

Психогения в экстремальных условиях

Содержание

Введение

Психогенные реакции и расстройства, возникающие в экстремальных условиях – при стихийных бедствиях, катастрофах и во время войны

Клинические особенности психогений при экстремальных ситуациях

Психогении при остро возникших жизнеопасных ситуациях

Профилактика психогений в экстремальных условиях

Стихийные бедствия, катастрофы, аварии, применение противником в случае войны различных видов оружия создают ситуации, опасные для жизни, здоровья и благополучия значительных групп населения. Эти воздействия становятся катастрофическими, когда они приводят к большим разрушениям, вызывают смерть, ранения и страдания значительного числа людей.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет стихийные бедствия (катастрофы) как ситуации, характеризующиеся непредусмотренными серьезными и непосредственными угрозами общественному здоровью. На людей, находящихся в экстремальных условиях, наряду с различными поражающими факторами действуют и психотравмирующие обстоятельства, представляющие собой обычно комплекс сверхсильных раздражителей, вызывающих нарушение психической деятельности в виде так называемых реактивных (психогенных) состояний. Следует подчеркнуть, что психогенное воздействие экстремальных условий складывается не только из прямой, непосредственной угрозы жизни человека, но и опосредованной, связанной с ожиданием ее реализации.

Возможность возникновения и характер психогенных расстройств, их частота, выраженность, динамика зависят от многих факторов: характеристики экстремальной ситуации (ее интенсивности, внезапности возникновения, продолжительности действия); готовности отдельных людей к деятельности в неблагоприятных условиях, определяемой их личностно-типологическими качествами, профессиональной, психологической устойчивостью, волевой и физической закалкой; организованности и согласованности деятельности в экстремальных условиях; поддержки окружающих; наличия наглядных примеров мужественного преодоления трудностей.

Остановимся кратко на характеристике стихийных бедствий и катастроф. Стихийные бедствия - катастрофические ситуации, возникающие в результате явлений, действий сил природы, имеющие чрезвычайный характер и приводящие к нарушению повседневного уклада жизни более или менее значительных групп людей, человеческим жертвам, уничтожению материальных ценностей. По данным академика Е.К. Федорова, материальный ущерб, приносимый стихийными бедствиями только в нашей стране, составляет ежегодно 5-7 млрд рублей. К стихийным бедствиям относятся землетрясения, наводнения, цунами, извержения вулканов, сели, оползни, обвалы, циклоны, сопровождающиеся ураганами и смерчами, массовые лесные и торфяные пожары, снежные заносы и лавины. Ряд ученых не без оснований относят к стихийным бедствиям также засухи, эпидемии, эпизоотии, широкое распространение насекомых-вредителей, грызунов и др. Некоторые из названных стихийных бедствий (пожары, обвалы, оползни) могут возникать в результате действий самих людей, но последствия их всегда являются результатом действия сил природы. Для каждого стихийного бедствия характерно наличие присущих ему поражающих факторов, вредно воздействующих на состояние здоровья человека. Больше всего люди страдают от наводнений (40% от общего урона), ураганов (20%), землетрясений и засух (по 15%). Около 10% общего ущерба приходится на остальные виды стихийных бедствий.

Американские ученые, приводя данные о потерях при крупнейших бедствиях, предполагают, что в будущем в связи с ростом и концентрацией населения аналогичные по силе катастрофы будут сопровождаться увеличением числа жертв в десятки раз.

Землетрясения - подземные толчки и колебания земной коры, вызываемые чаще всего тектонической деятельностью. Согласно международной сейсмической шкале MSK-64, сила землетрясений может составлять от 1 до 12 баллов. Землетрясения интенсивностью в 1 балл регистрируются только сейсмическими приборами, от 6-7 баллов и выше приводят к нарушению нормальной жизни людей и связаны с опасностью для их здоровья и жизни. Людские потери и материальный ущерб при землетрясениях обусловлены прежде всего степенью разрушения зданий, поэтому при интенсивности этого стихийного бедствия более 9 баллов в течение минут и даже секунд могут возникнуть массовые людские потери.

По подсчетам У. Пекоры, директора геологического управления США, за последнюю тысячу лет от землетрясений и извержений вулканов погибло от

3 до 5 млн. человек. В сводных данных о сильнейших землетрясениях мира в XX веке приводятся сведения о более 340 землетрясений, в том числе катастрофических, сопровождавшихся большими человеческими жертвами: на острове Сицилия (28 декабря 1908 г.) разрушен город Мессина, погибло более 80 тыс. человек; в Японии (1 сентября 1923 г.) при землетрясении на острове Хонсю погибло более 140 тыс. человек; в Турции (26 декабря 1939 г.) - около 30 тыс. человек; в Марокко (29 февраля 1960 г.) - 15 тыс. человек; в Чили (22 мая 1960 г.) - до 10 тыс. человек. Из землетрясений последних лет следует особо отметить следующие: катастрофическое землетрясение в Перу 31 мая 1970 г., в результате которого погибло 70 тыс. человек; землетрясение, разразившееся 4 февраля 1976 г. в Гватемале, унесшее жизни 22 тыс. человек и приведшее к ранению 70 тыс.; 28 июля 1976 г. в Китае произошло одно из самых трагических землетрясений, полностью разрушившее город Тянь-Шань, где число жертв достигло 242 тыс. человек; землетрясение в Иране (21 июня 1990 г.), унесшее более 50 тыс. жизней.

В этот перечень могут быть включены землетрясения 4 марта 1977 г. в Румынии, во время которого погибло более 1,5 тыс. человек, 23 ноября 1980 г. на юге Италии с числом погибших около 10 тыс. человек, 19 сентября 1985 г. в Мексике с многими тысячами жертв и лишившихся крова людей. В СССР сильное землетрясение, вызвавшее большие разрушения и гибель 110 тыс. человек, произошло 6 октября 1948 г. в районе Ашхабада. Через год землетрясение в Хаитском районе Таджикистана унесло 20 тыс. жизней. Несколько суток продолжалось в 1966 г. сильное землетрясение в районе Ташкента. 7 декабря 1988 г. в Армении разразилось сильнейшее землетрясение, почти полностью уничтожившее ряд городов и районных центров северного региона республики и унесшее около 30 тыс. жизней (17 тыс. человек было ранено). В целом районы вероятных разрушительных землетрясений занимают в СССР площадь 1319 тыс. км, что составляет около 6% территории страны. Это юго-запад Молдавии, юг Крыма, Кавказ, полуостров Камчатка, Курильские острова, частично Средняя Азия, Казахстан и ряд районов Сибири.

Исследователи, изучавшие частоту психических нарушений, наблюдавшихся при землетрясениях, несмотря на методические сложности проведения эпидемиологического анализа, приходят к выводу, что в момент воздействия острые реактивные психозы возникают у 10-25% пострадавшего населения. Число лиц, у которых выявляются психические расстройства на последующих этапах развития ситуации, варьирует в широких пределах: от 3 до 35% пострадавшей популяции. Так, выявлено, что в течение года после

землетрясения в Манагуа количество госпитализаций в психиатрические стационары увеличилось в 2 раза; значительно (и достоверно) возросла заболеваемость невротизмом. Невротические и психосоматические нарушения, связанные с перенесенной катастрофой, отмечаются у пострадавших на протяжении ряда лет.

У пострадавших во время землетрясений часто наблюдаются тяжелые закрытые травмы черепа, конечностей, грудной клетки и таза, длительные сдавления, ушибы мягких тканей с обширными кровоизлияниями, раны, загрязненные землей. При землетрясениях, сопровождающихся пожарами, может быть много обожженных. Практически в каждом случае сильного землетрясения обязательно появление психических реакций, тяжесть которых зависит в основном от разрушающей силы стихийного бедствия. В профилактике психогенных реакций большое значение имеет хорошо продуманная система информации, отвечающая на конкретные запросы ситуации, успокаивающая и рассеивающая отрицательные слухи, снижающая влияние воображения и устрашающей фантазии.

Наводнение - временное затопление обширной местности водой в результате подъема ее уровня в водоеме, а также образования временных водотоков. Различают паводковые наводнения - быстрые, но сравнительно кратковременные поднятия уровня воды в водоеме вследствие таяния снега (ледников) в его бассейне, выпадения обильных осадков, затем нагонные наводнения, возникающие под действием ветра, задерживающего в устье реки, впадающей в море, притекающую сверху воду, а также цунами - морских волн сейсмического или вулканического происхождения.

Крупнейшим паводковым наводнением XIX-XX веков считается разлив рек в Китае (провинция Хэнань, 1887 г.), когда число жертв превысило 900 тыс. человек. Более 500 тыс. погибло в результате наводнения 12-13 ноября 1970 г. в районе островов и побережья Бенгальского залива, возникшего из-за нагонной волны высотой более 10 м.

Значительные снеговые и дождевые паводки отмечаются на крупных реках СССР практически ежегодно. Наводнения от ветрового нагона воды довольно часты на Неве в районе Ленинграда. На морских побережьях и островах наводнения могут быть при возникновении цунами. Примером бедствия такого рода может служить цунами Мэдзи-Санридзу (1896 г.), который обрушился на прибрежные районы Японии. Максимальная высота волн тогда превысила 24 м, было уничтожено 10 тыс. домов, погибло более 27 тыс. и ранено свыше 9 тыс. человек. Волнами, достигавшими высоты 18 м,

4 ноября 1952 г. был почти полностью смыт поселок Южно-Курильск, расположенный на острове Кунашир.

Большие потери и материальный ущерб могут принести также наводнения в результате прорыва плотины (дамбы). Так, 4 июня 1976 г. в штате Айдахо (США) близ г. Титон из-за допущенных технических просчетов внезапно рухнула только что построенная высотная плотина на реке Снейк. Огромный поток воды из водохранилища с большой скоростью устремился в долину. Затопленными оказались девять городов, погибло 150 человек, много скота, были полностью разрушены тысячи сооружений и зданий.

Характерными медицинскими последствиями при наводнениях любого вида являются утопления, различные механические травмы (преимущественно повреждения конечностей и туловища), появление у значительной части населения нервно-психического перенапряжения, обострение различных хронических заболеваний. Наблюдаются также повышение уровня заболеваемости пневмониями с большой летальностью и отморожения в связи с переохлаждением, а также ухудшение санитарно-гигиенического и санитарно-эпидемиологического состояния обширных районов пострадавшего региона, в том числе и используемых для расселения населения, эвакуированного из зон затопления.

Ко многим разрушениям и трагическим последствиям приводят смерчи. Специалисты считают, что их число в последние десятилетия нарастает. Слабым называют смерч, если скорость ветра в нем не превышает 60-100, сильным - 250-350 км/ч. К наиболее разрушительным относят мощный смерч, пронесшийся над значительной территорией США 18 марта 1925 г. При этом погибло 689 человек и 1980 было ранено. На территории нашей страны сильные смерчи редки, это практически единичные случаи: в Москве (1904 и 1945 гг.), в Ростове Ярославской области (1953 г.), в г. Горьком (1974 г.), на Украине (1980 г.), в Литве (1981 и 1985 гг.), в Иваново (1984 г.). Разрушительная мощь их, правда, была не столь велика, как в США.

Один из наиболее сильных смерчей последних лет был летом 1984 г. в пригороде Иванова. Он прошел около 100 км, оставив полосу разрушений шириной до 500 м. Вихрь был настолько силен, что сорвал 50-тонный бак водонапорной башни и отбросил его на 200 м. Среди повреждающих факторов 56,6% составили удары воздушной волной, а также поднятия в воздух с последующим падением; 43,4% - удары предметами. Наиболее часто отмечались травмы головы и конечностей. Тяжелые и средней тяжести травмы зафиксированы у 79% госпитализированных, травматический и

геморрагический шок диагностирован у 29% раненых, поступивших в стационары. Раны у пострадавших были загрязнены частицами земли, опилками, кусками одежды и т.п.

Значительным стихийным бедствием может стать пожар, сопровождающийся нередко уничтожением материальных ценностей и создающий опасность для здоровья и жизни многих людей. В районе пожара различают зоны теплового воздействия и задымления. В первой основным поражающим фактором является действие на организм высоких температур и как следствие этого возникновение ожогов. Во второй люди страдают в основном от продуктов сгорания (дыма), многие из которых обладают повышенной токсичностью и могут вызвать отравления различной степени тяжести. В некоторых случаях продукты неполного сгорания (например, угарный газ) образуют с кислородом горючие и взрывоопасные смеси.

Опасными стихийными бедствиями являются селевые потоки, а также оползни, обвалы, снежные лавины и заносы. Сель - это временный грязевой или грязекаменный поток, внезапно формирующийся в руслах горных рек в результате ливней, бурного таяния ледников или сезонного снежного покрова. Двигаясь со скоростью до 10 м/с, а иногда и более, сели нередко производят крупные разрушения на пути своего движения.

Исключительно многоснежная зима 1987 г. в горных районах Сванетии в Грузии (высота снежного покрова в отдельных местах достигала 5 м) показала, какой разрушительной силой обладают снежные лавины. Они, перекрыв дороги, отрезали многие города и села от "большой земли", вывели из строя более 350 км дорог, около 200 км высоковольтных линий электропередач и магистральных линий связи, вызвали значительные разрушения жилых домов и человеческие жертвы.

Последние годы человечество пережило немало крупных катастроф, явившихся результатом введения новых технологий и преступного, некомпетентного отношения к их использованию. Это повлекло за собой экологические изменения и гибель людей. В их числе следует назвать аварии на химических заводах в Италии, Швейцарии, ФРГ, Индии, на американской и советской атомных электростанциях Тримайл Айленд и в Чернобыле, разрыв газопровода в Башкирии, многочисленные транспортные аварии: автомобильные, железнодорожные, авиационные и морские (речные). Достаточно сказать, что, по данным ВОЗ (без учета крупных аварий и катастроф), лишь на автомобильных дорогах мира ежегодно погибает более 300 тыс. и получают ранения 8 млн. человек.

Территория, на которую воздействуют поражающие факторы стихийного бедствия (катастрофы), с расположенными на ней населением, животными, зданиями, специальными сооружениями, инженерными сетями и коммуникациями, оборудованием и техникой называется очагом стихийного бедствия. В зависимости от масштабов и природы стихийного бедствия его очаги могут отличаться размерами, формой, характером. В результате действия нескольких поражающих факторов стихийного бедствия возникают сложные очаги. Например, землетрясение и ураган, помимо разрушения сооружений, могут вызвать затопление прибрежной полосы, пожары от повреждения электрических проводов, поражение людей в результате утечки сильно действующих ядовитых веществ и т.д. Люди в сложном очаге стихийного бедствия могут получить самые разнообразные травмы, сопровождающиеся психическими расстройствами. Психогенные реакции в этих случаях могут возникать и при отсутствии соматических поражений.

Неблагоприятные последствия стихийных бедствий могут быть значительно уменьшены с помощью их прогнозирования, предотвращения, а также своевременного оповещения населения о приближении стихийного бедствия и принятия соответствующих мер защиты. В ряде государств в настоящее время ведутся интенсивные поиски надежных способов прогнозирования стихийных бедствий и вызываемых ими аварий и катастроф. Например, в СССР в масштабе страны и в порядке международного сотрудничества ураганы, тайфуны, извержения вулканов, селевые потоки прогнозируют с помощью данных, получаемых с метеорологических спутников Земли. Широко практикуется прогнозирование лесных пожаров и направления их развития по визуальным наблюдениям и фотографиям из космоса, по комплексному показателю, основанному на суммировании коэффициентов, учитывающих температурные, погодные, географические и другие условия.

Война с точки зрения экстремальных условий, вызывающих возникновение психогений, объединяет по существу психотравмирующие факторы, присущие почти всем стихийным бедствиям и катастрофам. В войне с применением обычного оружия это разрушение зданий и пожары в результате действий артиллерии и авиации, катастрофические наводнения в связи с повреждением гидротехнических сооружений, заражение обширных территорий радиоактивными и ядовитыми химическими веществами при разрушении атомных электростанций и химических заводов. В случае же применения средств массового поражения максимальными по интенсивности психотравмирующего воздействия будут (помимо самого факта применения

этих средств) очаги массовых санитарных потерь, особенно от ядерного оружия.

Данные о возможных санитарных потерях гражданского населения во время войны за счет психогений весьма разноречивы. Однако есть все основания предполагать, что они ни в коем случае не будут меньшими, чем при стихийных бедствиях. В этом убеждает очень важное обстоятельство: при некоторых землетрясениях и ураганах катастрофического характера, особенно развивающихся совершенно внезапно (например, в Югославии в г. Скопле, в нашей стране во время урагана в Ивановской области), подавляющее большинство населения бывает уверено, что началась ядерная война. При этом во время землетрясения в г. Скопле санитарные потери только за счет психических расстройств, среди которых преобладали психогении, составили 10% численности населения города, в Ивановской области психогенные расстройства отмечались практически у всех находившихся в зоне действия урагана. Следовательно, во время войны в масштабах больших регионов число людей, переживших катастрофу, у которых развились психогенные нарушения, может исчисляться сотнями тысяч.

Оценивая травмирующее воздействие различных неблагоприятных факторов, возникающих в жизнеопасных условиях, на психическую деятельность человека, следует отличать непатологические психоэмоциональные (в известной мере физиологические) реакции людей на экстремальную ситуацию и патологические состояния - психогении (реактивные состояния). Для первых характерна психологическая понятность реакции, ее прямая зависимость от ситуации и, как правило, небольшая продолжительность. При непатологических реакциях обычно сохраняются работоспособность (хотя и сниженная), возможность общения с окружающими и критического анализа своего поведения. Типичными для человека, оказавшегося в катастрофической ситуации, являются чувства тревоги, страха, подавленности, беспокойства за судьбу родных и близких, стремление выяснить истинные размеры катастрофы (стихийного бедствия). В литературе такие реакции обозначаются как состояние стресса, психической напряженности, аффективные реакции и т.п.

В отличие от непатологических реакций психопатологические психогенные расстройства являются болезненными состояниями, выводящими человека из строя, лишаящими его возможности продуктивного общения с другими людьми и целенаправленных действий. В ряде случаев при этом имеют место

расстройства сознания, возникают психопатологические проявления, сопровождающиеся широким кругом психотических расстройств. В настоящее время психогении при экстремальных ситуациях принято разделять на невротические реакции и состояния (неврозы), реактивные психозы и аффективно-шоковые реакции.

Как показали специальные исследования, психопатологические расстройства в экстремальных ситуациях имеют много общего с клиникой нарушений, развивающихся в обычных условиях. Однако есть и существенные различия. Во-первых, вследствие множественности внезапно действующих психотравмирующих факторов в экстремальных ситуациях происходит одномоментное возникновение психических расстройств у большого числа людей. Во-вторых, клиническая картина в этих случаях не носит строго индивидуальный характер, как при "обычных" психотравмирующих обстоятельствах, и сводится к небольшому числу достаточно типичных проявлений. В-третьих, несмотря на развитие психогенных расстройств и продолжающуюся жизнеопасную ситуацию, пострадавший человек вынужден продолжать активную борьбу с последствиями стихийного бедствия (катастрофы) ради выживания и сохранения жизни близких и всех окружающих.

Возможность возникновения при стихийных бедствиях, катастрофах, во время войны больших санитарных потерь пострадавших с расстройствами нервно-психической функции, необходимость оказания им на современном уровне всех видов медицинской помощи и быстрейшего возвращения к труду - все это в совокупности определяет значимость успешного решения проблемы профилактики, купирования и лечения психогений в экстремальных ситуациях.

Психогенные реакции и расстройства, возникающие в экстремальных условиях – при стихийных бедствиях, катастрофах и во время войны

Комплексным изучением системы взаимодействия человека, природы и общества при стихийных бедствиях и катастрофах занимаются различные научные коллективы, использующие свои специфические подходы, понятия и методы исследования. Среди них можно назвать социологические, социально-психологические, психологические, психопатологические. С другой стороны, имеется широкий круг междисциплинарных вопросов, включающих изучение особенностей социальной структуры, культуральных

различий, географической среды, индивидуальных биологических и психологических характеристик реагирующих людей.

У. Тейлор считает, что поведение при экстремальном воздействии организуется из взаимодействия политических, экономических и семейных структур. По мнению А. Бартона, существуют две части социальной системы, влияющей на поведение. Одна из них включает индивидуальные шаблоны адаптивных и неадаптивных реакций; эти дискретные модели индивидуального поведения вызывают "неформальные" способы коллективного поведения, помогающие выходу из ситуации. Вторая часть - это формальные структуры общества, также способствующие выходу людей из экстремальной ситуации.

Культуральные теории рассматривают кросс-культуральные различия как в ответ на экстремальное воздействие, так и на способы выхода из ситуации. Е. Кварантелли и Д. Венгер считают, что культуральные различия в реакциях - это "выдумка, миф, созданный средствами массовой информации". В свою очередь Р. Бонн, П. Болтон нашли значительные различия в реакциях на ситуацию со стороны культур, классов и этнических сообществ. Они подчеркивают важность учета этих особенностей при оказании помощи и поддержки пострадавших.

Ряд теоретических и практических разработок включает изучение роли геофизического воздействия. С. Фредерик пришел к выводу, что технологические катастрофы вызывают более тяжелые нарушения психического здоровья, чем природные стихийные бедствия, ибо первые происходят не от "бога", а вызваны деятельностью людей. Также справедливо полагают, что необходимо теоретическое и методологическое объединение различных специалистов для анализа реакций и поведения людей во время стихийных бедствий, изучения их влияния на здоровье, а также для планирования помощи пострадавшим. При этом, как свидетельствуют данные имеющихся публикаций, в основном используются три направления изучения психологических состояний и психопатологических проявлений у пострадавших во время катастроф и стихийных бедствий.

Во-первых, определение феноменов, составляющих особенности индивидуальных и коллективных реакций на экстремальную ситуацию; во-вторых, изучение частоты и структуры психических нарушений; в-третьих, разработка вопросов организации профилактики и специализированной медицинской помощи.

Успешное решение эпидемиологических задач и связанных с ними проблем медико-психологической и психиатрической помощи пострадавшим возможно лишь при установлении достаточно четких психопатологических границ и клинической верификации возникающих состояний. Однако изучение поведения людей при стихийных бедствиях сопряжено с целым рядом трудностей, главной из которых является ограниченная возможность непосредственного квалифицированного наблюдения за поведением в момент экстремального воздействия. Кроме того, от 21% до 78% населения отказываются участвовать в опросах, которые обычно проводятся с целью восстановления ситуации. Поэтому данные о событиях часто бывают разрозненными, обедненными, недостаточными для решения практических задач и теоретического освоения темы. При ретроспективном анализе отдельные картины часто по-разному определяются, приобретая у тех или иных авторов различные толкования и неодинаковый смысл. Это препятствует распознаванию основных психопатологических закономерностей, выделению характерной совокупности определенных симптомов и симптомо-комплексов.

Из многочисленных литературных источников видно, что авторы по-разному оценивают возможность развития психических нарушений при стихийных бедствиях. Одна группа исследователей полагает, что стихийные бедствия могут вызывать множество психических и соматических расстройств, связанных с острой и хронической психотравматизацией.

Иной точки зрения придерживаются другие исследователи, по мнению которых, действительно имеющиеся негативные последствия для психического здоровья некоторых групп населения сравнительно легки, кратковременны и могут сами купироваться.

Стихийные бедствия способны вызывать как кратковременные, так и более длительные психические расстройства. Последние развиваются только у "легкоранимых субъектов и лиц с психическими заболеваниями в анамнезе". В свою очередь некоторые исследователи оспаривают тезис об увеличении числа психических заболеваний при стихийных бедствиях и утверждают, что катаклизмы, наоборот, вызывают чувство личной уверенности и социальной стабильности среди членов пострадавшей популяции.

В работах, относящихся к началу века, психические реакции, возникающие при стихийных бедствиях и катастрофах, определялись как неспецифические, "примитивные", "интерхарактерологические", реакции "глубинной личности". Эти реакции, по мнению разных исследователей, связаны с

филогенетически старыми механизмами - витальными инстинктами, а также с филогенетическими особенностями нервной системы. Примитивные реакции развиваются быстро и свойственны всякому живому существу, которому угрожает опасность. Согласно Э. Кречмеру, примитивные реакции могут проявляться в виде гипобулических, т.е. протекающих ниже порога волевой активности (двигательная буря, негата - негативистические реакции сопротивления внешним воздействиям), и в виде гипоноических, проходящих без интеллектуальной переработки (бессмысленная агрессия). По его мнению, такая реакция биологически целесообразна, так как между многими движениями находится такое, которое выводит за пределы места, где есть угроза жизни. К. Рейхард полагал, что подобные реакции не следует причислять к психогенным, ибо они "протекают внепсихическим путем, по физиологическим законам".

Универсальность, неспецифичность реагирования, выражающаяся и в однообразии вегетативных проявлений (тахикардия, тремор, учащенное мочеиспускание), позволила К. Бонхоферу объединить все "катастрофные реакции" в вазомоторный комплекс.

Наряду с концепцией внеличного, биологически целесообразного реагирования при стихийных бедствиях довольно широко обсуждалась проблема истероформных реакций, генез которых связан с необычной силой раздражителя. При этом истерическими называли "...преимущественно такие психогенные формы реакций, где известная тенденция представления использует инстинктивные рефлекторные или иные биологически предуготовленные механизмы" (Кречмер Э.). Истероформные проявления по существу детерминированы биологической основой и внешне не отличаются от примитивных реакций. Различие состоит лишь в том, что при примитивных реакциях "сильнее выступают вегетативно-вазомоторные признаки". Психические реакции при стихийных бедствиях и катастрофах обычно неспецифичны, малодифференцированы и могут развиваться при всех ситуациях, угрожающих жизни человека. Спектр возникающих феноменов состоит из эмоций страха, вазовегетативных изменений, двигательных проявлений. Тревожное напряжение и страх лежат в основе аффективно-шоковых, истерических психозов, клинически представленных вариантами сумеречного расстройства сознания, двигательными нарушениями в виде ступора или гипердинамии. Реакции психотического уровня также клинически однообразно окрашены и не содержат в себе личностного компонента, который собственно и придает своеобразие психореактивным расстройствам.

Из работ упомянутых авторов вытекало, что при стихийных бедствиях, в частности при землетрясениях (именно они зачастую служили основой для разработки проблемы), следует ожидать большого числа сумеречных расстройств сознания, ступорозных расстройств, "припадков истерии". Это позволило предположить возможность возникновения у населения во время второй мировой войны значительного числа психотических состояний, поэтому психиатрические клиники были ориентированы на массовое поступление больных с психозами. Однако этого не случилось. Так, из более чем 100 тыс. жителей Фрайбурга после массивной бомбардировки в клинику было доставлено лишь 2 человека. Ф. Панс в своей работе о страхе и ужасе подчеркивал, что бомбардировки воздействовали менее психотравмирующе, чем землетрясения, при которых "ощущения качающейся земли и внезапность начала" усиливают страх. Опыт второй мировой войны многое внес в понимание различных психопатологических аспектов жизнеопасных ситуаций и заставил обратить более пристальное внимание на непсихотические формы реакций. Прежде всего был сделан принципиальный вывод о том, что война не дает новых, неизвестных психиатрам клинических форм расстройств. Далее было внесено новое понимание "истерического" и его роли в развитии психических расстройств. Наконец, были описаны реакции горя, "синдром выжившего", психические последствия нахождения в концентрационных лагерях, последствия длительного голодания.

В 1976 г. была организована Всемирная ассоциация по оказанию экстренной медицинской помощи при катастрофах и стихийных бедствиях, известная также под названием "Клуб Майнца". С начала 1984 г. стал выходить международный журнал "Медицина катастроф". Главная тема публикаций этого журнала - совершенствование средств и методов помощи населению в экстремальных условиях катастроф.

В США при Национальном институте психического здоровья организован центр по изучению психических расстройств при критических состояниях, обусловленных стихийными бедствиями и катастрофами. Его деятельность направлена на изучение психосоциальных реакций в условиях стихийных бедствий и катастроф, проектирование и оценку соответствующих служб психического здоровья, разработку терапевтической тактики и изучение роли общественного влияния на предотвращение развития психических последствий.

Важное место занимает вопрос о динамике психогенных расстройств, развившихся в жизнеопасных ситуациях. Ему посвящено достаточно много специальных исследований. В соответствии с работами Национального института психического здоровья (США) психические реакции при катастрофах подразделяются на четыре фазы: героизма, "медового месяца", разочарования и восстановления.

Героическая фаза начинается непосредственно в момент катастрофы и длится несколько часов, для нее характерны альтруизм, героическое поведение, вызванное желанием помочь людям, спастись и выжить. Ложные предположения о возможности преодолеть случившееся возникают именно в этой фазе.

Фаза "медового месяца" наступает после катастрофы и длится от недели до 3-6 мес. Те, кто выжил, испытывают сильное чувство гордости за то, что преодолели все опасности и остались в живых. В этой фазе катастрофы пострадавшие надеются и верят, что вскоре все проблемы и трудности будут разрешены.

Фаза разочарования обычно длится от 2 мес. до 1-2 лет. Сильные чувства разочарования, гнева, негодования и горечи возникают вследствие крушения различных надежд.

Фаза восстановления начинается, когда выжившие осознают, что им необходимо налаживать быт и решать возникающие проблемы самим, и берут на себя ответственность за выполнение этих задач.

У многих людей, переживающих реальные тяжелые жизнеопасные ситуации, действительно наблюдаются указанные фазы психогенных реакций. Это подтверждается рядом исследователей. В частности, предлагается рассматривать психогенные нарушения при стихийных бедствиях с позиций "ключевых взаимосвязанных концепций стресса и кризиса, утрат и горя, социальных и эмоциональных ресурсов, кооперации и адаптации". Диагностические установки при идентификации расстройств могут быть нивелированы при рассмотрении ситуации в динамике. Выделяются три фазы: предвоздействие, включающее в себя ощущение угрозы и беспокойства. Эта фаза обычно существует в сейсмоопасных районах и зонах, где часты ураганы, наводнения; нередко угроза игнорируется, либо не осознается.

Фаза воздействия длится от начала стихийного бедствия до того момента, когда организуются спасательные работы. В этот период страх является

доминирующей эмоцией. Повышение активности, проявление само- и взаимопомощи сразу же после завершения воздействия нередко обозначается как "героическая фаза". Авторы утверждают, что паническое поведение почти не встречается - оно возможно, если пути спасения заблокированы.

Фаза послевоздействия, начинающаяся через несколько дней после стихийного бедствия, характеризуется продолжением спасательных работ и оценкой возникших проблем. Авторы довольно подробно описывают содержание этой фазы, проблемы, встающие перед пострадавшими, психические расстройства, которые преобладают. Новые проблемы, возникающие в связи с социальной дезорганизацией, эвакуацией, разделением семей и т.п., позволяют ряду авторов считать этот период "вторым стихийным бедствием".

Рассматривая психические нарушения с позиций эмоционального стресса, Ф. Хокинг подчеркивает, что тяжелый стресс может вызвать непредсказуемые реакции. По его мнению, трудно измерить "внешний стресс и его взаимодействие с субъектом".

Следует отметить, что многие авторы обращают внимание на коллективность психической травмы при стихийном бедствии, определяя ее как "массивный коллективный стресс". При этом стихийное бедствие, воздействуя на ткань социальной жизни, разрушает связи людей и уменьшает чувство общности. Такая постановка проблемы заставляет учитывать взаимодействие и взаимовлияние индивидуальных и коллективных форм реагирования, решать вопросы, относящиеся к области социальной психологии.

Наряду с анализом общих закономерностей развития реакций при стихийных бедствиях рассматриваются феноменологические и клинико-динамические детали реакций и состояний, характерных для отдельных вариантов экстремальных событий.

При описании и квалификации развивающихся в экстремальных условиях психических расстройств используются различные термины и определения: "эмоциональные проблемы", "психогенные расстройства", "психологические симптомы", "общая нервозность" и т.п. По мнению ряда исследователей, измерение психических нарушений при стихийных бедствиях примитивно, так как при этом используются различные нестандартизированные опросники, в которых не предусмотрены продленные исследования. Авторы подчеркивают необходимость учета мощности воздействия (стрессогенность)

и результата (природы психопатологических проявлений) не изолированно, а комплексно, в их взаимосвязи.

В. Менингер в свое время предложил принцип, по которому можно было бы судить об уровне стресса при наводнении, разделив людей на тех, чья собственность страдала, и тех, которым наводнение непосредственно не угрожало. Реакции каждой из групп в значительной степени отличались друг от друга. Для тех, кто оказался на периферии наводнения, характерным было развитие напряжения, при котором возникало желание что-либо делать; удовлетворение этого желания (предоставление работы) вызывало облегчение. Во второй группе предвосхищение угрозы вызывало не только тревогу, но и неверие в то, что с ними может что-либо случиться; когда угроза становилась очевидной, развивалось состояние растерянности, подавленности. Утрата собственности усиливала негативное воздействие, способствуя утяжелению депрессивных расстройств. Дж. Глезер и соавт. обследовали лиц, пострадавших от наводнения, и нашли, что у 12% детей и 20% взрослых имелись легкие психические расстройства через несколько месяцев после бедствия. Осмотры пострадавших, проведенные через 2 года после наводнения, выявили симптомы тревоги, депрессии, напряженности, возбудимость, соматические расстройства, социальную изоляцию и изменение в моделях поведения. У 30% эти нарушения имели место и через 4-5 лет. Увеличение потребления алкоголя было отмечено в 30% семей, курения - в 44%, а потребление медикаментов увеличилось на 52%. Более чем у 3/4 пострадавших отмечены нарушения засыпания и кошмарные сновидения.

Авторы отмечают, что те, кто "не потерял собственности и не был в воде", обнаруживали значительно меньше психических расстройств. Дж. Беннет через год после наводнения выявил симптомы соматических и психических нарушений у 32% из тех, чьи дома и имущество были затоплены, и у 19% из числа людей, чьи дома оказались вне зоны затопления. Другие исследователи отмечают, что через 1 год после наводнения у 24% из 250 обследованных отмечались фобии, начальные признаки депрессии и другие симптомы. М. Мелик, проведя через 3 года после наводнения обследование 43 человек, чьи дома были затоплены, и 48 человек из незатопленной зоны, обнаружил у 41,9% из затопленной зоны психосоматические расстройства и такого же рода расстройства у 6,1% из зоны, не подвергнутой затоплению. При этом 45% пострадавших обнаруживали "симптомы легкой депрессии".

Несмотря на некоторые различия в интенсивных показателях, четко проявляется тенденция к увеличению психических нарушений у лиц, которые оказались непосредственно в зоне затопления. Наряду с этим приводимые данные позволили сделать некоторые выводы, судя по которым, люди воспринимают и оценивают опасность, а также избирают пути приспособления для защиты в зависимости от личного опыта, возраста, продолжительности проживания в районе бедствий и личных столкновений с опасностью. При этом необходимо различать опыт, полученный в центре стихийного бедствия, от периферийного. Первый делает человека более осмотрительным, второй позволяет недооценивать опасность.

По-видимому, значение опыта в переживании опасности может быть отмечено и при других стихийных бедствиях. Например, обнаружено что нередко у многих лиц перед началом урагана отмечаются "неверие и отрицание" опасности. Лишь немногие испытывали страх, а некоторые описывали свое состояние как "сноподобную нереальность".

Автор не получил достаточно подробных описаний поведения в тот период, когда ураган достиг апогея, но ему удалось выяснить, что подавляющее большинство пострадавших испытывали страх либо с обездвиженностью, либо с двигательным беспокойством.

Сразу же после урагана многие описывали свое состояние как "радостное карнавальное возбуждение", которое через 3-5 дней сменилось вялостью, апатией; через 10 дней выявились случаи неглубоких транзиторных депрессий.

Х. Мор выявил "страх погоды" у лиц, живущих в районах, подверженных воздействию ураганов. Психические последствия, вызванные этим бедствием, наблюдались и через год у 50% обследованных. Наряду с истерическими расстройствами (перемежающаяся хромота и истерический амавроз) он отметил большое количество жалоб астенического круга и нарушений сна.

А. Тейлор, обследовав население, пережившее торнадо, у 50% наблюдал "нервность и возбуждение", эпизоды депрессии.

Дж. Милн через 7 мес. после прохождения циклона выявил у 26% пострадавших страх "ветра и дождя". Дж. Паркер, изучив психические реакции населения во время циклона и более чем 14 мес. спустя, отметил психические нарушения у 22% людей.

Из приведенных литературных данных не следует, что психические реакции при наводнении, урагане и других экстремальных ситуациях носят какой-то специфический характер, свойственный лишь конкретному стихийному бедствию. Это скорее универсальные реакции на опасность, а их частота и глубина определяются внезапностью и интенсивностью стихийного бедствия. Так, выявляемый у ряда лиц "страх погоды" является скорее символическим: подобный же страх мог возникнуть в результате наводнения, землетрясения, урагана ("страх наводнения", "страх землетрясения" и т.п.).

Из стихийных бедствий наибольшим психотравмирующим действием обладают землетрясения большой (иногда средней) силы. Внезапность возникновения (трудность непосредственного предсказания), фактическое отсутствие эффективных методов защиты населения, огромные разрушения и ощущения качающейся земли определяют комплекс физических и психических травмирующих факторов.

Научная литература, посвященная различным аспектам землетрясений и их последствий, весьма обширна. К сожалению, значительная часть работ не затрагивает вопросов нервно-психических реакций населения и ограничивается сугубо специальными проблемами сейсмографии, масштабов и профилактики разрушений и т.д.

Особого внимания заслуживает ставшая библиографической редкостью монография Л.Я. Брусиловского, Н.П. Бруханского и Т.Е. Сегалова "Землетрясение в Крыму и невропсихический травматизм", вышедшая небольшим тиражом в 1928 г.

Авторы этой монографии приводят многочисленные примеры "невропсихического травматизма" населения во время землетрясений, в частности в г. Верном (ныне Алма-Ата) 28 мая (9 июня) 1887 г.; в Мессине в декабре 1908 г., где "...большинство переживших сошло с ума; оставшиеся здоровыми в лучшем случае так потрясены разразившимся бедствием, что не способны ни к какой деятельности". Изучение реакций населения при крымском землетрясении (1927 г.), наблюдения, которые проводились на месте во время самого землетрясения, позволили сделать авторам (они же являлись членами специальной комиссии Наркомздрава РСФСР) ряд интересных выводов, в том числе о том, что в формировании реактивных состояний имеет значение не только "невропсихическая травма" (толчки, образование трещин в зданиях, их разрушение, человеческие жертвы и т.п.), но и "постоянное напряжение, тоскливое, боязливое ожидание". К числу других заключений авторов относятся следующие положения: 1)

невропсихические реакции в связи с землетрясениями у предрасположенных могут протекать довольно длительно и неблагоприятно; 2) заболевания могут возникнуть не только "остро", но и спустя несколько месяцев после пережитого. Работу завершает следующее утверждение: "Вспоминая Н.И. Пирогова, определившего войну медицинским термином "травматическая эпидемия", мы имеем право сказать: землетрясение - это эпидемия невропсихического травматизма".

Подробно излагая "общую симптоматику невропсихического травматизма", авторы не дают сведений о частоте реактивных состояний у населения и ограничиваются изложением следующих данных: "Описанные реакции, строго говоря, в части случаев не могут быть расцениваемы иначе, как острые реактивные психотические состояния. Но мы условимся здесь, что под этим названием мы будем объединять лишь те случаи, продолжительность которых колебалась от нескольких часов до нескольких дней. О собственно же реактивных психозах, потребовавших изоляции в психиатрическую больницу, мы скажем позже. Каково количество их? На это трудно ответить. Нами зарегистрировано всего 11 случаев, но, по-видимому, их довольно много. Какого типа эти вспышки? Схематизировать их нельзя. Здесь встречаются случаи и с двигательнo-речевым возбуждением, и ступорозные состояния с резким аутизмом, недоступностью, иногда стереотипией, расцвеченные лабильными бредовыми идеями, и депрессивные состояния с идеями греховности, и псевдодементные картины с причудливым подчас пуэрилизмом".

Несколько иные данные о крымском землетрясении сообщает Т.П. Симпсон, обследовавшая 30 взрослых и 20 детей через 7-10 дней после землетрясения в Крыму и установившая у них 2 вида реакций: физиологические и патологические. Физиологические реакции имели фазность протекания. Первая фаза характеризовалась физическими ощущениями, связанными с катастрофой, в частности с ощущением шаткости почвы; в следующей фазе (фазе сознательной переработки сенсорных раздражений) одни лица в соответствии с их преморбидными свойствами действовали активно и целенаправленно, другие были пассивными, субступорозными; в третьей фазе происходила "двигательная разрядка", сопровождающаяся вазовегетативными расстройствами. Такого рода реакции проходили без невротических последствий. К патологическим реакциям относятся случаи с затяжными невротическими и депрессивными нарушениями, конституционально окрашенными. У детей все наблюдавшиеся реакции протекали рудиментарно и, как правило, сводились к моторной разрядке,

следовавшей за вызванными землетрясением ощущениями. Во всяком случае грубых психотических форм реакций она не выявила.

В литературе имеется яркое описание нервно-психического состояния пострадавшего населения при землетрясении в Ашхабаде. У людей, перенесших тяжелейший моральный удар, наступила психическая реакция, которую можно охарактеризовать как состояние своеобразного ступора, выражавшегося глубокой внутренней замкнутостью, абсолютным безразличием к окружающему. Люди двигались, как механизмы, не обращая никакого внимания на сигналы автомобилей, на крики и стоны раненых, на трупы убитых людей, лежавших на улицах и во дворах. Значительные по силе подземные толчки, повторявшиеся в течение длительного времени после первого землетрясения, поддерживали это психическое состояние, вновь и вновь вызывая у значительной части людей состояние ужаса.

Впечатляющие описания поведения людей во время землетрясения приводятся в двух номерах газеты "Верба" (от 28 и 29 октября 1969 г.) в связи с несчастьем, постигшим старинный югославский город Банялуку 26 и 27 октября 1969 г. Девятибалльное землетрясение разрушило город с 60-тысячным населением на 80% (первый толчок силой 8 баллов потряс Банялуку в 16.30 26 октября). В корреспонденциях сообщалось о "довольно многочисленных случаях острых реактивных состояний среди жителей пострадавшего города". Фотокорреспондент газеты Жика Живанович, сделавший ряд уникальных снимков в момент землетрясения, так описывает свое состояние и поведение людей:

"Я не мог двинуться. Никогда в жизни не чувствовал себя таким беспомощным... Люди окаменели и не двигались. Я тоже. Затем люди бежали без цели. Находившиеся в парке бежали в направлении зданий, хотя это было абсолютно нецелесообразно. Они бежали, чтобы спасти себе жизнь, и кричали, как сумасшедшие. Те, кто был в домах, бежали в парки. Все были в панике. Некоторые теряли сознание или стояли как окаменелые" (статья "Свидетель мгновения"). В другой корреспонденции рассказывается о поведении жителей города спустя определенное время после землетрясения: "Люди бродят по улицам города с отсутствующим видом и задают бессмысленные вопросы. Например, "почему идет дождь?", хотя в это время была хорошая погода" (статья "Потерянные на улицах").

Несмотря на краткость приведенных описаний и то, что они сделаны не врачами, а журналистами, видно, что у населения Банялуки острые реактивные состояния возникали прежде всего в форме сумеречного

состояния сознания с психомоторным возбуждением (бессмысленное бегство) и в виде психогенного ступора.

Особый интерес представляет землетрясение в Скопле в 1963 г. Эпицентр землетрясения силой в 10 баллов находился под центральной площадью города. Скопье, третий по величине город Югославии (около 220 тыс. жителей), столица Македонии, был разрушен в течение 20 секунд на 80%. Вслед за первым толчком последовал второй, несколько меньшей силы. В тот день было зарегистрировано еще 84 толчка, два из которых силой в 5 и 4 балла. Первый катастрофический толчок большинство жителей города расценило как начало ядерной войны. Конечно, размеры человеческих потерь при скопльском землетрясении и ядерном ударе (в частности, в Нагасаки) несопоставимы. Однако масштабы и характер разрушений в Скопье вполне укладываются в рамки современных представлений о последствиях ядерного удара по городу. 80% зданий города было разрушено, 170 тыс. жителей остались без крова, уничтожены или сильно повреждены почти все общественные здания и школы, большая часть личного имущества граждан полностью погибла.

Катастрофический характер землетрясения в Скопье, почти полное разрушение города, грохот падающих зданий, тучи густой пыли, пожары, большое число жертв, гибель родных и близких, душераздирающие сцены на улицах - весь этот комплекс сверхсильных психотравмирующих факторов обусловил нервно-психические нарушения у подавляющего большинства населения города. По данным ряда авторов и свидетельствам очевидцев, острые реактивные состояния, преимущественно ступорозного характера, наблюдались в большей или меньшей степени у большинства жителей пострадавшего города. Характер и глубина нервно-психических расстройств были неодинаковыми у разных людей и в разные сроки после землетрясения. Первоначальная реакция (первый, самый сильный толчок был в 5.17 утра, когда значительная часть жителей спала) носила характер паники. Отмечены случаи, когда обезумевшие родители выбрасывали детей из окон многоэтажных зданий, выпрыгивали вслед за ними и разбивались. Югославские исследователи выделяют три фазы, характеризующие психическое состояние населения города после землетрясения. Первая (2-3 дня) - состояние тяжелой психической депрессии, угнетения, ступора. Люди совершенно не реагируют на окружающее, с ними трудно вступить в контакт. Они бродят по развалинам, как будто разыскивая что-то, или сидят неподвижно у своих разрушенных жилищ. Вторая (5-12 дней) - продолжение менее выраженной психической депрессии у одних, проявление общего

возбуждения, беспокойства, расторможенности у других, (у детей - полное недержание мочи, у беременных - спонтанные аборт и преждевременные роды). Третья (от 10-12 дней до 2-3 мес.) - постоянное сглаживание нервно-психических нарушений, появление интереса к окружающему, беспокойство за будущее, стремление приспособиться к жизни в новых условиях.

Количественная сторона нервно психических нарушений у населения г. Скопле такова. Острые реактивные состояния наблюдались у всех жителей города. Однако примерно у 20% это состояние быстро прошло, у 70% продолжалось от нескольких часов до 2-3 сут., а у 10% наблюдались серьезные психические расстройства, требовавшие специальной медицинской помощи и лечения.

Ташкентское землетрясение 1966 г. (первый толчок силой около 8 баллов, продолжительностью 10 секунд отмечен 26 апреля 1966 г. в 5.23 по местному времени) было слабее, не вызвало таких тотальных разрушений, как в Скопле, а главное - не сопровождалось значительными жертвами. Тем не менее исследователи, которые приступили к изучению нервно-психических реакций населения Ташкента на месте спустя день после первого толчка, пришли к выводу, что реактивные состояния остаются у 11% населения.

По данным очевидцев и исследователей, в момент землетрясения и сразу же после него 36,7% пострадавших жителей либо бездействовали, либо молились, а затем прибегали к защитным мерам, 42,5% укрывались в безопасном месте, 16,8% выбегали на открытое пространство.

Т. Николс пишет, что последующие толчки производят на жителей большее впечатление, чем первый, самый сильный толчок. У лиц, перенесших афтершоки (повторные толчки), возникает "настроенность на неотвратимость беды", отчего они, "скованные страхом, бездействуют, вместо того, чтобы бежать в безопасное место".

С точки зрения ряда авторов, личностные факторы, которые могут влиять на восприятие землетрясений, трудно измерить и оценить с точки зрения их значимости для процесса приспособления к катастрофе. Землетрясения вызывают стресс, когда люди осознают их неотвратимость и не знают, что их ожидает. По данным некоторых исследователей, 43% из тех, кого охватывает чувство тревоги и страха, утверждали, что они опасались не за свою жизнь, а за имущество; 1% опрошенных ответили, что землетрясения их не тревожат и они сохраняют спокойствие, уверенность в себе. Следует отметить, что

многие лица, вошедшие в последнюю группу, в прошлом уже пережили землетрясения.

При стихийном бедствии вообще и землетрясении в частности отмечаются ошибки в реальной оценке опасности. При этом возможны как "миф о не ранимости субъекта", так и "иллюзия центральности" (т.е. уверенность субъекта в том, что он обязательно будет поражен). По их наблюдениям, паника крайне редка и возникает лишь в тех случаях, когда ситуация кажется безнадежной. Описывая психические последствия землетрясений в Манагуа в 1972 г., К. Фогельман и У. Парентон отмечают, что поступления в психиатрические больницы в первые месяцы увеличились на 27%, обращаемость к психиатрам поднялась до 209% (по поводу тревоги, депрессивных реакций, истерии).

Сопоставление имеющихся данных литературы свидетельствует о том, что внимание исследователей психических реакций и поведения при стихийных бедствиях переместилось в последнее время от изучения в начале века грубых психических нарушений к описанию феноменов, составляющих изменения психической деятельности непсихотического уровня. Есть основания полагать, что это непосредственно связано с определенным "патоморфозом" отношения людей к стихийным бедствиям, зависящим от изменений культуральных средовых взаимоотношений, а главное - с развитием техники и медицины, которым порой приписывается мифическая возможность спасения выживших во время стихийных бедствий и катастроф.

В предисловии к работе Л.Я. Брусиловского и соавт. проф. Г.И. Россолимо писал: "Во всякую новую историческую эпоху эти последствия (речь идет о последствиях стихийных бедствий. - Авт.) вносят отпечаток особенностей нового современного человека и потому нуждаются в новом обследовании и надлежащем научном подходе". Эта глубокая и совершенно правильная мысль полностью подтверждается уже при первом знакомстве с материалами, характеризующими поведение и нервно-психические расстройства людей во время стихийных бедствий в разные исторические периоды.

Проблеме психогений военного времени посвящено большое число исследований крупнейших отечественных психиатров (Осипов Б.П., Гуревич М.О., Краснушкин Е.К., Гиляровский В.А.). В этих работах достаточно четко показано, что война не дает новых, неизвестных мирному времени видов психических расстройств, ее патопластические влияния лишь в некоторой степени видоизменяют известные психические расстройства. В

формировании психогений военного времени у населения, помимо непосредственного этиопатогенетического фактора (переживания, связанные с угрозой жизни), существенную роль играют предрасполагающие факторы: информационная неопределенность, угроза существованию близких людей, ломка функционирования психофизиологической организации и основных жизненных стереотипов, утомление и т.п. При этом во многих случаях жизнь человека становится зависимой не от привычных условий, ведущих к благополучию в мирное время (материальное положение, образование, особенности труда и быта и т.п.), а от новых факторов - умения выжить без помощи других людей, укрыться от непогоды, найти жилье и пищу.

Необходимо отметить, что в литературе психогенные расстройства военного времени рассматриваются отдельно: у участников военных действий и у населения. Различия обусловлены тем, что "солдат в условиях боевой обстановки каждый день подвергается угрозе смерти - угрозе, от которой он не имеет права уклониться, для гражданского населения - вполне законно искать убежище в период нападения. По данным В. Менингера, в лечебные учреждения армии США во время второй мировой войны (с 1 января 1942 г. по 30 июня 1945 г.) поступило около 1 млн лиц с нервно-психическими заболеваниями, в том числе 64% с психоневрозами и 7% с психозами. В соответствии с данными С. Бейкера, почти половина демобилизованных по состоянию здоровья из армии США военнослужащих во время второй мировой войны страдала нервно-психическими заболеваниями, в том числе 70% психоневрозами.

Современный уровень военной техники и средств массового поражения в значительной степени уменьшает различия в возможностях поражения как лиц, непосредственно участвующих в военных действиях, так и населения. Во время предшествующих военных конфликтов, когда различия между фронтом и тылом были значительными, психические расстройства у гражданского населения не представляли собой значительной проблемы. Однако опыт второй мировой войны, обобщенный в ряде работ, посвященных изучению результатов налетов авиации на мирные города, показал, что психическое напряжение, вызванное страхом и тревогой, достаточно велико. Ф. Панс рассматривает динамику эмоциональных состояний, возникающих во время воздушных налетов: чувство подавленности и страха, кардиоваскулярные симптомы после налета уменьшались, сменяясь эйфорическим возбуждением. Однако после тяжелых налетов были более выражены апатия и безразличие. Л. Люнберг пишет, что после тяжелых налетов выжившие жители британских городов "...бродили

среди руин, роясь в остатках своих жилищ. Их лица ничего не выражали, взгляд был пустым, глаза блуждали. Это безразличие приводило к тому, что эти люди часто не обращались своевременно за медицинской помощью. Проявляющаяся на время тенденция игнорировать моральные стандарты часто находила свое выражение в том, что оставшиеся в живых горько оплакивали потерю своих жилищ и имущества, не обращая внимания на то, что один или несколько их родственников были убиты".

Вместе с тем выраженных случаев психических заболеваний, требующих лечения в больницах, было не очень много (в Великобритании 1-2% людей нуждались в госпитализации). К. Берингер объясняет низкую заболеваемость подготовленностью к бомбардировкам. Кроме того, реальность ставит "неизбежные требования к необходимости так действовать, чтобы выжить, поэтому нет времени, чтобы быть больным". К. Затт считает, что при частых бомбардировках наступает истощение, которое сменяет острые реакции страха и ужаса. Д. Джанис, анализируя воздействие бомбардировок, пишет, что при них довольно часты транзиторные реакции страха, депрессии, апатии, длящиеся от нескольких дней до недель, нередко также расстройства в пищеварительной, сердечно-сосудистой системах, нарушение менструальной функции. Реакции детей такие же, как и у взрослых, однако протекают более длительно. Он отмечает значительные изменения в моральных стандартах, в первую очередь среди тех, у кого пострадало жилище, кто потерял родных, имущество.

Особое место принадлежит анализу психических нарушений, возникших во время ядерной бомбардировки Хиросимы и Нагасаки. Джанис подчеркивает, что психические расстройства отмечались у всех выживших. Чувство страха и полной беспомощности, продолжавшееся в течение нескольких дней и недель, нередко сопровождалось у человека "удивлением и непониманием того, что он еще жив". Второй эмоциональный шок развивался при виде огромного числа убитых, раненых, сгоревших. При этом, отмечает автор, второй шок был сильнее у тех, кто испытывал страх меньшей интенсивности непосредственно во время взрыва. Автор описывает также острые депрессивные реакции с выраженным чувством самообвинения, суицидальными действиями, когда оставшиеся в живых бросались в огонь, чтобы погибнуть.

Спасательные работы были затруднены из-за того, что большая часть выживших покинула город, а те, кто оставался в нем, были растеряны, дезориентированы, вялы, безразличны ("вели себя тихо, головы опущены, на

лица никакого выражения"). Примерно через 2-3 ч возможно было организовать какую-то помощь, которую осуществляли священники и врачи, оставшиеся в живых.

Представленные данные по существу вводят в проблему психогенных расстройств, возникающих в разных катастрофических ситуациях и во время войны. Они показывают необходимость специального рассмотрения как клинических особенностей, так и вопросов профилактики и медицинской помощи при психических расстройствах, развивающихся в различных экстремальных условиях.

Клинические особенности психогений при экстремальных ситуациях

Изучение наблюдавшихся при экстремальных ситуациях психических расстройств, а также анализ комплекса спасательных, социальных и медицинских мероприятий дают возможность схематически выделить три периода развития ситуации, в которых наблюдаются различные психогенные нарушения.

Первый (острый) период характеризуется внезапно возникшей угрозой собственной жизни и гибели близких. Он продолжается от начала воздействия экстремального фактора до организации спасательных работ (минуты, часы). Мощное экстремальное воздействие затрагивает в этот период в основном витальные инстинкты (например, самосохранения) и приводит к развитию неспецифических, внеличных психогенных реакций, основу которых составляет страх различной интенсивности. В это время преимущественно наблюдаются психогенные реакции психотического и непсихотического уровней. В ряде случаев возможно развитие паники.

Во втором периоде, протекающем при развертывании спасательных работ, по образному выражению, начинается "нормальная жизнь в экстремальных условиях". В это время в формировании состояний дезадаптации и психических расстройств значительно большую роль играют особенности личности пострадавших, а также осознание ими не только продолжающейся в ряде случаев жизнеопасной ситуации, но и новых стрессовых воздействий, таких как утрата родных, разобщение семей, потеря дома, имущества. Важными элементами пролонгированного стресса в этот период являются ожидание повторных воздействий, несовпадение ожиданий с результатами

спасательных работ, необходимость идентификации погибших родственников. Психоэмоциональное напряжение, характерное для начала второго периода, сменяется к его концу, как правило, повышенной утомляемостью и "демобилизацией" с астено-депрессивными или апато-депрессивными проявлениями.

В третьем периоде, начинающемся для пострадавших после их эвакуации в безопасные районы, у многих происходят сложная эмоциональная и когнитивная переработка ситуации, переоценка собственных переживаний и ощущений, своеобразная "калькуляция" утрат. При этом приобретают актуальность также психогенно травмирующие факторы, связанные с изменением жизненного стереотипа, проживанием в разрушенном районе или в месте эвакуации. Становясь хроническими, эти факторы способствуют формированию относительно стойких психогенных расстройств. Наряду с сохраняющимися неспецифическими невротическими реакциями и состояниями в этот период начинают преобладать затянувшиеся и развивающиеся патохарактерологические расстройства. Соматогенные психические нарушения при этом могут носить разнообразный подострый характер. В этих случаях наблюдаются как "соматизация" многих невротических расстройств, так и в известной мере противоположные этому процессу "невротизация" и "психопатизация". Во все периоды развития ситуации перед врачами-психиатрами, другими медицинскими работниками встают различные вопросы не только непосредственного лечения возникших или обострившихся в экстремальных условиях психических заболеваний, но и оценки психологических и клинко-психопатологических особенностей лиц, находящихся в очаге бедствия. Это необходимо в ряде случаев для предотвращения панических реакций, выявления и психокоррекции особенностей, способствующих возникновению нежелательных форм поведения и психогенных расстройств, вносящих осложнения во взаимоотношения и взаимовлияние отдельных групп пострадавших и участников восстановительных работ. Важное значение это имеет также для профилактики развития патохарактерологических и психосоматических расстройств и для квалифицированной оценки рентных установок на отдаленных этапах. Отличительные черты психотравмирующих воздействий, их взаимодействие с конституционально-типологическими и соматическими индивидуальными особенностями человека и его жизненным опытом могут приводить к развитию разных психических расстройств на всех этапах развития экстремального воздействия. При этом их частота и характер во

многим зависят от внезапности возникновения и остроты жизнеопасной ситуации.

Психогении при остро возникших жизнеопасных ситуациях

Остро возникшие жизнеопасные ситуации характеризуются внезапностью и чаще всего кратковременностью психогенного воздействия. При таких вариантах стихийных бедствий или катастроф обычно имеются различные физические явления (гул, колебания почвы, разрушение зданий и т.п.), которые мгновенно позволяют оценить ситуацию как жизнеопасную. Разрушения, гибель людей, массовый травматизм усугубляют патогенное воздействие на человека непосредственной угрозы жизни.

Поведение в остром периоде внезапно развившейся жизнеопасной ситуации во многом определяется эмоцией страха, которая до определенных пределов может считаться физиологически нормальной и приспособительно полезной, способствующей экстренной мобилизации физического и психического напряжения, необходимого для самосохранения. По существу при любой осознаваемой человеком катастрофе возникают тревожное напряжение и страх. "Бесстрашных" психически нормальных людей в общепринятом понимании этого состояния не бывает. Все дело в мгновениях времени, необходимого для преодоления чувства растерянности, принятия рационального решения и начала действий. У подготовленного к экстремальной ситуации, компетентного человека это происходит значительно скорее, у полностью неподготовленного сохраняющаяся растерянность определяет длительное бездействие, суетливость и является важнейшим показателем риска развития психогенных психических расстройств.

Клинические проявления страха зависят от его глубины и выражаются в объективных проявлениях и субъективных переживаниях. Наиболее характерны двигательные нарушения поведения, которые лежат в диапазоне от увеличения активности (гипердинамия, "двигательная буря") до ее уменьшения (гиподинамия, ступор). Однако следует отметить, что в любых, даже самых тяжелых условиях 12-25% людей сохраняют самообладание, правильно оценивают обстановку, четко и решительно действуют в соответствии с ситуацией. По нашим наблюдениям и расспросам людей, испытывавших различные жизнеопасные ситуации и сохранивших в критические мгновения самообладание и способность к целенаправленным действиям, при осознании катастрофичности происходящего они думали не о собственном выживании, а об ответственности за необходимость

исправления случившегося и сохранения жизней окружающих. Именно эта "сверхмысль" в сознании и определяла соответствующие действия, выполнявшиеся четко и целенаправленно. Как только "сверхмысль" заменялась паническим страхом и незнанием, что конкретно делать, наступала потеря самообладания и развивались различные психогенные расстройства. Большинство людей (примерно 50-75%) при экстремальных ситуациях в первые мгновения оказываются "ошеломленными" и малоактивными.

В документальной повести "Чернобыльская тетрадь", опубликованной в июньском номере "Нового мира" за 1989 г., специалист-атомщик Г.У. Медведев так характеризует свое восприятие экстремальных условий, связанных с аварией на Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС): "В момент нажатия кнопки АЗ-5 (аварийная защита. - Авт.) пугающе вспыхнула яркая подсветка шкал сельсинов-указателей. Даже у самых опытных и хладнокровных операторов в такие секунды сжимается сердце... Мне знакомо чувство, переживаемое операторами в первый момент аварии. Неоднократно бывал в их шкуре, когда работал на эксплуатации атомных станций. В первый миг - онемение, в груди все обрушивается лавиной, обдает холодной волной невольного страха прежде всего оттого, что застигнут врасплох, и вначале не знаешь, что делать, пока стрелки самописцев и показывающих приборов разбегаются в разные стороны, а твои глаза враз вслед за ними, когда неясна еще причина и закономерность аварийного режима, когда одновременно (опять же невольно) думается где-то в глубине, третьим планом, об ответственности и последствиях случившегося. Но уже в следующее мгновение наступает необычайная ясность головы и хладнокровие..."

Д. Дейтон обозначает описанное состояние термином "паническая реакция". Обычно она кратковременна, ее пролонгация зависит от многих факторов, как социально-психологических, так и физических. В частности, в этот период неблагоприятное воздействие, способствующее развитию выраженных реакций страха, оказывают переутомление, голод, жажда, физическая боль, жара, холод, травматические повреждения.

Следует специально отметить, что через некоторое время, измеряемое минутами или десятками минут, здоровые и компетентные люди независимо от первичных психических реакций несколько успокаиваются, адаптируются к обстановке и начинают принимать меры для спасения и выживания.

Реакции страха в жизнеопасных условиях принято разделять на контролируемые и неконтролируемые. "Ты контролируешь свой страх, значит осознаешь опасности, которые могут встретиться, пытаешься избежать их. В этом случае всегда найдешь выход. А неконтролируемый страх - это просто паника" (Бонатти В.). Вот как описывается состояние страха у начальника смены реакторного цеха П. во время аварии на ЧАЭС в уже упомянутой документальной повести о Чернобыльской трагедии Г.У. Медведева. В момент аварии П. находился в центральном зале четвертого энергоблока. Он "...с гулко бьющимся сердцем, с паническим чувством, сознавая, что происходит что-то ужасное, непоправимое, на слабеющих от невольного страха ногах побежал к выходу...". В эти и последующие минуты катастрофы, несмотря на чувство страха, П. по свидетельству автора повести, сделал все возможное и невозможное, чтобы спасти подчиненных ему людей, вывести их из зон высокой радиации. К сожалению, в жизнеопасной ситуации далеко не всем удается быстро преодолеть чувство страха. Тогда длительное время преобладают растерянность и суетливость. Вот как характеризуется состояние одного из ответственных инженеров ЧАЭС сразу после аварии: "Д. выглянул в окно, высунув голову наружу. Ночь. Гул и клекот бушующего наверху пожара. В красноватом отсвете огня виден страшный завал из строительных конструкций, балок, бетона и кирпича. На асфальте вокруг блока что-то валяется. Очень густо. Черным-черно. Но в сознание не шло, что это графит из реактора. Как и в машзале. Там тоже глаза видели раскаленные куски графита и топлива. Однако сознание не принимало страшный смысл увиденного. Он вернулся в помещение блочного щита. В душе то вздымалась упругая до звона воля к действию, немедленному, чудотворному, спасающему действию, то обрушивалось все в пропасть безнадежности и апатии..."

С точки зрения известного путешественника Э. Бишона, в экстремальных условиях неконтролируемый страх может сделать из самого закаленного атлета "жалкого хлюпика или последнего скота". И наоборот, если подобного страха нет, то даже "полудохлый заморыш может превратиться благодаря своей моральной стойкости в героя". Деятельность отдельных групп людей в жизнеопасной ситуации определяется поступками каждого человека. Вместе с тем от группового поведения зависит деятельность всего коллектива, на который возлагаются те или иные обязанности по предотвращению или ликвидации экстремальной ситуации. Психическая закалка человека препятствует развитию панического настроения, позволяет собраться и сконцентрировать волю и найти правильный, целесообразный выход из

трудной ситуации. В противном случае господствуют растерянность и паника.

При аварии на ЧАЭС, пишет Г.У. Медведев, начальник смены аварийного блока, заместитель главного инженера станции, старший инженер управления блоком и другие операторы, находившиеся непосредственно перед аварией и во время катастрофы в блочном щите управления, были растерянны, метались, не зная, что предпринять. Вот их выкрики: "Ничего не понимаю!", "Что за чертовщина?!", "Мы все правильно делали...", "Не может быть!", "Диверсия?!". Весь ответственный дежурный персонал был убежден в полной правильности своих действий. После взрыва они не знали, что делать, ибо природу происходящего не понимали. Бывший заместитель министра Ш., прилетевший на ЧАЭС вскоре после взрыва атомного реактора четвертого блока, так описывает состояние директора станции и главного инженера, от которых требовалось принятие множества ответственных оперативных решений: первый из них был заторможен, смотрел куда-то вдаль перед собой, апатичен. Второй - наоборот, перевозбужден, глаза воспаленные, блестели безумием. Потом произошел срыв, тяжелая депрессия. Свидетельствует председатель Припятского горисполкома: весь день 26 апреля директор станции был невменяемый, какой-то потерявший себя, главный инженер в перерывах между отдачами распоряжений плакал, куда делась его самоуверенность. Оба более-менее пришли в себя к вечеру. А вот другие документальные описания поведения главного инженера ЧАЭС и одного из его заместителей в первые часы аварии: главный инженер "...порою терял самообладание. То впадал в ступор, то начинал голосить, плакать, бить кулаками и лбом о стол, то развивал бурную, лихорадочную деятельность. Звучный баритон его был насыщен предельным напряжением "...Л. сидел и, обхватив голову руками, тупо повторял: "Скажите мне, парни, температуру графита в реакторе... Скажите, и я вам все объясню...". "О каком графите вы спрашиваете, почти весь графит на земле. Посмотрите... на дворе уже светло". "Да ты что?! - испуганно и недоверчиво спросил Л. - В голове не укладывается такое..." И начальник смены повел неверящего заместителя главного инженера в помещение резервного пульта управления. "...Насыщенный долгоживущими радионуклидами воздух был густым и жалящим. От завала напрямую обстреливало гамма-лучами с интенсивностью до 15 тысяч рентген в час. Но тогда я об этом не знал. Жгло веки, горло, перехватило дыхание. От лица шел внутренний жар, кожу сушило, стягивало. "Вот посмотрите: кругом темно от графита..." "Разве это графит?" - не верил своим глазам заместитель главного инженера. "А что же

это?" - с возмущением воскликнул я... Я уже понял, что благодаря лжи зря гибнут люди... слепота в людях меня всегда доводила до бешенства. Видеть только то, что выгодно тебе..."

Взрыв на ЧАЭС, как это происходит и при других катастрофах, многих "...лишил чувств - боли, страха, ощущения тяжелой вины и невосполнимого горя". Но все придет, хотя и не сразу. И первыми вернуться бесстрашие и мужество отчаяния. Растерявшиеся в первый момент специалисты не будут щадить свои жизни, героически отстаивая от огня пожара станцию.

Характерным примером мужественного поведения подготовленных к опасностям людей может явиться документальная запись впечатлений иеромонаха А. Кожевникова, находившегося на геройски сражавшемся и погибшем крейсере "Рюрик" во время знаменитого боя у Цусимы в период русско-японской войны 1904-1905 гг., приводимая писателем В.С. Пикулем в романе "Крейсера": "Я наполнил карманы подрясника бинтами, стал ходить по верхней и батарейной палубам, чтобы делать перевязки. Матросы бились самоотверженно, получившие раны снова рвались в бой. На верхней палубе я увидел матроса с ногой, едва державшейся на жилах. Хотел перевязать его, но он воспротивился: "Идите, отец, дальше, там и без меня много раненых, а я обойдусь!" С этими словами он вынул матросский нож и отрезал себе ногу. В то время поступок его не показался мне страшным, и я, почти не обратив на него внимания, пошел дальше. Снова проходя это же место, я увидел того же матроса: подпирая себя какой-то палкой, он наводил пушку в неприятеля. Дав по врагу выстрел, он сам упал как подкошенный..."

В.С. Пикуль, рассказывая о дальнейшем ходе боя, пишет: "Смерть уродовала всех подряд, не разбирая чинов и титулов. На корме "Громобоя" полегло сразу полсотни матросов и офицеров - труп на трупе. Людей разрывало в куски, они сгорали заживо в нижних отсеках, обваривались паром и кипятком, но сила духа оставалась прежней - победоносной. Капитан 1-го ранга Николай Дмитриевич Дабич держался молодецки. Пучки острых осколков врезались под "гриб" боевой рубки, два осколка поразили командира - в бок и в голову. Его утащили вниз, едва живого... Минут через двадцать сигнальщики замечают:

- Бежит как настеганный... Носа не видать!

Дабич с головой, замотанный бинтами, взбежал на мостик:

- Ну, слава богу, я снова на месте...

Вторично взрывом подле него убило пять человек, и его вторично отнесли в каюту - замертво... Не прошло и получаса, как - глянь! Дабич ползет по трапу на мостик - на четвереньках, как собака...

Семнадцать ранений получил в этом бою Дабич, но остался жив. Позже он дал интервью журналистам: "Вы не можете представить, как во время боя притупляются нервы. Сама природа, кажется, заботится о том, чтобы все это человек перенес. Смотришь на палубу: валяются руки, ноги, черепа без глаз, без покровов, словно в анатомическом театре, и проходишь мимо почти равнодушно, потому что весь горишь единым желанием - победы!".

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

Специальные исследования большого числа пострадавших от землетрясения, проводившиеся начиная со второго дня в г. Спитаке, показали, что более чем у 90% обследованных имелись психогенные расстройства. Их выраженность и продолжительность были различны - от нескольких минут (состояние оглушенности) до длительных и стойких невротических и психотических расстройств. Вот несколько примеров, описанных врачами психиатрических бригад.

"Обследуемый Л. отмечает, что "по минутам" помнит все события, предшествовавшие подземному толчку, "память как бы фотографически запечатлела эти мгновения", события, происходившие в течение нескольких часов после начала толчков, также помнит хорошо, а вот потом "время как бы ускорило свой ход, поэтому в памяти многое сохранилось отрывочно". В начале землетрясения П. находился в приемной начальника, говорил по телефону. С первым толчком упал, быстро выбежал из здания. Земля "ходила под ногами" (начало землетрясения характеризовалось внезапно возникшим первым горизонтальным толчком и резкими колебаниями земли при втором и последующих вертикальных толчках), многие падали, бежали. Видел все четко, но перестал что-либо слышать. Ужас и страх, появившиеся сначала, сменились ощущением покоя и даже душевного комфорта. Время "застыло", перед глазами стоял туман, однако видно было хорошо. Руки казались чужими, не слушались, потеряли чувствительность. Внезапно вспомнил, что забыл закрыть дверь, и спокойно пошел в здание. П. совершал непонятные

действия - начал спокойно раскладывать средство для борьбы с мышами, не обращая внимания на окружающее. Выходя из здания, никак не мог закрыть дверь, не замечая, что она перекошена. Вдруг "вспомнил", что происходит землетрясение, увидел проломленный потолок. Вернулся слух, появился сильный страх, выбежал на улицу, стал рыдать, кричать, кататься, вспомнил о детях, побежал к дому. Окружающее представлялось не вполне реальным, похожим на спектакль, сон или кино. Думал, что "все так задумано", уже "все это было и будет еще долго". Прибежал не к дому, а на окраину города. В последующем обнаружил живых детей и жену, стоящих около разрушенного дома. "Руки и ноги не слушались", было ощущение нереальности. Лишь на второй день осознал происшедшее, пытался принимать участие в спасательных работах, но ничего не мог делать - были смертельная усталость и безразличие...

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

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

В хирургическом стационаре Еревана восемнадцатилетняя студентка Г., более суток находившаяся под развалинами институтской библиотеки и получившая тяжелые повреждения, рассказала одному из авторов этой книги:

"Я сидела в читальном зале вместе со своими сокурсниками. После землетрясения мы тут же оказались в развалинах. Вероятно, от ушиба в голову я сразу же потеряла сознание. Очнулась и поняла, что сдавлена со всех сторон камнями и железными прутьями. Вначале боли не ощущала, хотелось только пошевелиться, но это было почти невозможно... Потом временами теряла сознание, думала, что уже умерла, не было сил кричать и звать на помощь. Видела, как рядом со мной сдавлен и висит вниз головой мой сокурсник. Одна нога у него зацепилась за металлический прут, наверное, она была сломана, так как была совершенно неестественно вывернута. Он жутко кричал, свободными руками пытался как-то изменить свое положение тела. Видела, как у него набухло и стало багрово-красным лицо... Временами он замолкал. Думаю, в это время он был в бессознательном состоянии. Уже незадолго до того, как меня откопали, я видела, как он снял свободными руками майку, обернул ее вокруг шеи. Один конец прикрепил к какому-то крюку, а за второй с силой потянул. Когда нас откопали, его нашли задушившимся..."

Что это - отчаяние, паника попавшего в тяжелую беду или мужественное, целенаправленное поведение человека, не видящего выхода из создавшегося положения и стремящегося смертью облегчить свою участь?

Вероятно, однозначного ответа на этот вопрос нет - ни с точки зрения психологии, ни с позиций психопатологии.

Психогенные расстройства, однако, не всегда столь выраженные и продолжительные, наблюдаются при всех остро развившихся жизнеопасных ситуациях, затрагивающих большое число людей. Вот еще несколько примеров, наблюдавшихся в июне 1988 г. вблизи переезда у железнодорожной станции Арзамас во время мощного взрыва химических веществ. Очевидцы отмечают внезапную яркую вспышку, сильную ударную волну, большое яркое грибообразное облако. На месте взрыва образовалась воронка глубиной 26-28 м, размером примерно 80х50 м. Ударная волна вызвала сильные разрушения в радиусе 5-6 км. В результате взрыва погиб 91 человек, 744 человека получили повреждения и обратились за медицинской помощью. Многие люди, не получившие физических повреждений и даже находившиеся в отдалении от места взрыва, были потрясены, у части из них наблюдались достаточно выраженные психогенные расстройства.

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

В момент взрыва пострадавшая Г. находилась у себя дома, собиралась гладить белье. Внезапно почувствовала сотрясение, удар по голове. При этом боли не ощущала. Видела, как с потолка сыпалась штукатурка. Считала, что обрушивается перекрытие, давно находившееся в аварийном состоянии. Ощутила удар электрическим током в руку (от кисти к плечу), думала, что это поражение электрическим током от включенного утюга: "Наверное, я умерла, может быть, даже обуглилась, но если я думаю - значит, я жива". Решила узнать, что же случилось. Осмотрелась. Увидела холодильник, удивилась - он должен быть на кухне. Оказалось, что через разрушенную перегородку взрывной волной ее переместило туда, где была кухня. На холодильнике увидела кровь, поняла, что ранена. Слышала на улице шум, громкие голоса, хотела узнать, что произошло, но была "как обездвижена", ощущала "безразличие" к окружающему и "ужасную слабость". Были сильный шум в ушах и головокружение. Вспомнила о сыне, который гулял во дворе, но не было сил подняться с пола и взглянуть в окно. Услышала голоса: "Не трогай ее, надо помочь тем, кто еще жив". Поняла, что ее считают мертвой, пыталась кричать и двигаться, но ничего не получалось, была "как окаменелая". В больнице узнала о смерти сына. В последующем развилось стойкое невротическое состояние с преобладанием депрессивных расстройств...

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

Специальный обобщенный анализ позволяет проследить определенную динамику возникновения и развития отдельных психопатологических проявлений у пострадавших, зависящих от этапа внезапно развившейся экстремальной ситуации. Непосредственно после острого воздействия, когда появляются признаки опасности, у людей возникают растерянность, непонимание того, что происходит. За этим коротким периодом при простой реакции страха наблюдается умеренное повышение активности: движения становятся четкими, экономными, увеличивается мышечная сила, что способствует перемещению многих людей в безопасное место. Нарушения речи ограничиваются ускорением ее темпа, запинками, голос становится громким, звонким. Отмечается мобилизация воли, анимация идеаторных процессов. Мнестические нарушения в этот период представлены снижением фиксации окружающего, нечеткими воспоминаниями происходящего вокруг, однако в полном объеме запоминаются собственные действия и переживания. Характерным является изменение ощущения времени, течение которого замедляется и длительность острого периода представляется увеличенной в несколько раз. При сложных реакциях страха в первую очередь отмечаются более выраженные двигательные расстройства. При гипердинамическом варианте наблюдается бесцельное, беспорядочное метание, множество нецелесообразных движений, затрудняющих быстрое

принятие правильного решения и перемещение в безопасное место. Иногда отмечается паническое бегство. Гиподинамический вариант характерен тем, что человек как бы застывает на месте, нередко стараясь "уменьшиться", принимая эмбриональную позу, садится на корточки, обхватив голову руками. При попытке оказать помощь либо пассивно подчиняется, либо становится негативистичным. Речевая продукция отрывочна, ограничивается восклицаниями, в ряде случаев имеет место афония. Воспоминания о событии и своем поведении у пострадавших в этот период недифференцированы, суммарны.

Наряду с психическими расстройствами нередко отмечаются тошнота, головокружение, учащенное мочеиспускание, ознобоподобный тремор, обмороки, у беременных женщин - выкидыши. Восприятие пространства изменяется, искажаются расстояние между предметами, их размеры и форма. Порой окружающее представляется "нереальным", причем это ощущение сохраняется в течение нескольких часов после воздействия. Длительными могут быть и кинестетические иллюзии (ощущение качающейся земли, полета, плавания и т.д.).

Обычно эти переживания развиваются при землетрясениях, ураганах. Например, после смерча многие пострадавшие отмечали своеобразное ощущение действия непонятной силы, которая их "как будто тянет в яму", "толкает в спину", они "сопротивлялись этому", хватались руками за разные предметы, стараясь удержаться на месте. Один из пострадавших рассказал, что у него было впечатление, будто он плыл по воздуху, совершая при этом движения руками, имитирующие плавание.

При простой и сложной реакциях страха сознание сужено, хотя в большинстве случаев сохраняются доступность внешним воздействиям, избирательность поведения, возможность самостоятельно находить выход из затруднительного положения. Особое место в этот период занимает угроза развития состояний паники. В прошлом она была типичным явлением при крупных землетрясениях. Индивидуальные панические расстройства определяются аффективно-шоковыми реакциями, основные проявления которых описаны выше. При развитии таких реакций, особенно одновременно у нескольких пострадавших, возможно их влияние друг на друга и на окружающих, приводящее к массовым индуцированным эмоциональным расстройствам, сопровождающимся "животным" страхом. Индукторы паники (паникеры) - люди, которые обладают выразительными движениями, гипнотизирующей силой криков, ложной уверенностью в

целесообразности своих действий. Становясь лидерами толпы в чрезвычайных обстоятельствах, они могут создать общий беспорядок, быстро парализующий целые коллективы, лишаящий людей возможности оказывать взаимопомощь, соблюдать целесообразные нормы поведения. "Эпицентром" развития массовой паники обычно являются высококовнушаемые истерические личности, отличающиеся эгоистичностью и повышенным самолюбием.

Как свидетельствует опыт, в различных катастрофических ситуациях и в мирное и в военное время предотвращение паники состоит в предварительном обучении людей действиям в критических ситуациях, в правдивой и полной информации во время и на всех этапах развития чрезвычайных событий, в специальной подготовке активных лидеров, способных в критический момент возглавить растерявшихся людей, направить их действия на самоспасение и спасение других пострадавших.

Во время Спитакского землетрясения многие люди, зная, что проживают в сейсмоопасном районе, сразу же поняли, что происходящее вокруг связано с сильным землетрясением, а не с какой-либо другой катастрофой (например, войной). В основных районах сосредоточения пострадавших имелась информация о событиях, которая опровергала панические слухи, а главное - нашлись лидеры, сумевшие во многих районах организовать спасательные работы и предотвратить развитие паники.

В ситуации острого экстремального воздействия реактивные психозы представлены в основном аффективно-шоковыми реакциями, которые развиваются мгновенно и протекают в футиформной и ступорозной форме.

Футиформная реакция характеризуется сумеречным расстройством сознания с бессмысленными беспорядочными движениями, безудержным бегством, нередко в сторону опасности. Пострадавший не узнает окружающих, отсутствует адекватный контакт, речевая продукция бессвязная, нередко ограничивается нечленораздельным криком. Отмечается гиперпатия, при которой звук, прикосновение еще более усиливают страх, при этом нередко отмечается немотивированная агрессия. Воспоминания о пережитом частичные, обычно запоминается начало события.

При ступорозной форме наблюдаются общая обездвиженность, оцепенение, мутизм, иногда кататоноподобная симптоматика. Больные не реагируют на окружающее, часто принимают эмбриональную позу. Отмечаются нарушения памяти в виде фиксационной амнезии.

Истерические психозы при внезапных экстремальных воздействиях являются аффектогенными, и в их возникновении важную роль играет не только страх, но и такие особенности личности, как психическая незрелость, эгоизм.

В клинической картине истерического психоза облигатным синдромом является аффективное сужение сознания с последующей амнезией. Нередко сознание заполняют яркие тематичные зрительные и слуховые галлюцинации, больной "переносится" в психотравмирующую ситуацию, вновь переживая события, в которых он участвовал. При истерическом ступоре мимика больного отражает переживания страха, ужаса, иногда он беззвучно плачет. Обездвиженность, мутизм нередко прерываются, и больной может рассказывать о психотравмирующей ситуации. Истерические психозы обычно более длительны, чем аффективно-шоковые реакции. Возникнув в период экстремального воздействия, они могут продолжаться в течение нескольких месяцев после его завершения и требуют длительного, нередко стационарного лечения.

Завершаются острые реактивные психозы резким падением психического тонуса, частичным ступором в виде паралича эмоций. Довольно часто отмечаются состояния протрации, тяжелой астении, апатии, когда угрожающая ситуация не вызывает переживаний. Нередки остаточные явления в виде истерических расстройств, представленных пуэрилизмом, синдромом Ганзера, псевдодеменцией. Однако наиболее распространенным является астенический симптомокомплекс.

После окончания острого периода у некоторых пострадавших наблюдаются кратковременное облегчение, подъем настроения, стремление активно участвовать в спасательных работах, многоречивость, бесконечное повторение рассказа о своих переживаниях, отношении к случившемуся, бравада, дискредитация опасности. Эта фаза эйфории длится от нескольких минут до нескольких часов. Как правило, она сменяется вялостью, безразличием, идеаторной заторможенностью, затруднением в осмыслении задаваемых вопросов, трудностями при выполнении даже простых заданий. На этом фоне наблюдаются эпизоды психоэмоционального напряжения с преобладанием тревоги. В ряде случаев развиваются своеобразные состояния, пострадавшие производят впечатление отрешенных, погруженных в себя. Они часто и глубоко вздыхают, отмечается брадифазия, ретроспективный анализ показывает, что в этих случаях внутренние переживания нередко связываются с мистически-религиозными представлениями. Другой вариант развития тревожного состояния в этот

период может характеризоваться преобладанием "тревоги с активностью". Характерными являются двигательное беспокойство, суетливость, нетерпеливость, многоречивость, стремление к обилию контактов с окружающими. Экспрессивные движения бывают несколько демонстративны, утрированы. Эпизоды психоэмоционального напряжения быстро сменяются вялостью, апатией.

В третьем периоде остро начавшейся катастрофической ситуации наблюдается сближение, а во многих случаях и идентификация клинических проявлений с расстройствами, отмечаемыми на отдаленных этапах медленно развивающихся экстремальных воздействий. Существенные отличия имеются у лиц, переживших ту или иную катастрофу и продолжающих находиться под влиянием ее последствий. Например, для жителей загрязненных радиационными выбросами территорий длительное проживание на них является по существу хронической психотравмирующей ситуацией. В этот период у пострадавших возникают прежде всего разнообразные невротические и психосоматические расстройства, а также патохарактерологические развития личности. По особенностям проявлений, степени выраженности и стабильности наблюдающиеся психогенные нарушения при этом могут быть разделены на начальные, рудиментарные и развернутые проявления психической дезадаптации (невротические, психопатические и психосоматические). Для первых характерны нестабильность, фрагментарность расстройств, ограниченных одним-двумя симптомами непсихотического регистра, непосредственная связь болезненных проявлений с конкретными внешними воздействиями, уменьшение и исчезновение отдельных расстройств после отдыха, переключения внимания или деятельности, снижение порога переносимости различных вредностей, физического или психического напряжения.

Активный расспрос пострадавших в этот период позволил выявить чувство повышенной усталости, мышечную слабость, дневную сонливость, расстройства ночного сна, диспепсические явления, транзиторные дизритмические и дистонические расстройства, усиление потливости, тремор конечностей. Часто отмечаются состояния повышенной ранимости, обидчивости. Указанные расстройства наблюдаются изолированно и не могут быть объединены в клинические симптомокомплексы. Однако по преобладанию тех или иных расстройств можно выделить начальные субневротические расстройства аффективного, астенического, вегетативного, смешанного круга.

В динамике астенических расстройств, развившихся после экстремальной внезапно возникшей жизнеопасной ситуации, часто наблюдаются аутохтонные эпизоды психоэмоционального напряжения с преобладанием аффекта тревоги и усилением вегетосоматических нарушений. По существу астенические расстройства являются основой, на которой формируются различные пограничные нервно-психические расстройства. В ряде случаев они приобретают затяжной и хронический характер.

При развитии на фоне астении выраженных и относительно стабильных аффективных реакций собственно астенические расстройства как бы отесняются на второй план. У пострадавших возникают смутное беспокойство, тревожное напряжение, дурные предчувствия, ожидание какого-то несчастья. Появляется "прислушивание к сигналам опасности", которыми могут оказаться сотрясение почвы от движущихся механизмов, неожиданный шум или, наоборот, тишина. Все это вызывает тревогу, сопровождающуюся напряжением мышц, дрожью в руках, ногах. Это способствует формированию стойких и длительных фобических расстройств. Содержание фобических переживаний у лиц, перенесших смерч, землетрясение, достаточно конкретно и отражает как общий фон настроения, так и перенесенную ситуацию. Наиболее часты боязнь закрытых помещений, "страх погоды" (метеофобии). Наряду с фобиями, как правило, отмечаются неуверенность, трудность в принятии даже простых решений, сомнения в верности и правильности собственных действий. Часто наблюдаются близкое к навязчивости постоянное обсуждение пережитой ситуации, воспоминания о прошлой жизни с ее идеализацией.

Другим видом проявления эмоционального напряжения являются психогенные депрессивные расстройства. Появляется своеобразное осознание "своей виновности" перед погибшими, возникает отвращение к жизни, сожаление, что выжил, а не погиб вместе с родственниками. Феноменология депрессивных состояний дополняется астеническими проявлениями, а в ряде наблюдений апатией, безразличием, появлением тоскливого аффекта. Невозможность справиться с проблемами приводит к пассивности, разочарованию, снижению самооценки, чувству несостоятельности. Нередко депрессивные проявления бывают менее выраженными и на передний план выступает соматический дискомфорт (соматические "маски" депрессии): диффузная головная боль, усиливающаяся к вечеру, кардиалгии, нарушения сердечного ритма, анорексия.

В целом депрессивные расстройства не достигают психотического уровня, у пострадавших не бывает идеаторной заторможенности, они хотя и с трудом, но справляются с повседневными заботами.

Наряду с указанными невротическими расстройствами у людей, переживших жизнеопасную ситуацию, достаточно часто имеет место декомпенсация акцентуаций характера и психопатических личностных черт. При этом большое значение имеют как индивидуально значимая психотравмирующая ситуация, так и предшествовавший жизненный опыт и личностные установки каждого человека. Особенности личности налагают отпечаток на невротические реакции, играя важную патопластическую роль.

Основную группу состояний личностной декомпенсации обычно представляют реакции с преобладанием радикала возбудимости и сензитивности. Такие лица по ничтожному поводу дают бурные аффективные вспышки, объективно не соответствующие той или иной психогенной причине. При этом нередки агрессивные действия. Такие эпизоды чаще всего кратковременны, протекают с некоторой демонстративностью, театральностью, быстро сменяются астенодепрессивным состоянием, вялостью и безразличием к окружающему.

В ряде наблюдений отмечается дисфорическая окраска настроения. Люди в подобном состоянии мрачны, угрюмы, постоянно недовольны. Они оспаривают распоряжения и советы, отказываются выполнять задания, ссорятся с окружающими, бросают начатую работу. Нередки и случаи усиления паранойяльных акцентуаций - пережившие острую экстремальную ситуацию становятся завистливыми, следят друг за другом, пишут жалобы в различные инстанции, считают, что их обделили, поступили с ними несправедливо. В этих ситуациях наиболее часто развиваются рентные установки.

Наряду с отмеченными невротическими и психопатическими реакциями на всех трех этапах развития ситуации у пострадавших отмечаются вегетативные дисфункции и расстройства сна. Последние не только отражают весь комплекс невротических нарушений, но и в значительной мере способствуют их стабилизации и дальнейшему усугублению. Чаще всего затруднено засыпание, ему мешают чувство эмоционального напряжения, беспокойство, гиперестезии. Ночной сон носит поверхностный характер, сопровождается кошмарными сновидениями, обычно кратковременен. Наиболее интенсивные сдвиги в функциональной активности вегетативной нервной системы проявляются в виде колебаний

артериального давления, лабильности пульса, гипергидроза, озноба, головных болей, вестибулярных нарушений, желудочно-кишечных расстройств. В ряде случаев эти состояния приобретают пароксизмальный характер, становясь наиболее выраженными во время приступа. На фоне вегетативных дисфункций нередко наблюдаются обострение психосоматических заболеваний, относительно компенсированных до экстремального события, и появление стойких психосоматических нарушений.

Динамика, компенсация и, напротив, декомпенсация указанных пограничных форм психических расстройств на отдаленных этапах течения экстремально возникшей жизнеопасной ситуации зависят главным образом от решения социальных проблем, с которыми столкнулись пострадавшие. Собственно медицинские и медико-профилактические мероприятия в этих случаях носят в известной мере вспомогательный характер.

Профилактика психогений в экстремальных условиях

Тяжелые стихийные бедствия и катастрофы, не говоря уже о возможных массовых санитарных потерях во время войны, - трудное испытание для многих людей. Психическая реакция человека на экстремальные условия, особенно в случаях значительных материальных потерь, гибели людей, может надолго лишить человека способности к рациональным поступкам и действиям, несмотря на "психологическую защиту", способствующую предотвращению дезорганизации психической деятельности и поведения.

Практические мероприятия могут быть разделены на те, которые осуществляются в период до возникновения экстремальной ситуации, в период действия психотравмирующих экстремальных факторов и после прекращения их воздействия.

До возникновения экстремальной ситуации необходимы следующие мероприятия:

— подготовка медицинской службы ГО к работе в экстремальных условиях; обучение личного состава санитарных постов и дружин оказанию медицинской помощи пострадавшим с психогениями;

- формирование и развитие у личного состава медицинской службы ГО высоких психологических качеств, умения правильно вести себя в экстремальных ситуациях, способности преодолевать страх;
- выработка у личного состава медицинской службы ГО организационных навыков по психопрофилактической работе с населением;
- информирование медицинских работников и населения о возможностях применения для психопрофилактики психотерапевтических и медикаментозных средств.

Перечень указанных путей профилактики состояний психической дезадаптации в экстремальных условиях, непосредственно адресованный прежде всего различным подразделениям медицинской службы ГО, должен быть дополнен широким кругом просветительских и организационных мероприятий, направленных на преодоление беспечности и пренебрежения к тем или иным жизнеопасным воздействиям на человека как в тех случаях, когда "вредность" наглядно осязаема, так и тогда, когда она до определенной поры скрыта от взгляда и понимания неосведомленных людей. Большое значение имеет психическая закалка, т.е. выработка человеком смелости, воли, хладнокровия, выдержки и умения преодолеть чувство страха.

Необходимость такого рода профилактической работы вытекает из анализа многих аварийных ситуаций, в том числе и Чернобыльской катастрофы.

"Из Минска на своей машине я (инженер, работник АЭС. - Авт.) ехал в сторону города Припяти... К городу я подъезжал где-то около двух часов тридцати минут ночи... Увидел огонь над четвертым энергоблоком. Четко видна была освещенная пламенем вентиляционная труба с поперечными красными полосами. Хорошо помню, что пламя было выше трубы. То есть достигало высоты около ста семидесяти метров над землей. Я не стал заворачивать домой, а решил подъехать поближе к четвертому энергоблоку, чтобы лучше рассмотреть... остановился метрах в ста от торца аварийного блока. (В этом месте, как потом будет подсчитано, в тот период радиационный фон достигал 800-1500 рентген в час главным образом от разброшенного взрывом графита, топлива и летящего радиоактивного облака.). Увидел в ближнем свете пожара, что здание полуразрушено, нет центрального зала, сепараторных помещений, красновато поблескивают сдвинутые со своих мест барабаны-сепараторы. Аж сердцу больно стало от такой картины... Постоял с минуту, было гнетущее ощущение непонятной тревоги, онемение, глаза впитывали все и запоминали навсегда. А тревога все

шла в душу, и появился невольный страх. Ощущение невидимой близкой угрозы. Пахло, как после сильного разряда молнии, еще терпким дымом, стало жечь глаза, сушить горло. Душил кашель. А я еще, чтобы лучше рассмотреть, приспустил стекло. Была ведь такая весенняя ночь. Я развернул машину и поехал к себе домой. Когда вошел в дом, мои спали. Было около трех часов ночи. Они проснулись и сказали, что слышали взрывы, но не знают, что это такое. Вскоре прибежала возбужденная соседка, муж которой уже был на блоке. Она сообщила нам об аварии и предложила распить бутылку водки для дезактивации организма...". В момент взрыва в двухстах сорока метрах от четвертого, блока, как раз напротив машинного зала, сидели два рыбака на берегу подводящего канала и ловили мальков. Они услышали взрывы, увидели ослепляющий выброс пламени и фейерверком летящие куски раскаленного топлива, графита, железобетонные и стальные балки. Оба рыбака продолжали свой лов, не догадываясь о происшедшем. Подумали, что, наверное, рванула бочка с бензином. Буквально у них на глазах развернулись пожарные расчеты, они ощущали жар пламени, однако беспечно продолжали лов. Рыбаки получили по 400 рентген каждый. Ближе к утру у них развилась неукротимая рвота, по их словам, жаром, огнем будто обжигало внутри грудь, резало веки, голова была дурная, как после дикого похмелья. Поняв, что происходит что-то неладное, они с трудом добрались до медсанчасти...

Жительница Припяти Х., старший инженер производственно-распорядительного отдела управления строительства ЧАЭС, свидетельствует: "В субботу, 26 апреля 1986 г., все уже готовились к празднику 1 Мая. Теплый погожий день. Весна. Цветут сады... Среди большинства строителей и монтажников никто еще ничего не знал. Потом просочилось что-то об аварии и пожаре на четвертом энергоблоке. Но что именно произошло, никто толком не знал. Дети пошли в школу, малыши играли на улице в песочницах, катались на велосипедах. У всех у них к вечеру 26 апреля в волосах и на одежде была уже высокая активность, но тогда мы этого не знали. Недалеко от нас на улице продавали вкусные пончики. Обычный выходной день... Группа соседских ребят ездила на велосипедах на путепровод (мост), оттуда хорошо был виден аварийный блок со стороны станции Янов. Это, как мы позже узнали, было наиболее радиоактивное место в городе, потому что там прошло облако ядерного выброса. Но это стало ясно потом, а тогда, утром 26 апреля, ребятам было просто интересно смотреть, как горит реактор. У этих детей развилась потом тяжелая лучевая болезнь".

Как в приведенных, так и во многих аналогичных примерах вера в чудо, в "авось", в то, что все может быть легко исправлено, парализует, делает мышление человека негибким, лишает его возможности объективного и компетентного анализа происходящего даже в том случае, когда есть необходимые теоретические знания и некоторый практический опыт. Удивительная беспечность! В случае с аварией на ЧАЭС она оказалась преступной.

В период действия психотравмирующих экстремальных факторов важнейшими психопрофилактическими мероприятиями являются:

- организация четкой работы по оказанию медицинской помощи пострадавшим с психогениями;
- объективная информация населения о медицинских аспектах стихийного бедствия (катастрофы);
- помощь руководителям ГО в пресечении панических настроений, высказываний и поступков;
- привлечение легко пострадавших к спасательным и неотложным аварийно-восстановительным работам.

По окончании действия психотравмирующих факторов психопрофилактика включает следующие мероприятия:

- объективная информация населения о последствиях стихийного бедствия, катастрофы, ядерных и других ударов и их влиянии на нервно-психическое здоровье людей;
- доведение до сведения населения данных о возможностях науки в отношении оказания медицинской помощи на современном уровне;
- профилактика возникновения рецидивов или повторных психических расстройств (так называемая вторичная профилактика), а также развития соматических нарушений в результате нервно-психических расстройств;
- медикаментозная профилактика отсроченных психогенных реакций;
- привлечение легкопораженных к участию в спасательных и неотложных аварийно-восстановительных работах и в оказании медицинской помощи пострадавшим.

Следует подчеркнуть, что психотравмирующие факторы довольно часто продолжают действовать и после кульминации стихийного бедствия или катастрофы, хотя и менее интенсивно. Это и тревожное ожидание повторных толчков при землетрясении, и все возрастающая боязнь "набора доз" при нахождении на территории с повышенным уровнем радиации.

Как показывает опыт, основные причины "рукотворных" трагедий достаточно схожи в разных странах при всевозможных катастрофах: техническое несовершенство машин и механизмов, нарушение технических требований по их эксплуатации. Однако за этим стоят человеческие изъяны - некомпетентность, поверхностные знания, безответственность, трусость, мешающая своевременному вскрытию обнаруживаемых ошибок, неумение учитывать возможности организма, рассчитывать силы и др. Подобные явления должны быть осуждены не только различными контрольными органами, но прежде всего совестью каждого человека, воспитанного в духе высокой нравственности.

К числу важнейшей социально-психологической профилактической задачи относится информация населения о ситуации, осуществляемая перманентно. Сведения должны быть полными, объективными, правдивыми, но и в разумных пределах успокаивающими. Четкость и краткость информации делают ее особо действенной и доходчивой. Отсутствие или запаздывание информации, необходимой для принятия рациональных решений во время или после стихийного бедствия или катастрофы, порождают непредсказуемые последствия. Например, несвоевременная и полуправдивая информация населения о радиационной обстановке в зоне аварии на ЧАЭС привела ко многим трагическим результатам как непосредственно для здоровья населения, так и для принятия организационных решений по ликвидации аварии и ее последствий.

Это способствовало развитию на отдаленных этапах Чернобыльской трагедии невротизации широких кругов населения и формированию психогенных психических расстройств.

Важное место в реализации первичной профилактики психогенных расстройств уделяется пониманию того, что современный человек должен уметь правильно вести себя в любых, даже самых трудных, ситуациях.

Наряду с воспитанием умения не теряться в сложных жизненных ситуациях, развивающихся в экстремальных условиях, важнейшее профилактическое значение имеют компетентность, профессиональные знания и навыки,

нравственные качества людей, управляющих сложными механизмами и технологическими процессами.

Особенно страшные последствия вызывают некомпетентные решения и выбор ложного пути действий при начальных этапах экстремальной предкатастрофической ситуации или при уже развившейся катастрофе. Следовательно, при профессиональном отборе и подготовке руководителей и исполнителей наиболее ответственных участков работ во многих областях хозяйственной деятельности необходимо учитывать психологические особенности, профессиональную компетентность того или иного кандидата. Предвидение его поведения в экстремальных условиях должно занять важное место в системе общей профилактики развития жизнеопасных ситуаций и обусловленных ими психогений.

Правильная и достаточно полная информация населения о возможных реакциях человека на экстремальную ситуацию является первой необходимой профилактической мерой. Заблаговременное (не после возникновения экстремальной ситуации!) ознакомление людей с такими сведениями - вторая мера профилактики. Оперативность и активность в выполнении мер защиты - третья профилактическая мера.

Обучение личного состава санитарных постов, санитарных дружин, отрядов первой медицинской помощи должно проводиться с соблюдением основного правила дидактики: вначале разрабатываются учебные программы и планируется приобретение теоретических знаний, затем формируются практические навыки и отрабатывается умение оказания помощи, доведенное до автоматизма. В частности, личный состав санитарных постов и санитарных дружин, отрядов первой медицинской помощи должен знать основные синдромы нарушения психической деятельности в экстремальных ситуациях и уметь пользоваться современными средствами оказания помощи при двигательном возбуждении. Чрезвычайно важно, чтобы отработка практических навыков проводилась на тактикоспециальных и комплексных учениях ГО в осложненных, максимально приближенных к реальным условиям, в ночное время, в любую погоду и т.п. Одновременно с этим необходимо воспитывать в людях высокие морально-политические и психологические качества, готовность проявить мужество, выдержку и самообладание, инициативу и находчивость, уверенность и выносливость при оказании медицинской помощи пострадавшим.

Не без оснований полагают, что неконтролируемый страх свидетельствует о неуверенности в себе, своих знаниях, умениях. Он же может вести к

паническим реакциям, для предотвращения которых надо пресекать распространение ложных слухов, проявлять твердость с "лидерами" паникеров, направлять энергию людей на спасательные работы и т.д. Известно, что распространению паники способствуют многие факторы, обусловленные психологической пассивностью человека в экстремальных ситуациях, отсутствием готовности к борьбе со стихией.

Особо следует сказать о возможностях первичной медикаментозной профилактики психогений. В последние десятилетия такой профилактике уделялось значительное внимание. Однако необходимо иметь в виду, что применение лекарственных психофармакологических препаратов для профилактики носит ограниченный характер. Подобные средства могут рекомендоваться лишь небольшим контингентам людей. При этом следует учитывать возможность развития мышечной слабости, сонливости, снижения внимания (транквилизаторы, нейролептики), гиперстимуляции (психоактиваторы) и др. Требуется предварительный учет доз рекомендуемого препарата, а также характера предполагаемой деятельности. Гораздо шире она может применяться для предупреждения психических нарушений у людей, оставшихся в живых после стихийного бедствия или катастрофы.

Медико-социальные профилактические мероприятия играют важную роль и во время отдаленных этапов стихийных бедствий и катастроф. Так, уже через год после Чернобыльской трагедии во многих пострадавших и прилегающих к ним районах стали наиболее актуальны не столько радиационные, сколько психологические и психиатрические проблемы, породившие в ряде случаев широкое распространение так называемых радиофобий. Как правило, такие состояния носят массовый характер, хотя наиболее выражены у истерических и тревожно-мнительных личностей. Именно у них отмечается развитие патохарактерологических личностных изменений. В этих случаях достаточно часто удается наблюдать механизмы индуцирования болезненных расстройств. Предвидя возможность возникновения указанных психогенных расстройств на отдаленных этапах стихийных бедствий и катастроф, необходимо, разрабатывая и осуществляя весь комплекс восстановительных мер, оказывать пострадавшим активную социально-психологическую поддержку, вести тактическую разъяснительную работу.

Анализ множества тяжелых стихийных бедствий и катастроф показывает, что число психогений при них велико, а население и медперсонал практически не готовы к возможности их развития.

В современных условиях есть все основания более широко использовать данные психологии, психотерапии, психогигиены и других дисциплин с целью оптимизации деятельности людей в экстремальных ситуациях, необходимой для преодоления повышенных психологических и физических нагрузок.

Александровский Ю.А. Психогения в экстремальных условиях. /Ю.А. Александровский, О.С. Лобастов, Л.И. Спивак, Б.П. Щукин. М.: Медицина, 1991.-115 с.

Цит. по: Психология экстремальных ситуаций: Хрестоматия / Сост. А, Е. Тарас, К. В. Сельченко, – М.: АСТ, Мн.: Харвест, 2002. – 480 с.