произошедшее.
- Другой пациент включил атаку террористов в бредовую систему и полагал, что эти события являются частью секретного плана правительства США по достижению мирового господства.

Наш третий опрос предусматривал использование вопросников для студентов медицинских факультетов и врачей всех специальностей, оказывавших помощь жертвам в течение шестимесячного периода после 11 сентября, главным образом в ЦСП [6]. Один из опросов был нацелен на то, чтобы изучить, как влияет участие в оказании такой помощи на эмоциональное состояние студентов-медиков главной медицинской школы Нью-Йорка, Медицинской школы горы Синай. Сто пятьдесят студентов ответили на вопросники, разосланные по почте и содержавшие набор вопросов об их личном и профессиональном участии в событиях, связанных с катастрофой, а также о симптомах со стороны психической сферы в течение первой недели после событий и спустя 3–4 месяца. Во время этого опроса, так же как и в случайной выборке жителей Нью-Йорка, установлено, что события оказали значительно большее влияние на эмоциональную сферу студенток, чем студентов; кроме того, к эмоциональным реакциям в большей степени были склонны студенты, занимавшиеся более стрессовыми видами деятельности и с меньшим участием консультантов. Однако сам по себе опыт напряженной помощи жертвам, перенесшим глубокую эмоциональную травму, не способствовал возникновению психиатрической симптоматики у добровольцев, а скорее ассоциировался с повышением профессиональной самооценки.

Четвертый опрос сосредоточивался на изучении состояния врачей, добровольно оказывавших помощь жертвам. Лишь некоторые из них действительно проявляли интерес к участию в исследовании. В основном им хотелось оставить позади пережитое и не вспоминать о тех событиях, чтобы не возобновились прежние эмоции. Мы подозреваем, что у них наблюдались стойкие последствия, однако они не смогли найти

время и у них не было желания, чтобы выразить это. Тем не менее десять врачей отреагировали на объявления, распространенные по всему Нью-Йорку примерно через полтора года после событий 11 сентября 2001 года, среди них было пятеро мужчин и пятеро женщин (средний возраст 46 лет). Девять из них сожалели о том, что им не удалось воспользоваться какой-либо поддержкой психиатрической службы во время и после их работы с жертвами. Один респондент считал, что врачи должны уметь «самостоятельно справляться с этими проблемами». Ниже приведены примеры трудностей, с которым столкнулись испытуемые.

- Один врач направился к зданию, расположенному недалеко от эпицентра взрыва, чтобы добровольно оказывать помощь в течение дня, однако «кроме, как промывать глаза несколькими пожарным, там больше не оказалось никакой работы. Физически невредимые люди спаслись бегством, остальные же погибли. В этом заключалась исключительность ситуации».
- Другой врач заслуживает особого внимания. Женщина, врач-психиатр, чрезвычайно разговорчивая, была убеждена, что ей нужно поговорить о событии. Она добровольно оказывала помощь в ЦСП в течение месяца после 11 сентября, направляла пациентов на лечение, выписывала назначения, занималась общим консультированием и набирала кадры для телефонной «горячей линии», направлявшей на лечение в психиатрические и общемедицинские учреждения (службы). Испытывая комплекс вины выжившего, она считала, что должна была делать еще больше. Во время интервью она все еще чувствовала себя до некоторой степени удаленной от других людей и раздражительной, ее беспокоили не полностью забытые воспоминания.
- Женщина-врач во время катастрофы чувствовала, что не может говорить о происходящих событиях. Она не знала никого в городе, кому могла бы рассказать о том, что чувствует и через что ей пришлось пройти. Она ощущала себя одинокой, особенно в тот период, когда в течение нескольких дней после 11 сентября не работали телефоны. Когда, наконец, она почувствовала, что может поделиться своими переживаниями, ее друзья уже не хотели возвращаться к прошлым событиям и на тот момент были уже в другой, чем она, стадии. Она чувствовала себя комфортно только тогда, когда рассказывала о событиях 11 сентября на конференциях, но это были профессиональные встречи, поэтому она считала, что необходимо ограничить выражение эмоций. Женщина полагала, что долго и напряженно помогала другим — и не могла справиться с собственной трагедией, кроме того, она испытывала чувство вины, что не удалось сделать еще больше.
- Еще один врач заявил, что после 11 сентября стал употреблять в два раза больше спиртного, чем до этого. Он работал на добровольных началах по 10 часов в день в сортировочном подразделении, устанавливавшем очередность медицинской помощи, недалеко от места, где был расположен Всемирный торговый центр. Его квартира также находилась очень близко от этого места, и он вместе с несколькими соседями собирались вместе и обсуждали события. Он рассказывал, что тяжелее всего было вспоминать о том, как он видел людей, выпрыгивающих из башен.
- Женщина-психиатр на добровольных началах работала в профессиональной школе, расположенной недалеко от эпицентра взрыва. Она проводила общее консультирование как студентов, так и пожарных. Эта работа помогла ей получить грант на исследование проблемы эмоциональной памяти, таким образом благодаря событию она получила профессиональный статус. В течение месяца после 11 сентября она

испытывала комплекс вины выжившего, впоследствии у нее возникла астма. Она похудела, потеряла аппетит, у нее нарушился сон.

- Один врач работал штатным психиатром в стационарном учреждении, которое после атак террористов продлило время обслуживания пациентов. После этих событий он начал больше употреблять спиртного и на момент интервью признался, что до сих пор озабочен вторгающимися в его мысли болезненными представлениями. Он по-прежнему избегал участия в мероприятиях, которые могли бы напоминать ему о пережитых событиях.

ОБСУЖДЕНИЕ

В настоящее время, спустя почти два года после террористических атак на Нью-Йорк, при поиске опубликованных материалов в базе данных MEDLINE удалось обнаружить около 100 публикаций, посвященных психическим/эмоциональным реакциям на катастрофу широкой публики, пациентов, ранее лечившихся по поводу психических заболеваний, а также медицинских работников. Описаны реакции детей, взрослых, подростков, лиц с предшествующей алкогольной и наркотической зависимостью, других особых категорий населения [7–12], и не только у жителей Нью-Йорка [3, 13], но и у других людей планеты мире [14, 15].

11 сентября 2001 года внесло изменения в установки и стиль жизни людей по всей территории США. Настала новая эра подозрительности и тревоги, напоминавшая период «холодной войны» 50-х годов, когда многие граждане строили бомбоубежища и заполняли их запасами продуктов питания. После 11 сентября американцам советовали быть готовыми к массовым террористическим атакам, а именно: изучить маршруты эвакуации, договориться с членами семьи о месте встречи и организовать в автомобиле запас воды и консервов как минимум на неделю. Магазины реализовывали большое количество клейкой ленты, которая, как полагали, пригодится для заклеивания оконных и дверных щелей и не даст проникнуть в помещения зараженному химикатами и радиацией воздуху. Рекомендовалось также иметь большой запас батареек, чтобы иметь возможность пользоваться портативными телевизорами и радиоприемниками на тот случай, если террористы разрушат систему снабжения электроэнергией.

У многих вовлеченных в события отмечались разнообразные последствия со стороны эмоциональной сферы. Хотя это и не удивительно, но наиболее уязвимыми оказались лица с существовавшей ранее депрессией, тревожными расстройствами, а также женщины. Лица с психотическими заболеваниями на то время уже были неспособны адекватно оценить действительность, некоторые включили международные события в свои ограниченные бредовые системы, хотя в отдельных случаях этого не наблюдалось. Однако эти пациенты уже получали лечебную помощь, которая обеспечила им дополнительную поддержку, тогда как случайный гражданин не имел такой возможности и очень часто не получал поддержки, когда нуждался в ней. Он скорее нуждался в постоянном поощрении к обращению за медицинской помощью по поводу беспокоящих его стойких эмоциональных реакций, мешающих ему возобновить прежний стиль жизни и взаимоотношения.

В мире время от времени происходили стихийные бедствия и антропогенные катастрофы. Katz и соавторы [1] провели обзор доступных публикаций, касающихся последствий этих событий со стороны психической сферы. Наблюдения за событиями 11 сентября 2001 года и анализ многих вышеупомянутых публикаций показали, что

психиатры могут играть ключевую роль в ликвидации последствий катастроф и главное место в их работе занимает предупреждение хронического эмоционального истощения, являющегося следствием «пребывания» в качестве жертвы катастрофических событий. Раннее выявление лиц с высоким риском возникновения ПТСР и применение по отношению к ним методов лечения, эффективность которых доказана, позволит этим сильно страдающим людям вернуться к нормальной жизни и поддерживать ее.

Влияние событий 11 сентября 2001 года на жителей Нью-Йорка и американское правительство ощущается и сегодня. Хотя спустя два года внешне все выглядит так, как будто прежний ритм жизни возвратился, понятно, что на самом деле это не так. Профинансировано много программ лечения как соматических, так и психологических расстройств, возникших не только у взрослых, потерявших супругов, родных братьев или сестер, но и у детей, оставшихся без родителей, и у выживших пожарных и полицейских. Даже бывший мэр господин Giuliani, несмотря на свое умение держаться на публике как человек, контролирующий ситуацию, который в любое время был способен утешать людей, понесших утрату, впоследствии написал в своей книге о личных моментах, чтобы выразить эмоциональные реакции. Несколько месяцев спустя во время встречи в Центре Картера в Атланте, штат Джорджия, посвященной ликвидации последствий катастрофы, он подчеркнул, какое огромное значение для него лично имела консультация психиатра [2]. Через несколько месяцев после катастрофы было проведено несколько учений по ликвидации последствий катастроф; федеральное правительство и национальные организации учредили новые организации реагирования на катастрофы и сети для врачей и психиатров, включая формирование президентом нового ответственного поста в Управлении национальной безопасности. Поскольку в это время правительство направило усилия на борьбу с терроризмом, были потеряны многие личные свободы, гарантируемые в демократическом обществе. Мосты и туннели при въезде в Нью-Йорк по-прежнему находятся под усиленной охраной, иностранцам, особенно уроженцам Ближнего Востока, сейчас значительно тяжелее въехать в США или стать эмигрантами. Особенно травмирующими для американцев стали сами воздушные перелеты, сопровождающиеся детальным досмотром, включая снятие обуви и брючных ремней.

К сожалению, любые подобные катастрофы имеют дополнительные отрицательные аспекты, в частности концентрация внимания на получении огромных денежных средств, жертвуемых на восстановление и поддержку пострадавших, а также то, что большая часть этих средств не была использована по назначению. Деньги на научные исследования были направлены в академические учреждения для выполнения крупных исследований (наподобие описанных в этой главе, но с более сложными доступными оценочными инструментами). Некоторые денежные средства все еще заморожены и не используются из-за ограничений или бюрократических сложностей, которые нужно преодолеть, чтобы получить их.

Таков нью-йоркский опыт антропогенной катастрофы и ее последствий на протяжении последующих двух лет.

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

Автор выражает благодарность Tiffany Cohen, Andrea Maurizio, Olivia White и Maria Yost за их помощь в сборе информации и обсуждении аспектов исследования. Весь статистический анализ был выполнен Andrea Maurizio.

ЛИТЕРАТУРА

1. Katz C.L., Pellegrino L., Pandya A., Ng A., DeLisi L.E. (2002) Research on psychiatric outcomes and interventions subsequent to disasters: a review of the literature. *Psychiatry Res*, **110**: 201–217.
2. Giuliani R.W. (2002) *Leadership*. Hyperion Press, New York.
3. DeLisi L.E., Maurizio A., Yost M., Paparozzi C.F., Fulchino C., Katz C.L., *et al.* (2003) A psychiatric survey of the people of New York City 4–5 months subsequent to the September 11, 2001 terrorist attacks. *Am J Psychiatry*, **160**: 780–783.
4. Davidson J. (2003) *Davidson Trauma Scale (DTS)*. Multi-Health Systems, North Tonawanda.
5. Davidson J.R., Book S.W., Colket J.T., Tupler L.A., Roth S., David D., *et al.* (1997) Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychol Med*, **27**: 153–160.
6. Katz C.L., Gluck N., Maurizio A., DeLisi L.E. (2002) The medical student experience with disasters and disaster response. *CNS Spectrum*, **7**: 604–610.
7. Adinero D.J., Allegra J., Cochrane D.G., Cable G. (2003) Increased rate of anxiety related visits to selected New Jersey emergency departments following the September 11, 2001 terrorist attacks. *Acad Emerg Medicine*, **10**: 550.
8. Ford C.A., Udry J.R., Gleiter K., Chantala K. (2003) Reactions of young adults to September 11, 2001. *Arch Pediatr Adolesc Med*, **157**: 572–578.
9. Factor S.H., Wu Y., Monserrate J., Edwards V., Cuevas Y., Del Vecchio S., *et al.* (2002) Drug use frequency among street-recruited heroin and cocaine users in Harlem and the Bronx before and after September 11, 2001. *J Urban Health*, **79**: 404–408.
10. Zywiak W.H., Stout R.L., Trefy W.B., LaGrutta J.E., Lawson C.C., Khan N., *et al.* (2003) Alcohol relapses associated with September 11, 2001: a case report. *Substance Abuse*, **24**: 123–128.
11. Baker D.R. (2002) A public health approach to the needs of children affected by terrorism. *J Am Med Womens Assoc*, **57**: 117–118, 121.
12. Halpern-Felsher B.L., Millstein S.G. (2002) The effects of terrorism on teens' perceptions of dying: the new world is riskier than ever. *J Adolesc Health*, **30**: 308–311.
13. Galea S., Ahern J., Resnick H., Kilpatrick D., Bucuvalas M., Gold J., *et al.* (2002) Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. *N Engl J Med*, **346**: 982–987.
14. Austin P.C., Mamdani M.M., Chan B.T., Lin E. (2003) Anxiety-related visits to Ontario physicians following September 11, 2001. *Can J Psychiatry*, **48**: 416–419.
15. Schuster M.A., Stein B.D., Jaycox L., Collins R.L., Marshall G.N., Elliot M.N., *et al.* (2001) A national survey of stress reactions after the September 11, 2001 terrorist attacks. *N Engl J Med*, **345**: 1507–1512.

Опыт ядерной катастрофы на Чернобыльской атомной электростанции

Johan M. Havenaar¹ и Evelyn J. Bromet²

¹ *Altrecht Institute for Mental Health Care, Utrecht, The Netherlands*

² *State University of New York at Stony Brook, NY, USA*

ВВЕДЕНИЕ

Авария на Чернобыльской атомной электростанции, за исключением лишь менее известной катастрофы 1957 года в Кызылтыме на Урале, несомненно, является самой большой ядерной катастрофой, произошедшей в мирное время. Ночью 26 апреля 1986 года во время выполнения стандартной операции — остановки ядерного реактора — вследствие нарушения персоналом правил безопасности взорвался один из четырех энергоблоков Украинской атомной электростанции в Чернобыле. Этой ночью в 1 час 24 минут те, кто находился за пределами четвертого энергоблока, увидели — и услышали — два взрыва, последовавшие друг за другом. В воздух над реактором взлетели фонтаны искр и горящих осколков, некоторые из них упали на крышу машинного отделения, вызвав пожар. После взрыва в крыше образовалось зияющее отверстие, через которое активная зона ядерного реактора вышла в окружающую атмосферу. В результате этого по всей территории Европы рассеялись тысячи тонн радиоактивной пыли. Советское руководство пыталось вначале скрыть от общественности информацию о катастрофе, в то же время организовывая масштабную операцию по осуществлению контроля над аварией. Была обозначена тридцатикилометровая зона, и в течение нескольких дней все, кто проживал в ее пределах, в том числе и все население города Припять (примерно 50 тыс. человек), были эвакуированы. Во время эвакуации беременным женщинам строго рекомендовалось сделать аборт, хотя никто не называл истинную причину таких рекомендаций (многие из них последовали этому совету). В городах и поселках, куда были переселены эвакуированные, их поначалу встретили неприветливо и даже враждебно.

Стремясь создать впечатление, что все нормально, правительство даже не отменило первомайскую демонстрацию в Киеве, столице бывшей советской республики Украины, расположенной в 160 километрах от Чернобыля. Однако по мере распространения слухов через короткое время из Киева начался массовый отъезд женщин и детей. Только после того как стали поступать тревожные сообщения о значительном превышении уровня фонового излучения в скандинавских странах и стало невозможным отрицать катастрофу, в советской прессе появились первые публичные заявления о ней. Но даже после этого не были предприняты превентивные меры. Например, не были розданы таблетки йода, которые бы воспрепятствовали поглощению радиоактивного йода и таким образом в

будущем снизили риск рака щитовидной железы. По словам некоторых информантов, руководство страны боялось, что раздача таблеток вызовет слишком большое беспокойство среди населения.

Вместе с тем радиоактивное облако, содержащее преимущественно быстрометаболизирующиеся изотопы радиоактивного йода, рассеялось по всей Украине, близлежащих республиках — Беларуси и России и остальной территории Европы, вызывая все большее беспокойство во многих странах. Правительства таких отдаленных от эпицентра взрыва государств, как Нидерланды и Италия, предприняли защитные меры, чтобы обеспечить безопасность населения. По ресурсам, выделенным пострадавшими от аварии бывшими советскими республиками на оценку и мониторинг последствий катастрофы, эта операция стала, наверное, самой грандиозной из когда-либо реализованных мероприятий по ликвидации последствий антропогенной катастрофы [1].

Спустя более 15 лет при объективной оценке ущерба становится ясно, что «Чернобыль» причинил и продолжает причинять вред здоровью и жизни миллионов людей, в особенности жизни четырех миллионов, которые проживают в зонах, официально обозначенных как зараженные (табл. 12.1). В целом в окружающую среду было выброшено около 50 миллионов кюри радиоактивных материалов, что примерно в 200 раз превышает размеры загрязнения после взрыва бомбы, сброшенной на Хиросиму. Сто тридцать пять тысяч человек были эвакуированы, еще 270 тысячам была предложена помощь на тот случай, если они захотят эвакуироваться. Неизвестно, сколько людей воспользовались таким предложением. Территория пострадавших регионов была разделена на четыре зоны в зависимости от степени загрязнения и предпринятых мер по ликвидации последствий аварии: зона строгого контроля (115 тыс. человек), зона постоянного контроля (270 тыс. человек), зона периодического контроля, требующая специального мониторинга (580 тыс. человек), и зона периодического контроля, требующая регулярного мониторинга (4 млн. человек). Кроме того, от 600 тысяч до одного миллиона человек занимались очисткой территории атомной электростанции и ее окрестностей. Тридцатикилометровая зона вокруг атомной электростанции до настоящего времени остается запретной зоной, хотя пожилым людям, захотевшим провести последние годы своей жизни и умереть в своем доме, проживание в ней разрешено. В зоне строгого контроля, в которой продолжают регулярные замеры уровня радиоактивного загрязнения, в настоящее время проживает около 300 тысяч человек.

Теперь, оглядываясь назад, многие ставят под сомнение эффективность некоторых мер эвакуации и выделения зон постоянного контроля вместо периодического. Люди больше всего подверглись влиянию радиоактивного излучения в первые часы и дни после аварии. Эвакуация, проведенная через несколько недель после катастрофы, почти не способствовала уменьшению радиоактивного облучения на протяжении жизни. В зонах периодического контроля уровень радиоактивного облучения не превышал естественное фоновое излучение и находился ниже пределов облучения в 1 мЗв/год для всего населения и 5 мЗв/год для людей, проживающих рядом с атомной электростанцией. Звучала критика и по поводу того, что со временем в разных республиках были установлены разные уровни пределов облучения и что рекомендации по эвакуации были выполнены только частично из-за недостатка финансовых ресурсов.

В этой главе мы проводим обзор литературы, посвященной последствиям чернобыльской катастрофы со стороны психического здоровья. Особое внимание будет уделено наиболее характерной особенности этой аварии — полному отсутствию информации и кризису доверия, который начался с первоначального отрицания и продолжается до настоящего времени. Мы приведем доводы в пользу того, что такая ситуация достаточно

Таблица 12.1 Оценки средней мощности экспозиционной дозы и количества людей, подвергшихся облучению, в зависимости от уровня радиоактивного загрязнения в результате аварии на Чернобыльской атомной электростанции

Географическая зона	Уровень загрязнения поверхности земли ¹³⁷ Cs (кБк/м ²)	Предполагаемая средняя экспозиционная доза	Население, подвергшееся облучению	Мероприятия по ликвидации последствий
Зона строгого контроля (> 40 Ки ¹³⁷ Cs/км ²) ^a	> 1480	> 5 мЗв/год	115 тыс.	Почти тотальная эвакуация
Зона постоянного контроля (15–40 Ки ¹³⁷ Cs/км ²) ^a	555–1,480	< 5 мЗв/год	270 тыс.	Помощь в эвакуации по требованию
Зона периодического контроля (5–15 Ки ¹³⁷ Cs/км ²) ^a	185–555	< 2 мЗв/год	580 тыс.	Особый контроль состояния здоровья
Периодический контроль (<5 Ки ¹³⁷ Cs/км ²) ^a	37–185	< 1 мЗв/год	4 млн.	Регулярный контроль состояния здоровья
Персонал, задействованный на уборке территории («ликвидаторы») ^b	–	10% > 250 мГр 40% 100–250 мГр 50% < 100 мГр	600 тыс.	Регулярный контроль состояния здоровья

^a 1 Ки ¹³⁷Cs/км² = 37 кБк/м². В данном исследовании зоны с показателями Ки > 40 и 15–40 Ки объединены и определены как «сильно загрязненная», 5–15 Ки — как «умеренно загрязненная» и < 5 Ки — как «слабо загрязненная». Источник: Всемирная Организация Здравоохранения (1995) [28].

^b Источник: Bard и соавторы (1997) [3].

типична для ядерных аварий в целом и является важным уроком, усвоение которого полезно для адекватного реагирования при подобных катастрофах в будущем. Это касается не только ядерных аварий, но и возможных террористических атак с использованием излучающих радиацию устройств или «грязных бомб» (начиненных радиоактивными материалами).

СОЦИАЛЬНЫЙ, КУЛЬТУРНЫЙ И ЭКОНОМИЧЕСКИЙ КОНТЕКСТ КАТАСТРОФЫ

Чтобы понять реакцию местного населения на катастрофу в Чернобыле, необходимо представить себе исторический и социальный контекст, в котором произошла авария. Только совсем недавно президент Горбачев официально провозгласил гласность («открытость») и перестройку («реструктуризацию» или «обновление»), однако правительство на практике не было способно реализовать эти концепции и завоевать доверие. То, что правительство Советского Союза и официальная пресса вначале пытались скрыть факт аварии, усиливало недоверие жителей этой страны к официальной информации.

Было подтверждено, что многие из 200 пожарных, принимавших участие в ликвидации последствий пожара на ядерном реакторе, страдали лучевой болезнью, однако другие нарушения здоровья отрицались. До 1989 года официальные круги заявляли, что все находится под контролем. Однако такая политика не избавила беззащитных людей от беспокойства. К 1989 году у местного населения стала усиливаться тревога, среди жителей пострадавших регионов начало расти напряжение. Ходили слухи о том, что у беременных все чаще случаются выкидыши, а дети рождаются с безобразными уродствами. Во многих городах прошли демонстрации [2]. У правительства не оставалось другого выхода, как опубликовать более достоверную информацию о последствиях катастрофы. Стали общедоступными карты, демонстрирующие уровни радиоактивного загрязнения почвы. В городе Гомеле в Беларуси на центральной площади было установлено табло, на котором ежедневно высвечивались результаты измерения уровня фонового излучения. Эта новая политика предоставления полных сведений была встречена с таким же недоверием, как и прежнее отсутствие информации.

В дополнение к беспокойству по поводу здоровья и к другим проявлениям социального напряжения, вызванного аварией и принятыми мерами по ликвидации ее последствий, катастрофа причинила серьезный социально-экономический ущерб. В Беларуси, наиболее серьезно пострадавшей из трех республик, 38 тыс. квадратных километров, т. е. 18% всей территории, оказались в большей или меньшей степени загрязненными, особенно радиоактивным цезием-137, период полураспада которого составляет 30 лет. Как следствие, только в этой республике 300 тыс. гектаров сельскохозяйственных земель были выведены из оборота. Около 1 млн. гектаров лесов были в той или иной степени заражены [1]. Населению рекомендовалось не собирать в этих лесах грибы и ягоды и не употреблять их в пищу, таким образом, люди были лишены желанной добавки к рациону и излюбленного приятного времяпрепровождения. Следует отметить, что сельскохозяйственное производство терпело значительные убытки; кроме того, было запрещено продавать продукты питания из зараженных регионов. Потерпел урон туризм — еще один источник доходов в некоторых регионах. Пострадавшие от аварии регионы Украины и России пережили те же последствия. Важнее всего то, что эти злоключения совпали по времени с тотальным политическим и экономическим коллапсом бывшего Советского Союза, который еще больше усугубил положение пострадавших регионов. В местной прессе этот политический и экономический развал был назван «вторым Чернобылем».

ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ФИЗИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Оценка степени, отражающей то, насколько радиоактивные осадки, загрязнившие территорию после аварии на Чернобыльской атомной электростанции, стали причиной соматических заболеваний, варьируется в зависимости от источника информации. Наиболее четко это прослеживается на примере сообщений о количестве жертв. В 1986 году всего лишь через несколько дней после аварии «Нью-Йорк пост» сообщила о 15 тысячах погибших. В апреле 1992 российское агентство печати «ИТАР-ТАСС» заявило, что катастрофа унесла около 100 тысяч человеческих жизней. Спустя шесть лет, в апреле 1998 года, агентство «Рейтер» сообщило, что в результате аварии умерло 12519 украинских пожарных и подменных рабочих из 350 тысяч, которые участвовали в расчистке территории.

Однако официальные отчеты ВОЗ и научные публикации дают совершенно другую картину. По данным этих источников, 500 человек были госпитализированы с симптомами острой лучевой болезни. Диагноз был подтвержден в 237 случаях, из которых

27 закончились смертельным исходом. Кроме того, три смертельных случая были вызваны ожогами либо тяжелыми травмами [3]. По оценкам неофициальных источников, таких как «Союз Чернобыль» (гражданское лобби), в результате аварии погибло 256 ликвидаторов [4]. Первые смертельные случаи, непосредственно связанные с аварией, были среди пожарных, находившихся на месте катастрофы в первые часы.

В более поздние годы отмечено резкое увеличение заболеваемости раком щитовидной железы среди детей. Было зарегистрировано более 600 свежих случаев, тогда как в нормальных условиях обычно ожидается всего лишь несколько [3]. Почти во всех случаях оказалась эффективной и привела к излечению тиреоидэктомия [5]. Ожидаемой эпидемии лейкемии или других злокачественных заболеваний не случилось [6], не было подтверждено также возрастание количества мертворождений или врожденных пороков развития [7, 8].

ДАННЫЕ О ПСИХИЧЕСКОМ ЗДОРОВЬЕ

Популяционные исследования

Психиатры Советского Союза были вовлечены в гигантскую гражданскую операцию, организованную сразу же после ядерной катастрофы. Была также проведена оценка вреда, причиненного психическому здоровью [9]. К сожалению, в этих ранних исследованиях, проведенных специалистами Восточной Европы, равно как и в тех, которые были выполнены в более поздние годы, использовалась в основном нестандартизованная методология, кроме того, они содержали другие методологические погрешности [10, 11]. Rumyantseva и соавторы [12] оценили психологическую адаптацию и психическое здоровье в первый год после катастрофы и обнаружили более высокую частоту психологического дистресса среди людей, проживающих в зараженных регионах. Наиболее высокий риск отмечен у лиц, которые были задействованы в мероприятиях по ликвидации последствий аварии (на русском языке называемых «ликвидаторами»), у 85% из них выявлены признаки психологического расстройства.

Более поздние исследования западных ученых, использовавших общепринятые в разных странах мира оценочные инструменты и методы, в общем и целом подтвердили первоначальные результаты. Viinamäki и соавторы, основываясь на оценках с использованием «Вопросника для оценки общего состояния здоровья» (General Health Questionnaire (GHQ)), сообщили о более высокой частоте психологического дистресса в популяции, подвергшейся воздействию радиации, по сравнению с общей популяцией. Наиболее высокая частота выявлена среди женщин. Naveaag и соавторы [14, 15] подтвердили эти данные в крупномасштабном популяционном исследовании, сравнивая два региона: сильно загрязненную Гомельскую область Беларуси и не подвергшийся радиоактивному загрязнению, но имевший сходные социально-экономические показатели регион России (Тверскую область). Кроме того, эти авторы, используя «Вопросник для оценки общего состояния здоровья», выявили высокую частоту психологического дистресса среди эвакуированных, но не среди ликвидаторов. Важно отметить, что это исследование также показало, что различия в нарушениях психического здоровья были ограничены оценками психологического дистресса, сообщаемыми самими испытуемыми. Различия в распространенности психических расстройств (в соответствии с критериями DSM-III-R), в особенности тревожных расстройств, были выявлены только среди эвакуированных (отношение шансов ОШ 3,78; 95%-й доверительный интервал ДИ 1,09–13,14) и матерей детей младшего возраста (ОШ 2,84; 95% ДИ 1,64–4,92).

Позже в других западноевропейских исследованиях было изучено влияние катастрофы на психическое здоровье. Raun и соавторы [16] сообщили, что среди эстонских ликвидаторов главной причиной смерти было самоубийство. Однако методы регистрации причин смерти в группе тщательно обследуемых ликвидаторов существенно отличались от используемых в общей популяции, тем самым делая рискованным сравнение с общей популяцией. В другом исследовании высказывалось предположение, что у ликвидаторов возросла заболеваемость шизофренией и деменцией [17], однако эти данные не были верифицированы. Скорее всего, эти невероятные результаты объясняются систематической ошибкой, связанной с отбором, неслепыми оценками, вмешивающимися переменными (особенно алкоголизмом), а также другими методологическими факторами.

Субъективное физическое здоровье и связанное со здоровьем поведение

Кроме психологического дистресса, кажется несомненным то, что чернобыльская катастрофа стала причиной существенных субъективных нарушений соматического здоровья в популяции, подвергшейся воздействию радиоактивного излучения. В описанном выше исследовании, проведенном Havenaar и коллегами [15], были обнаружены значительные различия в субъективной оценке общего состояния здоровья между пораженной радиоактивным излучением и не пораженной популяциями. В загрязненном регионе 74,5% населения оценивали свое здоровье как «посредственное» или «плохое», в отличие от 56,4% в чистом регионе. Как показали результаты стандартизованного соматического обследования, проведенного медицинской бригадой из Дании, использовавшей значительные диагностические ресурсы, эти различия в субъективной оценке здоровья нельзя было объяснить различиями в объективных клинических данных о состоянии здоровья [18]. Испытуемые из зараженного региона сообщали о значительно большем количестве визитов к врачу (ОШ 1,31; 95%-й ДИ 1,14–1,50) и более высоком уровне приема назначенных лекарственных препаратов (ОШ 1,52; 95%-й ДИ 1,30–1,78). Когнитивные переменные, такие как восприятие риска и чувство контроля над ситуацией, по-видимому, являются важными объясняющими факторами как для субъективных оценок здоровья, так и для пользования медицинскими службами [19].

Некоторые авторы сообщали об изменении поведения, связанного со здоровьем, после чернобыльской аварии. Allen и Rumyantseva [20] продемонстрировали, что соблюдение рекомендаций по безопасному поведению и поглощаемая доза радионуклидов у сельских жителей изменялись под влиянием психологических переменных, таких как фатализм. Фаталистические установки и формы поведения чаще всего наблюдались у пожилых людей и женщин. Авторы полагают, что последняя информация может отражать факт, что женщины более непосредственно сталкиваются с необходимостью идти на компромисс и мириться с употреблением местных продуктов питания при отсутствии выбора.

Ряд исследователей отмечают изменения в репродуктивном поведении. Rachmatulin и соавторы [21] сообщают о 240%-м возрастании частоты искусственного прерывания беременности среди работниц предприятий в зоне, частично зараженной радиоактивными осадками из Чернобыля. Bertolini и соавторы [22] обнаружили снижение рождаемости в Италии через 9–12 месяцев после чернобыльской катастрофы, за которым последовало «наверстывающее» повышение в последующие месяцы. В некоторых регионах Италии отмечено повышение частоты искусственного прерывания беременности в течение первых трех месяцев после аварии. Более низкий процент беременностей и увеличение числа искусственных прерываний беременности в первый год после чернобыльской катастрофы зафиксированы в скандинавских странах [23–25]. Хотя прямая связь между

этимися изменениями репродуктивного поведения и аварией остается предположительной, Knudsen [23] на основе этих данных пришел к выводу, что страх перед радиацией, вероятно, стал причиной большего количества случаев гибели плода, чем радиоактивные выбросы сами по себе.

Матери и дети

Поступала противоречивая информация о влиянии катастрофы на детей младшего возраста, особенно на тех, кто подвергся воздействию радиации в период беременности матери. Украинские исследователи сообщили, что среди детей, подвергшихся радиоактивному облучению *in utero*, отмечена более высокая распространенность пограничного интеллекта и умственной отсталости по сравнению с контрольной группой [26, 27]. В противоположность этим данным, в более раннем исследовании, проведенном при содействии ВОЗ [28], не выявлено существенных признаков повреждения головного мозга. Kolominsky и соавторы [29] наряду с тем, что обнаружили сходные различия в средних IQ у детей, подвергшихся влиянию радиации, и у детей, не подвергшихся облучению, также не установили значимой связи «доза–реакция». Было высказано предположение, что наблюдаемые различия в уровне интеллекта могут быть связаны с другими воздействиями окружающей среды, такими как эндемическая недостаточность щитовидной железы.

Американские и украинские ученые провели совместное систематическое исследование отдаленных последствий воздействия радиации на психическое здоровье детей, эвакуированных из зараженных зон в Киев [30]. С 300 эвакуированными детьми, их матерями, а также учителями, составившими случайную выборку, было проведено интервью с использованием комплекта когнитивных тестов, стандартизованных психологических методик и тестов на уровень интеллекта. Эвакуированных детей сравнивали с не пережившими эвакуацию одноклассниками той же школы и одинакового с ними пола. В этом исследовании не было обнаружено существенных различий в показателях соматического здоровья, успеваемости в школе, сообщаемых самими испытуемыми симптомов, а также в выполнении нейропсихологических тестов на невербальный интеллект, память и внимание [31]. Также не было выявлено различий у испытуемых (примерно треть выборки эвакуированных), подвергшихся воздействию радиации *in utero*. Интересно отметить, что матери значительно чаще сообщали о нарушениях памяти у своих детей, равно как и о расстройствах соматического здоровья. Более того, эвакуированные матери предъявляли больше соматических жалоб и чаще жаловались на тревогу и депрессию, чем матери их одноклассников, не переживших эвакуацию [32, 33]. Авторы высказали предположение, что семейная, медицинская и психологическая поддержка могут действовать как защитные факторы, предохраняя детей от влияния хронической материнской тревоги и убеждений, что Чернобыль значительно подорвал здоровье членов их семьи [30].

Эмигранты

После того как Советский Союз открыл свои границы, около 700 тысяч человек эмигрировали в Израиль. По разным оценкам, примерно четверть из них прибыли из зон, расположенных вокруг Чернобыльской атомной электростанции. В Израиле было проведено несколько исследований по изучению состояния психического здоровья иммигрантов из бывшего Советского Союза. Swikel и соавторы [34–36] провели ка-

тамнестическое исследование такой группы иммигрантов, обратившихся за помощью в специализированную университетскую клинику в южном Израиле, чтобы пройти обследование. У иммигрантов из зон, зараженных радиоактивными веществами вследствие чернобыльской аварии, чаще выявлялись нарушения в психической сфере и супружеских отношениях по сравнению с иммигрантами из других регионов бывшего Советского Союза. У иммигрантов, подвергшихся воздействию радиации, отмечалось значительно более высокое систолическое давление. Remennick [37] также выявил, что они хуже (по сообщениям испытуемых) адаптировались после приезда в страну.

По данным Службы иммиграции и натурализации США, к 1988 году из бывшего Советского Союза в Соединенные Штаты Америки эмигрировало около 500 тысяч человек. В одном из исследований установлено, что у русских иммигрантов, проживавших недалеко от Чернобыля, отмечены более высокие уровни тревоги и симптомов посттравматического стресса, чем у иммигрантов из других регионов бывшего Советского Союза.

ФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ

Крупномасштабное переселение населения, сотни тысяч людей, в той или иной степени подвергшихся воздействию радиоактивного излучения, и сохраняющееся беспокойство по поводу возможных отдаленных неблагоприятных последствий для здоровья — все это требует применения вмешательств в масштабах всего населения. В первые дни основные усилия руководителей системы здравоохранения Советского Союза были сконцентрированы на создании системы контроля безопасности продуктов питания, а также на организации периодических медицинских осмотров наиболее серьезно пострадавших людей. Для реализации этих задач повсюду в Советском Союзе были организованы специализированные поликлиники. Хотя на ранних этапах советские психиатры были задействованы в спасательных операциях и несмотря на то, что первая миссия Международного Красного Креста по установлению фактов определила потребность в психиатрической помощи как приоритетную сферу [39], прошло много лет, прежде чем были организованы какие-либо формы психиатрической помощи. Первые программы были нацелены на исправление ситуации с охраной психического здоровья и реализовывались в рамках голландского проекта гуманитарной помощи. В Гомеле, областном центре одного из наиболее загрязненных регионов Беларуси, был организован информационный центр здоровья. Центр информирует общественность и особенно неформальных лидеров, например врачей и учителей, о проблемах, связанных со здоровьем. Он также проводит психосоциальное консультирование населения и организует периодические кампании по пропаганде здорового образа жизни [40].

Огромные усилия для решения этих проблем приложила организация ООН по вопросам просвещения, науки и культуры (ЮНЕСКО). В тесном сотрудничестве с местными и национальными государственными и негосударственными организациями в Украине, Беларуси и России были учреждены девять местных центров по разработке программ социальной и психологической реабилитации. Центры были размещены в тех местах, где проживало больше всего переселенцев и ликвидаторов [41]. Основное внимание в работе центров уделяется развитию разных видов деятельности в местности для разных возрастных групп. Оказываются такие виды помощи, как индивидуальное и семейное консультирование, группы поддержки, дневная медицинская помощь, игровая и арт-терапия, разнообразные мастерские и учебные занятия, службы информации, а также

просвещение по вопросам радиации и экологии. Услугами центров с момента их открытия в 1993–1994 годах воспользовались тысячи людей [42].

ОБСУЖДЕНИЕ

Этот обзор публикаций, посвященных последствиям воздействия чернобыльской катастрофы на психическое здоровье, демонстрирует ряд важных моментов. Прежде всего, и это не удивительно, он показывает, что авария серьезно повлияла на психическое здоровье и благополучие. Тем не менее важно отметить, что, по-видимому, это влияние можно продемонстрировать главным образом на субклиническом уровне. Повышение уровня заболеваемости психическими расстройствами в более строгом смысле отмечено только в группах повышенного риска, а именно среди матерей малолетних детей и эвакуированных. Интенсивный страх, возникший у населения после воздействия радиоактивного излучения, некоторые назвали «радиофобией» или «массовым психозом». Эта концепция была подвергнута резкой критике Drottz-Sjöberg и Persson [43]. Рассмотренные в этой главе эмпирические исследования не поддерживают точку зрения, что всеобщая тревога, вызванная аварией на Чернобыльской атомной электростанции, напоминает клинические симптомы таких психических расстройств, как фобия или психоз. Однако чернобыльский опыт действительно показывает, что радиоактивное облучение от загрязненной территории (либо вследствие аварии, либо в результате террористической атаки), обладает потрясающей способностью вызывать страх у пострадавшего населения. Этот опыт также свидетельствует о том, что психологическое воздействие катастрофы не ограничивается последствиями для психического здоровья. Оно также затрагивает другие сферы субъективного здоровья и связанного со здоровьем поведения, в особенности репродуктивного и связанного с обращением за медицинской помощью. Более того, оно может влиять на готовность населения следовать рекомендациям представителей власти.

Хотя чернобыльская катастрофа уникальна во многих отношениях, в особенности из-за ее политического и социально-экономического фона, она имеет много общего с другими событиями, сопровождавшимися выбросом в атмосферу радиоактивных элементов, например с реакцией общественности на произошедшую в 1979 году аварию на атомной электростанции, расположенной на острове Три-Майл (Three Mile Island — TMI) [44]. Действительно, используя соизмеримые данные о стрессе и симптомах, наблюдавшихся у матерей малолетних детей после аварий на TMI и в Чернобыле, Bromet и Litcher-Kelly продемонстрировали поразительные аналогии в воздействии этих событий. Еще одним примером может быть случай в Гояне (Бразилия), где дети на месте разрушенной больницы нашли обломок, содержащий радиоактивный цезий [45]. Этот случай, по сути, ограниченный по масштабам, на многие годы подорвал экономику целого штата. И наконец, документально также подтверждены отдаленные психологические последствия атомных бомбардировок Японии во время Второй мировой войны [46]. Эти примеры, вероятно, свидетельствуют о том, что культуральные факторы имеют ограниченное влияние на последствия таких событий. Во всех случаях отмечалась сильная озабоченность последствиями для здоровья в будущем. Эта озабоченность в действительности во многом не соответствовала реально существующей угрозе здоровью, а количество людей, которым она принесла вред, значительно превосходило количество тех, кто на самом деле находился в опасном положении. В основе этой закономерности, вероятно, лежит факт, что радиоактивное излучение потенциально очень опасно для человеческого

организма, кроме того, его воздействие нельзя непосредственно ощутить с помощью органов чувств. Некоторые из возможных последствий имеют длительный латентный период, распространяющийся даже на будущие поколения. Именно эти свойства радиоактивного излучения внушают ужас, сопровождающий ядерные катастрофы. Чернобыльская катастрофа и другие подобные чрезвычайные ситуации показывают, что после событий, сопровождающихся воздействием радиоактивного излучения, можно ожидать значительного повышения спроса на медицинскую помощь (осмотры) и информацию о состоянии здоровья. К этой ситуации службы здравоохранения большинства стран оказываются плохо подготовленными. Необходимо также быть готовыми к не менее важным косвенным последствиям, особенно к социально-экономическим, поскольку покупатели будут отказываться от продуктов из зараженной зоны.

Наблюдаемые последствия чернобыльской аварии согласуются с современными теориями о роли когнитивных факторов в возникновении жалоб на здоровье в условиях стресса [47]. В соответствии с этой моделью опасения, вызванные фактом воздействия, и последующая озабоченность состоянием здоровья в будущем стимулируют осознание человеком своих соматических ощущений, которые могут быть предвестниками заболеваний, связанных с воздействием. Однако одним из источников этих ощущений могут быть нейровегетативные проявления тревоги и депрессии, а другим — не имеющие отношения к воздействию состояния. В условиях серьезной угрозы здоровью, вызванной выбросом в атмосферу радиоактивных элементов после чернобыльской аварии, люди значительно чаще тревожатся по поводу соматических жалоб и больше склонны приписывать их влиянию ионизирующего излучения. Это будет также отражаться на их готовности предъявлять такие жалобы и обращаться за медицинской помощью.

Чернобыльская катастрофа, несомненно, продемонстрировала, что важное значение имеет информация и то, как она распространяется непосредственно после радиационных или токсикологических инцидентов [48, 49]. Чернобыльский опыт представил миру наилучший сценарий системы управления информацией (информационного менеджмента). Хотя, на первый взгляд, это было типично для Советского Союза, тогда наблюдалась тенденция все, что связано с ядерными разработками, и особенно с ядерными авариями, хранить в тайне. Чернобыльский опыт продемонстрировал, что лица, занимавшиеся планированием мероприятий по ликвидации последствий аварии, и руководители органов здравоохранения осознали, что своевременное распространение правдивой информации доверенными руководителями имеет огромное значение [50, 51].

ЛИТЕРАТУРА

1. Shigematsu I. (1991) *The International Chernobyl Project. An overview. Assessment of Radiological Consequences and Evaluation of Protective Measures. Report by an International Advisory Committee.* International Atomic Energy Agency, Vienna.
2. Young M.J., Launer M.K. (1991) Redefining Glasnost in the Soviet media: the recontextualization of Chernobyl. *J Communication*, **41**: 102–124.
3. Bard D., Verger P., Hubert P. (1997) Chernobyl, 10 years after: health consequences. *Am J Epidemiol*, **19**: 1–18.
4. Feshbach M., Friendly A. Jr (1992) *Ecocide in the USSR. Health and Nature under Siege.* Basic Books, New York.
5. Rybakov S.J., Komissarenko I.V., Tronko N.D., Kvachenyuk A.N., Bogdanova T.I., Kovalenko A.E., et al. (2000) Thyroid cancer in children of Ukraine after the Chernobyl accident. *World J Surg*, **24**: 1446–1449.

6. Alexander F.E., Greaves M.F. (1998) Ionising radiation and leukaemia potential risks: review based on the workshop held during the 10th Symposium on Molecular Biology of Hematopoiesis and Treatment of Leukemia and Lymphomas at Hamburg, Germany on 5 July 1997. *Leukemia*, **12**: 1319–1323.
7. Dolk H., Nichols R. (1999) Evaluation of the impact of Chernobyl on the prevalence of congenital anomalies in 16 regions of Europe. EUROCAT Working Group. *Int J Epidemiol*, **28**: 941–948.
8. Castronovo F.P. Jr (1999) Teratogen update: radiation and Chernobyl. *Teratology*, **60**: 100–106.
9. Alexandrowski J.A., Rummyantseva G.M., Jurow W.W., Martjuschow A.N. (1992) Dynamik der psychischen Desadaptationszustände unter chronischem Stress bei Bewohnern der Gebiete, die beim Gau im KKW Tschernobyl in Mitleidenschaft gezogen wurden. *Psychiatrische Praxis*, **2**: 31–58.
10. Yevelson I.I., Abdelgani A., Cwikel J., Yevelson I.S. (1997) Bridging the gap in mental health approaches between East and West: the psychosocial consequences of radiation exposure. *Environ Health Perspect*, **105**: 1551–1556.
11. Bromet E., Dew M.A. (1995) Review of psychiatric epidemiologic research on disasters. *Epidemiol Rev*, **17**: 113–119.
12. Rummyantseva G.M., Matveeva E.S., Sokolova T.N., Grushkov A.V. (1993) Psychological maladjustment and its relationships with the physical health of the population residing in territories contaminated due to the Chernobyl disaster (in Russian). *Socialnaya Psihiatriya*, **4**: 20–25.
13. Viinamäki H., Kumpusalo E., Myllykangas M., Salomaa S., Kumpusalo L., Kolmakov S., et al. (1995) The Chernobyl accident and mental wellbeing — a population study. *Acta Psychiatr Scand*, **91**: 396–401.
14. Havenaar J.M., van den Brink W., Kasyanenko A.P., van den Bout J., Meijler-Iljina L.I., Poelijoe N.W., et al. (1996) Mental health problems in the Gomel Region (Belarus). An analysis of risk factors in an area affected by the Chernobyl disaster. *Psychol Med*, **26**: 845–855.
15. Havenaar J.M., Rummyantseva G.M., van den Brink W., Poelijoe N.W., van den Engeland H., et al. (1997) Long-term mental health effects of the Chernobyl disaster: an epidemiological survey in two former Soviet Regions. *Am J Psychiatry*, **154**: 1605–1607.
16. Rahu M., Tekkel M., Veidebaum T., Pukkala T., Hakulinen A., Auvinen A., et al. (1997) The Estonian study of Chernobyl clean-up workers: II. Incidence of cancer and mortality. *Radiation Res*, **147**: 653–657.
17. Loganovsky K.N., Loganovskaja T.K. (2000) Schizophrenia spectrum disorders in persons exposed to ionizing radiation as a result of the Chernobyl accident. *Schizophr Bull*, **26**: 751–773.
18. Havenaar J.M., Rummyantseva G.M., Kasyanenko A.P., Kaasjager K., Westermann A.M., van den Brink W., et al. (1997) Health effects of the Chernobyl disaster: illness or illness behaviour? A comparative general health survey in two former Soviet Regions. *Environ Health Perspect*, **105**(Suppl. 6): 1533–1537.
19. Havenaar J.M., de Wilde E.J., van den Bout J., Drottz-Sjöberg B.-M., van de Brink W. (2003) Perception of risk and subjective health among victims of the Chernobyl disaster. *Soc Sci Med*, **56**: 569–572.
20. Allen P.T., Rummyantseva G. (1995) The contribution of social and psychological factors to relative radiation ingestion dose in two Russian towns affected by the Chernobyl NPP accident. *Society for Risk Analysis (Europe)*, pp. 1–9.
21. Rachmatulin N.R., Karamova L.M., Dumkina G.Z., Girfanova L.V. (1992) The results of clinico-hygienic research in the region of the Mozyr (in Russian). *Gigiena Truda I Professional 'Nye Zabolovaniia*, **5**: 3–5.
22. Bertollini R., Di Lallo D., Mastroiacovo P., Perucci C.A. (1990) Reduction of births in Italy after the Chernobyl accident. *Scand J Work Environ Health*, **16**: 96–101.
23. Knudsen L.B. (1991) Legally-induced abortions in Denmark after Chernobyl. *Biomed Pharmacother*, **45**: 229–231.
24. Irgens L.M., Lie R.T., Ulstein M., Skeie Jensen T., Sjøerven R., Sivertsen P., et al. (1991) Pregnancy outcome in Norway and Chernobyl. *Biomed Pharmacother*, **45**: 233–241.
25. Ericson A., Källén B. (1994) Pregnancy outcome in Sweden after the Chernobyl accident. *Environ Res*, **67**: 149–159.
26. Nyagu A.I., Loganovsky K.N., Loganovskaja T.K. (1998) Psychophysiologic aftereffects of prenatal irradiation. *Int J Psychophysiol*, **30**: 303–311.
27. Igumnov S., Drodovitch V. (2000) The intellectual development, mental and behavioral disorders in children from Belarus, exposed in utero following the Chernobyl accident. *Eur Psychiatry*, **15**: 244–253.
28. World Health Organization (1995) *Health Consequences of the Chernobyl Accident. Results of the IPHECA Pilot Projects and Related National Programmes*. World Health Organization, Geneva.

29. Kolominsky Y., Igumnov S., Drozdovitch V. (1999) The psychological development of children from Belarus, exposed in the prenatal period to radiation from the Chernobyl atomic power plant. *J Child Psychol Psychiatry*, **40**: 299–305.
30. Bromet E.J., Goldgaber D., Carlson G., Panina N., Golovakha E., Gluzman S.F., et al. (2000) Children's well-being 11 years after the Chernobyl catastrophe. *Arch Gen Psychiatry*, **57**: 563–571.
31. Litcher L., Bromet E.J., Carlson G., Squires N., Goldgaber D., Panina N., et al. (2000) School and neuropsychological performance of evacuated children in Kiev eleven years after the Chernobyl disaster. *J Child Psychiatry Psychol*, **41**: 219–299.
32. Adams R.E., Bromet E.J., Panina N., Golovakha E. (2002) Stress and well-being in mothers of young children 11 years after the Chomobyl nuclear power plant accident. *Psychol Med*, **32**: 143–156.
33. Bromet E.J., Gluzman S., Schwartz J.E., Goldgaber D. (2002) Somatic symptoms in women 11 years after the Chernobyl accident. *Environ Health Perspect*, **110**(Suppl. 4): 625–629.
34. Cwikel J., Abdelgani A., Goldsmith J.R., Quastel M., Yevelson I.I. (1997) Two-year follow-up study of stress related disorders among immigrants to Israel from the Chernobyl area. *Environ Health Perspect*, **105**: 1545–1550.
35. Cwikel J., Rozovski U. (1998) Coping with the stress of immigration among new immigrants to Israel from Commonwealth of Independent States (CIS) who were exposed to Chernobyl: the effect of age. *Int J Aging Hum Develop*, **46**: 305–318.
36. Cwikel J., Abdelgani A., Rozovski U., Kordysh E., Goldsmith J.R., Quastel M.R. (2000) Long-term stress reactions in new immigrants to Israel exposed to the Chernobyl accident. *Anxiety, Stress and Coping*, **3**: 413–439.
37. Remennick L.I. (2002) Immigrants from Chernobyl-affected areas in Israel: the link between health and social adjustment. *Soc Sci Med*, **54**, 309–317.
38. Perez Foster R. (2002) The long-term mental health effects of nuclear trauma in recent Russian immigrants to the United States. *Am J Orthopsychiatry*, **72**: 492–504.
39. Revel P. (2001) Meeting psychological needs after Chernobyl: the Red Cross experience. *Military Med*, **166**(Suppl. 2): 19–20.
40. Nijenhuis M.A.J., van Oostrom I.E.A., Sharshakova T.M., Pauka H.T., Havenaar J.M., Bootsma P.A. (1995) *Belarussian-Dutch Humanitarian Aid Project: «Gomel Project»*. National Institute for Public Health and Environmental Protection, Bilthoven.
41. UNESCO (1996) *Community Development Centres for Social and Psychological Rehabilitation in Belarus, Russia and Ukraine: Achievements and Prospects*. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization Chernobyl Programme, Paris.
42. Becker S.M. (2002) Responding to the psychosocial effects of toxic disaster: policy initiatives, constraints and challenges. In J.M. Havenaar, J.G. Cwikel, E.J. Bromet (Eds.), *Toxic Turmoil: Psychological and Societal Consequences of Ecological Disasters*, pp. 199–216. Kluwer Academic and Plenum Press, New York.
43. Drottz-Sjöberg B.M., Persson L. (1993) Public reaction to radiation: fear, anxiety, or phobia? *Health Physics*, **64**: 223–231.
44. Bromet E.J., Litcher-Kelly L. (2002) Psychological response of mothers of young children to the Three Mile Island and Chernobyl nuclear plant accidents one decade later. In J.M. Havenaar, J.G. Cwikel, E.J. Bromet (Eds.), *Toxic Turmoil: Psychological and Societal Consequences of Ecological Disasters*, pp. 69–84. Kluwer Academic and Plenum Press, New York.
45. Petterson J.S. (1988). Perception vs reality of radiological impact: the Goiânia model. *Nuclear News*, 84–90.
46. Yamada M., Kodama K., Wong F.L. (1991). The long-term psychological sequelae of atomic bomb survivors in Hiroshima and Nagasaki. In R. Ricks, M.E. Berger, R.M. O'Hara (Eds.), *The Medical Basis for Radiation Preparedness, III: The psychological perspective*, pp. 155–163. Elsevier, New York.
47. Salkovskis P.M. (1996) The cognitive approach to anxiety: threat beliefs, safety-seeking behavior, and the special case of health anxiety and obsessions. In P.M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of Cognitive Therapy*, pp. 48–74. Guilford, New York.
48. Prince-Embury S., Rooney J.P. (1997) Perception of control and faith in experts among residents in the vicinity of Three Mile Island. *J Appl Soc Psychol*, **17**: 953–968.
49. Havenaar J.M., Cwikel J.G., Bromet E.J. (2002) Epilogue: Lessons learned and unresolved issues. In J.M. Havenaar, J.G. Cwikel, E.J. Bromet (Eds.), *Toxic Turmoil: Psychological and Societal Consequences of Ecological Disasters*, pp. 259–272. Kluwer Academic and Plenum Press, New York.
50. Sjöberg, L. (1998) Worry and risk perception. *Risk Analysis*, **18**: 85–93.
51. Sjöberg L. (1992) *Risk Perception and Credibility of Risk Communication*. Center for Risk Research, Stockholm.

Опыт катастрофы в Бхопале

R. Srinivasa Murthy

National Institute of Mental Health and Neurosciences, Bangalore, India

ВВЕДЕНИЕ

В истории человечества катастрофа в Бхопале, вызванная утечкой газа, является самой масштабной из аварий, происходивших на производственном предприятии. В ночь со 2-го на 3-е декабря 1984 года на заводе компании «Юнион Карбайд» в Бхопале (центральная Индия) в окружающую среду из цистерны 610 вытекло около 40 тонн метилизоцианата. В результате утечки «крайне опасного отравляющего вещества» в течение короткого промежутка времени, т. е. всего за нескольких часов, по всему Бхопалу распространилось облако ядовитого газа. Газ рассеялся и покрыл территорию вокруг завода в радиусе семи километров, вызвав отравление примерно у 200 тысяч человек. В ночь, когда случилась катастрофа, погибло более двух тысяч жителей.

Авария произошла в результате сочетания нескольких факторов. Считается, что причиной было проникновение воды в цистерну с метилизоцианатом или спонтанная полимеризация жидкого метилизоцианата, который хранился в ней более месяца, т. е. дольше нормы. К тому же плохо работали приборы, измеряющие температуру и давление, на некоторое время была отключена холодильная установка, которая должна была охлаждать цистерну; с целью снижения затрат на эксплуатационное обслуживание был отключен газоочиститель и не функционировала факельная башня, в которой мог бы сгореть утекающий метилизоцианат. Таким образом, к катастрофе привело сочетание халатности и нарушения условий эксплуатации.

В первые часы погибло около двух тысяч человек, еще более 10 тысяч (по приблизительным оценкам) умерли в последующие годы. Кроме того, у 200 тысяч жителей Бхопала, подвергшихся воздействию газа и оставшихся в живых, отмечаются разные серьезные нарушения в состоянии здоровья, сопровождающиеся потерей трудоспособности.

В течение последних 20 лет катастрофа в Бхопале остается настоящей юридической и медицинской проблемой. Главными вехами юридической ответственности были принятие в 1985 году Постановления об оказании помощи при утечке газа в Бхопале и выплата правительством Индии и компанией единовременной компенсации в 470 млн. долларов. Тем не менее до сих пор продолжают и занимают внимание общественности судебные разбирательства по поводу прав оставшихся в живых и оказания им помощи. Вопросы, касающиеся степени вреда, причиненного населению, юридической ответственности компании и текущих потребностей пострадавшего населения, все еще не теряют своей актуальности в Индии.

В первые дни после катастрофы (12–14 декабря 1984 года) состоялось заседание консультативного комитета по вопросам психического здоровья Совета по медицинским исследованиям Индии. На этой встрече эксперты определили следующие потребности пострадавшего населения [1]:

Недавняя катастрофа в Бхопале, приведшая к тому, что «обычные» люди подверглись воздействию химических веществ, вызвавших отравление, а для многих закончившаяся фатально, породила ряд проблем, связанных с охраной психического здоровья. Необходимость оказания помощи и проведения исследований можно рассматривать как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе. В краткосрочной перспективе предусматривается оказание медицинской помощи при таких расстройствах, как состояние спутанности, реактивные психозы, тревожно-депрессивные реакции и реакции горя. Долгосрочные потребности обусловлены следующими состояниями: а) психологические реакции на временную и стойкую потерю трудоспособности; б) психологические проблемы, связанные с неуверенностью в будущем, у лиц, подвергшихся воздействию, но на текущий момент не пораженных болезнью; в) влияние разрушения социальных структур на детей и взрослых; г) психологические проблемы, связанные с реабилитацией.

ИССЛЕДОВАНИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ КАТАСТРОФЫ ДЛЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Несмотря на столь раннее осознание потребности в психиатрических вмешательствах прошло шесть–восемь недель, прежде чем были привлечены специалисты в области охраны психического здоровья. Одной из причин такой отсрочки было отсутствие таких специалистов в штате Мадхия Прадеш и в городе Бхопале. На тот момент ни один из пяти медицинских колледжей не имел психиатра в профессорско-преподавательском составе.

Первая оценка последствий со стороны психического здоровья была проведена в первую неделю февраля 1985 года (через два месяца после катастрофы) психиатрами, посещавшими пострадавших на дому и осматривающими тех, кто обслуживался в учреждениях общего медицинского профиля [2–4]. После этого обследовались люди, обращавшиеся за общей медицинской помощью. Впоследствии было проведено пятилетнее проспективное исследование общей популяции, включавшее ежегодные популяционные обследования на предмет последствий в виде нарушений со стороны психического здоровья [5, 6]. Кроме того, в ряде общепопуляционных исследований, направленных на изучение влияния катастрофы на здоровье, были включены также аспекты психического здоровья [7].

С июня 1985 года группа исследователей из города Лакхнау провела подробное эпидемиологическое исследование на уровне общины. Это исследование включало в себя фиксирование жалоб испытуемых, а также регистрацию случаев заболеваний и смерти на 100 тысяч населения в разных районах Бхопала. До начала исследования была проведена новая перепись всего населения. Основу выборки подбирали таким образом, чтобы были включены группы населения, в разной степени подвергшиеся воздействию отравляющего вещества. При этом участники контрольной группы находились далеко от зоны отравления, но в пределах этого же города. Для скрининга семей было проведено интервью с главой семьи с целью выявить наличие симптомов (использовался стандартизованный вопросник). Тех, у кого были обнаружены симптомы, впоследствии осматривал квалифицированный психиатр, который, используя вопросник

по исследованию текущего состояния 9-го издания (Present State Examination — PSE-9), формулировал диагноз в соответствии с МКБ-9. Ежегодно, в дополнение к катамнестическому исследованию ранее диагностированных пациентов, в выборку включались и обследовались новые группы семей.

Исследование, проведенное в первый год, охватывало 4098 взрослых из 1201 семьи. Общее количество испытуемых, страдающих психическими расстройствами, насчитывало 387 человек, что соответствовало распространенности 94 на 1000 населения. Большинство населения составили женщины (71%); 83% вошли в возрастную группу 16–45 лет. Пациенты с диагнозом «невроз» составили 94% (у 51% — невротическая депрессия, у 41% — тревожное состояние и у 2% — истерия). Этот диагноз имел временную корреляцию с катастрофой. Были подготовлены детальные краткие описания случаев заболевания и описательные оценки пациентов. Связь между показателями заболеваемости по психическим расстройствам и тяжестью отравления ядовитым газом удерживалась на протяжении пяти лет исследования. К концу этого периода количество полностью выздоровевших было незначительным, а у многих пациентов сохранявшаяся симптоматика сочеталась со стойкой потерей трудоспособности.

ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Обеспечение пострадавшего населения психиатрической помощью оказалось очень серьезной проблемой. В городе с общей численностью населения 700 тысяч человек, из которых примерно 200 тысяч пострадали от катастрофы, психиатрическая помощь вообще была недоступной. Чтобы решить эту задачу, были приняты отдельные меры. Во-первых, некоторые опытные психиатры составили клинические описания пациентов, чтобы медицинские работники и администраторы хорошо понимали, на что им следует обращать внимание. Из-за разногласий по поводу компенсации большинство представителей администрации и медицинских работников считали, что пациенты имитировали жалобы, особенно симптомы со стороны психической сферы. Это неправильное представление корректировалось демонстрацией истинной природы симптомов и универсальности воздействия катастрофы на психическое здоровье пострадавшего населения. Во-вторых, начиная с февраля 1985 года с целью оказать психиатрическую помощь пострадавшему населению на две–четыре недели в Бхопале работала бригада специалистов из города Лакхнау, в которую вошли психиатры, клинические психологи и социальные работники. В-третьих, были приняты меры по обучению специалистов общемедицинского профиля необходимым навыкам оказания психиатрической помощи. Это в действительности потребовало значительных усилий, но это был самый быстрый путь улучшения качества психиатрической помощи в городе. Принимая во внимание важность этого мероприятия и тот факт, что подобное было осуществлено в Индии впервые (и, возможно, вообще впервые в развивающихся странах), мы подробнее опишем подготовку этих специалистов.

Сразу после катастрофы для оказания общемедицинской помощи населению в город было направлено дополнительное количество специалистов общемедицинского профиля, которые были размещены в разных подвергшихся воздействию газа зонах. В апреле 1985 года в различных медицинских учреждениях в зараженных зонах работало около 50 специалистов общемедицинского профиля. В программу начальной подготовки большинства врачей не был включен цикл психиатрии, поскольку в медицинских

колледжах не было преподавателей по психиатрии. Из-за отсутствия такой подготовки медперсонал оказался неспособным в полной мере понять эмоциональные потребности пострадавшего от катастрофы населения. Врачи в основном были ориентированы на медицинские/биологические подходы. Во время опроса перед началом обучения большинство из них сообщили, что распределение денежной компенсации позволит решить проблему соматических жалоб многих пациентов. Некоторые считали, что, стремясь получить от государства бесплатный пайок (зерновые, крупы и другие основные продукты питания), большинство пациентов жаловались на слабость и потерю трудоспособности. Специалисты общемедицинского профиля считали, что «летаргия» пациентов исчезла бы не благодаря лечению или применению лекарственных препаратов, а в результате «прекращения раздачи бесплатных пайков и выплаты денежной компенсации».

Обучение было направлено в основном на то, чтобы сделать специалистов общемедицинского профиля более восприимчивыми к эмоциональным потребностям индивидов и выработать у них навыки распознавания, диагностики, лечения психических расстройств и направления пациентов (в случае необходимости) к специалистам [2]. Начальный период обучения длился шесть рабочих дней. Было решено, что обучение должно быть практическим, насколько это возможно, и должно проводиться в группах, состоящих не более чем из 20 человек. Методология тренинга строилась на принципах «научения взрослых», т. е. открытая обстановка научения, в которой участники могли свободно делиться собственным опытом и нуждами, с особым акцентом на взаимодействии в группе. Во время лекций в первую очередь обсуждались конкретные случаи и проводились групповые дискуссии с использованием аудиовизуальных средств при максимальном вовлечении обучающегося. В тренинге приняли участие 38 специалистов общемедицинского профиля.

Тренинг проводился в двух группах двумя психиатрами-консультантами. Было подготовлено практическое руководство с использованием опыта обучения врачей первичного звена медицинской помощи в Национальном институте психического здоровья и нейронаук в Бангалоре. В руководство были включены дополнительные разделы, посвященные эмоциональным реакциям на неожиданный сильный стресс, эмоциональным реакциям на стресс у детей, а также эмоциональным реакциям на расстройства соматического здоровья. Впоследствии среди всех врачей, работавших с населением, которое пострадало вследствие отравления газом, было распространено руководство, составленное с учетом опыта проведенного тренинга и потребностей специалистов общемедицинского профиля [1].

Отдельные комментарии участников тренинга, высказанные ими во время итогового обсуждения, свидетельствуют о том, что он оказался эффективным. Некоторые врачи отметили, что раньше они назначали пациентам только симптоматическое лечение, но после тренинга были способны диагностировать нарушения со стороны психической сферы. Другие сообщали о том, что до тренинга не знали о каких-либо психических расстройствах и придерживались точки зрения, что пациенты симулировали болезни и заявляли о несуществующих симптомах, чтобы вызвать сочувствие и получить больше лекарственных препаратов. Все врачи, принявшие участие в тренинге, акцентировали на необходимости соблюдения конфиденциальности интервью, помощи психиатров в сложных случаях и постоянном запасе психотропных препаратов.

НЕРЕШЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Существует ряд нерешенных проблем, касающихся катастрофы в Бхопале. Во-первых, в масштабах государств продолжаются дискуссии относительно права народа знать правду. Катастрофа в Бхопале оживила деятельность групп активистов по всему миру, возобновивших требования соблюдать закон о праве народа знать правду, позволяющий широкий доступ к информации об опасных для здоровья технологиях. Во-вторых, ряд исследователей и борцов за права человека считают, что необходимо продолжать исследования по изучению влияния катастрофы на здоровье населения. Однако, за редким исключением, широкомасштабные систематические исследования в ближайшем будущем не предвидятся. Продолжительный мониторинг пораженного населения необходимо проводить, как минимум, на протяжении ближайших 50 лет. Чтобы пролить свет на степень и тяжесть отдаленных последствий, следует продолжать формальные исследования состояния зрительной, дыхательной, репродуктивной, иммунной, генетической систем и психического здоровья. В-третьих, подчеркивается необходимость обеспечения населения адекватной медицинской помощью. Через 20 лет после катастрофы тысячи мужчин, женщин и их детей все еще страдают от заболеваний дыхательной системы, ранней слепоты, злокачественных опухолей и многих других недугов, не получая при этом никакого лечения. В настоящее время предпринимаются попытки открыть специализированные центры без четкой связи со службами общины. Неоднократно подчеркивалось, что для решения проблем, связанных со здоровьем и возникших в результате утечки ядовитого газа, должен быть применен подход, построенный на принципах пирамиды служб здравоохранения. На общинном уровне необходимо развивать подразделения медицинской помощи, которые обслуживали бы максимум пять тысяч человек. Вторичную помощь могут обеспечивать местные больницы со специализированными отделениями. Необходимо создать специализированные медицинские центры, которые бы занимались исследованием более серьезных расстройств, связанных с утечкой газа, а также разработать стандартные протоколы лечения конкретных расстройств, возникших у пострадавшего населения.

Отличительной особенностью катастрофы в Бхопале было то, что участие общины в послеаварийном восстановлении осталось почти недостижимой целью. Государство взяло на себя главную роль, буквально разрушая способность общины к восстановлению и реорганизации. Пострадавшее население вместо того, чтобы помогать друг другу, пыталось выяснить, кто больше получил помощи, — так развивалось чувство зависти. Поддержка со стороны главной группы ослабевала по мере того, как население получало бесплатные пайки, деньги и жилье от государства. Однако в процессе восстановления человеческие взаимоотношения играют более важную роль, чем материальная выгода. Невозможно добиться участия общины, не наделив ее полномочиями.

Кроме того, в Индии отсутствует четкая концепция реабилитации, нацеленной на отдаленную перспективу. При всех катастрофах в острый период люди становятся более доброжелательными и готовы оказывать материальную помощь. Однако все это в основном касается благотворительности. Люди рассматриваются как проблемы, а не как индивиды с их нуждами. Ситуация в отношении оказания помощи в отдаленный период весьма катастрофична. Даже в Бхопале, где не возникали проблемы с наличием средств, и через 20 лет после катастрофы не была создана надежная система реабилитации, медицинской помощи, трудоустройства и т. д. [8]. Специалисты в области охраны пси-

хического здоровья должны разработать такую концепцию и требовать, чтобы она стала частью медицинских программ государственных и негосударственных организаций.

И наконец, хорошо известно, что при катастрофах психиатрическую помощь невозможно оказывать только за счет внешних средств или силами приглашенных специалистов. Необходимо, чтобы значительную часть медицинской помощи оказывали специалисты местной общины. Специалисты вообще и специалисты в области охраны психического здоровья в частности должны разработать методы медицинской помощи и вмешательства, которые можно было бы адаптировать к местным условиям. На сегодняшний день реализуются некоторые начинания, касающиеся обучения, обмена информацией, разработки аудиовизуальных пособий, однако эффективная и комплексная система оказания помощи пока не создана, хотя она крайне необходима.

ЛИТЕРАТУРА

1. Srinivasa Murthy R., Issac M.K., Chandrasekar C.R., Bhide A.V. (1987) *Bhopal Disaster — Manual of Mental Health Care for Medical Officers*. NIMHANS, Bangalore.
2. Srinivasa Murthy R., Issac M.K. (1987) Mental health needs of Bhopal disaster victims and training of medical officers in mental health aspects. *Indian J Med Res*, **86**(Suppl.): 51–58.
3. Bharucha E.P., Bharucha N.E. (1987) Neurological manifestations among those exposed to toxic gas at Bhopal. *Indian J Med Res*, **86**(Suppl.): 59–62.
4. Sethi B.B., Sharma M., Trivedi J.K., Singh H. (1987) Psychiatric morbidity in patients attending clinics in gas affected areas in Bhopal. *Indian J Med Res*, **86**(Suppl.): 45–50.
5. Srinivasa Murthy R. (2002) Bhopal gas leak disaster — impact on mental health. In J.M. Havenaar, J.G. Cwikel, E.J. Bromet (Eds.), *Toxic Turmoil: Psychological and Social Consequences of Ecological Disasters*, pp. 129–148. Kluwer Academic and Plenum Press, New York.
6. Indian Council of Medical Research (2003) *Mental Health Studies of Bhopal Disaster*. ICMR, New Delhi.
7. Cullinan P., Acquilla S.D., Dhara V.R. (1996) Long term morbidity of survivors of the the 1984 Bhopal gas leak. *Natl Med J India*, **9**: 5–10.
8. Srinivasa Murthy R. (2000) Disaster and mental health: responses of mental health professionals. *Indian J Soc Work*, **61**: 675–692.

Опыт Латинской Америки и Карибского бассейна

José Miguel Caldas de Almeida и Jorge Rodríguez
Pan American Health Organization, Washington, DC, USA

ВВЕДЕНИЕ

Стихийные бедствия в Латинской Америке и странах Карибского бассейна происходят не только все чаще и чаще, но и имеют все больший разрушительный потенциал, становясь серьезной проблемой, которая приводит к тяжелым социальным и экономическим последствиям, а также оказывая негативное влияние на здоровье людей. После крупных бедствий, произошедших в 1985 году в Мексике и Колумбии и в 1986 году в Коста-Рике, состоялась встреча глав стран Американского континента. На ней был заложен фундамент общей политики, направленной на повышение качества медицинской помощи и ее соответствия потребностям населения. С тех пор в этом направлении удалось добиться значительного прогресса. Взамен в основном импровизированных ответных действий на сегодня мы имеем организованные национальные стратегии.

В первой стадии реакция на чрезвычайные ситуации главным образом концентрировалась вокруг неотложной медицинской помощи, проблем, связанных с заразными болезнями, санитарно-профилактических мероприятий в отношении окружающей среды и восстановления нарушенной инфраструктуры системы здравоохранения. Тем не менее в последние годы при чрезвычайных ситуациях начали уделять внимание психосоциальному компоненту, всегда присутствующему при таких человеческих трагедиях. Кроме того, подходы к ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций эволюционировали в направлении новой перспективы, которая находится за пределами простого реагирования на чрезвычайные ситуации и касается управления риском, т. е. поиска возможностей исключить или снизить вероятность разрушений.

В Латинской Америке кроме стихийных бедствий происходят гражданские войны и политические расправы, и здесь неизбежно будут и пострадавшие, и убитые, а это всегда сопровождается тяжелым горем и страданиями. Как следствие, усиливается отток и приток беженцев и переселенцев. Как и в других частях мира, опыт нашего региона показал, что как при стихийных бедствиях, так и при чрезвычайных ситуациях, вызванных войнами и конфликтами, важное место занимают психосоциальные потребности, особенно в наиболее уязвимых группах. Этот опыт также свидетельствует о том, что в таких ситуациях неизбежно увеличение распространенности психологических расстройств.

Особое значение имел опыт, связанный с ликвидацией последствий стихийных бедствий в Армеро (Колумбия) и Мексике в 1985 году, поскольку в этих случаях специалистов первичного звена медицинской помощи (ПЗМП) была возможность оценивать психические заболевания и применять стратегии, позволяющие справляться с психическими расстройствами. Кроме того, была подтверждена также ценность бригадной работы и вмешательств во внебольничных условиях.

В Колумбийских Андах 13 ноября 1985 года произошло извержение вулкана. На город Армеро обрушилась лавина из пепла, раскаленной лавы, камней и стволов деревьев. Под оползнем погибло 80% из 30 тысяч населения города, еще почти 100 тысяч жителей близлежащих регионов остались без крова.

Необычность этой трагедии состояла в том, что оставшиеся в живых не только потеряли родных, близких и собственность, но и весь город, в котором была разрушена система социальной поддержки и потеряны многие культурные ориентиры.

Невозможность извлечь тела, которые были сметены лавиной и погребены под тоннами песка и булыжников, не позволила соблюсти традиционные церемонии, диктуемые местной культурой. Это также привело к тому, что в дальнейшем многих родственников погибших вводили в заблуждение слухи о том, что кого-то из считавшихся умершими близких видели где-то поблизости или, наоборот, далеко, покрытых грязью и бродивших с видом обезумевшего потерянного человека. Каждое из этих ложных сообщений пробуждало новую надежду, за которой неизбежно следовало разочарование. Даже через два года после трагедии каждый новый случай обнаружения тела, которое можно было идентифицировать, побуждал семьи к возобновлению поисков останков их родственников, чтобы можно было исполнить основанные на обычаях религиозные и культурные обряды.

В Армеро во время стихийного бедствия погибло 37 специалистов в области охраны психического здоровья и сотрудников психиатрической службы. Была разрушена региональная психиатрическая лечебница, в которой размещалось 87% психиатрических коек округа Толима. Таким образом, общемедицинский сектор, особенно специалисты ПЗМП, должны были удовлетворять большинство потребностей региона в психиатрической помощи — как обычных ежедневных, так и вызванных бедствием. Несмотря на все трудности, с которыми пришлось столкнуться после бедствия, можно утверждать, что специалисты первичного звена медицинской помощи в ситуациях такого типа могут оказывать эффективную психиатрическую помощь.

Опыт землетрясения в Мексике показал ограниченность некоторых концептуальных моделей, использовавшихся ранее для объяснения психологических процессов как на индивидуальном, так и на коллективном уровне, связанных с чрезвычайными ситуациями. Он позволил выделить три главные проблемы, а именно важность: а) выявления симптомов, связанных с посттравматическим стрессом (ПТС); б) осознания ограниченности жестких психодинамических моделей для понимания и корригирования психосоциальных процессов такого типа; в) утверждения новой парадигмы, рассматривающей симптомы как реакцию на чрезвычайную ситуацию и подчеркивающей значимость помощи в формировании условий, в которых коллективный опыт может быть переработан в группах самопомощи.

Одновременно с этим новым опытом в решении проблем, связанных с чрезвычайными ситуациями, в Латинской Америке в 90-е годы отмечен прогресс в понимании и подходах к охране психического здоровья, важным результатом которого стала организация психиатрической помощи в большинстве стран этого региона. Декларация, принятая в

Каракасе [3], и последующие резолюции координационного совета Всеамериканской организации здравоохранения, принятые в 1997 [4] и 2001 [5] годах, предусматривают формирование децентрализованных психиатрических служб, приближенных к населению. В соответствии с этой моделью психиатрическая больница перестает быть главным центром оказания психиатрической помощи; такую помощь предоставляют главным образом службы ПЗМП и специализированные учреждения и программы по месту жительства.

Реструктурирование психиатрических служб и включение в первичное звено медицинской помощи психосоциальной составляющей позволили изменить рабочие модели во многих странах, что способствовало совершенствованию методов реагирования на стихийные бедствия и другие чрезвычайные ситуации.

Главные тенденции, проявившиеся в деятельности служб психического здоровья и неотложной медицинской помощи в Латинской Америке за последние 15 лет, можно кратко описать следующим образом [2]:

- Охрана психического здоровья: а) создание национальных программ психиатрической помощи; б) включение психосоциальной составляющей в ПЗМП; в) децентрализация психиатрической помощи; г) вытеснение психиатрической больницы как фундаментального стержня психиатрической помощи; д) эволюция от модели медикализованной помощи, сфокусированной на болезни, к модели более комплексной внебольничной помощи.
- Неотложная медицинская помощь: а) концентрация внимания на управлении рисками, представляющем собой подход, нацеленный на исключение или на снижение вероятности повреждений; б) разработка организационных планов и формирование структур в секторе здравоохранения, предназначенных для обслуживания в чрезвычайных ситуациях; в) эффективная и сопоставимая с нуждами населения медицинская помощь; г) признание психиатрической составляющей необходимой частью мер по реагированию на чрезвычайные ситуации.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ КАТАСТРОФ И ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ В ЛАТИНСКОЙ АМЕРИКЕ

Два недавних исследовательских проекта, финансируемых Всеамериканской организацией здравоохранения, помогли расширить наши представления о преобладающих в нашем регионе психосоциальных последствиях бедствий и чрезвычайных ситуаций. Первым является исследование распространенности психических расстройств в период непосредственно после урагана Митч в Гондурасе, вторым — качественное научное исследование, в котором была описана психосоциальная динамика в группах населения, пострадавших во время внутреннего вооруженного конфликта в Гватемале, продолжавшегося более трех десятилетий.

Результаты исследований психологических расстройств во взрослой популяции Тегусигальпы (Гондурас) в период непосредственно после урагана Митч [6] показали, что 19,5% популяции пережили эпизоды тяжелой депрессии. В наиболее пострадавших зонах показатель распространенности составил 24,2% по сравнению с 14,2% в наименее пострадавших районах.

Посттравматический стресс обнаружен у 10,6% общей популяции, в менее пострадавшей группе — 7,9% и в наиболее пострадавшей — 13,4%. Однако распространенность связанных с ураганом симптомов ПТС оказалась значительно выше (23,0%), когда

были исключены критерии продолжительности и потери трудоспособности. Показатель коморбидности (ПТС и эпизоды тяжелой депрессии) составил в целом 6,9%; в сильно пострадавшей группе — 8,9% и в менее пострадавшей — 4,9%.

Расстройства, связанные с употреблением алкоголя, были значительно серьезнее в группе сильно пострадавших, с низким социально-экономическим статусом, проживающих в приютах.

Значимыми факторами риска заболеваемости были: высокая степень подверженности воздействию катастрофы; женский пол; статус разведенного, отдельно проживающего или овдовевшего, низкий социально-экономический статус; низкий уровень образования; наличие «предшествующих расстройств нервной системы».

Исследования по изучению уровня пользования медицинской помощью показали, что после урагана Митч 26,5% выборки были проконсультированы специалистами служб здравоохранения. В этой же выборке 8,9% испытуемых сообщили, что были проконсультированы или требовали помощи после урагана из-за «нервов». Женщины получали консультации значительно чаще мужчин и значительно чаще обращались за помощью из-за «нервов» (по сравнению с мужчинами).

После урагана примерно треть респондентов подвергались насилию, 6,2% сообщили, что на них было совершено нападение; 7% интервьюируемых признались, что сами совершали насильственные действия. Чаще всего подвергались насилию самые бедные люди.

В качественном исследовании, выполненном в Кише и Альта Верапасе, в котором изучались психосоциальные последствия в популяции, подвергшейся воздействию войны в Гватемале [7], получены следующие наиболее значимые результаты:

- Психические расстройства (с чем согласилось большинство) развивались или учащались в течение 36-летнего вооруженного конфликта и после него.
- Сегодня большинство людей, в особенности в сельской местности и в регионах, где преобладает коренное население, испытывают чувство разочарования и безысходности.
- К наиболее распространенным нарушениям в психической сфере у детей относятся: тревога, депрессия, раздражительность, агрессивность, застенчивость и склонность к уединению, поведенческие расстройства, конфликты с властью, расстройства сна, а также энурез. Среди подростков, проживающих в сельской местности, отмечена высокая распространенность зависимостей, главным образом от алкоголя, но также, хотя и в меньших масштабах, от других психоактивных веществ, например от летучих растворителей (нюханье клея и бензина). Относительно новым феноменом у подростков было суицидальное поведение, наблюдавшееся в Небае.
- В период конфликта и после него нарушилась семейная жизнь, среди людей усилилось недоверие; общение было скудным и пронизанным страхом. Люди были свидетелями или сами переживали такие травмирующие ситуации, как смерть, насилие, пытки, избиения, исчезновение людей и т. д. Они теряли свои небольшие земельные участки и еще больше нищали. Быстро множились религиозные секты (главным образом евангелисты-протестанты) за счет разрушения традиционных обычаев индейцев майя и отхода от традиционной католической веры. В результате войны была заброшена и местами даже уничтожена природная среда.
- С момента начала конфликта были утрачены многие традиции и культурные ценности местного населения Гватемалы, поскольку «старейшины не имели возможности передать следующим поколениям свою культуру». Влияние городских «столичных

обычаев» и средств массовой информации расценено как губительное. Сегодня вместо солидарности преобладает индивидуализм. Многие люди говорят о том, что присутствие множества разных религий приводит к разобщению населения. Другие, тем не менее, настаивают на необходимости надеяться на «слово божье» перед лицом текущих социальных проблем. Многие люди все еще остаются подозрительными и боятся говорить.

- Что касается механизмов, позволявших справляться с трудными обстоятельствами, то респонденты подчеркивали, что до и во время вооруженного конфликта наиболее важными источниками поддержки были: религиозная или духовная помощь, а также поддержка членов семьи и друзей. В настоящее время люди меньше полагаются на обычаи и традиции.

Исследования, проведенные в Гондурасе и Гватемале, подтвердили, что к трем главным группам психосоциальных проблем, с которыми приходится сталкиваться во время катастроф или чрезвычайных ситуаций, относятся следующие:

- страх и горе как результат разрушений и потерь, а также страх по поводу того, что травматическая ситуация повторится снова;
- психопатологические симптомы или явные психические заболевания;
- социальные волнения, насилие, а также злоупотребление психоактивными веществами. Сюда относятся правонарушения и акты вандализма, мятежи, чрезмерные требования, сексуальная агрессия, домашнее насилие и т. п.

Такая реальность имеет некоторое влияние на процесс планирования вмешательств для популяций, подвергшихся воздействию катастроф или чрезвычайных ситуаций [2, 8]. Во-первых, недостаточно учитывать только психопатологические симптомы; необходимо также рассматривать широкий спектр проблем с важным социальным содержанием. Более того, нельзя игнорировать необходимость расширения компетентности специалистов в области охраны психического здоровья. И наконец, необходимо принять в расчет, что психосоциальные проблемы могут и должны решаться в основном не узкими специалистами.

Теория кризиса послужила концептуальной основой, позволяющей рассматривать психологические реакции как нормальные реакции на критические ситуации, способствуя таким образом систематическому многомерному подходу в рамках социально-культурного контекста.

Ясно, что депрессивные или тревожные расстройства, острые реакции на стресс и злоупотребление алкоголем — наиболее распространенные расстройства острой стадии чрезвычайной ситуации.

Выздоровление может быть затруднено влиянием дополнительных стрессовых факторов, включая бедность и подверженность насилию. Индивиды, подверженные влиянию дополнительного стресса, по-видимому, более уязвимы, поэтому у них чаще развиваются ПТС, депрессия, снижается трудоспособность и возникают симптомы психологического дистресса. Следует выявлять индивидов из группы риска, а также определять факторы, которые могут способствовать такому риску, чтобы можно было оказать адекватную помощь и применить соответствующие вмешательства.

ЗАЩИТА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ВО ВРЕМЯ КАТАСТРОФ И ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ: УРОКИ, УСВОЕННЫЕ В СТРАНАХ ЛАТИНСКОЙ АМЕРИКИ И КАРИБСКОГО БАССЕЙНА

Опыт стран Латинской Америки и Карибского бассейна показывает, что даже в странах с небольшими ресурсами такие составляющие эффективной помощи, как организация служб психиатрической помощи жертвам катастроф и подготовленность к катастрофам, могут быть существенно усовершенствованы при использовании правильной стратегии. В первой стадии основной объем помощи оказывали — или координировали — международные бригады специалистов, направленные на место катастрофы. Хотя эта стратегия и оказалась результативной в плане удовлетворения немедленных нужд страны, особенно если эффективно интегрировалась в общий план оказания помощи, все же она не помогла странам полностью подготовиться к будущим катастрофам. Для достижения этой цели в течение нескольких последних лет применяли дополнительные стратегии [9].

Первая из них заключалась в разработке национального плана решения вопросов охраны психического здоровья в контексте катастроф или в интеграции специфического компонента реагирования на катастрофы в национальный план психиатрической помощи. Как правило, этот план: а) определяет структуру, ответственную за организацию быстрой оценки психосоциальных потребностей пострадавшего населения, устанавливая приоритеты и координируя действия; б) предопределяет функции неспециализированного персонала (среди других специалисты первичного звена медицинской помощи, школьные учителя, работники коммунальных служб); в) назначает службы (психиатрические больницы, больницы общего медицинского профиля, внебольничные службы, бригады неотложной медицинской помощи, негосударственные организации — НГО), ответственные за проведение непосредственного психиатрического лечения пострадавших лиц и за процедуру интеграции этих служб в план общего реагирования; г) определяет механизмы интенсивной подготовки по психиатрии катастроф специалистов и работников коммунальных служб; д) очерчивает механизмы просветительской работы среди местного населения и привлечения его к участию в процессе социального восстановления.

Началось международное сотрудничество по удовлетворению новых потребностей вышеупомянутых стран. Недавно при финансовой поддержке Всеамериканской организации здравоохранения было опубликовано руководство по психическим расстройствам у жертв катастроф и методические рекомендации для специалистов и инструкторов [10, 11]. Кроме того, в 2001 году она же организовала два семинара, посвященных психиатрическим вмешательствам во время стихийных бедствий и военных событий, что позволило подготовить по этой теме методические рекомендации, опубликованные в 2002 году [2]. Эти инициативы объединили новые стратегии со старыми: обучение специалистов, которые смогут применять вмешательства в чрезвычайных ситуациях в будущем, распространение знаний, а также создание новых возможностей на уровне страны. И наконец, в 2003 году благодаря сотрудничеству между странами Центральной Америки и Всеамериканской организацией здравоохранения был подготовлен план психиатрической помощи на случай катастроф в Центральной Америке.

Несмотря на все эти усилия некоторые проблемы до сих пор часто возникают в странах Латинской Америки.

- Отсутствие во многих случаях национальной программы охраны психического здоровья, а также психиатрической составляющей в планах неотложной медицинской помощи.
- Трудный доступ к специализированной помощи; с этим сталкивается пострадавшее население, поскольку такую помощь оказывают в отдаленных психиатрических больницах.
- Недостаточная подготовленность специалистов ПЗМП, для того чтобы справиться с психосоциальными последствиями катастроф.
- Отсутствие координации между правительственными структурами, НГО и общественными организациями.

Ясно, что в развивающихся странах во время катастроф или при других чрезвычайных ситуациях психиатрические больницы не могут удовлетворить потребности подавляющего большинства населения в психиатрической помощи. В действительности они могут даже усложнить этот процесс, добавляя связанную с ними стигму, а также из-за культурной и географической отдаленности от места, где находятся нуждающиеся в помощи люди.

Приобретенный опыт указывает на необходимость разработки и/или усиления модели внебольничной психиатрической помощи, которая может предложить своевременное лечение с широким охватом и координацией разнообразных общественных структур, вовлеченных в оказание неотложной медицинской помощи. К тому же персонал, участвующий в программах неотложной помощи, должен иметь, по крайней мере, минимальный уровень подготовки по решению психосоциальных проблем.

В последние годы огромные усилия были направлены на то, чтобы переориентировать психиатрические службы — необходимый и важный шаг на пути к достижению преемственности и жизнеспособности действий, предпринимаемых в ответ на чрезвычайные ситуации.

В некоторых странах благодаря действиям по оказанию психиатрической помощи как одного из элементов общей медицинской помощи людям, пострадавшим при чрезвычайных ситуациях, представители власти осознали необходимость включения психиатрического компонента в государственную политику, усиления сети учреждений, оказывающих помощь, а также достижения большей согласованности в действиях организаций.

Следующий урок заключается в том, что после широкомасштабного бедствия, особенно после землетрясения, местное население нуждается в наставлении и просвещении в отношении опасности эмоциональных реакций, вызванных страхом нового бедствия или после толчков после основного землетрясения.

Разрабатывая различные вмешательства, важно принимать во внимание ценности, традиции и обычаи населения, а также другие особенности, специфичные для групп, определяемые возрастом, полом, местом жительства и т. п. Большое значение имеет также специфическая психосоциальная уязвимость групп населения, живущих в крайней бедности. Необходимо стимулировать активное участие общества в идентификации собственных проблем и продумывании способов их решения.

Оказание непосредственной помощи в приютах, школах и других общественных местах, по-видимому, является важной существенной стратегией, позволяющей рано выявлять психосоциальные проблемы и активно на них реагировать, вместо пассивной

роли сектора здравоохранения, ограничивающегося реагированием на официальные запросы.

Однако помещение пострадавших в приюты или лагеря для беженцев следует считать последним средством помощи. Опыт показал, что группы населения, проживающие в приютах длительное время, имеют более серьезные психосоциальные проблемы.

Никакая дополнительная подготовка не может полностью исключить вероятность того, что у человека, работающего с жертвами катастроф, не возникнут симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) (синдром сострадания). Ситуации, которые переживают люди, выполняющие эту работу в течение длительного периода или даже во время одного события, делают их более уязвимыми [2, 12, 13]. По этой причине члены бригад неотложной помощи сами относятся к группе риска, которая должна занимать приоритетное место при оказании психиатрической помощи [2].

Было показано, что для дальнейшего психосоциального развития детей, пострадавших во время бедствия, очень большое значение имеют наблюдение и помощь со стороны психиатров. Одной из задач оказания помощи детям была замена традиционного психологического подхода вмешательствами, выполняемыми по месту жительства, отдавая приоритет групповой работе, а не индивидуальной.

Стратегия вмешательств должна в основном касаться повседневной жизни пострадавших детей. Цель работы с этой возрастной группой заключается в том, чтобы облегчить выражение чувств, переопределить психотравмирующие факты и проработать аффективные или соматические страдания, а также предоставить ребенку возможность принять новые подходы к реальности. Оказалось, что школа является прекрасным местом для работы психиатров с детьми и их родителями.

Не стоит бояться привлекать подростков, на собственном опыте переживших насилие, к оказанию психологической поддержки. Некоторых подростков из местного населения также можно отобрать в качестве волонтеров, даже если они сами пострадали, поскольку метод «ребенок-для-ребенка» позволит им помочь самим себе благодаря этой работе.

Что касается психосоциального подхода, то, по-видимому, нет большой разницы между тем, что предпринимают в случае стихийного бедствия, и действиями в ответ на вооруженные конфликты и перемещение населения или на то, что называется «смешанной чрезвычайной ситуацией».

Усвоенные уроки позволяют сделать некоторые выводы и дать рекомендации в отношении осуществления вмешательств в данных ситуациях [2, 8]:

- В первую очередь необходимо оказать незамедлительную поддержку пострадавшим людям и организовать безопасные места для их размещения.
- Очень важно делать акцент на возвращении к «норме» как можно быстрее, избегая повторной виктимизации.
- Жертв событий не следует отделять от основной группы местного населения. Необходимо формировать внебольничные службы, удовлетворяющие нужды всех; это не помешает людям с более высоким риском получить приоритетную медицинскую помощь.
- Особую ценность представляют бригады многопрофильной медицинской помощи, включающие представителей местного населения. Эти бригады должны быть хорошо подготовлены и ознакомлены с местной культурой. Они должны быть достаточно самостоятельными и обеспеченными необходимыми ресурсами, что позволит перемещать их в разные регионы.

- Присутствие групп в значимые моменты, например во время эксгумации, является популяционным подходом, дополняющим клинические вмешательства. Это важно для того, чтобы совладать с проблемами, связанными со смертью, в контексте традиций и обычаев местного населения.
- Приоритетной должна быть психосоциальная помощь детям и подросткам, при этом используют школу как элемент стратегии вмешательств.
- Организация просветительской деятельности с группами местного населения является обязательным компонентом стратегии вмешательств.
- Установлено, что во время длительных вооруженных конфликтов в большей или меньшей степени страдает и переживает стресс все население. Особенно уязвимы дети, которые во многих случаях оказываются непосредственными участниками событий (в качестве партизан или солдат).
- Обнаружено, что психосоциальные последствия вооруженных конфликтов распространяются на несколько поколений.
- Особое значение имеют мероприятия, касающиеся госпитализации в пределах сектора здравоохранения со среднесрочной и долгосрочной перспективой.

Землетрясение, произошедшее в январе 2001 года в Сальвадоре

Главной проблемой в течение первой недели было отсутствие необходимого количества квалифицированных специалистов, программы психиатрической помощи, специализированной бригады на центральном уровне, достаточного количества транспортных средств, необходимых для того, чтобы добраться до места катастрофы, а также согласованности действий между организациями и учреждениями [14].

До землетрясения единственным местом в стране, где оказывали психиатрическую помощь, была национальная психиатрическая больница в Сан-Сальвадоре, в которой было сосредоточено 98% квалифицированных специалистов.

Событие послужило уроком для сотрудников больницы, которые признали, что наилучших результатов можно было достигнуть, работая с людьми непосредственно по месту их жительства, а не дожидаясь, когда они сами обратятся за помощью. Формирование групп самопомощи также поощрялось, однако специалисты осознавали, что имеют недостаточный уровень подготовки для выполнения такой задачи.

Это землетрясение имело очень характерные особенности (серия землетрясений с повторяющимися в течение короткого времени толчками), которые способствовали тому, что реакция населения больше напоминала реакцию людей, подверженных растянутому во времени страданию, а не обычную реакцию человека, пережившего землетрясение. Реакции людей на первые и последующие толчки различались, поскольку через некоторое время доверие к научным объяснениям было потеряно и в действие вступили религиозные убеждения, представления о божественных планах и мифы.

Жертвами этого землетрясения стали представители разных социальных слоев населения. После первого землетрясения в январе больше всего жертв было среди представителей среднего класса, проживавших в Лас-Колинас, пригороде Санта-Теклы; во время второго землетрясения в феврале больше всего пострадали жители сельских поселений, расположенных в центральной части страны и имевших очень ограниченные ресурсы. Значительное число местных общин терпели большие убытки из-за потери поголовья скота и разрушения оросительных систем, жилищ и подъездных дорог. В этих общинах люди сохраняли традиции и придерживались обычаев, которые существенно отличались от установленного порядка поведения в других группах пострадавшего

населения; это означало, что при оказании психиатрической помощи они нуждались в специальных подходах, не противоречащих их психосоциальным особенностям. Тем не менее эти различия не были приняты в расчет.

Последствия урагана Митч в Никарагуа. Оползень в Лас-Каситас

Было установлено, что в стране не был разработан план на случай оказания психиатрической помощи при стихийных бедствиях. Как следствие, в зоне оползня многие организации оказывали помощь одним и тем же людям. Усилия этих служб были все-таки скоординированы путем планирования помощи и разделения ответственности за ее реализацию, но лишь спустя шесть месяцев [15].

Психиатрическую помощь в основном оказывал привлеченный к сотрудничеству квалифицированный персонал (психиатры, психологи и другие специалисты) более чем из 30 государственных организаций и НГО. В дальнейшем психиатрическую помощь оказывали на протяжении двух лет.

Психиатрическая помощь касалась трех аспектов: а) идентификация выживших и применение кризисных вмешательств; б) выявление возбужденных и тех, у кого не отмечалось положительной терапевтической реакции на начальную психологическую помощь с целью направить их в специализированные центры медицинской помощи; в) оказание непосредственной помощи в приютах, школах и местных центрах.

Учреждения, занимавшиеся оказанием помощи, основное внимание уделяли людям, потерявшим свое жилище и размещенным во временных приютах. Однако было установлено, что в той или иной степени все население было травмировано; следовательно, вмешательства должны были охватывать всех проживавших в данном регионе.

К большинству оставшихся в живых относились как к жертвам (на уровне государства и в учреждениях), способствуя таким образом вторичной виктимизации и формированию зависимости от этих структур. Лица, оказывавшие помощь, также были потрясены и чувствовали, что они бессильны реагировать на ситуацию. Одна модель функционировала положительно, именно та, которая предусматривала активное вовлечение населения в процесс собственного восстановления благодаря работе по возобновлению посевных работ и реализации строительных проектов.

«Возвращение радости» (ЮНИСЕФ, Колумбия)

В этом случае удалось использовать комплексный подход, который включал работу с детьми, родителями, учащимися одной школы, работниками службы здравоохранения и местным населением [16].

Детей разделили на группы в зависимости от возраста, их поощряли к открытой игре, отдавая предпочтение альтернативной окружающей обстановке в зоне катастрофы. Детей побуждали к самовыражению через рисование, выполнение письменных заданий, инсценировки, игры с куклами, сочинение историй, чтобы снять эмоциональное напряжение. «Терапевтический портфель или рюкзак мечты» содержал материалы для стимуляции самовыражения и игр.

Для облегчения процесса молодые люди обоего пола в возрасте от 14 до 20 лет были объединены на добровольной основе, при этом предпочтение отдавали организованным группам. С этими группами был проведен тренинг, который не только поддержал их, но и помог приобрести необходимые в жизни навыки обучения и практические ценности.

Местные группы поддержки, сформированные из взрослых, были также обучены тому, как выявлять и решать проблемы, которые беспокоят детей и о которых они заявляют. Весьма полезными были семинары, просветительские беседы и дискуссии с родителями, на которых обсуждались вопросы о моделях воспитания детей и типах взаимоотношений, и это позволяло осознать необходимость предупреждения и/или ограничения насилия в семье.

Психолог должен был отслеживать этот процесс. Методология «Возвращение радости» была использована для лечения 115 901 ребенка в Колумбии с 1996 по 2000 год.

Гватемала: психиатрическая помощь после 36-летнего вооруженного конфликта

В Гватемале проблемы охраны психического здоровья разнообразны и сложные. Они усугубляются вооруженным конфликтом, который страна переживает более трех десятилетий, а также насилием, бедностью, выселением и дискриминацией. Общее число погибших и пропавших без вести в братоубийственном конфликте превышает 200 тысяч; документально зафиксировано 669 случаев массовых убийств. По оценкам, количество переселенцев внутри страны и беженцев в другие страны колеблется в пределах от 500 тысяч до 1,5 миллиона.

Коренное население вынуждено жить далеко от родных мест и в общинах, где некоторые этнические группы сосуществуют под военным контролем. Известно, что конфликт привел к серьезным нарушениям традиционных структур сообщества и жизни семей. Почти все дети в наиболее пострадавших от военного конфликта регионах выросли в «культуре страха».

В Гватемале до 1997 году внутри страны отсутствовала психиатрическая служба. В этом же году после подписания мирных соглашений Министерство здравоохранения при техническом содействии Всеамериканской организации здравоохранения разработало и начало внедрять программу охраны психического здоровья, направленную главным образом на оказание психосоциальной помощи и реабилитацию населения, пострадавшего от вооруженного конфликта.

На сегодняшний день психиатрические отделения открыты в 17 округах и 16 медицинских центрах столицы. Более того, в рамках этой программы в течение всего времени было организовано обучение сотрудников первичного звена медицинской помощи, учителей и лидеров общин. Была также разработана методология психологической помощи детям школьного возраста.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С БОЛЬШИМ КОЛИЧЕСТВОМ ТЕЛ ПОГИБШИХ ВО ВРЕМЯ КАТА- СТРОФ

В последнее время количество погибших и без вести пропавших в результате некоторых катастроф (землетрясения, ураганы, наводнения, извержения вулканов и антропогенные аварии) уменьшается благодаря более эффективным системам контроля и предупреждения о надвигающейся опасности, а также лучшей подготовленности населения. Однако бывают случаи, когда количество жертв может быть огромным, и это вызывает у населения чувство страха и неуверенности. Это чувство иногда усугубляется распространением ошибочной информации об опасности эпидемий, источником которых

могут быть трупы. Одновременно многие переживают горе и пребывают в постоянном напряжении; хаос и эмоциональный дискомфорт могут провоцировать формы поведения, которое трудно контролировать. Такая ситуация требует соответствующих психосоциальных вмешательств как на индивидуальном уровне, так и на уровне сообщества.

Однако феномен массовой гибели людей наблюдается не только при стихийных бедствиях или антропогенных катастрофах; это также довольно частая проблема при военных конфликтах. За последние десятилетия многие латиноамериканские страны переживали внутренние вооруженные конфликты, сопровождавшиеся грубым нарушением прав человека и беспорядочными массовыми убийствами мирного населения. Кроме того, большинство массовых убийств были следствием процессов, которым также предшествовали манипуляции психологическим состоянием населения.

Проблемы, связанные с идентификацией тел погибших и их захоронением, оказывают серьезное психологическое воздействие на близких погибших, а также на других выживших. Они также имеют политические, социально-культурные и связанные со здоровьем последствия, которые нельзя игнорировать.

Любая форма массовых похорон оказывает сильное негативное психологическое влияние как на индивидуальном уровне, так и на уровне сообщества, отрицая очень понятное желание попрощаться с родными и друзьями. Другой проблемой массовых захоронений является отсутствие возможности идентифицировать тела, что усиливает страдания и чувство неопределенности, осложняя проработку реакции горя у выживших.

Наглядным примером подобных проблем является пожар, произошедший в Лиме (Перу) вечером 29 декабря 2001 года [18]. Он возник в торговой зоне «Меса Редонда» в историческом центре Лимы. В результате этого пожара погибло 270 человек. Большинство тел были обуглены, что значительно осложнило процедуру идентификации.

Первым, кто начал выполнять свои обязанности по спасению, было пожарное отделение, боровшееся на протяжении более 14 часов с пожаром и столкнувшееся с огромными проблемами, связанными с большим количеством людей, которые нуждались в помощи. На эмоциональное состояние многих пожарных повлияло наличие многочисленных трупов, с которыми им пришлось иметь дело.

31 декабря никто в центральном морге все еще не имел ясного представления о том, как организовать идентификацию тел. Аутопсия каждого трупа предполагала значительное замедление этого процесса. Это вызвало замешательство и фрустрацию у тех, кто ждал своей очереди, чтобы получить тела погибших родственников. Нелепые слухи провоцировали среди этих людей словесные оскорбления, необоснованные требования и протесты. Еще одной сложностью было то, что после идентификации тела родственникам приходилось подолгу ожидать, пока им разрешат его забрать.

Психосоциальные вмешательства в морге разделили на две большие группы. За стенами морга психологи встречались с группами людей по 6–8 человек, чтобы сообщить им последнюю достоверную информацию. При этом присутствовали также католические священники.

Внутри помещения морга люди были разделены на группы по 20 человек; психологи или волонтеры, назначенные сопровождающими, помогали им сориентироваться, показывая, куда нужно идти. На второй день по требованию людей был разрешен доступ в место, где находились неопознанные тела; в некоторых случаях удавалось провести правильную идентификацию. Для кризисной помощи в морге был организован медицинский пост. Рядом с моргом в палатке разместилась государственная организация, ответственная за оказание бесплатной помощи в похоронах.

Тела, которые так и не удалось идентифицировать, были отправлены в павильон на кладбище. Это решение сняло тревогу и страх у многих родственников, которые думали, что тела могут быть сожжены или помещены в одну «братскую могилу».

ВЫВОДЫ

Психосоциальные последствия катастрофы являются результатом влияния нескольких факторов, которые необходимо внимательно рассмотреть. К ним относятся природа катастрофического события, степень вовлеченности индивида в это событие, а также характер понесенных им потерь. Кроме того, чтобы определить среднесрочные и долгосрочные последствия, необходим непрерывный мониторинг.

Совладание с последствиями катастрофы или чрезвычайной ситуации — это задача не только сектора здравоохранения. В этот процесс вовлекаются другие участники, например государственные учреждения, НГО, местные власти и местное население. Ниже приведены основные неотложные меры, которые помогают создать атмосферу порядка и эмоционального спокойствия:

- правильная и спокойная реакция властей;
- достоверная и своевременная информация;
- поощрение сотрудничества между организациями и участия местного населения;
- гарантирование основных видов помощи и предпочтение непосредственно психиатрической помощи пострадавшим;
- оказание помощи прежде всего наиболее уязвимым группам с учетом гендерных и возрастных различий;
- прогнозирование увеличения количества людей с тяжелыми реакциями горя или психическими расстройствами и содействие оказанию им адекватной медицинской помощи;
- гарантирование заботливого и этичного обращения с телами погибших со стороны сотрудников службы спасения, а также учреждение детально разработанной процедуры сообщения о погибших и пропавших без вести;
- отказ от захоронения в общие могилы. Содействие в опознании и соответствующем учете тел погибших, а также в передаче их родственникам.

Психотравмирующие переживания и горе обязательно принимают разные формы выражения в зависимости от культуры. Для притятия и переработки произошедшего большое значение имеет выполнение церемонии прощания с близкими.

Тем не менее до сих пор в большинстве случаев учреждения оказывают индивидуальную психиатрическую помощь и обслуживают лишь небольшую часть пострадавших.

В случае массовых убийств акцент должен быть сделан на необходимости средне- и долгосрочных мер для восстановления социальной структуры:

- компенсация (материальная и финансовая);
- гуманная забота о пострадавших и уважение прав человека в отношении пострадавших;
- восстановление коллективной памяти и организация церемониальных действий с целью отдать последние почести жертвам;
- проведение эксгумации, которая поможет выявить факты и облегчить скорбь членов семьи и сообщества;

- активизация роли разных участников процесса (государства и гражданского общества);
- пропаганда идей мирного сосуществования;
- социальные и политические изменения, способствующие достижению общего благополучия и консолидации мира и демократии.

Исторически многие латиноамериканские страны были подвержены влиянию разнообразных психотравмирующих событий, таких как вооруженные конфликты и стихийные бедствия, на фоне явного социально-экономического неблагополучия. Это привело к огромным человеческим и материальным потерям. Следует предпринять срочные шаги для того, чтобы сделать восстановление психосоциального статуса этих групп населения государственной политикой в рамках комплексной медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Lima B.R., Gaviria M. (Eds.) (1989) *Consecuencias Psicosociales de los Desastres: La Experiencia Latinoamericana*. Programa de Cooperación Intemacional en Salud Mental Simón Bolívar, The Hispanic American Family Center, Chicago.
2. Organización Pan Americana de la Salud Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias (2002) *Serie de Manuales y Guías sobre desastres No. 1*. Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC.
3. Gonzalez Uzcátegui R., Levav I. (Eds.) (1991) *Organización Panamericana de la Salud Reestructuración de la Atención Psiquiátrica: Bases Conceptuales y Guías para su Implementación*. Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC.
4. Organización Panamericana de la Salud/Pan American Health Organization (1997) Resolution CD 40.R19. Pan American Health Organization, Washington, DC.
5. Organización Panamericana de la Salud/Pan American Health Organization (2001) Resolution CD 43/15. Pan American Health Organization, Washington, DC.
6. Kohn R., Levav I. El Huracán Mitch y la salud mental de la población adulta: un estudio en Tegucigalpa, Honduras. Submitted for publication.
7. Rodríguez J., Bergonzoli G., Levav I. (2002) Violencia política y salud mental en Guatemala. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, **48**: 43–19.
8. Rodríguez J. (2001) *Principios Básicos y Organizativos de la Atención en Salud Mental en Situaciones de Desastres. Taller Latinoamericano sobre atención en Salud Mental en Casos de Desastres*. Organización Panamericana de la Salud, Guatemala.
9. Caldas de Almeida J.M. (2002) Mental health services for victims of disasters in developing countries: a challenge and an opportunity. *World Psychiatry*, **1**: 155–157.
10. Cohen R. (1999) *Salud Mental para Víctimas de Desastres. Guía para Instructores*. Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC.
11. Cohen R. (2000) *Salud Mental para Víctimas de Desastres. Manual para Trabajadores*. Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC.
12. Fullerton C.S., Ursano R.J. (2002) Mental health interventions and high risk groups in disasters. *World Psychiatry*, **1**: 157–158.
13. Jarero I. (1998) *Primeros Auxilios Emocionales*. Asociación Mexicana para la Ayuda Mental en Crisis, México.
14. Cohen R. (2002) Mental health services for victims of disasters. *World Psychiatry*, **1**: 149–152.
15. Prewitt J., Saballos M. (2001) *Salud Psicosocial en un Desastre Complejo: El Efecto del Huracán Mitch en Nicaragua*. American Red Cross, Regional Office for Central America, Guatemala.
16. Quiros N., Romero C. (2001) *Experiencias de UNICEF en la Recuperación Psicoafectiva de los Niños en Situaciones de Emergencia. Talleres sobre Atención en Salud Mental en Casos de Desastres y Emergencias*. Organización Panamericana de la Salud, Guatemala.
17. Rodríguez J., Ruiz P. (2001) *Recuperando la Esperanza*. Organización Panamericana de la Salud, Guatemala.
18. Valero S. (in press) *El Afronte de la Muerte*.

Опыт Израиля

Arieh Y. Shalev

Hadassah University Hospital, Jerusalem, Israel

ВВЕДЕНИЕ

Размышляя о потерях среди гражданского населения в непрекращающемся конфликте в Израиле, часто концентрируют внимание на событиях, происходивших в 2000–2004 годах. Однако волна террора, захлестнувшая страны в октябре 2000 года, была не первой пережитой израильтянами. С этой проблемой они сталкивались в течение многих десятилетий, но наиболее интенсивно, хотя и через определенные промежутки времени, терроризм проявился с начала 70-х годов. Этот период был отмечен такими серьезными событиями, как захват в качестве заложников и убийство спортсменов из израильской делегации в Берлине во время Олимпийских игр (5 сентября 1972 года); захват в заложники и убийство 26 учеников девятого класса средней школы в Маалоте (15 мая 1974 года); угон самолета авиакомпании «Эйр-Франс», следовавшего рейсом № 139 Тель-Авив–Париж, в Энтеббе (Уганда) (4 июля 1976 года); захват автобуса и убийство 34 пассажиров на автостраде Тель-Авив–Хайфа (1978 год); террористический обстрел в Иерусалиме и других местах. Подобные акции часто совпадали с определенными политическими событиями: в частности, после выборов в 1996 году произошло убийство премьер-министра Ицхака Рабина, а после выборов в 2000 году последовал провал переговоров в Кэмп-Дэвиде. В обоих случаях терроризм существенно повлиял на голосование и, в конечном счете, на результаты выборов. Но даже между такими явно выраженными «волнами» террора гражданское население достаточно часто подвергалось насилию.

Однако с 2000 года ситуация очень изменилась. Во-первых, на порядок увеличились масштабы террористических актов (табл. 15.1). Среднегодовое количество жертв среди гражданского населения возросло с 17 перед подписанием договора в Осло (1988–1993 годы) и 42 в 1993–2000 годах до 190 (октябрь 2000–февраль 2004 года) с пиком в 2002 году, когда погибло 297 мирных граждан. Только в марте 2002 года в результате террористических актов погибло 77 человек. Наиболее губительным оружием были террористы-смертники, ставшие причиной 60% смертельных случаев среди гражданского населения в 2000–2004 годах (402 из 666); на втором месте — вооруженные нападения с использованием огнестрельного оружия (198, или 30% от общего количества погибших). Атаки террористов-смертников, как правило, приводят к возникновению психологических нарушений у многих людей. Число жертв среди гражданского населения (666 убитых и 4447 раненых) в 2,4 раза превысило число пострадавших сотрудников службы безопасности (276 убитых и 1843 раненых).

Во-вторых, терроризм, который перестали рассматривать как спорадичное и направленное на конкретный объект событие, постепенно превратился в полностью сформировавшуюся кампанию, не имеющую конкретной мишени. В отличие от предыдущих лет, когда насилие было направлено главным образом на людей, проживающих на западном берегу, после 2000 года чаще всего атакам террористов стали подвергаться жители городов и поселков внутри Израиля. Кроме того, в выборе цели не было никакой направляющей логики, кроме легкости доступа. Это могла быть и дискотека на берегу моря в Тель-Авиве, и микрорайон проживания иностранных рабочих, и университетское общежитие, и автобусы, обслуживающие ультраортодоксальную общину в Иерусалиме.

В-третьих, и это наиболее важно, мирные переговоры, которые начиная с 90-х годов продолжались несмотря на атаки террористов, в последние годы фактически прекратились, позволив насилию и терроризму полностью занять сцену израильско-палестинских взаимоотношений. У израильтян и представителей средств массовой информации Израиля много разных мнений по поводу причин такой динамики: от убежденности в том, что источником насилия является сам Израиль и осуществленная им оккупация, до полного отрицания права палестинцев на суверенитет. Что бы ни было причиной, по своим абсолютным масштабам и из-за нарушения всех ранее взятых на себя обязательств терроризм и действия по защите от его последствий стали проблемой выживания.

При таких обстоятельствах перед психиатрическим сообществом Израиля были поставлены две важные задачи: оказание помощи людям, которым удалось выжить во время террористических атак, и решение проблемы дистресса в обществе в целом. Кроме того, правительство Израиля создало соответствующие структуры, разработало стандартные процедуры и осуществило специальные приготовления, которые все вместе позволили создать сеть по оказанию помощи оставшимся в живых, а также другим группам населения. Психологическое воздействие таких мер невозможно переоценить, и им будет уделено внимание ниже. Таким образом, в этой главе мы сначала рассмотрим функционирование сети по оказанию медицинской помощи, затем опишем реакции отдельных граждан и разных групп населения, а в заключение обсудим модели приспособляемости и возникновения психических расстройств.

Таблица 15.1. Причины гибели мирных жителей в Израиле (сентябрь 2000–март 2004)

Тип нападения	Количество
Террористы-смертники	402
Введение в действие взрывного устройства	24
Введение в действие взрывного устройства, заложенного в автомобиле	15
Вооруженное нападение	93
Вооруженные нападения на транспорт из засады	62
Вооруженные нападения на города и села	15
Вооруженное нападение, совершаемое из проезжающего мимо автомобиля	28
Линчевание	17
Забрасывание камнями	2
Нанесение колотых ран	6
Наезд	1
Другие	1
ВСЕГО	666

СЕТЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Медицинская помощь в Израиле бесплатная. Кроме того, Национальный институт государственного социального страхования (НИГС), правительственная организация, взявшая на себя ответственность за возмещение издержек, связанных с потерей трудоспособности, компенсирует расходы на лечение и реабилитацию при психотравмах, вызванных террором. Эта организация обеспечивает всестороннее страховое покрытие, включая медицинскую помощь, пособие по инвалидности, пособия иждивенцам, профессиональное обучение инвалидов и другие формы помощи (например, ссуды или субсидии на жилищное строительство). Эти пособия распространяются на людей, у которых возникло психическое заболевание. Действительно, НИГС очень активно занималась жертвами крупномасштабных террористических актов и обеспечивала сеансы психологического дебрифинга для тех, кто остался в живых, а также осуществляла уход за вдовами и иждивенцами, начиная с первых дней несчастья и сопровождая некоторых индивидов на протяжении многих лет. Несмотря на отдельные жалобы на бюрократизм и медленный процесс опознания, НИГС обеспечивает надежную сеть безопасности для жертв терроризма с соматическими и психическими нарушениями с тем, чтобы травма — в том числе психическая — не привела к социальной дезадаптации.

Чтобы уменьшить влияние террористических атак на население, дополнительно были предприняты некоторые специальные шаги. Первый из них заключался в распределении ресурсов для незамедлительного ремонта и восстановления физической окружающей среды. Место, ставшее объектом террористической атаки, немедленно оказывалось в центре внимания: убирали все, что могло напоминать об ужасном событии, и уже в первые часы начинали восстанавливать здания и даже сажать новые деревья. Поэтому в израильских городах и поселках не встретишь следов терроризма, за исключением символических изображений. Эти задачи решаются совместными усилиями чиновников, волонтерских организаций (например, «Зедака» — группа волонтеров-ортодоксов, старательно собирающих останки тел погибших на местах взрывов), коммерческих структур (например, компании общественного транспорта или владельцы магазинов) и населения, которое после нескольких дней страха возвращается на улицы, в торговые центры и автобусы. С психиатрической точки зрения отсутствие визуальных признаков недавних событий значительно облегчает излечение лиц, перенесших травму и оставшихся в живых, уменьшая воздействие на них обстоятельств, напоминающих об этом событии. Таким образом, когда во время экспозиционной психотерапии пациент возвращается на улицу, на которой он подвергся нападению, он не обнаруживает ничего, что бы напоминало ему о пережитом событии, в действительности он видит, что жизнь возвращается в прежнее русло.

Некоторые другие меры могут уменьшить интенсивность стрессогенного влияния ранних последствий террористических атак. Например, больницы, принимающие пострадавших, в соответствии с планом разворачивают крупные узлы связи, укомплектованные подготовленными социальными работниками, что позволяет всем принимающим учреждениям обмениваться постоянно обновляющимися списками жертв. Благодаря этому родственники могут получить надежную и исчерпывающую информацию посредством одного телефонного звонка. Кроме того, в принимающих больницах открывают семейные центры, где специально подобранный персонал будет решать проблемы семей по мере их возникновения — от облегчения взаимодействия с лечащими врачами до сопровождения семьи, к сожалению, для опознания тела. В соответствии с этим направлением деятельности Институт судебной медицины разработал специальный метод

экспертной оценки для быстрой идентификации человеческих останков. Следуя правилу иудаизма, требующему быстрого погребения умершего, институт стремится провести окончательную идентификацию тел в течение первых 24 часов после террористической атаки. Это в значительной степени облегчает мучительную боль ожидания.

И наконец, агентства общественного теле- и радиовещания, а также правительство и местные чиновники стремятся предоставить общественности достоверную и надежную информацию. Действительно, каждый террористический акт является скрытым тестом на надежность и точность этих структур: в течение первых минут после теракта и в последующие часы и дни они должны сообщать достоверные данные об особенностях травмы, о количестве жертв, о доступности дорог, ведущих к месту катастрофы, о принимающих лечебных учреждениях и т. д. Общественность легко трансформирует информацию в конкретные и необходимые сведения о том, по какой дороге можно добраться до места катастрофы или как объехать его, о родственниках, о которых необходимо побеспокоиться или утешить, а также об источниках помощи и консультаций. Такая очень конкретная роль средств массовой информации может отличаться от исключительно информационных задач средств массовой информации и роли неформальных лидеров в более крупных странах. До настоящего времени такой подход хорошо зарекомендовал себя даже в глазах скептически настроенных израильтян, которые быстро выявляют ошибки и дезинформацию. Это имеет очень важное психологическое значение, поскольку для большинства населения информация служит сигналом об отсутствии поблизости угрозы и, следовательно, сигналом безопасности.

ЛЕЧЕНИЕ ВЫЖИВШИХ

Острые психологические реакции

Непосредственно после террористического акта гражданских лиц, у которых на месте происшествия наблюдаются симптомы острого дистресса, обычно вместе с другими жертвами эвакуируют в палаты неотложной помощи (ПНП) больниц общего профиля. Такая практика оправдана, поскольку возможна травма взрывной волной в замкнутом пространстве (например, автобусы, торговые центры) и есть риск малозаметных ранений мелкими металлическими фрагментами, которые можно не заметить при первичном осмотре. Еще одним аргументом в пользу сортировки (определение очередности медицинской помощи) в этих палатах, а не на месте происшествия является их близость к большинству городских центров в Израиле.

Таким образом, многочисленных жертв с психологическими нарушениями доставляют в ПНП. В действительности их количество часто превышает количество лиц с физическими травмами. Статистические данные ПНП клиники университета Хадасса, в котором была оказана помощь большому количеству жертв, чем в каком-либо другом лечебном учреждении Израиля, свидетельствуют о том, что 60% связанных с террором поступлений в ПНП в течение первых 24 часов после атаки были вызваны психологическими нарушениями. Подобная тенденция была зафиксирована во время войны в Персидском заливе в 1991 году [1], где 72% всех поступлений в ПНП после ракетных атак составили лица с психологическими расстройствами, включая случаи ненужного введения себе атропина.

В лечебных учреждениях Израиля проводятся систематические тренинги по одновременной эвакуации сотен жертв чрезвычайных ситуаций. Однако несколько больниц имеют постоянно активируемый план на случай непредвиденных дополнительных

обстоятельств, рассчитанный на меньшее количество жертв, эвакуируемых после атаки с использованием «традиционных» взрывных устройств (от нескольких десятков до сотни). Тем не менее многие лечебные учреждения разработали план вмешательств по отношению к жертвам, получившим психотравму, который, во-первых, предусматривает дифференциальную диагностику с физическими ранениями; во-вторых, направлен на снижение уровня стрессогенности текущих событий (посредством реагирования на неотложные и конкретные нужды, поддержания контакта выжившего с его родственниками, оказания ему помощи в обретении контроля и восстановлении чувства овладения ситуацией и ориентации, а также проявление внимания к его потребности рассказывать, если он этого хочет, о недавно пережитом); в-третьих, выявление выживших с чрезмерно выраженными реакциями (например, рецидивирующая диссоциация) и устранение у них дистресса. Последнее осуществляется посредством психологического воздействия (внушение, ориентация в реальных условиях, моделирование и структурирование вербальной и телесной коммуникации несмотря на дистресс).

В некоторых случаях предпринимались попытки систематически проводить дебрифинг, однако этот подход не все принимают. Помощь в ранней стадии в целом задумана как «устранение стресса» и в основном заключается в оптимизации раннего восстановления здоровья, в снижении влияния вторичных стрессоров, в успокаивающем человеческом контакте и оказании поддержки естественным помощникам (например, семье). Отсутствуют данные, демонстрирующие взаимосвязь между этими вмешательствами и последующей распространенностью посттравматического стрессового расстройства (ПТСР); общепризнано, что раннее устранение стресса и профилактика ПТСР — это две разные вещи. Выжившим часто дают советы и сообщают номера контактных телефонов, нередко того же психотерапевта или группы психотерапевтов, которые осматривали их в ПНП. К критериям выписки из ПНП относятся излечение и положительная динамика неподдающихся контролю диссоциативных состояний, гарантия дальнейшего оказания помощи информированными родственниками, а также получение контактной информации и возможность получения психологической помощи.

Раннее посттравматическое стрессовое расстройство и клиническое лечение

Пока большинство людей, переживших теракт и находящихся в состоянии дистресса, эвакуируют в ПНП, меньшее — но еще неизвестное — их количество требует применения клинических вмешательств и еще меньшее число пострадавших могут нуждаться или будут готовы посещать формализованные сеансы психотерапии. Всего несколько израильских больниц систематически занимаются активным выявлением травмированных пострадавших. Как следствие, профессиональную помощь в начальный период после террористических атак оказывают в основном по инициативе самих пациентов, когда они самостоятельно обращаются в лечебные учреждения (несмотря на регулярное информирование о центрах по оказанию помощи). Национальный институт государственного социального страхования организует бесплатные консультации для выявленных непосредственных жертв чрезвычайной ситуации.

Недавно реализованная программа по активному выявлению пострадавших на базе клиники Хадасского университета в Иерусалиме показала, что 311 (36%) из 862 оставшихся в живых во время терактов переживают клинически значимый дистресс в первые пять дней при поступлении в ПНП. Из них 183 (59%) приняли предложение встретиться с психологом для проведения клинической консультации; врачи установили, что 91 (50%) из 183 нуждаются в раннем лечении, а 62 (68%) из них начали такое лечение.

Таким образом, общее количество пациентов, которым показаны ранние клинические вмешательства, составляет 10% от всего количества пострадавших.

На основе этих данных, а также исходя из клинического опыта в масштабах всей страны можно безошибочно утверждать, что значительная часть жертв с психологическими нарушениями остается не выявленной и, возможно, никогда не пройдет формализованную психотерапию. Два популяционных исследования (см. ниже) показали, что многие пострадавшие обращались за помощью к другим общественным ресурсам (например, к врачам общей практики, религиозным лидерам) и большая часть помощи была получена в семьях. Результаты оценки, основанной на данных о поступлениях в ПНП в Иерусалиме на протяжении семи лет, свидетельствуют о том, что распространенность ПТСР после террористических атак в два раза превышает наблюдаемую при других психотравмирующих событиях. Однако тенденция излечения ранних симптомов в течение периода террора (2000–2003 годы) сходна с тенденцией, наблюдавшейся до нынешней волны проявлений враждебности [3]. Таким образом, возможно, как и в других регионах мира, в период между острой реакцией и затяжными расстройствами пострадавшие не полностью охвачены квалифицированным лечением, по-видимому, в данном случае проводится недостаточное лечение жертв в этот переходный период.

СТРЕСС У МЕСТНОГО НАСЕЛЕНИЯ

Кроме непосредственных жертв, от терроризма страдает и общество в целом. *Wleich* и коллеги [4] обнаружили, что почти половина жителей Израиля подверглись воздействию психотравмирующих событий, связанных с терроризмом, как непосредственно, так и через друзей и родственников (табл. 15.2). Около 60% чувствовали, что их жизнь находится под угрозой, а 58% сообщали о чувстве подавленности. Тем не менее, что представляется парадоксальным, 82% выражали оптимизм в отношении своего будущего. Распространенность клинически значимого ПТСР оказалась удивительно низкой (2,7%), и в основном это расстройство было выявлено среди женщин (87%). В исследовании не было обнаружено связи между симптомами ПТСР и реальной угрозой.

Таблица 15.2. Психотравмирующие события как результат террористических актов: телефонный опрос репрезентативной выборки 512 израильтян [4]

<i>Подверженность воздействию психотравмирующего события</i>	
Непосредственно подвергнулся воздействию	16,3%
Друзья и родственники	28,0%
Не подвергнулся воздействию	55,6%
<i>Оценка</i>	
Жизнь в опасности	60%
Подавленность	58%
Оптимизм в отношении собственного будущего	82%
<i>Симптомы ПТСР</i>	
Повторное переживание травмы (минимум один раз)	37,1%
Избегающее поведение (минимум один раз)	55,5%
Чрезмерное возбуждение (минимум один раз)	49,4%
ПТСР только в соответствии с критериями	9,4%
ПТСР по симптоматике и дистресс/повреждение	2,7%

В настоящее время обсуждается вопрос о том, в какой степени симптомы ПТСР могут быть достоверными признаками, позволяющими сделать вывод, что популяция испытывает дистресс [5]. В условиях непрекращающегося терроризма многие такие симптомы представляют собой нормальные и, в конечном счете, защитные реакции (например, избегание опасных мест и ситуаций, эмоциональные реакции на события или на обстоятельства, напоминающие о травме, бдительность и настороженность). Кроме того, ПТСР предполагает, что травма произошла в прошлом, тогда как реакции на непрекращающийся террор содержат в себе элемент ожидания. Тем не менее симптомы ПТСР используются в большинстве современных исследований, и поэтому их данные вполне приемлемы для проведения сравнения между популяциями.

В исследовании двух пригородов Иерусалима во время текущих террористических актов [6] была изучена связь между симптомами ПТСР в населении и ПТСР как расстройством. Как и в исследовании, проведенном Bleich и коллеги [4], в нем было обнаружено, что близость к местам терактов не повлияла на вероятность возникновения симптомов ПТСР. Также было показано, что дополнительная оценка физических травм и дистресса, а не только исключительно симптомов ПТСР, значительно снижает уровень распространенности этого расстройства (5,5% в этом исследовании). Однако в этом исследовании, в отличие от проведенного Bleich и коллегами [4], не выявлен более высокий уровень реагирования или распространенности ПТСР среди женщин. Тем не менее важно отметить, что в пределах пострадавших групп населения высокий уровень симптомов (как ПТСР, так и других психологических симптомов) демонстрировало значимое меньшинство (23%) исследованных, тогда как реакции у большинства других были в пределах нормы для взрослых в мирное время. Это позволяет сделать вывод, что в условиях постоянного напряжения пострадавшие испытывают сильный дистресс, тогда как большинство подвергается умеренному воздействию.

Как израильцы справлялись с проблемами, связанными с терроризмом? Результаты двух приведенных выше исследований свидетельствуют о том, что решение этих проблем преимущественно заключалось в активном поиске надежной информации (например, о пострадавших родственниках, об источниках угрозы), лучшем структурировании ситуации и таким образом в ослаблении личного дистресса. Кроме того, исследования, проведенные в двух пригородах Иерусалима, показали, что жители, больше других пострадавшие от террора (например, подвергались вооруженному нападению в придорожной полосе, забрасыванию камнями, блокированию на дороге или обстрелу снайперами), были склонны использовать отвлекающие стратегии (например, рефрейминг, юмор и принятие ситуации). Таким образом, по-видимому, для того, чтобы благополучно переносить длительную травматизацию, иногда необходимо ее игнорировать. Еще одним имеющим отношение к данной проблеме результатом был тот факт, что опасения среди наиболее пострадавших людей оставались ограниченными и сфокусированными скорее на реальных источниках угрозы, а не распространялись на угрозу вообще. Важно отметить, что тревога в отношении пострадавших родственников была более выраженной, чем в отношении собственной подверженности террористическим актам, что свидетельствует о необходимости переместить наше внимание с дистресса у индивида на дистресс в семьях и социальных группах.

НЕИЗУЧЕННЫЕ, ОДНАКО ОЧЕНЬ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ СПОСОБЫ СОВЛАДАНИЯ

Эмпирическое исследование по изучению способности справляться с последствиями террора не может дать обоснованное объяснение очевидного противоречия между масштабностью угрозы и ограниченной распространенностью психических расстройств. Ясно, что люди более стойки, чем заставляет нас предполагать современная стремящаяся уйти от риска культура. Это не значит, что большинство людей проявляют героизм или же слишком хорошо подготовлены для выполнения миссий и для борьбы. По-видимому, стойкость свойственна обыкновенным людям. Устойчивость *нормального типа* (в отличие от часто описываемой героической стойкости под влиянием стресса в бою или во время пребывания в плену), возможно, является лучшим уроком, который мы получили, реагируя на терроризм в Израиле.

Эта область пока что *остаётся* неизученной. После трех лет интенсивного терроризма в Израиле появились некоторые модели приспособляемости, которые систематически не исследовались. Ниже приведено краткое описание каждой из них.

Смещение ожиданий

Часто используемым способом адаптации к терроризму стала постепенная смена ожиданий, и это позволяло большинству людей *благополучно* прожить еще один день и еще одну неделю. Если жизнь без террора становится иллюзией, отсутствие террористических актов в течение недели или месяца позволит людям приободриться. Если совершается террористический акт, хорошим знаком будет небольшое количество жертв. Если нельзя без риска выйти из дома, маленькой победой будет возвращение целым и невредимым. Таким образом, израильтяне, как и предположительно большинство других групп населения, пребывающих в напряжении, формировали и сформировали адекватные ожидания: адекватные в том смысле, что они были правдоподобными и могли материализоваться, в таком случае они незамедлительно становились источником удовлетворения и радости.

Смещение приоритетов

Подобным образом люди стремились жить вне зоны конфликтов и соответственно по-новому определять приоритеты. Для многих центром внимания стала семья. Было важнее чувствовать себя в безопасности, чем полностью свободным. Преодоление трудностей заменило стремление уйти от риска и т. п. Важно, что у тех, кто успешно справлялся с проблемами, новые приоритеты были расставлены таким образом, что были достижимы и доступны настолько, что это вызывало чувство относительного удовлетворения.

Создание определенного повседневного ритма жизни

В результате большинство людей под влиянием террора сформировали особый повседневный стиль жизни. Особенно это было заметно среди тех, кто проживал в наиболее опасных зонах, им приходилось, например, планировать передвижение с учетом наличия дорожно-пропускных пунктов и других ограничений. В течение нескольких дней ситуация складывалась так, что они вынуждены были сопровождать своих детей в школу и обратно, раньше уходить с работы, тщательно планировать поездки на работу или совершение покупок.

Разграничение зон опасности, идентифицируемые модели

Другим распространенным способом совладания была реструктуризация места и времени на угрожающие и неугрожающие компоненты. Это осуществлялось посредством оценки степени опасности ситуаций и мест, а также организации поведения в соответствии с этой оценкой. Таким образом, у каждого была своя своеобразная *карта страха*, которая одним запрещала поездки в восточный Иерусалим, для других (например, жителей Тель-Авива) вообще исключала возможность посещения этого города, а некоторым позволяла посещать местные бакалейные магазины, но не допускала возможности посещения торговых пассажей.

Эти виртуальные карты, видимо, позволяли людям сохранять иллюзорное, но функциональное самообладание в отношении риска, на который они были готовы пойти. До тех пор пока они были стабильными и надежными, карты страха способствовали ослаблению дистресса и опасений. Однако сразу же после того, как чья-либо виртуальная карта вступала в противоречие с реальной действительностью, это приводило к дистрессу и беспokoйству. Например, в какой-то момент считалось, что пятницы относительно безопасны, поскольку для ислама они имеют важное значение. Когда же террористы взорвали бомбу в пятницу, эта отдельно взятая карта оказалась неэффективной, что привело к дистрессу. То же самое произошло, когда взрывное устройство сработало в кафе «Фрэнк Синатра» в Еврейском университете, считавшемся безопасным местом — здесь не только принимали евреев и арабов, это была святая наука. Аналогичная ситуация сложилась тогда, когда террорист-смертник привел в действие взрывное устройство в гостинице во время большого праздника Песаха, в связи с чем необходимо было проводить реорганизацию и это вызвало сильную эмоциональную реакцию. Похожей была реакция и на взрыв в кафе «Момент» в Иерусалиме: этот центр либералов левого крыла, в котором собирались многие представители международных средств массовой информации, по общему мнению, считался безопасным, и жители Иерусалима были крайне шокированы тем, что террористы выбрали его в качестве своей мишени.

Однако понадобилось всего несколько дней для восстановления виртуальных карт безопасности, и большинство людей вновь обрели чувство ориентации и власти над своими действиями и над ситуацией. Следовательно, террор не способен вызвать длительное опустошение и страх, главным образом из-за элементарной непроизвольной повседневной способности обыкновенных людей к адаптации.

Сохранение привычного ритма жизни

Необходимость удовлетворения насущных потребностей была еще одной очевидной причиной непоколебимости и выносливости людей. Кто-то должен был продолжать работу. Кому-то необходимо было отводить детей в школу. Студенты должны были сдавать экзамены, бизнесмены ждали инвестиций, рождались дети и в семьях планировались свадьбы. Ничего из всего этого нельзя было остановить или решительно отложить. Никто не мог серьезно позволить себе перестать жить.

Устойчивая привлекательность жизни

В конце концов, мощным фактором адаптации в Израиле и, вероятно, в других местах является привлекательность жизни. До тех пор пока у человека нет депрессии или патологической тревоги, жизнь в основе своей прекрасна. Люди находят или пы-

таются найти возможности для того, чтобы получать удовольствие и удовлетворение, и терроризм, по крайней мере в той степени, в которой он был представлен в Израиле, не может остановить жизнь.

Психические расстройства, распад семей, разрушенные жизни и посттравматические состояния

Однако небольшая часть населения сполна расплатилась за остальных: непосредственно пострадавшие, у которых впоследствии возникло посттравматическое стрессовое расстройство; искалеченные физическими травмами уцелевшие; глубоко опечаленные, опустошенные и понесшие утрату семьи. Для них каждый террористический акт подкреплял и возобновлял глубокую тревогу и страх. В их жизни страх не имел территориальных границ. Террор вторгался к ним днем и ночью, уничтожал безопасность их жилища, нарушал тишину приближающихся вечеров и их сон. Они не смогли организовать свою повседневную жизнь так, чтобы адаптироваться к новой реальности. Все усилия в первую очередь были направлены на избегание внутреннего и внешнего напряжения. Впредь для них были чуждыми радости жизни. Их жизнь была разрушена.

Возможно, наиболее важным уроком, который мы извлекли из многолетнего террора в Израиле, было то, что людей, заплативших полную цену, постепенно становится все больше, несмотря на то, что основная часть населения остается относительно не затронутой этими событиями. Когда эта проблема наконец будет решена, непосредственно пострадавшие и их соотечественники по другую сторону полностью ощутят на себе последствия нынешней недалековидности. Со временем между ними будет возникать все большее отчуждение, когда каждое из этих сообществ найдет решение проблемы, поэтому необходимо постоянно проявлять внимание и твердость в отношении соблюдения их прав и их судьбы. Это было бы основным признаком здоровой реакции на терроризм.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bleich A., Dycian A., Koslowsky M., Solomon Z., Wiener M. (1992) Psychiatric implications of missile attacks on a civilian population. Israeli lessons from the Persian Gulf War. *JAMA*, **268**: 613–615.
2. Shalev A.Y., Addeky R., Boker R., Bargai N., Cooper R., Freedman S., *et al.* (2003) Clinical intervention for survivors of prolonged adversities. In R.J. Ursano, C.S. Fullerton, A.E. Norwood (Eds.), *Terrorism and Disaster, Individual and Community Mental Health Interventions*, pp. 162–186. Cambridge University Press, Cambridge, UK.
3. Shalev A.Y., Freedman S. PTSD following terrorist attacks: a prospective evaluation. Submitted for publication.
4. Bleich A., Gelkopf M., Solomon Z. (2003) Exposure to terrorism, stress related mental health symptoms and coping behavior among a nationally representative sample in Israel. *JAMA*, **290**: 612–620.
5. North C.S., Pfefferbaum B. (2002) Research on the mental effects of terrorism. *JAMA*, **288**: 633–636.
6. Shalev A.Y., Tuval Mashlach R., Hadar H. (2004) Posttraumatic stress disorder as a result of mass trauma. *J Clin Psychiatry*, **65**(Suppl. 1): 4–10.

Опыт Палестины

Eyad El Sarraj и Samir Qouta

Gaza Community Mental Health Programme, Gaza Strip, Palestine

ВВЕДЕНИЕ

Состояние психического здоровья населения в Палестине зависит от совокупности факторов, которые настолько связаны между собой, что очень сложно рассматривать их влияние по отдельности. Следовательно, они остаются неразделимыми, если анализировать их влияние на психику человека, на жизнь индивида или общества в целом. За отдельными психотравмирующими событиями последних десятилетий (изгнание в 1948 году, война 1967 года, оккупация, первая интифада, интифада аль-Акса и т. п.) просматривается сочетание ряда стрессовых факторов, разочарований и унижений, присутствующих в повседневной жизни в Газе, а также воздействие, оказываемое этим постоянным напряжением и фрустрацией на психическое здоровье местного населения.

Сильное влияние на палестинское общество оказала чрезвычайная ситуация, связанная с выселением. Из литературы известно, что психотравмирующие события оказывают губительное воздействие на развитие личности. Поэтому очень важно, анализируя влияние отдельных случаев нарушения прав человека на жертв и на палестинское общество в целом, всегда принимать во внимание глобальный контекст, в котором они происходят и к которому добавляют новый элемент страдания. Следовательно, при любом вмешательстве, направленном на улучшение психического здоровья и предупреждение нарушения прав человека в будущем, следует признавать и включать важные неразделимые элементы прошлого и настоящего опыта, равно как и позиции в отношении будущего. Даже влияние мирного процесса на палестинцев не может быть осмыслено без понимания первоначального значения самого по себе соглашения, подписанного в Осло, и того, что оно символизирует. В свою очередь, это невозможно понять без ясного представления, что значит для общества первая интифада (1987–1994) и интифада аль-Акса (2000), которые сами по себе нельзя понять без ясного представления о жизни в оккупации.

В научных публикациях восстановление после травмы всегда описывали с точки зрения оказания поддержки и защиты. В условиях Газы были подорваны основы не только всего общества, но и традиционных источников защиты (например, авторитет родителей). Неизвестно, как при таких обстоятельствах протекает процесс восстановления. В Газе большую часть населения составляют молодые люди (в возрасте менее 20–60%): нет четкого представления о том, каковы будут отдаленные последствия для развития личности при условии, что целое поколение подверглось психотравме. Более того, в период первой интифады *непосредственными участниками и исполнителями* были не только взрослые, но и дети, и именно из-за этой особенности ситуация в общине в Газе отличается от боевых ситуаций на Западе.

Disasters and Mental Health. Edited by Juan José López-Ibor, George Christodoulou, Mario Maj, Norman Sartorius and Ahmed Okasha.

© 2005 John Wiley & Sons Ltd. ISBN 0-470-02123-3.

Сталкиваясь лицом к лицу и сопротивляясь непрерывным и повторяющимся разнообразным формам насилия, палестинцы сплотились вокруг основных структур безопасности, которые помогли им исторически выжить. Сплоченность семьи, племенной строй, а также высокая степень вовлеченности в политику способствовали процессу адаптации населения и повышали его способность противостоять внешнему воздействию. В последние годы подъем ислама как политического движения противостояния еще больше усилил решительность этих людей, несмотря на то, что все больше слоев населения стали придерживаться радикальных политических взглядов.

Трагичен тот факт, что объектом исследований проблемы взаимозависимости между травмой, насилием, конфликтом и здоровьем в период войны стали дети. Войны и сражения в регионе длятся 50 лет, не прекращаясь. Однако ни одна из них не привела к решению проблемы конфликта между евреями и арабами. Поскольку военные действия проходят на небольшой ограниченной территории, сложно оградить детей от картин разрушений или защитить от злоключений и опасностей войны. Многие из этих детей принимали участие в национальной борьбе. Даже если они и не сражались активно на улицах (хотя большинство сражалось) и не могли помогать, они, тем не менее, переживали национальную борьбу на эмоциональном уровне. Атмосфера ненадежности, опасности, насилия и враждебности, доминировавшая во время двух интифад, неминуемо отразилась на психическом здоровье палестинских детей.

Из-за сложности проведения исследований и осуществления программ оказания помощи на всей территории Западного берега и сектора Газа, мы в рамках Программы оказания внебольничной психиатрической помощи в Газе сконцентрировали внимание на населении именно этого региона. Результаты нашей работы, тем не менее, могут быть перенесены и на палестинцев, проживающих на Западном берегу, так как обе популяции проживают в одинаковых условиях и имеют одинаковую культурную жизнь и одинаковый социально-экономический уровень.

НЕПРЕКРАЩАЮЩАЯСЯ ПСИХОТРАВМИРУЮЩАЯ СИТУАЦИЯ В ГАЗЕ: РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Психотравмирующие события в Газе происходят и в настоящее время, оказывая прямое и косвенное влияние. Прямое воздействие связано с организованным насилием в течение первой и нынешней интифад, косвенное — с отдаленными последствиями прямого воздействия. По оценкам палестинского информационного центра по правам человека, в течение периода первой интифады (с 9 декабря 1987 года по 31 декабря 1993 года) было ранено 130472 палестинца, умерло 1282, из числа умерших 332 были дети. Многие из пострадавших получили настолько серьезные повреждения (огнестрельные ранения, ожоги, были избиты, отравлены слезоточивым газом), что это привело к стойкой инвалидности. Примерно 57 тысяч палестинцев были арестованы, многие из них подвергались систематическим физическим и психологическим пыткам. По официальным данным, в течение первой интифады более 481 палестинца были депортированы, у 2482 оказались разрушенными их дома. Психологические травмы и финансовые потери пострадавших семей, связанные с медицинской и психологической помощью, потерей полезного времени, получением инвалидности, потерей привычных занятий и с погибшими, были огромными [1]. Большинство детей, проживающих на оккупированной палестинской территории, либо непосредственно испытали на себе физическое или психологическое насилие, либо были свидетелями такой ситуации, в

какой оказались их семья или друзья. Важно также отметить, что атмосфера политического насилия порождает состояние дезорганизации внутри палестинских семей. Особенно пугающим является факт, что родители не способны защитить своих детей, которые воспринимают их как беспомощных жертв. Вид расстрелянного и погибающего подростка и его кричащего отца, пытающегося остановить град пуль, оставляет неизгладимое впечатление у очевидцев, особенно у детей.

Для палестинцев потеря жилища означает больше, чем внезапное бедствие, поскольку вызывает воспоминания о психотравмирующих переживаниях, связанных с положением беженца. В действительности происходящие в настоящее время артиллерийские обстрелы и разрушенные жилища вызывают воспоминания, ассоциирующиеся с потерей исторической Палестины во время войны 1948 года, что стало главным источником страха и чувства опасности и оказало влияние на глубинные слои палестинской души [2]. Если семья становится свидетелем разрушения их жилища вражескими солдатами, это оказывает очень сильное психологическое влияние. Дом является не только убежищем и кровом, но и сердцем семейной жизни. С ним связаны воспоминания о пережитой радости и о страданиях, а также привязанность к привычным для семьи вещам. Дом ассоциируется с чувством безопасности и утешения [3]. Кроме того, артиллерийские обстрелы и разрушение домов очень часто происходят неожиданно, без заблаговременного уведомления. Именно эта невозможность прогнозирования считается наиболее психотравмирующим фактором для людей. И наконец, артиллерийские обстрелы и разрушение домов означают, что семьи будут вынуждены жить в палатках или в домах родственников, что не только оживляет воспоминания о ситуации 1948 года, но и приводит к многочисленным практическим и социальным проблемам и подвергает людей еще большей опасности. В исследовании, в котором изучались психологические симптомы у детей, чей дом был разрушен, а также у детей, ставших свидетелями разрушения жилища других людей, мы обнаружили, что у первых симптоматика была более выраженной по сравнению со вторыми и с контрольной группой (табл. 16.1).

Еще одной проблемой является комендантский час. Он расценивается как коллективное наказание, превращающее в тюрьму каждый дом. В этот период парализованы все аспекты повседневной жизни, что приводит к распаду нормальных моделей социальных и экономических связей. Комендантский час вызывает фрустрацию, а одной из наиболее распространенных реакций на фрустрацию является агрессивное поведение. Если стрессогенные условия сохраняются и индивид не в состоянии с ними справиться, апатия может перерасти в глубокую депрессию [4]. В течение пяти лет первой интифады население сектора Газа каждую ночь с 7 вечера до 4 утра вынуждено было находиться в своих домах. Более того, комендантский час вводился во многих других случаях в разные периоды времени. Так, во время войны в Персидском заливе комендантский час был введен на 42 дня подряд. В исследовании по изучению коллективных эффектов наказания и состояния психического здоровья мы попытались оценить влияние комендантского часа на поведение детей: полученные результаты показали, что 66,1% детей начали драться между собой, 54% боялись новых ситуаций, 38% проявляли агрессивное поведение, у 18,9% началось ночное недержание мочи, у 2,3% нарушилась речь [4].

Таблица 16.1. Психологические симптомы у детей, чьи дома были разрушены, у детей, которые стали свидетелями разрушения жилища других людей, и в контрольной группе

Симптом	Группа потерявших жилье (<i>n</i> = 38)	Группа свидетелей (<i>n</i> = 36)	Контрольная группа (<i>n</i> = 50)	показатель χ^2
Страх перед армией	97,4	77,8	70,0	10,63**
Нарушения концентрации внимания	84,2	19,4	0,0	74,41***
Постоянная плаксивость	65,8	19,4	12,0	32,39***
Повышенная раздражительность	63,2	37,0	32,0	8,95**
Повторное переживание травмы	60,5	27,8	8,0	28,56**
Ночные страхи	60,5	41,7	4,0	33,63***
Потеря интересов	60,5	11,1	12,0	32,27***
Расстройства сна	57,9	16,7	6,0	32,89***
Несдержанность и обидчивость	55,3	52,0	20,0	9,98**
Чрезмерно зависимое поведение	52,6	33,3	2,0	29,51***
Непослушание	50,0	30,6	18,0	10,27**
Страх выйти из дома	47,4	22,9	4,0	23,10**
Подавленное настроение	42,1	5,6	0,0	34,13***
Агрессивное поведение	42,1	16,7	16,0	9,59**
Чувство удушья	39,5	8,3	2,0	25,28***
Ночное недержание мочи	31,6	17,1	12,0	5,44*
Склонность к уединению, отгороженность	23,7	2,8	2,0	14,89***
Сосание большого пальца	21,1	5,6	2,0	10,38**
Обгрызание ногтей	21,6	11,1	2,0	8,67**
Избиение братьев и сестер	21,0	5,6	2,0	13,34***
Нападки на сверстников	15,8	8,3	4,0	3,73
Нарушения пищевого поведения	15,8	2,8	0,0	5,72*
Непроизвольные движения	15,8	5,6	6,0	3,25
Лживость	15,8	8,3	4,0	3,73
Нарушения речи	10,5	2,8	2,0	3,88
Сомнамбулизм	7,9	0,0	0,0	6,88*
Энкопрез	5,3	0,0	0,0	4,55
Воровство	5,3	8,3	2,0	1,84

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Переживания, связанные с политическим насилием и войной, содержат в себе серьезный риск для благополучного функционирования семьи [5, 6]. Война и политические конфликты разрушают некоторые основные функции родителей, например защита детей, усиление веры в безопасность и человеческие добродетели. Палестинские семьи в секторе Газа в основном большие, и люди демонстрируют положительное отношение к ним. «El Namula» (большая семья) продолжает играть важную защитную роль в современной жизни. Традиционно дети подчиняются авторитету родителей, и старшие члены семьи пользуются особым уважением. Постоянная угроза со стороны врагов и коллективная травма, связанная с потерей родины в 1948 году, еще больше усилили социальную сплоченность в палестинском обществе. Однако интифада создала ситуацию, которая, несомненно, нарушила систему взаимоотношений между детьми и родителями и расшатала традиционную семейную иерархию. Во-первых, усиление влияния политических партий ослабило социальную роль большой семьи. Во-вторых, дети и подростки играли очень активную роль в национальной борьбе. Они были существенным элементом

в иницировании, планировании и организации демонстраций и актов противоборства израильским солдатам [7].

Палестинцы выражают серьезную озабоченность по поводу будущих последствий этих разрушенных семейных уз. Общеизвестно, что дети, забрасывающие камнями солдат и сражающиеся против оккупационной армии, могут также бросить вызов авторитету родителей. Детей, проживающих в условиях политического насилия, описывали как «слишком быстро созревающих», «лишенных детства» и «берущих на себя политическую ответственность, не достигнув зрелости» [8]. Такая тенденция предвещает негативные психологические последствия [9].

Исследования, в которых изучалась связь между такими факторами, как психотравмирующие события, пол детей и политическая активность, а также между стилями воспитания, показали: чем больше дети подвергались влиянию таких событий, тем в большей степени они считали обоих родителей строгими в отношении дисциплины, отвергающими и враждебными. Кроме того, они полагали, что матери оценивают их негативно (табл. 16.2 и 16.3). Психотравмирующие события усиливали восприятие родителей как отвергающих и враждебных только среди мальчиков, как требующих строгого

Таблица 16.2. Матери: связь между психотравмирующими событиями, полом ребенка, политической активностью и воспринимаемым детьми стилем воспитания ($n = 56$)

Независимые переменные	Строгая дисциплина		Близкие отношения и любовь		Слабый контроль		Негативная оценка		Отвержение и враждебность	
	β	r	β	r	β	r	β	r	β	r
Психотравмирующие события	0,14	0,22	0,03	0,00	0,07	0,4	0,23	0,32	0,10	0,23
Пол	0,28	0,32	0,01	0,02	0,10	0,8	0,34	0,40	0,32	0,37
Политическая активность	0,01	0,11	0,00	0,01	-1,8	-1,2	-0,04	0,14	0,9	0,21
R^2	0,12		0,00		0,3		0,21			0,16
$F(6,56)$	4,71		0,01		1,20		9,06			6,72
p	<0,04		ns		ns		<0,0001			<0,003

Таблица 16.3. Отцы: связь между психотравмирующими событиями, полом ребенка, политической активностью и воспринимаемым детьми стилем воспитания ($n = 56$)

Независимые переменные	Строгая дисциплина		Близкие отношения и любовь		Слабый контроль		Негативная оценка		Отвержение и враждебность	
	β	r	β	r	β	r	β	r	β	r
Психотравмирующие события	0,17	0,28	0,02	-0,04	0,15	0,1	0,07	0,06	0,25	0,31
Пол	0,37	0,42	0,09	0,05	0,15	0,14	0,11	0,08	0,40	0,44
Политическая активность	0,00	0,16	-1,0	-0,08	-2,3	-1,3	-0,05	-0,5	-1,3	0,07
R^2	0,02		0,01		0,6		0,02			0,24
$F(6,56)$	8,90		0,53		2,40		0,58			11,14
p	<0,0001		ns		0,7		ns			<0,0001

соблюдения дисциплины — только среди девочек. В семьях, переживших интенсивное воздействие психотравмирующих событий, пассивные мальчики в большей степени воспринимали своих родителей более отвергающими и враждебными, чем активные. Высказывается предположение, что матери и отцы, сталкиваясь с психотравмирующими событиями, воспитывают девочек более строго и уделяют им больше внимания, а мальчиков отвергают. Кроме того, в пострадавших семьях отцы обычно не одобряют политическую пассивность мальчиков и явно поощряют активность. Дети, получившие хорошее воспитание, способны лучше адаптироваться и иметь более крепкое психическое здоровье по сравнению с плохо воспитанными детьми [10].

После трех лет менее широких военных действий среди детей, активно реагировавших на насилие, реже отмечались случаи посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и эмоциональных расстройств, чем среди пассивных детей. И наоборот, в разгар интифады у этих активных детей чаще всего наблюдались психологические симптомы. Таким образом, полученные результаты подтверждают, что политическая активность детей регулирует одни психические функции в условиях острой опасности и другие — в безопасной обстановке.

Очень важным фактором адаптации детей в период после интифады были взаимоотношения между родителями. Результаты позволяют высказать простое предположение, что добрые и любящие родители оказывают благотворное влияние на ребенка, а отвергающее и враждебное воспитание является пагубным, демонстрируя, что это скорее было субъективно воспринимаемое расхождение между «материнским отношением» и «отцовским отношением», которое неправильно срабатывало. Оказалось, что, если матери относятся к детям позитивно, а отцы негативно, дети более уязвимы по отношению к ПТСР и эмоциональным расстройствам. Вредные последствия различий в подходах к воспитанию между родителями могут быть следствием трех групп обстоятельств. Во-первых, матери могут слишком привязываться к детям с расстройствами и симптомами и проявлять чрезмерную заботу о них, тогда как отцы могут демонстрировать менее заботливое отношение. Во-вторых, воспринимаемое различие может свидетельствовать о конфликтных супружеских отношениях, включая и разногласия относительно методов воспитания, с которыми, в свою очередь, ассоциируется низкий уровень психологической адаптации детей. В-третьих, мы оцениваем воспитание детей, которое могло означать, что дети с тяжелыми симптомами склонны оказывать предпочтение одному из родителей.

Мы накопили данные о реакции детей на воздушные налеты, артиллерийские обстрелы жилых домов, потерю кого-либо из родственников или на ситуации, когда они сами оказывались мишенью или свидетелями убийства и разрушений. К реакциям детей на опасность или угрозу жизни относятся тревога, соматизация и склонность к уединению, особенно среди детей младшего возраста, регрессия к ранним стадиям развития и выраженная зависимость от родителей. Одним из наиболее важных факторов защиты психического здоровья детей в условиях войны считаются семейные узы. Результаты недавнего исследования [11] показывают, что у детей и их матерей наблюдаются разнообразные психологические симптомы, а воздействие психической травмы, равно как и ситуации, когда они оказывались очевидцами подобной травмы у других, составляют опыт, связанный с травмой. Эти результаты подтверждают, что в популяции детей Палестины и у их матерей отмечается высокий показатель распространенности обоих типов травмы (непосредственное воздействие и присутствие при нанесении травмы другим). Тяжелой формой ПТСР страдали 55,1% детей. Варьирование симптомов ПТСР зависело

от характерных особенностей детей и их матерей, а также от реакции матери на травму и только в малой степени от интенсивности психотравмирующего воздействия. Наиболее уязвимыми по отношению к навязчивым симптомам были девочки, у которых матери имели образование и демонстрировали высокий уровень симптомов ПТСР, тогда как по отношению к симптомам избегающего поведения наиболее уязвимыми были дети, которые на собственном опыте пережили насилие и чьи матери имели образование и демонстрировали высокий уровень симптомов ПТСР.

Палестинские вооруженные формирования в последнее время используют против мирного населения Израиля самоубийц-смертников, которые приводят в действие взрывные устройства. Самоубийцы-смертники представляют собой сложный феномен: с одной стороны, их действия — это отражение отчаяния, с другой — желание оказывать сопротивление и мстить. Одним из главных элементов, который поможет понять этот феномен, является менталитет племени, который побуждает индивидов к мести до победного конца даже сквозь поколения. Если понадобится, они будут сражаться бесконечно долго. Они остановятся только в том случае, если агрессор публично признает свою вину и возьмет на себя ответственность за собственную агрессию. Тогда для палестинцев наступит благородный мир или *Solha*. Роль мученика высоко превозносится, и такой человек становится особо почитаемым, почти наравне с пророками. В политическом смысле взрывы, осуществляемые самоубийцами-смертниками, представляют собой акт абсолютного отчаяния и очень серьезную стадию в восприятии кажущегося бесконечным арабо-израильского конфликта. Одним из наиболее важных результатов наблюдения является тот факт, что возрастает количество детей, отождествляющих себя с образом мученика. В недавнем исследовательском проекте Программы внебольничной психиатрической помощи в Газе 34% мальчиков в возрасте 12–14 лет сообщали, что, по их мнению, самое лучшее, что они могут сделать в жизни, — это умереть как мученики.

ВЫВОДЫ

История палестинцев состоит из серии катастроф, произошедших в разные периоды времени и серьезно повлиявших на их психику. Настроение палестинцев до сих пор колеблется между надеждой и отчаянием.

В рамках Программы по оказанию внебольничной психиатрической помощи населению Газы с 1990 года мы начали миссию с целью помочь как можно большему количеству людей. Мы располагаем 11 местными центрами, которые оказывают психиатрическую помощь, направленную в основном на удовлетворение нужд детей, женщин и жертв пыток. Нам удалось охватить около 18% населения, непосредственно оказав помощь примерно 15 тысячам жертв насилия. Мы обучили сотни врачей, медицинских сестер и учителей основам психологического консультирования.

Только за последние три года с помощью специального проекта кризисного вмешательства мы протянули руку помощи примерно шести тысячам человек. Использовались следующие методы: дебрифинг, поддерживающее консультирование, групповая психотерапия, детская и семейная психотерапия и программы индивидуальной психотерапии. Наша бригада старалась помочь людям, проживающим в регионах, в которых в результате военных действий израильской армии были уничтожены жилища, убиты и ранены мирные граждане. Во многих случаях нам не удавалось добраться до людей, нуждающихся в нашей помощи, из-за блокирования дорог израильскими властями. Некоторые зоны сектора Газа до сих пор недостижимы для медицинских работников и других бригад.

Нации похожи на людей: каждый пытается быть хозяином своей судьбы. Как и многие другие группы, палестинцы являются жертвами своей истории, дискриминации и гонений. Они сражаются, чтобы отстоять свою идентичность и восстановить свое оскорбленное достоинство. Их страдания и насильственное подчинение вызывают еще большее чувство гнева, ненависти и недоверия. Тем не менее мир не реагировал на их тяжелое положение. Отрицалась справедливость, рушились надежды. В таком контексте не остается места ни индивидуальному психическому здоровью, ни региональному миру.

ЛИТЕРАТУРА

1. Khamis V. (1995) Coping with stress. Palestinian families and Intifada-related trauma. Unpublished manuscript.
2. El Sarraj E., Tawahina A.A., Abu Hein F. (1991) The Palestinian: the story of uprooting. Presented at The First International Conference on the Mental Health of Refugees and Displaced Persons, Stockholm, October 6–11.
3. Qouta S., El Sarraj E. (1997) House demolition and mental health: victims and witnesses. *Journal of Social Distress and the Homeless*, **6**: 3.
4. Qouta S., El Sarraj E. (1994) Palestinian children under curfew. *Psychol Studies*, **4**: 1–12.
5. Garbarino J., Kostelny K. (1993) Children's response to war: what do we know? In L.A. Leaved, N.A. Fox (Eds.), *The Psychological Effects of War and Violence on Children*, pp. 23–39. Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ.
6. Hobfoll S., Spielberger C., Breznitz S., Figley C., Folkman S., Lepper-Green B., et al. (1991) War-related stress: addressing the stress of war and other traumatic events. *Am Psychol*, **46**: 848–855.
7. Kuttab D. (1988) A profile of the stone throwers. *Journal of Palestinian Studies*, **17**: 14–23.
8. Boothby N., Upton P., Sultan A. (1992) *Children of Mozambique: The Cost of Survival*. US Committee for Refugees, Washington, DC.
9. Garbarino J., Kostelny K., Dubrow N. (1991) What children can tell us about living in danger? *Am Psychol*, **46**: 376–383.
10. Punamaki R.-L., Qouta S., El Sarraj E. (1997) Relationship between traumatic events, children's gender and political activity, and perceptions of parenting styles. *Int J Behav Develop*, **21**: 91–109.
11. Qouta S., El Sarraj E., Punamaki R. Prevalence of PTSD among Palestinian mothers and children exposed to shelling and loss of home. Submitted for publication.

Опыт Боснии и Герцеговины: психологические последствия влияния военных конфликтов на детей

Syed Arshad Husain

University of Missouri, Columbia, MO, USA

ВВЕДЕНИЕ

В Боснии насилие вспыхнуло после того, как она официально заявила о своем выходе из состава Югославии в марте 1992 года. До этого Босния и Герцеговина были одной из шести республик Югославии (вместе с Хорватией, Македонией, Черногорией, Словенией и Сербией). Первой провозгласила независимость Словения. Население Боснии состоит из мусульман (40%), православных сербов (30%), католиков (18%) и значительного количества евреев. Доминирующим фактором в регионе стала межэтническая напряженность. Боснийцы, сербы и хорваты боялись, что они будут недостаточно полно представлены в совещательных органах и станут объектом возможного судебного преследования. В такой атмосфере этнической напряженности в Боснии и Герцеговине разразилась война, во время которой столицу Сараево взяли в осаду сербские войска. Несмотря на то, что боснийские хорваты и мусульмане вместе сражались против сербов в 1992 году и освободили большую часть территории вокруг Мостара, спустя несколько месяцев вспыхнул новый конфликт, в котором обе эти группы выступили друг против друга. Очень скоро трехсторонний конфликт перерос в жестокое насилие, направленное главным образом против боснийских мусульман с целью уничтожить их или изгнать из Боснии.

До войны Сараево было процветающим современным городом, который часто называли «Парижем на Балканах». В 1984 году здесь проводились зимние олимпийские игры. Во время войны блокада Сараево длилась около четырех лет. Город ежедневно подвергался артиллерийскому обстрелу из близлежащих возвышенностей. Часть города, находившаяся в зоне видимости, оказалась практически разрушенной. Половина жителей (примерно 300 тыс. человек) спаслись бегством. Оставшиеся переселились преимущественно в подвалы собственных домов или временно поселились в темных коридорах как можно дальше от окон, чтобы избежать прямого попадания снарядов или не оказаться под обстрелом снайперов. Им приходилось ежедневно добывать пищу и воду. Многие из тех, кому пришлось выстаивать в длинных очередях за водой, погибли от выстрелов снайперов, расположившихся в близлежащих высотных домах. Поиск пищи был еще более тяжелым и опасным из-за массовых убийств собиравшихся на рынках людей. Большую часть блокады местные жители вынуждены были терпеть

долгие зимы без тепла и электричества. К концу войны количество жертв в Сараево достигло 10 тысяч человек, раненых было 61 тысяча. В Боснии и Герцеговине с довальным населением в 4,3 миллиона человек было убито 242 тысяч, ранено 175 тысяч, а 1,3 миллиона стали беженцами.

Во время войны в Боснии и Герцеговине главной мишенью оказались дети. Снайперы в первую очередь целились в них, если они шли вместе с взрослыми. Когда убивают взрослых, разрушается настоящее и прошлое, но когда убивают детей, уничтожается будущее. Сербские солдаты иногда использовали детей как живой щит во время атак на линии фронта. Девочки в возрасте шести-восьми лет подвергались групповому изнасилованию, некоторых из них, если они беременели, заставляли вынашивать ребенка. Все эти злодеяния преследовали цель — деморализовать семьи, спровоцировать раздор и уничтожить семью как социальную ячейку.

По данным Института здравоохранения Боснии и Герцеговины, во время войны было убито 16854 детей. Только в Сараево погиб 1601 ребенок и было ранено 14946 (25% детского населения города).

У многих детей перенесенные ими травмы привели к задержке развития. Одна семилетняя девочка поседела после того, как на ее глазах пытали, а затем убили ее отца. Мы обнаружили, что некоторые дети стали бояться света и предпочитали темноту. Свет для них означал, что снайперы могут взять их под прицел и обстрелять. Темнота же служила надежным укрытием от них.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

За период блокады Сараево мы собрали данные о 791 ребенке. Дети были отобраны в случайном порядке из десяти школ одного школьного округа [1]. В этом исследовании были использованы следующие инструменты: индекс посттравматических стрессовых реакций у детей, шкала оценки влияния событий, вопросник общей информации. Выборку мы разделили на две возрастные группы (до 13 лет и старше), чтобы определить, оказывает ли влияние стадия развития подростков, в том числе и когнитивного, на их реакцию на происходящие вокруг них события.

В выборку вошли дети в возрасте от семи до 15 лет, примерно половину из них составили мальчики и половину девочки. Атаки снайперов пережили 85% школьников. За время войны 665 детей (84,1%) потеряли ближайших родственников. У этих детей симптомы избегающего поведения и повторного переживания травмы были выражены в большей степени, чем в группе детей, не потерявших кого-либо из родственников. В этой группе также более интенсивно проявлялась депрессия. Недостаток в еде испытывали 76% школьников, 48% детей были лишены возможности нормально одеваться, 29% ощущали дефицит воды, 10% остались без крова. Уровень посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) в целом был более высоким в группе, испытавшей лишения, по сравнению с группой, в которой такие проблемы отсутствовали. В первой группе дети также чаще сообщали о симптомах избегающего поведения и повторного переживания травмы.

Мы оценивали наличие ПТСР двумя путями: используя только индекс посттравматической стрессовых реакций и комбинируя вопросы из этого индекса и шкалу оценки влияния событий с целью получить суммарный балл, который согласуется с критериями DSM-IV. При использовании индекса посттравматических стрессовых реакций показатель распространенности ПТСР составил 40%, тогда как по суммарной шкале только

18% соответствовало критериям ПТСР. Эти результаты свидетельствуют в пользу того, что критерии DSM–IV более точные.

Это исследование также показало, что симптомы ПТСР наблюдались у большего процента детей в старшей возрастной группе по сравнению с младшей группой; кроме того, эти симптомы чаще встречались у девочек в обеих возрастных группах.

Учитывая то, что только у 18% детей возникло ПТСР, следует обсудить факторы, которые способствуют уязвимости или устойчивости детей к влиянию психотравмирующих событий.

Об уязвимости детей к разнообразным стрессорам окружения написано много. Как ни парадоксально, но в такие тяжелые времена дети в общем и в целом вырастают, становясь сильными и продуктивными взрослыми. Тем не менее такие свойственные детям качества, как устойчивость и способность к восстановлению психического здоровья, служат своеобразным антидотом ко многим ядам, которые может предложить жизнь. Уязвимость и устойчивость — это словно противоположные концы континуума, уравновешивающие друг друга в сложном танце, который в любой момент может привести к тому, что перевесит одна из сторон. Вариации возможны из-за различий в пережитых событиях, темпераменте, уровне интеллекта, знаниях и даже воспитании.

Одной из характерных особенностей, которая считается неотъемлемой частью детства и может защищать детей от влияния травмы, является способность к магическому мышлению. В Сараево образец силы такого магического мышления показали маленькие мальчики, которые непроизвольно стали экспертами в области артиллерии. У них вошло в привычку прислушиваться к звукам разных видов оружия, используемого снайперами в разных частях города и на близлежащих холмах; так они научились по характерным шумам, производимым каждым видом оружия, отличать одно оружие от другого. Мальчики могли определить не только вид оружия, но и его размеры, а также место, с которого стреляли. Они могли всего лишь по звуку шрапнели или разлетающихся осколков оболочки снаряда назвать вид орудия, с которого производился выстрел. Эти знания помогали им успокоить себя. Услышав эхо взрыва или выстрела из конкретного оружия, они говорили друг другу: «Это в другом конце города, он нас здесь не достанет». Я не могу сказать, насколько точными были познания мальчиков, но несомненно одно: их опыт напрямую связан с магическим мышлением, которое дало им ощущение контроля над собственной жизнью. Отношение к звукам выстрелов и вооруженным людям как к предмету забавы трансформировало их страх в игру. По мере того как они приобретали опыт в этой игре, негативное психологическое влияние жизни в страхе ослабевало.

Игра — еще одна сильная сторона детей. Это неотъемлемый элемент детства, поэтому неудивительно, что у детей выздоровление после травмы часто происходит через игру. Этим пользуются специалисты в области психического здоровья, применяя игровую терапию в своей практической работе.

Важным фактором стойкости боснийских детей по отношению к травме была семья. В Боснии семьи очень крепкие. Дети растут, тесно общаясь со всеми членами большой любящей семьи независимо от степени родства. Во время войны, если родители расставались с детьми или были убиты, на помощь сразу же приходили другие близкие люди. Большинство осиротевших детей продолжают ощущать любовь и заботу со стороны людей, которых они хорошо знают и доверяют им.

На детей в Боснии также благотворно влияло отношение окружающих их взрослых. Исследования показали, что особенно среди детей младшего возраста их реакции на психотравмирующие события в значительной степени определялись реакциями их ро-

дителей и других значимых взрослых. Именно благодаря этим взрослым дети понимали значение происшедшего вокруг. Во время моих поездок я часто замечал, что многие боснийцы старались не называть вражеских солдат сербами или (в начале войны) хорватами. Вместо этого их называли «агрессорами». Взрослые, которые выросли бок о бок с сербами и хорватами, знали, что не все люди в этих этнических группах поддерживают войну. Они сознательно не хотели внушать детям, что людей можно делить на хороших и плохих на основании их принадлежности к той или иной этнической группе. Кроме того, учителя не одобряли разговоров о мести, объясняя, что именно такое мышление и привело к войне. Некоторые исследования показали, что дети, сосредоточенные на мести, хуже адаптировались, чем дети с более позитивным мировоззрением. Очень вероятно, что такой подход со стороны учителей в какой-то степени повышал способность детей быстро восстанавливать психическое здоровье и служил моральным ориентиром.

Я считаю, что еще одним фактором, который поможет некоторым детям вернуться к норме после перенесенной психической травмы и потери, является целеустремленность. Это очень важно: в отличие от большинства других факторов, защищающих детей от воздействия травмы (например, поддержка семьи, интеллект и темперамент), которые дети либо имеют, либо не имеют, целеустремленность можно выработать даже после психотравмирующего события. Формирование целеустремленности у детей — одна из главных целей психотерапевтических интервью, которым я обучал боснийских учителей во время семинаров.

Детям, пережившим психотравму, можно помочь увидеть будущее как возможность прожить жизнь исходя из интересов и талантов, которые делают каждого из них уникальным. Оставшимся в живых помогает справиться с чувством вины осознание того, что, живя как можно полноценнее, они не предадут своих близких, а наоборот, исполняют долг перед погибшими. Вероятно, наиболее обнадеживающим качеством, которое я наблюдал у травмированных войной детей, стремящихся стать целеустремленными, была их способность быстро освободиться от деструктивного чувства вины и начать жить собственной жизнью. Некоторые дети, исходя из своих убеждений, давали религиозное истолкование целеустремленности. В любом случае, наличие цели, по-видимому, помогает вернуть смысл жизни, приносит утешение и дает надежду для многих детей, подвергшихся воздействию стрессов военного времени и понесших тяжелые утраты.

Помочь детям обрести чувство целеустремленности после психотравмирующего события — один из главных способов помочь им в реконструкции собственного будущего. Травма военного времени, особенно если она сочетается с потерей кого-то из близких родственников, обладает разрушительным потенциалом, поскольку она отбирает у ребенка не только его прошлое и настоящее, но и лишает его будущего. Каждая из этих трех потерь должна быть предметом внимания. Вот почему обучая во время семинаров боснийских учителей и специалистов в области охраны психического здоровья, я призывал их помогать детям концентрировать внимание на приятных воспоминаниях о своих близких в хорошие периоды времени, а не в периоды, связанные с утратой, когда в воспоминаниях доминируют обида, страх или боль. Приятные воспоминания помогают им восстановить свое прошлое. Преодоление симптомов навязчивых воспоминаний, стремления к уединению и замкнутости, а также повышенной возбудимости является частью процесса восстановления настоящего и возможностей каждого момента, разворачивающегося перед индивидом, подвергшимся психотравме. И наконец, будущее также можно найти, особенно если учителя и специалисты в области охраны психического здоровья помогут детям реконструировать их мечты, чтобы дальше жить,

опережая их. Некоторые дети неизбежно обнаружат, что недостает каких-то элементов из их прежних мечтаний.

ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ

Женщина из лагеря беженцев, расположенного недалеко от города Тузла, консультировалась у меня по поводу десятилетнего сына, который после перемещения из родного города стал очень замкнутым и подавленным. «Он раньше был энергичным, общительным и веселым ребенком», говорила мне его мать со слезами на глазах. С момента переселения в лагерь беженцев он стал грустным и выглядел так, как будто утратил интерес к жизни. Я поговорил с мальчиком при помощи переводчика. Он сидел, сгорбившись в кресле, избегая прямого контакта глазами. Мальчик рассказал мне, что всегда мечтал стать профессиональным футболистом. «Но сейчас я не могу. Я здесь в лагере для беженцев. До ближайшего футбольного поля в Тузле 12 миль. Мой отец безработный, он не может привозить меня на стадион. Он говорит, что я должен подождать. Но если я не буду тренироваться, то не смогу стать профессиональным футболистом». В моей памяти вдруг всплыла история величайшего футболиста Пеле, и я рассказал ее мальчику. Я спросил его: «Ты слышал когда-нибудь о Пеле?» Он ответил утвердительно. Я рассказал, что он родился в очень бедной семье и не мог позволить себе иметь футбольный мяч. В его районе не было ни одного игрового поля. Он попросил свою маму сделать ему мяч из тряпок, затем прицепил его к ветке дерева, росшего за его домом, и начал тренировать ведение мяча, удары головой и контроль над мячом. Для тренировки силы ног он использовал технику прыжков. Отсутствие игрового поля и футбольного мяча Пеле компенсировал находчивостью и импровизацией. По мере того как я рассказывал мальчику эту историю, в его глазах начал появляться огонек, он оживился и выпрямился. «Он на самом деле все это делал?», спросил мальчик. «Да, действительно он это делал», ответил я. «Я тоже так могу», сказал мальчик решительным тоном. Он поднялся с ликованием на лице и обнял меня. Когда я обнял его в ответ, то смог почувствовать, как в сердце этого ребенка вновь зажегся огонек надежды. Я поехал в Тузлу и купил пару футбольных мячей. Вручив их мальчику, я посоветовал ему собрать футбольную команду в лагере беженцев. Спустя несколько дней, когда я снова встретился с его матерью, она спросила меня: «Что вы сказали моему мальчику? Он счастлив и снова стал нормальным».

УЧИТЕЛЯ В РОЛИ ПСИХОТЕРАПЕВТОВ

По данным Министерства здравоохранения Боснии и Герцеговины, для оказания помощи 60 тысячам детей, находившимся в зоне военных действий, в Сараево осталось около 100 специалистов в области охраны психического здоровья. Такая диспропорция между количеством специалистов и детей, нуждающихся в психологической помощи, вынудила подготовить непрофессиональных терапевтов. Поэтому мы разработали модель обучения учителей диагностике и лечению детей, страдающих ПТСР и сопутствующими состояниями.

Выбор учителей для обучения в качестве психотерапевтов был не случайным: в Сараево учителей считали людьми, которые интуитивно, но достаточно эффективно оказывали психологическую помощь своим ученикам во время войны. В публикациях, посвященных этой теме, неоднократно рекомендовали, чтобы именно учителя применяли

вмешательства, направленные на оказание помощи детям, перенесшим психотравму. Большинство детей доверяют своим учителям и проводят с ними значительную часть своего бессонного времени. Учителя обладают большим опытом взаимоотношений с детьми, они способны влиять на них в кризисных ситуациях и часто имеют интуитивные навыки по оказанию психологической помощи, что позволяет им быстро овладеть психотерапевтическим мастерством.

В период блокады в Сараево осталось примерно 5000 учителей. Они представляли собой готовый к действию резерв опытных специалистов, которых можно было обучить выявлению и лечению ПТСР и других сопутствующих состояний.

С февраля 1994 года бригада под руководством автора этой главы совершила 16 поездок в осажденный город Сараево и обучила 2000 учителей и более 200 специалистов в области психиатрии, которые в свою очередь помогли более 20 тысячам детей.

Модель «учителя в роли психотерапевтов» эффективно использовалась в Косово, России, Афганистане, Пакистане, Чечне, Палестине, Индии и совсем недавно в Ираке.

ВЫВОДЫ

Даже такая тревожная статистика не может полностью отразить то тяжелое положение, в котором оказались боснийские дети во время войны, а также хаос в их жизни, вызванный насилием. Многие дети, с которыми я познакомился, испытывали замешательство и беспокойство по поводу кровавой бойни, в которой участвовали люди, когда-то бывшие их соседями.

Иногда страдание и замешательство были настолько сильными, что дети потеряли способности ощущать и выражать эмоции. Одна тринадцатилетняя девочка рассказала мне: «Я чувствую себя опустошенной, иногда мне кажется, что я не живая, а только присутствую здесь». Некоторые дети слишком рано повзрослели. Например один мальчик сказал: «Мне скучно играть в игры, в которые играют мои друзья». Многих детей, видевших собственными глазами смерть своих родителей или близких, мучило чувство вины, они обвиняли себя в том, что ничего не предприняли, когда другие убивали их родителей или близких.

Вероятно, наихудшим сценарием, является тот, когда дети превращают свое страдание и злость в агрессивные действия против других детей, что способствует еще большей их изоляции. Один тринадцатилетний мальчик конфликтовал в школе, часто затевая драки. Его внимание привлекали острые предметы, поэтому росло беспокойство по поводу того, что он может представлять опасность для своих сверстников. Во время интервью оказалось, что этот мальчик пережил невыносимое страдание и потерю. Он стал свидетелем избиения, а затем и убийства своего отца. Его вместе с сестрой часто выгоняли из дому, когда солдаты насильовали их мать. Когда я встретился с ним, его все еще беспокоили периодически повторяющиеся кошмарные сновидения, в которых присутствовали отдельные сцены пережитых им ужасов. После психотерапии этот подросток перестал затевать драки, потерял интерес к острым предметам и стал проявлять интерес к искусству, «чтобы стать когда-нибудь известным художником». Многие дети потеряли надежду на будущее. Большинство детей, с которыми я познакомился, ничего не могли рассказать о своих планах на будущее. У них сформировалось ограниченное представление о нем.

Когда слушаешь подобные истории, очень сложно поверить, что кто-либо способен выдержать такие опустошительные эмоциональные раны. Тем не менее в Боснии и Гер-

цеговине я узнал не только о разрушительном действии войны, но и о способности детей восстанавливать психическое здоровье. Я узнал также, насколько важную роль могут играть взрослые, например учителя, пытающиеся оказать помощь детям и защитить этот наиболее ценный дар человечества. Я видел сотрудников гуманитарных организаций, протягивающих руку помощи травмированным войной детям и их семьям и дающих им надежду. Главным образом, я понял, что надежда — это удивительно мощная сила даже перед лицом самой худшей жестокости и трагедии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Husain S.A., Nair J., Holcomb W., Reid J.C., Vargas V., Nair S.S. (1998) Stress reactions of children and adolescents in war and siege conditions. *Am J Psychiatry*, **155**: 1718–1719.

Dusica Lecic-Tosevski и Saveta Draganic-Gajic

University of Belgrade, Belgrade, Serbia and Montenegro

ВВЕДЕНИЕ

Население Сербии и Черногории (бывшая Югославия) на протяжении последних 12 лет многократно переживало события, причинявшие тяжелую психическую травму, например войны в регионе, санкции Организации Объединенных Наций, бомбардировки. Эти психотравмы вызывали острый и хронический стресс, который приводил к серьезным психологическим осложнениям, особенно в группе уязвимых людей, а также имел значительные социальные последствия. Спектр реакций пострадавших — отдельных индивидов и групп людей — стал важным уроком и серьезным вызовом для специалистов в области психиатрии, побуждая их повышать уровень своей квалификации, а также обучать других специалистов и параспециалистов применению особых терапевтических вмешательств и программ профилактики, а также исследованию психических заболеваний после чрезвычайных ситуаций.

СТРЕСС, СВЯЗАННЫЙ С ВОЙНОЙ И ИЗГНАНИЕМ ИЗ СТРАНЫ

В начале 90-х годов республики бывшей Югославии были вовлечены в гражданский конфликт, имевший катастрофические последствия. В Боснии и Хорватии 700 тысяч человек были принудительно выселены из своих домов и изгнаны в Сербию. Большинство этих беженцев вначале остановились в семьях хозяев, и только 5% из них проживали в коллективных центрах. Однако после того как в августе 1995 года прибыли новые беженцы из Хорватии (около 250 тыс.), количество людей, проживающих в коллективных центрах, достигло 30%. Еще 250 тысяч беженцев — или так называемых перемещенных внутри страны лиц — были вынуждены покинуть Косово после бомбардировки в 1999 году.

Война, перемена места жительства, опыт насилия и содержания под арестом привели к деградации, бедности, дегуманизации, жестокости, болезням и смерти многих людей. Большинство беженцев сообщали о тяжелых психотравмирующих переживаниях, которые повышали риск возникновения психических расстройств в этой популяции. У значительной части беженцев после пережитого наблюдались посттравматические стрессовые реакции [1, 2].

ЖЕРТВЫ ПЫТОК

Во время гражданской войны в Хорватии и Боснии тысячи людей подвергались аресту, из них около пяти тысяч в настоящее время проживают в Сербии. Лагеря для интернированных лиц отличались крайне плохими условиями содержания. Заключенных использовали в качестве живого щита во время боевых действий. Многие были казнены, умерли от пыток или из-за небрежного обращения. Частым и крайне жестоким было физическое, психологическое и сексуальное насилие, приводившее к развитию посттравматических и других стрессовых расстройств у жертв пыток.

САНКЦИИ ООН

Санкции в отношении Югославии были введены Советом Безопасности ООН 1 июня 1992 года и продлились 3,5 года. Как следствие, большинство людей оказались почти в полной изоляции от остального мира. Были разрушены и запрещены не только экономические связи, но также сотрудничество в сфере науки, культуры и спорта. Санкции распространялись даже на импорт фармацевтических препаратов и сырья для фармацевтического производства, а также других медицинских материалов, равно как и некоторых товаров первой необходимости (печного топлива, продуктов питания). Санкции причинили огромный ущерб экономике и привели к значительному снижению уровня и качества жизни. Уровень инфляции был самым высоким в мире после 30-х годов. Средняя заработная плата составляла пять долларов в месяц, и вследствие «галопирующей инфляции» утренние деньги к вечеру полностью теряли свою ценность.

Реакции граждан на чрезвычайные обстоятельства, вызванные санкциями, были разными. Высокий уровень безработицы и отсутствие самого необходимого для жизни порождали тревогу, чувство беспомощности, отчаяния, низкую самооценку и чувство утраты жизненной перспективы [3]. Под влиянием хронического стресса с постоянно возникающими новыми «повседневными стрессами» у некоторых людей истощались адаптационные ресурсы.

За период действия санкций ООН психиатрические службы Федеративной Республики Югославии столкнулись со следующими проблемами: дефицитом лекарственных препаратов и других необходимых материалов; высокой загруженностью пациентами; стрессом у специалистов, оказывающих психиатрическую помощь. О некоторых психосоциальных последствиях, связанных с санкциями, мы упомянем в этой главе в соответствии с данными Республиканского комитета по психиатрии, отчетами экспертов ВОЗ [4] и гуманитарных организаций, а также наблюдениями из нашей собственной клинической практики [5].

Значительно увеличилось количество пациентов с тревожными и депрессивными реакциями, психосоматическими расстройствами, а также злоупотребляющих психоактивными веществами. В больницах существенно возрос уровень смертности из-за отсутствия лекарственных препаратов, необходимых для лечения психоорганических и соматических расстройств у пациентов с хроническими психическими расстройствами. В течение 1993 года в психиатрической больнице в Ковине умерло 250 пациентов, что в два раза превысило обычный уровень смертности. В психиатрической больнице в Горне Топонице было зарегистрировано 70 новых случаев туберкулеза. Потребность в лекарственных препаратах удалось покрыть только на 30%, имевшихся психотропных препаратов не хватало, что не позволяло проводить целевую фармакотерапию. Поскольку

невозможно было применить специфические антидепрессанты и депо-препараты, существенно возросло количество пациентов с резистентной депрессией, также участились случаи обострения заболеваний.

Большинство населения страдало от скудного питания. За период действия санкций ООН распространенность анемии среди студентов увеличилась с 3,4 до 36,7%. В 1993 году в четыре раза возросла заболеваемость туберкулезом. Врачи все чаще обнаруживали у пациентов ишемическую болезнь сердца; кроме того, повысилась смертность от злокачественных заболеваний. Около 10% пациентов умерли, ожидая операции живления кардиостимулятора. Смертность среди пациентов с почечной недостаточностью возросла на 20% в связи с невозможностью проводить диализ, а смертность среди больных сахарным диабетом — вдвое из-за недостатка инсулина; в десять раз увеличилось количество новых случаев диабетической гангрены. Особенно тяжелой была ситуация с беременными женщинами и новорожденными. В дополнение к снижению уровня рождаемости участились случаи преждевременных родов и тяжелых осложнений во время беременности. Также отмечено увеличение количества случаев рискованной беременности, оперативных вмешательств, а также новорожденных с нарушениями психофизиологического развития. В 1993 году общая смертность в Югославии возросла на 13%.

СТРЕСС, ВЫЗВАННЫЙ БОМБАРДИРОВКОЙ

Бомбардировка, названная операцией «милосердный ангел», длилась 11 недель — с 24 марта по 10 июня 1999 года. Эти удары с воздуха были направлены на густонаселенные городские районы, как следствие, жертвами стали мирные граждане по всей стране. Во время воздушных атак, не прекращающихся ни днем, ни ночью, повсюду были слышны ужасные звуки воздушных налетов и взрывов, поэтому многие люди предпочитали ночевать в убежищах. По приблизительным оценкам, количество погибших среди мирного населения достигло примерно 1,5 тысячи. Несколько тысяч людей были ранены, некоторые из них стали инвалидами. Бомбардировки стали причиной интенсивного острого стресса, который налагался на уже имевшийся хронический стресс. В этот период времени люди стали тревожными, злыми, беспомощными и отчаявшимися.

Были разрушены и повреждены многие промышленные объекты, а также школы, оздоровительные центры, культурные памятники и средства массовой информации. Причиненный ущерб оценен примерно в 30 миллиардов долларов. Бомбы, начиненные обедненным ураном, нанесли серьезный урон природной среде страны.

СОЦИАЛЬНЫЕ ПЕРЕМЕНЫ

Демократические изменения, наступившие после 5 октября 2000 года, принесли людям надежду после многих лет стресса и напряжения. Однако социальные перемены, как и в других странах региона, оказались скорее болезненными. Качество жизни людей по-прежнему остается очень низким. Культурная дезинтеграция, связанная с затяжным стрессом и не прекращающимися политическими потрясениями, привела к аномии и отчужденности. У людей доминируют чувства неуверенности и безысходности.

С годами катастрофические события в нашей стране и в регионе в целом способствовали стойкому увеличению распространенности психических и поведенческих расстройств. По данным Института общественного здоровья, количество зарегистри-

рованных случаев психических заболеваний возросло с 271944 в 1999 году до 309281 в 2002, заняв второе место в перечне наиболее серьезных нарушений здоровья в населении (после цереброваскулярных заболеваний). Речь идет не только с большой распространенности расстройств, связанных со стрессом. Значительно увеличилось число других психических расстройств, таких как депрессия, суицидальное поведение, злоупотребление психоактивными веществами, психосоматические расстройства, делинквентность и насилие, а также синдром выгорания у врачей, разделивших судьбу своих пациентов и тяжело работавших в неблагоприятных условиях.

НАШИ ДЕЙСТВИЯ

Оказание помощи пациентам с посттравматическим стрессом является сложной задачей для службы здравоохранения. Ниже описаны действия, предпринятые нами с целью защитить психическое здоровье населения, в течение многих лет пребывавшего в состоянии стресса. Действия проводились на трех уровнях: лечение, обучение и исследование.

Лечение

С целью оказать помощь пострадавшим в 1994 году мы создали Клинику стресса при Институте психиатрии (Белград). Приоритетным направлением в работе клиники было лечение индивидов, переживших острые и хронические стрессовые реакции, а также первичная, вторичная и третичная профилактика психологических последствий войны и психотравмы, связанной с изгнанием [6]. Большинство других клиник и больниц по всей стране также занимались лечением этой категории людей. Чтобы обучить специалистов и параспециалистов, мы перевели несколько книг, посвященных теме катастроф и психического здоровья беженцев, изданных ВОЗ, а также опубликовали собственные книги, руководства и статьи.

Программы психологической помощи

В течение последних 12 лет мы разработали много программ психологической помощи. Одной из них была программа психиатрической помощи беженцам, начавшаяся в 1991 году и продлившаяся до 2000 года [1]. Управление верховного комиссара ООН по делам беженцев поддерживало ее с 1993 года. Была организована сеть из 100 бригад, которая охватила всю страну. После тренинга по вопросам психической травмы и стресса бригады, состоящие из психиатра, психолога и социального работника, могли оказывать консультативную помощь беженцам. Мобильные бригады регулярно посещали коллективные центры для беженцев. Благодаря серии семинаров, организованных при поддержке Швейцарской службы спасения при катастрофах, несколько сотен параспециалистов и неспециалистов приобрели базовые знания по стрессовым расстройствам. Мы также обучили врачей общей практики, около тысячи волонтеров общества Красного Креста, уполномоченных по делам беженцев, социальных работников, а также непосредственно беженцев, с тем чтобы они могли организовать группы само- и взаимопомощи. В рамках программы было налажено тесное сотрудничество с этой структурой и с другими гуманитарными организациями, центрами по социальной работе, центрами первичной медицинской помощи, государственными учреждениями и средствами массовой информации.

В 2000 году был основан Центр реабилитации жертв пыток (неправительственная организация в структуре Международной сети помощи и при поддержке Европейской комиссии), в рамках которого удалось оказать помощь более чем тысяче жертв пыток. Персонал центра состоит из многопрофильной бригады специалистов (психиатров, психологов, юристов и т. д.) [7].

Исследования

Полученные на сегодня эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что 38% населения подверглось воздействию тяжелого стресса. Однако лишь примерно у 9,2% отмечаются реакции, подобные посттравматическому стрессовому расстройству (ПТСР), которое представляет собой скорее сложную структуру, все еще спорную и осложненную проблемой уязвимости.

В нашем исследовании стресса и ПТСР мы обнаружили, что это расстройство было диагностировано у 29,2% беженцев [2]. Большинство из обследованных беженцев перенесли множественные психические травмы, например участие в боевых действиях, ранение, потеря члена семьи, принудительный труд, сексуальное насилие, тюремное заключение, а также стали очевидцами пыток. Наряду с ПТСР были также зафиксированы другие расстройства, например расстройство адаптации (18,6%), смешанное тревожно-депрессивное расстройство (11,3%) и эпизоды депрессии (5%). Самая высокая распространенность ПТСР обнаружена среди групп беженцев, которые пережили сексуальное насилие (56%) и жестокие пытки во время содержания под арестом (74,8%) [9].

Как показали результаты другого исследования [10], через год после воздушных атак у мирных жителей (11%) были выявлены симптомы посттравматического стресса, такие как навязчивости и избегание деятельности и ситуаций, напоминающих о психотравме.

Было высказано предположение о том, что прежний психотравмирующий опыт может качественно менять способ реагирования индивида на последующие психотравмирующие события [11]. Нам удалось обнаружить, что опыт прежнего — не связанного с войной стресса, по-видимому, позволяет индивидам более эффективно справляться с умеренно выраженным воздействием психотравмы. Однако при интенсивном стрессе такая защита оказывается недостаточной.

По результатам исследования, выполненного в популяции студентов через год после атак [12], личностные особенности, прежний стрессовый опыт и воздействие психотравмирующего события имели независимое и прямое влияние на развитие ПТСР. Однако влияние этих факторов нельзя просто суммировать, скорее эти факторы взаимодействуют при своем влиянии на посттравматические стрессовые симптомы.

Изучая взаимосвязь посттравматических стрессовых симптомов и личностных особенностей у мирных граждан через год после воздушных атак, мы обнаружили, что чем более выражено расстройство личности, тем выше подверженность навязчивости, наиболее тяжелому симптому посттравматического стресса, вызванному нарушениями в когнитивной сфере и применением менее эффективных методов совладания [12, 13].

Студенты, обследованные через год после воздушных атак, во время бомбардировок чаще всего прибегали к «обсуждению и собраниям», сопровождавшимся «организацией досуга», а также «спортивными занятиями и прогулками» [14]. Участникам исследован-

ной популяции часто оказывали социальную поддержку. У студентов, преимущественно «активно проводивших свободное время», реже отмечались навязчивые симптомы через год после атак, что свидетельствует в пользу большей эффективности этого способа. Таким образом, организация досуга во время воздействия неконтролируемого внешнего стрессора могла быть формой «здорового отрицания» [15], объясняющего стойкость в чрезвычайно сложной ситуации. Через год после воздушных атак отмечено также снижение уровня жизни во всех ее сферах [16].

В 2002 году мы начали многоцентровое исследование под названием «Терапевтическое поведение и результаты лечения людей с посттравматическим стрессом вследствие конфликта в бывшей Югославии». Это исследование поддерживается Европейской Комиссией и включает работу центров по оказанию помощи при психической травме в двух странах ЕС (Великобритании и Германии), а также в республиках бывшей Югославии (Хорватии, Боснии и Сербии). Мы надеемся, что исследование поможет получить ответы на некоторые спорные вопросы в отношении понятия ПТСР и примирить конфликтующие стороны.

УСВОЕННЫЕ УРОКИ

Необходимость в первой психиатрической помощи после чрезвычайной ситуации

Первая психиатрическая помощь непосредственно после катастрофы может уменьшить психосоциальные последствия психотравмирующих переживаний. Психосоциальную поддержку следует адаптировать к потребностям каждого индивида. Поскольку стрессовые реакции представляют собой нормальную реакцию на ненормальную ситуацию, то на самом деле необходимы именно информация и нормализация симптомов. Нужно избегать медиализации расстройств и помогать пострадавшему сохранить личную автономию.

Очень важно обучать людей способам совладания со стрессом и решения проблем, а также организовывать группы самопомощи. Должна быть налажена практическая помощь, особенно детям, сиротам, одиноким матерям и жертвам пыток. Такой подход поможет предупредить плохую адаптацию и хронические последствия.

Проведение профилактических вмешательств после катастрофы требует совместных усилий многих организаций. Сотрудничество в сфере охраны психического здоровья, т. е. между психиатрами, врачами первичного звена медицинской помощи, гуманитарными организациями и неправительственными организациями, является необходимым условием. Должна быть организована сеть бригад специалистов и параспециалистов.

Необходимы также исследования проблемы заболеваемости психическими расстройствами после катастрофы. Систематические массовые обследования детей и взрослых на наличие ПТСР могут дать важную информацию, которая поможет в разработке рациональных программ охраны психического здоровья после катастрофы. Большое значение имеет также раннее выявление посттравматических реакций, поскольку своевременное вмешательство может предупредить плохую адаптацию и хронические последствия. Исследования проблемы заболеваемости психическими расстройствами после катастроф позволят глубже проникнуть в суть этиологии и течения психических заболеваний в целом и в процесс решения этой проблемы. Подобные исследования также расширят наши знания и помогут усовершенствовать клиническую помощь в этой сфере

человеческого дистресса. Однако, поскольку травмы и катастрофы часто оказываются внезапными и неожиданными, мы должны быть заблаговременно готовы к их ударам.

До катастрофы: социально-ориентированные программы

В спокойный период жизни необходимо разрабатывать комплексные программы, ориентированные на оказание помощи на местах, и проводить обучение соответствующих лиц. Огромное значение имеет систематическая подготовка сотрудников системы здравоохранения, при этом в учебный план должна быть включена психиатрия катастроф. Должен быть унифицированный подход к катастрофе и психотравме. Каждая страна должна организовать разработку национальных программ по профилактике и смягчению психосоциальных последствий катастроф, как того требует ВОЗ с 1987 года. Такой подход позволит лучше подготовиться к катастрофам, оказывать более эффективную помощь жертвам, повысить уровень выживаемости, снизить заболеваемость, связанную с катастрофами, а также улучшить состояние здоровья и адаптацию.

ВЫВОДЫ

Преодоление последствий катастрофы — сложная задача для специалистов в области охраны психического здоровья, чья работа в период различных конфликтов должна выйти за пределы традиционно выполняемой ими роли. Специалисты должны анализировать цепочку взаимозависимости между особенностями личности, окружающей средой и поведением, инициируемым психотравмой. Более того, их интенсивная работа позволит избежать такого негативного момента, как сохранение в памяти болезненных воспоминаний и их пагубных эффектов у травмированных людей, например устойчивые душевные раны и изменения личности. Необходимо инициировать процесс примирения конфликтующих сторон, который, хочется надеяться, воспрепятствует передаче психотравмирующего опыта между поколениями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Kalicanin P., Bukelic J., Ispanovic-Radojkovic V., Ledic-Tosevski D. (1993) *The Stresses of War*. Institute for Mental Health, Belgrade.
2. Lelic-Tosevski D., Draganic S., Jovic V., Ilic Z., Drakulic B., Bokonic S. (1999) Posttraumatic stress disorder and its relationship with personality dimensions. In G.N. Christodoulou, D. Lelic-Tosevski, V. Kontaxakis (Eds.), *Issues in Psychiatric Prevention*, pp. 95–102. Karger, Basel.
3. Lelic-Tosevski D., Kalicanin P. (1994) Effects of the United Nations sanctions on the mental health of the Yugoslav population. *Psiquiatriki*, 1–2: 59–65.
4. Wig N.N. (1993) *The Present State of Mental Health Institutions and Services in the Countries of the Former Yugoslavia*. World Health Organization, Geneva.
5. Kalicanin P., Lelic-Tosevski D., Bukelic J., Ispanovic-Radojkovic V. (1994) *The Stresses of War and Sanctions*. Institute for Mental Health, Belgrade.
6. Lelic-Tosevski D., Drakulic B., Ilic Z., Jovic V., Florikic D., Bokonic S. (1997) The Stress Clinic, Institute for Mental Health. *Torture* 1: 23–24.
7. Lelic-Tosevski D., Bakalic J. (in press) Centre for rehabilitation of torture victims. In Z. Spiric, G. Knezevic, G. Opacic, V. Jovic, D. Lelic-Tosevski (Eds.), *Against Torture*. IAN, Belgrade.
8. Breslau N., Davis G.C., Andreski P. (1991) Traumatic events and post-traumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry*, 48: 216–222.
9. Ilic Z., Jovic V., Lelic-Tosevski D. (1998) Post-traumatic stress disorder among prisoners of war. *Psychiatry Today (Psihijatrija Danas)*, 30: 87–106.
10. Gavrilovic J., Lelic-Tosevski D., Knezevic G., Priebe S. (2002) Predictors of posttraumatic stress in civilians 1 year after air attacks: a study of Yugoslav students. *J Nerv Ment Dis*, 190: 257–262.

11. Breslau N., Chilcoat H.D., Kessler R.C., Davis G.C. (1999) Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: results from Detroit Area Survey of Trauma. *Am J Psychiatry*, **156**: 902–907.
12. Lecic-Tosevski D., Gavrilovic J., Knezevic G., Priebe S. (2003) Personality factors and posttraumatic stress: association in civilians one year after air attacks. *J Person Disord*, **17**: 537–549.
13. Draganic S., Lecic-Tosevski D., Calovska-Hercog N. (1997) Relationship between borderline personality disorder and posttraumatic stress. *Psychiatry Today (Psihijatrija Danas)*, **29**: 49–59.
14. Gavrilovic J., Lecic-Tosevski D., Dimic S., Pejovic-Milovancevic M., Knezevic G., Priebe S. (2003) Coping strategies in civilians during air attacks. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, **38**: 128–133.
15. Druss R.G., Douglas C.J. (1988) Adaptive responses to illness and disability: healthy denial. *Gen Hosp Psychiatry*, **10**: 163–168.
16. Lecic-Tosevski D., Susie V., Dimic S., Jankovic J., Colovic O., Priebe S. (2003) Quality of life in the years of stress. In V. Sulovic, D.J. Jakovljevic (Eds.), *Medicine and Quality of Life*, pp. 103–118. Serbian Academy of Science and Arts, Belgrade.
17. Priebe S., Gavrilovic J., Schuetzwohl M., Lecic-Tosevski D., Ljubotinja D., Bravo Mehmedbasic A., et al. (2002) Rationale and method of the STOP study — study on the treatment behavior and outcomes of treatment in people with posttraumatic stress following conflicts in ex-Yugoslavia. *Psychiatry Today (Psihijatrija Danas)*, **34**: 133–160.

Опыт Хорватии

Vera Folnegović Šmalc

Vrapče Psychiatric Hospital, Zagreb, Croatia

ВВЕДЕНИЕ

Война в Хорватии началась в 1991 году сразу же после провозглашения независимости страны, причем без объявления и вначале в нескольких регионах. Даже после того как пали первые жертвы, большинство хорватов не до конца осознавали, что это война, которая продлится годы. Однако вскоре начались настоящие ужасы: убийство отдельных людей, нападения на полицейский транспорт, блокирование дорог, запугивание и массовое изгнание населения Хорватии с территории, составляющей треть территории всей страны, с этническими чистками, а также с разрушением больниц и убийством пациентов. Эти и подобные им в высшей степени стрессовые ситуации обрушились на людей внезапно и неожиданно.

Вплоть до начала войны население Хорватии было безоружным. По мере того как росло сопротивление, в страну ввозилось большое количество огнестрельного оружия, и значительная часть населения смогла обзавестись им. Позже это привело к тому, что увеличилось количество самоубийств с использованием огнестрельного оружия, которые прежде в этой стране встречались редко.

Война в Хорватии вызвала интенсивную миграцию населения. Вначале переселение происходило в пределах самой Хорватии, т. е. хорваты были вытеснены из оккупированных территорий. В 1991–1995 годах количество изгнанников и беженцев оценивалось в 600 тысяч [1, 2]. Те, кто покинул страну, находили работу в более крупных городах, а иногда в США или в странах Западной Европы и после освобождения Хорватии не вернулись на прежнее место жительства. После оккупации Боснии и Герцеговины многие проживавшие там хорваты и боснийцы обосновались в Хорватии, и некоторые из них поселились здесь навсегда. После полного освобождения Хорватии часть населения Сербии переселилась в Боснию и Сербию.

Помимо обычных психотравмирующих событий военного времени, население Хорватии за годы войны часто сталкивалось со специфическими типами психических травм, например массовые изнасилования мужчин и женщин (как в Хорватии, так и в Боснии и Герцеговине, откуда они массово переселились в Хорватию). Большое количество людей поместили в военные лагеря для интернированных; многих пациентов выгнали из больниц (например, из больницы в Вуковаре), и об их судьбе длительное время ничего не было известно.

Очень часто у родственников пропавших или заключенных под стражу лиц наблюдался феномен отсроченной реакции горя. Вначале о судьбе «пропавших» ничего

не было известно; позже их находили среди погибших (обычно после эксгумации из братских могил), как следствие, у некоторых родственников жертв развивались тяжелые психические расстройства, часто с психотическими симптомами; у отдельных индивидов возникали клинические признаки психотического отрицания.

Оккупанты на захваченных территориях выдворили из психиатрических больниц большинство пациентов, независимо от национальности. Например, из больницы в Пакраце за один день было вывезено 200 психически больных, большинство из них находились в тяжелом психическом состоянии, отягощенном соматическими заболеваниями, и остро нуждались в жилье и медицинской помощи общего профиля.

Начиная с 1973 года в Хорватии было проведено длительное катанестическое исследование репрезентативной выборки пациентов, страдающих шизофренией, составленной по всей стране [3]. После войны многие из них «потерялись», т. е. их нельзя было обнаружить по прежним адресам, и ничего не было известно об их перемещении или о возможной смерти.

За период войны заметно возросло количество новых случаев злоупотребления психоактивными веществами. В 1990 году впервые зарегистрированных пациентов с опиатной зависимостью было 79, к 2000 году эта цифра увеличилась до 347 [4]. Аналогично, количество обследованных пациентов с зависимостью от психоактивных веществ возросло с 14 в 1991 году до 1584 в 1999 [4].

Почти за ночь в Хорватии резко сократилось количество психиатрических учреждений и персонала, в частности и из-за того, что часть из них осталась на оккупированной территории. Одной из первоочередных задач для психиатров стало обучение специалистов и обычных людей способам решения проблем, связанных с войной. В 1990 году ведущие психиатры и психологи под руководством Е. Klain (руководителя психиатрического департамента Главного медицинского управления республики Хорватия) разработали и опубликовали руководство под названием «Введение в психологию и психиатрию военного времени» [5], в котором содержались методические указания и рекомендации специалистов, а также данные из зарубежной литературы. Через год медицинский факультет университета в Загребе опубликовал обширное руководство под названием «Психология и психиатрия войны» [6] на хорватском и английском языках. В нем авторы описали опыт войны в Хорватии, в частности предложили фармакотерапевтический алгоритм для «врачебной сумки на поле боя» [7], а также случай с узником военного лагеря, расположенного на горном массиве Маняча [8].

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО

Данные самого крупного психиатрического учреждения в Хорватии (психиатрическая больница Врпаче) отражают существенные изменения в структуре заболеваемости психическими расстройствами у госпитализированных пациентов до, во время и после войны (в 1989, 1994 и 2000 годах) (табл. 19.1). При этом отмечается резкое увеличение количества пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством и с другими связанными со стрессом расстройствами в 1994 году и резкое уменьшение в 2000 году.

Таблица 19.1. Пациенты, выписанные из психиатрической больницы Врапче в Загребе до, во время и после войны

Диагноз (МКБ–10)	Год		
	1989	1994	2000
Психоорганические расстройства	638	756	1019
Психические расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ	1337	1279	1791
Шизофрения и другие психотические расстройства	1504	1538	1945
Расстройства настроения	264	311	562
Расстройства личности	158	291	209
Реакции на тяжелый стресс и расстройства адаптации; стойкое изменение личности после переживания катастрофы	38	1365	365
Другие	868	883	482
Итого	4807	6423	6373

Симптомы ПТСР возникали реже у тех индивидов, которые получали психосоциальную поддержку со стороны окружения, по сравнению с теми, кто был лишен такой помощи. Другими словами, у лиц одного и того же пола, переживших одни и те же психотравмирующие события (выселение из собственного дома, чувство угрозы жизни, пребывание в качестве свидетеля убийства и изнасилования других людей, вероятность самому стать жертвой изнасилования), различалась частота возникновения симптомов ПТСР в зависимости от того, получали они психосоциальную помощь (от специалистов) или нет. В группе лиц, которым оказывали такую помощь, у 43% возникли симптомы ПТСР [8], тогда как среди оставшихся после психотравмы без помощи это расстройство диагностировано у 64%. Распространенность ПТСР варьировалась также в зависимости от типа психотравмирующего события: у лиц, которые были очевидцами убийства или изнасилования близкого родственника (дети, родители, сибсы или супруги), ПТСР возникало в 100% случаев.

В своей повседневной клинической практике мы старались использовать критерии МКБ–10 и DSM–IV. Очень скоро стало ясно, что обе эти классификации не всегда позволяли установить одинаковый диагноз. Поэтому мы провели клиническое исследование среди пациентов, которым диагноз ПТСР был поставлен при выписке. В исследование было включено 250 пациентов без каких-либо сопутствующих психических расстройств. Два психиатра, прошедшие специальную подготовку по применению как МКБ–10, так и DSM–IV и достигшие удовлетворительного уровня достоверности, провели повторную диагностику у этих пациентов. Из всех 250 пациентов с клиническим диагнозом ПТСР у 186 он был установлен в соответствии с критериями DSM–IV, а у 217 — в соответствии с МКБ–10. Только у 183 пациентов диагноз ПТСР совпал по обеим классификациям.

Как подчеркивается в DSM–IV, при постановке диагноза ПТСР у людей, переживших определенную форму физического насилия, необходимо исключить симуляцию. Это имеет непосредственное отношение к ситуации в Хорватии, поскольку согласно нашим законам лица с ПТСР, получавшие медицинскую помощь во время гражданской войны, имеют право на определенные материальные льготы. В противоположность тем, кто склонен преувеличивать симптомы, существует также категория людей, которые избегают разговоров о психотравмирующем событии и отрицают симптомы ПТСР. Чаше

всего это наблюдается у лиц с ПТСР, развившимся после изнасилования, особенно у забеременевших женщин.

Прогноз ПТСР зависит не только от лечения, но и от последующей поддержки со стороны семьи и общества, от реализации ожиданий после окончания войны, прежней (преморбидной) структуры личности, сопутствующих расстройств, чувства принадлежности к обществу с положительной оценкой личности и заслуг индивида, а также от отсутствия новых стрессовых ситуаций. К сожалению, в Хорватии многие люди остаются безработными. Даже здоровым тяжело получить работу, но еще тяжелее психически неполноценным. Из-за этого многие лица с ПТСР остаются безработными, часто без каких-либо доходов; они теряют уверенность в себе и чувствуют себя обманутыми и бесполезными. Зачастую их жизнь кажется им ничего не стоящей; они нередко избегают лечения и занимаются самолечением, иногда с помощью алкоголя. Кроме того, у них часто возникают симптомы повышенной возбудимости, например: раздражительность со вспышками гнева и ажитацией; чрезмерная настороженность и заметное снижение порога устойчивости к фрустрации; непереносимость ситуаций ожидания; нетерпеливость; склонность к реакциям отыгрывания. У них часто наблюдаются расстройства сна и суицидальное поведение. У большинства этих пациентов состояние уже не соответствует критериям ПТСР по обеим классификациям (МКБ–10 и DSM–IV). Если бы у нас не было медицинских данных и подробного анамнеза, мы вряд ли смогли бы поставить им диагноз в соответствии с критериями DSM–IV. Однако исключительно для этой (к сожалению, большой) группы пациентов, которые ранее соответствовали критериям ПТСР, в МКБ–10 предусмотрена диагностическая категория даже сегодня, спустя 10 лет после того, как они заболели. Она называется «хроническое изменение личности после переживания катастрофы», код 62.0. Типичны следующие симптомы: психическая ригидность, плохая адаптация и нетерпимость, которые приводят к глубокому изменению личности и нарушают семейные, межличностные отношения и социальное функционирование.

На основе нашего опыта наблюдения за большим количеством людей с ПТСР мы пришли к выводу, что диагностические критерии МКБ–10 более пригодны для диагностики хронических состояний, тогда как для диагностики острых состояний более приемлема DSM–IV.

ВЫВОДЫ

Война в Хорватии оставила тяжелые и нередко длительно сохраняющиеся последствия со стороны психического и физического здоровья у значительной части пострадавших лиц. Некоторые из этих последствий передаются следующему поколению, потому что ПТСР часто возникает и у детей, однако распознается лишь у немногих из них. С другой стороны, беспокойное поведение лиц, перенесших психотравму, становится причиной психических расстройств у их детей.

Война существенно изменила структуру психиатрической заболеваемости и способствовала увеличению количества госпитализированных пациентов с диагнозом шизофрении, других психозов и деменции. Несколько десятков тысяч лиц в Хорватии перенесли или все еще страдают ПТСР. У некоторых из них это расстройство приняло хронический характер течения, которое в соответствии с критериями МКБ–10 называется «хроническое изменение личности после переживания катастрофы». Мы считаем, что критерии МКБ–10 больше подходят для клинического использования, чем DSM–IV,

особенно при хронических состояниях. Частота возникновения ПТСР зависит от типа пережитого психотравмирующего события, помощи со стороны окружения, полученной после психотравмы, типа преморбидной личности, а также вида и продолжительности лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Kostović I., Judaš M. (Eds.) (1992) *Mass Killing and Genocide in Croatia 1991/92. A Book of Evidence*. Sveučilišna Naklada, Zagreb.
2. Kostović I., Judaš M., Henigsberg N. (1993) Medical documentation of human rights violations and war crimes on the territory of Croatia during the 1991/93 war. *Croat Med J*, **34**: 285–293.
3. Folnegović-Šmalc V., Folnegović Z. (1985) *Evaluacija Terapije Shizofrenih Bolesnika*. U: Rad, Jugoslavenska Akademija Znanosti i Umjetnosti, Zagreb.
4. Sakoman S. (2001) *Društvo bez Droge. Hrvatska Nacionalna Strategija*. Institute of Social Sciences I, Pilar, Zagreb.
5. Klain E. (1991) *Uvod u Ratnu Psihologiju i Psihijatriju*. Odjel za Psihijatriju i Psihologiju GSS RH, Zagreb.
6. Klain E. (Ed.) (1992) *Psychology and Psychiatry of War*. Faculty of Medicine, University of Zagreb.
7. Folnegović-Šmalc V., Jakovljević M., Hotujac Lj. (1992) Psychopharmacotherapy in war conditions. In E. Klain (Ed.), *Psychology and Psychiatry of War*. Faculty of Medicine, University of Zagreb.
8. Folnegović-Šmalc V. (1997) Posttraumatic stress disorder in Eastern Europe: the Croatian experience — psychiatric and personal perspectives. Presented at the 10th Congress of the European College of Neuropsychopharmacology, Vienna, 13–17 September.

ПРИЛОЖЕНИЕ

**Заявление Всемирной ассоциации психиатров
о последствиях чрезвычайных ситуаций
для психического здоровья
(одобрено Генеральной ассамблеей
26 августа 2002 года)**

Всемирная ассоциация психиатров хотела бы привлечь внимание психиатров и других специалистов в области охраны психического здоровья, руководителей органов здравоохранения, принимающих решения, и общественности к серьезным и потенциально катастрофическим психологическим и психопатологическим нарушениям, спровоцированным чрезвычайными ситуациями. Эти нарушения могут различаться по своему характеру, интенсивности и возможности хронического течения, но острые реакции на стресс, посттравматическое стрессовое расстройство, тревожные и психотические расстройства, расстройства настроения и стойкие изменения личности могут иметь еще более серьезные последствия, если их оставить без лечения.

Чрезвычайные ситуации могут возникать по разным причинам, например землетрясения, наводнения, ураганы, пожары, морские и авиакатастрофы, а также атаки террористов. Чрезвычайные ситуации могут также быть результатом военных действий и связанных с ними последствий и негативных явлений, воздействующих на важные группы населения, а именно: голода, санкций, вынужденных миграций и подобных лишений. Все они отражаются на населении и особенно на детях, неблагоприятно влияя на социальную структуру и систему, что еще больше усиливает воздействие бедствия на отдельных индивидов и на население в целом.

Существуют надежные и эффективные методы диагностики и лечения поведенческих расстройств, вызванных чрезвычайными ситуациями. На одного индивида, получившего телесные повреждения во время чрезвычайной ситуации, приходится три перенесших психотравму. Среди них приоритет должны иметь родственники и персонал, выполняющий спасательные работы. Существенное значение имеют ранние (осуществляемые на месте) вмешательства, объединяющие усилия бригады спасателей и медицинского персонала.

Чрезвычайные ситуации не являются фатальными событиями; нет четкого определения разницы между стихийными бедствиями и антропогенными катастрофами. Даже при природных катаклизмах человеческий фактор играет существенную роль, в частности плохие социальные и жизненные условия, отсутствие планов превентивных мер и вмешательств.

На индивидуальном уровне следует уделять внимание выявлению, подготовке и защите уязвимых индивидов и социальных групп. Это входит в обязанности специалистов служб охраны психического здоровья, которые должны сотрудничать, наряду с другими, с семьей, школой и агентствами по трудоустройству.

На уровне населения специалисты в области охраны психического здоровья играют важную роль, выступая в качестве: а) консультантов руководителей органов здравоохранения по вопросам профилактики и лечения поведенческих расстройств среди местного населения как последствий катастроф; б) консультантов лиц, принимающих решения, информируя их о пагубном воздействии катастроф на поведение людей и используя их влияние с целью предупредить возникновение антропогенных и других катастроф; в) консультантов общественности, объясняющих широкой публике способы минимизации поведенческих последствий катастроф в виде нарушений поведения.

В настоящее время над решением этих проблем и над поиском путей сотрудничества с психиатрической общественностью, руководством органов здравоохранения и государственной властью, а также общественностью, работают два важных подразделения Всемирной ассоциации психиатров, Секции, а точнее Секция военной психиатрии и психиатрии катастроф, Секция профилактической психиатрии и Секция тревожных и обсессивно-компульсивных расстройств, а также Специальная программа по вопросам катастроф (возглавляемая совместно проф. G.N. Christodoulou и проф. J.J. López-Ibor). Все они убеждены в том, что такое сотрудничество очень важно для положительного результата их усилий.

Всемирная ассоциация психиатров призывает своих членов и собственные научные секции, Всемирную организацию здравоохранения и другие соответствующие ассоциации и организации объединить усилия, чтобы содействовать: получению новых данных о поведенческих расстройствах, вызванных чрезвычайными ситуациями, проводя научные исследования; распространению этой информации с помощью обучения; профилактике поведенческих расстройств и решению связанных с ними проблем путем создания сетей специалистов, которые могут давать рекомендации, обучать и даже осуществлять вмешательства при чрезвычайных ситуациях.

Чрезвычайные ситуации и психическое здоровье

Редакторы

Хуан-Хосе Лопез-Ибор, Мадридский университет, Испания

Георгий Христодулу, Афинский университет, Греция

Марио Мэй, Неаполитанский университет, Италия

Норман Сарториус, Женевский университет, Швейцария

Ахмед Окаша, Университет Ain Shams, Каир, Египет

Стихийные бедствия и техногенные катастрофы, войны и терроризм все больше влияют на психическое здоровье населения многих стран мира. В книге «Чрезвычайные ситуации и психическое здоровье» представлен исчерпывающий обзор:

- коинических и эпидемиологических аспектов;
- психологических и психосоциальных последствий чрезвычайных ситуаций;
- эффективных вмешательств;
- аспектов организации служб.

В этом практическом пособии также предложена серия сообщений о приобретенном в этой сфере опыте, например:

- Опыт землетрясения в Кобе.
- Опыт (ликвидации последствий) взрыва бомбы в посольстве США в Найроби.
- Опыт Нью-Йорка: террористические атаки 11 сентября 2001 года.
- Опыт Израиля и Палестины.

Книга «Чрезвычайные ситуации и психическое здоровье» будет полезна психиатрам и психологам, специалистам в области охраны психического здоровья, занимающимся жертвами чрезвычайных ситуаций, исследователям и высшим должностным лицам.