Проблема оказания специализированной помощи пострадавшему в результате боевых действий населениюимеет два важных и принципиальных аспекта: психологический и собственно психиатрический, что обусловливает необходимость комплексного подхода к решениюданной проблемы с привлечением различных специалистов смежного профиля (психологов, психотерапевтов, врачей-интернистов и др.). Именно такой подход,как показывает практика, способен обеспечить не только своевременную адекватную психиатрическую помощь, но и провести адресные психопрофилактические ипсихокоррекционные мероприятия, направленные на снижение тяжести и выраженности психологических, психических и психосоматических последствий во время ведениябоевых действий, а также в ближайшие и отдаленные периоды после их завершения.
В основу проведенных исследований были положены представленияо сложной психобиологической сущности психических нарушений, возникающих при чрезвычайных ситуациях (ЧС). Сегодня стало очевидным, что в формированииданного класса психических расстройств имеет место тесное переплетение различных по своей природе факторов (социальных, психологических,экологических, биологических, физических), каждый из которых на разных этапах развития ситуации может играть определяющую роль, обусловливая клинические особенностивозникающих в ЧС психических нарушений.
Исследования проведены в период ведения боевых действий вДагестане ("очаг поражения"), сразу после завершения боевых действий в Грозном (ближайшие последствия) и на территории Ингушетии (спустя 6 мес – 2–3года) после окончания вооруженного конфликта.

**Цель исследования:**- *определение структуры психических нарушений;
- установление потребности в силах и средствах для организации психолого- и психиатрической помощи населению;
- выбор адекватных методов и средств для проведения лечебно-профилактических мероприятий.*
Общее число обследованных, проконсультированных и получивших психолого-психиатрическую помощь, составило 3493 человека. Под динамическимнаблюдением находилось 1108 человек, относящихся к различным социально-профессиональным группам населения.

**Структура психических нарушений
Анализ клинических данных**, полученных в период ведениябоевых действий на территории Дагестана и Чечни (1999–2000 гг.), а также при изучении состояния психического здоровья у вынужденных переселенцев (Ингушетия,пос. Северный) позволил выявить наиболее часто встречающиеся среди населения нервно-психические расстройства (см. таблицу).
Наибольший удельный вес среди психических расстройств занимают различные варианты неврастеноподобных состояний, проявляющихся в *трехосновных формах – гиперстении, синдроме раздражительной слабости и гипостении*. При этом оказалось, что гиперстеническая форма характерна для периода веденияактивных боевых действий, тогда как в ближайшие периоды после их завершения все большее место в структуре психических расстройств начинают занимать явленияраздражительной слабости, а в отдаленные периоды – проявления гипостении. Такая динамика дает основание рассматривать каждый из этих вариантов неврастеническогосиндрома в качестве отдельных этапов его развития.
**Гиперстеническая форма** неврастенического синдрома какэтап астенической напряженности выявляется в 40-43% случаев. У всех пострадавших имела место отчетливая связь возникновения данного варианта спсихотравмирующим событием. Особенностью начальной стадии гиперстении было отсутствие собственно астенических проявлений. Клиническая картина на 2–3-йдень после нападения боевиков на Дагестан практически полностью исчерпывалась ситуационными эмоциональными расстройствами. Выраженность этих реакций быларазличной, однако она не достигала большой степени и, как правило, не делала пострадавших нетрудоспособными, позволяя им преодолевать значительныерасстояния при выходе из зоны боевых действий, заботиться о детях и выполнять необходимый для этого периода объем работ.
Другой особенностью таких состояний была их изменчивость, которая определялась внешними условиями. Ухудшение или улучшение обстоятельствсразу же сказывалось на состоянии пострадавших. Получение позитивной информации о близких, эффективная социально-психологическая поддержка, проживание вблагоприятных условиях, общение с близкими и родственниками сразу же и положительно сказывалось на психическом состоянии.
У всех пострадавших в этот период возникали эмоциональные и вегетативные нарушения. Обычно отмечались тревога, беспокойство, волнение,эмоциональная лабильность, раздражительность. Выраженность переживаний тревожного ряда определялась, как правило, ситуацией, поступающей информациейили ее отсутствием. Одновременно наблюдались вегетативные расстройства в виде тахикардии, повышенной потливости, лабильности пульса, колебаний артериальногодавления, болей в области сердца или за грудиной.
Через 2 нед и более реакция на вооруженное вторжение боевиковдополнялась реакцией на ранение (смерть) родных или близких, материальные затруднения, оторванность от привычного окружения, необычные для горцев условияжизни в равнинном районе, изменения устоявшегося уклада труда, быта и др.
Особенность психических расстройств в этот период состояла втом, что в клинической картине заметно большее место начинали занимать эмоциональные нарушения, которые приобретали более стойкий характер. Обычнонаблюдалось достаточно выраженное беспричинно тревожное настроение. Выраженность тревоги определялась не только тяжестью самой ситуации, но ималоважными событиями: стук в дверь, вызов к врачу, телефону, получение телеграммы, приезд односельчан. Все это вызывало резкое усиление тревоги,которая сопровождалась сердцебиением, дрожанием конечностей, повышенным потоотделением.
К эмоциональным расстройствам присоединялись головные боли, усиливалась раздражительность, утомляемость, слабость. Интенсивные головныеболи возникали во вторую половину дня, однако у некоторых пострадавших – сразу после пробуждения. У большинства из них головные боли были менее интенсивными,но практически постоянными. Значительную выраженность приобретали также соматовегетативные нарушения.
Депрессивные состояния не были типичными для данной группы пострадавших и выявлялись лишь у 6,1%. Расстройства настроения всегда носиливторичный характер – как реакция на ситуацию, невозможность изменить сложившееся положение и переживания определенной его бесперспективности.
Анализ дальнейшей динамики клинических проявлений психических расстройств показывает, что в ближайшие (Грозный) и отдаленные (Ингушетия)периоды после ведения боевых действий все более отчетливо на первый план выступает собственно астеническая симптоматика. Со стороны эмоциональной сферычаще всего наблюдалось беспричинно тревожное настроение, при котором тревога определялась не столько внешней ситуацией, сколько собственно тяжестью астении.
Особенностью неврастеноподобных состояний является то, что их клиническая картина складывается из двух составляющих: астении и эмоциональныхрасстройств, между которыми существуют обратно пропорциональные отношения, когда по мере падения остроты переживаний и ослабления эмоциональных реакций напервый план выходят астенические проявления.
Формирование стойких неврастеноподобных состояний чаще всегоотмечается через несколько месяцев, в ряде наблюдений – через несколько лет после завершения боевых действий. В большинстве случаев появление собственноневрастеноподобных нарушений, как и последующая их динамика и трансформация в более сложные формы психических расстройств, связано с дополнительнымивредностями (повторное психотравмирующее событие, переутомление, неблагоприятные условия жизни, в том числе и в палаточных лагерях, недоедание,соматические заболевания, переохлаждение зимой и перегревание летом и др.). У ряда пострадавших динамика психического состояния протекала на фоне длительногосостояния психоэмоционального напряжения, при относительно благоприятных условиях их жизни и без выраженного влияния дополнительных вредностей.
Для *раздражительной слабости* наиболее характерными являются выраженная раздражительность, эмоциональная лабильность, гипотимныйфон настроения, повышенная возбудимость под влиянием внешних воздействий с быстрым истощением ответных реакций. Наиболее часто встречающимися были аффект тревоги,проявляющийся тревожной реакцией на обстановку, беспокойством с "тревогой на сердце, на душе". Тревожные переживания, которые возникали по малейшемуповоду или без него, носили характер свободно плавающей тревоги, тревоги за родных и близких, за состояние собственного здоровья, ожидания худшего вбудущем.
Аффективные расстройства при гипостении характеризуются гипотимным фоном настроения (печаль, которая доходила до уровня тоски соттенком тревожности, недоверчивости).
Достаточно частыми были ощущения похолодания, онеменияконечностей, головокружения. Окружающее воспринималось ими "как в тумане", выглядело "блеклым, потухшим". Для нарушений снахарактерно не только затрудненное засыпание и поверхностный сон, но и раннее пробуждение, сонливость в дневное время.
На фоне астенических и психовегетативных проявлений, спустя 4–5 мес после локального вооруженного конфликта, формировались собственнодепрессивные аффективные нарушения. Качественное их своеобразие заключалось в сложном взаимодействии с астеническими расстройствами.
По мере развития эндоформных депрессивных состояний они утрачивали непосредственную связь с предшествующим астеническим фоном ивнешними влияниями. Работоспособность в большинстве случаев у данного контингента населения сохранялась, но работа выполнялась и переживалась какмеханическая. Легче удавались стандартные операции, которые не требовали изменения привычного рабочего стереотипа и не были связаны с необходимостьюсамостоятельного принятия решения.
Эндоформные депрессии были впервые обнаружены и описаны врезультате проведенных нами наблюдений у военнослужащих, находящихся в сложных условиях профессиональной деятельности, и, как показывают наши наблюдения, этаразновидность депрессии встречается в среднем в 28,6% случаев.
Психоорганический синдром выявляется, как правило, срединаселения, пережившего как первую, так и вторую фазу локального вооруженного конфликта (1995–1996 и 1999–2000 гг.). На фоне астенических и аффективныхрасстройств типичны интеллектуально-мнестические нарушения.
При комплексном клиническом обследовании пострадавших(врачом-психиатром, окулистом, отоларингологом) в отдаленные периоды после завершения боевых действий выявляются нарушения слуха (38%) и зрения (37,7%).Следует отметить, что до этого никто из обследованных жалобы по этому поводу не предъявлял и само проявление психоорганического синдрома устанавливалось толькопосле второго вооруженного конфликта. В спектре аффективных расстройств, при преобладании гипотимно-дистимического фона настроения, в значительной частинаблюдений отмечались элементы благодушия, а эпизодические дисфорические реакции сопровождались раздражительной слабостью, актуализацией тревоги, слабодушием.Возможны и эксплозивные, брутальные реакции, завышенная самооценка своих возможностей. Диагностику психоорганического синдрома осуществляли и с учетомданных неврологического исследования.
Установление данного синдрома делает обоснованным предположениео ведущей роли в его возникновении диэнцефальных функций. Это выражалось в частоте и массивности вазовегетативных и соматовегетативных нарушений,разнообразии эмоциональных нарушений, периодических колебаниях настроения, чувственном тоне ощущений, исходящих из внутренних органов, сенестопатическихфеноменов и в ранее указанных интеллектуально-мнестических расстройствах, а также в самом органическом оттенке всей симптоматики. Все это свидетельствует опринципиальной возможности трансформации состояний при длительных неблагоприятных условиях от чисто функциональных и обратимых проявлений черезэтап функционально-структурных изменений в стойкие структурно органические расстройства.
К числу важных наблюдений следует отнести установление принципиальной возможности развития эпилептиформного синдрома, проявляющегося внеблагоприятных условиях судорожными приступами при переживаниях страха, тревоги, волнения с потерей сознания, непроизвольным мочеиспусканием, амнезией.Судорожный синдром ограничивался главным образом тоническим компонентом. Важно и то, что данное состояние возникало в отдаленные периоды после завершениялокального вооруженного конфликта у психически здоровых лиц, не имеющих в анамнезе данных о каких-либо пароксизмальных состояниях в прошлом.

**Структура психических расстройств (n=1108)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Психические расстройства**  | **Дагестан (n=280)**  | **Грозный(n=370)**  | **пос. Северный(n=458)**  |
| **абс.**  | **%**  | **абс.**  | **%**  | **абс.**  | **%**  |
| Астенические  | -  | -  | 96  | 25,9  | 135  | 29,5  |
| Неврастеноподобные  | 195  | 69,6\*  | 114  | 30,8  | 143  | 31,2  |
| Эндоформные депрессивные  | 17  | 6,1%\*  | 110  | 29,7  | 70  | 15,3  |
| Психоорганический синдром  | -  | -  | 26  | 7,1  | 44  | 9,5  |
| Психосоматические нарушения  | 68  | 24,3  | -  | -  | 50  | 10,9  |
| Психогенный эпилептиформный синдром  | -  | -  | 24  | 6,5  | 16  | 3,5  |
| Примечание. \* - p=0,05.  |

Данный синдром является принципиально новым явлением в психиатрической практике, который проявляется всреднем в 4–5% случаев наблюдений.
Дистимические расстройства являются наиболее распространенными среди населения Дагестана и Чечни, пострадавшего в результатевооруженного конфликта, которые не заставляют больного обращаться за помощью и, как правило, остаются вне поля зрения специалистов. Вместе с тем, такиерасстройства имеют тенденцию к дальнейшему развитию с переходом их в психосоматическую или собственно психическую патологию.
Данные клинического анализа коррелировали с результатами **психологического обследования**. По тесту Равена установлено значительное снижение темпаумственной деятельности, способности к абстрактному мышлению, снижение возможностей находить решение класса задач, с которыми испытуемые ранее невстречались, что позволяло говорить о достаточно выраженном их психическом снижении. По тесту Кеттелла выявлялись отчужденность, холодность, боязньобщения, повышенная чувствительность и ранимость. У всех испытуемых данной группы отмечался высокий уровень тревоги, недоверчивости, повышеннаяэмоциональная лабильность. У многих из них устанавливался страх при необычной ситуации, депрессивные черты, выраженная ипохондричность, агрессивность ивегетативное сопровождение.
Близкие данные получены при анализе результатов исследованияи по тесту MMPI.
Как показывает практика, успех лечебно-профилактических мероприятий, проводимых непосредственно в период ведения боевых действий, вближайший и отдаленный периоды после их завершения зависит в значительной мере, как и в клинической психиатрии, от точности оценки состояния, правильностидиагноза, обоснованности выбора целей и "мишеней" (для адекватного применения различных методов и средств лечения), прогнозирования ближайших иотдаленных последствий, преемственности всего лечебного процесса и главным образом от организации неотложной психолого-психиатрической помощи в кратчайшиесроки.

**Методы проведения лечебных мероприятий**При оказании специализированной психолого-психиатрическойпомощи основным методом в период ведения активных боевых действий и в ближайшие периоды после их завершения явилась психофармакотерапия. Анализ результатовпроведенного лечения показал, что для купирования острой психотической симптоматики наиболее эффективными среди нейролептиков оказались аминазин, атакже эглонил и сонапакс, обладающие не только антипсихотическим, но и антидепрессивным и вегетостабилизирующим эффектом. Среди транквилизаторовнаибольшую эффективность у пострадавших показали феназепам, ксанакс, клоназепам, которые позволили купировать переживания страха, тревожную депрессию,тревожно-вегетативные и тревожно-фобические проявления. Широкое применение нашли, особенно у лиц с психоорганическим синдромом, ноотропы (аминалон,пирацетам, ацефен). Для купирования психогенного эпилептиформного синдрома, как и различного рода пароксизмальных состояний, наиболее предпочтительноприменение карбамазепина, обладающего не только противосудорожным, но и вегетостабилизирующим действием. Депрессивные состояния, как правило, успешноподдавались лечению амитриптилином. Обращало на себя внимание то, что лечебный эффект у пострадавших достигался при назначении препаратов в значительноменьших дозах, чем это принято в клинической практике.
Следует отметить необходимость применения на каждом этапепсихиатрической помощи комплексных мер, включающих наряду с психофармакотерапией психотерапию и рефлексотерапию, направленных на повышениезащитно-приспособительных и резервных возможностей организма; методы социально-психологической поддержки и социально-трудовой реабилитациипострадавших, влияющие на различные звенья патогенеза психических нарушений, возникающих в ЧС, включая его биологические, психологические и (опосредованно)социальные механизмы.
При организации данного вида специализированной помощи особо важное значение приобрел принцип активного выявления пострадавших с различнымиформами психических расстройств на разных этапах их формирования в силу того, что у пострадавших отмечается определенная степень анозогнозии и данныйконтингент неактивно обращается за медицинской помощью, недостаточно критичен к происходящим событиям и собственному здоровью, стремиться показать себя влучшем свете и скрыть проблемы, связанные именно с психическим здоровьем. Благодаря применению такого подхода в лагере для перемещенных лиц,расположенного в железнодорожных вагонах и в палаточном городке в Ингушетии (пос. Северный) удалось выявить и оказать лечебно-профилактическую помощьзначительно большему числу населения, а также осуществить динамическое наблюдение в течение всего периода пребывания подвижного многопрофильногогоспиталя ВЦМК "Защита".

*Литература:
1. Дмитриева Т.Б., Коханов В.П., Краснов В.Н. Безопасность России. М., 1999;97–160.
2. WHO. Psychosocial consequence of Disasters: Prevention and management. Geneva: WHO, 1992.
3. The stress of war. P.Kalicanin et al. (eds.). Belgrade: Institute for Mental Health, 1993; 240.
4. Individual and community responses to trauma and disasters: the structure of human chaos. RI.Ursano et al. (eds.). Cambrige University Press, 1994; 422.*