

Посттравматические стрессовые расстройства у ветеранов современных военных конфликтов

С.И. Спектор, В.С. Мякотных, Н.З. Таланкина

Проблеме посттравматического стресса посвящено много сообщений и публикаций, но до сего времени не выработано единого определения и единого диагностического и лечебного подхода в отношении этого страдания. Проводя в течение многих лет динамическое наблюдение более чем 4000 лиц, принимавших участие в боевых действиях на территории Афганистана и пролеченных в течение 20 лет в стационаре Свердловского областного клинического психоневрологического госпиталя для ветеранов войн, мы позволили себе составить собственное мнение о патогенетических, клинических, социальных моментах формирования и течения посттравматического стресс-синдрома как медико-социальной проблемы. Почему-то принято рассматривать посттравматический стресс-синдром как осложнение полученных в период боевых действий психологических, экологических, физических воздействий на центральную нервную систему. Нам кажется, что на первичный стресс военного времени, полученный например в Афганистане, накладываются вторичные стрессы мирного времени. Суммируясь с травматическим стрессом войны, они формируют в целом посттравматические стрессовые расстройства. Подобная точка зрения вполне совпадает с мнениями некоторых отечественных авторов [1]. Большинство бывших воинов-«афганцев» до призыва на военную службу вообще не имели мирной профессии, либо она носила «временный»

характер. Вернувшись с войны и не находя себе применения в мирной жизни, многие люди просто растерялись, затаили в себе обиду на окружающих, на начальников и руководителей всех рангов, на тех, кто «хорошо устроился, пока мы там восвали». Подобные лица, вышедшие из войны, зачастую не понимали, что они просто больны, что их переживания, притязания носят болезненный характер. По данным, приводимым D. Dodwell, 1998 [10], социальные осложнения травм головы должны рассматриваться как основное проявление болезни. Простейшим и наиболее общим путем оценки социальных исходов травм головы является время прекращения трудовой деятельности. Но, с другой стороны, «афганцы» зачастую не хотели и не хотят признавать себя больными, и это не является чем-то исключительным, характерным только для них. В последние годы несогласие на лечение или неспособность лиц, перенесших стресс, начать и продолжать лечение стали актуальной проблемой. Частота отказов от лечения возрастает по мере удаления во времени от перенесенной физической или психотравмы. По результатам исследования, проведенного A. Burstein, 1986 [8], при начале лечения в первые 9 недель после стресса отказ от лечения наблюдался всего в 26,9% случаев, через 40 и более недель этот показатель равнялся уже 81,8%. Больные, поздно начавшие лечение, были нередко крайне негативно к нему настроены; лишь потом появились причины, побудившие их к обращению за

медицинской, в том числе психиатрической, помощью. Крайне негативные последствия в плане состояния здоровья может вызывать предпринимательская деятельность, которой, как уже говорилось, занялись многие бывшие воины-интернационалисты. Е. Kringlen, 1986 [15] произведены психосоциальные исследования в области этиологии ишемической болезни сердца (ИБС). Указывается на отчетливую связь ИБС с образом жизни, поведением человека, жизненными событиями, а также принадлежностью к определенному социальному классу и определенному экономическому кругу (бизнесмены). Последнее способствует возникновению массы психотравмирующих, стрессовых ситуаций. И вновь стрессы военного времени объединяются в своем патогенном влиянии со стрессами мирной жизни. Ветеран Афганистана выбирает себе сферу деятельности, но вместе с ней он вступает в сферу выраженной потенциальной опасности для своего здоровья. Считается, что психореактивные расстройства имеют многофакторный генез, хотя психосоциальные факторы играют решающую роль [14]. По данным исследований В.І. Goderez, 1987 [11], у лиц, вернувшихся из зоны военных действий, остается привычка оценивать окружающее с точки зрения потенциальной опасности. Возникающая дисфория снижает работоспособность и может приводить к алкоголизации и внезапной агрессии, в том числе по отношению к близким. Но занятия предпринимательством и без того достаточно психогенны, тем более для людей, перенесших физические травмы и моральные лишения. Только постоянное лечение, контакты с психологом помогут избежать при этом выраженных психосоциальных конфликтов. Даже при малейшей возможности возникновения антисоциальных тенденций необходимо как можно быстрее прибегнуть к стационарному лечению,

психотерапии как основе комплексного лечения [9]. Вопросы выбора профессии, сферы социальной деятельности бывшими воинами-интернационалистами должны в большинстве случаев обсуждаться с медиками, психологами. Только при этом условии многим из пациентов не придется метаться в поисках приложения своих сил и возможностей, менять специальности, начинать и прекращать учебу.

Высокий уровень социальных притязаний, часто наблюдающийся в среде бывших «афганцев», приводит к конфликтам с администрацией предприятий и учреждений, где они работают. Поэтому многие руководители с неохотой берут на работу ветеранов. Именно это является одной из причин создания бывшими воинами-интернационалистами «своих» корпоративных объединений различной направленности в различных сферах деятельности. Подобный же высокий уровень социальных притязаний создает прецеденты, мягко говоря, с не совсем законным захватом квартир, домов, перераспределением доходов и т.д. При этом, конечно, нельзя сбрасывать со счетов и вину властных структур, которыми в свое время были совершенно определенно обещаны известные льготы и привилегии бывшим воинам-интернационалистам, а затем данные обещания забыты, либо остались невыполненными в силу объективно сложившейся ситуации с жильем, телефонизацией и т.д. При психологическом и социальном обследовании больных бросаются в глаза отчетливые различия между лицами, попавшими в Афганистан в возрасте 18 лет, не имеющими специального образования и «прочной» гражданской специальности, и людьми, окончившими к моменту призыва в армию средние специальные учебные заведения и старшими по возрасту на два-три года. Последние значительно легче пережили социально-психологическую адаптацию перехода к мир-

ной жизни, среди них у значительно меньшего числа лиц отмечаются выраженные характерологические сдвиги, они зачастую успешно продвигают начатое до службы продвижение вверх по социальной лестнице. К сожалению, подобного рода возможные различия в последствиях не были учтены в свое время при призыве на военную службу с целью ведения боевых действий за пределами нашей страны.

Очень актуальными для ветеранов Афганистана являются проблемы семьи. Характерными стали многочисленными браки и разводы. Мы наблюдали пациентов, которые всего за 6-10 лет успевали официально вступить в четыре-пять браков и столько же раз развестись. На сегодняшний день относительное число разведившихся ветеранов Афганистана, проживающих в Свердловской области, составило 28,6% [5]. В 1991 г. в семьях, имеющих детей, разводов было всего 18, к 1998 г. их количество возросло до более, чем 200. Причины разводов, непрочности семейных отношений у ветеранов Афганистана самые разнообразные, но связь этого процесса с болезненным состоянием бывших «афганцев» совершенно очевидна. Это уже проблема социопатий. Социопатии и депрессии в семьях часто сочетаются с алкоголизмом, причем первичность тех или иных нарушений не ясна, в чем мы полностью согласны с мнением D.W. Goodwin, 1981 [12]. В 70-80-х гг. за рубежом появились публикации, в которых указывалось, что стрессы военной жизни могут вызывать психические заболевания в семьях военнослужащих [16,17]. Мы считаем, что болезненные проявления, имеющие место у бывших воинов-интернационалистов, все же накладывают отпечаток на формирование отношений в семье, причем в самом широком понимании ее [3]. Семья – это не только муж, жена и дети. Это и родители мужа, жены, сестры, братья, многочисленные родственники.

Затяжные конфликты между отдельными представителями семейного клана почти обязательны для рассматриваемого нами контингента. Но, с другой стороны, нередки случаи, когда не критично относящегося к своему поведению, своей болезни «афганца» буквально насильно, за руку приводят в госпиталь мать, жена, брат и другие родственники. И такую активность родных необходимо всемерно поддерживать. Совершенно прав А.В. Hatfield, 1986 [13], утверждая, что в языке профессионалов часто смешиваются факты и их интерпретация, в нем отражается тенденция оценивать любую семью по типу «плохая» – «хорошая» (без промежуточных оценок) и отмечается преобладание негативных оценок. Семья в этом случае обычно оказывается подавленной авторитетом врача, что затрудняет развитие активности родственников по отношению к больному в дальнейшем. Помощь родственникам в лечении больного, в сохранении семьи может оказаться неопределенной. Z. Waryszak, 1982 [17], например, считает, что улучшение состояния больных не всегда приводит к более активной социальной деятельности. Автор отмечает трудности методологического порядка в оценке социального статуса и социальных планов больных с различными, в основном психическими, заболеваниями. Указанные трудности, вероятно, были бы значительно меньшими при условии хорошо налаженного контакта не только с самим больным, но и с членами его семьи. Именно они могут предоставить врачу наиболее полную и объективную информацию об изменениях в социальной активности. И правильную оценку этих изменений возможно сделать только в совокупности с учетом мнения родственников, живущих бок о бок с пациентом.

В психологические, социальные конфликты оказываются вовлечены не только сами бывшие воины-интернационалисты, но и их ближайшее окру-

жение - семья, дети. Последние очень часто оказываются невротизированными, требующими нередко, так же, как и их отцы, применения корригирующих поведение мер воздействия. Имеются даже сведения о том, что в семьях бывших "афганцев" чаще, нежели в общей популяции, рождаются дети с пороками развития или с предрасположенностью к нервно-психической патологии [3]. Это вполне объяснимо с точки зрения неблагоприятного психогенного влияния на организм будущих матерей в период беременности и неумеренного потребления будущими отцами алкоголя, а нередко наркотических средств, токсических препаратов. Вероятно, эти стороны проблемы должны стать особым объектом внимания психологов, наркологов, акушеров-гинекологов, педиатров.

Важной медико-социальной проблемой является симптоматический или истинный алкоголизм и политоксикомания. Подобного рода патология, по нашим данным [2], встречается среди ветеранов Афганистана не менее чем в 30 - 35%. Это значительно превышает данные московских авторов - 15% [4], но пока значительно уступает частоте подобного рода расстройств у американских ветеранов войны во Вьетнаме - до 80%. Даже легкая, казалось бы, степень опьянения у "афганцев" приводит к значительным расстройствам сознания, развивается так называемый эпилептиформный тип опьянения, протекающий с ярко выраженными элементами агрессивности, но затем - с полной амнезией произошедшего в этот период. Мы уже упоминали о том, что, как бывшие "афганцы", так и американские участники вьетнамской войны пытаются нередко с помощью алкоголя устранить ряд симптомов, характерных для так называемого травматического невроза - хроническую тревогу, беспокойство, бессонницу, устрашающие сновидения. Но симптомы отмены алкоголя клинически сходны с мотива-

ми, побудившими к его употреблению. Возникает "порочный круг", и при этом алкоголизм очень и очень трудно поддается терапии. Становятся неэффективными различные методы эмоционально-стрессового воздействия, при которых отрицательное отношение к алкоголю формируется за счет переживания комплекса неприятных для больного последствий, вызванных пьянством. Возникает необходимость использования опосредованной психотерапии, которая формирует у больного сугубо запретительные формулировки, позволяющие выработать у пациента стойкое опасение неминуемого возникновения тяжелых расстройств здоровья, вплоть до смерти, в случае употребления алкоголя.

Агрессивность, легко возникающая у ветеранов Афганистана в симптомокомплексе патологического опьянения, по данным M. Berglund, K. Tuvning, 1985 [7], увеличивает риск смертности у больных алкоголизмом в 3,3 раза. По склонности к самоубийству алкоголизм может увеличить вероятность реализации суицидальной попытки в 1,9 раза. Агрессивные алкоголики вообще склонны к суицидам, что еще более увеличивает риск последних. Таким образом, клиническая оценка больного алкоголизмом как агрессивного имеет важное прогностическое значение в витальном аспекте. Число суицидальных попыток среди ветеранов Афганистана растет из года в год, часто они оказываются завершенными. Например, в 1991 г. умерло от естественных причин 4 человека, в 1992 - 3. Убито соответственно 7 и 5. А погибших в результате явных суицидов, а также утоплений, травм, при которых трудно уточнить мотивы, было соответственно 8 и 13. С 1992 г. ежегодное число самоубийств среди "афганцев" держится на цифрах 6 - 8. Прогноз возможной суицидальной попытки крайне затруднен. P.B. Schneider (1982) указывает, что при оценке "пресуицидально-

го синдрома" следует уделять особое внимание факту совпадения во времени наступившего улучшения психического состояния и появления какой-либо конфликтной ситуации в жизни больного [цит. по 2]. В. Armbruster, 1986 [6] считает, что суицидальный риск повышают определенные стадии болезни, сопровождающиеся депрессивными расстройствами; опасен и период интенсивной реабилитации, когда возрастает самостоятельность и активность больных, к ним предъявляются значительные требования, что может приводить к переживанию своей неполноценности. Наличие в семье больного случаев суицидального поведения также должно насторожить клинициста в отношении повышенного суицидального риска для данного больного [7, 16]. Обсуждаются две группы факторов предакции суицидов при алкоголизме: 1) особенности психического состояния; 2) социальные и личностные обстоятельства в предшествовавший суициду период. Из 55 наблюдавшихся авторами [16] больных содержание алкоголя в крови свыше 0,1% было обнаружено в основном у лиц с чертами психологической хрупкости. У лиц с дисфорическими расстройствами алкоголь в крови отсутствовал, даже если суициду предшествовал запой. 36% больных совершили суициды в периоды психотравмирующих ситуаций. С начала 90-х годов прошлого века уменьшился текущий спад числа самоубийств в странах Западной Европы, Северной Америки. Предполагается с помощью демографических исследований не только прогнозировать число самоубийств, но и проводить соответствующую профилактическую работу. Стратегия раннего вмешательства и предупреждения, вытекающая из данной модели, уже существует. В нее входят как социальные, так и здравоохранительные меры. В нашей стране, по данным статистики, спада самоубийств пока не отмечено. Лица, составляющие контингент ветеранов

Афганистана, как явствует из вышеизложенного, особо подвержены суицидальному риску. Их постоянное диспансерное наблюдение, лечение, проведение мероприятий медицинской и социальной реабилитации помогут снять то "суицидальное напряжение", которое пока имеет тенденцию к нарастанию [2].

В ходе многолетнего наблюдения за поведением лиц, воевавших на территории Афганистана, при неизбежном столкновении медицинских работников не только с чисто лечебно-диагностическими, но и социально-психологическими аспектами проблемы полипатологии нами было выделено два наиболее часто встречающихся варианта патохарактерологического развития личности, важных для социального устройства.

1. Неустойчивый тип изменений личности, характера. При этом варианте больному предельно трудно управлять своими поступками, правильно их расценивать и мотивировать. Подобная личность за счет "парализа воли" не может противостоять дурному, зачастую криминальному, влиянию, оказывается пассивно вовлеченной в различные антисоциальные действия. Очень часто такой человек, даже не слишком злоупотребляя алкоголем, тихо спивается, становится обузой для семьи, источником постоянных переживаний родителей, жены, детей. Больные нередко бросают работу, даже не пытаясь устроиться на другую, приобрести специальность. Обладая достаточными способностями, такие люди могут успешно поступать в высшие учебные заведения, но, как правило, довольно быстро оставляют учебу, находя для этого массу "причин". Нами неоднократно наблюдались лица, которые, даже сумев закончить институт, не пытались устроиться на работу по специальности, очень быстро, за счет астенического радикала, утрачивали знания и навыки, приобретенные в период учебы. Указанные лица не в состо-

янии решать задачи, достигать цели, требующие активной жизненной позиции, преодоления препятствий в самом лучшем морально-нравственном понимании этого вопроса. Хотя периодически, особенно в состоянии легкого алкогольного опьянения, у них возникает комплекс "заслуженности", они начинают требовать повышенного к себе внимания, добиваться льгот и привилегий. Но подобный всплеск активности быстро проходит, больные вновь замыкаются в себе, становятся на путь пассивного повиновения обстоятельствам. Согласно данным нашего компьютерного банка, 1159 "афганцев", проживающих в Свердловской области, привлечено к уголовной ответственности. Этот показатель составляет порядка 12-13% от всех ветеранов Афганистана - жителей области и значительно превышает общий показатель возросшей преступности по Российской Федерации. По мнению Л.И. Юговой, 1994 [5], уголовные преступления чаще совершают лица с неустойчивым типом изменений личности.

2. Личность с истеро-эксплозивным типом реагирования, с агрессивностью, вызовом всему окружающему. Подобные лица нередко уже сознательно идут на уголовные преступления, стремясь показать свою исключительность, продемонстрировать неординарность. Уже совершив преступления, даже тяжкие, эти лица часто не раскаиваются в содеянном и даже в зале суда ведут себя вызывающим образом. Рассматриваемые личности в силу необходимости реализации агрессивного потенциала могут устраиваться на работу в силовые структуры - охранные формирования, органы правопорядка. Они также замечены в числе участников многочисленных межнациональных, региональных конфликтов, происходивших и происходящих сейчас на территории России и бывших республик, входивших в состав Советского Союза. Часты суициды как способ демонстрации,

обращения внимания к себе. Даже сами суицидальные попытки носят нередко демонстративно-шантажный характер. Суицидальные попытки возможны также за счет дистимий, дисфорий с депрессивным выходом. При этом облегчает суицид и способствует его завершенности алкогольное опьянение.

Считается, что определенный патохарактерологический вариант личности формируется с детства и что он не может сформироваться у взрослого человека, прошедшего войну. Известно, что в воинские формирования ограниченного контингента Советских войск в Афганистане попадали люди заведомо больные, с психопатологически отягощенной наследственностью. Проведенная нами оценка преморбидных качеств бывших "афганцев" выявила патологические черты характера у 9,1% обследованных. До направления в Афганистан только 68,1% лиц определяющими чертами своего характера считали "доброту, жизнерадостность". Остальные 31,9% подобного, как видно, не отмечали. Можно сказать, таким образом, что афганские события во многом не определили, а лишь завершили формирование личности по патохарактерологическому типу. Социальные последствия упущений, имевших место в ходе призыва на военную службу в Афганистан, мы во многом наблюдаем теперь. Наша задача - помочь исправить недостатки, как можно полней осуществлять не только медицинскую, но и неразрывно связанную с ней социально-психологическую реабилитацию. В нашем госпитале накоплен достаточный опыт лечения ветеранов Афганистана, страдающих синдромом посттравматического стресса. Мы считаем, что наиболее оптимальные результаты можно получить только на фоне постоянного заинтересованного сотрудничества медиков и психологов при условии достижения ими полного взаимопонимания с пациентами.

Литература:

1. Киндрас Г.П., Тураходжаев А.М. Влияние посттравматических стрессовых расстройств на адаптацию воинов - ветеранов войны в Афганистане // Социальная и клиническая психиатрия. - 1992. - Т. 2, Вып. 1. - С.33-36.
2. Мякотных В.С. Патология нервной системы у ветеранов Афганистана. - Екатеринбург: Наука, 1994. - 272 с.
3. Таланкина Н.З. Особенности развития и течения травматической болезни головного мозга у лиц, перенесших современную легкую боевую черепно-мозговую травму: Дис...канд. мед. наук. - Екатеринбург, 2001. - 163 с.
4. Цыганков Б.Д., Белкин А.И., Вяткина В.А., Меланин А.А. Пограничные нервно-психические нарушения у ветеранов войны в Афганистане (посттравматические стрессовые нарушения): Методические рекомендации. - М., 1992. - 16 с.
5. Югова Л.И. Медико-социальные проблемы ветеранов Афганистана // Медицинская реабилитация ветеранов войн: Тезисы докладов международной конференции. - Екатеринбург, 1994. - С. 21.
6. Armbruster B. Suizide während der stationären psychiatrischen Behandlung // Nevernart. - 1986. - Bd. 57, № 9. - S. 511-516.
7. Berglund M., Ttunving K. Assaultive alcoholics 20 years letter // Acta psychiatr. scand. - 1985. - Vol. 71, № 27. - P. 141-147.
8. Burstein A., Treatment noncompliance in patient with posttraumatic stress disorder // Psychosomatics. - 1986. - Vol. 27, № 1. - P. 37-40.
9. Dittert J. Indicationen zur klinischen (stationären). Psychotherapie nach nosologischen Gesichtspunkten // Therapiewoche. - 1981. - Bd. 30, № 7. - S.877-884.
10. Dodwell D. The heterogeneity of social outcome following head injury // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. - 1988. - Vol. 51, № 6. - P. 833-839.
11. Goderez B.I. The survivor syndrome: Massive psychic trauma and posttraumatic stress disorder // Bull. Menninger Clin. - 1987. - Vol. 51, № 1. - P. 96-113.
12. Goodwin D.W. Family studies of alcoholism // J. Stud. Alcohol. - 1981. - Vol. 42, № 1. - P. 156-162.
13. Hatfield A.B. Semantic barriers to family and professional collaboration // Schizophrenia Bull. - 1986. - Vol. 12, № 3. - P. 325-333.
14. Kafka J., Nawka P., Beitrag zur Ätiopathogenese und Diagnostik psychoreaktiver Störungen // Psychiat. Neurol. Med. Psychol., Leipzig. - 1990. - Bd. 42, № 3. - S. 172-75.
15. Kringle E. Psychosocial aspects of coronary heart disease // Acta psychiatr. scand. - 1986. - Vol. 74, № 3. - P. 225 - 237.
16. Murphy G. E., Wetzel R.D. Family history of suicidal behavior among suicide attempters // J. Nerv. Ment. Dis. - 1982. - Vol. 170, № 2. - P. 86 - 90.
17. Waryszak Z. Symptomatology and social adjustment of psychiatric patients before and after hospitalisation // Soc. Psychiatr. - 1982. - Vol. 17, № 3. - P. 149 - 154.