

Психосоматические изменения у пострадавших вследствие чрезвычайной ситуации техногенного происхождения

Онищенко Н.В.

Аннотация. В статье представлены результаты изучения особенностей проявления у пострадавших от чрезвычайной ситуации последствий перенесенной психической травмы на психосоматическом уровне. Рассмотрены основные реакции людей на трагедию, изучены показатели их функционального состояния и основные группы жалоб на самочувствие, определены уровни соматизированных психических нарушений у пострадавших разных категорий.

Abstract. The article represents the results of the research of the particularities of impact of a psychological trauma during an emergency on the psychosomatic state of victims. The article also considers main people reactions at the tragedy, studies indices of their functional state and groups of most common health complaints, and determines the levels of psychosomatic disorders at victims of different categories.

Поступила в редакцию 11 января 2013 года.

Введение. 24 декабря 2008 года в 21-45 в жилом доме по улице Некрасова, 67 города Евпатория АР Крым произошел взрыв. В результате были полностью разрушены два из шести подъездов пятиэтажного дома. Под завалами оказались жильцы 33 квартир. В результате проведения аварийно-спасательных работ были спасены 21 человек (из них – 2 ребенка), и найдены тела 27 погибших (из них – 3 дети). К проведению аварийно-спасательных работ были привлечены 724 человека (МЧС, внутренние войска, ВС Украины, МВД, МОЗ, специалисты коммунального хозяйства) и 70 единиц техники. Также в очаг чрезвычайной ситуации для оказания экстренной психологической помощи были привлечены 20 психологов МЧС Украины из АР Крым, Севастополя, Херсонской, Днепропетровской, Одесской, Николаевской и Запорожской областей и специалисты научно-исследовательской лаборатории экстремальной и кризисной психологии Национального университета гражданской защиты Украины [4].

Необходимо отметить, что данная чрезвычайная ситуация по своему происхождению и особенностям протекания была схожа с трагедией, которая произошла в 2007 году в г. Днепропетровске и унесла жизни 23 человек. Именно после этой трагедии специалисты-психологи в области экстремальной психологии столкнулись с проблемой возникновения психосоматических нарушений у пострадавших вследствие чрезвычайной ситуации. Естественно, основным предположением относительно причины возникновения различных расстройств и заболеваний у пострадавших стала перенесенная ими психотравма, вызванная негативным воздействием стресс-факторов чрезвычайной ситуации. Для проверки данной гипотезы и с целью дальнейшей оптимизации процесса оказания экстренной психологической помощи в очаге трагедии, нами практически сразу после завершения поисково-спасательных и аварийно-восстановительных работ на месте взрыва дома в г. Евпатория было проведено комплексное исследование. Отметим, что, кроме всего прочего, полученные данные необходимы для расширения информации относительно реакций пострадавших на ту или иную чрезвычайную ситуацию и для повышения эффективности работы экстремальных психологов в очаге трагедии.

Результаты. Наше исследование проводилось на протяжении 10 дней после взрыва в жилом доме. В исследовании согласились принять участие 126 человек, которые пострадали вследствие данной чрезвычайной ситуации. Списки пострадавших нами были получены в ГУ МЧС Украины в АР Крым. Для получения достоверных результатов относительно особенностей влияния условий чрезвычайной ситуации на человека, все пострадавшие были распределены на группы в зависимости от степени утраты во время трагедии: *1 группа* – пострадавшие, которые потеряли близких и родных людей (общее число 38 человек, из них 21 женщина и 17 мужчин); *2 группа* – родственники пострадавших вследствие чрезвычайной ситуации (общее число 46 человек, из них 28 женщин и 18 мужчин); *3 группа* – свидетели трагедии (общее число 42 человека, из них 30 женщин и 12 мужчин). Распределение испытуемых на группы, кроме указанного выше признака, проводилось и в зависимости от официального отнесения их к той или иной категории пострадавших еще во время трагедии.

Итак, в первую очередь, на третьи сутки после аварии, нами было проведено изучение субъективной реакции пострадавших разных категорий на факт произошедшей трагедии. Из полученных результатов мы видим, что более или менее спокойно на пережитое событие реагируют люди, которым довелось лишь наблюдать за трагедией, как говорится со стороны, а те, кто оказался в очаге бедствия, склонны более драматично воспринимать все то, что случилось. Полученные данные приведены в таблице 1.

Таблица 1.

Показатели выраженности основных реакций пострадавших на чрезвычайную ситуацию

Тип реакции на чрезвычайную ситуацию	1 гр. (%)	2 гр. (%)	3 гр. (%)	φ (1, 2)	φ (1, 3)	φ (2, 3)
Спокойная реакция (адекватная оценка ситуации)	23,88	43,47	68,90	1,98	3,17*	2,86*
Смешанная реакция	42,10	30,88	19,93	1,52	3,27*	2,43*
Острая реакция (преимущественно неадекватные действия)	34,02	25,65	11,17	1,69	2,65*	1,95
*p≤ 0,05						

Анализируя полученные данные отметим, что наиболее частое проявление смешанной реакции на чрезвычайную ситуацию было зафиксировано у пострадавших, вошедших в 1 группу испытуемых (42,10% против 30,88% во 2 группе и 19,93% в 3 группе испытуемых. Результаты достоверны при $p \leq 0,05$ в обоих случаях). Подобную тенденцию отмечено и относительно демонстрации острой реакции на потрясение, которая предполагает неадекватные действия в экстремальных условиях. Так, 34,02% испытуемых 1 группы демонстрировали именно такую реакцию. Такие же признаки были отмечены и у 25,65% испытуемых 2 группы и лишь у 11,17% из тех, кто стал свидетелем трагедии.

Наряду с показателями реакций на трагическое событие, нами были рассмотрены некоторые клинические примеры, в которых достаточно подробно представлены особенности состояний лиц, пострадавших от чрезвычайной ситуации.

Николай С. 51 год. Потерял близких друзей. Его семья осталась без жилья в результате взрыва в жилом доме: «Слава Богу, мы остались живы. А ведь могли бы и погибнуть. Мы уехали в Симферополь к нашим родственникам, а поздно ночью нам позвонили знакомые и сообщили о трагедии. Знаете, я не могу точно описать свое тогдашнее состояние. Жена начала громко плакать, потом ей стало плохо. Пока мы не видели всего происходящего, нам трудно было поверить, что мы остались без жилья и без средств к существованию. Самым страшным был приезд на место трагедии. Тот момент, когда я увидел, что от нашей квартиры ничего не осталось, стал кошмаром, который теперь я вижу во снах. Знаете, что было самым страшным тогда? Это тот миг, когда мы поняли, что погибли наши лучшие друзья, с которыми мы были знакомы практически всю жизнь. Они жили на 4 этаже. Эта весть для нас была просто шокирующей, мы даже на некоторое время забыли о том, что остались без квартиры. Ту боль словами не передать... В такие моменты чувствуешь себя просто какой-то букашкой...Понимаешь, что твоих сил не хватит, чтобы изменить ситуацию, понимаешь всю зыбкость своих планов и надежд, после таких событий разучиваешься мечтать...»

Елена Р. 34 года. Ее мать получила тяжелую травму во время взрыва дома: «Вы даже не представляете, как это трудно...Я несколько часов ждала, что мне скажут о моей маме. Я даже не знала, осталась ли она в доме или ее там не было. Телефон ее не отвечал, соседей найти я не могла. Так трудно и тяжело, когда не знаешь, что происходит, что тебя ждет, как жить дальше. Плохо, и я даже сказала бы, мерзко было на душе и от того, что мы с мамой немного поссорились накануне вечером. Это все было не серьезно, но в контексте всего происходящего наша ссора казалось самым ужасным, что я не могла себе простить. Я уже точно не помню, сколько времени я провела в ожидании, до того момента как кто-то

сказал, что ее видели в отделении городской больницы. «Жива! Она жива!» – твердила я тогда себе. Как-то сами по себе мысли о том, что теперь все будет хорошо, наполнили мою голову, как-то неожиданно для себя самой я опустилась на лавку и сильно расплакалась.

Теперь, по прошествии времени, я говорю об этой ситуации более или менее спокойно, но в тот момент мне казалось, что жизнь закончилась. Вокруг были слезы, просьбы о помощи, и в тоже время пространство было наполнено какой-то зловещей тишиной – будто кто-то специально сделал так, чтобы мы могли слушать удары своего сердца. Это состояние сменялось ужасом от доносившихся с разных сторон криков о том, что кто-то кого-то разыскивает, что кого-то нашли мертвым, а о судьбе кого-то ничего не известно. Постоянно были слышны сирены спецмашин, пахло гарью. Эти ощущения до сих пор со мной. Да, и еще очень пахло лекарствами – валерианой, корвалолом или какими-то другими сердечными каплями. Знаете, после этого мне кажется, что я знаю, как пахнет смерть...»

Антонина Е. 44 года – свидетель трагедии: «Очень страшно, когда гибнут люди. Когда о несчастьях слышишь с экранов телевизоров, это одно, но когда ты видишь это воочию – это не передать словами. Никогда не забуду тот день, никогда не забуду лица людей, искавших хоть какого-то известия о своих близких, никогда не забуду крики и плач матерей, о судьбе чьих детей ничего не было известно. Сразу возникло желание бежать домой, звонить своей дочери и сказать, что дорожке ее у меня никого нет. Когда дома рассказала об увиденном мужу, он сразу же сказал, что надо собирать вещи для помощи пострадавшим. Там ведь много людей остались без жилья, одежды...»

Приведенные примеры, с одной стороны, естественно, являются единичными случаями, но с другой стороны, мы можем говорить о том, что изложенная информация является так называемым типичным примером переживаний пострадавших каждой из групп. Анализируя и обобщая подобные интервью пострадавших, принявших участие в нашем исследовании, мы с уверенностью можем говорить о высокой степени повторений определенных реакции в каждой конкретной группе пострадавших. Это может быть использовано при разработке алгоритма оказания экстренной психологической помощи пострадавшим определенных категорий.

Также необходимо отметить, что на фоне перенесенной психической травмы у пострадавших могут возникать определенные психосоматические изменения. Именно для выявления особенностей такого рода изменений весьма важным стало получение показателей оценки субъективного самочувствия пострадавших. Довольно часто оказывается так, что полученное человеком потрясение в течение длительного времени негативно влияет на его общее состояние. Это сказывается на настроении, на тонусе организма, на восприятии окружающей среды, окружающих людей и самого себя. Изучив показатели субъективной оценки собственного самочувствия пострадавших (см. табл. 2), мы получили возможность сделать комплексное заключение относительно общей картины психосоматического состояния пострадавших разных категорий.

Таблица 2.

**Показатели оценки субъективного самочувствия пострадавших
и наличия у них соматических жалоб**

Функциональное состояние организма	1 гр. (%)	2 гр. (%)	3 гр. (%)	Ф (1, 2)	Ф (1, 3)	Ф (2, 3)
Хорошее субъективное самочувствие (1-3 ст.)	10,20	47,50	76,00	4,78**	5,13**	2,19*
Удовлетворительное субъективное самочувствие (4-6 ст.)	48,69	31,16	12,34	1,74	3,16*	2,54*
Неудовлетворительное субъективное самочувствие (7-10 ст.)	41,11	21,34	11,66	3,62*	4,90**	1,69
*p ≤ 0,05; **p ≤ 0,001						

Представленные в таблице данные свидетельствуют о том, что свое самочувствие как хорошее в 1 группе оценивают лишь 10,20% из всех испытуемых; во 2 группе таких испытуемых чуть меньше половины (47,50%), а вот в 3 группе их достоверное большинство – 76,00%. Полученные результаты являются значимыми на уровне p ≤ 0,05 (при сравнении результатов 1 группы со 2 и 3 группами) и p ≤ 0,001 (при сравнении между

собой результатов 2 и 3 групп). Свое состояние как удовлетворительное отметила почти половина пострадавших, которые потеряли своих близких, свое имущество или получили травмы во время чрезвычайной ситуации. Такую же оценку своему состоянию присвоила треть испытуемых, которые являются родственниками пострадавших и лишь 12,34% испытуемых из 3 группы. Статистическая обработка результатов показала, что удовлетворительная оценка самочувствия, присуща достоверно меньшему количеству испытуемых из 3 группы ($p \leq 0,05$). При рассмотрении частоты встречаемости такой оценки собственного самочувствия как «неудовлетворительное», нами был установлен ряд достоверных различий. Указано, что хуже всех себя чувствует большинство именно тех пострадавших, которые были отнесены к 1 группе. А вот достоверно реже так оценивают свое самочувствие пострадавшие, которые стали свидетелями трагедии.

Итак, оценка функционального состояния пострадавших различных категорий позволяет говорить о том, что среди недовольных собственным самочувствием зачастую оказывались те пострадавшие, которые во время чрезвычайной ситуации потеряли или близких, или имущество, или сами получили травмы и ранения. Отсюда можно предположить, что степень неудовлетворенности собственным самочувствием в определенной степени обуславливается степенью потрясения, которое пережил человек.

Следующим шагом в анализе психических состояний пострадавших в момент трагедии стало изучение у них доминирующих состояний. Следует отметить, что представленные в таблице 3 данные позволяют говорить о показателях, обуславливающих доминирование определенного психического состояния личности.

Таблица 3.

Показатели выраженности основных параметров состояния пострадавших разных категорий

Основные шкалы	1 группа (M±m)	2 группа (M±m)	3 группа (M±m)	t (1, 2)	t (1, 3)	t (2, 3)
АК	34,85±1,24	61,10±0,85	67,00±1,49	3,95**	3,99**	0,46
ТО	61,40±1,42	60,29±1,52	63,56±1,09	0,37	1,12	1,23
СП	30,24±0,18	58,90±1,07	61,45±1,00	2,91*	3,42**	1,05
УС	28,91±1,41	44,91±1,02	60,51±1,26	2,36*	3,30**	2,17*
УД	30,10±0,83	58,85±1,71	65,37±1,34	2,10*	3,44**	1,20
ПО	61,24±1,14	57,14±1,30	50,92±1,37	1,65	2,45*	0,96
* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$						

Установлено, что в 1 группе испытуемых максимально выразительными являются шкала «ТО» - тонус ($M = 61,40$) и шкала «ПО» - образ самого себя ($M = 61,24$). Эти данные свидетельствуют о том, что пострадавшие 1 группы в целом демонстрируют высокий уровень активности и стеническую реакцию на трудности, которые возникли. Также у них наблюдается внутренняя собранность и организованность. Такие особенности продиктованы сверхсложными условиями, в которых оказались пострадавшие и острой необходимостью принимать неотложные решения в такой ситуации. Наряду с общей собранностью эти испытуемые демонстрируют недостаточную адекватность самооценки. Таким пострадавшим характерно испытывать обеспокоенность и демонстрировать готовность к возникновению негативных событий, независимо от степени вероятности их возникновения («СП» - спокойствие-тревога $M = 30,24$). По шкале «УС» - устойчивость эмоционального тона у испытуемых 1 группы отмечаются достаточно низкие показатели ($M = 28,91$). Таким образом, можно сказать, что при общей собранности и попытке контролировать себя в сверхсложной экстремальной ситуации, пострадавшие, которые были отнесены к 1 группе, являются достаточно неустойчивыми эмоционально и психически слабыми.

У пострадавших, вошедших в 2 группу, наблюдается более или менее оптимальный показатель шкалы «АК» - отношение к жизненной ситуации, что свидетельствует о наличии у них внутренних сил для преодоления трудностей, которые возникли. Об этом говорит и показатель шкалы «ТО» - тонус. Промежуточную ступень в характеристике психического состояния лиц, которые были отнесены ко 2 группе пострадавших, занимают показатели шкал «СП» - спокойствие-тревога ($M = 58,90$), «УД» - удовлетворенность жизнью ($M = 58,85$) и «ПО» - образ самого себя ($M = 50,92$). Эти показатели говорят об

общей готовности к активным действиям, к принятию необходимых решений, к борьбе со сложностями, но лишь при условии благоприятных внешних факторов.

Показатели параметров состояния свидетелей трагической ситуации носят преимущественно общую положительную выраженность. Это может свидетельствовать о том, что на них влияет лишь малая степень перенесенной человеком психической травмы. Отметим, что в психическом состоянии свидетелей трагедии не зафиксировано никаких показателей, которые бы свидетельствовали о значительных негативных проявлениях или нежелательных изменениях в общем самочувствии человека.

В дальнейшем нам нужно было определить роль и значение «соматического» и «психического» компонентов в структуре психопатологических проявлений у пострадавших. Для этого было проведено исследование по выявлению степени выраженности проявлений симптомов депрессии, ипохондрии и астении - психических состояний, которые могут стать постоянными спутниками пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций (см. табл. 4). Все перечисленные психические нарушения включают в себя целый ряд симптомов, которые имеют чисто соматический характер. Обращаясь к характеристике каждого из изучаемых состояний, следует остановиться на их особенностях.

Таблица 4

Показатели выраженности уровня соматизированных психических нарушений у пострадавших разных категорий

Уровни выраженности	1 группа (%)	2 группа (%)	3 группа (%)	φ (1, 2)	φ (1, 3)	φ (2, 3)
Шкала астении						
Высокий	48,92	31,10	9,36	1,69	4,42**	3,98**
Средний	25,25	42,17	20,00	1,90	0,86	1,97
Низкий	25,83	26,73	70,64	0,07	4,71**	4,53**
Шкала депрессии						
Высокий	30,67	28,19	10,04	1,77	1,98	1,12
Средний	34,98	37,00	20,10	1,66	1,90	1,53
Низкий	65,02	34,81	69,86	2,80*	0,44	2,94*
Шкала ипохондрии						
Высокий	56,43	60,00	34,17	0,41	2,74*	2,22*
Средний	31,90	20,65	36,88	0,30	0,45	1,27
Низкий	11,67	19,35	28,95	1,66	3,09*	2,62*
*p ≤ 0,05; **p ≤ 0,01						

Так астения – это болезненное состояние, проявляющееся повышенной утомляемостью и истощаемостью с крайней неустойчивостью настроения, ослаблением самообладания, нетерпеливостью, непоседливостью, нарушением сна, потерей способности к длительному умственному и физическому напряжению, непереносимостью громких звуков, яркого света [3]. Также наблюдаются слабость, выражающаяся повышенной возбудимостью и быстро наступающей вслед за ней истощаемостью, аффективная лабильность с преобладанием пониженного настроения с чертами капризности и неудовольствия, а также слезливостью. Общая слабость, переутомление – первая и самая распространенная жалоба, с которой человек обращается к врачу, в то же время она может быть основным симптомом астенических расстройств. Помимо общей слабости, у пострадавшего могут наблюдаться нарушения сна и сексуальной функции, снижение аппетита, памяти, внимания, физической выносливости. Симптомы астении, даже не очень угрожающие на первый взгляд, действительно ухудшают качество жизни пострадавших. Астенические расстройства часто приводят к значительному снижению работоспособности пострадавших, нарушают их привычную жизнедеятельность, а иногда выступают как фон, на котором формируются другие, более тяжелые психические и соматические нарушения. Астения – это аномальная, спонтанная слабость (вялость), возникающая без нагрузки, длительно продолжающаяся и не проходящая после отдыха [6]. Хотя астению характеризуют как повышенную утомляемость, научное определение астенического состояния требует отделению его от простой утомляемости. В отличие от утомляемости, астеническое состояние представляет собой патологию, появляется постепенно и не связано с необходимостью мобилизации организма. Наряду с повышенной утомляемостью

и непродуктивностью интеллектуальной деятельности, при астении всегда теряется психическая уравновешенность, самообладание. Настроение легко колеблется. Астении почти всегда сопровождают вегетативные нарушения. Нередко они могут занимать в клинической картине преобладающее положение. Наиболее часто встречаются нарушения со стороны сердечнососудистой системы. Расстройства сна в начальном периоде астении проявляются трудностями засыпания, поверхностным сном с обилием тревожных сновидений, пробуждениями среди ночи, трудностями следующего засыпания, ранним пробуждением. Перечисленные симптомы и указанные проявления психофизического состояния пострадавших по их собственным словам стали довольно часто проявляться именно после пережитой трагической ситуации.

Так, по данным исследования, можно сказать, что высокий уровень астении достоверно чаще наблюдается именно у тех пострадавших, которые испытали наибольшее психическое потрясения (48,92% против 31,10% во 2 группе и 9,36% в 3 группе). Отмеченные различия значимы на уровне $p \leq 0,001$. Процентное соотношение по выраженности среднего уровня проявления шкалы астении говорит о его наличии у большинства пострадавших из 2 группы. А вот низкий уровень выраженности астенических проявлений более характерен для пострадавших, которые стали свидетелями трагедии. По сравнению с 1 и 2 группами, различия в результатах фиксируются на уровне $p \leq 0,01$.

Следующие показатели, которые нас заинтересовали, касаются депрессивных проявлений у пострадавших в результате чрезвычайной ситуации техногенного происхождения. Известно, что депрессия – это психическое расстройство, которое характеризуется депрессивной триадой: снижением настроения и утратой способности переживать радость, нарушениями мышления (негативные суждения, пессимистический взгляд на происходящее и т.д.) и двигательной заторможенностью [1; 5]. При депрессии отмечается пониженная самооценка, наблюдается потеря интереса к жизни и привычной деятельности. Депрессия может быть результатом травматических переживаний, например потери близкого человека, работы, общественного положения. В таких случаях речь идет о реактивной депрессии. Депрессия – довольно распространенное эмоциональное расстройство, проявляющееся посредством таких переживаний, как чувство угнетенности, безнадежности, беспомощности, вины, самокритики, снижение интереса к внешней активности. Эти проявления депрессии сопровождаются снижением психической и двигательной активности, безразличием к окружающему, усталостью, снижением сексуальных влечений, отсутствием аппетита, бессонницей. При некоторых типах депрессии бессонница и снижение аппетита могут замещаться соответственно сонливостью и перееданием [3]. Эти физические проявления являются вегетативными признаками депрессии и основой давно существующих предположений о ее психосоматической природе.

В нашем случае мы можем говорить о том, что депрессивное настроение развивается у лиц, переживающих изменения или угрозу изменений жизни. При этом важным психодинамическим фактором является сознательное или бессознательное восприятие таких изменений, как личной потери. Следует добавить, что некоторые люди остро реагируют на изменения. Для адаптации к новым условиям им необходимо ослабить связь с прошлым и пережить потерю, что типично для процесса горевания. Человек может испытывать большие психологические и эмоциональные трудности после потери, особенно если она была слишком значимой для него. Полученные данные, приведенные нами в таблице 4, свидетельствуют о наличии выразительности некоторых симптомов депрессивных проявлений у пострадавших от чрезвычайных ситуаций.

Так установлено, что в первой группе испытуемых примерно по трети из всех опрошенных характеризуются высоким и средним уровнями выраженности депрессивных проявлений. Низкий уровень депрессии зафиксировано у 65,02% из всех пострадавших, потерявших близких. Примерно такие же результаты в выраженности низкого уровня депрессивных проявлений зафиксированы у пострадавших, которые стали свидетелями трагедии (69,86%). А вот в группе, в которую вошли родственники пострадавших, таких исследуемых около трети (34,81%). Результаты достоверны на уровне $p \leq 0,05$ по сравнению с результатами 1 и 3 групп.

Относительно выраженности уровней ипохондрии в группах пострадавших можно отметить следующее. Высокий уровень проявления данного состояния отмечается у 56,43% испытуемых 1 группы, 60% – 2 группы и только у 34,17% пострадавших, которые стали

свидетелями трагической ситуации. Результаты являются значимыми при сравнении на уровне $p \leq 0,05$.

В выраженности среднего уровня ипохондрии у пострадавших трех групп достоверных статистических данных отмечено не было. А вот низкий уровень этого состояния зафиксирован преимущественно в 3 группе пострадавших (28,95%, при $p \leq 0,05$ по сравнению с 1 и 2 группами).

Отметим, что ипохондрия – это состояние человека, которое проявляется в постоянном беспокойстве по поводу возможности заболеть одной или несколькими болезнями или обеспокоенность своим здоровьем [2; 5]. Ипохондрия редко проявляется как изолированный невроз, обычно она сочетается с другими патологическими состояниями, например с острым тревожным неврозом или неврастенией. Болезненные ощущения в теле и страх соматического заболевания проявляются также соответственно при конверсионной истерии и тревожной истерии. Существуют случаи, которые одинаково справедливо можно отнести и к истерии, и к ипохондрии.

Полученные нами данные позволяют говорить, что наибольшему количеству испытуемых 1 группы особенно присущи проявления астении и ипохондрии. В наименьшей степени в этой группе пострадавших зафиксировано появления депрессии. Испытуемым, которые являются родственниками пострадавших в результате чрезвычайной ситуации наиболее характерно демонстрировать ипохондрические проявления. А вот депрессивные проявления зафиксированы в этой группе преимущественно на низком уровне выраженности. У большинства пострадавших, которые стали свидетелями трагедии, отмечаются высокие показатели ипохондрии и низкие показатели проявления астенических и депрессивных состояний.

Заключение. Подводя итог нашего исследования необходимо отметить, что максимально тяжело психотравмирующее событие перенесли именно те пострадавшие, кто понес наибольший урон вследствие чрезвычайной ситуации. И здесь в большинстве случаев речь идет не о материальном ущербе. Чаще всего наиболее тяжелые психологические последствия фиксируются экстремальными психологами именно у тех пострадавших, которые вследствие трагедии потеряли самое дорогое, что было в их жизни – родных и близких людей. Таким образом, мы можем утверждать, что в особом внимании со стороны специалистов-психологов, которые оказывают экстренную психологическую помощь в очаге чрезвычайной ситуации, нуждаются именно те пострадавшие, кто волею судьбы получил статус родственника погибших при трагедии.

Литература:

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Учебное пособие / Александровский Ю.А. – 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 2000. – 496 с.
2. Александровский Ю.А. Психическое расстройство при стихийных бедствиях и катастрофах (диагностика и терапия) / Александровский Ю.А., Щукин Б.П., Незнамов Г.Г. – М., 1990. – 46 с.
3. Березанцев А.Ю. Некоторые психосоматические аспекты посттравматических стрессовых расстройств / А.Ю. Березанцев // Российский психиатрический журнал. - 2002. - № 5. – С. 4-7.
4. Взрыв жилого дома в Евпатории [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://extrpsy.org.ua/evpatoriya>
5. Каплан Г.И. Клиническая психиатрия: В 2 т. / Г.И. Каплан, Б.Дж. Сэдок; Пер. с англ. В.Б. Стрелец. - М.: Медицина, 2002. -1192 с.
6. Психосоматика: Взаимосвязь психики и здоровья. Хрестоматия / сост. К.В. Сельченков. – Мн.: Харвест, 1999. – 480 с.