

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШИМ ВСЛЕДСТВИЕ ТЕРРОРИСТИЧЕСКОГО АКТА В Г. БЕСЛАНЕ 1–3 СЕНТЯБРЯ 2004 ГОДА

Е. Ю. Соколов

Наркологический диспансер № 3, Москва

С целью оказания психиатрической и психотерапевтической помощи пострадавшим при террористическом акте 1–3 сентября 2004 года в г.Беслане Северной Осетии, на месте трагедии с 26.09.2004 г. по 6.10.2004 г. работала командированная группа научных сотрудников и практических врачей психотерапевтов-психиатров от Межрегионального общества психотерапевтов, психологов и социальных работников (МОП) г.Москвы.

Работа проводилась амбулаторно, включала в себя прием пострадавших в поликлинике г.Беслана и выезд врачей на дом к выжившим заложникам и семьям погибших.

На дому было осмотрено 34 человека в возрасте 5–74 года, из них 21 (в том числе 4 ребенка) во время террористического акта находились в качестве заложников в оккупированной террористами школе, а 13 человек – это пострадавшие от террористического акта родственники заложников, проживающие с ними в одной семье и находившиеся в период захвата вне школы. Со слов заложников известно, что на их глазах происходили множественные сцены унижения, оскорбления человеческого достоинства, избиения, расстрелы людей. Заложники постоянно находились под страхом смерти.

В большинстве случаев при каждом посещении врачу удавалось войти в дом потерпевшего и провести соответствующую индивидуальную профессиональную работу с ним. В 2-х случаях члены семьи потерпевших не посчитали нужным вступить в контакт с врачом. При следующем предложении врача одна семья дала согласие на беседу и на лечение ее членов.

Состояние обследованных на дому (спустя 3 нед. после начала теракта) характеризовалось следующим.

Стрессовые расстройства были выявлены у 24 человек и проявлялись повторными переживаниями ужаса, страха, мыслями о том, что террористы с ними «могли сделать что угодно». Имелись затяжные ситуационно обусловленные депрессивные расстройства с суицидальными тенденциями в со-

четании с астено-невротическими, ипохондрическими, истерическими реакциями с субступором, адинамией или ажитацией, снижением эмоционального реагирования вплоть до полного безразличия, с унынием, ощущением полного отсутствия всякой перспективы в жизни. Потерпевшие боялись оставаться дома одни, во сне видели пережитые ими в реальности ужасы, по ночам «слышали» шаги в соседней комнате, на чердаке, испытывая при этом чувство острого страха, казалось, что в доме террористы. Дети – бывшие заложники на улице вели в основном разговоры между собой о расстрелянных ровесниках. Трое детей дошкольного возраста постоянно находились в напряжении, тревоге, недоумении от того, что «так долго нет родителей, почему они не приезжают?». В поликлинике, в комнате реабилитации лестницы вызывали у детей воспоминания о лестницах в спортзале школы во время трагедии, что приводило к неожиданным повторным приступам страха. Дети внезапно застывали с широко раскрытыми глазами, замолкали, пытались убежать из помещения, плакали, долго не могли успокоиться.

У 10 человек отмечались расстройства адаптации пролонгированного характера в связи с мощным воздействием внезапной психической травмы с невозможностью выполнять обязанности на работе, отсутствием желания общаться с окружающими, уходом в свои переживания, депрессией с тревогой, беспокойством, истерическими включениями. Ими предъявлялись разнообразные жалобы на головные боли, боли в спине, суставах, в области живота, жидкий стул, тошноту, нехватку воздуха, приступы бронхиальной астмы, обмороки, неустойчивость походки. У осмотренных возникали вспышки агрессии. Социально-психологическая дезадаптация у этих пациентов характеризовалась напряженным чувством несправедливости, обидой на отсутствие должной оценки их тяжелого состояния со стороны представителей власти, с появлением элементов дисфорически-дистимического настроения и экзальтированно-патетической окраской высказываний.

У большинства обследованных отмечались вегетативные расстройства: ощущения спазма гортани, покраснение или побледнение кожи лица, тахикардия, повышение (до 250/120 мм рт.ст) или понижение (до 80/35 мм рт.ст) артериального давления, лабильность пульса, боли в области сердца; наблюдались истерические энтероспазмы, ощущение комка в горле, затруднение прохождения пищи по пищеводу, вздутие живота, анорексия, запоры, тошнота, сухость во рту, головные боли различной интенсивности, головокружение, гипер- и гипестезия. Отмечены локальный и генерализованный гипергидроз, озноб, тремор рук, общий тремор, снижение либидо, нарушение менструаций, гипер- и гипонезия, выпадение из памяти неприятных и неприемлемых для личности событий, снижение остроты зрения. Двигательные расстройства выражались в шаткости и неуверенности походки. Обострились соматические заболевания, имевшие место до экстремальной ситуации – гипертоническая болезнь, холецистит, гепатит, последствия черепно-мозговой травмы, эндокринные заболевания. В одном случае наблюдалось обострение рекуррентной депрессии в сочетании с гипертонической болезнью, что явилось основанием госпитализации больной в психосоматическое отделение.

Многим обследованным на дому в связи с постстрессовыми расстройствами для уточнения психического состояния, дальнейшего наблюдения и лечения рекомендован повторный осмотр психотерапевтом в условиях поликлиники. Эти рекомендации относились к лицам, потерявшим во время ЧС близких родственников, детей и вынужденных после этого проживать в одиночестве. Однако большинство из указанных лиц на повторный прием не явились, фактически отказавшись от необходимого врачебного наблюдения.

Амбулаторный поликлинический психотерапевтический прием пострадавших, направлявшихся регистратурой поликлиники, проводился в трех психотерапевтических кабинетах (два – для взрослых и подростков и один – для детей).

На амбулаторном приеме было принято 28 человек (8 из них обращались на лечение повторно) в возрасте от 11 до 78 лет, 15 из них – бывшие заложники, остальные – пострадавшие. У всех обратившихся за помощью отмечались в основном те же психические расстройства, что и у обследованных на дому. В момент появления в кабинете и в начале беседы обратившиеся за помощью могли внешне выглядеть относительно спокойными. Однако, вспоминая события трагедии, пациенты внезапно замолкали, отворачивались, лицо становилось печальным, тоскливым или отрешенным, на глазах

появлялись слезы. Они долго не отвечали на достаточно осторожные, взвешенные вопросы психотерапевта.

Лечебные психотерапевтические мероприятия, проведенные всем пострадавшим, как на дому так и в поликлинике, носили индивидуальный характер и основывались на предварительном изучении врачом анамнестических сведений, их личностных, характерологических особенностей, форм эмоционального реагирования в момент психогенной ситуации, их психического состояния в отсроченный период.

С целью уменьшения степени выраженности вышеописанных расстройств использовались следующие психотерапевтические мероприятия: психотерапевтическая беседа, рациональная, семейная психотерапия, ауто- и гетеротренинги, метод ускоренной релаксации по Джекобсону, психотерапия в сочетании фармакотерапией.

Указанные психотерапевтические лечебные мероприятия проводились на дому, в поликлинике и психосоматическом отделении (ПСО). В последнем случае работа терапевта с больным велась сначала у его постели, а при выяснении масштаба потребности психотерапевтической помощи администрацией отделения по нашему предложению был организован гипнотарий. В нем ежедневно проводились 1,5–2-часовые групповые сеансы гипнотерапии.

При сочетании психотерапевтической помощи с малыми дозами психотропных средств (феназепам 0,5–1 мг, реланиум 5 мг, коаксил 12,5–25 мг), удавалось достичь временных позитивных результатов: появлялась внутренняя уверенность в своих силах, надежда на лучшее, они начинали строить планы; уменьшалась эмоциональная напряженность, повышался аппетит, улучшался сон. Для закрепления указанных результатов пострадавшие нуждались в повторных, длительных психотерапевтических мероприятиях.

Полученные позитивные результаты при применении психотерапевтических методик при лечении пострадавших в г.Беслане, естественно, носят временный характер, так как количество встреч пострадавших с психотерапевтами, число проведенных лечебных сеансов было в каждом конкретном случае недостаточным. Опыт работы с жертвами терроризма (в том числе, все ЧС в г.Москве в 2004 году и ранее) говорит о необходимости длительной психотерапевтической, а в ряде случаев и психиатрической помощи пострадавшим в террористических актах с целью предупреждения возможного развития более сложной психопатологической симптоматики, способствующей дальнейшей дезадаптации и патологическому развитию личности.