

КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ, ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ТЕРРОРИСТИЧЕСКОМ АКТЕ В БЕСЛАНЕ

Н. К. Сухотина, В. А. Красов, И. Л. Крыжановская,
Т. А. Куприянова, А. В. Красова, М. А. Генгер, М. А. Петрова

Московский НИИ психиатрии

События 1–3 сентября 2004 года в г.Беслане, связанные с захватом большого числа заложников, длительным их удерживанием в условиях жестокого психологического давления и физиологических ограничений, с последующим освобождением в результате кровопролитного штурма, привели к тому, что у значительного числа пострадавших развились психические расстройства с тенденцией к протрагированному течению.

Психолого-психиатрическая помощь пострадавшим оказывалась бригадами специалистов различных психиатрических учреждений, обобщивших свои наблюдения и опыт лечебно-коррекционной работы в специальных публикациях (1–5). В данной статье представлены материалы, полученные при оказании психолого-психиатрической помощи детям из числа заложников сотрудниками отделения клинико-психологических проблем нарушения психического развития Московского НИИ психиатрии.

Материал и методы исследования

Специализированная помощь оказывалась в период нахождения специалистов в г.Беслане с 16 по 24 сентября и с 1 по 12 декабря 2004 года, а также в детской клинике Московского НИИ психиатрии, куда были направлены дети с более выраженными формами психических расстройств, требовавшими комплексного подхода полипрофессиональной бригады специалистов в условиях стационара. Сюда же были переведены дети из соматических стационаров г.Москвы после окончания лечения с признаками психических расстройств.

Оценка психического состояния детей проводилась методом клинико-психопатологического анализа, дополненного данными патопсихологического обследования и рисуночных тестов. Дети, находившиеся в стационаре, были проконсультированы врачами смежных специальностей после проведения электрофизиологических и биохимических исследований. По показаниям проводились инструментальные методы обследования.

Всего в амбулаторных условиях было проконсультировано 154 ребенка (89 мальчиков и 65 девочек), пролечено в стационарных условиях – 15 детей.

Результаты обследования

Амбулаторный контингент. В табл. 1 представлены данные, характеризующие возрастной состав детей, обследованных в период с 16 по 24 сентября.

У большинства осмотренных детей из числа заложников отмечались различной степени тяжести последствия минно-взрывной травмы и ожогов (сотрясения и контузии мозга, снижение слуха, ранения и повреждения кожных покровов). Психические и сомато-вегетативные расстройства развились у них в первые дни после освобождения, были достаточно однотипны, включали в себя феномены, отвечающие критериям (диагностика по МКБ-10) «острой реакции на стресс» в виде состояний растерянности с элементами нарушения сознания, двигательным возбуждением или заторможенностью, тревогой, страхом, «вегетативными признаками панической тревоги». С течением времени отмечалась трансформация структуры болезненных проявлений с формированием фобических и аффективных расстройств депрессивного спектра с астеническими проявлениями, вегетативными дисфункциями, стойкими нарушениями сна.

Таблица 1

**Возрастной состав детей, обследованных в период
16–24 сентября 2004 года**

Контингент	Возраст				Общее количество
	2–5 лет	6–8 лет	9–11 лет	12–14 лет	
Заложники	8	23	24	17	72
Пострадавшие	–	2	3	3	8
Всего	8	25	27	20	80

Примечание: к пострадавшим отнесены дети, которые не были в заложниках, но у которых после теракта развились психические расстройства под влиянием общей психотравмирующей ситуации в семье, городе.

Все расстройства, выявленные у детей на период с 16 по 24 сентября 2004 года, по признаку доминирования симптоматики с известной долей условности были разделены на три основные группы:

- с преобладанием фобических расстройств;
- с преобладанием тревожно-депрессивных и депрессивных расстройств;
- смешанные состояния с наличием расстройств эмоций и поведения.

Частота встречаемости выделенных клинических форм в зависимости от возраста обследованных детей представлена в табл. 2.

Фобические расстройства наблюдались практически у всех детей из числа заложников, но наибольшая яркость и острота переживаний наблюдалась у детей младшего возраста. По своей структуре страхи носили сверхценный характер и отражали пережитую детьми ситуацию. Доминировала боязнь снова оказаться в заложниках. Дети испытывали страх перед мужскими бородатыми лицами, громкими звуками, ассоциирующимися у них со стрельбой и взрывами, боялись находиться на улице, ездить в транспорте, дома в одиночестве постоянно проверяли, нет ли чужих, «слышали» оклики, незнакомые голоса. Нередко страх, сопровождавшийся выраженной тревогой, усиливался без внешних причин либо при незначительных провоцирующих воздействиях.

Тревожно-депрессивные проявления также наблюдались в структуре психических расстройств детей разного возраста, однако синдромально очерченные состояния, как видно из представленных в табл. 2 данных, преобладали у старших детей. Среди особенностей синдрома следует отметить свойственный большинству астенический тип суточных колебаний настроения с дисфорическим оттенком.

Наибольшей глубины депрессии достигали у детей, потерявших в результате террористического акта своих близких. У некоторых из них (старшего возраста) депрессия носила затяжной характер, сопровождалась тоской, болезненным чувством вины за смерть близких или товарищей, ночными кошмарами, угнетением витальных эмоций.

Таблица 2

Число детей с различной синдромальной характеристикой расстройств

Синдром	Возраст				Всего
	2–5 лет	6–8 лет	9–11 лет	12–14 лет	
Фобический	7	23	15	3	48
Тревожно-депрессивный	1	2	10	14	27
Смешанный (поведенческие и эмоциональные расстройства)	–	–	2	3	5

Смешанные состояния характеризовались наличием стойкого аффективного напряжения, раздражительности, эмоциональной возбудимости на фоне тревожно-депрессивного фона настроения. Нарушения поведения характеризовались двигательным беспокойством, суетливостью, капризностью, непослушанием, импульсивными поступками с элементами агрессии. До террористического акта указанные формы поведения не отмечались или выявлялись в значительно более легкой форме.

Практически у всех пострадавших независимо от ведущего психопатологического синдрома отмечались нарушения сна. Усиливающаяся в вечернее время тревога, воспоминания о пережитом затрудняли процесс засыпания. Даже старшие дети часто засыпали только в присутствии родных при включенном свете. Сон носил чуткий поверхностный характер, сопровождался частыми пробуждениями, кошмарными сновидениями с плачем, криком, двигательным возбуждением. Содержание сновидений отражало отдельные фрагменты пережитого в период нахождения в заложниках и травматических событий последующих дней.

Регрессивное поведение в виде энуреза, энкопреза, лепетной речи и других феноменов встречалось у единичных детей. Вместе с тем, обращала на себя внимание своеобразная инфантилизация, проявлявшаяся в несвойственных возрасту детей интересах, в том числе игровых, стремлении к развлечению, отказе от любых видов интеллектуального напряжения, в том числе при психологическом тестировании. Дети не уходили от родителей, просили играть с ними, читать сказки, хотя до этого интересы были достаточно зрелыми.

Всем детям, осмотренным на амбулаторном приеме в первые 2 недели после теракта, оказывалась психологическая и психотерапевтическая помощь, однако ее было недостаточно для вывода этих детей из болезненного состояния. В связи с этим терапевтическая тактика предусматривала назначение фармакологических препаратов с первого дня обследования. Индивидуальная схема лечения основывалась на структуре и тяжести выявленных расстройств, наличии сопутствующих соматических и неврологических нарушений.

В амбулаторных условиях препаратами выбора были бензодиазепиновые транквилизаторы (ксанакс, диазепам) и антидепрессанты различных фармакологических групп (феварин, amitриптилин). С учетом выраженности явлений физической и церебральной астении терапевтический комплекс предусматривал использование ноотропных, вегетотропных средств (пантогам, фенибут, ноотропил, глицин, кавинтон, стугерон), а также дегидратационных препаратов и поливитаминов.

На фоне проводимой терапии наблюдалась достаточно быстрая редукция выявленных расстройств, в большей мере фобического характера. Расстройства тревожно-депрессивного спектра оказывались наиболее резистентными к проводимому лечению. В ряде случаев проследить терапевтическую динамику было достаточно сложно, так как пациенты прерывали рекомендованный курс лечения из-за отъезда в санаторий.

В период повторной командировки в г. Беслан с 1 по 12 декабря (через 3 мес. после террористического акта) количество обратившихся за помощью по-прежнему оставалось высоким (табл. 3). В отличие от первой командировки не было детей младшего возраста.

Возрастной состав детей был следующим: 15 человек – 8 лет, 32 человека – 9–11 лет, 35 человек – 12–14 лет.

Большая часть детей (68 чел.) была осмотрена психиатром впервые, что было связано с рядом причин:

- после освобождения дети находились на лечении в связи с ранениями (32 чел.);
- проходили реабилитацию в санаторно-курортных условиях (26 чел.);
- занимались с психологом и медикаментозное лечение не получали (10 чел.).

Остальные 14 детей были проконсультированы психиатром повторно, так как в связи с отъездом рекомендованный им в первые недели после освобождения курс лечения не закончили.

Структура выявленных через 3 месяца после террористического акта психопатологических расстройств существенно не изменилась. По-прежнему доминировали фобические расстройства, хотя острота и яркость переживаний несколько уменьшились. В то же время тревожно-депрессивные реакции стали носить более очерченный характер. У значительного количества детей (49 чел.) отмечались стойкие церебростенические расстройства в виде частых головных болей, головокружений, быстрой утомляемости, раздражительности, эмоциональной лабильности. Значительно чаще родители предъявляли жалобы на трудности в поведении детей. Частота встречаемости выделенных клинических форм в зависимости от возраста обследованных детей в период с 1 по 12 декабря представлена в табл. 3.

Таблица 3

Число детей с различной синдромальной характеристикой расстройств

Синдромы	Возраст			
	8 лет	9–11 лет	12–14 лет	Общее количество
Фобический	12	7	3	22
Тревожно-депрессивный	-	18	21	39
Смешанный (поведенческие и эмоциональные нарушения)	3	7	11	21

Таким образом, можно предположить, что у значительного количества заложников сформировались пролонгированные реакции на острую стрессовую ситуацию.

Стационарный контингент. Условия амбулаторного приема в зоне гуманитарной катастрофы не позволяли провести обследование детей с той тщательностью, с которой это было сделано в условиях стационара, поэтому результаты обследования относительно небольшой группы детей (15 чел.: мальчиков – 10, девочек – 5) мы выделили отдельно. По возрасту мальчики относились к 5–6 годам – 2, к 9–10 годам – 4, к 11–13 годам – 2, к 14-летнему возрасту – 1; девочки к 5–6 годам – 1, к 9–10 годам – 1 и 11–13-летнему возрасту – 3.

Помимо психологической травмы, обезвоживания, истощения (у всех детей отмечалось снижение веса при поступлении), у 10 детей имелись последствия механического и термического поражения (минно-взрывные травмы, ЧМТ от падения и их сочетание). У 2-х детей диагностирована посттравматическая тугоухость 1–2 ст., у 1 ребенка – снижение зрения. Большинство детей предъявляло жалобы на боли в области живота, снижение аппетита, но только у 4-х гастроэнтерологическое обследование подтвердило наличие соматической патологии. При поступлении в анализах мочи определялись следы белка, в биохимическом анализе крови – понижение уровня креатинина и повышение содержания АЛТ и АСТ. К концу пребывания в отделении анализы у всех детей нормализовались.

При ЭХО-ЭГ исследовании практически у всех детей выявлялись признаки незначительной внутривentricularной гипертензии. Данные ЭЭГ-исследования указывали на наличие легких и умеренных диффузных изменений электрической активности с признаками дисфункции, раздражения стволово-диэнцефальных, диэнцефально-лимбических и височных структур. У 2-х детей выявлялось снижение порога судорожной готовности.

Психопатологическая характеристика детей в виде наиболее часто встречающихся синдромов, выделенных на основании доминирующей симптоматики, была следующей: фобический синдром отмечался у 2-х детей в возрасте 5–6 лет и у 2-х – в возрасте 9–10 лет; тревожно фобический – у 2 (возраст 9–10 лет), у 4 (возраст 11–13 лет) и у 1 (возраст 14 лет); смешанный (поведенческие и эмоциональные нарушения) – у 1 (возраст 9–10 лет) и у 3 (возраст 11–13 лет) детей.

В отделении дети большую часть дня проводили в палате, мало общались с другими детьми, не расставались с родными. У большинства родителей (преимущественно матерей) выявлялась депрессивная симптоматика различной степени тяжести (от легкой – 6 чел., до средней и тяжелой – 6 чел.) Вследствие болезненного состояния родители не уделяли детям требуемого

им внимания, эмоционального тепла, ласки, не выслушивали их, мало разговаривали. Создавалось впечатление, что некоторых присутствие детей тяготило, поскольку они были погружены в свои тягостные переживания. В ряде случаев утяжеление депрессий у матерей было связано с негативным отношением к ним со стороны родителей, потерявших детей. Психическое состояние детей, особенно младшего возраста, в свою очередь, зависело от состояния и отношения к ним родителей, находившихся в стационаре. Особенности детско-родительских отношений находили отражение в результатах психологического обследования детей, свидетельствовавших о дефиците эмоционального тепла и контакта с близкими, чувстве незащищенности, одиночества, потребности в защите и поддержке окружающих, более заметных при выраженных депрессиях у родных. Это требовало одновременного лечения детей и их родителей с использованием адекватной состоянию психотропной терапии с проведением индивидуальной, групповой и семейной психотерапии.

Дозы и выбор лекарственного средства* зависели от структуры и тяжести психопатологических расстройств и сопутствующей соматической патологии. Использовались следующие группы препаратов: бензодиазепиновые транквилизаторы – ксанакс (0,25–0,75 мг/сут), диазепам (3,75–15 мг/сут), разрешенные в детской практике антидепрессанты, в основном, феварин (12,5–50 мг/сут), амитриптилин в малых дозах; препараты с ноотропным действием – пантогам (до 1000 мг/сут), глицин (200–300 мг/сут), фенибут (250–375 мг/сут); препараты избирательного вазоактивного (кавинтон, циннаризин, стугерон) и дегидратационного действия (триампур, диакарб); в отдельных случаях применялись финлепсин (100–200 мг/сут) и неуплепил (5мг/сут).

При проведении групповой и индивидуальной работы с детьми в рамках арттерапии большое внимание уделялось доступу к собственным внутренним ощущениям, которые вследствие перенесенной ребенком шоковой травмы были практически полностью утрачены. Так, особенностью рисунков «Настроение» являлось то, что ни один ребенок не мог четко охарактеризовать свое эмоциональное состояние. Название рисунков либо не содержало эмоций, либо было неадекватным его содержанию.

В проективной методике «Монотипия» (оттиск рисунка на стекле) у всех детей в начале работы встречался рисунок, который почти все называли «Вулкан»: на коричневом фоне были нарисованы яркие желтые или оранжевые вспышки. Этот рисунок являлся отражением высочайшего эмоционального напряжения детей вследствие

перенесенного стресса. Другие особенности рисунков, свойственные всем детям, независимо от возраста, позволяли предположить, что перенесенная психическая травма серьезно нарушила внутренние психологические ресурсы детей, отвечающие за субъективное чувство безопасности, спокойствия, надежности, доверия к внешнему миру, опоры в жизни и веры в собственные силы.

Это находило подтверждение при психотерапевтических контактах с врачом и общении с близкими. Большинство детей уклонялись от бесед на темы заложничества по механизмам активного и пассивного протеста, ничего не рассказывали о пережитом, старались быстрее переключиться на другие темы. Так, 14-летний мальчик впервые рассказал матери о событиях тех дней только в отделении через 1,5 месяца после теракта.

Чрезмерное включение механизмов психологической защиты по типу вытеснения закрывало доступ к отреагированию психотравмирующей ситуации, способствуя хронификации болезненных переживаний, что повышало риск формирования постстрессовых расстройств, становясь по сути одним из механизмов его формирования.

В динамике можно было проследить как рисунки становились более структурированными и четкими, с использованием чистых цветов, которые практически не смешивались. При тенденции к затяжному течению психических нарушений такого четкого разделения не наблюдалось, но общий коричневый тон светлел и на нем появлялись четкие линии желтого и зеленого цвета. Следовательно, вышеперечисленные особенности рисунков отражали эмоциональное состояние детей в ходе терапии: из смешанных, непонятных для ребенка, вытесненных вследствие чрезмерного психологического травматизма переживаний начинало выстраиваться более ровное и адекватное ситуации эмоциональное реагирование. Этому соответствовали и названия, даваемые детьми рисункам («Грусть», «Хорошее настроение, где черный цвет – это печаль, которая уходит и приходит», «Радость и немного грусти»).

Таким образом, в процессе проведения комплексной терапии отмечалась достаточно быстрая положительная динамика фобических, диссомнических и астено-гиперестетических расстройств, в то время как депрессивная симптоматика редуцировалась постепенно на протяжении 3-х и более недель.

Заключение

Обобщая результаты проведенной работы, можно констатировать, что у значительного числа детей из числа заложников острая стрессовая реакция с течением времени трансформировалась в достаточно структурированные психопатологи-

* В данной статье отражены лечебно-коррекционные мероприятия, проводимые только у детей.

ческие состояния. Отсутствие возможности динамического наблюдения за этими детьми не позволяет в полной мере дать диагностическую оценку этих состояний в рамках существующих диагностических критериев. По мнению А.А.Портновой (5), изучавшей психические нарушения у жертв теракта в Беслане, речь идет не о реакциях детей на стресс, а о формировании расстройств «для квалификации которых в существующих классификациях диагноза нет». Сказанное согласуется с мнением В.Н.Краснова (6) о том, что диапазон реакций и расстройств, связанных с катастрофами и чрезвычайными ситуациями, весьма вариабелен и не ограничивается представленными современными классификациями клиническими формами.

Надо сказать, что события в Беслане не ограничивались чрезвычайной ситуацией захвата заложников с длительным их удерживанием и трагическими событиями первых дней после

освобождения. Речь, по сути, идет о затяжной коллективной психогении, усложняющейся со временем. В этих условиях личность не может задействовать в полной мере индивидуальные защитные психологические механизмы, способствующие выходу из круга аффективно заряженных переживаний, так же как и использовать психологическую помощь со стороны работающих с ними специалистов. Все это, наряду с несвоевременным оказанием в значительном числе случаев психолого-психиатрической помощи пострадавшим способствовало, на наш взгляд, затягиванию выхода детей из болезненного состояния.

Следует подчеркнуть, что эффективность оказания помощи пострадавшим зависит от слаженной полипрофессиональной работы специалистов с привлечением психиатров на ранних этапах оказания помощи детям, пережившим экстремальные состояния.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вельтишев Д.Ю., Банников Г.С., Цветков А.Ю. Острые стрессовые расстройства и депрессивные реакции у пострадавших от террористического акта в Беслане // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т. 15, № 2. – С. 11–17.

2. Ковалевская О.Б. Опыт психологического сопровождения группы бесланских детей и их родителей // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т. 15, № 2. – С. 18–20.

3. Кочетков Я.А. Опыт оказания психологической помощи населению после террористического акта в г. Беслане // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т. 15, № 2. – С. 21–23.

4. Морозова Е.И., Венгер А.Л. Психокоррекция стрессовых состояний у детей и подростков, пострадавших в результате террористического акта в Беслане // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2004. – № 2. – С. 10–12.

5. Портнова А.А. Острые психические нарушения у захваченных террористами детей и подростков // Журн. неврол. и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2005. – Т. 105, № 2. – С. 10–15.

6. Краснов В.Н. Острые стрессовые расстройства как проблема психиатрии катастроф: клинические и организационные аспекты // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т. 15, № 2. – С. 5–9.