АКТУАЛНИ АСПЕКТИ ЗА ПОСТРАДАЛИ С ПСИХИЧНИ ПРОБЛЕМИ СЛЕД БЕДСТВЕНИ СИТУАЦИИ

Николина Радева, Мария Пантелеева, Христианна Романова

*Катедра по медицина на бедствените ситуации и морска медицина,
Медицински университет – Варна*

CONTEMPORARY ASPECTS OF DISASTER VICTIMS WITH MENTAL HEALTH PROBLEMS

Nikolina Radeva, Maria Panteleeva, Hristianna Romanova

*Department of Disaster Medicine and Maritime Medicine, Faculty of Public Health,
Medical University of Varna*

РЕЗЮМЕ

Бедствените ситуации създават условия за тежка обща и медицинска обстановка в района на катастрофата. Действащите фактори са: променена обстановка, биологични и психични фактори.

Психичните проблеми възникват от неподготвеността за събитието, от изненадата, изживяването на безпомощност, объркване, паника и често липса на съпричастност и помощ.

Значителен процент психични проблеми на пострадали възникват веднага след инцидента или след известен латентен период. Общопрактикуващите лекари и всички медицински кадри е необходимо да разграничават 3-те основни групи психични разстройства, възникващи във връзка с бедствените ситуации: невротични, свързани със стрес и соматоформни разстройства; разстройства, свързани със злоупотреба с психоактивни вещества, и личностови разстройства.

Ключови думи: бедствени ситуации, психични разстройства, медицинска помощ след бедствия

ABSTRACT

Disasters create circumstances for severe general and medical conditions at the accident spot. The effect is due to changed environment, biological and psychological factors.

Mental problems arise from the sudden occurrence of the event, lack of preparedness for it, helplessness, confusion, panic, and often lack of empathy and help.

Immediately after the accident or after a certain latent period, a significant increase in the percentage of people with mental health problems is registered. General practitioners and other medical staff have to be able to recognize the three major groups of mental disorder emerging from disasters: neurotic disorders, stress-related and somatoform disorders; associated with psychoactive substance abuse and personality disorders.

Keywords: disaster situations, mental disorders, disaster relief

УВОД

Независимо от естеството, бедствените ситуации – природни (земетресения, наводнения и др.) или антропогенни (аварии, терористични актове и др.), възникват най-често внезапно, предизвикват жертви, пострадали и материални загуби с последствия тежка социална дезорганизация (5).

Доброто психично здраве осигурява адекватни реакции при всякакви жизнени ситуации. Психически здравият човек няма вътрешни конфликти, уравновесен е, има добър самоконтрол и се справя със стреса и тревожността (1). Бедствените ситуации от най-различно естество могат да предизвикат нарушения в психиката и при хора, попадащи не за пръв път в стресови и екстремални ситуации. Изследванията по проблемите на бедствията (8) показват, че психичните нарушения могат да обхванат 30-85% от намиращите се в района на инцидента.

Целта на настоящата работа е да се представят и систематизират основните психични проблеми, техните прояви и необходимото поведение от лекаря неспециалист. Това има значение както за подготовката на медицинските кадри, така и за работата при бедствени ситуации.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

Извършен е обзор на наличната литература по въпроса. Използван е документален метод за проучване на основните психични проблеми при бедствия. Направени са анализи и обобщения на проучените материали, документи и становища на специалисти.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Извършено е проучване за становището на студенти медици и медицински кадри относно степента на подготовка за работа в условия на кризи, организацията за обслужване на пострадали и правилното поведение при масови инциденти.

Някои специалисти предлагат психиатричната помощ при бедствия да се оказва от сформирани по спешност медико-психиатрични групи, в които участието на психиатрите е най-голямо – от трима до 12-20 специалисти (в зависимост от обема на работа). Те могат да извършват медико-психологично разузнаване на пострадалия район, да оказват спешна психиатрична помощ в района на катастрофата и психиатрична стационарна помощ в болничните заведения (11).

Становището на болшинството от запитаните е, че по-голяма ефективност се очаква от повишаването на специализираната подготовка в общата медицинска практика при обслужване на пострадали с психични отклонения.

Психичните проблеми възникват от неподготвеността за събитието, от изненадата, изживяването на безпомощност, объркване и паника. Медиите, които подчертават емоционалния заряд на събитието, подсилват паниката и въвличат непряко засегнати индивиди и цели групи хора.

Факторите, действащи при бедствени ситуации, са (6,7):

1. Променена обстановка (в зависимост от вида на бедствената ситуация – разрушения, наводнения, пожари и др.) – враждебна околна среда, загуба на близки хора, загуба на жилище или на материални ценности и др.
2. Биологични – нарушен денонощен ритъм, повишена заболяемост (инфекциозна и неинфекциозна), обостряне на хроничните заболявания (хипертонични кризи и др.) безсъние, дехидратация, глад и умора.
3. Психични – страх от смъртта, страх от инвалидизиране, страх да се покажеш страхлив, загуба на увереност (несигурност), загуба на чувството за неуязвимост, загуба на увереност в подкрепата на другите и др.

Основната част от пострадали с психични проблеми след бедствие попадат при общопрактикуващите лекари, които трябва да поставят диагноза по съвременната МКБ-10 (3), да предприемат наблюдение и лечение или да изпратят пострадали при психиатър.

Част от болните не дават надеждни сведения поради липса на осъзнаване за болест, негативно отношение, неправилно тълкуване на ситуацията, състояние на кататонна възбуда или ступор, помрачение на съзнанието с нарушена ориентация, интелектуално-паметови нарушения, желание да се представи в социално приемлива светлина и др. В тези случаи сведения за болния се събират от близките или тези, които са били с него по време на бедствието (2).

Психиатричната патология след бедствия условно се разделя на **3 групи по МКБ-10** (3):

1. Първа група – невротични, свързани със стрес и соматоформни разстройства (F40-F48):

- тревожни разстройства;
- дисоциативни (конверзионни разстройства);
- реакции на тежък стрес и разстройства в адаптацията;
- соматоформни разстройства.

2. **Втора група** – разстройства, свързани със злоупотреба с психоактивни вещества.
3. **Трета група** – личностови разстройства.

1. Невротични, свързани със стрес и соматоформни разстройства

Терминът „невроза“, даден от Gullen (2) преди повече от два века, е почти изваден от употреба. Доскоро бе едва ли не най-употребяваното понятие, многократно разширявано от специалисти и лаици.

Терминът „неврастения“ също постепенно е получил много неясно съдържание. Почти всеки лекар определя границите му според своето собствено виждане. В него влизат отделни прояви, които всеки човек изживява при по-екстремни ситуации като преумора, напрежение, тежка загуба или фрустрация – безсъние, отпадналост, раздразнителност и др.

1.1. Тревожните разстройства, които могат да възникнат във връзка с преживяна бедствена ситуация, са:

- фобийни разстройства,
- паническо разстройство,
- obsесивно-компулсивно разстройство

При *фобийните тревожни разстройства* (F 40) пациентът съзнава ирационалността и неоснователността на страховото си преживяване, но не може да го преодолее. Като начин за справяне отбягва фобогенната ситуация (бедствието) (9).

Фобиите се описваха с многобройни имена, получени от гръцкото название на фобогенния обект и думата фобия. Сега този стил на множество названия се отбягва в съвременните класификации и остана само агорафобията.

Паническо разстройство (F 41). Основната проява са пристъпи на паника (особено силна тревожност до степен на ужас), които настъпват без провокираща ситуация. Имат различна интензивност и са съпроводени със силен вегетативен дистрес – пристъпно сърцебиене, задушаване, гадене, тремор и др. Неприятните телесни усещания пораждат страх от телесна смърт.

Obsесивно-компулсивно разстройство (F 42). По-рано това разстройство се наричаше предимно „натраплива невроза“. Може да протече на пристъпи или като натрапливо преживяване, към което болните са критични, но не могат сами да преодолеят страховете си. Може да се изяви с натрапливи мисли, страхове или действия, като последните могат да приемат формата на ритуали. Поради постоянна заетост на съзнанието болните са неспокойни и често депресивни. Те натрапливо разсъждават твърде много и мъдруват върху неща (предстоящи беди), които

не са актуални за момента и това нарушава тяхната работоспособност (5).

1.2. Дисоциативни (конверзионни) разстройства (F 44) – тук се включват доста разнообразни прояви, обединени в миналото в широкото понятие „хистерия“.

Конверзионните прояви могат да се появят непосредствено след преживяния стрес. Те са характерни за лица с художествен тип нервна система, с повишена емоционалност и склонност към внушение и самовнушение. При тези прояви може да има „хистеричен припадък“ след бедствената ситуация, по-късно или през целия живот. Клиниката на такъв припадък е известна – няма загуба на съзнание, често се възпроизвежда психотравменото преживяване от бедствието, може да има временни двигателни разстройства, загуба на глас, изчезване на говор, сетивни разстройства и др. За предотвратяване развитието на хистерични прояви е необходимо децата от малки да бъдат правилно възпитавани за придобиване способност и воля за преодоляване на трудностите, които могат да възникнат във връзка с бедствия (10).

Лечението на конверзионните прояви може да се провежда амбулаторно с медикаменти от групата на бензодиазепините.

При затегнато протичане пациентите задължително трябва да се консултират с психиатър. Необходимо е да се включи и психотерапия – психоанализа, когнитивна психотерапия, хипноза, позитивна психотерапия. Медицинските кадри трябва винаги да проявяват внимание, разбиране, съветване, морална подкрепа, да провеждат разговори и с близките за преодоляване на психотравмата.

1.3. Реакции на тежък стрес и разстройства в адаптацията (F 43):

- остра стресова реакция,
- посттравматично стресово разстройство.

Острата стресова реакция включва преходно психично разстройство в резултат на силен стрес – силно изживяване, заплашващо живота и сигурността на личността във връзка с нападение, насилие, терористична акция, загуба на близки хора и мн.др. Обикновено се наблюдават: отпадналост, зашеметеност, дезориентираност, възбуда, главоболие, намалена работоспособност, потиснато настроение, забавеност, безсъние, кошмари, повишена раздразнителност, често възникващ гняв до агресия, тревожност, безпокойство, постоянни опасения за предстоящи беди, понякога амнезия и др. Оплаквания-

та са изразени в различна степен при отделните индивиди.

Острата стресова реакция най-често продължава минути, часове или няколко дни. Изходът обикновено е благоприятен. Най-често настъпва оздравяване и без лекарствена терапия. ОПЛ могат да приложат терапия от групата на бензодиазепини, заглушаващи невroleптици (chlorazin, levomepromazin). Ако симптомите намалят или изчезнат, не се налага консултация с психиатър.

Посттравматичното стресово разстройство възниква след латентен период, не по-дълъг от 6 месеца. Наблюдават се персистиращи с месеци и дори години различни оплаквания – главоболие, виене на свят, сърцебиене, болки в сърдечната област, безапетитие, стомашно-чревни оплаквания, сърбежи, импотентност и др. Пострадалите след преживяно бедствие имат съпътстващи психични оплаквания като безсъние, умора, разсеяност, неработоспособност, емоционална потиснатост, плач, свръхчувствителност към божа, поява на мисли за тежко, неизлечимо заболяване. В зависимост от преобладаването на едни или други симптоми, което зависи от особеностите на преморбидната личност, клиничната картина се изяснява в хиперстенна или хипостенна форма. При хиперстенната преобладават избухливост, гневливост, хиперактивност и др., които бързо се изчерпват поради лесна уморяемост и намалена трудоспособност. При хипостенната форма преобладават отпадналост, умора, сънливост, хипохондричност, подтиснато настроение. Понякога и близките на болните могат да имат същите симптоми. Травматизиращото събитие се изживява отново и отново чрез спомени и сънища, както и след отделни думи или явления, напомнящи за него. Според Dikenson се наблюдават поне три или повече от следните симптоми: усилие за отбягване на мислите, чувствата и разговорите, свързани с травматизиращото събитие; избягване на места или хора, напомнящи бедствието; загуба на спомен за важни моменти от травмата; намален интерес към значими събития; усещане за отчуждение и отдалечаване от другите; чувство за безперспективност и др. (12,18).

1.4. Соматоформни разстройства (F 45). Основната симптоматика при тази група разстройства се състои от непрекъснати и упорити оплаквания от соматичен характер, без да може да се докаже чрез изследванията някакъв телесен болезнен процес. Причината може да бъде преживян застрашаващ живота инцидент. Както в психиатричната литература, така и в обикновената

реч, този род оплаквания са наречени хипохондрични. Те могат да се срещат и при други психични разстройства и диференциалната им диагноза невинаги е лесна.

Болните търсят непрекъснато и активно медицинска помощ и настояват да се предприемат изследвания. При депресии опасенията са свързани повече със загриженост за близките, които могат да бъдат изтерзани от необходимостта да гледат „тежко болен“. Към тази група разстройства са класифицирани и известните в миналото „органични неврози“. Обикновено оплакванията се фиксират към определен орган или система: сърдечно-съдовата с усещания за сърцебиене, екстрасистоли, стягане в гърдите („сърдечна невроза“); гастро-интестинален тракт с аерофагия, пилороспазъм, диспепсия („нервен стомах“) и др. Соматоформните разстройства се срещат често в ежедневната практика на ОПЛ. Могат да доведат до ненужни и скъпи изследвания, но не трябва и прибързано да се поставя тази диагноза

2. Разстройства, свързани със злоупотреба с психоактивни вещества (ПАВ)

Много често след преживяно бедствие се прибегва до използване на алкохол и наркотици за облекчаване на състоянието, което води до проблеми със злоупотребата им.

ПАВ са голяма хетерогенна група, която доскоро се наричаше „наркомании“ (токсикомании). Най-голяма медицинска и социална значимост имат разстройствата, които се наблюдават при злоупотреба и зависимост от алкохол, никотин, опиоиди, кокаин, хашиш, сънотворни, бензодиазепини, халюциногени и др.

Общи и задължителни за тази група разстройства са (2,16):

- влечение (желание) да се приема психоактивно вещество (алкохол, никотин и др.) Влечението може да бъде компулсивно (настъпва остро, внезапно и е неовладимо) и обсесивно (натрапливо);
- толеранс (промяна в поносимостта на организма, която се изразява в приемането на все по-големи количества от съответното ПАВ);
- абстинентен синдром (физически и психически дискомфорт при липса на ПАВ в организма);
- телесни (соматични увреждания, предизвикани от злоупотреба с ПАВ);
- нарушения в социалната среда (неразбирателство в семейството, конфликти на работното място и др.).

За клиничната практика е важно да се определи дали съответните разстройства са злоупотреба (не е болест) или зависимост (токсикомания).

Употреба е приемане на ПАВ в неголямо количество и за непродължителен период от време. В психиатричната литература са описани 5 вида употреба: експериментална, условна-ситуационна, социално-реакционна, интензифицирана и компулсивна.

Злоупотреба е приемане на ПАВ в такава степен, че това се отразява сериозно на здравето и социалния живот на личността. В МКБ-10 злоупотребата се разглежда като „вредна употреба“ и се уточнява, че това е прекомерна употреба на дадено вещество, което причинява реална вреда – биологична, психологична или социална.

Зависимост е психично и понякога физическо състояние, предизвикано от взаимодействието на организма и ПАВ. Поведението на пациента в голяма степен се определя от „вътрешна принуда“, в много случаи за да избегне дискомфорта от липсата му в организма. Зависимост е новият термин за определяне на онова болестно състояние, което се наричаше токсикомания или наркомания. В МКБ-10 терминът „зависимост“ е определен като съчетание на физиологични, поведенчески и когнитивни разстройства, при които употребата на определено вещество придобива много висок приоритет в поведението на дадено лице, отколкото други видове поведение, които в миналото са имали висока стойност.

Административно-законодателната система класифицира ПАВ на 3 групи:

- разрешени от закона за производство, продажба и употреба (алкохол и никотин);
- разрешени от закона, но могат да се произвеждат, продават и употребяват само по определен ред (сънотворни, транквилизатори, опиети аналгетици, кокаин и др.);
- забранени от закона за производство, продажба и употреба (хероин, хашиш и др.).

Удобна за лекаря е фармакологичната класификация, в която акцентът е поставен върху действието на веществата:

- Седативно-сънотворни (бензодиазепини и барбитурати);
- Опиоидни аналгетици (алкалоиди на опия, синтетични морфиноподобни препарати);
- Психостимуланти (амфетамини, кофеин, никотин, кокаин);
- Халюциногени (LSD-25, мескалин, псилоцибин, канабис и др.);

- Инхалационни средства (обща анестетици, индустриални разтворители, аерозолни пропеланти).

При установяването на зависимост е най-добре пациентът да бъде насочен към токсикологична клиника (отделение или сектор).

3. Личностови разстройства (F 60-63)

За тези разстройства са били предлагани различни наименования. Дълго време почти повсеместно е използван терминът „психопатии“. С времето той получи по-скоро обидно съдържание, което доведе и до постепенното му елиминиране. С цел да се подчертае значението на социалните неблагоприятни въздействия при наличие на асоциално, антисоциално и криминално поведение в много случаи се използва и терминът „социопатии“. Някои автори използват и „неврози на характера“ (4).

Понятието личност се отнася до определен набор от черти, поведенчески модели и стилове, оформящи характера на индивида. Начинът на възприемане на света, както и нагласите, мислите и чувствата са част от личността. Болшинството здрави хора са способни да се справят с екстремните ситуации, като овладяват стреса и решават без проблеми взаимовръзките си със семейството, приятелите и колегите.

В МКБ-10 се определя, че „Личностовите разстройства са тежки нарушения в структурата на характера и поведенческите тенденции на индивида, които обикновено обхващат няколко сфери на личността и почти винаги са свързани със значителен срив в личностовото социално функциониране. Проявяват се в късното детство и юношество и остават трайни и в зряла възраст“.

Личностовите разстройства са винаги вторично придобити (4). Това са промените на личността след катастрофални стресови преживявания или след психично заболяване.

Идентифицирани са голям брой личностови разстройства, всяко от които е със собствен модел на поведение и симптоми. Основно пациентите, страдащи от тях, попадат в три различни категории:

3.1. Странно или ексцентрично поведение – шизоидно, параноидно и шизотипно личностово разстройство;

3.2. Емоционално наситено поведение, водещо до несъответни модели – антисоциално, гранично и нарцистично личностово разстройство;

3.3. Тревожно страхово поведение – избягващо, зависимо и компулсивно личностово разстройство.

Шизоидните личности често са интровертни, отдръпнати от света, самотни, емоционално студени и дистанцирани.

Страдащите от параноидно личностово разстройство тълкуват действията на другите като умишлено заплашващи и увреждащи. Не са способни на доверие и прошка. Податливи са на неоправдани гневни и агресивни изблици, защото възприемат околните нечестни, нелоялни и склонни да ги мамят.

Пациентите с шизотипно разстройство се отличават ексцентрично и се изразяват странно. Показват затруднения при формиране на взаимоотношения и преживяват прекомерна тревожност в социални ситуации. Говорят сами на себе си, показват признаци на „магическо мислене“, като заявяват, че могат да виждат в бъдещето или да четат мислите на другите.

Антисоциално личностово разстройство. Обикновено реагират на конфликти, като на товарват околните и пренебрегват нормалните правила на социално поведение. Уязвяват или насилват околните, като не изпитват угризения за своето поведение. Склонни са към злоупотреба с наркотични вещества за снемане на напрежението, раздразнителността и скуката.

Пациентите с гранично личностово разстройство са с нестабилно поведение. Обикновено считат другите за безкрайно „добри“ или „лоши“. Страхът от изоставяне води до прекомерна зависимост от другите. Себеунижението или заплахите за самоубийство може да се използват, за да се привлече вниманието на околните или да бъдат манипулирани.

Нарцистичните личности възприемат себе си като изключително значими и са погълнати от фантазии за безграничен успех. Търсят вниманието на околните.

Свръхчувствителни са към неуспеха и се оплакват от много соматични симптоми. Склонни са към резки промени в настроението.

Избягващо личностово разстройство. Често са свръхчувствителни към отхвърляне, характерни са скромност, страх от критики, избягване на социална и делова активност. Чувстват се силно наранени от неодобрението на околните.

Пациентите със зависимо личностово разстройство проявяват модели на зависимост и оставят другите да вземат решения вместо тях. Чувстват се дискомфортно и безпомощно. Изпитват силен страх от отхвърляне. Обикновено им липсва самочувствие. Това разстройство се среща по-често при жени.

Компулсивните личности са съвестни, но страдат от перфекционизъм. Те никога не са доволни от постиженията си, като поемат все повече и повече отговорности. Липсата на гъвкавост често ги прави неспособни да се адаптират към променящи се обстоятелства. Затруднени са да вземат решения и да завършват задачите си.

Когато симптомите персистират дълго време, стигат своята крайност, пречат на нормалното психично състояние и се стига до диагностична оценка от лекар. Прилагат се специфични терапевтични методи. Необходимо е да се включи индивидуална, груповая или семейна психотерапия. Необходими са и медикаменти за облекчаване симптомите на личностовите разстройства, напр. проблемите с тревожността и променените възприятия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При различните бедствени ситуации се очаква значителен процент пострадали с психични проблеми, които възникват веднага при инцидента или след някакъв латентен период. Лекарите, които оказват обща медицинска помощ в района на инцидента, трябва да разграничават 3-те основни групи психични разстройства:

1. Невротични, свързани със стрес и соматоформни разстройства.
2. Разстройства, свързани със злоупотреба с ПАВ.
3. Личностови разстройства.

Пострадалите от първата група могат да се лекуват амбулаторно. При установяването на зависимост е най-добре пациентът да бъде насочен към токсикологична клиника. При третата група обикновено се прилага продължително комплексно лечение от психиатър и психолог.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ачкова М., Психиатрия, Издателство „Знание“ ЕООД, 1999, 141-168.
2. Ачкова М., Психиатрия, 1998.
3. Международна класификация на болестите, МКБ-10, Глава V, Категории F 40 F 99 - психични и поведенчески разстройства, СЗО Женева, 1992.
4. Николова Р., Личностови разстройства. Неврология и психиатрия, 3, 2005, 39-43.
5. Писева Д., Психиатрия, Мед. изд. APCO, София, 2005.

6. Попзахариева В., Бедствени ситуации и проблеми на медицинското осигуряване, Организация на огледа при масови бедствия, медицинска помощ и експертизи, 1994, 5-13.
7. Попзахариева В., Медицина на катастрофите, Изд. Знание, 1995.
8. Романова, Хр., Защита и медицинска помощ при бедствени ситуации, Колор Принт, 2012.
9. Стефанов И., Национална реформа на службите за умствено здраве и въпросът за ранната интервенция във Великобритания, Медицински мениджмънт и здравна политика, 4, 2005, 38-42.
10. Цолов Л., Ликвидиране последствията от земетресението в Армения и значението му за организацията на медицина на катастрофите. Военна медицина, 1992, 3.
11. Шишков А., Психиатрична помощ при бедствия. Организация на огледа при масови бедствия, медицинска помощ и експертизи. 1994, 126-135.
12. Dickinson W.P., The Grieving of traumatized patient. Programs and abstracts from the 51 Annual American Academy of Family Physicians Scientific Assembly, Sept. 1999, Orlando, Fla.
13. Echinard Ch., J.Latarjet, Les Brulures. Paris, Masson, 1993, 350-355.
14. Gambihler R., Metro-Katastrophe vom 28.10.1995 in Barn Aserbeischan, Mottwil, 1997.
15. Kratochvil S., Psychoterapia, Warszawa, PWN, 1978.
16. Neises G., Ch. Gmneberg. Socioeconomic situation and health outcomes of single parents - J. Public Health, 13, 2005, № 5, 270-278.
17. NATO Handbook, Office of information and Pres, 1110 Brussels, 2001.
18. WHO, International trial and health, Geneva, 2000, 204-208.

Адрес за кореспонденция:

Мария Пантелеева
Факултет по обществено здравеопазване
Медицински университет – Варна
ул. „Марин Дринов“ 55
Варна 9002
e-mail: panteleeva.varna@gmail.com