УДК [159.9 : 614.8] : 355.48 (571.64)
DOI 10.25016/2541-7487-2017-0-1-40-53

В.Ю. Слабинский

ПСИХОТЕРАПИЯ ПОСТРАДАВШИХ ОТ ЗЕМЛЕТРЯСЕНИЯ В 1995 ГОДУ В НЕФТЕГОРСКЕ

Санкт-Петербургский государственный университет
(Россия, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9)

28 мая 1995 г. на острове Сахалин произошло землетрясение силой до 9 баллов по шкале Рихтера, был разрушен п. Нефтегорск. Из 3197 жителей погибли 2040 (в том числе 270 детей), более 100 человек умерли в больницах. В ликвидации последствий ЧС участвовали 685 профессиональных спасателей. Медицинская помощь пострадавшим оказывалась силами сводного медицинского отряда, состоявшего из врачей разных специальностей (хирургов, травматологов, терапевтов и т. д.), командированных ведущими лечебными учреждениями Дальнего Востока. Впервые в современной российской истории работала бригада экстренной психотерапевтической помощи. Организацию психотерапевтической помощи проводили в 2 этапа. Длительность 1-го этапа составила около 1 мес (со 2 июня по 9 июля 1995 г). Одна часть группы работала непосредственно в п. Нефтегорске. Другая часть группы работала в г. Оха, в пункте временной эвакуации пострадавших. На 2-м этапе психотерапевтическая группа работала с 15 августа по 2 сентября 1995 г. Из 369 человек, оставшихся в живых после землетрясения и проживавших в п. Нефтегорск и г. Оха, психотерапевтическую помощь получили 197 человек, или 53,4 % от общего числа; мужчин было 45,7 %, женщин – 54,3 %, все они предварительно были обследованы. Использовались следующие методы: 1) клинико-психопатологический; 2) экспериментально-психологический; 3) клинико-статистический. Непосредственно после ЧС у всех пострадавших, вошедших в 1-ю группу, была диагностирована острая реакция на стресс, тяжелая форма (F43.2 по МКБ-10). В фокусе психотерапии находились следующие болезненные проявления: 1) расстройства сна, соматовегетативные нарушения; 2) навязчивости, страхи; 3) тревожно-депрессивные переживания; 4) чувство вины и суицидальное настроение. Для повышения эффективности лечебных и реабилитационных мер важную роль играет взаимодействие социальных, психологических и медицинских служб при дифференциации последней на неотложную медицинскую, экстренную психотерапевтическую и терапевтическую с различной целевой направленностью.

Ключевые слова: чрезвычайная ситуация, землетрясение, психотерапия, стресс, реактивные расстройства, эмоциональная напряженность, Сахалинская область, Нефтегорск.

Общая характеристика чрезвычайной ситуации. Поселок городского типа Нефтегорск располагался в северо-восточной части побережья о. Сахалин. Градообразующее предприятие «Сахалиннефть» занималось добычей углеродного сырья на побережье. До стихийного бедствия п. Нефтегорск представлял из себя закрытую территорию, на которой действовал паспортно-пропускной режим. В поселке городского типа проживали семьи нефтяников, уровень жизни которых был значительно выше среднего по Сахалинской области. Долгое проживание на закрытой территории и совместная работа большей части нефтегорцев на градообразующем предприятии привели к высокому уровню интегрированности горожан в социально-общественные формальные и неформальные структуры. Практически все нефтегорцы пребывали в разной степени родства или социальной близости (друзья, товарищи, коллеги, вместе учились) по отношению друг к другу.

28 мая 1995 г. в 1 ч 4 мин по местному времени у северо-восточного побережья острова Сахалин произошло землетрясение силой до 9 баллов по шкале Рихтера (рис. 1). Смещение почвы в эпицентре достигало 8 м, что привело к трещинам в земле глубиной в несколько метров. В п. Нефтегорске из 17 5-этажных 80-квартирных домов не уцелело ни одного. Ситуация усугубилась тем, что в развалинах вспыхнул пожар из-за взрыва бытового газа. В течение 1,5 мес ежедневно наблюдались повторные подземные толчки силой 4–5 баллов. Погода была сырая, ветреная, средняя температура воздуха равнялась 10–14 °С. По данным МЧС России, в зоне чрезвычайной ситуации (ЧС) площадью около 1482 км^2 проживали 55,4 тыс. человек. В г. Оха, расположенном в 90 км севернее от п. Нефтегорска (население 30 тыс. человек), толчки достигали 6 баллов, однако разрушений не было.

В п. Нефтегорске до катастрофы были зарегистрированы 3197 человек, в результате

✉ Слабинский Владимир Юрьевич – канд. мед. наук доц., С.-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9), e-mail: slabinsky@yandex.ru.

стихийного бедствия 2040 (в том числе 270 детей) человек погибли, более 100 – умерли в больницах, 40 – пропали без вести, 241 погибший не был опознан. В ночь катастрофы молодежь поселка находилась в школе на ночной дискотеке, посвященной «Последнему звонку», из 26 выпускников в живых осталось только 9. Общее количество погибших составило 2184 человека. После землетрясения в очаге ЧС и лагере временной эвакуации проживали 369 человек. По числу погибших (свыше 1000 человек) землетрясение в п. Нефтегорске является самым разрушительным в истории России и относится, по классификации МЧС России, к ЧС федерального значения.

Группировка, осуществлявшая аварийно-спасательные работы, к 30 мая 1996 г. была доведена до 1642 человек, в том числе были задействованы 685 профессиональных спасателей, 190 единиц наземной техники, 25 самолетов и 24 вертолета (см. рис. 1). При ликвидации последствий ЧС сотрудники МЧС России впервые в истории спасательного дела применили «час тишины» (полная остановка тяжелой техники), чтобы услышать выживших под завалами людей. Впоследствии практика «часа тишины» стала международной при разборе завалов, образовавшихся в результате техногенных и природных катастроф.

При землетрясении в п. Нефтегорске аварийно-спасательные мероприятия проводились более оперативно, чем в Армении во время землетрясении в г. Спитаке (1988 г.). Если в Армении в 1-е сутки было извлечено из-под завалов всего 9 % живых людей, то в п. Нефтегорске – более 31 %, а в первые 3 сут – 51 и 85 % соответственно [10]. После проведения аварийно-спасательных мероприятий в очаге ЧС 29 сентября 1995 г. было официально объявлено о ликвидации п. Нефтегорска.

Медицинская помощь пострадавшим оказывалась силами сводного медицинского отряда, состоявшего из врачей разных специальностей (хирургов, травматологов, терапевтов и т. д.), командированных ведущими лечебными учреждениями Дальнего Востока (Приморского и Хабаровского краев, Сахалинской области и т. д.) [5].

Доля погибших в п. Нефтегорске была почти в 3 раза больше, чем при землетрясении в г. Ашхабаде (1948 г.), и в 2 раза больше, чем в г. Спитаке. Если в г. Ашхабаде отношение легких травм к травмам средней тяжести и тяжелым составило 6 : 1, в г. Спитаке – 1,6 : 1, то в п. Нефтегорске – 0,5 : 1. Совершенно иная картина наблюдалась среди пострадавших, поступивших на госпитальное лечение. Например, в лечебные учреждения, развернутые при землетрясении в г. Спитаке, легкопораженные практически не поступали, пораженных средней тяжести было около 70 %, тяжелых – 22–25 %, крайне тяжелых и агонирующих – 5–8 %. В п. Нефтегорске среди 362 госпитализированных 66 пострадавших (18 %) находились в крайне тяжелом состоянии, 85 (24 %) – в тяжелом, 88 (24 %) – средней тяжести, 123 (34 %) – отнесены к легкопораженным. Возможно, что такая структура, главным образом, объяснялась местными условиями. Были госпитализированы в лечебные учреждения городов Оха – 177 пострадавших, Южно-Сахалинск – 45, Хабаровск – 95, Владивосток – 44, Москва – 1 пострадавший [10].

Организация психотерапевтической помощи. Впервые в современной российской истории работала не предусмотренная штатным расписанием и не входившая в состав медицинского отряда бригада экстренной психотерапевтической помощи (руков. бригады – В.Ю. Слабинский), включавшая в себя 4 врачей-психотерапевтов, 1 медицинского психолога и 2 социальных работников. Выделены следующие группы лиц, нуждающихся в психотерапии [2]:

1) выжившие жители п. Нефтегорска:

а) эвакуированные с места катастрофы;

б) отказавшиеся от эвакуации и продолжающие проживать на разрушенной территории;

2) лица, оказывавшие помощь непосредственно в очаге ЧС (сотрудники спасательных служб, медицинский персонал, работники временной администрации, волонтеры);

3) жители других регионов страны (волонтеры), приехавшие для оказания помощи и поисков родственников, пострадавших в ЧС;

4) жители близлежащих населенных пунктов, где, несмотря на отсутствие разрушений, наблюдались массовые индуцированные реактивные состояния.

Хотя характер расстройств отличался в зависимости от принадлежности к той или иной из выделенных групп, общая картина психогенных состояний очерчивалась рамками депрессивного и обсессивно-фобического круга и отягощалась приемом алкогольсодержащих напитков [2, 9].

Организацию психотерапевтической помощи проводили в 2 этапа. Длительность 1-го этапа составила около 1 мес (со 2 июня по 9 июля 1995 г). Поскольку все здания в п. Нефтегорск были разрушены, местом базирова-

Рис. 1. Землетрясение в п. Нефтегорск (Сахалинская область) в 1995 г. (фото http://tass.ru/proisshestviya; http://surfingbird.ru).

ния бригады психотерапевтов стал ближайший к месту ЧС населенный пункт – г. Оха.

Одна часть группы (2 врача-психотерапевта и медицинский психолог) работали непосредственно в п. Нефтегорске на базе временного медицинского пункта, расположенного в строительном вагончике. Дополнительно использовали вагончик временной администрации п. Нефтегорска и гаражи, в которых проживали пострадавшие. Оказа-

ние психотерапевтической помощи нуждающимся осуществляли по 10–12 ч/день, кроме того, несколько часов ежедневно затрачивалось на дорогу Оха–Нефтегорск–Оха.

Другая часть группы работала в г. Оха, где в средней школе был организован пункт временной эвакуации пострадавших от землетрясения. Дополнительно использовали помещения Станции скорой медицинской помощи. В связи с тем, что в Центральной районной больнице, расположенной в г. Оха, круглосуточно оказывали хирургическую помощь большому количеству пострадавших, использовать данную базу для проведения психотерапии не представлялось возможным.

Важно подчеркнуть, что высокоинтенсивная работа врачей и психолога бригады стала возможной благодаря вкладу социальных работников, которые проделали большую часть организационной работы (транспорт, информирование населения, взаимодействие с местными органами власти и др.) и бытового обеспечения (проживание, питание, связь с родственниками и пр.).

Использовали современный отечественный и зарубежный опыт. Были подготовлены листовки и другие печатные материалы для информирования пострадавших от землетрясения о возможности получить психотерапевтическую помощь, а также в качестве опосредованной психотерапии использовать и средства самопомощи. Материалы распространяли в очаге ЧС и лагере временного проживания пострадавших. Информацию представили по разделам: «Что Вы можете сделать самостоятельно?», «Я потерял родного, любимого человека», «Я думаю о самоубийстве, что делать?», «Руководство по оказанию помощи близкому человеку». Для превенции суицидов у пострадавших от ЧС и их близких в помещении пункта временной эвакуации в г. Оха врачи-психотерапевты провели цикл бесед. Общее количество людей, принявших участие в организованных беседах, составило более 200 человек. Также применяли «подворовой» обход мест проживания пострадавших: гаражей, палаток, вагончиков и т. д. Дополнительно использовали теле- и радиорекламу. Большую помощь в организации психотерапевтической помощи оказали сотрудники временной администрации п. Нефтегорска.

Через 3 мес истек срок командировки у врачей различных специальностей (хирургов, травматологов, терапевтов и т. д.) из лечебных учреждений Дальнего Востока для оказания медицинской помощи непосредственно в очаге ЧС, и медицинскую помощь пострадавшим по соматическим показаниям оказывали только врачи Станции скорой медицинской помощи г. Оха и Центральной районной больницы Охинского района.

На 2-м этапе психотерапевтическую помощь оказывала психотерапевтическая группа, включавшая в себя 2 врачей-психотерапевтов и 1 медицинского психолога. Она прибыла на о. Сахалин 15 августа и работала по 2 сентября 1995 г. Поскольку п. Нефтегорск по решению Правительства России не восстанавливали (что явилось дополнительным травмирующим фактором, так как, по мнению пострадавших, этот факт указывал на то обстоятельство, что они никому не нужны), часть нефтегорцев проживали в г. Оха, где в средней школе был организован пункт временной эвакуации пострадавших от землетрясения. На этом этапе для оказания психотерапевтической помощи использовали помещения Центральной районной больницы, Станции скорой медицинской помощи и средней школы. Психотерапевтические мероприятия проводили и в самом г. Нефтегорске, точнее на оставшемся от него кладбище, куда выжившие пострадавшие от ЧС организованно приезжали для выполнения поминальных обрядов.

Исследование проводили в полевых условиях, что не позволило сформировать контрольную группу. Выборку формировали случайным образом. В подгруппу 1А включили пострадавших, обратившихся за психотерапевтической помощью и получивших ее непосредственно после землетрясения. Из представителей 1-й группы, обратившихся повторно за психотерапией через 3 мес, сформировали подгруппу 1Б, а из пострадавших, обратившихся за психотерапией впервые только через 3 мес – 2-ю группу. Подгруппа 1Б и 2-я группа рассматривались как группы сравнения. Согласно нашей гипотезе, различие показателей в подгруппе 1Б и 2-й группе, помимо прочего, обусловлено психотерапией. В качестве недостатка дизайна исследования можно было бы отметить отсутствие информации об индивидуально-психологических особенностях пострадавших до землетрясения. Однако, по мнению Л.Я. Брусиловского, E. Kretschmer и S. Freud, реактивные расстройства у пострадавших от землетрясений непосредственно после катастрофы развиваются однотипно, по типу «физионевроза» и не зависят от особенностей личности.

Объект и методы исследования. Из 369 человек, оставшихся в живых после зем-

летрясения и проживавших в п. Нефтегорск и г. Оха, обследовали 197 человек, 53,4% от общего числа. Мужчин было 45,7%, женщин – 54,3% (табл. 1). Возраст обследуемых варьировал в диапазоне от 25 до 56 лет, средний возраст – (40,6 ± 10,6) года. Высшее образование имели 24,9%, среднее и среднее специальное – 75,1%. Женщин со средним и средне-специальным образованием оказалось 74,8%, с высшим образованием – 25,2%, мужчин – 24,4 и 75,6% соответственно.

У всех пациентов в качестве ведущих этиопатогенетических факторов возникновения и развития реактивных расстройств выделялись травмирующие факторы землетрясения: смерть, как минимум, одного близкого человека, потеря жилья, работы, привычной среды обитания [2], что отличалось от ситуации после землетрясений в Барнауле [7] и на полуострове Камчатка [6].

Обследованных людей разделили на 2 группы:

• 1-ю группу составили 120 человек (46 мужчин, 74 женщины), которые обратились за психотерапевтической помощью непосредственно после землетрясения. Их обследовали до (подгруппа 1А) и спустя 3 мес после проведения курса краткосрочной комплексной психотерапии (подгруппа 1Б). Повторно обследовать смогли 87 человек, или 72,5% от первоначального количества (35 мужчин, 52 женщины). На уменьшение численности группы повлиял отъезд части нефтегорцев на постоянное место жительства за пределы Сахалинской области;

• 2-ю группу составили 77 пострадавших (44 мужчины, 33 женщины), впервые обратившиеся за психотерапевтической помощью только спустя 3 мес после стихийного бедствия. Основная доля пострадавших этой группы приходилась на людей в возрасте от 31 года до 50 лет – 69 (89,6%) человек. Обследование этой группы проходило с 15 августа по 2 сентября 1995 г. на базе Охинской центральной районной больницы. Время проведения исследования с 8 до 19 ч ежедневно. Форма – индивидуальное общение с пострадавшими. Время, затраченное на обследование 1 пациента, составило от 30 до 45 мин.

Критериями отбора пострадавших для обследования были: проживание в очаге ЧС или в пункте временной эвакуации в г. Оха, добровольное обращение за психотерапевтической помощью и согласие на психологическое обследование.

Для решения поставленных задач в исследовании использовали следующие методы:

Таблица 1

Общие сведения об обследованных лицах, n (%)

Показатель	Группа		
	общая	1-я	2-я
Всего	197	120	77
Гендерный состав:			
мужчины	90 (45,7)	46 (38,3)	44 (57,1)
женщины	107 (54,3)	74 (61,7)	33 (42,9)
Возраст, лет	40,6 ± 10,6	40,3 ± 13,7	40,8 ± 7,5
Образование:			
среднее и среднее специальное	148 (75,1)	94 (78,3)	54 (70,1)
высшее	49 (24,9)	26 (21,7)	23 (29,9)

1) клинико-психопатологический;
2) экспериментально-психологический;
3) клинико-статистический.

В клинико-психопатологическом исследовании использовалось не включенное и включенное клиническое наблюдение. Первое – состояло в наблюдении за пострадавшими от землетрясения в «естественной среде обитания» – в пункте временной эвакуации, временной администрации, медицинском пункте (во время оказания медицинской помощи по соматическим показаниям). Не включенное клиническое наблюдение преследовало цель исключить искажающее (возможно индуцирующее) воздействие на пациента самого факта психотерапевтических отношений. Включенное клиническое наблюдение проводилось во время психотерапии и экспериментально-психологического исследования, т. е. в ситуациях, содержащих в себе воздействие психотерапевта на личность пациента. Квалификация диагноза проводилась в соответствии с критериями Международной классификации болезней, травм и причин смерти 10-го пересмотра.

В экспериментально-психологическом исследовании для определения выраженности депрессии и тревоги использовали шкалу депрессии Гамильтона.

Математическую обработку данных провели при помощи программы XL персонального компьютера. Сходство (различия) в группах провели с пользованием t-критерия Стьюдента для относительных величин. В тексте представлены средние арифметические величины и их ошибки (M ± m).

Результаты клинико-психологического исследования. Непосредственно после ЧС у всех пострадавших, вошедших в 1-ю группу, была диагностирована острая реакция на стресс, тяжелая форма (F43.2 по МКБ-10) с неоднородной клинической картиной. В табл. 2 представлен перечень наиболее частых симптомов.

Таблица 2

Наиболее частные симптомы у пострадавших при землетрясении

Показатель	%
Чувство вины, идеи самообвинения	98,3
Генитальные расстройства (нарушения менструального цикла, снижение либидо) отмечались	96,7
Нарушения аппетита	96,7
Основные проявления депрессии и тревоги (подавленное настроение, ощущение собственной никчемности и беспомощности, отсутствие жизненных перспектив, ощущение, что «время остановилось»)	89,2
Фобии ночного времени суток, темно-синего цвета, панельных домов	89,2
Расстройства сна, выраженные преимущественно трудностью засыпания и ранним пробуждением	85,0
Загрудинная тоска и/или апатия	78,3
Навязчивые мысли и действия (многократный подсчет этажей, тщательный поиск трещин на стенах и потолке, многократно повторяющийся обход помещения по внутреннему периметру в поисках опорной стены, навязчивый запах бетона)	58,3
Суицидальные тенденции	31,7
Колебания артериального давления	20,8
Иллюзорные расстройства (слуховые, зрительные)	18,3

Симптомы депрессии обнаруживали типичную смешанную и меняющуюся картину, включая начальное состояние с некоторым сужением поля сознания и снижением внимания, неспособностью адекватно реагировать на внешние стимулы. Перечисленные ведущие симптомы (см. табл. 2) образовывали смешанную и меняющуюся картину. О значительной тяжести расстройств, наблюдавшихся у пациентов непосредственно после ЧС, свидетельствовало, прежде всего, их становление по механизму аффективно-шоковых реакций. В.М. Гарнов, обобщая результаты исследований пострадавших от Кайраккумского (1985), Спитакского (1988), Нефтегорского (1995) землетрясений, пишет, что те или иные проявления психической дезадаптации встречались в 92,5%, а у нефтегорцев – в 94,1% [3]. Н.П. Панюшкина и соавт., наблюдавшие пострадавших в первые сутки после Нефтегорского землетрясения, отмечали неадекватные психологические реакции у 75% [9]. Разброс данных может быть обусловлен временем, прошедшим после ЧС (определенные реактивные расстройства имеют свойство развертываться после рефрактерного периода), особенностями психиатрической диагностики и тем, что группы пациентов формировались случайным образом.

Соотношение типологических вариантов поведения с проявлениями пограничных психических расстройств [4, 8] у пострадавших при землетрясении представлены в табл. 3. Оказалось, что на этапе развернутой психогении на первый план выступали не столько связанные с невосполнимой утратой овладевающие представления, сколько доминирующие в сознании идеи создания и сохранения идеализированного посмертного образа объекта привязанности как «символа высших человеческих добродетелей» [9]: доброты, верности, чуткости, талантов и т. д. А.А. Кулик по опыту Камчатского землетрясения утверждает, что у пострадавших от ЧС под воздействием экстремального фактора происходит трансформация содержательных и структурных компонентов картины мира, изменяется представление о позиции «Я–в–мире» [6].

Психические расстройства проявлялись преимущественно в двух видах: 1) состояние психомоторного возбуждения, проявляющееся лишними, быстрыми, порой нецеленаправленными движениями; 2) состояние психомоторной заторможенности, проявляющееся в замедлении психических и моторных процессов организма. Данная типология наблюдалась и в других исследованиях [3, 4].

Весь спектр интересов и деятельности пострадавших был подчинен драматическим событиям прошлого, причем они воспринимали утрату как границу, обозначившую конец прошлой жизни, трагический опыт которой определяет смысл настоящего существования. Они утверждали, что своей жизнью обязаны теперь продолжить жизнь умершего, сохранить его светлую память. Одновременно с трансформацией ценностных представлений в доминирующей идее происходило формирование патохарактерологических расстройств – обнаруживались категоричность, нетерпимость к другим мнениям, дисфорические вспышки и соответствующие им намерения.

Спустя 3 мес клиническая картина изменилась, наблюдались отличия проявлений психогений у пострадавших, получивших психотерапевтическую помощь сразу после землетрясения (подгруппа 1Б), и тех, кто обратил-

Таблица 3

Соотношение типологических вариантов поведения с характеристиками пограничных психических расстройств

Типологический вариант поведения по Н.А. Корнетову [4]	n (%)	Характеристика пограничного психического расстройства
Растерянность – эмоциональная дезорганизация, «вялый эмоциональный паралич» наряду со вспышками ужаса и отчаяния	94 (75,4)	Сознание аффективно сужено (мучительное непонимание ситуации, отрешенность от окружающего), речь, бедная словами, сбивчивая, не последовательная, мимика отражала попеременно недоумение, протест, гнев, отказ принять факт случившегося. Медленные реакции, выраженный регресс поведения, выключение психической деятельности не происходило. Реактивное переживание подвергалось отрицанию, до конца не осознавалось, существовало на периферии сознания. Состояние оценивалось как сноподобное. Характерными являлись пассивная подчиненность обстоятельствам, общая гиперестезия рецепторной деятельности, психическая анестезия, снижение или полное отсутствие витальных ощущений
Преобладание диссоциативных расстройств	18 (15,0)	Оцепенелая, неподвижная поза, мимика тупости, включающая элементы напряженности и расслабленности мышц лица, немигающий, устремленный в пространство взгляд. Реакции на внешние раздражители в большей или меньшей степени заторможены. Пациенты описывали свое состояние как сноподобное, ирреальное. У больных отмечалось нарушение «перцептуального постоянства»: все окружающее удалялось, размывалось, воспринималось плоским, то приближалось, наплывало, звуки становились громкими, неожиданными, изменения в обстановке резкими, неприятными
Психогенный ступор Фугиформное возбуждение	4 (3,3) 14 (11,7)	Бестолковая суетливость, быстрое нецеленаправленное движение по комнатам с бесцельной перестановкой предметов, ознобоподобное дрожание всего тела, беспокойные движения рук, мелкий тремор с эпизодами суженного по истерическому типу сознания с последующей селективной, парциальной амнезией. Наблюдались стойкие феномены альтерирующего, «двойного» восприятия. Сознание больных было сфокусировано на психотравмирующем событии с характерной двойственностью: «мозг отказывается принять» информацию о случившейся трагедии, а его «другая половина» ее подтверждает. Патологическое отрицание невосполнимой потери («они еще живы, там под завалами», «наверное, ее эвакуировали») сопровождалось дебютом явлений диссоциативного отчуждения, включавших феномены психогенной амнезии и деперсонализации, и было связано с определенной потерей контроля над функциями сознания. Во время реакции наблюдались мимика страха, растерянность, бледность лица, прямые приподнятые брови, широко открытые глаза, полуоткрытый рот, раздувающиеся ноздри
Субшоковые гиперкинетические реакции	8 (9,6)	Мимика страха, растерянности (прямые приподнятые брови, широко открытые глаза, полуоткрытый рот, раздувающиеся ноздри, учащение дыхания и повышение мышечного тонуса) и бледность лица. Наблюдалась картина парадоксального несоответствия между трагическим событием и аффективной реакцией на него с взбудораженностью, многоречивостью, гипопараноичностью – стремлением наказать воображаемых виновников трагедии («начальников, разрешивших строить в Нефтегорске панельные 5-этажные дома», «нефтяников, нарушивших целостность земли и, тем самым, вызвавших землетрясение»). Особый подъем настроения, сочетавшийся с активной деятельностью, имеющей адекватную ситуации направленность (поиски останков, организация похорон, оформление могилы и т. д.), чередовался с отчаянием, тоской, страхом, сознанием безысходности, невосполнимости потери. В этом случае поведение характеризовалось бестолковой суетливостью, быстрыми, нецеленаправленными движениями по комнате в поиске опорной стены, ознобоподобным дрожанием всего тела, беспокойными движениями рук, мелким тремором
Ложные узнавания и фантазии («магические сны наяву, в которых «оживал» умерший)	38 (31,7)	Неполное сознание утраты сосуществовало с причудливыми фантазиями о живой эмоциональной связи и возможности общения с умершим, ощущением его физического присутствия, имитировавшим реальное межличностное взаимодействие. Наблюдалось нарушение идентичности, вызванное взаимопоглощающим слиянием с объектом привязанности, при котором нарушалась дифференциация структуры «Я – другой». Пациенты отмечали, что живут как бы в двух измерениях, в одном из которых они «автоматически» сохраняют «видимость жизни среди людей», а в другом – реализуют в воображении надежду на встречу с объектом утраты. Замечались «знаки его присутствия»: изменения мимики на фотографиях, перемены расположения личных вещей; велись мысленные диалоги, в которых обсуждали события дня, любимые блюда, демонстрировались прежняя привязанность и забота. При этом в объективной оценке окружающих пострадавшие не обнаруживали в поведении и высказываниях явных нелепостей, таким образом, воображаемое «общение» с умершим составляло как бы самостоятельную, не связанную с социальным функционированием, часть обыденной жизни

Таблица 4

Психические расстройства у пострадавших через 3 мес после землетрясения, n (%)

Психическое расстройство (таксон МКБ-10)	Группа		p <
	1Б	2-я	
Расстройства настроения (аффективные расстройства) (F30–39), из них:	26 (29,9)	50 (64,8)	0,001
депрессивный эпизод средней степени с соматическими симптомами (F32.11)	26 (29,9)	15 (19,5)	
депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов (F32.2)	–	35 (45,3)	0,001
Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (F40–48), из них:	61 (70,1)	27 (35,2)	0,001
смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2)	27 (31,1)	11 (14,3)	0,01
обсессивно-компульсивные нарушения, представленные преимущественно навязчивыми мыслями (F42.0)	10 (11,5)	2 (0,6)	
смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации (F43.25)	3 (3,4)	6 (7,8)	
диссоциативная анестезия (F44.6)	10 (11,5)	5 (6,6)	
соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (F45.3)	9 (10,3)	1 (1,3)	
другие соматоформные расстройства (F45.8)	2 (2,3)	2 (2,6)	

ся на психотерапию спустя 3 мес (2-я группа). Как видно из табл. 4, по обобщенным таксонам психических расстройств во 2-й группе по сравнению с подгруппой 1Б было больше пострадавших с аффективными расстройствами личности (F30–39 по МКБ-10) и меньше невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств (F40–48 по МКБ-10). Следует также отметить, что во 2-й группе у пострадавших наблюдалось более тяжелое проявление депрессивных эпизодов.

По мнению В.М. Гарнова, на ранних этапах развития реактивных расстройств необходимо уделять особое внимание клиническим феноменам [3]. Поэтому с учетом традиций отечественной научной психиатрической школы, по характеру ведущего психопатологического синдрома, определяющего основное содержание стадии развернутой клинической симптоматики, выделили типы реактивных депрессий: собственно депрессивный, тревожно-депрессивный, астенодепрессивный, истеродепрессивный и депрессивно-ипохондрический. Из табл. 5 видно, что во 2-й группе пострадавших по сравнению с подгруппой 1Б достоверно больше было пострадавших с собственно депрессивным синдромом и меньше – с тревожно-депрессивным синдромом.

Отмечается относительное равенство доли депрессивного (29,9%) и тревожного синдромов (31,1%) в подгруппе 1Б. Снижение выраженности собственно депрессивной симптоматики может свидетельствовать о наметившейся тенденции к переходу расстройств в подострую фазу. Сумма долей астенической, истерической и ипохондрической депрессии (39%), вероятно, является выражением характера синдромального патоморфоза в динамике реактивных расстройств у пострадавших от землетрясения.

У пациентов 2-й группы, напротив, в структуре депрессивной симптоматики отмечалась большая доля собственно депрессивного синдрома (64,9%), что может свидетельствовать как о тяжести наблюдаемых расстройств, так и продолжающемся остром периоде [11]. Преобладание астенической депрессии над мало представленными истерической и ипохондрической, вероятно, является выражением характера синдромального патоморфоза в эволюции реактивных расстройств у пострадавших от землетрясения.

Характерными являлись и различия в выраженности соматовегетативных нарушений (рис. 2). Наиболее часто встречающимися в группах (87,4 и 93,5%) были генитальные расстройства (нарушения менструального цикла, снижение либидо, нарушение потенции, эректильная дисфункция).

73% пострадавших в подгруппе 1Б употребляли алкогольсодержащие напитки (F10.0x1 по МКБ-10). С их слов, распитие алкоголя носило эпизодический характер. Пациенты оправдывали это культурными нормами, бессонницей, болью в груди. Употребление алкоголя во 2-й

Таблица 5

Депрессивные синдромы у пострадавших через 3 мес после землетрясения, n (%)

Синдром	Группа		p <
	1Б	2-я	
Собственно депрессивный	26 (29,9)	50 (64,9)	0,001
Тревожно-депрессивный	27 (31,1)	11 (14,9)	0,05
Истеродепрессивный	9 (10,3)	2 (2,6)	
Астенодепрессивный	14 (16,1)	11 (14,3)	
Депрессивно-ипохондрический	11 (12,6)	3 (3,9)	
Итого	87 (100,0)	77 (100,0)	

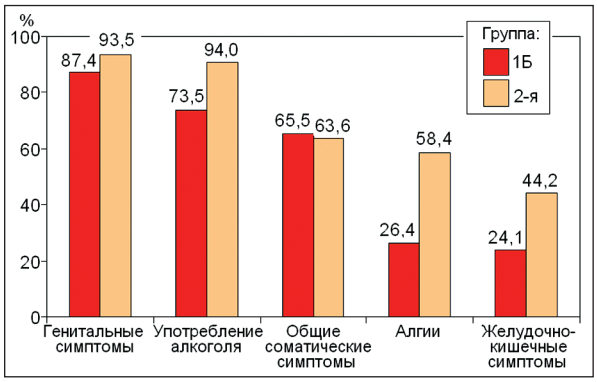

Рис. 2. Частота соматовегетативные нарушений у пострадавших 2-й группы и подгруппы 1Б.

группе отмечалось чаще (94 %) и проявлялось в более тяжелой степени. Средняя степень интоксикации (F10.0x2 по МКБ-10) отмечалась у 27 %, легкая степень (F10.0x1 по МКБ-10) – у 67 %. Употребление алкоголя пациенты оправдывали, прежде всего, наличием алгий, а также традициями и «больной» душой.

Наибольшие различия в группах наблюдались в распространенности расстройств, могущих выступать масками депрессии: алгий ($p < 0,001$) и желудочно-кишечных симптомов ($p < 0,01$), что соотносится с данными, приведенными в табл. 1, 2, и может свидетельствовать об эффективности проведенных ранее с пациентами 1-й группы психотерапевтических мероприятий.

Методики психотерапии. Особенности проведения психотерапии пострадавшим от землетрясения были обусловлены не только спецификой реактивных расстройств, но и общей стратегией медицинской помощи в условиях массового поражения. Основные задачи заключались в купировании острых реактивных расстройств непосредственно в очаге ЧС и пунктах временной эвакуации, а также в дальнейшем лечении сформировавшихся у них посттравматических расстройств [1, 2]. Значимым фактором явилось отсутствие психотропных препаратов. Позже данный негативный опыт был учтен, в штатное расписание территориальных центров медицины катастроф были введены должности психиатра и психолога, а главных врачей психиатрических больниц обязали создать запас соответствующих лекарственных средств на случай ЧС.

Психотерапия пострадавших, вошедших в 1-ю группу, основывалась на следующих принципах:

1) приближение оказываемой психотерапевтической помощи к населению, т. е. психотерапия проводилась в очаге ЧС, ургентный ее характер был обусловлен как наличием жизненно важной для пациентов проблемы, так и выраженной потребностью пострадавших в эмпатической поддержке [12, 13];

2) дополняемость используемых приемов, разнообразие их воздействия на выбранные психотерапевтические мишени с учетом соматической, психологической и социальной динамики пациентов [2].

В среднем пострадавшим 1-й группы проводили 3 сеанса психотерапии. Психотерапия была нацелена на выявление и коррекцию неадаптивных когнитивных феноменов [14], приводящих к повышению суицидального риска; поиск неопробованных пострадавшим способов разрешения актуального внутриличностного конфликта, повышающих уровень социально-психологической адаптации и фрустрационной толерантности.

К факторам, осложняющим проведение психотерапии в очаге ЧС, относились:

– большое число пострадавших, нуждающихся в помощи одновременно;

– наличие среди переживших землетрясение представителей различных национальных и религиозных культур;

– сохраняющиеся воздействия психотравмирующего фактора (ежедневные, многократно повторяющиеся остаточные подземные толчки силой 4–5 баллов по шкале Рихтера, достаточно ощутимые для восприятия);

– сильный неприятный запах от руин, шум работающей тяжелой техники; скученность и теснота проживания эвакуированных, приводящие к индукции переживаний;

– отсутствие психотропных лекарственных препаратов и приспособленных для проведения психотерапии помещений, обладающих хотя бы частичной звукоизоляцией; алкоголизация пострадавших;

– необходимость проводить часть психокоррекционных мероприятий в раннее утреннее (7–8 ч) или позднее вечернее (22–23 ч) время, так как нередко большую часть светового дня пострадавшие тратили на оформление документов, сбор сведений о семье и т. п. [15].

Психотерапию оказывали пострадавшим, которые самостоятельно обратились за ней непосредственно после землетрясения, т. е. существовала позитивная мотивация пациентов, представленная конструктивной (28,3 %) и симптоматической (71,7 %) разновидностями. Необходимо отметить, что все пациенты понимали связь между имеющейся симптоматикой и травмирующими факторами ЧС, а также психологические механизмы реактив-

ного расстройства, однако они испытывали трудности в усвоении нового страшного опыта и адекватных способов реагирования.

Использовали индивидуальную краткосрочную личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию с преимущественно симптоматической направленностью (позитивная динамическая психотерапия), направленную на коррекцию реактивных расстройств невротического уровня (купирование тревожного напряжения и страха, приспособление человека к жизни и деятельности в условиях сохраняющейся психогении), профилактику суицидов, психической дезадаптации, психосоматических заболеваний, и проводили ее с учетом уровня мотивации пациента.

Акцент делали на выслушивание и эмоциональное отреагирование, раскрытие суицидоопасных переживаний, «ортопедию отношений», связанных с признанием и подчинением реальности катастрофы, принятием неизбежности произошедшего и поиска новых жизненных ориентаций. Использовали ролевые («прощальное письмо», «шаг в будущее», «новый Я»), имажинативные («прощание», «портрет на память») приемы и суггестивные методики, которые проводили в малых группах (адаптированная прогрессирующая мышечная релаксация по Джекобсону) [2].

Для создания психотерапевтического альянса использовали техники «присоединения», такие как подстройка под дыхание пациента, присоединение к вербальным конструкциям пациента с учетом «логических уровней», не прямое «отзеркаливание» физиологических функций, прием выслушивания. После установления первоначального контакта между психотерапевтом и пациентом их общение приводило к созданию определенных взаимоотношений, которые сохранялись в ходе психотерапии. Взаимоотношения были партнерскими, т. е. стимулировали активное участие пациента в психотерапевтическом процессе, развитие ответственности и самостоятельности, умение делать выбор между альтернативными решениями. Между тем, учитывая выраженность депрессивной симптоматики, во время консультаций психотерапевт занимал достаточно активную и ответственную позицию.

Важным представлялся опыт применения фольклора (пословиц, поговорок, крылатых выражений), историй и специально сконструированных метафор. Использование многоуровневых текстов не только придавало психотерапии интуитивное измерение, но и помогало пациенту идентифицировать внутренний конфликт, предлагало ему пути выхода из возникшей ситуации, смягчало агрессию, которая в ряде случаев ситуативно возникала у пациента в отношении психотерапевта, обогащало его опытом совладания с ситуациями горя в своей собственной и других культурах. Истории и метафоры выступали своеобразным лекарством, меняли позицию пациента по отношению к случившемуся, передаваясь от одних пострадавших к другим, они способствовали самопомощи.

Кроме метафор, использовали технику снятия аффективной окраски с лингвистических конструктов, образующих речевые паттерны, имажинативные приемы: «прощание», «портрет на память».

Еще одной специфической чертой психотерапии был акцент на проговаривании, составлении, ролевом проигрывании (посредством психодраматических техник: «письмо» и «шаг в будущее») планов на будущее. Сложность этой работы состояла в затрудненном видении будущего пациентами, связанном с субъективным ощущением «остановившегося» времени.

В г. Оха в пункте временной эвакуации с учетом особенностей развития реактивных расстройств у пострадавших от землетрясения (дебют патологического процесса по типу физионевроза, преобладание процессов торможения над процессами возбуждения, распространенность фобических реакций) использовали адаптированную прогрессирующую мышечную релаксацию по Джекобсону, которую проводили в малых группах, состоящих из 5–10 человек. Общая продолжительность курса доходила до 10 сеансов.

В фокусе психотерапии удерживали следующие болезненные проявления, расположенные по мере усложнения [15]:

1) расстройства сна (сверхбодрствование, затрудненное засыпание, ночные пробуждения, кошмарные сновидения), соматовегетативные нарушения (приступы сердцебиения, ощущение удушья, гипергидроз, лабильность АД и др.);

2) навязчивые мысли и действия (подсчет этажей, поиск трещин на стенах, потолке и опорной стене), страхи ночного времени суток, темно-синего цвета, иллюзорные расстройства (слуховые, зрительные);

3) подавленное настроение, ощущение собственных никчемности и беспомощности, отсутствие жизненных перспектив, ощущение, что «время остановилось», навязчивый запах бетона;

4) чувство вины, идеи самообвинения и суицидальное настроение.

Суицидоопасные реакции имели следующую структуру:

• аффективный компонент (эмоциональная изоляция и безысходность) наблюдался в 89,2 % случаев;

• когнитивный (вина, идеи самообвинения, собственная ненужность, несостоятельность) присутствовал в 89 %;

• поведенческий (попытки разрешить ситуацию с использованием неадаптивных вариантов копинг-поведения, в том числе с употреблением алкоголя, проявлением агрессии и ассоциальных тенденций) были в 31,7 %.

На 2-м этапе психотерапию проводили в Центральной районной больнице Охинского района. Психотерапию пострадавших, вошедших во 2-ю группу, осуществляли с учетом мотивации пациентов, которая была представлена конструктивной (18,2 %), симптоматической (62,3 %) и манипулятивной (19,5 %) разновидностями. Психотерапия пострадавших носила характер краткосрочной и напоминала таковую у лиц 1-й группы непосредственно после землетрясения. Она была направлена на коррекцию реактивных расстройств невротического уровня (купирование тревожного напряжения и страха, приспособление человека к жизни и деятельности после психогении), профилактику психической дезадаптации, психосоматических заболеваний, суицидов.

Таблица 6

Структура дезадаптивных реакций пациентов 2-й группы

Шаблон дезадаптивных реакций	n (%)
Недостаток информации о том, где можно получить профессиональную помощь	59 (76,6)
Депрессивное состояние не поддается лечению	10 (13,0)
Можно обойтись самолечением	4 (5,2)
Депрессия – естественная реакция на произошедшие события	3 (3,9)
Можно справиться своими силами	1 (1,3)
Всего	77 (100,0)

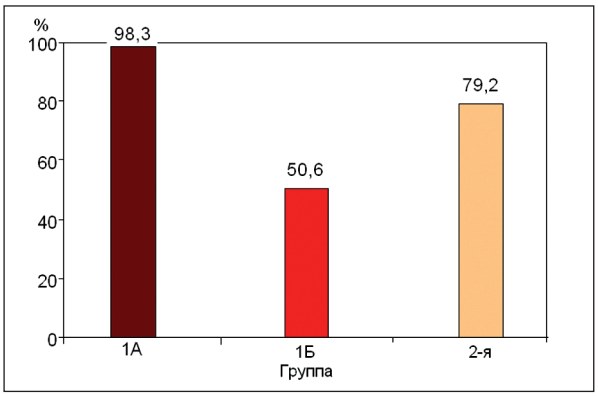

Рис. 3. Распространенность «большого депрессивного эпизода» по шкале депрессии Гамильтона.

Пациенты 2-й группы среди причин своего обращения называли совет знакомых (часть пациентов привели близкие), тяжесть состояния, усталость от горя, желание получить помощь. Среди факторов, помешавших им обратиться за помощью непосредственно после землетрясения, называли причины, соответствующие реакциям дезадаптации. Структура индивидуальных шаблонов дезадаптивных реакций пациентов, вошедших во 2-ю группу, приведена в табл. 6.

Несмотря на приложенные усилия, информирование пострадавших о возможности получения психотерапевтической помощи было недостаточным, в качестве основной причины это назвали 76,6 % пациентов (см. табл. 6). Л.В. Лещенко по опыту Барнаульского землетрясения (2003) подчеркивает важность превентивной подготовки населения сейсмоопасных районов с целью повышения психиатрической грамотности и тренинга правильного поведения в ЧС [7].

Основными задачами психотерапии пострадавших 2-й группы (через 3 мес после землетрясения) были:

1) установление психотерапевтического контакта;

2) раскрытие суицидоопасных переживаний;

3) выявление неадаптивных когнитивных механизмов, блокирующих оптимальные способы разрешения ситуации;

4) мобилизация адаптивных вариантов копинг-поведения и личностной защиты;

5) заключение психотерапевтического контракта;

6) введение новых значимых других для поддержки и помощи в дальнейшей жизни.

Об эффективности психотерапии позволяют судить приведенные ранее различия в подгруппе 1Б и 2-й группе структуры психических расстройств и структуры соматовегетативных нарушений, что подтверждалось результатами по шкале депрессии Гамильтона (рис. 3).

По данным шкалы депрессии Гамильтона, распространенность большого депрессивного эпизода в 1-й группе снизилась с 98,3 % у пациентов подгруппы 1А до 50,6 % у пациентов подгруппы 1Б ($p < 0,001$), что может свидетельствовать о клинически выраженном улучшении состояния пациентов, а во 2-й

группе большая часть пострадавших (60 человек, или 77,9%) имели показатели, соответствующие по Гамильтону критерию «большой депрессивный эпизод».

Для стандартизации оценки отношения пострадавших к психотерапии была разработана анкета обратной связи, заполняемая самими пациентами. Сравнение отношения пострадавших к психотерапии по анкетам обратной связи в группах представлено на рис. 4.

Через 3 мес, по данным анкет обратной связи, заполненной пациентами, изменилась структура отношения к психотерапии (см. рис. 4). В 1-й группе уменьшилась доля пострадавших, характеризующих психотерапию как облегчающую состояние на 16,8% (с 52,5% в подгруппе 1А до 49,4% в подгруппе 1Б) и необходимую (на 6,3%) и, в то же время, увеличилась доля пациентов, характеризующих психотерапию как поддерживающую (на 2,2%) и помогающую найти смысл дальнейшей жизни (на 20,9% при $p < 0,001$). Другими словами, наметилась тенденция к подчеркиванию личностно-ориентированных эффектов психотерапии, что соответствовало стратегии психотерапии и динамике расстройств у пострадавших. Полученные данные свидетельствуют также об улучшении у пациентов когнитивных стратегий совладания, снижении аффективных переживаний.

Пациенты 2-й группы оценивали психотерапию как облечающую (49,4%) и необходимую (27,3%), таким образом, они были ориентированы на симптомоцентрированную, неотложную психотерапию, что соответствует психотерапевтическому запросу пострадавших непосредственно после землетрясения. Среди причин своего обращения они называли совет знакомых (часть пациентов привели близкие), тяжесть состояния, усталость от горя, желание получить помощь.

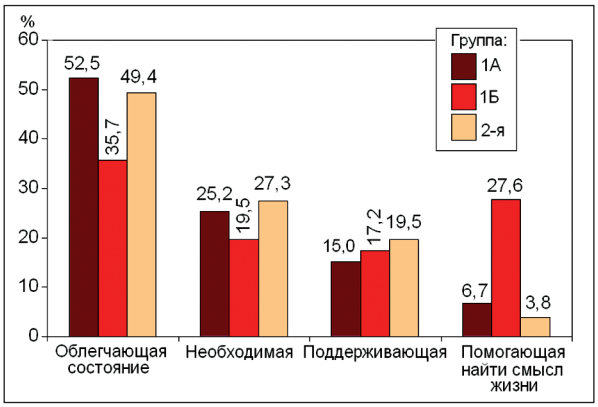

Рис. 4. Отношение к психотерапии по анкетам обратной связи.

Выводы

1. Депрессия и тревога являются важными патогенетическими факторами реактивных расстройств, возникающих у пострадавших от землетрясения непосредственно в очаге чрезвычайной ситуации. В общей структуре реактивных расстройств у пострадавших от землетрясения преобладали депрессивные и обсессивно-фобические расстройства невротического уровня.

2. У всех пострадавших непосредственно после землетрясения отмечалась острая реакция на стресс в виде типичной смешанной и меняющейся картины с начальным состоянием «оглушенности» и последующим развитием депрессии, тревоги, гнева, отчаяния, гиперактивности и отгороженности, однако ни один из симптомов не приобретал доминирующего характера.

3. Оказание психотерапевтической помощи пострадавшим от землетрясения целесообразно начинать непосредственно в очаге катастрофы, для чего может использоваться сочетание краткосрочной индивидуальной личностно-ориентированной психотерапии (позитивной динамической психотерапии) и суггестивной психотерапии в малых группах.

4. К факторам, осложняющим проведение психотерапии при землетрясении, относятся сохраняющееся воздействие психотравматизации (ежедневные, многократно повторяющиеся остаточные подземные толчки силой 4–5 баллов по шкале Рихтера, достаточно ощутимые для восприятия); сильный неприятный запах от руин, шум работающей тяжелой техники; скученность и теснота проживания эвакуированных, приводящие к индукции переживаний; недостаток или отсутствие психотропных лекарственных препаратов и приспособленных для проведения психотерапии помещений; алкоголизация пострадавших; необходимость проводить большую часть психокоррекционных мероприятий в раннее утреннее (7–8 ч) или позднее вечернее (22–23 ч) время.

5. Для информирования пострадавших о возможности психотерапии, профилактики суицидального поведения, активации механизмов самопомощи могут использоваться специально разработанные информационные материалы, цель которых сформировать у пострадавших и их близких мотивацию к преодолению психотравмирующей ситуации.

6. Для повышения эффективности лечебных и реабилитационных мер важную роль играет взаимодействие социальных, психо-

логических и медицинских служб при дифференциации последней на неотложную медицинскую, экстренную психотерапевтическую и терапевтическую с различной целевой направленностью.

Литература

1. Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И., Щукин Б.П. Психогении в экстремальных условиях. М. : Медицина, 1991. 115 с.
2. Баженова К.Ю., Слабинский В.Ю. Психотерапия нервно-психических расстройств в условиях последствий катастрофы // Неотложная психиатрическая помощь в зоне катастроф и неотложных состояний : материалы науч. конф. Томск, 1996. С. 107–110.
3. Гарнов В.М., Формирование психопатологии в рамках посттравматического стрессового расстройства у лиц, переживших землетрясение : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2002. 42 с.
4. Корнетов Н.А. Психогенные депрессии. Томск : Изд-во Томск. ун-та, 1993. 278 с.
5. Кравец А.В., Астахов В.А., Нагавкин А.Н. Организация лечебно-эвакуационных мероприятий в отношении населения п. Нефтегорска, пострадавшего в результате землетрясения // Дальневост. мед. журн. 1995. № 1. С. 17–19.
6. Кулик А.А. Картина мира лиц, переживших землетрясение : автореф. дис. ... канд. психол. наук. Хабаровск, 2008. 22 с.
7. Лещенко Л.В. Влияние землетрясения слабой интенсивности на психическое здоровье городского населения : автореф. дис. ... канд мед. наук. Томск, 2009. 25 с.
8. Никишова М.Б. Психопатология затяжных реакций тяжелой утраты // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2000. Вып. 10. С. 24–29.
9. Панюшкина Н.П., Соколовский Л.Д., Пудовиков А.С. Особенности терапевтической тактики при психогенных расстройствах в очаге землетрясения // Неотложная психиатрическая помощь в зоне катастроф и неотложных состояний : материалы науч. конф. Томск, 1996. С. 316–319.
10. Сахно И.И., Сахно В.И, Медицина катастроф (организационные вопросы) : учеб. для студентов вузов. М., 2002. 559 с.
11. Слабинский В.Ю. К вопросу патоморфоза реактивных расстройств у пострадавших от катастроф // Вестн. психотерапии. 2006. № 15 (20). С. 80–92.
12. Шойгу Ю.С. Научно-методологические положения оказания экстренной психологической помощи // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. 2008. № 1. С. 33–38.
13. Экстренная психологическая помощь пострадавшим в чрезвычайных ситуациях / под ред. И.В. Бордик, Т.Ю. Матафоновой. М. : Водолей-Саут, 2009. 480 с.
14. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства : [пер. с англ.] / под ред. Э. Фоа, Т.М. Кина, М. Фридмана. М. : Когито-Центр, 2005. 467 с.
15. Slabinsky V.Y., Oulianov I.G. The Description of the Application of Positive Psychotherapy for the Therapy of People in the State of Deep Distress who Survived the Earthquake in the City of Neftegorsk Sakhalin Island, Russia // Abstr. 2-nd Word Congres. Positive Psychotherapy 5–9 July 2000. Wiesbaden, Germany, 2000. P. 72–73.

Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.
Поступила 28.01.2017

Для цитирования. Слабинский В.Ю. Психотерапия пострадавших от землетрясения в 1995 году в Нефтегорске // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. 2017. № 1. С. 40–53. DOI 10.25016/2541-7487-2017-0-1-40-53.

Psychotherapeutic Treatment of Victim of the 1995 Earthquake in Neftegorsk

Slabinskii V.Yu.

Saint-Petersburg State University (Universitetskaya emb., 7/9, St. Petersburg, 199034, Russia)

✉ Vladimir Yur'evich Slabinskii – PhD Med. Sci., Associate Prof., Saint-Petersburg State University (Universitetskaya emb., 7/9, St. Petersburg, 199034, Russia), e-mail: slabinsky@yandex.ru.

Abstract

Relevance. On May 28, 1995, an earthquake by the magnitude of up to 9 scores on the Richter scale struck the island of Sakhalin; as a result, the town settlement of Neftegorsk was destroyed. 2040 out of 3197 inhabitants (including 270 children) died; over 100 people died in hospitals. 685 professional rescuers were involved in rectification of the disaster consequences. Medical assistance was provided to the victims by a consolidated medical unit, which consisted of doctors of various specialties (surgeons, traumatologists, therapists, etc.) seconded by leading medical institutions of the Russian Far East.

Intention. Provision of psychological assistance to the victims of the earthquake.

Methods. The following methods were used: 1) clinical and psychopathological; 2) experimental and psychological; 3) clinical and statistical.

Results and Discussion. For the first time in modern Russian history an emergency psychotherapeutic assistance brigade was working. The psychotherapeutic assistance was organized in 2 stages. The duration of the 1st stage was approximately 1 month (from June 2 to July 9, 1995). One part of the group was working directly in the town of Neftegorsk. Another part of the group was working in the city of Okha, in the temporary evacuation area for the victims. At the 2nd stage, the psychotherapeutic assistance group worked from August 15 to September 2, 1995. Out of 369 residents of Neftegorsk and Okha who survived the earthquake, 197 people (or 53.4 % of the total number) received psychotherapethic assistance; men accounted for 45.7 %, women – for 54.3 %, all of them have been previously examined. Immediately after the disaster, all of the victims included in the Group 1 were diagnosed with acute stress reaction, in a severe form (F43.2 according to ICD-10). The psychotherapy was focused on the following symptoms: 1) sleep disorders, somatic vegetative disorders; 2) obsessions, fears; 3) anxiety and depressive feelings; 4) feeling of guilt and suicidal mood.

Conclusion. To increase the effectiveness of treatment and rehabilitation measures, it is important to ensure efficient interaction of social, psychological and medical services with differentiation of the latter into emergency medical and emergency psychotherapy service.

Keywords: emergency, earthquake, reactive disorders, psychotherapy, stress, emotional tension, Sakhalin region, Neftegorsk

References

1. Aleksandrovskii Yu.A., Lobastov O.S., Spivak L.I., Shchukin B.P. Psikhogenii v ekstremal'nykh usloviyakh [Psychogenia in extreme conditions]. Moskva. 1991. 115 p. (In Russ.)

2. Bazhenova K.Yu., Slabinskii V.Yu. Psikhoterapiya nervno-psikhicheskikh rasstroistv v usloviyakh posledstvii katastrofy [Psychotherapy of neuropsychiatric disorders in the aftermath of a disaster]. *Neotlozhnaya psikhiatricheskaya pomoshch' v zone katastrof i neotlozhnykh sostoyanii* [Emergency psychiatric care in disaster areas and in emergency conditions] : Scientific. Conf. Proceedings. Tomsk, 1996. Pp. 107–110. (In Russ.)

3. Garnov V.M., Formirovanie psikhopatologii v ramkakh posttravmaticheskogo stressovogo rasstroistva u lits, perezhivshikh zemletryasenie [Formation of psychopathology in the framework of post-traumatic stress disorder in survivors of an earthquake] : Abstract dissertation Dr. Med. Sci. Moskva. 2002. 42 p. (In Russ.)

4. Kornetov N.A. Psikhogennye depressii [Psychogenic depression]. Tomsk. 1993. 278 p. (In Russ.)

5. Kravets A.V., Astakhov V.A., Nagavkin A.N. Organizatsiya lechebno-evakuatsionnykh meropriyatii v otnoshenii naseleniya p. Neftegorska, postradavshego v rezul'tate zemletryaseniya [Organization of medical and evacuation measures for the population of the town of Neftegorsk affected by the earthquake]. *Dal'nevostochnyi meditsinskii zhurnal* [Far East Journal of Medicine]. 1995. N 1. Pp. 17–19. (In Russ.)

6. Kulik A.A. Kartina mira lits, perezhivshikh zemletryasenie [The worldview of earthquake survivors] : Abstract dissertation PhD Psychol. Sci. Khabarovsk. 2008. 22 p. (In Russ.)

7. Leshchenko L.V. Vliyanie zemletryaseniya slaboi intensivnosti na psikhicheskoe zdorov'e gorodskogo naseleniya [Impact of a low intensity earthquake on the mental health of urban population] : Abstract dissertation PhD Med. Sci. Tomsk. 2009. 25 p. (In Russ.)

8. Nikishova M.B. Psikhopatologiya zatyazhnykh reaktsii tyazheloi utraty [Psychopathology of protracted reactions of bereavement]. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2000. Issue 10. Pp. 24–29. (In Russ.)

9. Panyushkina N.P., Sokolovskii L.D., Pudovikov A.S. Osobennosti terapevticheskoi taktiki pri psikhogennykh rasstroistvakh v ochage zemletryaseniya [Peculiarities of therapeutic tactics in psychogenic disorders in the earthquake source]. *Neotlozhnaya psikhiatricheskaya pomoshch' v zone katastrof i neotlozhnykh sostoyanii* [Emergency psychiatric care in disaster areas and in emergency conditions] : Scientific. Conf. Proceedings. Tomsk. 1996. Pp. 316–319. (In Russ.)

10. Sakhno I.I., Sakhno V.I, Meditsina katastrof (organizatsionnye voprosy) [Emergency medicine (organizational issues)]. Moskva. 2002. 559 p. (In Russ.)

11. Slabinskii V.Yu. K voprosu patomorfoza reaktivnykh rasstroistv u postradavshikh ot katastrof [On the issue of reactive disorders pathomorphism in those affected by disasters]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2006. N 15. Pp. 80–92. (In Russ.)

12. Shoigu Yu.S. Nauchno-metodologicheskie polozheniya okazaniya ekstrennoi psikhologicheskoi pomoshchi [Research and methodology issues of providing urgent psychological assistance]. *Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh* [Medico-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations. 2008. N 1. Pp. 33–38. (In Russ.)

13. Ekstrennaya psikhologicheskaya pomoshch' postradavshim v chrezvychainykh situatsiyakh [Emergency psychological care for victims of emergency situations]. Eds.: I.V. Bordik, T.Yu. Matafonova. Moskva. 2009. 480 p. (In Russ.)

14. Effektivnaya terapiya posttravmaticheskogo stressovogo rasstroistva [Effective treatments for PTSD] : transl. English. Eds.: E. Foa, T.M. Kina, M. Fridman. Moskva. 2005. 467 p. (In Russ.)

15. Slabinsky V.Y., Oulianov I.G. The Description of the Application of Positive Psychotherapy for the Therapy of People in the State of Deep Distress who Survived the Earthquake in the City of Neftegorsk Sakhalin Island, Russia. *Abstr. 2-nd Word Congres. Positive Psychotherapy* 5–9 July 2000. Wiesbaden. Germany, 2000. Pp. 72–73.

Received 28.01.2017

For citing: Slabinskii V.Yu. Psikhoterapiya postradavshikh ot zemletryaseniya v 1995 godu v Neftegorske. *Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh*. 2017. N 1. Pp. 40–53. **(In Russ.)**

Slabinskii V.Y. Psychotherapeutic Treatment of Victim of the 1995 Earthquake in Neftegorsk. *Medico-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations*. 2017. N 1. P. 40–53. DOI 10.25016/2541-7487-2017-0-1-40-53.