

ОСТРЫЕ СТРЕССОВЫЕ РАССТРОЙСТВА И ДЕПРЕССИВНЫЕ РЕАКЦИИ У ПОСТРАДАВШИХ ОТ ТЕРРОРИСТИЧЕСКОГО АКТА В БЕСЛАНЕ

Д. Ю. Вельтищев, Г. С. Банников, А. Ю. Цветков

Отделение стрессовых расстройств Московского НИИ психиатрии

Террористический акт в Беслане характеризовался стрессовой ситуацией, чрезвычайной по своей неожиданности, интенсивности, длительности и тяжести последствий. Любая тяжелая психическая травма поражает присущую личности уверенность в защищенности и безопасности, поэтому выраженная реакция является адекватным следствием неадекватных событий. Из этого следует, что стрессовые расстройства, как и собственно стресс, являются практически всеобщими и неспецифичными. В этой связи, представляется необходимым уточнить общие критерии стрессовых расстройств, которые до настоящего времени недостаточно разработаны. В отличие от сравнительно малодифференцированного раздела стрессовых расстройств МКБ-10, в DSM-IVTR (6) предложены критерии острого стрессового расстройства, развивающегося в ответ на чрезвычайный стрессовый фактор, и длящегося от 2-х суток до 4-х недель. По данным литературы, распространенность стрессовых расстройств среди жертв чрезвычайных психотравмирующих событий может достигать 80% (1). В настоящее время имеются подтвержденные данные о высокой частоте перехода острого стрессового расстройства в острое (длительностью 1–3 мес.), а затем и в хроническое (длительностью более 3-х мес.) посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) (1, 3, 5). Психопатологическая структура острых реакций, острых стрессовых расстройств и ПТСР является сходной, включая, прежде всего, симптомы и признаки тревожного диапазона депрессивного спектра. Как показывают исследования, лишь кластер диссоциативных нарушений, включающий сглаженность эмоциональных реакций, снижение возможности осознания происходящего, деперсонализацию, дереализацию и диссоциативную амнезию на травматические события, признается специфичным для острых стрессовых расстройств (4). При этом сохраняется нерешенным вопрос о взаимосвязи этого кластера с особенностями личности и культуральными факторами. Особенности детских реакций на чрезвычайные события преиму-

ущественно отражаются в двигательных, соматических и регрессивных поведенческих проявлениях тревоги.

Массовая и трагическая гибель детей и членов их семей в результате террористического акта в Беслане свидетельствует о необходимости рассмотрения депрессивной реакции горя в качестве адекватного реагирования на чрезвычайный по силе и комплексный фактор. Реакция горя и в МКБ-10 и в DSM-IV относится к депрессивным реакциям различной выраженности и продолжительности. В 15–20% горе имеет затяжное течение, длительностью более года. Известно, что неожиданная смерть близкого приводит к осложненному течению нормальной реакции (9). Ряд авторов полагает, что симптомы патологической реакции горя имеют качественные отличия от ПТСР, большой депрессии и расстройств адаптации и без адекватного лечения могут длиться годами, поэтому в разрабатываемой в настоящее время классификации DSM-V предполагается выделение стандартизированных критериев (10). В последнее время подтверждается тот факт, что реакция горя нередко переходит в выраженное и затяжное депрессивное расстройство после неожиданной гибели близких, а также у тех, кто пережил несколько утрат. Наиболее выраженные депрессивные реакции горя наблюдаются у родителей, неожиданно потерявших своих детей (6). Как известно, к патологическим реакциям горя относят выраженные стабильные состояния, симптоматика которых несет в себе черты типичной тоскливой депрессии, мало зависящей от влияния внешних факторов. Выявляются сверхценные переживания вины, связанные с потерей, отрешенность и отгороженность от окружающего, ранние утренние пробуждения. С другой стороны, патологический характер горя может определяться выраженностью навязчивых воспоминаний и представлений, избеганием всего, что напоминает об умершем, кошмарными сновидениями и вегетативно-соматическими реакциями, либо доминированием отрицания утраты и конверсионных расстройств (2). По-видимо-

му, отнесенность выраженной реакции горя к тому или иному аффективному диапазону – тревожному, тоскливому или апатическому взаимосвязана с характером личностной аффективности и в каждом конкретном случае представляет диагностическую задачу. В частности, при стабильном течении и выраженности аффекта тоски с наличием соматических (витальных) признаков выраженная реакция горя может определяться в качестве депрессивного эпизода.

К факторам, определяющим чрезвычайную выраженность психотравмирующей ситуации 1–3 сентября 2004 года, можно отнести: 1. Дату террористического акта – начало учебного года – день, который для большинства школьников и родителей, особенно первоклассников, является праздником и, в тоже время, стрессовым фактором. 2. Последующее массовое насилие в течение трех дней – захват заложников с применением оружия, трехдневное ожидание родных около школы и перенесенные страдания самих заложников, расстрелы, взрывы, пожар, гибель и ранения большого числа детей. 3. Нередко длительный поиск своих близких среди погибших – тревожный период надежды, сменяющийся кратким облегчением или выраженной реакцией горя. 4. Потеря близких, одного или нескольких детей в семьях, родителей, родных, одноклассников, учителей. 5. Затяжной характер последующих массовых похорон. 6. Напряженная ситуация в городе с ожиданием повторных террористических актов, усиленная последующими провокациями тревоги (в частности, выстрелы по ночам, угроза взрыва здания районной поликлиники).

Мощную психическую травму получили все пострадавшие – как бывшие заложники, так и их родные, находившиеся в неведении и страхе в течение трех дней около школы, и участвовавшие в спасении заложников. Особенно сильную психическую травму получили родители, у которых погибли дети. В этой связи, реакции бывших заложников и их родственников, особенно родственников погибших, носили осложненное течение, проявившееся в особой выраженности и распространенности стрессовых расстройств.

Представленные данные говорят об актуальности тщательного психопатологического анализа острых стрессовых расстройств и депрессивных реакций горя для последующей разработки методов адекватной терапии и реабилитации, а также для профилактики хронических стрессовых и депрессивных расстройств.

Представленные результаты являются обобщением данных лечебно-консультативной работы психиатров на базе районной Правобережной поликлиники и больницы г.Беслана в период с 9 по 14 сентября и с 2 по 11 ноября 2004 года. За это время была оказана психиатрическая и психотерапевтическая помощь 215 бывшим заложникам и пострадавшим, включая 25 мужчин, 104 женщины и 83 пациента детского и подросткового возраста. Из

них 186 было обследовано во время амбулаторного приема в поликлинике и 29 пациентов во время курса лечения в психосоматическом отделении районной больницы (табл.).

Анализ острых стрессовых расстройств и депрессивных реакций горя был проведен у 138 бывших заложников (80%) и пострадавших (20%), обратившихся за амбулаторной психиатрической помощью спустя 6–10 дней после окончания террористического акта. Обследованная группа включала 66 (56%) детей и подростков и 69 жителей среднего возраста – 59 (37%) женщин и 10 (7%) мужчин в возрасте от 17 до 60 лет (таблица). В большинстве случаев выявлялись смешанные тревожно-тоскливые состояния (53%), отражающие симптомы острого стрессового расстройства и депрессивной реакции горя. Неотягощенные острые стрессовые расстройства, проявляющиеся тревожно-фобической симптоматикой наблюдались в 40%, преимущественно в детском возрасте. Другие формы реакции, включая обострение ранее имевшегося психического расстройства, были гораздо менее характерны и наблюдались лишь в 7%. Психопатологическая структура расстройств находилась в тесной зависимости от характера и содержания стрессовых факторов. Трехдневное состояние страха, ужаса, отчаяния, насильственного голода и жажды заложников приводило к развитию острых стрессовых расстройств. Чаще всего такие состояния развивались спустя сутки после освобождения и характеризовались интенсивной тревогой с элементами идеомоторного возбуждения, навязчивыми представлениями и воспоминаниями, связанными с содержанием перенесенной ситуации, избеганием одиночества и темноты, гиперестезией с реакциями испуга при громких звуках, нарушениями сна с затруднением засыпания и кошмарными сновидениями, вегетативной лабильностью. Характерным было состояние настороженности с ожиданием повторного террористического акта – любые громкие звуки, напоминающие выстрелы, вызывали испуг. Выявлялся страх темноты и одиночества. Дети боялись выходить на улицу, особенно по вечерам, и засыпали только в постели родителей. По ночам дети кричали и просыпались в слезах, во сне отмечались вздрагивания и подергивания. Родители за-

Сравнительная структура групп пациентов, обследованных в районной поликлинике и больнице г. Беслана в сентябре и ноябре 2004 года

Месяц	Сентябрь		Ноябрь		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Пациенты\Количество						
Дети и подростки	66	56	17	22	88	41
Мужчины	10	7	15	20	25	11
Женщины	59	37	45	58	104	48
Амбулаторный прием	138	100	48	62	186	86
Стационар	-	-	29	38	29	14
Всего	138	100	77	100	215	100

Примечание: * – включая группу «другие».

мечали у детей реакции, свойственные более ранним периодам развития, что проявлялось в движениях, речи и поведении. Отмечалось значительное усиление зависимости от родителей с реакциями тревоги при разлуке. Появились игры, отражающие ситуацию захвата заложников. Даже 1,5-летняя девочка движениями и звуками регулярно имитировала стрельбу. У некоторых подростков наблюдалось стремление описать в ретроспективном дневнике все подробности происходивших событий. И дети, и взрослые замечали, что постоянно обсуждают только одну тему – ужасы террористического акта. В связи с этим многие жители, пережившие страх, старались не выходить из дома, чтобы не встречать знакомых, избегали разговоров о пережитых событиях.

Гибель заложников провоцировала депрессивные реакции горя, наиболее выраженные в семьях, потерявших детей. Как отмечал Курт Шнайдер (3), зрелый человек редко обращается к врачу по поводу своего горя, не считая «скорбь» болезнью, а гораздо чаще «воспринимает судьбу как стоящую перед ним задачу и принимает ответственность за нее на себя». За время работы в Беслане самостоятельных обращений пациентов к психиатру по поводу депрессивных реакций горя без сопутствующей стрессовой или соматической симптоматики не отмечалось. В большинстве случаев эти психологически тяжелые состояния диагностировались у матерей, потерявших детей и обратившихся к психиатрам по поводу психического состояния детей, оставшихся в живых; у отцов, потерявших своих жен и обратившихся с просьбой сказать об этом детям; в семьях, где погибли дети, во время вызовов на дом родственниками погибших. Депрессивные реакции сопровождались состоянием «окаменелости», идеомоторным торможением, стертой реакцией на внешние стимулы, эпизодическим чувством внутреннего напряжения с интенсивными переживаниями тоски, безнадежности потери, чувства вины и отчаяния, нередкой потерей возможности плакать, ночными или ранними утренними пробуждениями, симптомами вегетативной неустойчивости. Чувство вины имело тесную связь с содержанием психической травмы. Бывшие заложники нередко говорили о вине перед погибшими, о том, что их вина в том, что им удалось выжить, что не смогли спасти своих детей. Эти переживания носили сверхценный характер, находились в тесной взаимосвязи с выраженностью тоски и ранними утренними пробуждениями, сопровождалась навязчивыми представлениями и воспоминаниями об особых ужасах последнего дня террористического акта.

Комплексный характер и последствия стрессового фактора – массового насилия, включающего неожиданный захват людей, угрозу смерти и гибель детей, определили смешанный характер стрессового реагирования, включающий не только тревожные, но и тоскливые механизмы. У бывших залож-

ников, переживших интенсивный и длительный стресс и потерявших своих близких, наблюдались наиболее выраженные расстройства – депрессивным реакциям горя сопутствовали острые стрессовые расстройства, проявлявшиеся в тревожно-фобических нарушениях.

Несмотря на выраженность стрессора и последующих острых реакций, обращала на себя внимание незначительная представленность диссоциативных симптомов, считающихся типичными для острого стрессового расстройства (4, 11). Лишь в трех наблюдениях у детей можно было условно говорить о диссоциативной амнезии (дети активно не хотели вспоминать прошлое) и лишь в одном случае – о выраженных конверсионных расстройствах. Можно предположить, что особенности реагирования во многом носят культуральный характер и связаны с доминированием тревожного и тоскливого диапазона личностной аффективности в данной популяции.

Терапия острых стрессовых состояний строилась в зависимости от структуры аффекта – наличия и выраженности признаков тревоги и/или тоски. При ограниченности состояния тревожно-фобической симптоматикой назначались транквилизаторы (феназепам, диазепам, алпрозолам). При повторных консультациях в большинстве случаев неосложненного острого стрессового расстройства отмечалась положительная динамика и хорошая реакция на терапию. Следует отметить, что достаточно быстрая обратная динамика симптомов тревоги наблюдалась в большинстве случаев острых стрессовых расстройств у жителей Нью-Йорка после террористического акта 11 сентября 2001 года (8).

При смешанной тревожно-тоскливой структуре расстройств проводилась терапия транквилизаторами и антидепрессантами с преимущественно седативным действием (амитриптилин, миансерин) в небольших суточных дозах. Применялись релаксационные, отвлекающие и когнитивные психотерапевтические приемы. Выраженные реакции горя, развившиеся после гибели детей, значительно труднее поддавались психотерапевтической и психофармакологической коррекции, чем острые стрессовые расстройства, не осложненные депрессивной реакцией. При этом следует отметить, что назначение даже средних суточных доз препаратов с седативным и анксиолитическим действием при депрессивных реакциях горя нередко приводило к ухудшению состояния с нарастанием двигательного торможения, затруднением возможностей переключения внимания и занятости. Попытки назначения антидепрессантов с серотонинергическим действием в большинстве случаев были неудачными. Выявлялось обострение тревоги, переживаний потери, терялась возможность их самоконтроля. При изначально навязчивом уровне расстройств появлялись сверхценные переживания. В этой связи, основными терапевтическими задачами в острый период депрессивной реакции горя являлось улучшение ночного сна, уменьшение тревожных переживаний

и вегетативно-соматических реакций, которые достигались назначением малых доз транквилизаторов и антидепрессантов с седативным норадренергическим действием (амитриптилин, миансерин), преимущественно перед ночным сном.

Таким образом, «сентябрьский» период характеризовался преимущественным обращением за помощью матерей с детьми с острыми стрессовыми (тревожно-фобическими) и депрессивными реакциями горя, регрессивными формами поведения, преимущественно положительной динамикой при назначении адекватной лекарственной терапии. У тех пострадавших, кто по тем или иным причинам прекращал принимать препараты, достаточно быстро отмечалось обратное развитие тревожной симптоматики с постепенным усилением гипотимии, раздражительности, общей астенизации.

«Ноябрьский» период работы характеризовался доминированием диагностики острого посттравматического стрессового расстройства (DSM IV-TR) с присоединением и усилением депрессивных реакций и психосоматических расстройств. При сравнении с сентябрьским периодом в ноябре при

уменьшении общего числа пострадавших, обращающихся за амбулаторной помощью, возросла доля взрослого, преимущественно женского (54%) населения среди пациентов поликлиники. Из 48 амбулаторных консультаций, оказанных в этот период, лишь в 17 случаях (35%) помощь оказывалась детям и подросткам. Уменьшилось число бывших заложников, обращающихся за помощью к психиатру, составив лишь 46% (в сентябре – 80%). Значительно чаще за консультацией обращались родственники заложников и другие жители Беслана. При этом следует отметить, что в целом аффективная структура расстройств, диагностированных при амбулаторном консультировании, существенно не изменилась. В 50% выявлялась тревожно-тоскливая структура стрессового расстройства, отражающая депрессивную реакцию с элементами острого ПТСР, в 42% – тревожно-фобические симптомы острого посттравматического стрессового расстройства и в 8% диагностировались другие состояния, имеющие предшествующее длительное течение. К группе «другие» мы отнесли пациентов, ухудшение состояния которых в большей степени было связано с иными психическими расстройствами, имеющими длительное предшествующее течение.

В ноябре в течение 10 дней работы в специализированном психосоматическом отделении Районной больницы находилось на лечении 29 пациентов. Из них 19 женщин и 10 мужчин (таблица), средний возраст которых составлял соответственно 46,5 и 34,2 года. Распределение по группам – заложники, пострадавшие и другие пациенты (рис. 1). Как правило, при поступлении ставился диагноз острого ПТСР, однако в ходе более дифференцированного обследования в отделении уточнялся и расширялся спектр диагностируемых расстройств, в связи с тем, что проявления депрессии выходили на первый план клинической картины (рис. 2). Как видно из графика, состояние большинства женщин (60%) соответствовало критериям пролонгированной тревожно-депрессивной реакции с симптомами острого ПТСР, тогда как среди мужчин домини-

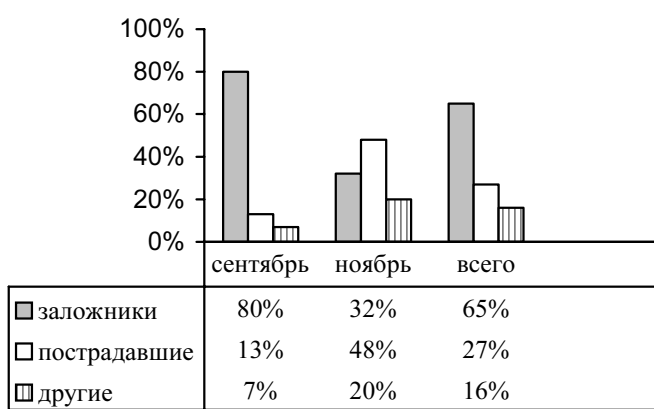


Рис. 1. Соотношение числа пациентов в группах заложники/пострадавшие/другие, обследованных в сентябре и ноябре 2004 года

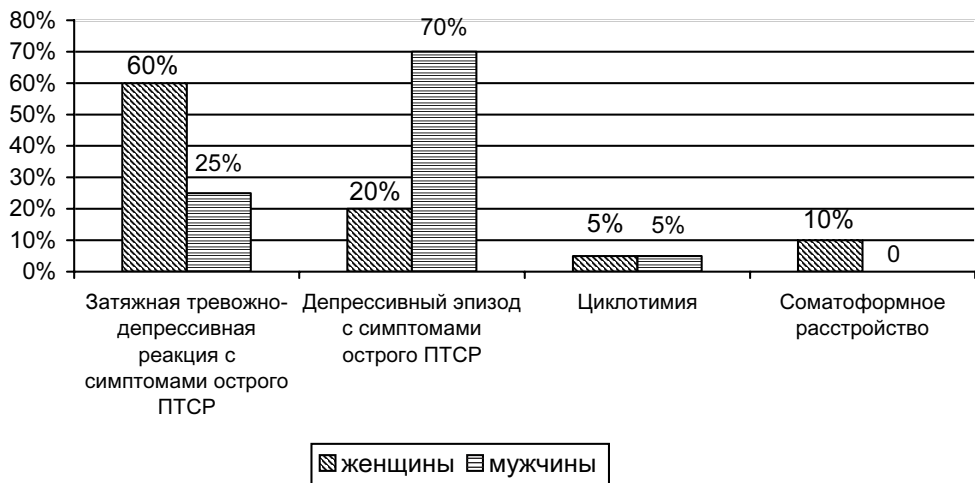


Рис. 2. Расстройства депрессивного спектра у больных психосоматического отделения (n=29)

ровал (70%) диагноз депрессивного эпизода средней степени тяжести. При этом у большинства пациентов сохранялись симптомы, соответствующие критериям острого ПТСР. Были выявлены существенные различия в динамике развития депрессий у женщин и у мужчин. Если у женщин динамика депрессивного состояния в большей степени зависела от внешних факторов, а содержание переживаний отражало содержание психотравмирующей ситуации, то у мужчин депрессивное состояние отличалось стойкостью, незначительной зависимостью от внешних событий, обращенностью переживаний в прошлое к периоду, предшествующему психотравмирующим событиям. Проявляющееся у женщин недовольство, дисфория, раздражительность, связанная с происходящими событиями, требовала ежедневной психотерапевтической коррекции. Именно выраженная фиксация внимания на социально-общественных процессах г.Беслана, а не на собственном здоровье, определяла характер колебаний психосоматического состояния у женщин. Наряду с дисфорией, психическое состояние определялось выраженностью тревоги, что внешне проявлялось в напряженном взгляде, мимических реакциях, ускорении речи, элементах моторной заторможенности. Отчетливых суточных колебаний настроения не наблюдалось, усиление раздражительности, тревожной напряженности по вечерам имело связь с психической истощаемостью в условиях непрерывного общения. Женщины эмоционально рассказывали о своих детях, искренне радовались их приходу в больницу, на время забывая о своих проблемах. Идеи самообвинения носили психологически понятный характер, отличались нестойкостью и легко поддавались коррекции. Мысли преимущественно были направлены в будущее и имели негативную окраску – как «ожидание худшего». Интенсивность телесных ощущений зависела от выраженности тревоги. Преобладали мигрирующие ощущения алгического, термического характера с локализацией в области груди, шеи, волосистой части головы. Женщины охотно описывали свои переживания и неприятные ощущения. Горечь потери, чувство покинутости, одиночества, своей ненужности, униженности находили отражение в постоянной раздражительности, реакциях гнева, иногда доходящих до приступов ярости. Женщины чаще жаловались на невозможность уснуть в связи с навязчивыми мыслями и представлениями.

Мужчины поступали в отделение или под нажимом родственников или переводом из терапевтического отделения. У всех находящихся на лечении в отделении мужчин погибли близкие родственники. Практически никто из них, со времени трагедии, так и не вышел на работу. Часто первым поводом для обращения к врачу являлись боли в области сердца или желудка, сопровождающиеся страхом смерти и вегетативными реакциями. При поступлении пациенты были замкнуты, малообщительны,

старались говорить только по необходимости. В беседе с врачом неохотно рассказывали о своих переживаниях, избегали говорить на темы, связанные с утратой близких, делая акцент на соматическое неблагополучие: нарушения сна (всех периодов), снижение аппетита, общую слабость, повышенную утомляемость, болезненные ощущения в теле. О глубине переживаний можно было судить по застывшим мимическим реакциям, некоторой идеомоторной заторможенности, несвойственной раннее замкнутости, угрюмости. Практически все мужчины сообщали об учащении алкоголизаций, направленных на уменьшение внутреннего напряжения и интенсивности тягостных переживаний. Однако прием алкоголя, только временно улучшая состояние, усиливал и стабилизировал соматизацию депрессии. Возникали вторичные идеи вины, связанные с «неподобающим» поведением, становились более выраженными идеи малоценности, нарастала астения. Отмечались суточные колебания настроения с угнетенностью, безразличием, подавленностью, тяжестью в груди в утреннее время и нарастанием внутренней напряженности, раздражительности, тревожности по вечерам. Многочисленные телесные сенсации отличались разнообразием, как по характеру ощущений, так и по локализации. Ипохондрическая фиксация на болезненных ощущениях, наблюдаемая преимущественно у мужчин, не имела идеаторной проработки, и была существенно тесно связана с комплексом депрессивных переживаний. Нарушения сна охватывали все периоды, однако, в отличие от женщин, наблюдались ранние пробуждения с выраженной тоской, подавленностью, ощущением тяжести, физическим ощущением тоски. Мысли были обращены в прошлое. Как женщины, так и мужчины отмечали, что периодически, внезапно и навязчиво возникают представления, отличающиеся особой чувственной насыщенностью и интенсивностью, которые отражают обстановку трагедии и последующих дней. Стойкое чувство вины с ощущением своей беспомощности, навязчивыми представлениями происшедшего и тревога, усиливающаяся во время разговоров на травмирующие темы, определяли избегающий стиль поведения с депрессивной аутизацией.

Таким образом, депрессивное состояние у женщин характеризовалось лабильностью состояния с зависимостью от внешних факторов, преобладанием тревоги и дисфории. Структура депрессии у мужчин отличалась большей стабильностью, обращенностью в прошлое, переживаниями вины, суицидальными мыслями. В клинической картине бывших заложников и пострадавших существенных различий выявлено не было.

Значительный удельный вес тревоги в структуре депрессивных нарушений определял выбор терапии, включающей парентеральное введение транквилизаторов в сочетании с антидепрессантами с преимущественно норадренергическим действием.

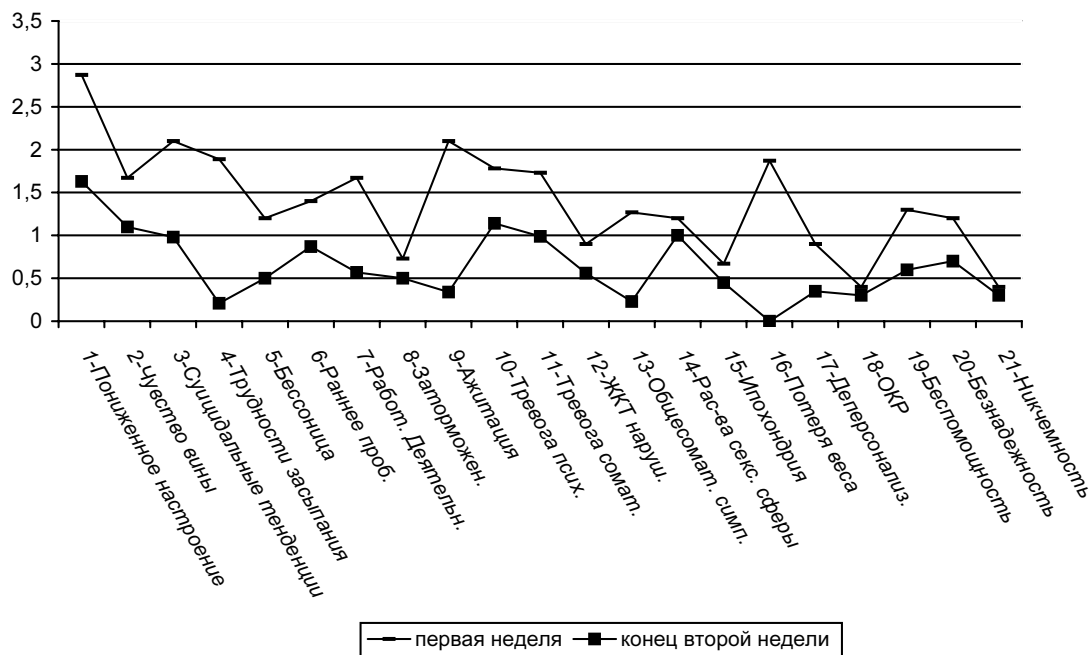


Рис. 3. Терапевтическая динамика состояния пациентов, находившихся на лечении в психосоматическом отделении (шкала депрессии Гамильтона) (n=29)

На рис. 3 отражена 10-ти дневная терапевтическая динамика. Улучшение состояния в первые дни терапии происходило преимущественно за счет частичной редукции тревожных проявлений депрессии (ажитация, соматические симптомы, трудности засыпания). Некоторые больные отмечали появление кратковременного состояния комфортной расслабленности, легкой сонливости, вялости. Однако отмечалась неустойчивость и крайняя зависимость психического состояния от внешних событий. Любая неприятность вновь усиливала внутреннюю напряженность, недоверчивость, пессимистическую направленность мыслей. Преждевременное уменьшение доз транквилизаторов также приводило к нарастанию соматической тревоги и раздражительности.

Психотерапевтическая помощь являлась важным звеном комплексного лечения в психосоматическом отделении больницы. Учитывая ограниченные сроки работы специалистов в Беслане, а также высокую потребность пострадавших в психологических методах лечения, терапия носила интенсивный характер. Проводились ежедневные психотерапевтические занятия, длительностью 1,5–2 часа. Целью начального этапа являлось установление терапевтического партнерства и его поддержание в процессе дальнейшего лечения (формирование «терапевтического альянса»). Курс психотерапевтического лечения был проведен у 9 пострадавших (7 муж. и 2 жен.) в возрасте от 19 до 46 лет. Практически во всех случаях имела необходимость вовлечения членов семей в оказание терапевтической помощи. В среднем, с каждым пациентом было проведено 7

психотерапевтических занятий. В задачи психотерапии входило: усиление индивидуальных защитных механизмов; смягчение чувства вины и отчаяния; профилактика агрессивного и суицидального поведения; уменьшение выраженности тревоги и дисфории, а также интерпретация индивидуально-го значения происшедших событий в плане организации последующей жизни. Проводилась также работа с реакциями горя, которая включала объективизацию своего отношения к происшедшему, осознание реакции горя как части жизни (судьбы) и мобилизацию душевных сил пережить горе. В процессе терапии проводились сеансы гипносуггестии длительностью 30–40 минут, а также обучение саморелаксации (медитативные техники). В целом, к 10-му дню комплексной терапии удалось достичь устойчивой редукции тревожных, соматических и дисфорических проявлений, при менее выраженной положительной динамике симптомов тоскливого диапазона.

Таким образом, чрезвычайный стрессовый фактор массового насилия, приведший к трагическим последствиям, провоцировал распространенные и выраженные стрессовые расстройства. Симптоматика расстройств через неделю после окончания террористического акта складывалась преимущественно из острых стрессовых и депрессивных реакций горя, соотношение которых было различно в зависимости от индивидуальной значимости террористического акта и его последствий. Однако уже через 1,5–2 месяца отмечались изменения, отражающие динамику развития стрессовых расстройств. Наряду с общим уменьшением обращаемости за

амбулаторной психиатрической помощью, прежде всего по поводу острых стрессовых расстройств у детей, отмечался рост первично выявленных затяжных тревожно-депрессивных реакций у взрослых с усложнением структуры депрессии, преимущественно за счет соматизации тревоги и усиления дисфории у женщин и витализации тоски у муж-

чин. Как показывают данные литературы, дальнейшее течение острых стрессовых нарушений связано с повышенным риском развития психосоматических расстройств (12), хронического ПТСР (4, 5) и затяжных депрессий (13), что определяет необходимость долгосрочной комплексной психиатрической и психологической помощи жителям Беслана.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каплан Г.И., Сэдок Б.Д. Клиническая психиатрия. – М.: Медицина, 1994. – Т. 1.
2. Шейдер Р. Реакция утраты // Психиатрия / Под ред. Р.Шейдера. – М: Практика, 1998.
3. Шнайдер К. Клиническая психопатология. – Киев: Сфера, 1999, 14-е издание.
4. Brewin C.R., Andrews B., Rose S. Diagnostic overlap between acute stress disorders and PTSD in victims of violent crime // *Am. J. Psychiatry*. – 2003. – Vol. 160. – P. 783–785.
5. Creamer M., O'Donnell M.L., Pattison P. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in severely injured trauma survivors // *Behav. Res. Therapy*. – 2004. – Vol. 42, Suppl. 3. – P. 315–328.
6. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, Text Revision. – APA, 2000.
7. Fremont W.P. Childhood reactions to terrorism-induced trauma: A review of the past 10 years // *J. Am. Acad. Child & Adolescent Psychiatry*. – 2004. – Vol. 43, N 4. – P. 381–392.
8. Galea S., Vlahov D., Resnik H. et al. Trends of probable post-

traumatic stress disorder in New York city after the September 11 terrorist attacks // *Am. J. Epidemiol.* – 2003. – Vol. 15, Suppl. 158 (6). – P. 514–524.

9. Kim K., Jacobs S. Stress bereavement and consequent psychiatric illness // Does stress cause psychiatric illness / C.M.Mazure (Ed.). – Washington DC: APA, 1995.

10. Lichtenthal W.G., Cruess D.G., Prigerson H.G. A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V // *Clin. Psychol. Rev.* – 2004. – Vol. 24, Suppl. 6. – P. 637–662.

11. Morgan III C.A., Hazlett M.G., Wang S. et al. Symptoms of dissociation in humans experiencing acute, uncontrollable stress: A prospective investigation // *Am. J. Psychiatry*. – 2001. – Vol. 158. – P. 1239–1247.

12. Vanitallie T.B. Stress: a risk factor for serious illness // *Metabolism*. – 2002. – Vol. 51, Suppl. 6. – P. 40–45.

13. Wittchen H.U., Kessler R.C., Pfister H., Lieb M. Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2000. – Vol. 102, Suppl. 406. – P. 14–23.

ACUTE STRESS DISORDERS AND DEPRESSIVE REACTIONS IN VICTIMS OF TERRORISM IN BESLAN

D. Yu. Veltishchev, G. S. Bannikov, A. Yu. Tsvetkov

The act of terrorism in Beslan (North Ossetia) was characterized by exceptionally acute and severe stress for hostages, including children, their families, teachers and other Beslan inhabitants. Stress disorders were diagnosed on days 6 to 10 and two months after the hostage-taking tragedy, at the outpatient service and in the psychosomatic department of the Regional General Hospital of Beslan. Among 138 victims (children – 56%, women – 37% and men – 7%) with stress reactions 80% were hostages during the act of terrorism. Mixed anxiety and depressive (grief) reactions (53%), anxious and phobic reactions (40%), and other types of disorders (7%) were diagnosed at the outpatient department in September. Later, in November, there was a general tendency towards

diagnosing more serious depressive disorders in adult inpatients. Along with transformation of acute stress symptoms into PTSD, there were also new cases of long-term anxious and depressive reactions in adults, with more complicated structure of depression, primarily due to somatization of anxiety and increase of dysphoria in women and sadness turning vital in men. Low doses of benzodiazepines (alprazolam, diazepam, phenazepam) and NA antidepressants (amitriptyline, mianserin) in combination with relaxation techniques and cognitive psychotherapy were predominantly used for treatment of acute symptoms and prevention of chronic stress and depressive disorders.