Психиатрия войн и катастроф. Учебное пособие

Автор:
Коллектив авторов

Психиатрия войн и катастроф. Учебное пособие

Коллектив авторов

<p id="__GoBack">В учебном пособии отражены основные вопросы психиатрии войн и катастроф, дана характеристика медико-психологических и психиатрических последствий современных катастроф, чрезвычайных ситуаций и вооруженных конфликтов, отмечены особенности психического здоровья людей в экстремальных условиях жизнедеятельности, а также возникновения, формирования и течения психических нарушений у различных категорий пострадавших и раненых. Изложены вопросы организации медико-психологической и психиатрической помощи в условиях вооруженных конфликтов и чрезвычайных ситуаций. Пособие предназначено для врачей-психиатров, организаторов военного и гражданского здравоохранения, врачей общей практики, а также смежных с психиатрией специальностей (неврологов, психотерапевтов, психофизиологов, психологов), проходящих обучение на факультетах подготовки руководящего состава медицинской службы, послевузовского и дополнительного образования медицинских вузов, аспирантов, ординаторов и интернов.

Психиатрия войн и катастроф. Учебное пособие

© ООО «Издательство „СпецЛит”, 2015

Условные сокращения

АД – артериальное давление

АПЛ – атомная подводная лодка

БД – боевые действия

БС – боевая служба

ВМКГ – военно-морской клинический госпиталь

ВСМК – Всероссийская служба медицины катастроф

ГГН – гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая система

ГТР – генерализованное тревожное расстройство

ДА – диссоциативная амнезия

ДЛК – диэтиламид лизергиновой кислоты

ДСКИ – дебрифинг стресса критического инцидента

ДФ – диссоциативная фуга

ЗТМ – закрытые травмы головного мозга

ИВ – информационное воздействие

ИИ – ионизирующие излучения

ИМАО – ингибитор моноаминооксидазы

КГР – кожно-гальваническая реакция

КМПК – кабинеты медико-психологической коррекции

КР – конверсионные расстройства

КРГ – кортикотропин-рилизинг-гормон

КТО – контртеррористическая операция

ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение

МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра

МОСН – медицинский отряд специального назначения

МПГ – мобильная психотерапевтическая группа

МПК – мобильный психотерапевтический кабинет

МШ – Миссисипская шкала

НПУ – нервно-психическая устойчивость

ОЛБ – острая лучевая болезнь

ОМедБ – отдельный медицинский батальон

ОМедБр – отдельная медицинская бригада

ОПБС – отряд по профилактике боевого стресса

ОСР – острая стрессовая реакция (острая реакция на стресс)

ПНСТ – плазма с низким содержанием тромбоцитов

ПСР – психическая саморегуляция

ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство

СВЧ – сверхвысокие частоты

СДС – синдром длительного сдавления

СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

СКИД – структурированное клиническое диагностическое интервью

СМИ – средства массовой информации

СМИЛ – стандартизированный многофакторный метод исследования личности

СФ – специфическая фобия

ТВД – театр военных действий

УБС – устойчивость к боевому стрессу

ФОС – фосфорорганические отравляющие соединения

ХЛБ – хроническая лучевая болезнь

ЦНС – центральная нервная система

ЦСЖ – цереброспинальная жидкость

ЧМТ – черепно-мозговые травмы

ЧС – чрезвычайная ситуация

ЧСС – частота сердечных сокращений

ШД – шкала диссоциации

ЭМГ – электромиограмма

ЭМП – электромагнитное поле

ЭЭГ – электроэнцефалография

DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) – справочник по диагностике и статистике психических расстройств 4-го пересмотра

100-летию военной психиатрии в России посвящается

Предисловие

Потребность в настоящем руководстве для врачей определяется прежде всего требованиями медицинской практики, несмотря на то что научная разработка целого ряда проблем медицины (психиатрии) катастроф продолжается и в настоящее время. К числу спорных ее аспектов относится, в частности, неопределенность содержания самого термина «психиатрия катастроф». Это обусловлено как минимум тремя следующими положениями. Во-первых, психиатрия рассматривается в последние годы не столько как наука о психических заболеваниях, сколько как наука о психическом здоровье. Во-вторых, сами критерии психического здоровья до настоящего времени не определены, они включают в себя не только отсутствие тех или иных расстройств, но и такие характеристики, как качество жизни человека, особенности его поведения, работоспособность (боеспособность), морально-нравственный и интеллектуальный потенциал и т. д. В-третьих, психическое здоровье индивидуума невозможно отделить от культуральных особенностей, в целом от психического здоровья нации, от степени экологического и социального благополучия страны и др.

В этом смысле понятие «психиатрия катастроф» предполагает гораздо больший диапазон, чем можно было бы ожидать, большую степень переплетений не

только с «традиционными», но и относительно новыми, активно развивающимися в последние годы, самостоятельными направлениями – экологической психиатрией, экстремальной психиатрией и др.

В основе психических расстройств, возникающих в условиях войн и катастроф, лежат психическая травма, стресс, аффект, осознанные или чаще неосознанные переживания. При этом психические переживания имеют не только непосредственную (в «экстраординарный» период), но и опосредованную зависимость от целого спектра психотравмирующих воздействий (острых и отставленных, прямых и косвенных). Не случайно, что психиатрия катастроф имеет существенные отличия от медицины катастроф или, по крайней мере, занимает в ней особое место. В отличие от других повреждений, психическая травматизация может, во-первых, не иметь явно выраженных проявлений, во-вторых, способна продолжаться сколько угодно длительно, в-третьих, сопровождать все другие повреждения, полученные во время катастрофы, и даже входить в их клиническую картину и патогенез независимо от профиля повреждения – хирургического или терапевтического.

В условиях современных аварий, катастроф и чрезвычайных ситуаций специалисты нередко сталкиваются со сложной, порой малоизученной клинической картиной. При авариях на химических и промышленных предприятиях, в случае радиационных поражений, воздействии различного рода экологических вредностей трудно, а зачастую и невозможно выделить какой-либо «ведущий» этиопатогенетический фактор. При целом ряде таких воздействий (в их остром и хроническом варианте) могут возникать совершенно новые психические нарушения.

Поэтому настоящее руководство призвано, с одной стороны, восполнить ряд пробелов в современной литературе по обозначенным проблемам, с другой – в максимально краткой и доступной форме изложить не только теоретические, но и практические аспекты психиатрии войн и катастроф, максимально используя опыт, накопленный сотрудниками Военно-медицинской академии в ходе участия в медицинском обеспечении целого ряда вооруженных конфликтов, спасательных операций и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций мирного времени.

Следует также отметить, что первоначальный вариант подобного труда (учебник «Психиатрия катастроф») был выполнен более двадцати лет назад (после землетрясения в Армении) по инициативе профессора Виктора

Ксенофонтовича Смирнова, который и ввел впервые понятие «психиатрия катастроф». Однако вследствие ряда не зависящих от авторов причин не был напечатан (в библиотеке Военно-медицинской академии имеется лишь его машинописный вариант). С течением времени появление новых научных данных в области психиатрии катастроф обусловило необходимость его существенной переработки, что и было реализовано в предлагаемом читателям варианте руководства.

Раздел I. Общие положения психиатрии войн и катастроф

Глава 1. Общие положения психиатрии войн и катастроф

Точное логическое определение понятий – главнейшее условие истинного знания…

Сократ

Проблемы локальных войн, катастроф и чрезвычайных ситуаций мирного времени в настоящее время вызывают серьезную озабоченность не только ученых, но и правительств различных стран мира вследствие увеличения их частоты, выраженности и тяжести последствий. Если в области медицинского обеспечения, в том числе оказания психиатрической помощи, в условиях боевых действий накоплен значительный опыт, то теоретические и клинико-организационные проблемы медицины катастроф и особенно психиатрии катастроф (как относительно нового направления в медицине) требуют своего научного обобщения и дальнейшего изучения.

Начиная с 1990 г. в нашей стране создана и успешно функционирует служба экстренной медицинской помощи в экстремальных ситуациях. Постановлением Правительства Российской Федерации от 03.05.1994 г. № 420 создана Всероссийская служба медицины катастроф (ВСМК), которая реализует свою

деятельность совместно с рядом министерств (Минздрав РФ, МЧС, Минобороны РФ и др.) и учреждений. В постановлении указывается, что сохранение жизни и здоровья населения страны при возникновении и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций (ЧС) является важнейшей государственной задачей. Вместе с тем до настоящего времени не всегда четко определены сами понятия, характеризующие медицину катастроф и особенно психиатрию катастроф.

1.1. Предмет, задачи, основные понятия психиатрии катастроф

1.1.1. Медицина катастроф и психиатрия катастроф

Медицина катастроф – самостоятельное направление в медицине, представляющее собой систему научных знаний и практической деятельности, которое опирается на специально созданную организацию и имеет целью всестороннее медицинское обеспечение населения в чрезвычайных ситуациях мирного времени. Предметом изучения медицины катастроф являются медицинские последствия чрезвычайных ситуаций, а основной задачей – разработка теоретических, методических и организационных основ оказания медицинской помощи пострадавшим.

Психиатрия катастроф – медицинское направление, занимающееся теоретическими и прикладными вопросами оказания помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях. Предметом изучения психиатрии катастроф являются медико-психологические и психиатрические последствия катастроф с целью разработки теоретических, методических и организационных основ оказания психиатрической помощи на различных этапах ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.

Психиатрия катастроф тесно связана с экологической психиатрией. Последняя представляет собой медицинское направление, охватывающее обширный круг медико-биологических исследований, связанных с изучением психологических и психопатологических состояний, вызванных (напрямую или опосредованно) патогенным и саногенным воздействием факторов окружающей среды (Семке В.

Я., 1992). Также психиатрия катастроф связана с экстремальной психиатрией, ориентированной на изучение медико-психологических и психиатрических проблем, обусловленных воздействием специфических факторов экстремальных видов профессиональной (военно-профессиональной) деятельности.

1.1.2. Критерии чрезвычайных ситуаций

«Катастрофа» (от греческого слова «поворот») предполагает резкое изменение привычных условий существования. В настоящее время нет общепринятой классификации катастроф и чрезвычайных ситуаций, что в значительной степени определяется различными принципами (критериями), положенными в основу их систематизации (табл. 1).

Особое значение для определения и понимания характера ЧС имеют их временные параметры. Катастрофа может быть не только внезапной, но и являться результатом медленно развивающихся (десятки, сотни лет), бедственных по своим последствиям, «обычных» экологических процессов (радиационное и промышленное загрязнение естественной среды; кумуляция «генетической вредности» поколений в определенных регионах мира и т. д.). Катастрофичными в социальном, экономическом и даже экологическом отношении могут быть последствия миграции больших групп населения. Наконец, существует точка зрения и о том, что сама земная эволюция – своего рода «естественный процесс» чередования грандиозных катастрофических катаклизмов с периодами расцвета цивилизации («пульсация вселенной», «теория катастрофизма» и т. д.). В таких случаях ряд чрезвычайных ситуаций могут являться не столько внезапной случайностью, сколько тяжелой и горькой закономерностью. В рамках медицины катастроф данную проблему целесообразно рассматривать в более узком плане, представляющем лишь незначительный раздел большого учения о катастрофах.

Таблица 1

Критерии чрезвычайных ситуаций

Можно выделить три основных критерия для дифференцирования бытующих на сегодня определений («авария», «катастрофа», «экстремальная ситуация», «чрезвычайная ситуация», «стихийное бедствие» и т. д.):

– время, в течение которого развивается катастрофическая ситуация;

– способность к ликвидации в кратчайшие сроки негативных последствий катастроф имеющимися силами и средствами;

– степень ущерба для жизни и здоровья людей.

При таком подходе под экстремальной ситуацией («аварией» и т. д.) следует понимать ограниченное, вредное явление, которое можно преодолеть в сжатые сроки имеющимися в наличии силами и средствами. Тогда как под чрезвычайной ситуацией («катастрофой», «стихийным бедствием» и т. п.) подразумевается чрезвычайное отрицательное явление, с которым нельзя справиться в кратчайшее время имеющимися силами и средствами, вследствие чего требуется помощь извне.

Таким образом, ЧС, исключая так называемые «отставленные», – внезапно возникшая, резко выраженная диспропорция между различными факторами, угрожающими жизни и здоровью людей (либо нормальному состоянию окружающей среды), и имеющимися в наличии ресурсами защиты от воздействия этих факторов, не позволяющими предотвратить или ликвидировать их повреждающее действие в короткий промежуток времени. Соответственно, в исключительно медицинском смысле, чрезвычайная ситуация («катастрофа») есть внезапное, быстротечное, чрезвычайно опасное для здоровья и жизни людей событие, предполагающее оказание экстренной медицинской помощи большому числу пострадавших при острой нехватке сил и средств медицинской помощи (Ивашкин В. Т., 1990).

1.1.3. Различия в существующих систематиках чрезвычайных ситуаций

Эти различия, как уже подчеркивалось, определяются положенными в их основу принципами.

По причинам возникновения, как правило, выделяют 4 класса ЧС:

1) военно-политические и социально-политические конфликты;

2) стихийные бедствия;

3) технологические (техногенные);

4) ЧС комбинированного типа, имеющие, например, смешанную естественно-технологическую (оползни, опустынивание и т. д.), естественно-социальную (эпидемии инфекционных заболеваний, СПИДа и т. д.) основу.

В целях объективизации масштаба чрезвычайной ситуации И. Я. Мякоткина и Л. Н. Парфенова (1990) предлагают использовать «индекс чрезвычайности», который соответствует отношению возможностей местных органов здравоохранения по оказанию помощи пострадавшим к потребностям в данной помощи (чем меньше его величина, тем выше «чрезвычайность» обстановки).

В соответствии с классификацией ВОЗ, по тяжести последствий ЧС делятся на 5 групп:

– без поражения людей;

– с 1–2 пораженными;

– с 3—10 пораженными (малые);

– с 11–49 пораженными (средние);

– с 50 и более пораженными (крупные).

Крупные катастрофы с массовыми многотысячными жертвами редки. Большинство же катастроф сопровождается сравнительно небольшими

группами пострадавших от 10 до 100 человек. Однако тяжесть их последствий выражается не только и зачастую не столько в «количестве пострадавших», сколько в ухудшении состояния здоровья (в том числе психического) людей (как непосредственно в зоне ЧС, так и вовлеченных, в том числе и через СМИ, в переживание ее негативных последствий). При этом результаты такого влияния могут носить и острый, и «кумулятивный» характер («экологические катастрофы», «социально-обусловленные» катаклизмы и т. д.), а также возникать через довольно длительный промежуток времени после «традиционных» ЧС (так называемые «отставленные формы реагирования» на ЧС).

Заключая краткую систематику ЧС, необходимо отметить особое значение для военно-медицинской службы технологических катастроф, к которым прежде всего следует отнести аварии на энергетических (АЭС, АПЛ, ТЭС и т. д.) и промышленных (особенно химических) предприятиях, а также на транспорте при перевозке опасных взрывчатых, ядовитых и радиоактивных грузов. Наконец, как уже отмечалось, существенную угрозу для здоровья и жизни населения представляет загрязнение окружающей среды и продуктов питания токсичными веществами, эффект которого может реализоваться со значительным временным сдвигом.

1.1.4. Экстремальные факторы профессиональной деятельности

Комплекс причин, определяющих характер реагирования человека в экстремальных условиях жизнедеятельности, В. И. Медведев (1979) разделяет на внешние (особенности экстремального фактора и организации деятельности), внутренние (физиологические, психические и соматические особенности человека) и социальные (мотивы деятельности, характер социальных отношений и т. д.).

Соответственно, все экстремальные факторы он же разделяет на:

– физико-химические (физические – микроклиматические, радиационные, барические, механические; химические – измененный состав воздуха, газовой среды, механические примеси);

– необычные (физической природы – гиповесомость, гипервесомость; информационной природы – логические, компонентные, ситуационные; информационные – недостаточность, избыточность, ложность, неожиданность информации, структурно-информационные; семантические – угрожающие индивиду или коллективу);

– внутренние (биологические, генетические, соматические).

Все перечисленные факторы, исходя из специфики экстремальной ситуации (экстремального вида профессиональной деятельности), могут взаимодействовать между собой по трем основным типам: аддитивному, синергическому и антагонистическому, когда их суммарный эффект, соответственно, будет равен, больше или меньше суммы эффектов отдельных из них.

1.1.5. Психолого-психиатрические последствия чрезвычайных ситуаций

Психолого-психиатрические последствия любой чрезвычайной ситуации определяются ее индивидуальной значимостью для конкретного человека («критическая жизненная ситуация», «психологическая катастрофа» и т. д.). В медицинской психологии принято выделять четыре степени критической жизненной ситуации: стресс, фрустрация, конфликт и кризис.

Стресс (от англ. stress – напряжение) – неспецифическая реакция организма на ситуацию, которая требует функциональной перестройки организма, соответствующей адаптации. Необходимо подчеркнуть, что любая новая жизненная ситуация вызывает стресс, но не каждая из них бывает критической («полная свобода от стресса означает смерть» – Г. Селье). Критические состояния вызывают дистресс, переживаемый как горе, несчастье, приводящее к истощению сил и сопровождающееся нарушением адаптации.

Фрустрация (от лат. frustration – обман, тщетное ожидание) – состояние подавленности, тревоги, возникающее при появлении преграды к достижению поставленной цели. В поведенческом плане фрустрация проявляется в двух вариантах – как утрата волевого контроля (дезорганизация поведения) или как снижение степени обусловленности сознания адекватной мотивацией (потеря

терпения и надежды).

Конфликт (от лат. conflictus – столкновение) – как психологическое определение предполагает актуализацию сложных внутренних (психологических) проблем, вследствие возникающих требований жизни. В отличие от фрустрации причины, вызывающие конфликт, не являются очевидными, не представляют безусловного табу и всегда сплетены с условиями проблемной задачи. В случае конфликта именно сознание должно соизмерить ценность мотивов, сделать между ними выбор и найти компромиссное решение. В критической же ситуации субъективно невозможно ни выйти из конфликтной ситуации, ни найти выход из нее (сознание капитулирует перед неразрешимой ситуацией).

Кризис (от греч. crisis – решение, поворотный пункт) – характеризует состояние, порождаемое вставшей перед человеком проблемой, от которой он не может уйти и которую не может разрешить в короткое время и привычным для него способом (смерть близкого человека, резкое изменение социального статуса и т. д.). Различают два типа кризисных ситуаций в зависимости от возможности их преодоления: кризис, при котором сохраняется определенный шанс выхода на прежний уровень жизни; кризис, при котором бесповоротно перечеркиваются прежние жизненные замыслы, а альтернативой выхода из положения становится модификация самой личности и ее смысла жизни.

Таким образом, любая ЧС всегда сопровождается индивидуальной критической жизненной ситуацией, выраженность и особенности которой, как правило, определяются личностью пострадавшего. При этом «индивидуальная катастрофа» может быть отставлена во времени, а также не иметь типичных для конкретной ЧС клинических проявлений, т. е. объективная и субъективная ее характеристики могут не иметь прямой зависимости друг от друга. Это является существенным обстоятельством, отличающим медицину катастроф (как в клиническом, так и в организационном отношении) от психиатрии катастроф.

К числу наиболее серьезных медицинских и психиатрических последствий ЧС, по мнению В. П. Коханова и В. Н. Краснова (2008), относятся:

– общее ухудшение общественного здоровья населения вследствие влияния внешних (прямых и опосредованных) экстремальных факторов;

– значительное увеличение у населения нервно-психической неустойчивости;

– повышение предрасположенности к различным видам патологии (психической, соматической), распространение и накопление ее в различных группах населения.

Кроме того, в последние десятилетия в связи с ростом числа вооруженных конфликтов, техногенных аварий, природных катастроф, экологических бедствий, усиления проявлений терроризма и экстремизма в обществе нарастает социальная напряженность, увеличивается травматизм, наступает дефицит трудовых ресурсов.

1.1.6. Ликвидация медицинских последствий чрезвычайных ситуаций

Ликвидация медицинских последствий ЧС представляет собой комплекс оперативно проводимых медицинских мероприятий в районе чрезвычайной ситуации (медицинское обеспечение населения в чрезвычайной ситуации) и на последующих этапах, включая отдаленный период. При анализе любой ЧС необходимо различать медицинские и немедицинские, ранние и отдаленные ее последствия. При этом оценка медицинских последствий ЧС должна учитывать не только масштаб и характер поражения (угрозы здоровью) населению, но и специфические условия деятельности медицинской службы, возникшие в результате совокупности воздействия негативных факторов ЧС.

Все мероприятия (технические и медицинские) по ликвидации последствий ЧС можно условно разделить на три группы:

а) превентивные (предшествующие ЧС) мероприятия (прогнозирование ЧС; строительство и мониторинг жилых, защитных, инженерно-технических сооружений и т. д.; отлаженность системы подготовки, оповещения и оказания медицинской помощи; санитарное и медицинское просвещение населения и др.);

б) неотложные (проводимые во время ЧС) мероприятия (локализация и ограничение очага ЧС; неотложные спасательные, медицинские и аварийно-восстановительные мероприятия; эвакуация, материальное и бытовое

обеспечение пострадавшего населения и т. д.). При этом к собственно медицинским мероприятиям данного этапа следует отнести: неотложные, лечебно-эвакуационные, лечебно-профилактические, санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия в очаге ЧС; мероприятия по обеспечению медицинских подразделений персоналом, техникой и имуществом; мероприятия по защите лиц, участвующих в ликвидации последствий катастрофы от ее поражающих факторов; мероприятия, связанные с участием медицинской службы в экспертизе погибших, и др.;

в) последующие (осуществляемые после ЧС) мероприятия (продолжение спасательных и восстановительных работ; оценка нанесенного ущерба и его причин; окончательное материальное, бытовое и медико-социальное обеспечение пострадавшего населения; лечебно-профилактические, санитарно-гигиенические, противоэпидемические мероприятия и др.).

Объем и характер оказываемой медицинской помощи определяется спецификой ЧС, структурой пострадавших, а также наличием необходимых сил и средств. Как правило, выделяют три периода (фазы) ее оказания:

– фаза изоляции (оказывается первая медицинская помощь, преимущественно в порядке само– и взаимопомощи; длительность ее в среднем составляет минуты, часы);

– фаза спасения (оказывается в основном первая врачебная помощь, при наличии групп усиления – квалифицированная помощь, в том числе с элементами специализированной; длительность – часы, сутки);

– фаза восстановления (оказывается в основном специализированная медицинская помощь; длительность – месяцы, годы).

Несмотря на то что в основе оказания психолого-психиатрической помощи при ЧС лежат те же принципы, ее характер имеет все же ряд принципиальных отличий, которые определяются как спецификой ЧС и возникающих при этом психических нарушений, так и категорией нуждающихся в такой помощи (пострадавших, очевидцев, близких и родственников пострадавших, спасателей и т. д.).

Общепризнанной является точка зрения о том, что психические расстройства при катастрофах у пострадавших психиатрического профиля в основном представлены психогенными расстройствами либо являются следствием обострения ранее имевших место психических заболеваний. Однако за рамками психиатрической и медико-психологической помощи остаются пострадавшие хирургического и терапевтического профиля, у которых развитие психических нарушений зачастую приобретает ведущее значение в клинической картине либо в значительной степени определяет тяжесть их состояния. Кроме того, малоизученной остается проблема оказания медико-психологической помощи лицам, участвующим в ликвидации последствий ЧС, особенно с учетом нередко возникающих у них так называемых «психологических сопереживаний». Последние, несмотря на свой доболезненный характер, могут существенно снижать трудо– и боеспособность, а также переходить (при отсутствии своевременной коррекции) в клинически очерченные психические нарушения либо вызывать неблагоприятные соматические последствия.

1.2. Общая характеристика современных войн и катастроф

1.2.1. Войны и вооруженные конфликты XX–XXI вв.

Войны и вооруженные конфликты возникали на протяжении всей истории человечества. Однако начиная с XX в. они стали приобретать стремительно нарастающую жестокость и сопровождались колоссальными человеческими жертвами. Безусловно, наиболее «кровавой» стала Вторая мировая война (1939–1945), которая унесла жизни более 50 млн человек. Последовавшая за ней война в Корее (1950–1953) стала причиной гибели более 4 млн. Война во Вьетнаме (1955–1975) является одним из крупнейших военных конфликтов второй половины XX в. Она стала причиной многомиллионных человеческих жертв, точные цифры которых историки затрудняются назвать и по сей день, причем не только со стороны Вьетнама, но и США, как непосредственно в ходе войны, так и после нее. Так, во многих американских источниках подчеркивается, что число американских ветеранов войны во Вьетнаме, совершивших самоубийство, намного превосходит число погибших в самой войне. Одним из самых крупных военных конфликтов в истории нашей страны

конца XX в. является война в Афганистане, в результате которой погибло более 15 тыс. советских военнослужащих.

Следует отметить, что 90-е гг. XX столетия характеризовались наибольшим количеством военных конфликтов. Одной из «горячих точек» планеты стали страны бывшей Республики Югославия. В 1991 г. началась война в Хорватии (1991–1995), которая стала причиной гибели более 20 тыс. человек и возникновения огромного числа беженцев. В 1992 г. на фоне этнической напряженности разразилась война в Боснии и Герцеговине (1992–1995), в результате чего погибло более 10 тыс. человек, число раненых превышало 61 тыс.

Ближний Восток стал еще одной «горячей точкой» планеты уже в начале XXI в. С 2003 по 2010 г. продолжалась война в Ираке, начавшаяся с вторжения войск США и их союзников и переросшая в масштабные гражданские противостояния. После окончания активных боевых действий страну практически ежедневно сотрясали взрывы террористических актов, уносившие жизни десятков, а порой и сотен человек. Всего же в результате войны погибло более 4 тыс. и было ранено более 32 тыс. военнослужащих США и их союзников, число жертв среди местного населения превысило 1 млн человек. Не исключением по своим прямым (погибшие, раненые) и косвенным (беженцы, вынужденные переселенцы и т. д.) потерям стали локальные войны и вооруженные конфликты последних десятилетий (в основном в странах Ближнего Востока).

1.2.2. Стихийные бедствия и природные катастрофы

Стихийные бедствия и природные катастрофы остаются одной из основных причин массовой гибели людей на протяжении всего существования человечества. Они происходят практически ежедневно в разных частях планеты. Только за последние два десятилетия в результате катастроф и чрезвычайных ситуаций, по разным данным, погибло от 3 до 4 млн человек, число пострадавших составило более 800 млн человек, а суммарный экономический ущерб оценивается в сотни миллиардов долларов.

На протяжении XX в. наиболее крупными из них по числу жертв стали: землетрясения в Сантьяго (Чили, 1906) – 20 тыс. человек, Мессине (Сицилия,

1908) – 83 тыс., Ганьсу (Китай, 1920) – 180 тыс., Токио и Иокогаме (Япония, 1923) – более 140 тыс., на Тихоокеанском побережье Перу (1970) – 66 тыс., Таншане (Китай, 1976) – 242–700 тыс., Армении (СССР, 1988) – 25 тыс., Мармаре (Турция, 1999) – 18 тыс., Республике Гаити (2010) – более 220 тыс. Подводное землетрясение в Индийском океане 26 декабря 2004 г. вызвало цунами, которое было признано самым смертоносным стихийным бедствием в современной истории. По мнению специалистов, это второе по силе землетрясение за всю историю наблюдения. По разным оценкам, погибло от 225 до 300 тыс. человек в Индонезии (особенно провинции Ачех и городе Банда-Ачех), Шри-Ланке, Таиланде, Мальдивской Республике, Сомали, Мьянме, Малайзии и других странах. Многими исследователями подчеркивается, что истинное число погибших вряд ли когда-либо станет известно, так как значительное число людей пропало без вести (унесено в море).

Стихийные бедствия нередко приводят к тяжелым авариям на промышленных объектах. Так, землетрясение магнитудой 9,0 с эпицентром, находящимся в 373 км северо-восточнее Токио (2011), вызвало цунами с высотой волны, превышавшей 40 м. Оно также стало причиной радиационной аварии на АЭС «Фукусима-1». По состоянию на 2 июля 2011 г. официальное число погибших в результате землетрясения и цунами в Японии составляло более 15 тыс. человек, около 7 тыс. числятся пропавшими без вести, более 5 тыс. человек были ранены. Значительным числом жертв сопровождаются и другие стихийные бедствия (ураганы, торнадо, наводнения, лесные пожары, засуха и т. д.).

1.2.3. Техногенные катастрофы и чрезвычайные ситуации

Аварии на различных промышленных предприятиях и производствах происходят с регулярной частотой и являются обратной стороной научно-технического прогресса. Самой масштабной аварией в истории человечества на производственном предприятии является катастрофа в Бхопале (Центральная Индия), вызванная утечкой газа. В ночь со 2 на 3 декабря 1984 г. на химическом заводе этого города в окружающую среду из цистерны вытекло около 40 т метилизоцианата. Газ рассеялся и покрыл территорию в радиусе 7 км, вызвав отравление примерно у 200 тыс. человек, при этом более 2 тыс. погибло.

Ночью 26 апреля 1986 г. во время остановки ядерного реактора взорвался один из четырех энергоблоков АЭС в Чернобыле, в результате чего радиоактивное облако, содержащее преимущественно быстрометаболизирующиеся изотопы радиоактивного йода, рассеялось по всей Украине, Беларуси, России и территории Европы. По оценкам неофициальных источников, погибло более 250 ликвидаторов. Спустя 25 лет при объективной оценке ущерба чернобыльская авария причинила и продолжает причинять вред здоровью и жизни нескольких миллионов людей, в особенности тех из них, которые проживают в зонах, официально обозначенных как зараженные (зона строго контроля – 115 тыс., зона постоянного контроля – 270 тыс., зона периодического контроля – 580 тыс.). При этом на уборке территории было задействовано около 600 тыс. человек, более 130 тыс. человек были эвакуированы. В настоящее время в зоне радиоактивного загрязнения проживает около 300 тыс. человек. В целом в окружающую среду было выброшено около 50 млн кюри радиоактивных материалов, что примерно в 200 раз превышает размеры загрязнения после взрыва бомбы, сброшенной на Хиросиму.

Авария на Саяно-Шушенской ГЭС, произошедшая 17 августа 2009 г., является одной из крупнейших индустриальных техногенных катастроф России последних лет. В результате погибло 75 человек, оборудованию и помещениям станции нанесен серьезный материальный ущерб. Последствия аварии существенно отразились и на экологической обстановке акватории, прилегающей к ГЭС. Радиационная авария на АЭС «Фукусима-1» (2011), которой был присвоен 7-й уровень по шкале INES, является ярким примером взаимосвязи природной и техногенной катастроф. В результате нее было эвакуировано более 320 тыс. человек.

1.2.4. Террористические акты и экстремизм

В настоящее время террористическим актом считается насилие или устрашение, направленное против государства, с целью вынудить государственную власть принять соответствующее решение. Они осуществлялись с различной частотой в периоды разных противостояний (внутри-, межгосударственных, религиозных), но наиболее стремительно их число выросло в последние десятилетия прошлого века. Одним из наиболее известных является теракт на Мюнхенской олимпиаде («олимпийский теракт»), который был совершен в 1972 г. членами радикальной палестинской организации «Черный сентябрь». Его жертвами стали 11 членов

израильской олимпийской сборной и 1 полицейский. При взрыве бомбы, заложенной в посольстве США в Найроби (Кения, 1988), погибло 213 человек; 5 тыс., получивших тяжелые ранения, были размещены в больницах, из них 400 человек стали инвалидами.

4 сентября 1999 г. в дагестанском г. Буйнакске рядом с пятиэтажным жилым домом, в котором проживали семьи военнослужащих Минобороны России, был взорван грузовик, в котором находилось 2700 кг взрывчатого вещества. В результате взрыва были разрушены два подъезда жилого дома, 64 человека погибли (из них 23 – дети), 146 человек ранены. 8 сентября 1999 г. на первом этаже 9-этажного жилого дома по улице Гурьянова (Москва) произошел взрыв, в результате которого два подъезда были полностью уничтожены. По официальным данным, в результате взрыва погибли 100 человек, 690 человек получили ранения различной степени тяжести. Еще один взрыв произошел в Москве 13 сентября того же года в подвальном помещении 8-этажного жилого дома на Каширском шоссе, в результате чего он был полностью разрушен. Почти все находившиеся в нем жильцы (124 человека) – погибли, 7 человек получили ранения различной степени тяжести.

Одной из наиболее масштабных является террористическая атака 11 сентября 2001 г. В то трагическое утро погибли около 3 тыс. человек. Настала новая «эра подозрительности и тревоги». Очередная волна мирового террора захлестнула Израиль в 2000–2004 гг. Ее пик приходился на 2002 г., когда погибло 297 мирных жителей. Печально известный захват 916 заложников среди зрителей мюзикла «Норд-Ост» в здании Дома культуры ОАО «Московский подшипник» произошел 23 октября 2002 г. Тогда в результате радикальных действий террористов и беспрецедентно сложной спецоперации по освобождению заложников (с 23 по 26 октября) погибли 130 человек, большинство были спасены. Этот грустный список, включающий все более изощренные формы терроризма, продолжает увеличиваться, и в настоящее время практически ежедневно в различных регионах мира происходят те или иные террористические акты.

1.2.5. Транспортные аварии и катастрофы

Количество аварий и катастроф на различных видах транспорта (железнодорожном, воздушном, морском, автомобильном) стремительно

увеличивается в последнее время, несмотря на предпринимаемые меры безопасности. Во многом это обусловлено увеличением количества и объемов перевозок.

С началом строительства железных дорог в XIX в. стали появляться многочисленные сообщения о железнодорожных происшествиях, но первой крупнейшей явилась Версальская железнодорожная катастрофа (8 мая 1842 г.), когда в результате крушения ведущего локомотива и возгорания деревянных вагонов погибло более 55 человек. Эти аварии стали поводом для описания J. E. Erichsen (1867; 1882) у лиц, перенесших железнодорожные катастрофы, функциональных расстройств нервной системы, впоследствии объединенных H. Oppenheim (1889) в понятие «травматический невроз».

22 апреля 2004 г. в провинции Пхенан-Пукто (Северная Корея) произошел взрыв грузового поезда. При этом погибли более 150 человек, в том числе 76 детей, различной степени тяжести травмы получили около 1300 человек, значительному разрушению подверглись близстоящие дома и строения. При этом в воздухе оказалось распылено большое количество аммиачной селитры. 23 января 2006 г. в Черногории в результате схода с рельсов и падения в 150-метровый каньон реки Морача пассажирского поезда погибли более 40 человек, в том числе пятеро детей, около 200 пассажиров получили ранения различной степени тяжести.

Крупнейшая в отечественной истории железнодорожная катастрофа произошла 4 июня 1989 г. в Иглинском районе Башкирской АССР. В момент прохождения через низину двух встречных пассажирских поездов произошел мощный объемный взрыв облака легких углеводородов, образовавшегося в результате аварии и утечки газа на проходящем рядом трубопроводе «Сибирь – Урал – Поволжье». По разным данным, погибло от 575 до 645 человек, из них 181 – дети, ранения получили более 600 человек. 27 ноября 2009 г. скорый поезд «Невский экспресс» сообщением Москва – Санкт-Петербург, вследствие теракта, потерпел крушение на Октябрьской железной дороге. В результате трагедии погибло 27 человек, более 90 получили ранения.

Первая масштабная авиакатастрофа произошла 6 мая 1937 г. Наполненный пожароопасным водородом дирижабль «Гинденбург», завершая очередной трансатлантический рейс, загорелся и потерпел катастрофу при выполнении посадки в Лейкхерсте (США). В результате погибло 35 из 97 находившихся на его борту человек, а также один член наземной команды. Среди современных

авиационных происшествий можно выделить несколько дат. 25 июля 2000 г. при взлете в парижском аэропорту Шарль-де-Голль обломок американского самолета DC-10 попал в покрышку взлетавшего «Конкорда» AirFrance, начинавшего межконтинентальный рейс Париж – Нью-Йорк. Врезультате самолет через три минуты после взлета рухнул на землю. Погибли все находившиеся на борту (109 человек) и четверо в пригородной гостинице. Самая масштабная в истории компании AirFrance авиакатастрофа произошла 1 июня 2009 г. «Аэробус» А-330, выполнявший рейс из Рио-де-Жанейро в Париж, упал в воды Атлантического океана. Всего погибло 228 человек. 19 августа 2002 г. в результате ракетной атаки боевиков над Ханкалой был сбит военно-транспортный вертолет Ми-26 Вооруженных Сил РФ, спланировавший на минное поле. В результате погибло 127 человек. Это явилось крупнейшей катастрофой вертолета в истории военной авиации.

Первой наиболее крупной морской транспортной катастрофой является крушение «Титаника» – крупнейшего пассажирского лайнера начала XX в. Во время первого рейса 14 апреля 1912 г. он столкнулся с айсбергом и через 2 ч 40 мин затонул. На борту находилось 2224 человека, из них спаслись только 711 человек. В настоящее время наиболее частыми и трагичными остаются аварии на гражданском флоте, однако нередкими являются аварии и на военно-морском флоте, особенно на атомных подводных лодках, отличающихся особой тяжестью негативных для здоровья экипажа последствий (комбинированным влиянием целого спектра повреждающих факторов). В целом аварии на подводных лодках происходят реже, чем на надводном флоте. Если в начале XX в. из каждых 100 подводных лодок, находившихся в строю, ежегодно в результате аварий и катастроф гибли 1,5 корабля, то в 1920-х гг. эта цифра снизилась до 0,6; в 1930-х гг. – до 0,35; в 1960-х – до 0,2 и в 1980-х – менее 0,1. В нашей стране с 1939 г. (за исключением периода Великой Отечественной войны) погибло 12 подводных лодок, при этом «цена» каждой такой аварии, особенно на атомных подводных лодках (АПЛ), растет, гибнет больше людей, возрастает и вероятность вредных экологических последствий (Семко В. В., Богданов А. А., Улитовский А. Д., 2000).

Первая авария ядерной установки в море произошла 13 октября 1960 г. на советской атомной подводной лодке «К-8» (проект 627), когда произошел разрыв парогенераторов и трубопроводов компенсатора объема, вследствие чего вся АПЛ была загрязнена радиоактивными газами, и 13 человек экипажа по прибытии в базу были госпитализированы с лучевой болезнью. В июле 1961 г. аналогичная авария энергетической установки произошла на «К-19». Через 4,5 ч после аварии в экипаже появились пострадавшие с выраженными первичными признаками острой лучевой болезни (ОЛБ). В последующем у 8 человек выявили

ОЛБ крайне тяжелой степени (все они скончались), у 8 – тяжелой и средней степени и у 122 – легкой степени. 8 сентября 1967 г. ночью произошел пожар в первом отсеке АПЛ «К-3» («Ленинский комсомол»). Выделение окиси углерода было настолько интенсивным, что уже через несколько минут отсек перестал отвечать на запросы центрального поста, погибло 39 моряков (Осипенко Л. Г., Жильцов Л. М., Мормуль Н. Г., 1994).

8 апреля 1970 г. на АПЛ «К-8» на глубине 120 м одновременно в третьем и восьмом отсеках начался пожар. После всплытия на поверхность, вследствие срабатывания аварийной защиты реакторов, лодка осталась без хода, связи и электроэнергии. К вечеру 11 апреля, когда все отсеки оказались загазованными, часть личного состава была эвакуирована на подошедшие суда. Личный состав действовал героически, вплоть до самопожертвования. Так, капитан медицинской службы А. М. Соловей (выпускник Военно-медицинской академии 1964 г.) передал свой индивидуальный дыхательный аппарат мичману, которому накануне сделал аппендэктомию. Мичман был спасен и эвакуирован, а врач погиб в восьмом отсеке от отравления оксидом углерода (его именем названа одна из улиц г. Мурманск-140). Лодка затонула вследствие потери продольной остойчивости, погибло 52 человека (Захар В. Р., 1998; Белышев Л., 1999).

Авария на борту «К-19» (24 февраля 1972 г.), вследствие пожара в девятом отсеке, стоила жизни тридцати морякам. При замене активных зон двух реакторов на АПЛ «К-431» произошла ядерная катастрофа (10 августа 1985 г.), радиоактивному загрязнению подверглась близлежащая акватория. В процессе ликвидации последствий аварии получили облучение 290 человек, при этом ОЛБ развилась у 7 пострадавших, лучевая реакция – у 39. 3 октября 1986 г. произошел пожар на борту АПЛ «К-219». На 30-е сутки плавания в подводном положении раскрылся бак ракетного топлива, в шахте начался пожар и произошел взрыв. Лодка всплыла, но экипаж не смог справиться с распространением пожара и продуктов ракетного топлива. Выполняя работу по ликвидации аварии, погибло 4 человека. На 4-е сутки лодка потеряла плавучесть и затонула.

Вместе с тем по своим трагическим последствиям и общественному резонансу не имели аналогов аварии на АПЛ «К-278» («Комсомолец») 7 апреля 1989 г. (пожар в кормовом отсеке) и на АПРК «К-141» («Курск») 12 августа 2000 г. (взрыв в торпедном отсеке). В первом случае из 69 членов экипажа четверо погибли во время пожара, 38 утонули или умерли от переохлаждения в ледяной воде и лишь 27 были спасены. Во втором случае – все члены экипажа (118 человек)

погибли.

В целом, несмотря на трагедийность и значительный общественный резонанс авиационных, железнодорожных и морских катастроф, все же наибольшее число жертв приходится на автокатастрофы. Первое в истории зарегистрированное дорожно-транспортное происшествие (ДТП) произошло 30 мая 1896 г. в Нью-Йорке: электромобиль Генри Уэлса столкнулся с велосипедом Эвелина Томаса, который в результате получил перелом ноги. С тех пор количество и масштабность автомобильных аварий только возрастали. К числу самых больших из них относится авария в Чехии. Из-за сильной метели 20 марта 2008 г. на нескольких участках магистрали D1 столкнулись 116 машин, заложниками аварии оказались более 20 тыс. водителей и пассажиров, ранения получили 30 человек. В Днепропетровской области Украины 12 октября 2010 г. вследствие столкновения поезда и пассажирского автобуса погибли 40 человек, 10 получили тяжелые травмы. В августе 2010 г. грузовик с людьми упал в озеро Танганьика на востоке Республики Конго, погибло около 50 человек. Крупная авария с участием 80 машин произошла 8 апреля 2011 г. на севере Германии, в результате ДТП 10 человек погибли, около 100 получили ранения. В июле 2012 г. на западе Непала автобус, перевозивший около 120 паломников-индуистов, потерял управление и упал в канал, погибло более 30 человек. 20 апреля 2012 г. 43 человека погибли при столкновении грузовика и автобуса в Мексике. В Швейцарии 14 марта 2012 г. автобус, в котором ехали туристы, врезался в карман безопасности туннеля, в результате чего погибли 28 человек, из них 22 ребенка. И это лишь отдельные трагические примеры последних лет. По данным ГИБДД России, только за 2012 г. в 203 597 авариях погибли 27 991 и были ранены 258 617 человек, а всего за период с 1980 г. на 5 123 363 ДТП пришлись 881 561 погибший 6 093 605 раненых. При этом экономический ущерб от автокатастроф в нашей стране за последние 5 лет сопоставим со всеми расходами на здравоохранение за тот же период.

1.3. Эволюция представлений о психической патологии в условиях войн и катастроф

1.3.1. Психиатрия войн

Первые исторические свидетельства о психических нарушениях у солдат можно встретить уже у Геродота. Описывая Марафонскую битву 490 г. до н. э., он упоминает афинского воина, потерявшего зрение после увиденной им сцены гибели стоявшего позади солдата, хотя ослепший и не получил в сражении никаких физических ран. Этот же историк сообщает, что спартанский командир Леонидас в битве при Фермопилах (480 г. до н. э.) освободил своих солдат от сражения, поскольку посчитал, что они были «душевно истощены» после предыдущей битвы. Отдельные описания можно встретить и в «Илиаде» Гомера (Shay J., 1991; Lamprecht F., Sack M., 2002).

Несмотря на многообразие и широкую распространенность, в сферу медицинских исследований психические расстройства у военнослужащих попали только в конце XVII в. под названием «швейцарская болезнь». Эта патология была довольно распространена среди молодых испанских и швейцарских солдат, насильно завербованных в наемные армии. В 1688 г. Johannes Hofer описал ее под названием «ностальгия», которая характеризовалась «меланхолией, непрекращающимися мыслями о доме, бессонницей, слабостью, потерей аппетита, тревогой, учащенным сердцебиением, ступором и лихорадкой». Следующие указания на «ностальгию» встречаются у L. Auenbrugger в 1761 г. В работе «Inventum Novum» он описывал таких больных, как «исполненных грусти, вздохов и стонов, молчаливых, вялых, стремящихся к уединению, погруженных в тягостные раздумья», и связывал заболевание с утратойими надежды на возвращение на родину (цит. по: Jones F. D., 1995). Аналогичные клинические случаи были отмечены в конце XVIII в. и Р. Гамильтоном (Hunter R. A., 1982). Дальнейшее развитие концепция «военной ностальгии» получила в работах французских врачей наполеоновской эпохи. Ими было показано влияние культуральных, социальных, климатических и собственно боевых факторов на развитие этого страдания.

В XIX в., наряду с «ностальгией», в сферу интересов военных врачей попадает «цереброспинальный шок», описанный в период Наполеоновских войн у солдат, оказывавшихся в непосредственной близости от взрыва снаряда. В клинической картине этой патологии доминировали «покалывания», «подергивания» и даже «частичный паралич», которую в дальнейшем определяли как «контузию воздушным потоком». При этом следует отметить довольно скептическое отношение к данной категории больных со стороны командования, считавших подобные нарушения «проявлениями трусости».

Следующим толчком к изучению психических нарушений среди участников боевых действий послужили расстройства, описанные в Крымской войне 1853–1856 гг. англичанами (A. B. R. Myers) под названием «пальпитация» («трепетание») и в Гражданской войне 1861–1865 гг. американцами (H. Hartshorne) как «истощение сердечной мышцы», позднее получавшие название «кардиального невроза», «нейроциркуляторной астении», «расстройства сердечной деятельности». Более известны они, однако, в трактовке J. M. Da-Costa как «синдром раздраженного сердца», «солдатского сердца» («синдром старого сержанта»). Изучение данной патологии позволило английскому профессору Маклину (1867) сформировать представления об ее этиологии. Он вслед за Myers'ом полагал, что формирование данных расстройств происходит вследствие сдавления крупных сосудов, мышц и нервов неудобным и тяжелым обмундированием солдат, ношение которого приводит к повышению нагрузки на сердечную мышцу и, как следствие, к его перенапряжению. Однако Маклин указывал и на роль психологических факторов в генезе данных нарушений. Вместе с тем в выделенной DaCosta симптоматике, за исключением пугливости и сверхбдительности, доминировали вегетативные нарушения. Хотя и предполагалось, что происхождение данной патологии связано, кроме указанных выше причин, с длительными изнуряющими маршами, DaCosta установил, что только у части больных отмечались эти факторы, поскольку болезнь встречалась не исключительно у пехотинцев, но с примерно такой же распространенностью и в кавалерии, артиллерии и даже среди гражданского населения.

Начало XX в. охарактеризовалось значительным увеличением масштабов войн и, как следствие, распространенностью боевой психической патологии. Каждая война характеризовалась своим особым, неповторимым типом таких расстройств – как по распространенности болезненных проявлений, так и по их интерпретации. Так, Англо-бурская война (1899–1902) отличалась массовым увольнением из армии британских военнослужащих с диагнозом «расстройства сердечной деятельности» (disordered action of the heart). После ее окончания W. D. Wilson (1904) показал связь клинических проявлений данного синдрома с психическим напряжением в период боевых действий. В дальнейшем изменившиеся способы ведения боев (длительные позиционные войны с массивным применением артиллерии – так называемые «траншейные» войны) привели к увеличению числа «контуженных», фактически узаконив это понятие наряду с терминами «снарядный шок» и «траншейный невроз», ставшими синонимами лишений и психологической травмы позиционной войны. Первоначально эту патологию относили к разновидностям коммоционного синдрома. Считалось, что причиной заболевания является сотрясение тела и

токсические вещества от разрывов снарядов. Однако последующие исследования показали, что эти нарушения развиваются даже чаще у солдат, не получавших контузионных травм, вследствие чего эту патологию стали трактовать как «военный невроз». Созданный в тот период по инициативе лорда Саусборо (Southborough) Комитет для предотвращения эпидемий «военных неврозов» определил эту патологию как «эмоциональный шок» – либо острый (у лиц с невропатической предиспозицией), либо развившийся вследствие «пролонгированного перенапряжения и ужасающих условий» («финальное расстройство»), вызываемый порой незначительными внешними причинами (Jones E., 2006). Однако взгляды на эту патологию были порой диаметрально противоположны – от мнения, что она является состоянием эмоциональной нестабильности в рамках неврозов, до ее оценки как симуляции (Flavelle R., 2007).

Анализ психиатрических последствий Первой мировой войны привел исследователей к заключению о высокой контагиозности психических расстройств в воинских коллективах, а также поставил перед ними вопросы дифференциации истинных невротических нарушений от частых случаев симуляции. Отсутствие адекватного решения этих проблем привело к постепенному отказу специалистов от использования ряда прежних формулировок «военных неврозов» (например, «снарядного шока»), несмотря на все более широкое их распространение в художественной литературе и других видах массовой культуры (Shephard B., 1999). В немалой степени этому способствовало и доминирование психоаналитических воззрений на природу невротических нарушений, согласно которым их корни следует искать в травме детского возраста, а не в катастрофическом воздействии текущих средовых факторов. Особая точка зрения высказывалась немецкими психиатрами, которые не считали «снарядный шок» болезнью и расценивали лиц, демонстрирующих симптомы «военного невроза», как конституционально предрасположенных к дегенерации, как «паразитов нации («Volkskorper»), не имеющих право на жизнь». Зачастую им не оказывали медицинской помощи, и их лишали военных пенсий (Williams R. B., 1997).

Особая ситуация с изучением боевой психической патологии сложилась после Первой мировой войны в нашей стране. В связи с тем что у военно-политического руководства того времени доминировали представления о несовместимости военной службы с душевными заболеваниями, в период с 1922 по 1942 г. проблема боевых психических расстройств практически не изучалась. Во время Великой Отечественной войны внимание уделялось в основном острым реактивным психозам и «контуженным». В то же время в армиях союзников

реакции, обусловленные участием в боевых действиях, стали предметом широких исследований. В работах разных авторов они назывались «военной усталостью», «боевым истощением», «военным неврозом», «посттравматическим неврозом» и т. д.

В 1941 г. в одном из первых систематизированных исследований Кардинер назвал это явление «хроническим военным неврозом» и считал, что он имеет как физиологическую, так и психологическую природу. С 1943 г. в армии США стал использоваться термин «боевая усталость», а со времени войны в Корее – «боевое утомление». Ими обозначался широкий спектр расстройств – состояния страха, депрессия, истерия, психосоматические нарушения и даже коллективная паника. От случаев «боевой усталости», для формирования которой необходимы недели и даже месяцы участия в боевых действиях, отграничивали другую форму боевой психической травмы, обозначаемую термином «боевой шок».

В период войны во Вьетнаме острые формы боевой психической патологии обозначались термином «боевое утомление», а хронические – «эффектом Оранжевого агента», «поствьетнамским синдромом», «синдромом отсроченной реакции на стресс». В войнах 1980—1990-х гг. расстройства первой группы называли «острым стрессовым расстройством», «острой стрессовой реакцией», «боевым шоком», а вторые – «посттравматическим стрессовым расстройством» (ПТСР), «синдромом „Бури в пустыне“», «относящимся к Заливу недомоганием».

В работах отечественных авторов, выполненных по материалам афганской войны, стрессовые психологические факторы, как проявления «боевой психической травмы», разделялись на две большие группы: непосредственно связанные с вооруженной борьбой и относительно независимые от нее (Решетников М. М., 2011). Другие ученые (Снедков Е. В., 1997; Литвинцев С. В. [и др.], 2005; Шамрей В. К. [и др.], 2006; Лыткин В. М. [и др.], 2007), по материалам современных вооруженных конфликтов, предлагают рассматривать отдельно понятие боевой психической патологии (вся совокупность психических расстройств, возникающих в условиях боевых действий) и боевой психической травмы (преимущественно стрессогенно обусловленные психические расстройства).

Начиная с Первой мировой войны в исследованиях разных авторов появляются данные о новых формах боевой психической патологии, связанной с сочетанным воздействием боевого стресса и применения различных токсических веществ. Термин «газовая истерия», введенный в период Первой мировой войны,

использовался для описания болезненных проявлений у солдат, которые подверглись воздействию низких концентраций хлора и фосгена и, как оказалось, полностью оправились соматически, но продолжали страдать от многочисленных соматоформных нарушений, клинически очень близких к проявлениям «нейроциркуляторной астении». Первоначально Ф. Мотта (1916) выдвинул гипотезу, что эти расстройства, наряду с контузиями, были вызваны воздействием угарного и других газов, выделяющихся при взрыве боеприпасов.

Во время Второй мировой войны использование мепакрина (также известного как атербин) в Италии и Юго-Восточной Азии для профилактики малярии привело к распространению в британских и австралийских войсках стойкого убеждения, что он вызывает импотенцию, чему немало способствовали и немецкие пропагандистские листовки. Еще одним примером постбоевых расстройств, связанных с «отравлением», являются «последствия» применения диоксина (agentorange), наблюдавшиеся у ветеранов Вьетнамской войны. Этот дефолиант, распылявшийся над джунглями, как полагали, приводил к появлению «токсической неврастении». Однако эпидемиологическими исследованиями не удалось подтвердить причинную связь этого вещества с географией распространенности данной патологии, несмотря на то что высказывались предположения о том, что подобные соединения провоцируют заболевания за счет вовлечения иммунной системы. Следует отметить, что аналогичная неспецифическая клиническая картина наблюдалась и у ликвидаторов радиационной аварии на Чернобыле, что послужило основанием для формирования представлений о психических расстройствах у «облученных малыми дозами радиации». Известный «синдром войны в Персидском заливе (Gulfwarsyndrome) также приписывался воздействию на иммунную и центральную нервную системы различных токсинов.

Гастроинтестинальные расстройства боевого периода были описаны американскими врачами в период гражданской войны 1861–1865 гг. под названием «констипация» (Jones F. D., 1995). Наибольшую известность, однако, они получили в период Второй мировой войны, когда в ряде подразделений английских и американских войск эта патология составляла более 60 % причин всех госпитализаций и являлась поводом к увольнению в 17 % случаев. Первоначально рядом исследователей предполагалось, что диспепсия представляет собой особую патологическую форму сродни контузии, в то время как другие считали, что это было связано с острым типом язвенной болезни («стресс-язвой») и объясняли причину ее возникновения особенностями режима и характера питания солдат. Психологические факторы были исключены, потому что язвенная болезнь желудка и различные дисфункции ЖКТ отмечались

значительно реже во время Первой мировой войны, когда воздействовали аналогичные стрессоры (Jones E., 2006). Однако впоследствии на базе ретроспективных исследований, основанных на статистике смертности, было установлено, что эпидемия неязвенной диспепсии в годы войны носила в основном конверсионный характер.

Следует отметить, что за описанные временные периоды представления о психической патологии в условиях войн претерпели значительную динамику; этому способствовал целый ряд факторов, среди которых различия в характере анализируемых войн (вооруженных конфликтов), в используемых видах оружия, а также в категориях обследованного личного состава.

1.3.2. Экстремальная психиатрия и психиатрия катастроф

Современные представления о психиатрии катастроф и экстремальной психиатрии, а также обусловленных ЧС психических расстройствах сложились примерно к концу XX в., однако информация о патогенном воздействии различных экстремальных факторов на характер клинических проявлений накапливалась в течение предыдущих столетий.

Первые описания психических расстройств, вызванных катастрофами и сходными по клинике с современными ПТСР, относятся ко второй половине XVII в. Так, в 1666 г. в дневнике Samuel Pepys была сделана запись спустя шесть месяцев после того, как он оказался свидетелем большого пожара в Лондоне: «Это странно, но до сегодняшнего дня не могу проспать и ночи без ужасов пожара; и что этой ночью я не мог уснуть почти до двух часов из-за мыслей о пожаре». В 1867 г. хирург J. E. Erichsen в работе «Железнодорожная и другие травмы нервной системы» описал симптоматику психических нарушений у лиц, пострадавших в результате железнодорожных катастроф (длительные ощущения «душевного дискомфорта», сны с тягостными переживаниями катастрофы, расстройства памяти, внимания и т. д.). В последующем E. Stierlin (1911) выявил общие закономерности в механизме развития психических расстройств у жертв землетрясения в Мессине. По его мнению, главными этиологическими факторами у такого рода больных являются испуг и эмоциональный шок, вызывающие снижение резистентности нервной системы, что является, в свою очередь, основой для возможного развития неврозов. Эмиль

Крепелин в XIX в. использовал термин schreckneurose («невроз пожара») для того, чтобы обозначить отдельное клиническое состояние, включающее многочисленные нервные и физические феномены, возникающие как результат различных эмоциональных потрясений или внезапного испуга, которые перерастают в тревожность. Эти состояния, по его мнению, наблюдались после экстремальных событий, пожаров, железнодорожных катастроф.

Начало систематических исследований постстрессовых состояний, вызванных переживанием природных и индустриальных катастроф, можно отнести к 1950–1960 гг. Полагая, что информация, полученная при изучении ЧС мирного времени, может быть использована для оценки возможного воздействия патогенных факторов, обусловленных войной (например, ядерная катастрофа), Национальная академия наук США утвердила ряд исследований, в которых были сделаны попытки оценить адаптацию индивидов, переживших крупные пожары, газовые атаки, землетрясения и прочие катастрофические ситуации с акцентом на изучении критериев посттравматического стресса. В итоге такие разнородные синдромы, как травматический невроз, Railway Spine, Rape Trauma Syndrome, Battered Woman Syndrome, Abused Child Syndrome и т. п. в 1980 г. были объединены с типичными «военными» синдромами в единую рубрику – ПТСР. Параллельно другой группой исследователей на сходном материале разрабатывалась проблематика диссоциативных расстройств. Впоследствии обе группы признали значительное перекрытие диагностических критериев и выдвинули предложение объединить эти таксономические рубрики, однако комиссии по разработке классификаций DSM-III и DSM-IV его не учли.

Сотрудниками Военно-медицинской академии проблемы экстремальной психиатрии в основном изучались через призму военно-профессиональной деятельности военнослужащих. Были изучены психические расстройства при радиационной и высокочастотной травме, индивидуальное и массовое действие психодизлептиков, вопросы экологической адаптации в разных широтах и климатических зонах (Арктика, Тропики и т. д.), психология и психопатология автономного плавания и космических полетов и др. В рамках психиатрии катастроф исследовались различные аспекты психического здоровья пострадавших и спасателей в условиях стихийных бедствий и ЧС мирного времени (землетрясения в Ташкенте и Армении, авария на Чернобыльской АЭС, железнодорожные и авиационные катастрофы, аварии на промышленных объектах, АПЛ и т. д.). Более детальное освещение данных вопросов представлено в следующих главах руководства.

1.4. Распространенность психических расстройств в условиях войн и катастроф

При оценке распространенности психических расстройств в условиях войн, катастроф, террористических актов и чрезвычайных ситуаций целесообразно выделять как минимум две основные группы: психические расстройства острого и отдаленного периода.

1.4.1. Психические расстройства острого периода

К ним обычно относят транзиторные психические нарушения различной тяжести у лиц, не проявлявших до этого каких-либо психических отклонений, в ответ на исключительный физический и психологический стресс, которые продолжаются несколько часов или суток. Статистика распространенности данных расстройств, как в условиях боевых действий, так и в условиях ЧС мирного времени, весьма противоречива вследствие различного характера учета и противоречивых критериев оценки (диагностических подходов, характера и этапа вооруженного конфликта или ЧС, категории обследуемых военнослужащих или пострадавших и т. д.).

По статистике различных войн и разных армий, психиатрические потери на театре военных действий составляют 6,6—12,7 % от численности войск и до 30 % от общего числа санитарных потерь. Считается, что они в основном представлены расстройствами адаптации с преобладанием нарушения эмоций (невротические реакции) или поведения (патохарактерологические реакции), а также стресс-обусловленным аддиктивным поведением. Отдельно рассматриваются реакции боевого стресса, развивающиеся в разные периоды боевых действий примерно у 15–25 % личного состава. Вместе с тем в зависимости от специфики боевых действий этот показатель может быть и существенно выше. Так, в 1945 г. во время боев на о. Окинава (Япония) число эвакуированных из зоны боевых действий по поводу боевой психической травмы в американских войсках составило 48,8 % от общего числа раненых. В корейском конфликте этот показатель снизился до 20–25 %, а во время войны во Вьетнаме – вновь существенно увеличился, достигнув 35 %.

В ходе проведенного в 1980–1981 гг. обследования военнослужащих, проходивших службу в Афганистане, заболеваемость психическими расстройствами (на стационарном этапе) составила 4,4 %, а из числа всех госпитализированных в окружной военный госпиталь их число достигало 7,4 %. Последующие локальные вооруженные конфликты (на Северном Кавказе) показали, что санитарные потери психиатрического профиля составляют в среднем не более 1–3 %. Однако в их число не входят кратковременные (невротические, патохарактерологические) реакции и другие формы острой психической патологии, купирование которой возможно на догоспитальном этапе (в течение 3 сут).

Сведения о распространенности острой психической пратологии при стихийных бедствиях и техногенных авариях еще более противоречивы вследствие различного характера ЧС и разных подходов к оценке психических расстройств у пострадавших. Так, при обследовании 310 пострадавших при землетрясении в Армении (1988) были выявлены два качественно разных типа психического реагирования. В большинстве случаев (274) указанные реакции, хотя и возникали на фоне измененного сознания, носили абортивный характер и составляли как бы этапы в общей динамике психического состояния лиц, переживших катастрофу. Другой тип реагирования характеризовался пролонгированными и более глубокими психическими расстройствами (36 случаев): аффективно-шоковая реакция – 4, психогенный ступор – 2, психомоторное возбуждение – 6, истерический психоз – 8. У 10 обследованных отмечались обострения ранее имевшихся хронических психических расстройств (в основном шизофрении).

Отдельной категорией пострадавших при ЧС являются лица с сочетанной и комбинированной травмой. При этом ожоги являются одним из наиболее распространенных поражающих факторов. По мнению P. Tuker и N. Anderson (1990), ожоговая травма является значительным стрессом, поскольку не только угрожает жизни, здоровью и трудоспособности, но и нарушает весь последующий «жизненный сценарий». По данным Р. Г. Валинурова (1999), обследовавшего пострадавших на крупных пожарах, в каждом втором случае (52 %) у пострадавших наблюдались реакции паники, причем у женщин в 1,5 раза чаще, чем у мужчин. Изучение поведения населения в момент пожара показало, что для 42 % лиц было характерно состояние аффекта, для 25,5 % – двигательное возбуждение. В 8,2 % случаев наблюдались расстройства сознания, в 7 % – ступор, в 5,9 % – дезориентировка и лишь в 11,4 % случаев отклонений в поведении отмечено не было. У пострадавших после пожара в 17,1 % случаев отмечалась стойкая бессонница, в 12,7 % – депрессия, в 9,3 % –

ощущение «оцепенения», в 5,3 % случаев – двигательные расстройства, в 2,5 % – нарушения речи. При этом в 23,9 % случаев было выявлено сочетание вышеуказанных нарушений.

Исследование последствий взрыва газоконденсата в Республике Башкортостан показало, что 29,3 % обследованных испытывали страх, 11,4 % – тревогу, а каждый второй не смог объяснить свои ощущения. В этом отношении довольно типичные формы реагирования людей на экстремальную (жизнеугрожающую) ситуацию могут быть описаны при автокатастрофах. Общеизвестно, что ни в какой другой сфере человеческой деятельности в мирное время нет такого числа погибших и раненых, как на транспорте. По данным Р. Г. Валинурова (1999), на момент автомобильной аварии в 30,2 % случаев у пострадавших наблюдается ступор, в 23,3 % – состояние аффекта, в 17,5 % – расстройства внимания, в 12,6 % – двигательное возбуждение, в 12,4 % – дезориентировка. Почти у трети пострадавших (29,5 % случаев) при автомобильных авариях наблюдаются реакции паники, и лишь 8,5 % пострадавших способны принимать адекватные меры безопасности. В первые дни после аварии, как правило, отмечаются стойкие проявления тревоги, бессонницы, кошмарных сновидений, отчужденности или агрессивности.

1.4.2. Психические расстройства отдаленного периода

В структуре этих нарушений наиболее распространенным является посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), которое возникает как отставленная и/или затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию (кратковременную или продолжительную) исключительно угрожающего или катастрофического характера. Ряд авторов отмечают, что в отдаленном периоде после войны (или ЧС) у военнослужащих (пострадавших) также наблюдаются различные формы затяжных психических расстройств (фобии, конверсионные и обсессивно-компульсивные расстройства, тревожно-депрессивные состояния), которые могут наблюдаться на протяжении недель, месяцев или лет после войны (ЧС). Причем характер этих расстройств зачастую обусловливается не только психогенной, но и «соматической» травмой, полученной в ходе войны (ЧС), и тем самым определяется не только психическим, но и соматическим здоровьем комбатантов (пострадавших).

По данным Всемирной организации здравоохранения (2001), частота вновь выявленных случаев ПТСР среди населения ежегодно составляет 0,37 %. Эпидемиологические исследования показывают, что на протяжении жизни ПТСР заболевает около 1 % населения, в 15 % случаев, после тяжелых психических травм (военных действий, техногенных катастроф и т. п.), могут возникать отдельные его симптомы. В свою очередь, Г. И. Каплан и Б. Сэдок (1998) отмечают, что ПТСР встречается у 1–3 % всего населения, среди ветеранов войн – у 30 %. Ю. В. Попов и В. Д. Вид (2008) сообщают, что указанное расстройство возникает у 50–80 % лиц, перенесших тяжелый стресс, тогда как в общей популяции населения (в мирное время) для мужчин этот показатель составляет 0,5 %, для женщин – 1,2 %.

По сведениям разных авторов, клинически оформленными ПТСР страдают от 12,5 до 44,0 % комбатантов, тогда как частичные его признаки в отдаленном периоде выявляются в 63,0—91,5 % случаев, сопровождаясь нередко отклоняющимися формами поведения. Так, к началу 1990-х гг. около 100 тыс. вьетнамских ветеранов совершили самоубийство, при этом около 40 тыс. вели «замкнутый образ жизни». Среди данной категории ветеранов был отмечен высокий уровень актов насилия, неблагополучие в сфере семейных отношений и социальных контактов. Было также показано, что процент ПТСР среди раненых и инвалидов значительно выше (до 42 %), чем среди физически здоровых комбатантов (от 10 до 20 %). Результаты отечественных ученых также весьма противоречивы. Н. Д. Тарабрина (2001) считает, что ПТСР у участников афганской войны диагностируется в 17,5 % случаев, тогда как А. Л. Пушкарева (2000), по результатам обследования комбатантов Республики Беларусь, сообщает о наличии признаков ПТСР у 62,3 % ветеранов. В свою очередь, С. А. Колов (2012), по результатам обследования ветеранов различных войн, указывает, что клинически очерченные ПТСР имеют место лишь в 19,5 % случаев, тогда как отдельные признаки ПТСР отмечаются практически у всех комбатантов, особо подчеркивая наличие у многих из них выраженных аффективных расстройств, сопровождающихся порой вспышками гнева и насилия.

Анализируя последствия различных ЧС, S. Galeo, A. Nandi, D. Vlahov (2005) отмечают, что распространенность ПТСР после стихийных бедствий ниже, чем после техногенных катастроф. Основное отличие, по их мнению, заключается в том, что среди жертв техногенных аварий большинство составляют непосредственно пострадавшие, в то время как при стихийных бедствиях встречаются люди, вовлеченные в разной степени переживание катастрофы. В целом в зависимости от характера ЧС и времени после катастрофы

распространенность ПТСР в течение первых 2 лет может колебаться от 5 до 60 %. Так, результаты анализа, проведенного после землетрясения в Тайване (1999), показали распространенность ПТСР в пределах 11–12 % среди взрослого населения, выжившего в трех наиболее разрушенных городах, а также в 20 % – среди детей. Показатели ПТСР у пострадавших при землетрясениях в Турции (1999) и Исландии (2000) составили соответственно 43 и 24 %.

Г. М. Румянцева [и др.] (1998; 2001) при обследовании населения России, подвергнувшегося радиоактивному воздействию вследствие аварии на Чернобыльской АЭС, зарегистрировали отдельные признаки ПТСР у 50,0 % обследованных, тогда как клинически очерченные формы имели место лишь в 9,0 % случаев. Исследуя клиническую структуру психических расстройств у вынужденных переселенцев, М. С. Павлова (2001) установила, что доля ПТСР составляет в среднем 13,4 % (23,4 – среди мужчин и 8,1 – среди женщин).

У беженцев в отдаленном периоде наряду с ПТСР наиболее часто диагностируются большое депрессивное расстройство и соматоформные расстройства. При этом затяжные депрессии нередко приводят к аддиктивной патологии и самоубийствам (Westermyer J. [et al.], 1989; Reeler A. P., 1994). Так, D. Lecic-Tosevski (1998) приводит следующие данные о распространенности отдаленных психических расстройств у беженцев в Югославии, переживших утраты, заключение, пытки, «сексуальные оскорбления»: ПТСР – 30 % случав, расстройства адаптации – 40 %. Близкие показатели отмечает и M. Munijia [et al.] (1999): ПТСР – 26,4 % случаев, синдром дезадаптации – 31,9 %, тревожно-депрессивные расстройства – 26,4 %. Спустя 5–9 лет у 300 вынужденных мигрантов N. Okribelashvili (2001) выявляет 62,5 % случаев с хроническим ПТСР, при которых в 44,5 % отмечаются коморбидные панические атаки, в 38,8 % – умеренные депрессивные эпизоды, в 11,2 % – субъективное ощущение тревоги.

Описывая характер психических расстройств отдаленного периода у жертв террористических актов, J. L. Medina [et al.] (2001) отмечают, что спустя 3 года у них в 24 % случаев диагностируются генерализованная тревога, фобические и соматоформные расстройства, в 32 % случаев – вторичные дисмнестические расстройства и большое депрессивное расстройство, в 36 % случаев – личностные расстройства, в 7 % случаев – злоупотребление психоактивными веществами.

Характеризуя психические нарушения в отдаленном периоде после транспортных происшествий, следует отметить также наибольшую

распространенность ПТСР. Так, A. E. Stewart [et al.] подчеркивают, что у 8 % из 3,5 млн, пострадавших в транспортных авариях в США, каждый год развиваются такие симптомы ПТСР, как затруднение концентрации внимания, раздражительность, бессонница и др. По мнению автора, возникновение после ДТП эмоционального шока, невротических расстройств, гнева и чувства вины типично. Эти проявления, впрочем, обычно нивелируются в течение короткого периода времени. Однако в части случаев может развиться ПТСР, в особенности, если произошла авария со смертельным исходом одного из участников, или участник ДТП ранее страдал каким-либо психическим расстройством. Сопоставимы данные о распространенности посттравматических стрессовых расстройствах и при других транспортных происшествиях. Так, обследование школьников, переживших крушение круизного корабля в Греции (1988), а также друзей и знакомых из их школы (кто не был непосредственно вовлечен в бедствие), показало, что распространенность ПТСР составляла 51,5 % среди выживших, в сравнении с 3,4 % среди других детей. При катастрофе автомобильного парома Estonia в Балтийском море (1994) распространенность ПТСР была на уровне 64,3 %. По данным исследования, проведенного среди спасателей и волонтеров, участвовавших в ликвидации последствий авиакатастрофы авиакомпании Swissair (1998), распространенность ПТСР составила 46 %. Среди пострадавших при железнодорожной аварии в Бельгии (2001) ПТСР выявлялось у 28 % людей. Вместе с тем следует отметить, что анализ отечественных и зарубежных данных свидетельствует о более высоких показателях распространенности посттравматического стрессового расстройства в населении в сравнении с показателями обращаемости за помощью лиц, страдающих этим заболеванием.

Глава 2. Основные понятия психического здоровья

2.1. Общие сведения о психическом здоровье

2.1.1. Распространенность психических расстройств

Во всем мире происходит рост числа психически больных. По прогнозам ВОЗ, к 2020 г. психические расстройства войдут в первую пятерку болезней, ведущих к потере трудоспособности. Так, по данным ВОЗ (2011), в мире в начале XXI в. примерно 450 млн людей страдают психическими заболеваниями, из них: 150 млн человек страдают депрессией, 50 млн – эпилепсией, 25 млн – шизофренией, 24 млн – болезнью Альцгеймера и более 115 млн – нарушениями психики из-за употребления алкоголя и наркотиков. Ежегодно 1 млн человек кончает жизнь самоубийством, что превышает число жертв несчастных случаев на дорогах и число погибших в военных действиях (от 10 до 20 млн человек в течение года совершают попытки самоубийства). Более 25 % людей в тот или иной период жизни обнаруживают различной выраженности психические расстройства. Каждая четвертая семья имеет хотя бы одного члена, страдающего тем или иным психическим расстройством. Среди пациентов, обращающихся за медицинской помощью к врачам поликлиник и стационаров с соматическими заболеваниями, обнаруживают психические расстройства в 20–25 % случаев. В нашей стране 20 % населения, имеющие те или иные психические расстройства, за медицинской помощью не обращаются. В экстремальных ситуациях, в связи с их внезапностью и масштабностью, число психических расстройств возрастает.

2.1.2. Диагностика нормы и патологии в психиатрии

Диагностика нормы и патологии, здоровья и болезни в соматической медицине базируется на соответствии или несоответствии анатомо-физиологического состояния органов и систем определенным «среднестатистическим» стандартам. В психиатрии данный подход оказывается несостоятельным, потому что практически не существует психических переживаний или поведенческих актов, которые можно было бы априорно, в отрыве от целостной оценки состояния субъекта, квалифицировать как совершенно чуждые здоровой психике, болезненные проявления. Использование суждений о мере их «адекватности», «логичности», «соответствия общепринятым нормам» не выдерживает критики, поскольку подобные суждения всегда и неизбежно пристрастны.

Определение психического здоровья как отсутствие дискомфорта и психического страдания применимо далеко не ко всем явно болезненным расстройствам. К примеру, могут чувствовать себя чрезвычайно хорошо больные

с маниакальными или парафренными состояниями. Многие психопатологические симптомы, особенно симптомы негативные (дефицитарные), не осознаются больными или искаженно ими определяются. Наконец, нельзя забывать о том, что душевные страдания есть неотъемлемое свойство здоровой психики и лишь в определенном качественном выражении, во взаимосвязи с другими признаками и условиями возникновения они могут быть квалифицируемы как болезненные. Психическое здоровье невозможно определить и с позиций отсутствия физической патологии, ибо большинство психических расстройств не имеют макроструктурной (патологоанатомической) основы, а их микроструктурный (патофизиологический) субстрат претерпевает в процессе своего формирования целый ряд малоспецифичных, весьма вариабельных, не обладающих необходимой диагностической и прогностической ценностью. Не имеют прямого отношения к понятию психического здоровья и такие характеристики, как сохранность функций, работоспособность или социальная адаптированность. Так, некоторые больные алкоголизмом могут оставаться преуспевающими по службе, а паранойяльные пациенты – обнаруживать повышенную работоспособность. Известно также немало примеров наличия психических заболеваний у некоторых выдающихся и даже гениальных личностей. «Для нас было бы, конечно, крайне удобно и мы избавились бы от целой массы хлопот, если бы можно было провести резкую и определенную черту и сказать, что все люди, стоящие по одну сторону ее, должны быть душевно здоровы, а все, стоящие по другую, – душевно больны» (Маудсли Г., 1875). Поэтому понятия «здоровья» и «нормы» – так же, как понятия «болезни» и «патологии», – близки, но не тождественны.

Континуум «норма – патология» характеризует состояние психобиологического субстрата личности, соотношение физиологических и патофизиологических механизмов психической саморегуляции, выраженность личностной дисгармонии и структурно-морфологических изменений ЦНС, индивидуальную степень готовности к психопатологическому синдромообразованию. Совокупность патопсихологических и патофизиологических трансформаций может образовывать патогенетическую основу (pathos) психического заболевания. В ходе своего формирования или обратного развития pathos претерпевает количественные изменения, которые в принципе могут быть оценены с помощью патопсихологических, психофизиологических, нейрофизиологических, биохимических, рентгенологических, морфологических и иных методов исследования. Клинически он проявляется в виде относительно устойчивых изменений личности, восприятия, мышления, аффективности, познавательной сферы, определяющих образ жизни, контроль побуждений, стиль поведения и интерперсональных отношений. Чаще всего подобные

изменения квалифицируются как негативные (дефицитарные) расстройства (явления «выпадения»).

Наличие патологии не обязательно свидетельствует о наличии болезни. Качество психического функционирования определяется адаптационным потенциалом личности, ее компенсаторными возможностями. Даже при прогрессировании патогенетического механизма клинические проявления могут быть стертыми, разрозненными, латентными. Так, тяжелое проникающее ранение черепа с повреждением участков мозгового вещества может не повлечь длительных психопатологических последствий, зато легкое сотрясение головного мозга иногда способно стать причиной инвалидизации человека; церебральный атеросклероз далеко не у каждого сопровождается формированием сосудистой деменции и т. п. Однако в случаях развития психической болезни характер патологического процесса определяет ее нозологическую специфичность, тяжесть и прогноз.

Спектр «здоровье – болезнь» – это качественные характеристики, интегрально отражающие целостное состояние психического и социального функционирования. Нарушение функции проявляется в субъективных и объективных клинических феноменах (психопатологических симптомах) и лишь тогда, когда компенсация морфологических (ультраструктурных) изменений в ЦНС оказывается уже несостоятельной. Появление и выраженность клинической симптоматики определяется не повреждением вообще, а соотношением числа измененных и мало измененных или совсем неизмененных нейронов и межнейронных связей (Саркисов Д. С. [и др.], 1988). При этом большинство проявлений болезни являются защитными реакциями против патогенного фактора, тогда как доля специфических симптомов, отражающих первопричину заболевания, очень незначительна (Нуллер Ю. Л., 1992).

Болезненный процесс (nosos) представляет собой реализацию патогенетического механизма в виде динамического, текущего образования (Давыдовский И. В., 1962). Каждая стадия болезненного процесса, с момента появления кратковременных, разрозненных, слабо выраженных его признаков и вплоть до окончательного исхода, знаменуя собой качественно новое состояние, имеет определенную ступенчатость (дискретность) и может быть идентифицирована с помощью клинико-психопатологического метода. Понятие здоровья гораздо шире, богаче понятия нормы и по отношению к задачам медицины оказывается более информативным, поскольку включает в себя степень здоровья и степень болезни, процесс заболевания (патогенеза), а также

процесс незаболевания и выздоровления (саногенеза). Важную часть психического здоровья человека составляют социальное поведение, продуктивность труда, межличностные отношения, мировоззрение, личностные ценности, творчество, эволюция личности, возможности реализации ее духовного и интеллектуального потенциала (Смирнов В. К., 1983).

2.1.3. Определение и нормы здоровья

Всемирная организация здравоохранения определила здоровье как «состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезни или физического недостатка. Признаками психического здоровья следует считать: отсутствие выраженных психических расстройств; определенный резерв сил человека, необходимых для преодоления неожиданных стрессов и затруднений; состояние равновесия между человеком и окружающим миром, гармонии между ним и обществом (1990)».

Из этого определения, в частности, следует, что в обществе, переживающем социально-экономический кризис, здоровы лишь очень немногие. Нездоровыми следует признать также всех без исключения безработных или малообеспеченных людей, лиц, находящихся в экстремальных условиях, и т. п. Здесь уместно привести слова крупнейшего австрийского психиатра и психолога, бывшего узника Освенцима В. Франкла: «…человек в конечном счете существо самодетерминирующее. Кем он становится – в границах наследственности и среды – зависит от него самого. В концлагерях, например, – в этой живой лаборатории и на этой испытательной площадке – мы наблюдали, что некоторые вели себя, как свиньи, в то время как другие вели себя, как святые. Человек заключает в себе обе возможности; которая из них реализуется, зависит от принимаемых решений, а не от условий».

Таким образом, состояние психического здоровья зависит не столько от социальных условий, сколько от духовного и нравственного благополучия личности. Именно духовный потенциал объясняет отсутствие линейных корреляций между соматическим и психическим состоянием. Яркие подтверждения тому мы наблюдаем иногда у людей, лишившихся зрения, слуха или способности самостоятельно передвигаться, у прикованных к койке инвалидов, полностью сохраняющих даже перед лицом близкой смерти ясность

своего ума, внутреннюю гармонию и творческие силы.

Следует подчеркнуть, что между биологическими изменениями и поведением, между психопатологией и нравственностью никакой прямой связи нет. «Психические функции сами по себе не обусловливают ни порока, ни добродетели», – писал К. Ясперс (1913). Всегда ли здоровье является абсолютным благом? Ф. М. Достоевский отвечал на этот вопрос так: «…весьма многие люди больны именно своим здоровьем, то есть непомерной уверенностью в своей нормальности, и тем самым заражены страшным самомнением, бессовестным самолюбованием, доходящим иной раз чуть ли не до убеждения в своей непогрешимости…» Последствия перечисленного как в микросоциуме, так и в макросоциуме хорошо известны.

Качество психического здоровья определяется совокупностью индивидуальных особенностей личности и состояния внутренней среды организма, складывающейся в результате взаимодействия биологических, психологических и социально-средовых факторов (наследственность; возраст; условия воспитания; качество подготовки; сформировавшийся тип характера и приспособительного поведения; приобретенные навыки в преодолении стрессовых ситуаций; перенесенные болезни; травмы, ранения, интоксикации, психическая травматизация и т. д.). Многие из них относительно устойчивы. Например, наличие психического заболевания у кого-либо из родственников, жестокое обращение в детстве или перенесенная травма мозга в ряде случаев являются «почвой», в течение всей жизни предрасполагающей (хотя и необязательно приводящей) к возникновению заболевания. Свойственные здоровой психике черты характера – например, ранимость, изменчивость настроения, лидерские наклонности, стремление к успеху – под влиянием социальной среды могут стать чрезмерно усиленными, обусловливая нажитую дисгармонию личности и ее уязвимость в отношении определенных психических травм.

Вместе с тем психическое здоровье весьма динамично. Его качество непрерывно изменяется под влиянием многочисленных внешних факторов: социально-экономических, экологических и т. д. Людей абсолютно невосприимчивых к стрессу не существует. У каждого имеется строго индивидуальный предел сопротивляемости, по достижении которого психоэмоциональное напряжение, переутомление или нарушение функций организма приводит к срыву психической деятельности. При значительной выраженности предрасположенности (pathos’a) для возникновения психической патологии

бывает достаточно очень незначительной внешней вредности. У лиц с высоким адаптационным потенциалом расстройство может развиться только при чрезвычайно интенсивном и/или весьма продолжительном неблагоприятном внешнем воздействии. Большую роль, кроме того, играют субъективная значимость события для конкретной личности, эмоционально-смысловой контекст переживаний, антиципационные механизмы, способность найти конструктивный способ преодоления стрессовой ситуации. Немаловажное значение имеет общее состояние организма, степень истощения его функциональных систем.

Наличие определенных болезненных признаков у представителей некоторых возрастных и социальных групп является скорее правилом, чем исключением. Так, среди подростков-беспризорников часто наблюдаются пограничная умственная отсталость и формирование психопатических черт; у лиц преклонного возраста относительной «нормой» является некоторое ослабление мнестических функций. Это заставляет использовать при оценке их состояния представления о популяционной норме здоровья.

Перед сдачей ответственного экзамена многие люди испытывают волнение и неуверенность; во время эпидемий острозаразных инфекций – страх заболеть; в ситуациях крупномасштабных катастроф или в боевой обстановке закономерны тревога, экзальтация, тремор, тахикардия, сужение поля сознания. Аналогичные проявления при обычных обстоятельствах, несомненно, расценивались бы как болезненные симптомы. Таким образом, следует учитывать и такое понятие, как ситуационная норма здоровья.

Стиль мышления, аффективности, мировоззрение, эталоны поведения и границы их возможных вариаций находятся в тесной зависимости от исторических, общественных, этнических, культуральных и региональных условий. Хотя важнейшие проявления большинства психических болезней в разные эпохи и у представителей разных народов остаются неизменными, их оформление подвергается значительным вариациям (патоморфозу). Так, в Средние века в структуре синдрома Кандинского, как правило, звучала «одержимость бесами»; ее сменили идеи гипнотического, позже – космического воздействия; в последние годы чаще фигурирует «экстрасенсорная» тематика. Глобальные социальные перемены и экономические кризисы последних лет повлекли стремительный рост так называемого «коллективного (ноогенного) невроза» (Франкл В., 1990), «социально-стрессовых расстройств» (Александровский Ю. А., 1992; 2009), характерные черты которых – установка жить сегодняшним днем,

утрата смысла и обесценивание жизни, жажда наслаждений и моральная неразборчивость, а результат – резкое снижение нормативности поведения, всплеск психогений, делинквентности, наркотизации, гетеро– и аутоагрессивности. Общий регресс обусловливает широкое распространение архаического (магического, первобытного) мышления, особенно в периоды социальных потрясений. Так, В. Д. Менделевич (1997; 2008) приводит данные о том, что более 40 % населения России к концу XX в. верили в возможность «передавать и принимать мысли на расстоянии». Вышесказанное требует разработки критериев культуральных и социальных норм здоровья.

2.2. Психическое здоровье и качество жизни

2.2.1. Условия жизни

Средовые, социальные и материальные условия жизни, будучи тесно связанными с системой человеческих потребностей, оказывают влияние на психическое здоровье в гораздо большей степени, чем на здоровье соматическое. Потребности обусловливают направленность мышления, чувств, поведения человека, а степень их удовлетворения – самовосприятие и самооценку. Ограничение актуальных потребностей, особенно потребностей биологических (в пище, жилье, безопасности), грозит развитием дисфункциональных состояний и даже «остановкой» развития личности. В свою очередь, возникшее психическое расстройство либо ограничивает способность человека удовлетворять свои потребности, либо блокирует сами потребности.

Самое непосредственное отношение к системе потребностей имеют медицинские вмешательства. Специфическим аспектом неудовлетворенности медицинским обслуживанием является то, что в своих попытках устранения болезненной симптоматики или продления жизни любой ценой, сосредоточившись лишь на собственных представлениях о необходимости лечения, врачи подчас игнорируют базовые потребности пациентов, такие, например, как автономия, чувство идентичности (Katsching H., 1997). Лечение может оказаться для пациента мучительнее болезни или превратить всю его последующую жизнь в унизительное существование. Между тем, как писал Ж.

Руссо, «не тот человек больше жил, который может насчитать больше лет, а тот, кто больше чувствовал жизнь». Врачи не вправе вместо самого пациента решать, что в действительности отвечает его желаниям и ценностным установкам. Исключением могут быть только ургентные и другие специально оговоренные законом случаи, однако и при этом баланс ожидаемой пользы и возможных последствий терапии должен быть тщательно взвешен.

2.2.2. Концепции и объективные показатели качества жизни

Растущий интерес специалистов к этим узловым проблемам социальной медицины получил развитие в виде интенсивно разрабатываемой в последние годы концепции качества жизни. По определению ВОЗ, качество жизни – это способ жизни в результате комбинированного воздействия факторов, влияющих на здоровье, счастье, индивидуальное благополучие в окружающей среде, включая удовлетворительную работу, образование, социальный успех, а также свободу, справедливостьи отсутствие какого-либо угнетения. Как следует из данного определения, «качество жизни» значительно шире понятия «социальная адаптированность». Хотя прямая взаимосвязь между психопатологией и социально-средовыми условиями отсутствует, психическое здоровье не может пониматься и оцениваться без учета основных параметров качества жизни. Именно качество жизни наиболее полно характеризует и то бремя, которое обусловливает болезнь (Дмитриева Т. Б. [и др.], 1999). Всесторонняя оценка качества жизни предполагает интегративный анализ физиологического, психологического, эмоционального и социального функционирования индивидуума или группы людей, основанный как на субъективном восприятии, так и на объективных показателях (Громов С. А., Михайлов В. А., 2000).

К объективным показателям качества жизни относят: общее состояние здоровья, образование, занятость, досуг, жилищную и финансовую обеспеченность, социальную активность, социальную поддержку, функционирование в профессиональной, семейной и других сферах и т. д. Многое из перечисленного определяется не только психическим состоянием субъекта, но и экономическим, нравственным благополучием общества. Поэтому выяснение параллелей между различными показателями качества жизни и состоянием психического здоровья однозначных результатов не дает. Например, материальное благополучие может быстро ухудшиться вследствие развития острого психоза, но в своем

последующем восстановлении заметно отставать от темпов выздоровления. В свою очередь, элементарное отсутствие денег или жилья существенно ограничивает свободу и независимость личности, ухудшает тем самым качество жизни и, соответственно, психическое благополучие субъекта. Это особенно важно учитывать при изучении качества жизни психически больных, у которых меньше социальных и когнитивных навыков (Katsching H., 1997).

Конец ознакомительного фрагмента.

Купить: https://tellnovel.com/ru/kollektiv-avtorov_/psihiatriya-voyn-i-katastrof-uchebnoe-posobie

Текст предоставлен ООО «ИТ»
Прочитайте эту книгу целиком, купив полную легальную версию: Купить