# Чрезвычайные ситуации и психогенные расстройства

**З**а последнее время чрезвычайные ситуации, как это ни парадоксально звучит, все в большей мере становятся фактом нашей повседневной жизни. Пристихийных бедствиях, катастрофах и других экстремальных воздействиях зачастую развиваются массовые психогенные расстройства, вносящие дезорганизацию в общийход спасательных и восстановительных работ.
Психопатологические расстройства в экстремальных ситуацияхимеют много общего с развивающимися в обычных условиях. Однако есть и существенные различия. **Во-первых,** вследствие множества психотравмирующихфакторов расстройства одномоментно возникают у большого числа людей. **Во-вторых,** их клиническая картина не носит строго индивидуального, как обычно, характера,а сводится к достаточно типичным проявлениям. **Особенностью** является и то, что пострадавший вынужден продолжать активную борьбу с последствиямистихийного бедствия (катастрофы), чтобы выжить самому и защитить близких.

|  |
| --- |
| "Новые" диагностические (терминологические) оценки психических расстройств, связанных с чрезвычайными ситуациями, вошедшие в практику во второй половине ХХ в. |
| Посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР): |
| "вьетнамский""афганский""чеченский" и другие  | СИНДРОМЫ  |
| Радиационная фобия (РФ) Боевое утомление (БУ) Социально-стрессовые расстройства (ССР) |

Дифференцированное рассмотрение клинических форм и вариантов расстройств, их отграничение от широкого круга неврозоподобных и психопатоподобныхсостояний требуют квалифицированного наблюдения, анализа, оценки динамики состояния больных, параклинических исследований и т.д. Это возможно только вусловиях лечебного учреждения при наличии врача-психиатра, а в случае необходимости – и других специалистов. Понятно, что в чрезвычайной ситуацииспециалиста-психиатра на месте может и не быть.
Необходима экспресс-диагностика, позволяющая решитьнеотложные вопросы (оставить пострадавшего на месте или эвакуировать, какие сделать медицинские назначения) и оценить прогноз. Чем ближе пострадавший кспециализированному лечебному учреждению, тем больше возможностей для уточнения первоначального диагноза и внесения в него дополнительных клиническихобоснований. Опыт показывает, что в подавляющем большинстве случаев врач уже на начальном этапе медицинской сортировки лиц с психогенными расстройствамидостаточно оперативно и правильно решает принципиальные вопросы эвакуации, прогноза и необходимости купирующей терапии, выделяя как **непатологические (физиологические)невротические феномены** (реакции на стресс, адаптационные реакции), так и **невротическиереакции**, **состояния и** **реактивные психозы** (см. таблицу).
Наиболее часто психогенные расстройства возникают при жизнеопасных ситуациях, характеризующихся катастрофической внезапностью.Поведение человека при этом во многом определяется страхом, который до определенных пределов может считаться физиологически нормальным и приспособительнополезным. По существу, напряжение и страх возникают при каждой осознаваемой человеком катастрофе. "Бесстрашных" психически нормальных людей вобщепринятом понимании этих слов не бывает. Все дело – во времени, необходимом для преодоления растерянности, принятия рационального решения и началадействий. У подготовленного к экстремальной ситуации человека этот временной промежуток значительно меньше; у полностью неподготовленного сохраняющаясярастерянность определяет длительное бездействие, суетливость и является важнейшим показателем риска развития психогенного расстройства.

|  |
| --- |
| **Таблица. Психические расстройства, наблюдающиеся при жизнеопасных ситуациях во время и после стихийных бедствий и катастроф**  |
| Реакции и психогенные расстройства | Клинические особенности |
| Реактивные психозы:острые  | Острые аффективно-шоковые реакции, сумеречные состояния сознания с двигательным возбуждением или двигательной заторможенностью |
| затяжные | Депрессивные, параноидные, псевдодементные синдромы, истерические и другие психозы |
| Непатологические (физиологические) реакции | Относительно кратковременное и непосредственно связанное с психогенной ситуацией преобладание эмоциональной напряженности, психомоторных, психовегетативных, гипотимических проявлений, сохранение критической оценки происходящего и способности к целенаправленной деятельности |
| Психогенные патологические реакции | Невротический уровень расстройств – остро возникшие астенический, депрессивный, истерический и другие синдромы, снижение критической оценки происходящего и возможностей целенаправленной деятельности |
| Психогенные расстройства (состояния) невротического уровня | Стабилизированные и усложняющиеся невротические расстройства –неврастения (невроз истощения, астенический невроз), истерический невроз, невроз навязчивых состояний, депрессивный невроз, в ряде случаев утрата критического понимания происходящего и возможностей целенаправленной деятельности |

Вот как описывает свое состояние в экстремальных условиях, связанных с аварией на энергоблоке, специалист-атомщик: "В момент нажатиякнопки АЗ-5 (аварийная защита) пугающе вспыхнула яркая подсветка указателей. Даже у самых опытных и хладнокровных операторов в такие секунды сжимаетсясердце... Мне знакомо чувство, переживаемое операторами в первый момент аварии. Неоднократно бывал в их шкуре, когда работал на эксплуатации атомных станций. Впервый миг – онемение в груди, все обрушивается лавиной, обдает холодной волной невольного страха прежде всего оттого, что застигнут врасплох и вначале незнаешь, что делать, пока стрелки самописцев и приборов разбегаются в разные стороны, а твои глаза – вслед за ними, когда неясны еще причина изакономерность аварийного режима, когда одновременно (опять же невольно) думается где-то в глубине, третьим планом, об ответственности и последствияхслучившегося. Но уже в следующее мгновение наступают необыкновенная ясность головы и хладнокровие ..."
У неподготовленных людей, неожиданно попавших в жизнеопасную ситуацию, страх порой сопровождается измененным состоянием сознания. Наиболеечасто развивается оглушенность, выражающаяся в неполном осмыслении происходящего, затруднении его восприятия, нечеткости (при глубоких степенях –неадекватности) жизнеспасающих действий.
Специальные исследования, проводившиеся со 2-го дняСпитакского землетрясения в Армении в декабре 1988 г., выявили более чем у 70% обследованных психогенные расстройства разной выраженности и длительности – отпродолжавшихся несколько минут до длительных и стойких.
Непосредственно после острого воздействия, когда появляютсяпризнаки опасности, возникают растерянность, непонимание того, что происходит. За этим коротким периодом **при простой реакции страха** умеренно повышаетсяактивность, движения становятся четкими, экономичными, увеличивается мышечная сила, что способствует перемещению многих людей в безопасное место. Нарушенияречи ограничиваются ускорением ее темпа, запинанием, голос становится громким, звонким, мобилизуются воля, внимание, идеаторные процессы. Мнестическиенарушения представлены снижением фиксации окружающего, нечеткими воспоминаниями о происходящем вокруг. Однако в полном объеме запоминаются собственные действияи переживания. Характерно изменение представления о времени: течение его замедляется, длительность острого периода представляется увеличенной в несколькораз.
**При сложных реакциях** страха в первую очередь отмечаются более выраженные двигательные расстройства. Наряду с психическимирасстройствами нередки тошнота, головокружение, учащенное мочеиспускание, ознобоподобный тремор, обмороки, у беременных женщин – выкидыши. Восприятиепространства изменяется: искажаются расстояние между предметами, их размеры и форма. В ряде наблюдений окружающее представляется "нереальным",причем это состояние затягивается на несколько часов после воздействия. Длительно могут сохраняться и кинестетические иллюзии (ощущения колебаний земли, полета,плавания и т.д.).
Обычно подобные переживания развиваются при землетрясениях, ураганах. Например, после смерча многие пострадавшие отмечают действиенепонятной силы, которая их "как будто тянет в яму", они "сопротивляются этому", хватаются руками за различные предметы,стараясь удержаться на месте. Один пострадавший рассказал, что у него было ощущение, будто он плывет по воздуху, совершая при этом такие же движенияруками, как при плавании.
При простой и сложной реакциях страха сознание сужено, хотя вбольшинстве случаев сохраняются доступность для внешних воздействий, избирательность поведения, возможность самостоятельно выходить иззатруднительного положения. Особое место занимают состояния паники. Индивидуальные панические реакции сводятся к аффективно-шоковым. При развитииих одновременно у нескольких человек возможен эффект взаимовлияния, приводящий к массовым индуцированным эмоциональным расстройствам, которые сопровождаются"животным" страхом. Индукторы паники – паникеры, люди, обладающие выразительными движениями, гипнотизирующей силой криков, ложной уверенностью всвоих действиях. Становясь лидерами толпы в чрезвычайных обстоятельствах, они могут создать общий беспорядок, быстро парализующий целый коллектив.
Предотвращают панику предварительное обучение действиям в критических ситуациях, правдивая и полная информация во время и на всех этапахразвития чрезвычайных событий, специальная подготовка активных лидеров, способных в критический момент возглавить растерявшихся, направить их действияна самоспасение и спасение других пострадавших.
В развитии экстремальной ситуации определяется 3 периода,каждому из которых свойственны определенные психогенные нарушения (см. схему).
**Первый – острый – период** длится от начала воздействиядо организации спасательных работ (минуты, часы). В это время наблюдаются преимущественно психогенные реакции психотического и непсихотического уровня,среди которых особое место занимают психические расстройства у получивших травмы и ранения. Врачу приходится проводить квалифицированныйдифференциально-диагностический анализ, чтобы выявить причинно-следственную связь психических нарушений как непосредственно с психогениями, так и с полученнымиповреждениями (черепно-мозговая травма, интоксикация вследствие ожога и др.).
Специально следует отметить особенности начала развитияжизнеопасной ситуации при растянутом во времени первом периоде. Опасность в это время может не иметь признаков, позволяющих воспринимать ее как угрожающую(как, например, при аварии на Чернобыльской АЭС). Осознание угрозы жизнии здоровью возникает лишь в результате официальной и неофициальной (слухи)информации от различных источников. Поэтому и психогенные реакции развиваются постепенно, с вовлечением все новых групп населения. Преобладаютнепатологические невротические проявления, а также реакции невротического уровня, определяемые тревогой, появившейся вслед за осознанием опасности;удельный вес психотических форм обычно незначителен. Лишь в единичных случаях выявляются реактивные психозы с тревожно-депрессивными идепрессивно-параноидными расстройствами и обостряются уже имевшиеся психические заболевания.
После завершения острого периода некоторые пострадавшие испытывают кратковременное облегчение, подъем настроения, активно участвуют вспасательных работах, порой многословно, многократно повторяясь, рассказывают о своих переживаниях. **Эта фаза эйфории длится от нескольких минут донескольких часов.** Как правило, она сменяется вялостью, безразличием, идеаторной заторможенностью, затруднениями при осмыслении задаваемых вопросов,выполнении даже простых заданий. На этом фоне наблюдаются эпизоды психоэмоционального напряжения с преобладанием тревоги. В ряде случаевпострадавшие производят впечатление отрешенных, погруженных в себя, часто и глубоко вздыхают, отмечается брадифазия. Ретроспективный анализ показывает, чтовнутренние переживания у этих людей нередко связываются с мистически-религиозными представлениями. Другим вариантом развития тревожногосостояния в этот период может быть **"тревога с активностью",** проявляющаяся двигательным беспокойством, суетливостью, нетерпеливостью,многоречивостью, стремлением к обилию контактов с окружающими. Экспрессивные движения несколько демонстративны, утрированны. Эпизоды психоэмоциональногонапряжения быстро сменяются вялостью, апатией; происходит мысленная "переработка" случившегося, осознание утрат, предпринимаются попыткиадаптироваться к новым условиям жизни.
На фоне вегетативных дисфункций нередко обостряютсяпсихосоматические заболевания, относительно компенсированные до экстремального события, появляются стойкие психосоматические нарушения. Наиболее часто этобывает у пожилых людей, а также при наличии резидуальных явлений органического заболевания ЦНС воспалительного, травматического, сосудистого генеза.
**Во втором периоде (развертывание спасательных работ)** начинается "нормальная" жизнь в эсктремальных условиях. В это времядля формирования состояний дезадаптации и психических расстройств значительно большее значение приобретают особенности личности пострадавших, а такжеосознание ими не только сохранения в ряде случаев жизнеопасной ситуации, но и новых стрессовых воздействий (утрата родных, разобщение семей, потеря дома,имущества). Важный элемент пролонгированного стресса – ожидание повторных воздействий, несовпадение с результатами спасательных работ, необходимостьидентификации погибших родственников и т. д. Психоэмоциональное напряжение, характерное для начала второго периода, сменяется к его концу, как правило,повышенной утомляемостью и "демобилизацией" с астенодепрессивными проявлениями.
**В третьем периоде, начинающемся для пострадавших после их эвакуации в безопасные районы**, у многих происходит сложная эмоциональная икогнитивная переработка ситуации, своеобразная "калькуляция" утрат. Приобретают актуальность и психогенно-травмирующие факторы, связанные сизменением жизненного стереотипа, способствующие формированию относительно стойких психогенных расстройств. Наряду с сохраняющимися неспецифическиминевротическими реакциями и состояниями начинают преобладать затянувшиеся и развивающиеся патохарактерологические изменения, посттравматические исоциально-стрессовые расстройства. Соматогенные психические нарушения при этом могут носить разнообразный "подострый" характер, наблюдаются как"соматизация" многих невротических расстройств, так и в известной мерепротивоположные этому процессу "невротизация" и"психопатизация". Последние связаны с осознанием травматических повреждений и соматических заболеваний, а также с реальными трудностями жизни.
Каждое из упомянутых состояний имеет свои особенности, предопределяющие методико-организационную и лечебную тактику. Особого вниманиязаслуживают **реактивные психозы, возникающие в первый период жизнеопасной ситуации**. Они характеризуются выраженными нарушениями психическойдеятельности, лишающими человека (или группу людей) возможности адекватно воспринимать происходящее, на продолжительное время нарушающие трудо- и работоспособность.Развиваются также вегетативные и соматические нарушения – со стороны сердечно-сосудистой, эндокринной и дыхательной систем, желудочно-кишечноготракта и т. д., в ряде случаев выраженные столь резко, что становятся ведущими в болезненных проявлениях. Реактивные психозы, как правило, развиваются остро,под воздействием совокупности чрезвычайных неблагоприятных факторов. Принято считать, что им способствуют переутомление, общая астенизация, нарушения режимасна, питания, предварительная физическая и психическая травматизация (например, легкие травмы тела и головы, озабоченность судьбой родных и близких и т. п.).Фугоформные реакции кратковременны – до нескольких часов, ступорозные более длительны – до 15 – 20 сут. Полное выздоровление отмечается практически во всехслучаях. Эти состояния, типичные для жизнеопасных ситуаций, по механизмам возникновения трактуются как примитивные реакции на угрозу для жизни.
**Психогенные сумеречные расстройства** сознания характеризуются сужением объема сознания, преимущественно автоматическимиформами поведения, двигательным беспокойством (реже – заторможенностью), иногда – отрывочными галлюцинаторными и бредовыми переживаниями. Обычно онинепродолжительны (у 40% всех больных завершаются в течение суток). Как правило, у всех перенесших психогенные сумеречные расстройства отмечается полноевосстановление здоровья и адаптированной деятельности.
**Затяжные реактивные психозы** формируются медленнееострых, обычно в течение нескольких суток. Чаще встречается депрессивная их форма. По симптоматике это – достаточно типичные депрессивные состояния сизвестной триадой клинических проявлений (снижение настроения, двигательная заторможенность, замедление мышления). Больные поглощены ситуацией, все ихпереживания определяются ею. Обычно наблюдаются ухудшение аппетита, похудание, плохой сон, запоры, тахикардия, сухость слизистых оболочек, у женщин –прекращение менструаций. Выраженные проявления депрессий без активного лечения нередко затягиваются на 2 – 3 мес. Окончательный прогноз в большинстве случаевотносительно благоприятный.
**Психогенный параноид** обычно развивается медленно, втечение нескольких дней, и, как правило, носит затяжной характер. Среди клинических проявлений на первом месте стоят аффективные нарушения: тревога, страх,депрессия. На их фоне обычно формируются стойкие бредовые идеи отношения и преследования. Отмечается тесная связь аффективных расстройств и выраженностибредовых переживаний.
**Псевдодементная форма,** как и остальные затяжные психозы, формируется в течение нескольких дней, хотя нередко отмечаются ислучаи острого развития. Психотические явления сохраняются в течение месяца и более, состояние больных характеризуется нарочито грубыми демонстрацияминарушения интеллекта (невозможность назвать возраст, дату, перечислить факты анамнеза, имена родных, произвести элементарный счет и др.). Поведение носитхарактер дурашливости: неадекватная мимика, вытягивание губ "хоботком", сюсюкающая речь и т. д. Особенно отчетливо псевдодеменцияпроявляется при просьбе совершить простейшие арифметические операции (сложение, вычитание, умножение). Ошибки при этом столь чудовищны, что складываетсявпечатление, будто больной нарочно дает неверные ответы.
***Особое значение имеет возможность развития психогенийодновременно с другими поражениями – травмами, ранениями, ожогами, которые в таких случаях могут протекать более тяжело.*** Каждая травма головногомозга чревата возможностями легкого развития психогенных, невротических реакций и фиксации болезненных симптомов. Неосложненное течение травм зависит оттактики врача-специалиста, обеспечивающего "психическую асептику".
**Наибольшие затруднения возникают при организации первоймедицинской и доврачебной помощи пострадавшим.** ***Первоочередная задача*** – выявить лиц с острым психомоторным возбуждением, обеспечить безопасность их иокружающих, ликвидировать обстановку растерянности, исключить возможность возникновения массовых панических реакций. Спокойные, уверенные действияоказывающих помощь имеют особенно большое "успокаивающее" значение для людей с субшоковыми (субаффективными) психогенными реакциями.
Пострадавшие с психогениями отрицательно реагируют на меры стеснения, к которым следует прибегать только в случаях крайней необходимости(агрессивное поведение, выраженное возбуждение, стремление к самоповреждениям). Ограничить меры стеснения можно путем внутримышечного введения одного измедикаментозных средств, снимающих возбуждение: аминазина, галоперидола, тизерцина, феназепама, диазепама. Возбуждение устраняет лекарственная смесь изаминазина, димедрола и сульфата магния в различных комбинациях и дозировках (комплексное использование позволяет снизить некоторые побочные действияпрепаратов и усилить купирующий эффект). Следует учитывать, что аминазин обладает выраженными общеуспокаивающими свойствами, однако он снижает АД ипредрасполагает к ортостатическим реакциям. Димедрол потенцирует нейроплегическое действие аминазина и уменьшает его гипотензивные свойства.Сульфат магния наряду с седативными обладает дегидратационными свойствами, что особенно важно при закрытой травме головного мозга. При ступорозном состояниивнутривенно вводят 10% раствор хлорида кальция (10 – 30 мл), внутримышечно – нейролептические средства или транквилизаторы, а в ряде случаев используют ирауш-наркоз. При тревожно-депрессивных расстройствах назначают амитриптилин или схожие с ним по действию седативные средства, при заторможенной депрессии –мелипрамин или другие антидепрессанты-активаторы.

После купирования острого состояния **во втором и третьем периодах развития ситуации**по завершении чрезвычайного происшествия необходимо использовать комплекс различных психотерапевтических методов, медикаментозных средств исоциально-реабилитационных программ. Они являются не только необходимыми лечебными мероприятиями при конкретных психических расстройствах, но и служатпрофилактической основой посттравматических стрессовых расстройств.