

## ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ КАТАСТРОФЫ НА ЧАЭС

*Л.А.Пергаменщик*

Посттравматический стресс -- нормальная реакция на ненормальную ситуацию: если вы болезненно реагируете на безобразные события, это вовсе не означает, что вы сошли с ума.

*Бенджамин Колодзин*

Первые результаты комплексного психологического исследования, проведенного научными коллективами Национального института образования Республики Беларусь, дают возможность проанализировать качественные характеристики психологических состояний детей и взрослых, подвергшихся воздействию чернобыльской катастрофы.

Обнаружено, что подростки, юноши и девушки, пережившие чернобыльскую катастрофу, отличаются повышенной личностной тревожностью, стеническим фрустрационным поведением, преобладанием отрицательных жизненных перспектив. В структуре ценностных ориентаций у них произошел сдвиг в сторону ценности «здоровье». Зафиксированы тревожно-депрессивное состояние и снижение самооценности у девушек. Прослеживается тенденция у испытуемых к общей экстернатности.

У младших подростков наблюдается ослабление концентрации внимания, симптомы тревожности: «ожидание опасности», «беды», «страданий».

Учителя жалуются на бессонницу, общую ослабленность, приступы внезапного страха; в беседе с психологом отмечают тревожащее их чувство, что сделали не все для того, чтобы дома оградить своих детей от влияний катастрофы. В кругу близких

предпочитают не говорить о случившемся, делая вид, что ничего не произошло.

Итак, страх и бессонница, ослабление памяти и снижение концентрации внимания, чувство вины и отрицательные жизненные перспективы, повышенные тревожность и чувствительность. Полученная симптоматика нуждается в осмыслении с позиции существующих теоретических построений или выработке специального объяснительного механизма. Это прежде всего потребность психологической практики, разворачивающейся в соответствии с республиканской программой социально-психологической реабилитации.

Результаты исследований позволяют предположить, что мы имеем дело с синдромом посттравматического стрессового расстройства в его специфическом проявлении.

Публикаций по теории посттравматического стрессового расстройства в отечественной психологической литературе практически нет. Исключение составляет статья Н.В.Тарабриной и Е.О.Лизебной в «Психологическом журнале» [4]. Несмотря на это, понятие «синдром посттравматического стрессового расстройства» (Post traumatic stress disorder, PTSD) уже прочно вошло в научный обиход. Проведена первая международная конференция «Психология травматического стресса сегодня» (Киев, май, 1992); создано Психологическое общество травматического стресса, состоялась III Международная конференция по психологии стресса (Норвегия, 1993). Произошел нередко встречающийся в отечественной психологии феномен: о теории мало кто знает, но все о ней говорят.

Цель данной статьи -- осмыслить влияние чернобыльской катастрофы на психику людей с точки зрения данной теоретической концепции.

История. Принято считать, что первое описание психических расстройств, вызванных тяжелой психической травмой, было сделано в 1867г. английским хирургом Д.Е.Эрпксоном в работе «Железнодорожная и другие травмы нервной системы», где он описал ряд симптомов психического расстройства, которые наблюдал у лиц, пострадавших в результате железнодорож-

ной катастрофы. В течение многих недель после события эти больные испытывали постоянное ощущение «душевного дискомфорта», страдали расстройством сна, тяжелыми сновидениями, связанными с несчастным случаем. Объективно у них отмечались выраженные нарушения памяти и ослабление концентрации внимания. Перечисленные расстройства Эриксон пытался объяснить результатом «молекулярного поражения спинного мозга». Однако такое теоретическое объяснение не получило поддержки.

В дальнейшем к этой проблеме с разных сторон подходили: немецкий невролог Г.Опенгейм, который использовал термин «травматический невроз»; швейцарский исследователь Е.Стейрлин, являющийся основателем психиатрии экстремальных состояний и катастроф. Немецкий ученый Е.Крепелин дал характеристику травматического невроза, впервые обратив внимание на то, что в его психопатологической картине существенную роль играют истерическое реагирование и рентные установки больных. Ученый считал обязательным при их реабилитации ограничение пенсий и пособий, а также скорейшее возвращение к привычной работе.

Благодаря трудам З.Фрейда в 20 -- 30-е гг. в Европе произошло психоаналитическое осознание травматических неврозов. З.Фрейд писал: «Ужасная война, которая только что закончилась, вызвала большое количество «травматических неврозов» и, по крайней мере, положила конец искушению относить эти случаи к органическому повреждению нервной системы, вызванному механической силой». Фрейд считал, что основные причины заболевания -- неожиданность и страх.

В США начинается изучение посттравматических психических расстройств. В 40-х гг. Е.Линдемманн предложил для определения расстройств, вызванных тяжелой психической травмой, использовать понятие «патологическое горе». Данный синдром, по мнению автора, может развиваться непосредственно после несчастья или спустя некоторое время, может быть преувеличенно выражен или, наоборот, мало заметен. Линдемманн дал первую классификацию расстройств, наблюдаемых у пострадав-



ших от несчастного случая. Сюда вошли соматические расстройства, аутодеструктивное поведение, изменение отношений с родственниками или друзьями.

В дальнейшем исследовании Р.С.Леопольда, Н.Диллона, В.Г.Нидерланда, Р.И.Лифтона обнаружили следующие психологические расстройства: навязчивые и угнетающие воспоминания, приступы тревоги, которые были определены как «синдром выживающих». Ученые вводят понятие «синдром изнасилованных», определяя его как специфический психосоматический синдром, развивающийся в отдаленные сроки примерно у трети из числа подвергшихся изнасилованию.

Много работ выполнено при исследовании ветеранов вьетнамской войны. Так, Б.Колодзин выделяет 14 симптомов у перенесших психическую травму: немотивированная бдительность, «взрывная» реакция, притупленность эмоций, агрессивность, нарушение памяти и концентрации внимания, депрессия, общая тревожность, приступы ярости, злоупотребление наркотическими и лекарственными веществами, непрошенные воспоминания, галлюцинаторные переживания, бессонница, мысли о самоубийстве, «вина выжившего» [2].

Таким образом, в Европе и США к концу 70-х гг. был накоплен значительный материал, который показывал, что у пострадавших, несмотря на различный характер травм, наблюдается целый ряд общих и повторяющихся симптомов психических расстройств. Так как ни одной из нозологических форм в целом эти расстройства не соответствовали, М.Горовитц предложил выделить их в качестве самостоятельного синдрома под названием «посттравматическое стрессовое расстройство». С 1980 г. посттравматическое стрессовое расстройство включено Американской психиатрической ассоциацией в диагностическую номенклатуру (DSM-III), а с 1990 г. -- в Международную классификацию болезней (МКБ N 10). В последующем эти критерии претерпели некоторые изменения и были дополнены (DSM-III-R).

Этиология. В основе этиологии PTSD, по мнению большинства исследователей этого вопроса, лежит психическая травма,

«событие», способное вызвать психический стресс. Во всех случаях «событие», ставшее причиной психической травмы, экстраординарно для личности и сопровождается страхом, ужасом, ощущением беспомощности.

Существует список ситуаций или «травм», приводящих к PTSD.

А. Природные:

- а) климатические (ураганы, смерчи, наводнения);
- б) сейсмические (землетрясения, извержения вулканов).

Б. Вызванные человеком

1) несчастные случаи:

а) на транспорте (дорожном, железнодорожном, водном, авиа);

б) в промышленности;

в) взрывы (химические, на шахтах, военных складах);

г) пожары (ожоги, удушение дымом);

д) биологические (вирусные, бактериологические, токсемии);

е) химические (токсические газы, жидкости, твердые вещества);

ж) ядерные (радиация, радиоактивное загрязнение);

2) умышленные:

а) терроризм;

б) бунты, мятежи, социальные волнения;

в) войны.

Для каждого человека существует свой набор травмирующих ситуаций. Опасность может быть реальной или воображаемой (например, радиация как реальная опасность и радиофобия).

В развитии посттравматических стрессовых расстройств важную роль играют следующие факторы: внезапность и неожиданность стресса (взрывы, катастрофы, стихийные бедствия); жестокость происходящего, как при военных действиях или нападениях террористов; психологическая или физическая слабость жертвы; недостаточная социальная поддержка.

Число людей с психическим расстройством может быть

значительно больше, чем непосредственно пострадавших, так как в подобные переживания вовлекаются члены семей, свидетели, соседи, спасатели и т.д.

**Симптоматика.** Диагностические критерии посттравматического стрессового расстройства наиболее полно представлены в классификации болезней DSM-III-R и выглядят следующим образом.

**А.** Посттравматическое стрессовое расстройство возникает в результате психической травмы, «события», выходящего за рамки обычного опыта и являющегося тяжелым стрессом для любого человека. Например, угроза здоровью или даже жизни как самого субъекта, так и его родственников, близких; внезапная потеря дома, имущества.

**В.** Группа «повторного переживания». Психическая травма («событие»), вызвавшая PTSD, повторно переживается пострадавшим в следующих формах (не менее одной):

- 1) повторные угнетающие мысли, связанные с «событием»;
- 2) постоянные или эпизодические угнетающие воспоминания о психической травме; у детей это могут быть повторяющиеся игры, в которых присутствует «событие»;
- 3) внезапное ощущение того, что «событие» и то, что ему предшествовало, повторятся вновь (включая ощущения, иллюзии, галлюцинации, диссоциативные эпизоды «flashbacks»);
- 4) психологическое угнетение в случаях, когда текущие события напоминают или символически связаны с психической травмой («событием»), включая предметы, даты (годовщины и т.д.).

**С.** Группа «избегания». Постоянное избегание того, что может ассоциироваться с «событием» или напоминать о нем, а также общая психическая заторможенность (не менее трех пунктов):

- 1) стремление уйти от мыслей или чувств, ассоциирующихся с психической травмой;
- 2) стремление избегать ситуаций или действий, которые могут вызвать воспоминания о психической травме;
- 3) невозможность восстановить важные подробности, свя-



занные с психической травмой;

4) значительная потеря интереса к ранее важным аспектам деятельности (у детей -- утрата навыков речи и самообслуживания);

5) чувство отчуждения и безразличия к другим;

6) заметное снижение уровня положительных эффективных переживаний (невозможность испытывать чувство любви, радости);

7) неуверенность в будущем (невозможность сделать карьеру, вступить в брак, иметь детей или долго жить) -- укороченное будущее.

Д. Группа «общая психическая возбудимость/заторможенность». Симптомы повышенной возбудимости, отсутствующие до психической травмы (не менее 2 из следующих):

1) трудности с засыпанием или сном;

2) раздражительность или вспышки гнева;

3) снижение концентрации внимания, рассеянность;

4) повышенная осторожность, гипертрофированная бдительность;

5) повышенная пугливость (повышенная стартовая реакция на внезапный стук и т.п.).

Психодиагностика учителей в процессе групповой психотерапевтической работы выявила следующие симптомы, характеризующие наличие PTSD-синдрома.

Группа А. Специфика стрессового расстройства в том, что нет единого «события» для всех пострадавших. В процессе дебрифинга выявлено, что для одних «событием» явилось сообщение о катастрофе официальных органов, для других -- объявление в магазине (молочные продукты -- только для взрослых), у третьих в памяти всплывают черные тучи в конце апреля, которые затянули весь горизонт. В переживании этих событий есть общее: люди не хотят к ним возвращаться, вспоминать их.

Группа В. Здесь присутствуют следующие симптомы: угнетающие мысли (1) и воспоминания (2), детские игры (2), состояния «flashbacks» (3).

Группа С. Для данной группы характерны: стремление уйти

от мыслей или чувств, ассоциирующихся с психической травмой (1), утрата интереса к ранее важным аспектам деятельности (4), чувство отчуждения (5), снижение уровня положительных переживаний (6), эффект укороченного будущего (7).

Группа D. Симптомы: проблемы с засыпанием (1), раздражительность (2), рассеянность (3), повышенная осторожность (4).

Диагностика. Основным инструментом дифференциальной диагностики всего комплекса расстройств по критериям DSM-III-R, в том числе и PTSD, является (1) метод структурированного клинического интервью -- СКИД (SCID -- Structured Clinical Interview for DSM-III-R). Этот метод был опубликован в 1987 г. и с тех пор широко применяется врачами и психологами как в клинической практике, так и в исследовательских целях.

SCID включает ряд диагностических модулей (блоков вопросов), обеспечивающих постановку диагноза по критериям, содержащимся в DSM-III-R. Конструкция интервью позволяет работать отдельно с любым необходимым для каждого конкретного случая модулем, который выбирается на основании данных общего (обзорного) опроса пациента на первом этапе исследования. Окончательный диагноз определяется по данным суммарной итоговой шкалы, в которую заносятся результаты, полученные при применении каждого модуля.

Существуют различные варианты SCID, в том числе и клинические (для вьетнамских ветеранов -- SCID-P-).

(2) Миссисипская шкала (Mississippi Scale). Позволяет определить наличие PTSD в 93% случаев и в 89% случаев -- отсутствие этого синдрома.

(3) Субшкала PTSD-синдрома, разработана на базе MMPI. Применение субшкалы MMPI выявляет до 82% случаев PTSD.

(4) Опросник депрессии Бека.

(5) Спилбергер для определения личностной и ситуативной тревожности.

(6) Шкала оценки тяжести воздействия травмирующего события (Impact of Event Scale -- IOES) Горовитца, позволяющая определить наличие у пациента PTSD-синдрома по выражен-



ности одной из двух тенденций: стремления к навязчивым переживаниям по поводу травмы или к избеганию всего связанного с ней. Шотландский психолог В.Юл отмечает возможность применения шкалы Горовитца даже для 8-летних детей.

(7) Локус контроля. Шкала Роттера.

(8) Способность к воображению и выраженность стремления к поиску «острых» впечатлений («sensation seeking»). Для определения уровня развития способности к воображению обычно используется опросник ОМІ (Questionnaire Upon Mental imagery) Шихона.

Среди перечня методик, диагностирующих PTSD, есть те, которыми пользуются и ученые, выполняющие республиканскую программу Социально-психологической реабилитации детей и подростков. В арсенал используемых методик входят: тест Спилбергера, локус контроля. Проходит адаптацию Миссисипская шкала. Опыт применения шкалы Миссисипи (опросник автору статьи передан П.Каменченко [1]) показал, что пункты опросника понятны для испытуемых-учителей -- заполнение не вызывает затруднений. В настоящее время идет накопление эмпирического материала для определения диагностической возможности теста и выработки нормы. Информативным оказывается контент-анализ тематического сочинения и незаконченных предложений, выясняющих представление о чернобыльской аварии, ее последствиях и эмоциональных переживаниях в связи с происходящим.

Многочисленные исследования позволили выделить основные социальные факторы, помогающие справиться с психической травмой. К ним относятся: отсутствие физических последствий травмы (уродство, инвалидность), прочное финансовое положение, сохранение прежнего социального статуса, наличие социальной поддержки со стороны общества и особенно группы близких людей. При этом фактор «поддержка со стороны общества и особенно группы близких людей» влияет на успешность преодоления последствий травматического стресса в наибольшей степени [4].

Следует отметить, что, несмотря на своеобразный психоте-

рапевтический бум, связанный с необходимостью оказания психологической помощи широкому кругу лиц, пострадавших в результате известных катастроф (Армения, Афганистан, Чернобыль и т.д.), в нашей психологической науке комплексные и теоретически обоснованные исследования PTSD-синдрома не проводились. Это затрудняет выявление основных направлений психотерапевтической работы с пострадавшими от психической травмы. Однако первый опыт такой работы и подготовки специалистов уже есть.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА

1. Зафиксировано, что PTSD акцентирует все проблемы, имевшиеся у детей, подростков до этого события: страхи, различные фобии, агрессивность, аутодеструктивное поведение.

2. Ситуация катастрофы наложилась на стрессы, которые переживает социальная система. Стресс от катастрофы, таким образом, усилил воздействие и смазал специфику.

3. У пострадавших формируются установки жертвы. Это связано с тем, что пострадавшему выгодно как можно дольше оставаться жертвой. Происходит виктимизирование ситуации -- люди получают «ярлык», что они -- жертвы.

4. Дополнительную психотравму детям наносят необдуманные решения государственных структур и многочисленных фондов. Ни в коей мере не отрицая необходимости отдыха за границей детей из зон загрязнения, следует отметить, что это важное мероприятие проводится без учета психологии ребенка, его адаптационных ресурсов, ответственности и активности личности.

5. Формируется и во многом сформировалась рентная ориентация у пострадавших. Они не испытывают необходимости в психологической помощи, так как их положение вполне комфортно: не нужно строить планы на будущее, работать над собой. Наличие рентной ориентации показал и локус контроля. К тому же обществу легче и удобнее откупиться от жертвы, чем реально оказывать помощь. Политически выгоднее проводить

телемарафоны, вышибать слезу и деньги, чем научить (что достаточно сложно) пострадавших самим решать эти проблемы.

Концептуально можно предложить следующий алгоритм оказания психологической помощи: локализация проблемы, отреагирование, интеграция травматического опыта в структуру личности, выработка жизненных ориентиров и переоценка ситуации. Данный алгоритм можно реализовать при помощи различных психотерапевтических техник: гештальттерапия, психодрама, психосинтез, психоанализ.

Республиканской программой по социально-психологической реабилитации детей и подростков предусмотрено повышение квалификации специалистов, участвующих в оказании психологической помощи.

В 1991 г. сформировалось сообщество профессиональных психологов, которых объединяли, с одной стороны, профессиональный интерес к овладению приемами оказания психологической помощи, с другой -- потребность в общении, взаимопомощи, возможность рассматривать опыт психотерапевтической работы. С ноября 1991 г. психологи смогли получить навыки работы в таких техниках, как психодрама, психосинтез, гештальттерапия, семейная психотерапия. В 1992 г. открылись первые пункты психологической помощи (г.п. Брагин, Островец, СШ N 204 г.Минска и др.).

Среди многочисленных терапевтических техник, как групповых, так и индивидуальных, существует несколько разработанных специально для оказания психологической помощи лицам, пострадавшим от психологической травмы. Это прежде всего дебрифинг. В процессе повышения квалификации психологи, работающие по программе «Социально-психологическая реабилитация детей и подростков, пострадавших от аварии на ЧАЭС», ознакомились с теорией дебрифинга (Е.Н.Черепанова, г.Москва).С ними проведено лабораторное занятие-тренинг: 40 часов по программе с применением техники дебрифинга (Х.Теттер и Н.Гудфрейнд-Ковен, г.Сан-Франциско). Опыт участия в процедуре дебрифинга показал, что данный метод вполне пригоден для работы с учителями, родителями, учащимися старших клас-



сов, перенесшими психическую травму (насилие, смерть близких, авария, катастрофа и т.д.).

Теоретический анализ литературы по теории PTSD, первые результаты психодиагностики и первый опыт психотерапевтической работы в рамках Республиканской программы «Социально-психологическая реабилитация детей и подростков, пострадавших от катастрофы на ЧАЭС» позволяют сделать вывод о том, что психологические последствия чернобыльской катастрофы в основном укладываются в теорию посттравматического стрессового нарушения. Психодиагностические и психотерапевтические процедуры, проводимые в рамках программы, позволяют обогатить теорию PTSD, адаптировать ее к данной катастрофе, а также, что крайне важно, оказывать эффективную психотерапевтическую помощь.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Каменченко П.В. Психологические нарушения при травматических ампутациях конечностей (клиника, динамика, типология и терапия) / Автореф., дисс. канд. мед. наук. -- М., 1992.
2. Колодзин Бенджамин. Как жить после психической травмы / Пер. с англ. -- М., 1992. -- 95 с.
3. Психология травматического стресса сегодня // Тезисы докладов международной конференции. -- Киев, 1992.
4. Тарабрина Н.В., Лизебная Е.О. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние и проблемы // Психологический журнал. -- 1992. -- Т. 13, N 2. -- С. 14 -- 29.
5. Черепанова Е.М. Основы психологии травматического стресса // Учебные программы по психологии. -- М., 1991. -- С. 142 -- 151.
6. Herman S.Z. Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma // J. of Traumatic Stress. Vol 5, N 3. -- 1992. -- С. 377 -- 391.
7. Teter Holbrook Central America: At Home and Abroad. -- San Francisco, 1991. -- 127 с.