

ПСИХОПАТОЛОГИЯ СПИТАКСКОГО ЗЕМЛЕТРЯСЕНИЯ 1988 ГОДА: СТАТИКА И ДИНАМИКА. Часть 2

С.Г. Сукиасян

Отделение реабилитации психического здоровья «Стресс» медицинского реабилитационного центра «Артмед»

Кафедра психического здоровья и психиатрии армянского медицинского института
Армянский государственный педагогический университет имени Хачатура Абовяна
Ереван, Армения

Вторая часть исследования посвящена изучению психопатологических расстройств у пострадавших при Спитакском землетрясении, госпитализированных в общесоматическую больницу. Психические расстройства в виде затяжных реактивных состояний, реактивно спровоцированных неврозоподобных расстройств на почве органического поражения головного мозга и эндогенной депрессии были выявлены у 70% обследованных. Клинически состояние пациентов определялось астеническими, депрессивно-ипохондрическими и истероформными расстройствами. Независимо от нозологической принадлежности и синдромологической формы расстройства проявлялись тремя взаимосвязанными и взаимозависимыми уровнями - ощущений (соматические симптомы, сенестопатии, вегетативные расстройства), аффекта (депрессия) и идеаторных проявлений (ипохондриа). Их сочетание придает соматоформный характер затяжным реактивным состояниям, выявленным у пострадавших от землетрясения. Выделены патогенетически значимые факторы формирования психопатологических синдромов. Показана необходимость создания звена психиатрической и медико-психологической помощи в системе общемедицинских мероприятий, основные задачи которого заключаются в купировании острых психотических реакций, сортировке лиц с психическими расстройствами, организации поэтапного лечения, медико-психологической поддержке населения пострадавших районов. Проведен анализ последующего периода развития общества, названного периодом экстремальности.

Ключевые слова: землетрясение, спитакское землетрясение, медицина катастроф, посттравматическое стрессовое расстройство, реактивное расстройство, экстремальность.

1988թ. ՄՊԻՏԱԿԻ ԵՐԿՐԱՇԱՐԺԻ ՀՈԳԵԱԽՏԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ. ՄՏԱՏԻԿԱ ԵՎ ԴԻՆԱՄԻԿԱ: ՄԱՍ 2

Ս.Տ. Սուքիասյան

«ԱՐՏՄԵԴ» բժշկական վերականգնողական կենտրոնի «Սթրես» հոգեկան առողջության վերականգնողական բաժանմունք

Հայկական բժշկական ինստիտուտի հոգեկան առողջության և հոգեբուժության ամբիոն

Խաչատուր Աբովյանի անվան հայկական պետական մանկավարժական համալսարան
Երևան, Հայաստան

Ուսումնասիրության երկրորդ մասը նվիրված է Սպիտակի երկրաշարժից տուժածների

հետազոտությանը, որոնք դիմել էին ընդհանուր տիպի հիվանդանոց: Այդ հիվանդների 70%-ի մոտ հայտնաբերվել էին հոգեկան խանգարումներ՝ ձգձգվող ռեակտիվ վիճակների, ռեակտիվ խթանված ներդանման խանգարումների և էնդոգեն դեպրեսիաների ձևով: Կլինիկական պատկերները հիմնականում դրսևորվում էին ասթենիկ, դեպրեսիվ-հիպոխոնդրիկ և հիսթերոֆորմ խանգարումներով: Անկախ նոզոլոգիական պատկանելիությունից և համախտանիշային ձևավորումից այդ խանգարումները արտահայտվում էին երեք փոխկապակցված և փոխապայմանավորված բաղադրամասերից՝ զգացողություններ, աֆեկտ և հիպոխոնդրիկ դրսևորումներ: Սրանց համակցությունները խանգարումներին տալիս են սոմատոֆորմ բնույթ: Առանձնացվել են պաթոգենետիկ առումով նշանակալից գործոնները: Ցույց է տված հոգեբուժական և բժշկա-հոգեբանական օգնության օղակի ստեղծման անհրաժեշտությունը: Կատարված է նաև հետադետալին հասարակության զարգացման վերլուծություն:

Հանգուցային բառեր. երկրաշարժ, սպիտակի երկրաշարժ, աղետների բժշկություն, հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարում, ռեակտիվ խանգարում, էքստրեմալություն:

THE PSYCHOPATHOLOGY OF SPITAK EARTHQUAKE 1988: STATICS AND DYNAMICS. PART 2

S.G. Sukiasyan

**Mental Health Rehabilitation Department "Stress" of Medical Rehabilitation Center "Artmed"
The Department of Mental Health and Psychiatry of the Armenian Medical Institute
Armenian State Pedagogical University after Khachatur Abovyan
Yerevan, Armenia**

The second part of the research devoted to the study of psychopathological disorders in victims of the Spitak earthquake, hospitalized in general hospitals. Mental disorders as protracted reactive states, reactively provoked neurosis-like disorders on the basis of organic brain damage and endogenous depression were found in 70% of patients. Patient's clinical status was determined as asthenia, depressive-hypochondriac and hysterophorm disorders. Regardless of nosology and syndromological form, disorders manifested by three interrelated and interdependent levels: perceptive (somatic symptoms, cenesthopathy, vegetative disorders), affective (depression) and ideator symptoms (hypochondria). Their combination gives somatoform nature to the protracted reactive conditions, identified in victims of the earthquake. The pathogenetically significant factors in forming of psychopathological syndromes were selected. The necessity of creating psychiatric care and psychological assistance integrated to the general health care - system is proved. The main task of these services would be the relief of acute psychotic reactions, referral of persons with mental disorders, organization of the stages of treatment, psychological support to the affected population. The analysis of the follow-up period of the society, called a period of extremity was performed.

Keywords: earthquake, Spitak earthquake, disaster medicine, post-traumatic stress disorder, reactive disorder, extremity.

Затяжные реактивные состояния в общесоматической больнице клинико-психопатологические аспекты.

Значительная часть пострадавшего населения зоны землетрясения, нуждающаяся в специализированной психиатрической и психотерапевтической помощи, в силу ряда причин (отсутствие возможности получения специализированной квалифицированной помощи, особенности формирования клинических расстройств, преобладание соматических проявлений болезни, сложившаяся после землетрясения семейные, бытовые обстоятельства) обращалась за помощью не к психиатрам, а к врачам общего профиля. Или же они полностью выпадали из поля зрения медиков – интернистов и специалистов сферы психического здоровья. Возникает естественный вопрос: почему многие пациенты с психическими расстройствами, возникшими после землетрясения, не обращались в специализированные психиатрические учреждения или психологам, а чаще выявлялись нами в различных отделениях многопрофильной больницы, развернутой в июне 1989 года на территории ленинаканского городского стадиона.

Наше исследование, результаты которого были опубликованы в Журнале неврологии и психиатрии [79], было предпринято спустя полгода после землетрясения, в июне 1989 года. Было проведено невыборочное обследование больных в неврологическом, гастроэнтерологическом и эндокринологическом отделениях указанной больницы. Признаки психических расстройств невротического и аффективного уровней были выявлены у 28 из 40 обследованных пациентов (70%). В клинико-нозологическом аспекте пациенты были подразде-

лены на три группы: затяжные реактивные состояния, реактивно спровоцированные неврозоподобные расстройства на почве органического поражения головного мозга (церебральный атеросклероз, сахарный диабет, черепно-мозговая травма и др.), эндогенная циклотимическая депрессия. У 18 (64,5%) больных были выявлены различные соматические и неврологические заболевания (сахарный диабет, генерализованный атеросклероз, гастрит, колит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, остеохондроз, полиартрит и др.), которые и явились непосредственным поводом для госпитализации данного контингента больных в общесоматическую больницу.

Ретроспективный анализ клинической картины психических расстройств и оценка их динамики с учетом острого и подострого этапов течения реактивных состояний показал, что многообразии клинических форм реагирования в остром периоде ограничивается всего лишь тремя формами клинических проявлений: *астеническими, депрессивно-ипохондрическими и истероформными конверсионными расстройствами.*

Так называемые «чистые» формы астенических расстройств отмечались редко. В большинстве случаев на фоне раздражительности, вспыльчивости, гиперестезии, колебаний самочувствия, слабости внимания, нарушений сна, головных болей и головокружений наблюдались депрессивное настроение с внутренним беспокойством, напряженностью, тревогой, заторможенностью, неопределенными страхами и обрывами мыслей. У многих пациентов часто возникали пароксизмальные вегетативно-сосудистые состояния смешанного ха-

рактера (тахикардия, лабильность пульса и артериального давления, потливость, озноб и дрожь, онемение и похолодание конечностей, приливы тепла и жара, пульсация в различных частях тела), отмечались эпизодические, нестабильные сенестопатические расстройства гетерономного и гомономного характера (по J. Glatzel [2]); первые в виде «переливания мозга», «ощущений легкости» в голове, прохождения электрического тока от конечностей к голове, вторые, – в форме мучительных неприятных болезненных телесных ощущений (жар, сдавление, покалывание и т.д.). На фоне астенических симптомов наблюдались также истероформные (конверсионные) расстройства по типу выпадения чувствительности на конечностях, нарушением функции кишечника, возникновением ощущения «комка» в горле, а также некоторым нарочито демонстративным характером поведения больных в момент исследования. У подавляющего большинства больных с астеническими расстройствами (18 набл., 90%) имели место различные соматоневрологические заболевания, которые декомпенсировались после землетрясения.

Вторую группу расстройств составили депрессии, в рамках которых выявлялись психосенсорные, соматоформные расстройства, сверхценными и бредоподобными образованиями. Собственно депрессивные расстройства проявлялись неглубоким снижением настроения, невыраженной психомоторной заторможенностью, напряженностью и сочетались с различными яркими неприятными и мучительными, тягостными ощущениями от обычных покалываний, жжения, ощущения жара, холода до необычных, вычурных, порой нелепых ощущение,

приближающихся к галлюцинациям общего чувства: «натяжения целлофановой пленки по всему телу», «одеревенения мышц», «передвижения червей в мышцах», чувства, что «кто-то тянет за волосы». В динамике заболевания по мере усложнения болезни развивались страхи и опасения мнимого заболевания сердца, мозга, страх заболеть раком, сойти с ума. Больные были склонны к интерпретациям имеющихся ощущений и страхов. Именно этим объясняется их обращение к врачам-интернистам. Такие состояния известны в литературе как «ипохондрическая настроенность» [19]. Подобные сочетания психопатологических расстройств придавали соматизированный характер страданию больных, что приводило их к госпитализации в общесоматическую больницу, поскольку и больные, и врачи были уверены в наличии расстройства соматического характера. Следует отметить, что у всех больных этой группы психопатологические симптомы развивались на практически здоровой соматической почве.

Наконец, конверсионные расстройства чувствительной и двигательной сферы [47] проявлялись соматическими симптомами, которые описываются в рамках различных нозологий [4, 6] и относятся к числу соматоформных [5]. Как считает А.Б. Смулевич [39], в этих случаях происходит трансформация психологических конфликтов и некоторых психических нарушений в соматоневрологические проявления. Конверсионные соматические нарушения характеризовались необычностью, причудливостью, ситуативным характером возникновения, гротескностью и проявлялись гиперкинезами, тиками, нарушением чувствительности, снижением или отсутствием зрения, рас-

стройствами равновесия, переходящими болевыми ощущениями и т.д. Конверсионные расстройства развивались на фоне отчетливой астении, сочетаясь с нарастающей ипохондризацией. Личность больных с конверсионными расстройствами характеризовалась исключительно чертами тревожной мнительности, что не соответствует литературным данным [3, 4].

В подавляющем большинстве случаев описанные выше расстройства возникали в результате воздействия экстраординарного стрессора – землетрясения. Сам фактор землетрясения явился «первоначальным исходным пунктом, вызывающим болезненные расстройства» [1]. Развитие посткатастрофической ситуации приводит к тому, что патогенный характер приобретают последствия самой катастрофы: гибель родных и близких, потеря дома и работы, всего, что было накоплено в течение жизни, развитие непредвиденных ситуаций, осложнение существующих проблем, а затем медленный темп восстановительных работ и т.д. В подобных экстремальных условиях, согласно В.А. Гиляровскому [27], включается «первая линия обороны» в виде выраженных вегетативных расстройств и соматических симптомов. В связи с постоянным действием стрессовых факторов и астенизацией больных, вызванной как соматическими болезнями, так и действием стрессора, эти расстройства приобретают хронический характер с преимущественной локализацией проявлений в соматопсихической сфере. Неприятные и тягостные ощущения, ухудшение самочувствия способствуют своеобразной интерпретации последних, возникновению патологического ипохондрического настроения. Рассмотренные нами случаи могут

быть истолкованы и как своего рода адаптация организма к новым для него патологическим условиям, требующим соответствующего эмоционального реагирования. Согласно биологической теории эмоций Н.К. Анохина [17], висцеральные (соматические), вегетативные расстройства появляются только одновременно с депрессивными переживаниями. Об их наличии можно судить и по вегетативным реакциям. Любое эмоциональное переживание, по Н.К. Анохину, обязательно содержит в себе «висцеро-вегетативные реакции». Соматические нарушения – это те же депрессивные состояния, локализованные в телесной сфере.

Таким образом, независимо от нозологической принадлежности и синдромологического оформления у всех больных были выявлены расстройства, которые, на наш взгляд, можно разделить на три равнозначных, взаимосвязанных и взаимозависимых уровня: уровень ощущений (соматические симптомы, сенестопатии, вегетативные расстройства), аффективный уровень (депрессия) и идеаторный уровень (ипохондрия). Именно их сочетание придает соматоформный (психосоматический) характер затяжным реактивным состояниям, выявленным у пострадавших от землетрясения. Особенностью расстройств реактивного круга является наличие астении. От доминирования в клинической картине одного из перечисленных психопатологических проявлений зависит формирование тех или иных синдромов психосоматического круга.

Исследование контингента общесоматических больниц, проведенные и другими исследователями, показали, что в ряду патогенетических механизмов формирования психопатологических син-

дромов, выделяются гипоксия головного мозга, травматическое повреждение мягких тканей («краш-синдром»), сопровождающиеся нарушением функции почек [18, 25, 35]. В формировании психопатологических расстройств играют роль наследственный фактор – отягощенность соматическими и психическими заболеваниями, преморбидные особенности личности [30]. Личностно-типологические факторы определяют когнитивную сторону реакций пациентов на экстремальную ситуацию. При острых жизнеопасных ситуациях личностное своеобразие «смывается», и реакции пострадавших определяются витальными механизмами [16].

Клинические проявления обнаруживают зависимость от возраста, проявляясь от недифференцированных реакций страха, тревоги, двигательного возбуждения или заторможенности, вегетативных реакций, нарушений речи до тревожно-фобических, депрессивных, соматовегетативных реакций, истероподобных, вегетативно-сосудистых и других соматических нарушений [8, 21, 30]. В позднем возрасте преобладали депрессивные нарушения [42].

Под влиянием интенсивного и внезапного воздействия, а также недостаточности индивидуально-психологической подготовленности развивались реактивные расстройства психотического уровня. Последние отмечались в основном в остром периоде в виде аффективно-шоковых реакций с сумеречным помрачением сознания, ступором или двигательной расторможенностью, а также истерических психозов, депрессивных и психомоторных экспрессивных реакций [7, 23, 28, 46]. Многие специалисты, работающие тогда в зоне

бедствия, говорили об ожидаемом резком росте числа психозов, о чем писали еще Брусиловский Л.Я. и соавт. [23], предвещая «пандемию нервно-психического травматизма» при сильных землетрясениях. И действительно, практически все авторы указывают на большую распространенность психических расстройств при других землетрясениях, несмотря на отсутствие четких дифференциально-диагностических критериев, стандартизированных методов эпидемиологических исследований. Указывается на почти двукратное увеличение количества госпитализаций в психиатрические стационары, достоверное увеличение заболеваемости неврозами. На материале землетрясений в Скопле, Ташкенте, Спитаке установлено, что от 75 до 90% пострадавших обнаруживали реактивные расстройства [7, 10, 11, 13, 24, 36, 46]. Однако в помощи психиатра нуждались только половина из них, в то время как лишь 11% пострадавших считали, что нуждаются в этой помощи и оценивали свое состояние как болезненное [34]. Количество нуждающихся в психиатрической помощи значительно больше приводимых в литературе данных. Косвенным свидетельством этого является увеличение потребления алкоголя и наркотиков, а также результаты опросов, показывающих, что часть пострадавших предпочитает обращаться по аналогичным проблемам к врачам-интернистам, либо вообще не пользуется этой возможностью [29].

Психиатрическая и медико-психологическая помощь является необходимым звеном в системе общемедицинских мероприятий. Ее основные задачи заключаются в купировании острых психотических реакций,

сортировке лиц с психоневрологическими расстройствами, в организации поэтапного лечения, в медико-психологической поддержке населения пострадавших районов [14]. Основной принцип оказания помощи пострадавшим заключается в поэтапной сортировке, эвакуации и соответствующей терапии пострадавших. Эта помощь оказывается в соответствии с периодами развития ситуации. Выделяются три периода на основе специфики спасательных, социальных и медицинских мероприятий: 1) от начала землетрясения до начала спасательных работ, 2) период развертывания спасательных работ, 3) период после эвакуации из зоны бедствия [9, 15]. Стратегию психиатрической помощи определяет динамика возникших психических расстройств. На всех этапах она должна быть тесно связана с общей медицинской помощью, обеспечивать непрерывность и преемственность профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

Таким образом, проблема психических расстройств, возникших после сильных землетрясений, имеет большое научное и практическое значение. Многие аспекты этой проблемы остаются еще нерешенными в связи с отсутствием единого концептуального подхода.

Каковы последствия Спитакского катастрофического землетрясения? Как оно сказалось на личностном и общественном уровнях? Какие проблемы встают перед обществом, пережившем подобные катастрофы?

Психопатологический анализ периода «экстремальности» в Армении: 1988-1998г.г.

Ответы на поставленные вопросы во

многом лежат в развитии и динамике той ситуации, которая складывается после любого землетрясения в зоне бедствия. Последствия зависят от той «цены», которую приходится «платить» обществу и государству в результате землетрясения. И в этом аспекте следует заметить, что для такой маленькой страны, какой является Армения, катастрофа оказалась «вселенской» по своей значимости и последствиям, она стала для страны судьбоносной. Не оспаривая актуальность и значимость медико-биологических проблем, связанных с землетрясением, следует подчеркнуть, что стихийные бедствия создают для любого общества глобальные проблемы, требующие немедленного решения. Спитакское землетрясение произошло на фоне известных политических и экономических пертурбаций в Советском Союзе. Параллельно этим событиям набирало силу Карабахское движение, национально-освободительное по сути, но переросшее в последующем в армяно-азербайджанское военное противостояние. Иными словами, в стране складывалась стрессогенная и стрессонасыщенная ситуация, порождающая психическую патологию и видоизменяющая уже существующую. Мы предполагаем, что клинические последствия землетрясения во многом подверглись патоморфозу в результате «наслоения» одного экстраординарного стресса на другой.

Новейший период нашей истории характеризуется кризисностью в сфере материального, духовного, политического и социального бытия. Общественнополитический надлом, начавшийся с перестройки и ускорения, в 1987г. привел к эустрессовому состоянию нашего общества в виде подъема

национального самосознания, формирования идеи национального единства, формированию национальной идеи и реализации национально-освободительных тенденций. Но в результате конфликтов внутри советской системы произошел «взрыв», и состояние эустресса переросло в дистресс, чему в огромной степени способствовали внешние факторы – политические влияния, экономические санкции, территориальные претензии, целый ряд антропогенных и природных катастроф.

На мой взгляд, вся драматичность Спитакского землетрясения 1988 года заключалась не столько в силе толчка и его последствиях, сколько в том, что оно совпало во времени с ломкой общественно-политической формации с не имеющим в истории прецедентом перехода от социализма к капитализму. С этого начался первый этап периода «экстремальности» новейшей истории, который я называю этапом деструктивности, включающим 1988-91г.г. Характеристика каждого этапа проводится на основе оценки трех составляющих - экономики, политики и здоровья (в основном, психического).

Полному или частичному разрушению подверглись промышленность, сельское хозяйство, коммуникации, общественное и индивидуальное здоровье, пошатнулись структуры власти и т.д. По данным Азнауряна А.В. и соавт. [33, стр. 5], 40% всей территории республики оказалось разрушенной; погибло 25 тыс. человек, получили ранения 32,5 тыс., из под завалов были извлечены 40 тыс. человек. Без крова остались 530 тыс. Экономический ущерб, нанесенный землетрясением республике, составил 13 млрд. советских рублей. Огромные потери

понесла вся система здравоохранения – были разрушены полностью или частично 500 медицинских учреждений, финансовые потери составили 550 млн. руб. В рамках настоящего исследования нас интересуют, естественно, психиатрические аспекты последствий катастрофы.

Землетрясение способствовало обострению уже существующих патологических состояний, усугублению латентно протекающих заболеваний и манифестации новых. Непосредственно после землетрясения отмечался резкий рост заболеваемости [20]. Практически у всех в зоне бедствия отмечались реактивные психические нарушения той или иной продолжительности, интенсивности и структуры. Все больницы переполнились пострадавшими, причем доминировали сочетанные формы поражений. Среди извлеченных из под завалов чаще отмечались синдром длительного сдавления мягких тканей, конечностей. Не уступали по частоте и интенсивности черепно-мозговые травмы, переломы позвоночника и таза, множественные и сочетанные повреждения опорно-двигательной системы. Пострадавших с повреждениями внутренних органов было значительно меньше, поскольку они в основной массе погибали под завалами и в больницы практически не доставлялись [32, 33].

Посттравматический стрессовый тип психических нарушений был характерен для этапа деструктивности. Они же подробно описаны нами выше. В подавляющем большинстве такие реакции разрешались позитивно. В части случаев, в силу ряда эндо- и экзогенных условий (среди них преморбидные особенности, особенности ди-

намики восстановительных работ, степень и форма оказания помощи и т.д.), острые реакции приобретали затяжной характер, и тогда на почве витально обусловленных универсальных и неспецифических астенических и депрессивных проявлений формировались невротические и невротоподобные состояния. По мере развития ситуации и патологического состояния роль собственно «реактивного фактора» постепенно снижалась, и возрастала патогенетическая и патопластическая роль таких факторов как преморбидная личность, возраст, пол, внешние условия и т.д. В хроническом периоде посттравматических нарушений доминировали состояния «вялой», заторможенной депрессии, личностные расстройства и целый ряд соматических и псевдосоматических нарушений. В то время как некоторые иностранные специалисты предрекали массовые психозы и резкий всплеск первичной заболеваемости по психозам, чего, как показал наш опыт, также не отмечалось.

Этап деструктивности характеризовался ростом соматической заболеваемости: значительно возросло число первичной обращаемости из зоны бедствия практически по всем болезням в период от 3 до 12 месяцев после землетрясения [33]. По официальным данным [20] заболеваемость населения с впервые установленным диагнозом (на 100 тыс. населения) с 20946,3 в 1988 году подскочила до 28526,6 в 1989 году. Пик показателей первичной заболеваемости практически по всем группам болезней приходится на 1989-1990 го-ды. В последующем (вплоть до 1995 года) заболеваемость проявляла тенденцию к снижению (15496,9). Повторная волна повышения заболеваемости наблюдалась в 1996 году. Аналогичная

тенденция наблюдалась и в росте общей заболеваемости населения, но со смещением пика показателей на 1-2 года (50508,0 в 1988 году и 62665,0 в 1990 году).

На фоне очевидных и реальных разрушений, нанесенных землетрясением, в ожиданиях обещанного восстановления зоны бедствия всего за 2 года, стал намечаться необратимый кризис промышленности, сельского хозяйства, энергетической и транспортной системы; разрушилось государство, и изменилась формация.

Вызревал второй этап периода «экстремальности» – этап регрессии, который хронологически можно ограничить 1992-95г.г. Содержание этого периода составляют война, блокада, экономический коллапс. Проблемы, вызванные землетрясением, постепенно отстранялись на задний план (Об этом свидетельствует также резкое снижение обращаемости в больницы жителей из зоны бедствия. Хотя этот факт имеет и множество других объяснений.).

Сложившаяся на тот период в Армении социально-психологическая ситуация привела к коренной ломке общественного сознания, доминирующего уклада жизни и морально-нравственных ориентиров всего населения. Имеющиеся до этого проблемы обострились, возникли новые, необычные, чуждые нашему менталитету и образу жизни. Первой особенностью этапа явилось состояние тотальной дезадаптации практически всех и во всем. Клиническим проявлением этой дезадаптации стали состояния психоэмоционального напряжения, известные как «социально-стрессовые расстройства» [12]. Это категория аналогична понятию «посттравматическое стрессовое расстрой-

ство» с той разницей, что «жизненная катастрофа» растянута во времени, необходимым для осознания происходящего. Другой особенностью этапа регрессии явились патоморфологические изменения клинических проявлений ПТСР: они как бы «стерлись» и оказались под более мощным пластом тех расстройств, которые были вызваны реалиями текущего дня: разрушение духовной, культурной, средовой организации жизни народа и общества, рост национального самосознания трансформировались в межнациональный конфликт, рухнула прежняя политическая система, развалилась экономика (особенно остро проявлялся энергетический кризис), началось преступное, не цивилизованное расслоение общества. Многие из того, что было характерно на этом этапе, началось давно, еще в 1987-88г.г. Затяжной, непрерывный характер этих событий-причин создали в обществе ситуацию крайнего напряжения, которая привела к различным противоречиям, конфликтам и пертурбациям на уровне личности, семьи и общества. В их основе лежали переосмысление жизненных ориентиров, крушение устоявшихся норм и традиций, отсутствие перспективы, смена или же отсутствие идеологических, национальных, культуральных норм, ценностей и представлений.

На этом фоне стали проявляться всевозможные отклонения – от девиантных форм поведения, от психологически понятных форм реагирования до клинических (невротических и психотических) состояний; иными словами, не клинические и клинические проявления социально-стрессовых

расстройств (ССР). Из клинических проявлений ССР наиболее часто встречались различные психофизиологические реакции в виде лабильности, эмоциональности, вегетативных проявлений; адаптативные психогенные реакции, проявляющиеся невротическими (астеническими, депрессивными, истерическими) расстройствами, динамика которых зависела от динамики общественных процессов; невротические расстройства, в которые часто трансформировались адаптативные реакции и приводили к развитию патологического характера и личности; достаточно редко отмечались психогенные психозы транзиторного характера и возникали исключительно на соответствующей «почве» и в клинике практически не попадали.

Неклинические формы ССР проявлялись в основном в поведенческих особенностях. Поведение людей определялось местническими и субгрупповыми структурами и интересами, усиливался и доминировал нездоровый интерес к различного рода слухам; в мышлении людей доминировали мистические, астрологические, метафизические суждения; нарастало недоверие практически ко всему и всем; обнаженный цинизм стал всепроникающим и довлеющим, юмор стал мрачный и ироничный; жизнь потеряла ценность и ограничилась рамками «сегодня и здесь», а будущее «укоротилось» до текущего актуального момента. Стали распространяться всевозможные секты – от «пятидесятников» до «свидетелей Иеговы» – явление, которое по своей сути явно диссонировало с менталитетом армян, как нации, впервые принявшей христианство.

Состояние перманентного пролонгированного стресса, обусловленное послед-

ствиями землетрясения, начавшейся блокадой, экономическим и энергетическим кризисом, световой деривацией, холодной зимой и целым рядом других факторов [40, 41], внесло значительные изменения в показатели общей заболеваемости населения. В конце первого и начале второго этапов отмечался заметный пик практически по всем группам болезней и стабилизация этих показателей в течение 2-3-х лет [20, 31, 33].

Одним из наиболее важных и значимых медицинских аспектов последствий развития перманентного пролонгированного стресса на этапе регрессии являются показатели смертности населения страны. Как свидетельствуют данные официальной статистики с 1985 года, первый пик смертности приходится на 1988 год – год катастрофического землетрясения [20]. Следующий пик выявился в 1993 году: смертность возросла с 19581 в 1985 году до 27500. Если смертность населения Армении (на 100000 населения) в 1985 году составила 586,4, в катастрофическом 1988 – 1028,2, то после почти двукратного снижения в 1989 году (598,9) в 1993 году она составила 734,9.

Третий этап «экстремальности» начался в 1995 году и продолжается по настоящее время. Он выделен нами под названием этапа «анабиотической компенсации». Политическая основа этапа представлена рядом непопулярных явлений – принятие Конституции, выборы в Национальное Собрание, традиционно сомнительные президентские выборы, спровоцированная впервые волна гражданского неповиновения и др. В экономике впервые стали наблюдаться тенденции к стабилизации, в первую очередь, финансов, энергетики, торговли, которые затем вновь пошли на убыль. В последующем эти

тенденции проявляли ундулирующий характер течения и развития. Положительным моментом этапа явилось окончание войны (перемирие), не принесшее, однако, материализованных дивидендов в решении основной Карабахской проблемы.

В целом же негативные перемены в обществе породили в людях ощущение разобщенности и незащищенности. Несомненно, прав был Э. Фромм [45], который, анализируя человеческую деструктивность, точно подметил, что «человеческое в человеке проявляется в опасности». Ощущение общности всех и единства нации, которое имело место после землетрясения, в самом начале карабахского движения, в условиях пролонгированного травматического и социального стресса трансформировалось в ощущение одиночества, пустоты, беспросветности. Традиции перестали «диктовать» человеку, что он должен, хотя его инстинкты диктуют то, что ему нужно. В результате, как отмечал В. Франкл [44], человек «теряет ясное представление о том, что же он хочет» и превращается либо в конформиста, либо в диктатора. Прогрессирующее и постепенное ухудшение условий среды (общества) позволили постепенно адаптироваться к ней, произошла компенсация на пониженном уровне – снизилось «качество» жизни, упал «энергетический потенциал», жизнь была загнана в тупик. Низкий уровень энергообмена и экстремальные условия среды сократили продолжительность жизни, что проявляется уже сегодня. Средняя продолжительность жизни в 1996 году соответствовала уровню 70-х годов; естественный прирост населения с 18,2 в 1985 году снизился до 6,2 в 1996г; в 2014 году он составил 4,8 [39].

Все «человеческое» в человеке (любовь, разумность, взаимоподдержка, сострадание, целеустремленность) девальвировалось и разрушилось, и «биофильный полюс» в человеке (любовь к жизни) сместился в сторону «некрофильности», деструктивности, агрессивности. Нарастающие противоречия углубили состояние психологической и социальной фрустрации, что привело к экзистенциальному кризису. Кризис в нашем обществе проявляется в чувстве беспомощности, изолированности, отрешенности, одиночества, бессмысленности своего существования. Такая динамика социума «диктует» каждому из нас выживать и выживать по-своему. Поскольку нет уже морально-нравственного единства нации, прежние ценности девальвированы, традиции растоптаны. А нового ничего не создано. Нация в целом и отдельные личности взяли курс на самоубийство: одни эмигрируют, другие цепляются за еще не потерянное, третьи «прожигают» время и жизнь, четвертые находят удовлетворение в алкоголе и наркотиках, пятые пытаются протестовать (причем, как политическими, так и криминальными методами), шестые просто кончают счеты с жизнью.

И если где-то и что-то закладывается новое, то оно, скорее, носит групповой, субгрупповой, клановый, местнический характер. Снимаются общественные санкции, остаются лишь свои, внутренние, личностные. В результате, создается ситуация вседозволенности и бесконтрольности, которая, как ни странно, носит адаптативный характер. Иными словами, это есть стрессовая реакция на экстремальную ситуацию. Являясь конструктивной по форме для той или

иной группы, по сути, такая форма поведения несет в себе огромный деструктивный потенциал, поскольку способствует еще большему размежеванию общества и нации.

Естественно, что такие тенденции в обществе должны иметь свои последствия: стала расти суицидальность. По данным Прокуратуры РА в 1995 году было совершено 210 самоубийств и 139 попыток к ним, в 1996 г. – соответственно 230 и 159, в 1997 году – 245 и 148. То есть за три года более 1130 армян так или иначе пытались уйти из жизни. По данным министра юстиции Армении в первом квартале 2015 года было совершено 54 самоубийства. За тот же период было зафиксировано 143 случая попыток суицида. Согласно официальной статистике, по словам министра, в 2012-2014 годах в Армении наблюдалась стабильная тенденция сокращения случаев самоубийств (в 2012 году – 214 случаев, в 2013 – 206, в 2014 – 168).

Кроме того, армянскими исследователями показано, что длительный стресс вызывает цитогенетические изменения в виде хромосомных aberrаций и разрывов [37], снижает иммунные возможности организма [26], вызывает изменения на тонких молекулярных уровнях и т.д.; стресс приводит к длительным и стойким изменениям в витальной в биологической инстинктивной структуре человека, в частности, к повышению уровня агрессивности [22] и т.д.

Само понятие «анабиоза», которое определяет характер настоящего этапа «экстремальности», предполагает «возобновление» жизни при определенных обстоятельствах. Это фактически форма приспособления в неблагоприятных условиях среды, изменение которой или выводит

организм (в данном случае – общество) в активную жизнь, или же приводит к необратимым изменениям структуры.

Завершая анализ периода «посткатастрофического» развития Армении, сделаем несколько обобщений:

1. «Экстремальность» стала стационарным условием бытия армянского общества и этноса.

2. Все происходящее в Армении не является чем-то уникальным и экстраординарным. Оно имеет лишь свою специфику и особенности, связанные, как говорят китайцы, с «эпохой перемен», пережить которую было суждено нам. Это ломка общественно-политической системы, природная катастрофа, изменение жизненного стереотипа и всего уклада жизнедеятельности нации и общества.

3. Следует констатировать, что естественные и антропогенные (или техногенные) катастрофы, а также социальные катаклизмы, как правило, оставляют глубокий след во всех аспектах динамики общества. Последствия этих катастроф будут проявляться на протяжении еще долгого времени. Отдаленные последствия катастроф имеют определенную специфику, и их следует исследовать.

4. Анализ не только посткатастрофического периода, но и всей истории армянского народа, отличающейся особой «стрессонасыщенностью», показал, что армянский народ выработал определенные механизмы защиты и устойчивости, и каждый предыдущий стресс смягчает последствия последующего. Подтверждением сказанного выступают в медико-психологическом аспекте отсутствие массовых психотических проявлений и компенсация на уровне

личностных и невротических нарушений, в социально-политическом аспекте – наличие высокой толерантности, терпимости и выносливости в наиболее неблагоприятные годы «экстремальности» и фактическое отсутствие каких-либо признаков гражданского неповиновения; это – миграция широких масс населения, приведшая к равновесному состоянию общества – равновесию между потребностями оставшихся и возможностями общества и государства. Феномен миграции проявляется как защитный механизм самосохранения отдельной личности и семьи и сохранения своего этноса в условиях другой духовной, культуральной, экономической и социально-политической среды (в составе крупных диаспор – американской, российской, французской – сохраняющих пока свою национальную идентичность). Однако, в условиях пролонгированности этого процесса, он уже приобретает деструктивный характер.

5. Весь период «экстремальности» ставит проблему разработки комплекса превентивных и профилактических мероприятий для ликвидации и сведения к минимуму материальных и духовных потерь, что предусматривает решение экономических, политических, социальных, здравоохраненных и медико-психологических задач.

Литература:

1. Bleuler E. Affektivität, Suggestibilität, Paranoia. Halle, Germany: Carl Marhold; 1906. (translation by Charles Ricksher as «Affectivity, Suggestibility, Paranoia». Utica, State Hospitals Press, 1912).

2. Glatzel J. Endogene Depression: Zur Psychopathologie, Klinik und Therapie Zyklotymer Verschimmungen. 2 Aufl. –

Stuttgard, 1982. 222.

3. Guze S.B. The diagnosis of hysteria: what are we trying to do? *Amer. J. Psychiat.* 1967; 124 (4): 491–498.

4. Hyler S.E., Spitzer R.L. Hysteria split asunder. *Am J Psychiatry.* 1978; 135 (12): 1500–1504.

5. Lipowski Z.J. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry.* 1988; 145 (11): 1358–1368

6. Marsden C.D. Hysteria – a neurologist’s view. *Psychol Med.* 1986; 16 (2): 277–288.

7. Popovic M., Petrovic D. After the earthquake. *Lancet*, 1964, 2, 1169–1171

8. Pruet K.D. A chronology of defensive adaptations to severe psychological trauma. *Psychoanal. Study Child.*, 1984; 39: 591–612.

9. Tyhurst J.S. Psychological and social aspects of civilian disaster. *Can Med Assoc J.* 1957; 76 (5): 385–393.

10. Wallace A.F.C. Tornado in Worcester: An exploratory study of individual and community behavior in an extreme situation (Disaster study N 3). Washington, DC: National Academy of Sciences-National Research Council. 1956.

11. Акискал А.С. Психические последствия стихийных бедствий. Медицинские аспекты последствий землетрясения в Армении. Ереван, 1990. с. 125.

12. Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства. *Обозр. психiatr. и мед. психол.* 1992; 2: 5–10.

13. Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И., Щукин Б.П. Психогении в экстремальных условиях. М.: Медицина, 1991. 96 с.

14. Александровский Ю.А., Румянцева Г.М., Щукин Б.П. Медико-психологиче-

ская помощь во время и после стихийных бедствий и катастроф. *Медицина катастроф.* М., 1990. с. 367.

15. Александровский Ю.А., Щукин Б.П. Психические расстройства во время и после стихийных бедствий и катастроф. *Журн. невропатол. и психiatr.* 1991; 5: 39–43.

16. Александровский Ю.А., Щукин Б.П. Психогенные расстройства при землетрясении. Медицинские аспекты последствий землетрясения в Армении. – Ереван, 1990. с. 126.

17. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональной системы. – М.: Наука, 1980. 197 с.

18. Антохин Г.А., Чудин А.С., Анисимов В.А. Психические нарушения у травматологических больных при повреждениях, сопровождающихся острой церебральной гипоксией. Медицинские аспекты последствий землетрясения в Армении. – Ереван, 1990. с. 127.

19. Ануфриев А.К. Ипохондрические синдромы (клиника, генез, лечение): Автореф. дис... канд. мед. наук. М., 1963. – 21 с.

20. Армения-1996: здоровье и здравоохранение: Сборник статей и информационных материалов. – Ереван, 1996. 176 с.

21. Базибян М.Л., Айдинян К.Р. О невротических реакциях у детей и подростков из зоны землетрясения. Медицинские аспекты последствий землетрясения в Армении. – Ереван; 1990. с. 156.

22. Бакунц А.Г., Татевосян А.С. Исследование уровня агрессивности у комбатантов. Медико-биологические проблемы стресса: Материалы 1-й республиканской конференции НАН РА. – Ереван, 16-17 де-

кабря, 1997. с. 48.

23. Брусиловский Л.Я., Бруханский Н.П., Сегалов Т.Е. Землетрясение и Крыму и нервно-психический травматизм. – М., 1928. 106 с.

24. Вахов В.П. Психические нарушения у служащих организованных коллективов в районе бедствия. Психические расстройства у пострадавших во время землетрясения в Армении. – М., 1989. с. 34-41.

25. Виноградов М.В., Белорусов О.С., Родионов В.В., Шабалин А.Я. Клиническая характеристика и терапия психических нарушений при синдроме длительного сдавления. Медицинские аспекты последствий землетрясения в Армении. – Ереван, 1990, с. 132.

26. Гарибджанян Б.Т., Кцоян Л.А., Ширинян Э.А. Влияние длительного психоэмоционального стресса на иммунный статус организма. Модулирующий эффект блокаторов 2-адренорецепторов. Медико-биологические проблемы стресса: Материалы 1-й республиканской конференции НАН РА. – Ереван, 16–17 декабря, 1997. с.100,

27. Гиляровский В.А. О взаимодействиях соматического и психического в медицине. Врачебное дело. 1947; 8: 625–632.

28. Даниелян К.Г., Хачатрян А.М., Минасян О.З. Психоневрологические расстройства на фоне эмоционального стресса у населения зоны землетрясения. Медицинские аспекты последствий землетрясения в Армении. – Ереван, 1990, с. 138.

29. Исаев А.Б., Котенев И.О. Филиппов Н.М. Психологические и психиатрические проблемы при катастрофических

стихийных бедствиях (по материалам зарубежных исследований). Психические расстройства у пострадавших во время землетрясения в Армении. – М., 1989, с. 15-26.

30. Козловская Г.В, Башина В.М., Горюнова А.В. и др. Влияние землетрясения в Армении на психическое здоровье детского населения пострадавших районов. Журн. невропатол. и психиат., 1990; 5: 46–52.

31. Медико-биологические проблемы стресса: Материалы 1-й республиканской конференции НАН РА. – Ереван, 1997. 144 с.

32. Медицина катастроф: Материалы международной конференции. – Москва, 1990. 481 с.

33. Медицинские аспекты последствий землетрясения в Армении: Материалы международного симпозиума. – Ереван, 1990. 219 с.

34. Мельников А.В. Психогенные расстройства у пострадавших во время землетрясения. Психические расстройства у пострадавших во время землетрясения в Армении. – М., 1989, с. 54-62.

35. Молодецких В.А., Сыров Н.Е. Психогенные расстройства у пострадавших от землетрясения в Армении. Медицина катастроф. – М., 1990. с. 389.

36. Назаренко Ю.В., Колос И.В. Динамическая характеристика психических расстройств у лиц, перенесших Спитакское землетрясение. Медицина катастроф. – М., 1990. с. 391.

37. Саркисян Т.Ф., Арутюнян Р.М., Залянян Г.Г. Цитогенетические изменения в лимфоцитах лиц, пострадавших после землетрясения в Армении 1988 года. Ме-

дико-биологические проблемы стресса: Материалы 1-й республиканской конференции НАН РА. – Ереван, 16-17 декабря, 1997. с.125.

38. Смулевич А.Б. Руководство по психиатрии. Под ред. А.В. Снежневского. – М., 1983. – Т. 2. – С. 342 – 441.

39. Статистический ежегодник Армении, 2014: Население. с. 24. <http://www.armstat.am/file/doc/99489458.pdf>

40. Сукиасян С.Г. Особенности посттравматических стрессовых нарушений после землетрясения в Армении (обзор). Обозр. психиатр. и мед. психол. 1993; 1: 61–70.

41. Сукиасян С.Г. Световая депривация как один из факторов социально-стрессовых расстройств в условиях социально-психологического дискомфорта. Обозр. психиатр. и мед. психол. 1994; 1: 37–45.

42. Сукиасян С.Г., Мелик-Пашаян М.А. Некоторые особенности формирования психических расстройств у лиц позднего возраста, пострадавших от землетрясения. Ишемическая болезнь сердца и мозга. Психические заболевания в гериатрической практике. Тез. докл. Иркутск, 1990. с. 119–120.

43. Сукиасян С.Г., Мелик-Пашаян М.А., Амерханян К.Т. Затяжные реактивные состояния в общесоматической больнице: клинико-психопатологические аспекты. Журн. неврол. и психиатр. 1992; 5–12: 97–99.

44. Франкл В. Человек в поисках смысла: Сборник: Пер. с англ. и нем. – М.: Прогресс, 1990. 368 с.

45. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности: Перевод. – М.: Республика, 1994. 447 с.

46. Чернышев В.М. Психические реакции населения во время катастрофических землетрясений. Научно-практическая конференция в психиатрической больнице № 3 г. Москвы. – М., 1972. с. 349–353.

47. Якубик А. Истерия. Методология. Теория. Психопатология. Пер. с польского М.Г. Лепина. – М.: Медицина. 1982. 344 с.

Информация об авторе:

С.Г. Сукиасян – д.м.н., профессор, заведующий отделением психического здоровья «Стресс» Медицинского реабилитационного центра «Артмед»; заведующий кафедрой психического здоровья и психиатрии Армянского медицинского института, Ереван, Армения; профессор кафедры развития и прикладной психологии Армянского государственного педагогического университета им. Х. Абовяна;

Адрес: 0052, Царав ахбюр 52а, МРЦ «Артмед».

Tel.: 37410621201 раб.

e-mail: samsu57@yahoo.com