

ПРОБЛЕМА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ У ВЕТЕРАНОВ ВОЙН

НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации

Война объединяет психотравмирующие факторы, присущие почти всем стихийным бедствиям и катастрофам. Эпидемиология посттравматического стрессового расстройства очень разнообразна, по разным оценкам от 20 до 70% участников боевых действий становятся жертвами серьезных психических нарушений. В случае если к военнослужащему не применены профилактические меры, возможны последствия не только социально-психологического, но и психосоматического плана. Таким образом, можно говорить о том, что разработка методов своевременного выявления, коррекции и, особенно, профилактики такого рода нарушений входит в круг проблем современной медицинской науки и практики.

Проявления постстрессовых переживаний у лиц, оказавшихся в экстремальных условиях весьма специфичны. Война, с точки зрения экстремальных условий, способствует возникновению психогений, объединяя по существу психотравмирующие факторы, присущие почти всем стихийным бедствиям и катастрофам [4, 7, 9, 11, 12].

Журналистские термины, которые средства массовой информации озвучивают как «вьетнамский», «афганский», «чеченский» синдром в медицинской науке получили название ПТСР (посттравматическое стрессовое расстройство). В 1995 году это понятие было внесено в 10-ю редакцию Международного классификатора болезней (МКБ-10) [10]. Само же медицинское понятие сформировалось к 1980 году. В том же году оно вошло в DSM-III – американский классификационный психиатрический стандарт. DSM-I включала диагноз тяжелой реакции на стресс, который был исключен из DSM-II. Возвращение диагноза в DSM-III было результатом его наличия у ветеранов Вьетнамской войны [18].

По определению МКБ-10, ПТСР называется «отставленная и/или затяжная реакция на стрессовое событие ... (кратковременное или затяжное) исключительно угрожающего или катастрофического характера, которая, в принципе, может вызвать дистресс практически у любого человека». Это означает, что само по себе ПТСР – широкая категория, включившая огромный массив данных, связанных с психологическими последствиями стресса:

- вызванного любыми экстремальными факторами: от стихийных бедствий, техногенных катастроф до самых разнообразных форм насилия (от сексуального до психологического);

- вызванных смертельными и неизлечимыми заболеваниями;

- возникших в результате заключения, международного конфликта;

- связанных с боевыми действиями.

ПТСР нередко идет об руку с разнообразными психическими расстройствами: тревожными невротами, депрессиями, суицидальными склонностями, алкогольными и наркозависимостями, психопатическими расстройствами, психосоматическими заболеваниями (например, сердечно-сосудистыми). Эти психические нарушения часто возникают как следствия травмы, но нередко присутствуют изначально, являясь благодатной почвой для развития самого ПТСР [4, 7, 17, 19].

Эпидемиология ПТСР очень разнообразна у множества людей, испытавших тяжелые страдания и переживших травмирующие ситуации. После разрушительного несчастья у 50-80% лиц, оставшихся в живых, может развиваться этот синдром. Частота посттравматических стрессовых расстройств составляет в целом 0,5% для мужчин и 1,2% для женщин; это расстройство может наблюдаться также и у детей [7, 21].

Основные симптомы ПТСР:

Симптомы повторного переживания

- повторяющиеся навязчивые негативные воспоминания о событии;
- повторяющиеся негативные сны, связанные с событием;
- внезапные поступки и чувства, вызванные «возвратом» (внезапным «провалом») в психотравмирующее событие;
- интенсивный психологический стресс при событиях, напоминающих или символизирующих травму.

Симптомы избегания

- избегание мыслей, чувств и деятельности, связанных с событием;
- невозможность воспоминания деталей события;
- снижение интереса к деятельности, ранее вызывавшей у человека большой интерес;
- чувство отстраненности, отчуждения от других людей;
- обеднение чувств, отсутствие положительных эмоций, отсутствие планов на будущее.

Симптомы повышенной возбудимости

- трудности засыпания, бессонница;
- раздражительность;
- гипербдительность;
- взрывные реакции;
- трудности при концентрации внимания;
- физиологические реакции на события, символизирующие или напоминающие травму.

Расстройство развивается в течение 1-6 мес. после травмы. 30% больных выздоравливают, у 60% отмечают улучшение, в 10% случаев состояние не меняется или ухудшается [10,14,17].

Данные современной психологической науки, психиатрии и психотерапевтической практики позволяют утверждать: по разным оценкам от 20 до 70% участников боевых действий становятся жертвами серьезных психических нарушений [4, 7, 11, 12, 21]. Эти психические нарушения часто возникают как следствия травмы, но нередко присутствуют изначально, являясь благодатной почвой для развития самого ПТСР.

Первые исследования о переживании военного стресса появились в США и относятся к временам Гражданской войны (1861 – 1865). В России этой проблемой специалисты стали заниматься в Первую мировую и Гражданскую войны. Во время Первой мировой войны синдром был назван «шоком от снарядов», и было высказано предположение о том, что он наблюдается в результате травмы, наносимой взрывами снарядов. Военный невроз у разных авторов получал разные имена. ПТСР называли: «солдатское сердце», «тревожный невроз», «синдром Да Коста», «тревожное сердце», «травматический невроз» [2, 3, 5, 16].

До Первой мировой войны считалось, что подобные проявления являются, во-первых, следствием плохой дисциплины и трусости, во-вторых, органических нарушений головного мозга. Как часто случается, первое мнение оказалось ошибочным. А вот интерес к биологической природе военного стресса, т.е. органических нарушений в деятельности нервной системы, со временем усилился и остается одним из центральных.

После возвращения солдат, воевавших во Вьетнаме, американское общество столкнулось с массой социальных, медицинских и психологических проблем участников вьетнамской войны. Статистические данные это хорошо иллю-

стрируют: число самоубийств среди участников вьетнамской войны к 1975 году превысило число погибших в самой войне в три раза. Уровень разводов среди них составляет около 90%. Треть всех заключенных в американских тюрьмах-ветераны Вьетнама. Алкоголизм, наркомания, профессиональные и социальные конфликты-все формы дезадаптации наблюдались и наблюдаются среди тех, кто прошел ад той войны. Приблизительно у одной пятой всех воевавших во Вьетнаме отмечаются симптомы ПТСР [7, 18, 19, 20, 21, 22].

Многие сейчас отмечают сходство вьетнамской и афганской войны. Научный анализ этих аналогий и выявление различий этих непопулярных как в США, так и в нашей стране, войн-особая тема. Однако аналогии сомнений не вызывают. Изменившаяся за последние годы общественная ситуация дала возможность профессионалам вплотную заняться изучением отрицательных психологических последствий, возникающих в результате пребывания человека в травматических ситуациях [1, 3, 4, 15]. Особенно остро встали эти проблемы после аварии на Чернобыльской АЭС, землетрясения в Армении, других промышленных и стихийных катастроф. И крайне остро-проблемы, связанные с реабилитацией военнослужащих, вернувшихся с войны в Афганистане [2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 12, 13].

Уже в ранних работах отмечалось, что военный стресс имеет хроническую причину и тенденцию к постепенному ухудшению с течением времени. Это подтверждается данными современной науки. Исследователями было отмечено, что у части лиц с последствиями военной травматизации симптомы ПТСР с возрастом усугубляются. Психотравмирующие воздействия в условиях войны имеют не только психическую, но и соматическую сторону влияния. Страх, вызванный боевой обстановкой, подавляется ценой большого нервного напряжения. Достигнутое равновесие нарушается дополнительным воздействием, как правило, соматического характера [2, 4, 5, 20, 22].

Человек привык на войне бояться, быть более бдительным, соответственно его организм перестраивается. Нервная деятельность работает на ситуацию «на чеку». Такое постоянное предвосхищение и ожидание угрозы порождает следующий болезненный симптом – трудности с концентрацией внимания, т.к. все оно направлено на источник предполагаемой опасности.

Возбуждение вегетативной нервной системы в варианте нормы у здорового человека выполняет важную адаптивную функцию – функцию мобилизации внимания и всех ресурсов организма для адекватного реагирования на ситуацию, связанную с угрозой, преодолением или достижением. Однако если нервная система пребывает в постоянном гипервозбуждении, а у тех, кто страдает ПТСР, она всегда в большей или меньшей степени отлична от нормы, эта адаптивная функция угнетается. Легкость возникновения нервных соматических реакций (реакций тела) на самые незначительные стимул-факторы не позволяет человеку с ПТСР полагаться на свои телесные ощущения. Теряется грань между нейтральными и предупреждающими знаками окружающей среды. Например, кто-то отодвинул щеколду, щелкнул замок – человек вскакивает, хватаясь за место, где должно быть оружие, или падает на пол. Человек органами слуха (часть тела) воспринимает звуковой сигнал. Этот сигнал через ухо поступает в мозг, но окончательная оценка происходит из другого опыта, связанного со стрессом. Соответственно обычные физиологические реакции нагружа-

ются новым смыслом опасности и угрозы и собственная естественная физиологическая активность организма становится источником страха для человека [1, 4, 6, 9, 11].

Страх порождает агрессию. Уровень агрессии при ПТСР резко повышается вследствие параноидальных реакций и параноидного поведения, связанного с постоянной гипербдительностью и подозрительностью. Параноидное поведение в свою очередь возникает вследствие перенесения способов поведения, которые были естественны и адекватны в боевой ситуации, в мирную жизнь. В результате складывается мироощущение и, своего рода, мировоззрение, задающее постоянный поиск врагов и осмысляющее людей и мир как опасный и угрожающий. В результате страдающий ПТСР теряет способность гибко реагировать на изменения окружающей среды [4, 9, 17, 20].

Пребывание в состоянии постоянной гипербдительности, напряжения страха порождает серьезные трудности в обучении, усвоении любой новой информации, освоении любых новых навыков, и, что еще печальнее, ведет к утрате ранее приобретенных профессиональных умений. Этому способствует мощная депрессивная коррелята. Депрессия – один из базовых симптомов ПТСР.

Алкоголизм оказывается попыткой справиться с депрессией, но лишь способствует потере прежних профессиональных навыков. В результате депрессии и алкоголизма пропадает не только интерес к сферам, которые раньше имели немалое значение, но не возникает вовлеченности и в повседневную жизнь. Выпадая из повседневности, ветеран сосредоточивается на прошлом, т.е. фиксируется на травме. Фиксация на травме крайне затрудняет социальную адаптацию в целом. Человек, лишенный настоящего, лишается и будущего. Опять характерный для ПТСР замкнутый круг. Отсутствие перспектив рождает отсутствие ожиданий. Отсутствие ожиданий купирует возможность перспектив (карьеру, учебу, женитьбу, детей). В конце концов, купирует желание жить. Следствием становится так называемое сужение аффекта, эмоциональная жизнь делается бедной, уплощенной. Ветераны ощущают себя неспособными к чувству любви, глубоким переживаниям, к сочувствию, рушатся отношения с близкими, друзьями. И все это на фоне вспышек неконтролируемого гнева, раздражительности, накатов сильнейшего страха, острого переживания беспомощности, ночных кошмаров, бессонницы. Даже если семья у ветерана и была раньше, она практически в 80% случаев гибнет от психологически разрушительного воздействия ПТСР, отсутствия социальных перспектив и социальной и психологической поддержки общества.

В случае, если к военнослужащему не применены профилактические меры, возможны последствия не только социально-психологического, но и психосоматического плана. Общее состояние здоровья при этом часто сопровождается слабостью, головокружением, снижением работоспособности, головными болями, болями в области сердца, сексуальными расстройствами, нарушениями сна, фобическими реакциями и т.д., а у инвалидов дополняется проблемами, связанными с полученными ранениями и травмами [7, 11, 12, 13, 14, 17, 19, 22].

Обращает на себя внимание любопытный и удручающий факт. Психологи провели исследование и сопоставили психологические характеристики воинов-«афганцев» и воинов участников чеченского конфликта. Речь идет о психологическом состоянии через 4-5 месяцев после прекращения боевых действий. Эти характеристики оказались пре-

вышены с точки зрения общепринятой нормы у 72 % «афганцев» и у 96 % ветеранов событий на Северном Кавказе. Объяснение такой разницы находят в следующем. Чеченская война тяжелее, так как ведется против своего (российского) населения и на своей территории. В этом случае ветераны чеченской войны оказались в менее благоприятных условиях. Ветераны-«афганцы» временно находились в ореоле героев, что благотворно сказалось на их психическом состоянии, имели социальные и экономические льготы, следовательно, чувствовали себя более уверенно, чем ветераны событий на Северном Кавказе [11, 12, 14, 17].

Афганистан вписан огненной строкой в судьбы почти 29 тысяч белорусов. Около 2300 из них награждены боевыми орденами и медалями. Семь стали Героями Советского Союза. Николай Чепик и Александр Мельников-посмертно. Более 700 белорусских парней не вернулись с той войны. По данным на начало 2003 года, в стране насчитывалось около 23 с половиной тысяч «афганцев». Только в Минске их до 5 тысяч человек, среди которых почти 200 инвалидов. Мы не можем сказать точно, сколько ветеранов афганской войны страдает от ПТСР, но войны были во многом похожи, поэтому нетрудно предположить и частично в работах психологов это показано, что и психологические последствия их во многом сходны [6, 11, 12, 13, 17].

В США существует Государственная служба помощи ветеранам, имеющая широкую сеть хорошо оснащенных госпиталей по всей стране. Почти в каждом крупном университете существует научный центр по изучению посттравматического стресса, при госпиталях оборудованы специальные лаборатории реабилитации. Работает Международное научное общество травматического стресса. Кроме официальных структур помощь ветеранам оказывают разнообразные благотворительные организации, которые, как правило, возглавляют бывшие ветераны. Например, институт «Олимпия» создан врачом-психологом, ветераном войны во Вьетнаме Б. Колодзином, автором книги «Как жить после психической травмы» [7]. Важным здесь является то, что помощь ветеранам не ограничивается только официальными организациями, но в ней активное участие принимают люди, просто желающие помочь ветеранам.

В Республике Беларусь также уделяется большое внимание вопросам реабилитации воинов-интернационалистов. В Витебске построен Республиканский центр медицинской реабилитации воинов-интернационалистов на 100 койко-мест. К введению в строй готовится его вторая очередь. Между тем тысячам «афганцев» требуется реабилитация. С возрастом дают о себе знать ранения и контузии, соматические заболевания.

Лечение ПТСР включает психотерапевтическое (психотерапия индивидуальная, групповая, методы релаксации), а также медикаментозное лечение (применение антидепрессантов, транквилизаторов). Следует иметь в виду, что длительное назначение психотропных средств больным с ПТСР противопоказано, т.к. у них повышен риск развития лекарственной зависимости [4, 9, 11, 14].

Однако реабилитации ветеранов войн не укладывается в рамках исключительно медицинских знаний, поскольку она представляет собой систему научной и практической деятельности, направленную на восстановление личностного и социального статуса субъекта путем комплексного воздействия на личность с привлечением медицинских, психологических, социальных, педагогических, правовых и иных средств [6, 9, 11, 13, 14].

☆ Гигиена и физиология военного труда

В целом проблема ПСТР у воинов-интернационалистов полностью не решена и по-прежнему актуальна для нашего общества. Таким образом, можно говорить о том, что разработка методов своевременного выявления, коррекции и, особенно, профилактики такого рода нарушений входит в круг проблем современной медицинской науки и практики.

Литература

1. *Андерсен, Б., Старк, Ф.-М., Гросс, Я.* Социальный стресс, личность и экотравмирующие переживания: эмпирическое исследование ближайших реакций на Чернобыльскую аварию в Гамбурге // Социальная и клиническая психиатрия. 1995. Т. 8, № 2. С. 6 – 14.
2. *Аствацатуров, М. И.* Душевные болезни в связи с условиями военной службы, I. Статистические данные о душевных заболеваниях в различных армиях // Воен.-мед. журн. 1912. Т. ССХХV. С. 68 – 88.
3. *Бондарев, Н. И.* Условия возникновения и развития реактивных состояний // Труды Военно-морской медицинской академии. Л.: ВММЕА, 1944. С. 46 – 52.
4. *Джишкарини, М. Д.* Травматический стресс у выживших на войне // Социальная и клиническая психиатрия. 2000. Т. 10, № 4. С. 28 – 31.
5. *Добровольский, Н. М.* Душевные заболевания в связи с войной (по литературным данным за 1915-1918 гг.) // Научная медицина. 1919. № 1. С. 378 – 386.
6. *Знаков, В. В.* Психологические причины непонимания «афганцев» в межличностном общении // Психол. журн. 1990. Т. 4. С. 99 – 108.
7. *Колодзин, Б.* Как жить после психической травмы. М.: «Шанс», 1997. 146 с.
8. *Краснов, В. Н.* и др. Клинико-патогенетическая зависимость в развитии психических расстройств участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС // Вопросы радиационной медицины. Киев, 1993. С. 5 – 6.
9. *Медицинская реабилитация раненых и больных* / под ред. Ю. Н. Шанина. СПб.: «Специальная литература», 1997. 960 с.
10. *МКБ-10.* Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств / Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. – СПб.: «АДИС», 1994. – 178 с.
11. *Напреенко, А. К., Логановский, К. Н.* Система психиатрической помощи при радиозкологических катастрофах и локальных войнах // Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2000. № 1. С. 14 – 18.
12. *Основные типы психической дезадаптации у бывших воинов-интернационалистов. Психологическая диагностика и психотерапия: методические рекомендации* / Карвасарский Б. Д., Алексеева Д. А., Ташлыков В. А. и др. Л., 1990. 18 с.
13. *Проблемы социальной реабилитации участников войны в Афганистане (1979 – 1989 гг.): сб.* Рос. акад. наук. Институт социологии. М., 1995. 139 с.
14. *Семке, В. Я., Епанчинцева, Е. М.* Типология и клиническая динамика посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов // Российский психиатрический журнал. 2001. № 5. С. 19 – 23.
15. *Табачников, С. И., Титиевский, С. В.* Психосоматическое расстройство и постчернобыльский синдром // Doctor. 2002. № 6. С. 14 – 16.
16. *Хорошко, В. К.* О душевных расстройствах вследствие физического и психического потрясения на войне // Психiatr. газета. 1916. № 1. С. 3 – 10.
17. *Хохлов, Л. К.* Посттравматические стрессовые расстройства и проблема коморбидности // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. Т. 8, № 2. С. 116 – 122.
18. *American Psychiatric Association, Committee on Nomenclature and Statistics: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed. 3, revised.* Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987.
19. *Green, B. L., et al.* Multiple diagnoses in posttraumatic stress disorder: The role of War stressors // J. Nerv. Ment. Dis. 1989. № 77. P. 329 – 335.
20. *Horowitz, M. J., Weiss, D. S., Marmar, C.* Diagnosis of posttraumatic stress disorder // Nerv. Ment. Dis. 1987. № 175. P. 276 – 277.
21. *Keane, T. M., Zimering, R. T., Caddell, T. M.* A behavioral formulation of PTSD in Vietnam veterans // Behav. Therapy. 1985. № 8. P. 9 – 12.
22. *Pitman, R. K., et al.* Psychophysiological Responses to Combat Imagery of V. V. with PTSD versus Other Anxiety Disorders // J. of Abnormal Psychology. 1990. V. 99. № 1. P. 101 – 106.